

# Sykepleiers kommunikasjons erfaringer med etniske minoritetspasienter

Kandidatnummer: 507 og 670  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Sykepleie

Antall ord: 7713  
Dato: 03.01.2023



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 03.01.2023
<p>Tittel: Sykepleiers kommunikasjonsutfordringer med etniske minoritetspasienter</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> <i>Hvilke kommunikasjons erfaringer har sykepleiere i behandlingen av etniske minoritetspasienter?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Denne bacheloroppgaven tar for seg fenomenet personsentrert sykepleie underbygget av rammeverket Personsentrert Praksis. Dette rammeverket tar for seg alle aspekter som påvirker behandlingssituasjonen med et personsentrert fokus.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave som tar for seg fire forskningsartikler, samt faglitteratur, for å besvare problemstillingen. Det er foretatt søk i CINAHL Complete og PubMed med følgende søkeord: «Nursing Care+», «Communication Barriers+», «Transcultural Nursing»,</p> <p><u>Drøfting:</u> Diskusjonen tar for seg faglig relevant litteratur og artikler for å belyse sykepleiers kommunikasjons erfaringer i behandlingen av etniske minoritetspasienter, i lys av rammeverket Personsentrert praksis. Hensikten med arbeidet er å frembringe kunnskap om hvordan best ivareta det personsentrerte perspektivet på tvers av språk- og kulturbarrierer.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Sykepleiere har flere kommunikasjons erfaringer, som språkbarrierer, bruk av tolk og kulturell kompetanse i behandlingen av etniske minoritetspasienter. De bruker en rekke kreative strategier for å overkomme kommunikasjonsbarrierer i behandlingssituasjonen, dette kan være alt fra non-verbale gester og berøring til formelle og uformelle tolker. Denne bacheloroppgaven fremhever viktigheten av kulturell bevissthet og kompetanse hos sykepleiere, samt etableringen av system og effektive rutiner for anskaffelsen av formelle tolketjenester.</p>	

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans.....	2
1.3	Hensikt og problemstilling .....	3
1.4	Avgrensning.....	3
1.5	Begrepsavklaring .....	4
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>5</b>
2.1	Sykepleiers behandlende funksjon .....	5
2.2	Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.....	5
2.3	Kultur.....	5
2.3.1	Flerkulturell kompetanse .....	6
2.4	Love, regler og rettigheter av betydning for pasient og pårørende .....	7
2.4.1	Pasientrollen .....	7
2.5	Kommunikasjon.....	8
2.5.1	Tolk.....	9
2.6	Personsentrert praksis.....	10
2.6.1	Rammeverket Personsentrert praksis.....	10
2.6.2	Personsentrert praksis i pasientrettet arbeid .....	11
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>13</b>
3.1	Litteraturstudie .....	13
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler .....	13
3.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
3.2.2	Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler.....	15
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur .....	16
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>17</b>
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise .....	18
4.2	Syntese av resultatene.....	30
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>31</b>
5.1	Språkbarrierer .....	31
5.2	Tolk.....	34
5.3	Kulturell kompetanse .....	36
5.4	Metodediskusjon .....	38
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>41</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste .....</b>	<b>43</b>

# 1 Innledning

Dette kapittelet handler om bakgrunnen for valg av tema, sykepleiefaglig relevans, hensikt og problemstilling, samt avgrensning og begrepsavklaring.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Populasjonen med etnisk minoritetsbakgrunn i Norge er sterkt økende, med en prosentvis økning på 60,1% fra 2010-2022, hvor den totale andelen av befolkningen med etnisk minoritetsbakgrunn utgjør 18,9% i 2022 (SSB, 2022). Økningen i etnisk minoritets populasjoner har ført til en tilsvarende økning i helsetjenester til etniske minoritetspasienter, som skaper nye utfordringer til helsetjenestene og det totale helsemiljøet (Debesay et al., 2014). Ved flere anledninger har vi hatt personlig kontakt med etnisk minoritetspasienter i praksis og jobbsammenheng som har vært medvirkende til valg av tema.

Kompetanse om andre kulturer er et viktig redskap for sykepleiere i møte med mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn. Evnen til å vise kunnskap om en pasients kultur eller religion og hvilke konsekvenser dette kan ha for pasientens behandling og pleie, kan gi pasienter en opplevelse av at hen blir behandlet med omsorg og respekt (Hanssen, 2019, s. 15). Kravet til sykepleierens kulturkompetanse øker i takt med den økende andelen pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn i norske sykehus (Joo & Liu, 2020, s. 760). Det foreligger ofte tause forventninger om at brukere av offentlige tjenester, også i kulturell forstand, er like eller at de må opptre som majoritetsbefolkningen, når de benytter helsetjenester. For ikke-vestlige innvandrere kan dette medføre dårligere utbytte av helsetjenestene enn befolkningen forøvrig (St.meld. nr. 20 (2007-2008), s. 60). Dermed kan språkbarrierer, manglende kulturell bevissthet hos helsearbeiderne og ulike kulturelle normer og koder for hvordan man kommuniserer medføre dårligere omsorg og behandling, samt dårligere resultater (Jones & Watson, 2012, s. 7). I møte med minoritetspasienter så er det forventet at sentrale verdier av person-sentrert tilnærming, som er internalisert hos sykepleiere, skal komme til uttrykk i situasjonsforståelsen og handlingene. Med raushet, vennlighet, likeverd, omtanke og respekt er det mulig å jobbe personsentrert, og verdiene skal prege både hvordan vi møter pasientene og hvordan vi møter hverandre som sykepleiere (Johansen, 2020).

Vi har flere erfaringer fra praksis som sykepleierstudent på sykehus, i pleiesituasjoner der minoritetspasienter møter norsktalende sykepleiere, hvor tolk ofte er nødvendig for å sikre felles forståelse og kommunikasjonsflyt. I tillegg har tidligere utdanning og jobb brakte oss i flere situasjoner hvor vi har møtt pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Ved flere anledninger har vi opplevd vanskelige situasjoner, hvor pasientene snakker et annet språk og kommunikasjonen er særdeles mangelfull som ofte gjør pleiesituasjonene vanskeligere. Mange ganger har vi erfart pleiesituasjoner med en følelse av maktesløshet og frustrasjon.

En person-sentrert sykepleie tilnærming kan sette sykepleiere i stand til å håndtere utfordringene når de er i kontakt med minoritetspasienter. For å kunne yte personsentrert sykepleie må sykepleieren være i stand til å se den enkelte som et unikt og verdifullt menneske, uavhengig av kulturell, religiøs, etnisk og sosial bakgrunn, samtidig som de særegne behovene vedkommende kan ha ut fra sin kulturelle og religiøse bakgrunn vektlegges (Hanssen, 2019, s. 99). Sykepleierne må kunne forstå hva pasienten prøver å formidle, for deretter å kunne bruke informasjonen til å planlegge og iverksette sykepleietiltak.

## **1.2 Sykepleiefaglig relevans**

Av de ulike aktørene i helseteamet er det sykepleierne som tilbringer mest tid i direkte kontakt med pasientene. Det gjør at sykepleier kommuniserer mer med pasientene enn andre yrkesgrupper (Heyn, 2015, s. 363). Pasienter er ofte i en sårbar situasjon og dersom de får forståelig informasjon som kommuniseres på en empatisk og støttende måte, kan det gjøre at situasjonen oppleves mer håndterbar. Studier har vist at kommunikasjonssvikt fører til nedsatt pasienttilfredshet og dårligere pleie, og kan sette pasientens sikkerhet i fare (O'Shea et al., 2013). Men Kommunikasjon er ikke det samme i alle kulturer, og det må sykepleiere ta hensyn til. Språkferdigheter er en utfordring, og mange pasienter har vanskeligheter med å forstå og bli forstått på norsk. Det er en ekstra påkjenning å være alvorlig syk og være på et sted der det snakkes et annet språk enn ens morsmål. Språkkunnskapene kan dessuten bli ytterligere svekket som en følge av den stressituasjonen det innebærer å være alvorlig syk. (Heyn, 2015, s. 386). En personsentrert tilnærming i pleiesituasjonen kan spille en viktig rolle i å overkomme kommunikasjonsutfordringene som oppstår når sykepleiere møter minoritetspasienter på norske sykehus.

Person-sentrert sykepleie dreier seg om utvikling og koordinering som resulterer i helsetjenester som respekterer det unike individet ved å fokusere på deres tro, verdier og ønsker uavhengig av alder, kjønn, sosialstatus, økonomi, etnisitet og kulturelle bakgrunn på en måte som inkluderer samarbeidende aktører og tverrprofesjonell arbeidsutførelse. Målet ved Person-sentrert sykepleie er å planlegge og å utføre omsorg som tar hensyn til personens kontekst, inkludert deres sosiale kontekst, fellesskapsnettverk, kulturelle normer og materiell støtte (McCormack et al., 2017, s. 4). Norge er et flerkulturelt samfunn, som forutsetter at person-sentrert sykepleie må inkludere kulturkompetanse. Det er viktig at mangfoldets verdier, tro og preferanser blir respektert i utøvelse av sykepleie for bedre pasientresultat og pasientopplevelsen. Kulturell kompetent omsorg er ikke bare å lære seg en annen kulturs skikker og språk, det er helsepersonellens evne til å reflektere over sitt eget verdisystem og deretter gi troverdighet og respekt til pasientens verdisystem (Douglas et al., 2014).

### **1.3 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med denne litterære oppgaven er å undersøke hvordan forskningslitteraturen beskriver sykepleiernes kommunikasjons erfaringer i møte med etniske minoritetspasienter på sykehus. Basert på hensikten av oppgaven er følgende problemstilling formulert: Hvilke kommunikasjons erfaringer har sykepleiere i behandlingen av etniske minoritetspasienter?

### **1.4 Avgrensning**

Hensikten av oppgaven er å finne sykepleiernes kommunikasjons erfaringer i behandlingen av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Alle forskningsartikler som skal inngå i oppgaven skal derfor ha et sykepleieperspektiv. Pasienter fra alle religiøse grupper og alle kjønn skal inkluderes i oppgaven. Den medisinske behandlingen sykepleiere gir til pasienter så vel som pasientens sykdomsbilde skal ikke være et fokus i denne oppgaven.

## 1.5 Begrepsavklaring

- A. Etnisk minoriteter: En etnisk gruppe defineres som en gruppe i et samfunn som betraktes som en egen folkegruppe både av seg selv og samfunnet for øvrig. Etnisitet viser derfor til subjektive forskjeller som defineres sosialt og kulturelt, hvor grunnlaget for kategoriseringen er gruppens opprinnelse og kulturelle bakgrunn (Sommerfelt & Schackt, 2021). Minoritet betyr mindretall, og brukes gjerne om folkegrupper innad i en befolkning, men brukes også om underordnede eller marginaliserte grupper. Betegnelsen innehar et samfunnspolitisk element og trenger nødvendigvis ikke være knyttet opp mot et tallmessig mindretall, men også ulikheter i maktbalanse (Wæhle, 2022). En etnisk minoritet er en folkegruppe som utgjør et mindretall i befolkningen, og som regner seg som eller anses som kulturelt forskjellige fra majoritets befolkningen (Hanssen, 2019, s. 68).
- B. Kommunikasjonserfaringer: Den brede definisjonen av kommunikasjon er *all adferd hvor funksjon og hensikt er å overføre informasjon fra et individ til et annet*, som i praksis inkluderer all non-verbal kommunikasjon, både improvisert og konvensjonaliserte (Hagemann, 2019). Erfaring er en fellesbetegnelse på den informasjonen som erverves gjennom handling og sansning (Teigen, 2021). Denne litterære oppgaven definerer kommunikasjonserfaringer som et samlebegrep som omhandler alle de faktorer som kan har en innvirkning på kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient.

## **2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag**

Dette kapittelet omhandler teoretisk kunnskapsgrunnlag, samt presenterer det sykepleiefaglige rammeverket som oppgaven baserer seg på.

### **2.1 Sykepleiers behandlende funksjon**

Sykepleiers behandlende funksjon involverer datasamling og vurdere, planlegge, gjennomføre og evaluere pleien basert på innsamlede data, samt å dokumentere sykepleien. I klinisk praksis, spesielt i en sykehussetting, utgjør dette en stor andel av sykepleiernes arbeidsoppgaver, og er avgjørende for å kunne tilby et individuelt tilpasset personsentrert behandlingstilbud av god faglig kvalitet (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

### **2.2 Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn**

Det er tre hoved typer etniske minoritetsgrupper i Norge. Urfolk, samiske og urbane minoriteter, utgjør den første gruppen. Innvandrere og flyktinger samt deres barn er den andre gruppen. Den siste minoritetsgruppen er det som kalles nasjonale minoriteter og inkluderer romanifolket (tatere), rom (sigøynere), jøder, kvener og skogfinner.

Innvandrere emigrerer fra hjemlandet sitt enten frivillig eller under tvang, flykninger er et eksempel av de som for ulike årsaker er tvunget til å emigrere. Uavhengig av bakgrunn er migrasjon i seg selv en stressende prosess som involverer at man blir adskilt fra hjemlandets familie og venner, kultur, sosial status osv. (Hanssen, 2019, s. 17).

Denne oppgaven skal ha fokus på innvandrere, flykninger og deres barn.

### **2.3 Kultur**

Kultur er ikke noe folk «har» eller noe de «tilhører». I stedet er det komplekse repertoar som mennesker erfarer, bruker, lærer og gjør i sine daglige liv, og innenfor disse konstruerer de løpende en følelse av seg selv og en forståelse av sine medmennesker (Jenkins, 1997, s. 14).

Hvordan mennesker tenker og handler, og hvilke forventninger og behov man har ved sykdom og forestående død, er påvirket av mange ulike faktorer. I tillegg til aktuelle helsetilstand er menneskers oppdragelse, utdannelse, sosiale bakgrunn, livserfaringer, personlighet,



psykologisk legning og tanker om hvorfor og hvordan man er blitt syke, med på å forme oss som mennesker og som pasienter. Selv om kultur kan sies å være en prosess, noe som mennesker skaper gjennom sitt daglige liv, tilfører mennesker kulturelle bakgrunn faktorer av betydning for helsearbeidet, som for eksempel religiøse overbevisninger, holdninger, språkmønstre, kostholdstradisjoner og forståelse av sykdom og behandling. Kultur er altså ikke noe permanent og uforanderlig (Hanssen, 2019, s. 15). Til tross for de store variasjonene i hvordan medlemmene av en samme kulturelle gruppe velger å leve livet sitt, finner man likevel symbolske trekk, tradisjoner osv. som gjør at gruppens medlemmer føler at de har en felles basis som gir trygghet, integritet og tilhørighet (Sherman, 2006, s. 3). Det er sentrale fellestrekk knyttet til kultur, sykdom og helse til tross for menneskers innbyrdes forskjellighet, som er temaet for denne oppgaven.

### **2.3.1 Flerkulturell kompetanse**

I norske sykehus møter sykepleieren flerkulturelle pasienter, men helsehjelpen disse pasientene tilbys er ikke alltid tilpasset deres behov. Sykepleieren kan oppleve det utfordrende å gi sykepleie til pasienter med annen etnisk opprinnelse, blant annet fordi hen mangler flerkulturell kompetanse. Utfordringene sykepleierne erfarer kan være språkbarrierer, pasientens sykdomsoppfattelse og forståelse av vestlig medisinsk behandling, pasientens og pårørendes diskriminerende holdning til sykepleiere som yrkesgruppe, samt pasientens og pårørendes holdninger til sykehusets regler og normer (Stubberud & Eikeland, 2019).

For å etterkomme kravet om likt behandlingstilbud uavhengig av etnisitet er det behov for å øke helsepersonells flerkulturelle kompetanse (St.meld. nr. 11 (2015-2016)). 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. Det er forventet at helsepersonell har flerkulturell kompetanse, viser respekt for ulike kulturelle perspektiver og har ferdigheter i bruken av kunnskap og holdninger i samhandling med den flerkulturelle pasienten.

Flerkulturell kompetanse kan være kontekstpreget og basert på her-og-nå situasjoner i praksis. Samme tilnæringsmåte overfor en pasient kan være «kompetent» i en annen. Klinisk praksis er kompleks og hver samhandling mellom pasient og sykepleier er unik. Det er beskrevet ulike

teorier og modeller for helsehjelp til flerkulturelle pasienter, som Campinha-Bacotes modell for flerkulturell kompetanse ved helsehjelp (Campinha-Bacote, 2002). Modellen beskriver en kontinuerlig prosess som gjør det mulig for sykepleieren å se på seg selv som å bli kulturelt kompetent, snarere enn å være kulturelt kompetent. Denne pågående prosessen inneholder integrasjon av kulturell bevissthet, kulturell kunnskap, kulturelle ferdigheter, kulturelle møter og kulturelle ønsker.

Kulturell bevissthet innebærer selvransakelse og dyptgående utforskning av ens egen kulturelle og profesjonelle bakgrunn. Kulturell kunnskap er prosessen med å søke og oppnå et godt pedagogisk grunnlag om ulike kulturelle og etniske grupper. Kulturell ferdighet er evnen til å samle inn relevante kulturelle data om pasienter. Kulturmøte er prosessen som oppmuntrer helsepersonell til direkte å engasjere seg i tverrkulturell interaksjon med klienter fra kulturelt mangfoldig bakgrunn. Direkte interaksjon med klienter fra ulike kulturelle grupper vil avgrense eller modifisere ens eksisterende oppfatninger om en kulturell gruppe og vil forhindre mulig stereotypisering som kan ha oppstått. Kulturelt ønske er motivasjonen til helsepersonell til å ønske å, i motsetning til å måtte, engasjere seg i prosessen med å bli kulturelt bevisst, kulturelt kunnskapsrik, kulturelt dyktig og kjent med kulturmøter (Campinha-Bacote, 2002).

## **2.4 Lover, regler og rettigheter av betydning for pasient og pårørende**

Det foreligger etiske og juridiske krav om at all helsehjelp skal involvere pasienten eller brukeren i sitt helsetilbud, at helsehjelpen skal tilpasses hver enkelt person og at helsehjelpen er av god kvalitet (Helsepersonelloven, 1999, § 4; NSF, 2019, 1.3; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). God profesjonell kommunikasjon er grunnleggende for å etterkomme gjeldende lover og regler, samt ivareta pasienter, pårørende og danne en felles forståelse for situasjonen i sin helhet og helseprosjektets formål (Eide & Eide, 2017, s. 16-17).

### **2.4.1 Pasientrollen**

Pasientrollen er forankret i en helhetlig forløpstenkning som bidrar til at alle systemer og tjenester rettes inn mot at den enkelte i størst mulig grad selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner og egenmestring (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 14). Med andre ord handler det om pasientens aktive rolle i sitt eget helseprosjekt, underbygget av pasientens rett

til selvråderett, informasjon og medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Bevisstgjøring av pasientrollen både hos pasienten selv, men også på helsepersonellens side, er avgjørende for en personsentrert tilnærming til helsehjelpen, samt er ytterligere forankret i sykepleiens yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019, 2.2-6).

## 2.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et viktig element i sykepleien på alle virksomhetsområder og i alle dets funksjoner som forebygging, behandling, terapi, rehabilitering, utdanning og helsefremmende arbeid. Begrepet kommunikasjon har sitt opphav i det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles (Eide & Eide, 2017, s. 17). Kommunikasjon er et mangfoldig konsept og har blitt beskrevet som en gjensidig prosess der meldinger blir sendt og mottatt, enten verbalt eller nonverbalt (McCabe, 2004). Det hevdes imidlertid at kommunikasjon i sykepleier-pasient relasjon innebærer mer enn overføring av informasjon; det innebærer også å overføre følelser, gjenkjenne disse følelsene og la pasienten få vite at følelsene deres har blitt gjenkjent (Sheppard, 1993). Kommunikasjon gir mer mening for personsentrerte sykepleiere. Mens den grunnleggende ideen om at kommunikasjon handler om informasjonsoverføring gjenstår, blir naturen til det som betegnes som den kommunikative opplevelsen stadig viktigere (Macke, 2014). Det vil si at i helsevesenet påvirkes måten mennesker kommuniserer, like mye som det vi kommuniserer, fundamentalt på hvordan folk opplever praksis, både når det gjelder interaksjoner mellom personer og fagpersoner, men mer generelt i hvordan vi skaper (eller ikke skaper) tilretteleggende kulturer og miljøer. Helsepersonell må følgelig kunne vurdere kommunikasjon kritisk. Sentralt i dette er evnen til å analysere sentrale komponenter i en situasjon og deres innbyrdes sammenhenger, og en grunnleggende forståelse for kommunikasjon kan hjelpe med dette (Pentland et al., 2021).

Kommunikasjon kan omfatte verbal og non-verbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er når vi snakker eller skriver og hvordan man sier noe. Ordene i denne prosessen er menneskelige symboler som representerer det meningsinnholdet vi prøver å formidle (Hanssen, 2019, s. 39). Hvordan man sier noe har stor betydning i verbal kommunikasjon; om tonen eller volumet stemmer med meldingen; om vennlige ord er sagt i en irritabel tonehøyde eller ett ord eller setningen er fremhevet fremfor andre. Talens hastighet, tone, tonehøyde, volum, pauser og flyt, bevisst eller ubevisst, legger ekstra betydning til ordene (Ali, 2018). Non-verbal

kommunikasjon uttrykkes ved ansiktsuttrykk, gester, holdninger og fysiske barrierer som avstand fra samtalepartneren (Evans, 2003). Andre faktorer som for eksempel utformingen eller dekorasjonen av et rom, eller noens klær eller utseende, kan også kommunisere budskap. En varm og et avslappende venteområde kommuniserer en innbydende melding; et uryddig, ukomfortabelt mottaksrom kan gjøre det motsatte (Ali, 2018).

### **2.5.1 Tolk**

Kommunikasjon gjennom tolk kan være helt nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp og nødvendig informasjon og veiledning til pasienter og pårørende. Språk- og kommunikasjonsproblemer kan utgjøre en barriere både i seg selv, i behandlingssituasjonen og i formidlingen av informasjonen. Misforståelser eller manglende informasjon kan ha svært uheldige konsekvenser for utfallet av behandlingen. Kommunikasjon via tolk gir bedre og tryggere behandling og større pasienttilfredshet (Helsedirektoratet, 2011).

Pasientrettighetsloven opprettholder pasientens rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og kunne medvirke i sitt helsetilbud (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Informasjonen skal ta høyde for mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn, samt helsepersonellet skal så langt som mulig forsikre seg at innholdet og betydningen av informasjonen blir forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). For å møte dette kravet, har sykepleier plikt til å vurdere behovet for tolk, å informere pasienter og brukere om muligheten for tolk, samt plikten til å bruke tolk dersom det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp. Sykepleier er også ansvarlig for å forklare pasient eller bruker som ikke selv ønsker å bruke tolk, men hvor det vurderes som nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, hvorfor tolk er nødvendig og å informere pasient/bruker om klagemulighet når tolkingen ikke har vært tilfredsstillende (Helsedirektoratet, 2011).

Tolkning handler ikke bare om å overføre et sett av ord fra et språk til et annet. Det handler mer om å fortolke et budskap i en gitt kontekst og å overføre dette til et annet språk på en slik måte at budskapet får samme meningsinnhold for budskapets avsender og mottaker (Andenæs et al., 2000, s. 31). Tradisjonelt arbeider profesjonelle tolker ved å oversette ord for ord, men dette er ikke tilstrekkelig i helse konteksten dersom partene mangler gjensidig kulturell forståelse.

Partenes ulike kulturelle bakgrunn gjør det vanskelig for skandinaviske helsearbeiderne å forstå det pasienten eller deres pårørende har på hjertet, selv om de forstår de språklige ytringene i begrenset forstand. Samtidig forstår ikke pasient og pårørende hva de skandinaviske helsearbeiderne mener, grunnet tilsvarende manglende forståelse av det skandinaviske samfunnet (Hanssen, 2019, s. 46). En god tolk er tokulturell og har ikke bare kjennskap til begge de aktuelle språkene, men bør også ha involvert seg i vedkommende kultur slik at hen også kjenner non-verbal kommunikasjonsstil og -mønster, pragmatikk og kulturell kontekst (Dahl, 2001, s. 183).

## **2.6 Personsentrert praksis**

Personsentrert praksis reflekterer et humanistisk behandlingsideal som forutsetter terapeutiske relasjoner mellom helsepersonell, pasienter og pårørende. En personsentrert tilnærming ser hver enkelt pasient individuelt, respekterer pasientens rettigheter, bygger felles tillit og forståelse for målet ved helsearbeidet og i så måte danne positive relasjoner (McCance & McCormack, 2021, s. 24-25).

### **2.6.1 Rammeverket Personsentrert praksis**

Rammeverket har som hensikt å fremme forståelse for personsentrert praksis og gi forståelse som utfordrer aksepterte normer og arbeidsmetoder. Det er et redskap som belyser gjeldende praksis og konkretiserer personsentrert praksis på individ-, system-, organisatorisk og kollegialt nivå (McCance & McCormack, 2021, s. 30). Personsentrert praksis som rammeverk innehar fire spesifikke dimensjoner:

- Forutsetninger: Denne dimensjonen omhandler helsepersonells egenskaper som profesjonell kompetanse, dedikasjon til arbeidet, verdigrunnlag, relasjonelle ferdigheter og selvinnsikt (McCance & McCormack, 2021, s. 26).
- Arbeidsmiljø: Denne dimensjonen er en multifaktoriell beskrivelse av helsearbeidets kontekst og syv spesifikke karakteristika er inkludert i rammeverket. Passende kombinasjon av egenskaper og ferdigheter, systemer som tilrettelegger felles bestemmelse, maktfordeling, effektivt samarbeid

mellom helsepersonell, støttende organisatoriske systemer, potensiell innovasjon og risiko, samt det fysiske miljøet (McCance & McCormack, 2021, s. 27-29).

- Den personsentrerte prosessen: Denne dimensjonen fokuserer på fremgangsmåter for å danne tillitsgrunnlaget og den felles respekten som er nødvendig mellom helsearbeidets involverte parter, som for eksempel tilstedeværelse i møte med personen, respektere individuelle forutsetninger som religiøse og kulturelle aspekter, samt informasjonsflyt som grunnlaget for medbestemmelse (McCance & McCormack, 2021, s. 29).
- Resultat: Helsefremmende kultur er det forventede resultatet av personsentrert praksis og beskriver en arbeidskultur i helsevesenet med inkluderende tverrprofesjonelt samarbeid, innovasjonsfremmende og fleksibel ledelse hvor avgjørelser tas i samarbeid med alle involverte (McCance & McCormack, 2021, s. 29).

Med helsefremmende kultur reflekteres et positivt livssyn som omfavner alle dimensjonene ved personene involvert i helsearbeidet og tilrettelegger for felles mestring for både de som gir og de som tar imot omsorg (McCance & McCormack, 2021, s. 30).

## **2.6.2 Personsentrert praksis i pasientrettet arbeid**

De største utfordringene i utviklingen av personsentrert praksis er den organisatoriske kulturen, læringskulturen og omsorgsmiljøet. Rent klinisk er de to største hindrene for å oppnå personsentrert praksis kommunikasjonsutfordringer i det tverrprofesjonelle samarbeidet og utilstrekkelig med tid (Boomer et al., 2021, s. 170-171). Helseinstitusjoner er ofte utformet basert på klinisk effektivitet som også kan skape utfordringer for personsentrert praksis med negativ innvirkning på pasientopplevelsen. En økende kompleks setting medfører at nøkkelfaktorer for en vellykket implementering av personsentrert praksis er gjensidig tverrprofesjonell tillit og målforståelse, samt fordelaktig ansvarsfordeling og støtte (Boomer et al., 2021, s. 173). Mye tyder på at det som i dag sees på som personsentrert praksis egentlig er personsentrerte øyeblikk, definert som de tilfellene klinikerne opplever å ha gjort en god jobb og pasienten gir god tilbakemelding. Målet med personsentrert praksis rammeverket er å endre arbeidskulturen og tilrettelegge for at klinikere lettere gjenkjenner disse øyeblikkene og bruker

dem som utgangspunkt for å videreutvikle effektiv personsentrert praksis og arbeidskultur (Boomer et al., 2021, s. 171-172).

### **3 Metode**

Dette kapitlet presenterer fremgangsmåten og resultatet av litteratursøket som ble foretatt i denne litteraturstudien.

#### **3.1 Litteraturstudie**

En litteraturstudie er en syntese og analyse av publisert forskning relatert til en relevant klinisk problemstilling og beskriver det oppdaterte kunnskapsgrunnlaget, samt kunnskapens innvirkning på og applikasjon i klinisk praksis, relatert til det valgte temaet (Popenoe et al., 2021, s. 175).

#### **3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler**

Litteratursøket foretatt i arbeidet med denne litterære oppgaven ble foretatt på CINAHL complete 10.11.2022, en database for sykepleieforskning. Søkeordene som ble brukt var «Nurses+» AND «Nursing Care+» AND «Hospitals+» AND «Communication Barriers+». Disse søkeordene ble valgt med utgangspunkt i problemstillingen, at oppgavens fokus er kommunikasjonerfaringer og kommunikasjons barrierer.

Dette søket ga 21 artikler, og søket ble ytterligere begrenset til artikler publisert i 2012 eller senere som ga 13 artikler. Ut av disse 13 artiklene leste vi samtlige sammendrag, og kom frem til fem artikler av relevans for oppgaven, som da ble lest i fulltekst og av disse ble tre valgt ut.

Det ble foretatt et ytterligere litteratursøk på Pubmed 19.11.2022. Søkeordene som ble brukt var «Transcultural Nursing» AND «Communication Barriers» begrenset til publikasjoner publisert etter 2012.

Dette søket ga seks artikler, hvorav fem kunne ekskluderes etter gjennomlesning av tittel. Den siste artikkelen var av relevans for oppgaven og ble lest i fulltekst og inkluderes i denne litterære oppgaven.



### 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inkludert	Ekskludert
De inkluderte artiklene er fagfellevurdert. Artiklene er skrevet på engelsk. Artiklene er relevant for problemstillingen. Artiklene er publisert i 2012 eller senere. Informantene er myndige, altså over 18 år, uavhengig av kjønn. Artiklene er kvalitative eller mixed-method studier. Artiklene omhandler kommunikasjons erfaringer.	Artikler publisert før 2012. Artikler som ikke er fagfellevurdert. Artikler som inkluderer barn og unge som informanter. Artikler uten sykepleiefaglig fokus.

De valgte studiene ble inkludert uavhengig av geografisk tilhørighet, ettersom oppgavens fokus er på kommunikasjons erfaringer. Disse erfaringene beskrives ganske likt uavhengig av hvor studien er utført. Vi anser derfor ikke mangelen på en skandinavisk eller norsk setting som et hinder, men ser på det som en styrke at erfaringenes internasjonale omfang belyses.

### 3.2.2 Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler

Tabell for søk i Cinahl Complete:

Database og dato for søk	Cinahl, 10/11-22
Søkeord og kombinasjoner	Cinahl: Nurses+ AND Nursing care+ AND Hospitals+ AND communication barriers+
Avgrensinger i søket	siste 10 år, språk – Engelsk Fagfellevurdert
Antall treff totalt	Cinahl: 13
Antall gjennomleste titler	Cinahl: 13
Antall gjennomleste abstrakt	Cinahl: 13
Antall gjennomleste fulltekstartikler	Cinahl: 5
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	Cinahl: 3
Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier	
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	3
Inkludert artikkel nummer 1	(Betancur et al., 2020)
Inkludert artikkel nummer 2	(Hemberg & Vilander, 2017)
Inkludert artikkel nummer 3	(Chang et al., 2021)

Tabell for søk i PubMed:

Database og dato for søk	Pubmed 19/11-2
Søkeord og kombinasjoner	Pubmed: Transcultural Nursing AND Communication Barriers
Avgrensinger i søket	siste 10 år, språk – Engelsk Fagfellevurdert
Antall treff totalt	Pubmed: 6
Antall gjennomleste titler	Pubmed: 6
Antall gjennomleste abstrakt	Pubmed: 1
Antall gjennomleste fulltekstartikler	Pubmed: 1
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusions- og eksklusjonskriterier	Pubmed: 1
Ytterligere inklusions- eksklusjonskriterier	
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	1
Inkludert artikkel nummer 4	(McCarthy et al., 2013)

### 3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Øvrig fag- og forskningslitteratur er hentet fra pensumlister, samt referanser fra forelesninger og referanser fra forskningsartikler.

## **4 Resultater**

Dette kapitlet presenterer de inkluderte artiklene i tabell og fremstiller syntese av resultatene funnet i de forskjellige forskningsartiklene inkludert i denne litterære oppgaven.

#### 4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Data base	Forfatter og årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/Metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CIN AHL Com plete	Betancur, S., Walton, A. L., Smith-Miller, C., Wiesen, C., & Bryant, A. L. (2020)	Cultural Awarenes s: Ensuring high- quality care for limited English proficient patients	Clinical journal of oncology nursing October 2020, vol. 24, no. 5	Vurdere kulturell bevissthet blant onkologisk e sykepleiere og identifisere områder for tverrkulture ll opplæring og pedagogisk utvikling.	Mixed method study (qualitative and quantitative). 44 onkologiske sykepleiere fra en onkologisk enhet som tar inn et stort antall Spansktalende pasienter svarte på en online undersøkelse som inneholder 23 Likert-spørsmål og 4 åpne spørsmål.	Den kvantitative analyse delen av studien viste at sykepleiere har moderate to høye nivå av kulturell bevissthet relatert til sykehus og enhets miljøer, oppførsel or komfort i interaksjonen med LEP (Limited English Proficient) pasienter diagnostisert med kreft, pasientomsorg eller kliniske problemer og kognitiv tilstedeværelse. Studieresultatene var forventet å confirmere at høyere nivå av kulturell bevissthet ville samsvare med evnen til å pleie denne	Artikkelen er relevant for vår studie fordi den utforsker kulturell kompetanse/forståels e blant sykepleiere som gir pleie til minoritetsgrupper I USA. Temaer som kommer frem av artikkelens funn, bidrar til svar på denne oppgavens problemstilling.

					<p>pasientgruppen med selvsikkerhet. Resultatene viste derimot ingen korrelasjon mellom bevissthet og evne. Resultatene pekte heller mot at effektiv kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er avgjørende for å kunne gi pasientsentrert pleie.</p> <p>Kvalitativ analyse avslørte følgende hovedutfordringer sykepleiere hadde i møte med LEP pasienter diagnostisert med kreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kommunikasjonsproblemer grunnet språkbarrierer.</li> <li>- Manglende evne til å informere pasientene om diagnosen, samt mål og</li> </ul>
--	--	--	--	--	--

						<p>fremgangsplan for helsearbeidet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manglende tilgang på tolketjenester innen rimelig tid.</li> <li>- Utilstrekkelig tid til å adressere den enkelte pasients behov.</li> <li>- Begrenset evne til å gi emosjonell støtte.</li> </ul> <p>I tillegg rapporterte sykepleiere at følgende påvirket arbeidet de gjorde i pleien av LEP pasienter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Press til å innhente ressurser som forsikrer pasientens forståelse av situasjonen, som igjen forsinker arbeidsflyten.</li> <li>- Manglende evne til å holde pasienter informert</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>om behandlingsplanen, samt endringer i behandlingsplanen, i rettidig måte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forandringer i timeplan/arbeidsplan basert på tolketjenestens tilgjengelighet.</li> <li>- Behov for å samle pasientinteraksjoner basert på når tolk er til stede.</li> </ul> <p>Informantene bygde relasjonen til pasientene ved hjelp av tolketjenesten, nonverbal kommunikasjon (som smiling og berøring der det passet seg), vennlige universale gester og omsorg, forsøk på å kommunisere i pasientens morsmål, samt være kulturelt</p>
--	--	--	--	--	--	--



						sensitiv ved å inkludere pasientens familie i diskusjoner.	
CIN AHL Complete	Hemberg, J. A. V., & Vilander, S. (2017)	Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture	Scandinavian journal of caring sciences, 31(4), 822-829.	Denne studien har et interkulturelt perspektiv hvor hensikten er å belyse ny forståelse for pleiemiljøet mellom sykepleier og pasient	Kvalitativ studie. Data ble samlet inn gjennom spørreskjemaer med åtte sykepleiere og to voksne fra en annen kultur. Dataene ble analysert gjennom latent innholdsanalyse.	Artikkelens resultater deles inn i fem kategorier:  1. Medmenneskelig kjærighet som basis for en omsorgsrelasjon når sykepleier og pasient ikke har et felles språk.  2. Integritet som er viktig for kulturell respekt og for pasientens spirituelle behov.  3. Viktigheten av sykepleierens tilstedeværelse og tilgjengelighet når sykepleier og pasient ikke snakker samme språk.	Studien viser viktigheten av kommunikasjonsferdigheter i møte med flerkulturelle pasienter.  Studien understreker også viktigheten av en holistisk tilnærming i ivaretagelsen av pasientens behov, uavhengig av pasientens kulturelle bakgrunn.

			<p>når de ikke deler samme språk.</p> <p>Problemet er: Hva er viktig i kommunikasjonen i et pleiesamfunn der sykepleiere og pasienter ikke snakker samme språk?</p>	<p>4. Viktigheten av kreativitet for kulturell kompetanse og utviklingen av kommunikasjon.</p> <p>5. Kontinuerlig informasjonsflyt som sikrer og ivaretar tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient i behandlingsforløpet.</p>	
--	--	--	---	--	--

CIN AHL Com plete	Chang, H., Hutchinson, C., & Gullick, J. (2021)	Pulled away: the experience of bilingual nurses as ad hoc interpreters in the emergency department	<i>Ethnicity &amp; health</i> , 26(7), 1045- 1064.	Denne studien setter søkelys på erfaringene til tospråklige sykepleiere som ble spurt om å oversette på akuttmotta ket, samt hvilken effekt dette hadde på pasientsikk erheten.	Semistrukturert intervju med 12 sykepleiere, med 12 forskjellige språkbakgrunner, fra to forskjellige storbyakuttmottak. Intervjuene ble tatt opp med lydopptak og analysert med kvalitativ innholdsanalyse, guidet av Glendon & Stanton's modell for organisatorisk klima og kultur.	Resultatene avslører vidstrakte underliggende antagelser om at å skaffe formell tolk er vanskelig, tidskrevende og dyrt.  Tospråklige sykepleiere med varierende språkkunnskaper ble brukt på tvers av organisasjoner som første valg av tolk grunnet klinisk tidspress, oppgavens natur og press for god arbeidsflyt.  Mens bruken av sykepleiere som tolk tilrettela for raske vurderinger for pasientens beste, medførte det økt arbeidsbelastning på sykepleierne, manglende eller feiltolket informasjon som igjen	Artikkelen er relevant for oppgaven da den tar for seg erfaringene og synspunktene til tospråklige sykepleiere som brukes som oversettere.  Studien belyser også etiske dilemmaer ved bruken av sykepleiere som tolk, samt effekten dette har på avdelingen med tanke på arbeidsbelastning og sikkerhetskultur.
----------------------------	--	--	---	---	--	--	--

					<p>påvirker oppfattet klinisk sikkerhet.</p> <p>Disse rutinen var støttet og tilrettelagt for av enhetsledere og tverprofesjonelle team, press fra legene samt sykepleiernes egne verdier.</p> <p>Mens noen (men ikke alle) informanter var klar over regler for bruk av tolk, var de splittet mellom gjenkjennelsen av risikable oversettelsesrutiner og deres ønske om å hjelpe kollegaer og gi effektiv kulturelt kompetent evaluering og pleie.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

Pub Med	McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. M., & Tuohy, D. (2013).	Conversations through barriers of language and interpretation.	<i>British journal of nursing</i> , 22 (6), 335- 339.	Målet med forskningsp rosjektet var å beskrive sykepleiere ns opplevelser med språkbarrie rer og bruk av tolk i konteksten av et utviklende helsesyste m i Irland.	Denne studien brakte en kvalitativt beskrivende fremgangsmåte for å tydeliggjøre kunnskap relatert til sykepleierens erfaringer vedrørende kommunikasjon med folk fra en annen kultur. Syv sykepleiere ble intervjuet med bruk av en intervju guide.	Funnene viser at dersom sykepleier og pasient ikke deler et felles språk blir kommunikasjonen anstrengt og begrenset, Å ikke kunne forstå pasienten ble ansett som vanskelig og gjorde det vanskelig å få en detaljert sykehistorie.  Flere informanter opplevde det som ukomfortabelt når språkbarrierer kom i veien for kommunikasjonsprosessen. I arbeidet med å overkomme kommunikasjonsbarrierene og tilrettelegge for pasientforståelse beskrev informantene strategier som å simplifisere informasjonen de ville formidle, samt nonverbal kommunikasjon.	Denne studien fokuserer på sykepleierens utfordringer når de må kommunisere med innvandrere. De brakte kommunikasjonsstrat egier og faktorer som påvirker kommunikasjon.  Studien viser også sykepleierens erfaringer og utfordringer i samhandling med tolker, både profesjonelle tolker og
------------	---	---	---	--	---	--	---

					<p>Alle informanter hadde erfaring med bruken av formelle og uformelle tolker. Det ble til tider besluttet å bruke familie og venner som tolk for å fremme dialogen med pasienten. I denne konteksten tar venner og familie på seg rollen som uformelle tolker. I noen situasjoner hvor informasjon var nødvendig for å vurdere eller fortsette behandling ble familie brukt som tolk. Informantene utdypet ikke hvorfor de valgte å bruke uformelle tolker, men de hadde enkelte ganger inntrykk av at familiemedlemmene tilbakeholdt informasjon.</p> <p>Når familiemedlemmer ikke kunne oversette informasjonen ble det besluttet å innhente</p>	<p>familiemedlemmer. Denne studien er derfor relevant for å svare på vår oppgave.</p>
--	--	--	--	--	---	---

					<p>formelle tolker. Dette kom tydelig frem i en av informantenes erfaring fra arbeid ved en akuttavdeling:</p> <p>Funene viste verdien av tolketjenesten i tilretteleggingen og etableringen av pasient-sykepleier relasjonen. En av fordelene identifisert av informantene med bruken av tolketjenester er den oppfattede objektiviteten til tolken mens man danner et reelt bilde av pasientsituasjonen.</p> <p>Utfordringene ved bruk av tolketjenester er også belyst: Manglene på kontinuitet i tolketjenesten var et bekymringsmoment for informantene. Det var også satt</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>søkelys på hvorvidt tolkene forsto terminologien slik den brukes i helsevesenet.</p> <p>Informantene hevder at kunnskap om hvordan effektivt bruke tolker også gjør dem mer bevisst deres egen verbale respons til en fremmedspråklig pasient.</p>	
--	--	--	--	--	---	--



## **4.2 Syntese av resultatene**

Analyse av funnene fra de fire artiklene identifiserer tre hoved erfaringer sykepleiere opplever i behandlingen av pasienter med minoritetsbakgrunn, språkbarrierer, bruk av tolk og behov for kulturell kompetanse. Språkbarrierer er en av nøkkelerfaringene identifisert gjennom syntesen og kan resultere i betydelige kommunikasjonsproblemer mellom sykepleier og pasient. Dette vanskeliggjør identifiseringen av pasientens pleiebehov og kompliserer implementeringen av individuelt tilpasset personsentrert sykepleie. Språkbarrierene medfører ofte et behov for tolk og funnene viser at sykepleiere bruker både formelle (profesjonelle) og uformelle tolker (familie, venner, osv.). Viktigheten av kulturell kompetanse i sykepleier-pasient interaksjoner er også et gjentakende tema i de inkluderte artiklene.

## 5 Diskusjon

I arbeidet med å gi hver enkelt pasient et individuelt tilpasset personsentrert behandlingstilbud er god kommunikasjon og gjensidig tillit avgjørende. I Norge har alle pasienter, uavhengig av etnisk tilhørighet eller språk, krav på informasjon og medbestemmelsesrett i sitt eget helsearbeid (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Denne delen av oppgaven drøfter problemstillingen «Hvilke erfaringer har sykepleiere i kommunikasjon med etniske minoritetspasienter?» for å bedre kunne forstå og forutse faktorer som kan påvirke det individuelt tilpassede personsentrerte behandlingstilbudet.

Den personsentrerte prosessen slik den fremstilles i personsentrert praksis rammeverket beskriver de faktorer som er nødvendige i opprettelsen av sunne tillitsbaserte medmenneskelige relasjoner, og fanger derfor opp alt pasientrettet arbeid (McCance & McCormack, 2021, s. 29). Å lykkes i den personsentrerte prosessen er derfor avgjørende for å kunne tilby et helsetilbud av den kvalitet pasientene har krav på (Helsepersonelloven, 1999, § 4; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-5). Artiklene gjennomgått i denne litterære studien setter søkelys på en rekke kommunikasjonserfaringer med innvirkning på den personsentrerte prosessen.

### 5.1 Språkbarrierer

Språk er ofte fokuset når man vurderer kommunikasjon, men kommunikasjonens innhold refererer til symboler, termer, uttrykk og artefakter som brukes til å kode og dele informasjonen. Kommunikative prosesser er mekanismene som innhold utveksles med. Kommunikasjon er iboende interaktivt ettersom det ikke er mulig å kommunisere i fravær av en annen person, verken verbalt eller nonverbalt (Pentland et al., 2021, s. 75). Kulturelle forskjeller mellom pasient og sykepleier påvirker kommunikasjonen og de kliniske beslutningene som tas. Erfaring har vist at interaksjon mellom pasienter med flerkulturell bakgrunn og sykepleiere kan være mangelfull, og at sykepleiere kan ha liten tid til å samhandle med pasienten. Misforståelser kan føre til at pasienten ikke forstår den informasjonen hen får, og hen kan bli utrygg og utvikle mistillit til helsepersonellet. Når pasienter ikke har tiltro til helsepersonellet, kan det få negative konsekvenser for den medisinske behandlingen og sykepleien hen trenger (Betancourt et al., 2021). Kommunikasjonsproblemer kan være en viktig faktor for at det oppleves vanskelig å ha sykepleieansvaret for flerkulturelle pasienter. Språkproblemer gjør det problematisk for

sykepleieren å skape en relasjon til pasienten og mye av sykepleiernes arbeidstid går med til å forstå og bli forstått (Nielsen & Birkelund, 2009). Et av hovedfunnene i denne litteraturstudien er kommunikasjonsutfordringer mellom sykepleiere og pasienter med minoritetsbakgrunn. Mer spesifikt ble manglende evne til å forstå hverandres språk funnet å skape en kommunikasjonsbarriere. Sykepleiere reiste bekymring for evnen til å foreta den helhetlige vurderingen som ligger til grunn for å gi kvalitetsomsorg. Dette hovedfunnet ligner funnene til disse påstandene presentert ovenfor. Sykepleiers manglende evne til å påta seg dette ansvaret går i strid med juridiske krav som plikter helsepersonell til å føre journal som inneholder nødvendig og relevant informasjon (Helsepersonelloven, 1999, § 40).

Resultat fra artiklene har også vist at sykepleiere forsøker kreative metoder for å skaffe tillit hos minoritetspasienter selv om språk var en barriere, ved blant annet hyppig tilstedeværelse og involvering av familiemedlemmer i behandling. Tillit er et viktig element i den terapeutiske alliansen mellom pasient og helsepersonell og forutsetter åpenhet i kommunikasjon med pasienten. Pasienten kan ha hatt flere dårlige opplevelser i møte med helsepersonell tidligere og kan ha oppfattet lite av den informasjonen hen har fått. Det anbefales at sykepleieren spør pasienten om hva som er viktig for hen og bidrar til mestring i situasjonen (Betancourt et al., 2021). Pasienter kan oppleve, blant annet på grunn av kommunikasjonsproblemer, at helsepersonell bare henvender seg til hens pårørende og ikke tar direkte kontakt med hen som pasient. Pasienten kan da oppleve å miste kontroll over situasjonen. Selv om pasienten ikke snakker norsk, eller snakker dårlig norsk, skal hens autonomi ivaretas, og sykepleieren må forhøre seg med pasienten, eventuelt gjennom tolk, om hvordan hen ønsker at pårørende skal involveres i behandlingen (Hanssen, 2019, s. 39). Videre viste resultatene at noen sykepleiere bruker berøring for å bygge tillit og relasjon med minoritetspasienter. Berøring kan være en vanlig metode ved kommunikasjon mellom mennesker, men sykepleieren må være bevisst på om dette er akseptabelt, og hva som er akseptabelt. Å ta mennesker på hodet er uakseptabelt i en del asiatiske kulturer da hodet betraktes som hellig, samt det kan også være uhøflig å bruke direkte øyekontakt i enkelte kulturer (Campinha-Bacote & Campinha-Bacote, 2009).

I artiklene inkludert i denne litterære oppgaven rapporterte sykepleiere at manglende evne til å kommunisere med pasienter som følge av språkbarrierer hindret personsentrert praksis. Det var vanskelig for sykepleierne å bli kjent med pasientene utover den aktuelle sykdommen, de så altså ikke personen bak sykdommen, individet med livshistorier, preferanser og interesser. Dette vanskeliggjorde relasjonsetableringen mellom sykepleier og pasient. Personsentrert

praksis rammeverket, som denne litterære oppgaven bygger på, identifiserer kommunikasjon som en egenskap som bidrar til et personsentrert resultat. Effektiv personsentrert kommunikasjon kan aktivt involvere en person i deres helsearbeid og øke deres velvære og tilfredshet. Sykepleie i et multikulturelt samfunn forutsetter, eller kan forbedres av, relasjonsbygging mellom de involverte partene. Datasamling, vurdering, ivareta fysiske behov, gjennomføre behandlingsopplegg og gi informasjon er eksempler der sykepleiere må kommunisere med andre (Pentland et al., 2021, s. 74). Dimensjonene forutsetninger, arbeidsmiljø og den personsentrerte prosessen av personsentrert praksis rammeverket vektlegger viktigheten av å kultivere en positiv tillitsbasert kommunikasjon som myndiggjør pasienten til å aktivt delta i sitt eget helseprosjekt og skaper personsentrert kultur på avdelingen. Syntesen av resultatene viste at kommunikasjon som forbedrer personsentrert praksis er ofte en bevisst tilnærming der dyktige sykepleiere bruker strategier og teknikker underbygget av humanistiske filosofier i etableringen av pasient-sykepleier relasjoner. Kjernen av denne tilnærmingen er utviklingen av felles tillit og helsefremmende relasjoner som demonstrerer respekt for personen og opprettholder personens selvbestemmelse (McCormack & McCance, 2016, s. 25). For å oppnå dette vil selvinnsikt og aksept for hvem vi er, hva som motiverer oss, hvilke preferanser og fordommer vi har effektivisere relasjonsbyggingen. McCance og McCormack beskriver denne oppførselen som grunnleggende forutsetninger for utviklingen av personen. Dersom pasientene ser på sykepleieren som en kompetent kommunikator, med godt utviklede sosiale ferdigheter og selvinnsikt, økes pasientens sikkerhetsfølelse. Dette tilrettelegger for at pasienten kan bli kjent med seg selv i den nye situasjonen de befinner seg i, og identifisere og artikulere hva som er best for dem, som igjen fremmer og muliggjør den personsentrerte prosessen. Samtidig så vil kommunikasjonen bli påvirket av arbeidsmiljøet, som kan være en travel avdeling der sykepleierne kan ha vanskelig for å fokusere på hver enkelt pasient, en sterkt emosjonell situasjon eller pasientens unike sosiokulturelle historie som påvirker hvordan de forstår og opplever innholdet i kommunikasjonen. Forskjeller i kulturelle normer kan føre til misforståelser og generasjonsforskjeller og holdninger mot andre kan være forankret i sosiokulturell bakgrunn (Pentland et al., 2021, s. 76).

## 5.2 Tolk

I arbeidet med å overkomme de språkbarrierene som påtreffes i klinisk praksis fremkommer det mange kreative og praktiske løsninger i artiklene inkludert i denne litterære oppgaven, men den eneste løsningen som opprettholder de lovpålagte kravene om informasjonsdeling og konfidensialitet er formelle tolketjenester (Helsepersonelloven, 1999, §21, §25; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2, § 3-5, § 3-6). Forskning viser derimot at det ikke alltid blir benyttet formell tolk når det er behov for det (Hanssen, 2010, s. 167).

Et opplevd eksempel fra praksis var da avdelingen fikk en akutt minoritetspasient uten norskkunnskaper. Hendelsen fant sent på kveldstid en lørdag og det var umulig å oppdrive formell tolk. Sykdomsbildet tilsa at behandlingen måtte starte så fort som mulig, men det var ingen måte å få informert pasienten eller innhentet samtykke. Det var imidlertid en pårørende fra en annen pasient som overhørte samtalen, kunne det aktuelle språket og tilbød seg å oversette. Grunnet situasjonens natur og mangelen på andre alternativ ble tilbudet om oversettelse gitt pasienten, som samtykte. Ingen av sykepleierne eller legen som var involvert i situasjonen var komfortable med løsningen, men med hjemmel i loven ble pasientens ønske om uformell tolk respektert (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-6). Denne situasjonen eksemplifiserer hvor krevende akutte situasjoner med språkbarrierer kan være, og hvor langt man noen ganger må strekke seg.

En studie utført i Finland om sykepleieres oppfatninger av å jobbe med innvandrerpatienter og tolker viser viktige utfordringer ved bruk av tolk for etniske minoritetspasienter (Eklöf et al., 2015). Funn fra studien viste at bestilling og tilgjengelighet av tolk ble funnet å være utfordrende og tidkrevende, spesielt i hastesituasjoner. Ifølge sykepleiernes erfaring var tilgangen til tolketjenesten på telefon vanskelig og økte arbeidsbelastningen. Dårlig tilgjengelighet hindret bruk av samme tolk ved gjentakende avtaler, noe som førte til problemer med kontinuitet og tillit.

En annen utfordrende faktor sykepleiere i studien fortalte om, var hensynet til pasientenes personvern ved bruk av tolk. På grunn av innvandrerne relativt små og tette etniske og kulturelle grupper, ble det noen ganger stilt spørsmål ved tolkenes konfidensialitet. Et svært kritisk funn vedrørende pasientenes ønsker om tolken, var tolkens kjønn eller å ha en bestemt

person eller pårørende som tolk. Sykepleiere hadde lagt merke til at ønskene om kjønn gjerne var knyttet til kulturer der kontakten mellom kjønnene er begrenset.

Barn eller andre familiemedlemmer skal ikke brukes som tolk. Det setter barn i en vanskelig rolle og kan være skadelig for barnet. Tolking er et stort ansvar, som krever modenhet, bred kunnskap og spesifikke ferdigheter. Situasjoner der det er behov for tolk, kan også håndtere alvorlige forhold som barn ikke skal måtte bestemme seg for - eller høre om. Bruk av barn som tolk kan være et brudd på FNs barnekonvensjon (FN, 1989, artikkel 36). Det er helse- og omsorgspersonellenes ansvar å sørge for at barn eller andre familiemedlemmer ikke brukes som tolk, heller ikke i situasjoner der den enkelte pasient/bruker uttrykker et ønske om det. Dersom pasienten/brukeren gir uttrykk for et ønske om å dette, kan det skyldes manglende informasjon eller kunnskap om tjenestetilbudet, egne rettigheter og tolkens rolle. Når et barn eller et annet familiemedlem brukes i stedet for en kvalifisert tolk, kan det føre til at viktig informasjon holdes tilbake og at nødvendig helsehjelp ikke blir gitt (Helsedirektoratet, 2011).

Helseinstitusjoner kan benytte seg av flerspråklig helsepersonells kompetanse til å avhjelpe krevende situasjoner der kvalifisert tolk ikke kan oppdrives (Helsedirektoratet, 2011). Forskning viser derimot at bruken av flerspråklige sykepleiere øker potensialet for miskommunikasjon, samt reduserer tiden sykepleieren har med de øvrige pasientene hen har ansvar for og reduserer tid hen kan bruke i opplæringssituasjoner med mindre erfarne medarbeidere. Bruken av helsepersonell med minoritetsbakgrunn kan være en god praktisk løsning i en krevende situasjon, men utgjør en klar risiko for pasientsikkerheten og bør derfor unngås der andre løsninger er tilgjengelig (Chang et al., 2021). Personell med minoritetsbakgrunn som arbeider i helse- og omsorgsinstitusjoner bør ikke brukes som tolk i utgangspunktet, da det kan føre til en uklar rollefordeling og tilgang til taushetsbelagt informasjon de ikke skal ha tilgang til. De er ikke upartiske og mangler også nødvendige kvalifikasjoner som tolk selv om de behersker det aktuelle språket.

Den personsentrerte prosessen, slik den defineres i personsentrert praksis rammeverket, avhenger i stor grad av felles bestemmelse basert på felles mål- og situasjonsforståelse, underbygget av god tillitsbasert kommunikasjon mellom den som gir og den som mottar behandling (McCance & McCormack, 2021, s. 29). Denne prosessen forutsetter at informasjonen som formidles gis i sin helhet og blir forstått av mottakeren. Tolker med en relasjonell tilknytning til pasienten vil aldri kunne formidle informasjonen objektivt, samt de

får et innblikk i pasientens helsesituasjon som kan fundamentalt påvirke relasjonen. Bruken av uformelle tolker utgjør dermed en trussel for pasientens konfidensialitet, samt helsetjenestens kvalitet og sikkerhet (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 253). Bruk av formell tolk for å overkomme språk- og kommunikasjonsbarrierer overholder pasientens lovpålagte rett til tilpasset informasjon og kan medføre økt effektivisering og forbedret pasientsikkerhet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5; Stubberud & Eikeland, 2019, s. 252).

### **5.3 Kulturell kompetanse**

Å erkjenne samfunnets kulturelle mangfold er kritisk for å kunne tilby et trygt, omsorgsfullt og effektivt behandlingstilbud til etniske minoritetspasienter (Henderson et al., 2018). Personsentrert praksis har et iboende holistisk perspektiv som forutsetter en forståelse for, eller anerkjennelse av, pasientens tro, verdier og kulturelle faktorer i behandlingssituasjonen (Alpers & Hanssen, 2014; Curtis et al., 2019). Forskning viser at sykepleiere bruker mer tid og energi i behandlingen av etniske minoritetspasienter enn pasienter av samme kulturelle bakgrunn som dem selv (Murcia & Lopez, 2016). De vanligste utfordringene sykepleierne erfarer er kulturelle forskjeller og kommunikasjonsbarrierer (Alpers & Hanssen, 2014; Degni et al., 2012). Behandlingstilbudet kan ofte få en negativ påvirkning dersom det foreligger kulturelle barrierer og kommunikasjonsbarrierer mellom pleiepersonalet og pasient (Sethi & Rani, 2017). Kulturell kompetanse og kulturell sensitivitet er sterkt knyttet opp mot vellykket kommunikasjon med etniske minoritetspasienter (Teunissen et al., 2017). Purnell og Fenkl erfarte at helse er både en sosial konstruksjon og et kulturelt relativt konsept (Purnell & Fenkl, 2019). Kulturelle barrierer omhandler ofte aksepterte måter å uttrykke smerte, akseptere fysisk støtte fra sykepleiere og ønske om familiemedlemmers tilstedeværelse (Ramezani et al., 2014). En norsk studie fant at språklige, kulturelle etniske interaksjoner er bundet opp til jobbrelatert stress på norske intensivavdelinger, samt at kommunikasjonsbarrierer og forskjellige kulturelle normer ofte sto i kontrast til det kliniske miljøet og et komplett helsetilbud (Høye & Severinsson, 2010). Det ble også observert at sykepleiere fant det spesielt stressende å håndtere problemstillinger rundt intime behandlingssituasjoner og religiøse normer og regler i Norge (Debesay et al., 2014).

Resultater fra de fire forskningsartiklene inkludert i denne litterære studien antyder at kulturell kompetanse er avgjørende for sykepleiere i pleiesituasjoner som involverer etniske minoritetspasienter. Sykepleiere er generelt sett bevisst sin kulturelle kompetanse, men

resultatene viser at den er tilegnet fra flere forskjellige kilder; som en del av utdanningen, igjennom arbeidssituasjoner, samt gjennom familie og venner. I de situasjoner der sykepleieren ikke hadde kjennskap til pasientens kulturelle normer, brukte de kreative kommunikasjonsstrategier for å få pasienten til å føle seg sett, hørt og respektert. Enkelte informanter etterspurte flere ressurser og opplæring for å kunne gi bedre kulturelt kompetent pleie. Den forutsettede dimensjonen av personsentrert praksis rammeverket fokuserer på sykepleiernes egenskaper, herunder kulturell kompetanse, samt ansees som byggesteinene i utviklingen av helsepersonell som kan gi effektiv personsentrert pleie (McCormack & McCance, 2016, s. 26).

Sykepleiere må ha profesjonell kompetanse for å kunne gi et holistisk personsentrert pleietilbud til pasienter uavhengig av kulturell bakgrunn. Det er også sykepleierens ansvar å tilegne seg den kunnskap og kompetanse som er nødvendig for å kunne ivareta behovene til minoritetsgrupper. Dette kommer tydelig frem i helsepersonelloven §4 samt de sykepleiens yrkesetiske retningslinjer. Siden kulturell kompetanse er en kontinuerlig prosess kan sykepleiere tilegne seg kunnskap ved å få innsikt i ulike kulturelle og etniske grupper (Campinha-Bacote, 2002). Det kan blant annet være kunnskap om pasientens helserelaterte oppfatninger og kulturelle verdier, pasientens tidligere opplevelser og helsehistorikk, samt kulturell sykdomsinsidens og prevalens (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 238). Dersom sykepleieren har manglende kunnskap og forståelse vedrørende pasientens kulturelle bakgrunn, kan det medføre kulturelle konflikter, utilstrekkelig eller upassende behandling og kommunikasjonsproblemer (Dogan et al., 2009; Tuohy et al., 2008).

Interpersonelle relasjoner mellom sykepleiere og minoritetspasienter er avgjørende i ivaretagelsen av personsentrert praksis. Første steg i å opparbeide en tillitsbasert relasjon med minoritetspasienter er å øke kulturell bevissthet, som innebærer å reflektere over og erkjenne hvordan ens egen kulturelle bakgrunn påvirker handling, avgjørelser og perspektiv (Campinha-Bacote, 1999). For sykepleiere kan økt kulturell bevissthet tilrettelegge for forståelse for pasientens kulturelle kontekst, tro, verdier og holdninger. tidligere eksponering for andre kulturer, språk og mennesker utenfor sin egen kultur og miljø kan øke sykepleierens kulturelle kompetanse og selvsikkerhet i pleien av minoritetspasienter, er det viktig at sykepleiere oppsøker og utnytter muligheter til interaksjoner med personer av en annen kulturell bakgrunn (Mayo et al., 2014). Måten vi ser oss selv og verden rundt oss har innflytelse på hvordan vi ser andre mennesker, og påvirker beslutningsprosesser i forbindelse med helse. Derfor er



helsefremmende relasjoner mellom pasienter og helsepersonell kjernen av personsentrert praksis. Dette forutsetter selvinnsikt og at man er bevisst menneskene rundt seg (Brown & Tropea, 2021, s. 37).

Vi tar alle våre egne tradisjoner, holdninger og atferd som en selvfølge, slik vi selv tenker og handler, er det “riktig” å tenke og handle. Det er ofte først i interaksjoner med mennesker fra andre kulturer at vi oppdager at det finnes ulike meninger om hva som er “riktige” tanker, holdninger og handlinger. Våre holdninger vil alltid påvirke menneskene vi samhandler med. Helsearbeidernes bedømmelse av sine pasienters atferd kan også være et utslag av den makten som følger av de sosiale rollene de innehar i kraft av sine respektive statuser (Hanssen, 2019, s. 71). I Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer kommer dette forholdet til uttrykk gjennom at sykepleie utøves i møte med menneskers avmakt, fortrolighets- og intimitetsone og at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for hver enkeltes liv og iboende verdighet, samt underbygges av barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2019). Helsepersonells yrkesetiske retningslinjer peker dermed på at helsepersonell må være bevisst på sine holdninger og unngå etnosentriske holdninger. Sykepleiere med etnosentriske holdninger kan mene at deres egen kulturs holdninger og verdier er de beste, eller eventuelt de eneste, akseptable oppfatningene. Vedkommende mangler evnen eller viljen til å forstå andre kulturers verdensbilde eller oppfatninger. Etnosentrisme kommer av manglende kontakt med eller kunnskaper om andre kulturer (Eliason, 1993).

Helsepersonell skal gi samme behandlingstilbud til alle pasienter, uavhengig av etnisitet. I et multikulturelt samfunn må helsepersonell dermed tilpasse behandlingen til pasientens kulturelle bakgrunn, som forutsetter kulturell kompetanse. Et kulturelt kompetent helsetilbud handler om helsepersonells respekt og aksept for andre menneskers erfaringer om kultur, etnisitet, religion og bakgrunn (Ingstad, 2013, s. 116).

## **5.4 Metodediskusjon**

Denne litterære oppgaven har analysert og syntetisert fire publiserte forskningsartikler for å identifisere kommunikasjonserfaringer sykepleiere har i behandlingen av minoritetspasienter. Det er flere ressurser tilgjengelig for å guide en litterær studie, men denne studien følger fremgangsmåten som beskrives i Popenoes artikkel (Popenoe et al., 2021). Litterære studier har

styrker og svakheter, men en effektiv og godt gjennomført litteraturstudie danner et sterkt grunnlag for avansering av kunnskap og teoriutvikling (Webster & Watson, 2002). Ved å integrere funn og perspektiver fra flere empiriske studier kan en litteraturstudie belyse et forskningsspørsmål med mer faglig tyngde enn et enkelt forskningsprosjekt kan (Snyder, 2019). Det kan også gi en oversikt over områder der forskningen er tverrfaglig og uensartet. Tradisjonelle måter å beskrive og fremlegge litteratur på mangler ofte grundighet, samt er ikke utarbeidet systematisk (Tranfield et al., 2003). Dette resulterer i manglende kunnskap om hva forskningsartiklene faktisk sier eller hva det egentlige budskapet bak forskningsarbeidet er, som kan resultere i at forfatterne begrunner forskningen sin i feilaktige antagelser (Snyder, 2019).

Vi gjennomførte to søk på to databaser, CINAHL Complete og Pubmed, for å identifisere relevante artikler for denne litterære studien. Vi inkluderte tre artikler fra CINAHL og en artikkel fra Pubmed. Det første inklusjonskriteriet vi tok høyde for i design fasen var at artiklene skulle fokusere på sykepleiers erfaringer i behandlingen av minoritetspasienter på nordeuropeiske sykehus. De innledende søkene vi foretok på CINAHL avslørte derimot at det var veldig få artikler som møtte våre inklusjonskriterier. De fleste artiklene var enten utenfor Nord-Europa eller utenfor sykehussettingen. Vi reviderte derfor inklusjonskriteriene til å inkludere studier gjennomført utenfor Europa og sykepleiererfaringer utenfor sykehussettingen. Disse nye inklusjonskriteriene resulterte i flere gode og relevante artikler både i CINAHL og Pubmed.

Disse artiklene fremla konkrete svar på vår problemstilling, med forskjellige perspektiver både fra Scandinavia, England, USA og Australia som beriket funnene våre. I tillegg belyste disse artiklene et globalt kommunikasjonsfenomen innen sykepleie, uavhengig av geografisk og språklig tilhørighet, er kunsten å kommunisere på tvers av språkbarrierer universell og brukes av sykepleiere over hele verden. Kommunikasjonserfaringene identifisert i denne studien varierte ikke fra sted til sted, mer enn at forskjellige steder hadde forskjellige lover, regler og retningslinjer for bruk av oversettere.

Denne litterære oppgavens internasjonale karakter er en styrke som fremhever omfanget av de kommunikasjonsutfordringene som fremstilles, men gjør oppgaven mindre relevant for lokale helseforetak. Dersom vi hadde funnet mer relevant forskningslitteratur fra Norge kunne vi med større sikkerhet gitt en god kartlegging og grundigere gjennomgang av den norske konteksten rundt kommunikasjons erfaringene sykepleiere kan forvente å oppleve i Norge. Ettersom

artiklene som ble gjennomgått var skrevet på engelsk må det nevnes at elementer av kunnskapen og budskapet i de valgte artiklene kan ha gått tapt i oversettelsen.

De forskjellige lovene, reglene og retningslinjene gjorde det vanskelig å gjennomføre holistiske endringer i organisatoriske systemer relatert til bruken av tolk i Norge. Men selv denne svakheten er overskygget av artikler fra norske forskere som Ingrid Hanssen og Dag-Gunnar Stubberud som fremhever mange gode sider ved interkulturelle relasjoner, kulturkompetanse og etniske minoritetspasienter i Norge. Oversettelsen av språk er et utfordrende felt med mange fallgruver der informasjon kan forsvinne i oversettelsen av forskningsartiklene.

## 6 Konklusjon

Målet med denne litterære oppgaven har vært å belyse sykepleiers kommunikasjons erfaringer i behandling av minoritetspasienter. Det økende antallet pasienter med minoritetsbakgrunn i norske sykehus, som vist av data presentert i kapittel 1, samt våre egne erfaringer med minoritetspasienter i praksis, dannet grunnlaget for valg av tema for denne bacheloroppgaven. Som vi har diskutert i de foregående kapitlene, har sykepleiere uavhengig av kulturell eller geografisk kontekst, erfaringer knyttet til kommunikasjon med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Språkbarrierer mellom sykepleiere og minoritetspasienter er en utfordring sykepleiere opplever i behandlingssammenheng. I et forsøk på å gi personsentrert sykepleie, benytter sykepleiere seg av tolk samt kreative strategier inkludert non-verbale kommunikasjonsmetoder for å oppnå tillit og få pasientene til å føle seg trygge, sett og hørt. Det er imidlertid utfordringer med bruk av tolk, inkludert manglende tilgjengelighet av tolk, som hemmer kontinuiteten i omsorgen. Det er også problemer med bruk av familie og venner og annet helsepersonell som tolk. Erfaringene tilknyttet sykepleiernes kulturelle kompetanse har også vist seg å være en viktig arena som krever oppmerksomhet, slik det kommer frem av oppgaven. Kulturelt kompetente sykepleiere har evner til å møte alle pasienter på likt grunnlag, og gi et likeverdig behandlingstilbud. Det er viktig å nevne at det ikke er gjort en fullstendig gjennomgang av litteraturen og at det dermed er usikkerhet knyttet til konklusjonene som trekkes.

Funnene som belyses av vår problemstilling kan ha implikasjoner for klinisk praksis og forbedre god kommunikasjon mellom sykepleiere og minoritetspasienter. For eksempel er oversettelse i samhandling med pasienten nødvendig for å promotere god kommunikasjon. Sykepleiere er juridisk ansvarlig for innhenting av tolk der det er nødvendig for å forsikre at informasjonen relatert til pasientens helse og behandling blir korrekt formidlet og forstått. Dette tilrettelegger for at sykepleier og pasient kommer til felles forståelse, klarhet i situasjonen og mulighet til tilbakemeldinger. Funnene viser også til at andre kilder for oversettelse benyttes dersom formell tolk ikke er tilgjengelig. Dette øker sjansen for feiltolkning, samt tilbakeholdelse av viktig informasjon i de tilfeller pasientens familiemedlemmer påtar seg rollen som tolk, det bør derfor være lav terskel for bruken av formelle tolketjenester. Det kliniske miljøet i helsetjenesten burde derfor ha regler og retningslinjer for hvordan og når formelle tolketjenester skal benyttes i bredere omfang enn det som er gjeldende i dag. Kulturell

kompetanse er en nødvendig prosess for god kommunikasjon og inneholder integrasjon av kulturell bevissthet og kunnskap, samt kulturelle ferdigheter, møter og ønsker. Sykepleiere må være bevisst de faktorene med stor påvirkning på kommunikasjon og personens tankemønster, som blant annet kultur, livserfaring og etnisk identitet. Vi mener at kulturell kompetanse burde gis større plass i utdanningen av sykepleiere for å danne et grunnlag av kulturell kompetanse som kan videreutvikles i praksis. Sykepleiere må oppsøke flerkulturelle situasjoner i arbeid for å ivareta og utvikle sin personlige kulturelle kompetanse og øke selvsikkerhet i flerkulturelle behandlingssituasjoner. Kulturelle og språklige barrierer kan oppleves som krevende, men hvis man møter hverandre med respekt og et felles mål har man en mulighet for å lære av hverandre.

## 7 Referanseliste

- Ali, M. (2018). Communication skills 3: non-verbal communication. *Nursing Times*, 114(2), 41-42.
- Alpers, L. M. & Hanssen, I. (2014). Caring for ethnic minority patients: a mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nurse Education Today*, 34(6), 999-1004. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004>
- Andenæs, K., Gotaas, N., Nilsen, A. B. & Papendorf, K. (2000). Kommunikasjon og rettssikkerhet. *Utlendingers og språklige minoriteters møte med politi og domstoler*.
- Betancourt, J. R., Green, A. R. & Carrillo, J. E. (2021). The patient's culture and effective communication. <https://www.uptodate.com/contents/the-patients-culture-and-effective-communication>
- Betancur, S., Walton, A. L., Smith-Miller, C., Wiesen, C. & Leak Bryant, A. (2020). Cultural Awareness: Ensuring High-Quality Care for Limited English Proficient Patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(5), 530-537. <https://doi.org/10.1188/20.Cjon.530-537>
- Boomer, C., Lawson, B. & Brown, R. (2021). Being person-centred in the acute hospital setting. I B. McCormack, T. McCance, C. Bulley, D. Brown, A. McMillan & S. Martin (Red.), *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice* (s. 169-178). Wiley Blackwell.
- Brown, D. & Tropea, S. (2021). Knowing self. I B. McCormack, T. McCance, C. Bulley, D. Brown, A. McMillan & S. Martin (Red.), *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice* (s. 33-40). WILEY Blackwell.
- Campinha-Bacote, A. J. D. & Campinha-Bacote, J. P. P.-B. C. C. T. N. F. (2009). Extending a Model of Cultural Competence in Health Care Delivery to the Field of Health Care Law. *Journal of Nursing Law*, 13(2), 36-44. <https://doi.org/https://doi.org/10.1891/1073-7472.13.2.36>
- Campinha-Bacote, J. (1999). A model and instrument for addressing cultural competence in health care. *Journal of Nursing Education*, 38(5), 203-207. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19990501-06>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184; discussion 200-181. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>

- Chang, H., Hutchinson, C. & Gullick, J. (2021). Pulled away: the experience of bilingual nurses as ad hoc interpreters in the emergency department. *Ethnicity and Health*, 26(7), 1045-1064. <https://doi.org/10.1080/13557858.2019.1613518>
- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J. & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- Dahl, Ø. (2001). *Møter mellom mennesker: interkulturell kommunikasjon*. Gyldendal Akademisk.
- Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B. & Vike, H. (2014). Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(9), 2107-2116. <https://doi.org/10.1111/jan.12369>
- Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting the needs of [corrected] Somali women living in Finland. *J Immigr Minor Health*, 14(2), 330-343. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9465-6>
- Dogan, H., Tschudin, V., Hot, I. & Ozkan, I. (2009). Patients' transcultural needs and carers' ethical responses. *Nursing Ethics*, 16(6), 683-696. <https://doi.org/10.1177/0969733009341396>
- Douglas, M. K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D. F., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., Milstead, J., Nardi, D. & Purnell, L. (2014). Guidelines for Implementing Culturally Competent Nursing Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(2), 109-121. <https://doi.org/10.1177/1043659614520998>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utgave. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eklöf, N., Hupli, M. & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurses' perceptions of working with immigrant patients and interpreters in Finland. *Public Health Nursing*, 32(2), 143-150. <https://doi.org/10.1111/phn.12120>
- Eliason, M. J. (1993). Ethics and transcultural nursing care. *Nursing Outlook*, 41(5), 225-228.
- Evans, R. G. (2003). Patient centred medicine: reason, emotion, and human spirit? Some philosophical reflections on being with patients. *Medical Humanities*, 29(1), 8-14. <https://doi.org/10.1136/mh.29.1.8>

- FN. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter* Barne- og familiedepartementet.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf)
- Hagemann, K. (2019, 30.05.2019). *Kommunikasjon*. Store Norske Leksikon. Hentet 26.11.2022 fra <https://snl.no/kommunikasjon>
- Hanssen, I. (2010). *Facing Differentness: Ethical Challenges in Intercultural Nursing*. VDM Verlag.
- Hanssen, I. (2019). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (utgave, Red.). Gyldendal.
- Helsedirektoratet, N. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hemberg, J. A. V. & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 822-829. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/scs.12403>
- Henderson, S., Horne, M., Hills, R. & Kendall, E. (2018). Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis. *Health Soc Care Community*, 26(4), 590-603.  
<https://doi.org/10.1111/hsc.12556>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utgave. utg., s. 363-406). Cappelen Damm Akademisk.
- Høye, S. & Severinsson, E. (2010). Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 858-867. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05247.x>
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jenkins, R. (1997). *Rethinking ethnicity: arguments & explorations*. SAGE Publications.
- Johansen, H. (2020). Personsentrert tilnærming må omfatte alle. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (80196), e-80196. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80196>
- Jones, L. & Watson, B. M. (2012). Developments in Health Communication in the 21st Century. *Journal of Language and Social Psychology*, 31(4), 415-436.  
<https://doi.org/10.1177/0261927x12446612>
- Joo, J. Y. & Liu, M. F. (2020). Nurses' Barriers to Care of Ethnic Minorities: A Qualitative Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 42(9), 760-771.  
<https://doi.org/10.1177/0193945919883395>



- Macke, F. J. (2014). *The experience of human communication: Body, flesh, and relationship*. Fairleigh Dickinson University Press.
- Mayo, R. M., Sherrill, W. W., Truong, K. D. & Nichols, C. M. (2014). Preparing for patient-centered care: assessing nursing student knowledge, comfort, and cultural competence toward the Latino population. *Journal of Nursing Education*, 53(6), 305-312.  
<https://doi.org/10.3928/01484834-20140428-01>
- McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>
- McCance, T. & McCormack, B. (2021). The Person-centred Practice Framework. I B. McCormack, T. McCance, C. Bulley, D. Brown, A. McMillan & S. Martin (Red.), *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice* (s. 23-32). Wiley Blackwell.
- 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>
- McCormack, B. & McCance, T. (2016). Underpinning principles of person-centred practice. I B. McCormack & T. McCance (Red.), *Person-centred Practice in Nursing and Health Care* (2. utgave. utg., s. 13-35).
- McCormack, B., van Dulmen, S., Eide, H., Skovdahl, K. & Eide, T. (2017). Person-Centredness in Healthcare Policy, Practice and Research. I B. McCormack, S. van Dulmen, H. Eide, K. Skovdahl & T. Eide (Red.), *Person-centred healthcare research* (s. 3-18). John Wiley & Sons.
- Murcia, S. E. & Lopez, L. (2016). The experience of nurses in care for culturally diverse families: A qualitative meta-synthesis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2718. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1052.2718>
- Nielsen, B. & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system- a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 431-437.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utgave. utg., s. 17-40). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- NSF. (2019, våren 2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- O'Shea, E. R., Pagano, M., Campbell, S. H. & Caso, G. (2013). A Descriptive Analysis of Nursing Student Communication Behaviors. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(1), e5-e12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ecns.2011.05.013>
- 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>
- Pentland, D., Riddell, H. & Regan, L. (2021). Communicating and relating effectively. I B. McCormack, T. McCance, C. Bulley, D. Brown, A. McMillan & S. Martin (Red.), *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice* (s. 73-82). Wiley Blackwell.
- 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>
- Purnell, L. D. & Fenkl, E. A. (2019). Transcultural Diversity and Health Care. I L. D. Purnell & E. A. Fenkl (Red.), *Handbook for Culturally Competent Care* (s. 1-6). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-21946-8\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-21946-8_1)
- Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E. & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review*, 61(2), 211-219. <https://doi.org/10.1111/inr.12099>
- Sethi, D. & Rani, M. K. (2017). Communication Barrier in Health Care Setting as Perceived by Nurses and Patient. *International Journal of Nursing Education*, 9(4), 30-35. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00092.7>
- Sheppard, M. (1993). Client satisfaction, extended intervention and interpersonal skills in community mental health. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 246-259. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18020246.x>
- Sherman, D. W. (2006). Spirituality and Culture as Domains of Quality Palliative Care. I M. L. Matzo & D. W. Sherman (Red.), *Palliative Care Nursing* (2. utgave. utg., s. 3-50). Springer Publishing Company, Inc.
- Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333-339. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>
- Sommerfelt, A. & Schackt, J. (2021, 15.04.2021). *Etnisk gruppe*. Store norske leksikon. Hentet 02.11.2022 fra [https://snl.no/etnisk\\_gruppe](https://snl.no/etnisk_gruppe)
- SSB. (2022). *Invandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrer/statistikk/innvandrer-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>

- St.meld. nr. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*. H.-o. omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/?ch=1>
- St.meld. nr. 20 (2007-2008). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (kapittel 7.2.2: Styring og organisering av helsetjenesten)*, . Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20-2006-2007-/id449531/?ch=4#kap7-2>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stubberud, D.-G. & Eikeland, A. (2019). Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utgave. utg., s. 233-254). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Teigen, K. H. (2021, 23.03.2021). *Erfaring*. Store Norske Leksikon. Hentet 18.12.2022 fra <https://snl.no/erfaring>
- Teunissen, E., Gravenhorst, K., Dowrick, C., Van Weel-Baumgarten, E., Van den Driessen Mareeuw, F., de Brún, T., Burns, N., Lionis, C., Mair, F. S., O'Donnell, C., O'Reilly-de Brún, M., Papadakaki, M., Saridaki, A., Spiegel, W., Van Weel, C., Van den Muijsenbergh, M. & MacFarlane, A. (2017). Implementing guidelines and training initiatives to improve cross-cultural communication in primary care consultations: a qualitative participatory European study. *Int J Equity Health*, 16(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0525-y>
- Tranfield, D., Denyer, D. & Smart, P. (2003). Towards a Methodology for Developing Evidence-Informed Management Knowledge by Means of Systematic Review. *British Journal of Management*, 14(3), 207-222. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-8551.00375>
- Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I. & Graham, M. M. (2008). Educational needs of nurses when nursing people of a different culture in Ireland. *International Nursing Review*, 55(2), 164-170. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2007.00600.x>
- Webster, J. & Watson, R. T. (2002). Analyzing the Past to Prepare for the Future: Writing a Literature Review. *MIS Quarterly*, 26(2), xiii-xxiii. <http://www.jstor.org/stable/4132319>
- Wæhle, E. (2022, 05.09.2022). *Minoritet*. Store norske leksikon. <https://snl.no/minoritet>

