



Å samhandle med minoritetspasienter i lys av språkbarrierer

- Sykepleieres perspektiv og erfaringer

Line Lorentzen Ellila

VID vitenskapelige høgskole

Misjonshøgskolen

Masteroppgave

Master i Interkulturelt Arbeid

Antall ord: 28 183

9. mai 2019



Obligatorisk erklæring

Navn: Line Lorentzen Ellila
Navn på studiet: Master i interkulturelt arbeid
Navn på eksamen: Masteroppgave
Emnekode: 316
Innleveringsfrist: 9. mai 2019
Antall ord: 28 183

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med navn erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Navn: Line Lorentzen Ellila

Masteroppgaver med karakteren A-C:

Jeg samtykker i at min masteroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss Ja: Nei:

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Forord

Inspirasjon til å utføre denne studien kommer fra min erfaring som sykepleier på Kreftpoliklinikken.

Det har vært en spennende og lærerik opplevelse.

Jeg vil gjerne takke mine veiledere Bjørn Hallstein Holte og Gerd Marie Ådna. Dette har vært en tidkrevende prosess, og uten deres støtte og veiledning ville oppgaven sannsynligvis aldri blitt ferdig.

I tillegg vil jeg benytte anledningen til å rette en stor takk til informantene i min studie. Utover å bidra med datamateriale, har deres refleksjoner og tanker om forskningstemaet vært den mest engasjerende delen av denne prosessen.

Bergen, 16. april 2019

Line Lorentzen Ellila

Sammendrag

Studien har sin *bakgrunn* i erfaring fra egen arbeidsplass, hvor jeg opplever at samspillet mellom sykepleier og minoritetspasienter, som har begrensede norsksferdigheter, ikke flyter på samme måte som med norskspråklige pasienter. Dette gir rom for misforståelser og forvirring, fra både pasient og sykepleier.

Hensikten med denne studien var å se nærmere på hvordan sykepleiere på polikliniske avdelinger opplever at sykepleier-pasient samhandlingen blir påvirket av språklig mangfold hos pasientene.

Det ble benyttet kvalitativ *metode* for å undersøke forskningstemaet. Innsamling av data ble gjort ved hjelp av semistrukturert intervju av syv sykepleiere på polikliniske avdelinger. Informantutvalget bestod både av sykepleiere som hadde mye erfaring med minoritetspasienter og sykepleiere som arbeider på avdelinger hvor minoritetspasienter er sporadisk representert og utgjør en liten del av den samlede pasientgruppen. Innsamlet data fra intervjuene er tematisk analysert.

Resultatet av funnene viser at flere sykepleiere opplever utfordringer i samhandling med minoritetspasienter hvor de ikke deler felles språk. Gode intensjoner og ønske om å utøve god sykepleie, blir kompromittert av usikkerhet, og mangel på erfaring og gode rutiner. Sykepleiers erfaring med minoritetspasienter viste seg, ikke overraskende, å spille en viktig rolle i samhandlingen.

Nøkkelord: minoritetspasienter, innvandrere, sykepleier-pasientrelasjoner, stereotyper, småprat, sykepleier holdning, språkbarrierer, pasientsikkerhet, helsevesen.

Abstract

This study has its *background* from my own workplace, where I work as a nurse at the oncology outpatient ward. It is my experience that the interaction with minority patients, who lacks experience with the Norwegian language, does not have that same easy flow as it does with patients with adequate Norwegian proficiency. This allows for misunderstandings and confusion, both from the patient and the nurse.

The *intention* with this study was to take a closer look at how nurses at outpatient wards experience that the nurse-patient interaction is affected by linguistic diversity among patients.

A qualitative *method* was used to investigate the research theme. Data collection was done using semi-structured interviews with seven nurses in outpatient wards. The selection of informants consisted of both nurses who had much experience with minority patients and nurses who work in departments where minority patients are sporadically represented and make up a small part of the total patient group. The data collected from the interviews has been thematically analyzed.

The *results* of the findings show that several nurses experience challenges in interaction with minority patients where they do not share a common language. Good intentions and a desire to exercise good nursing are compromised by uncertainty, and a lack of experience and good routines. Nurse's practical experience with minority patients proved, not surprisingly, to play an important role in the interaction.

Key words: Minority groups, immigrants, nurse-patient relations, stereotypes, small talk, nurse attitude, language barriers, patient safety, healthcare.

Innhold

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Avgrensning.....	3
1.3	Disposisjon	3
2	Litteratur.....	4
2.1	Litteratursøk.....	4
2.2	Teoretisk rammeverk	5
2.2.1	Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn.....	5
2.2.2	Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter	5
2.2.3	‘Vi tar det vi har’	6
2.2.4	Øvrig forskning	6
3	Metode.....	8
3.1	Metodevalg	8
3.2	Kvalitativt forskningsintervju.....	9
3.2.1	Tilgang til intervjupersoner og utvalg.....	9
3.2.2	Intervjuguide	10
3.2.3	Gjennomføring av intervju.....	11
3.2.4	Lydopptak	12
3.3	Transkribering	12
3.4	Bearbeiding og analyse av datamateriale	13
3.5	Etiske overveielser.....	14
3.5.1	Etiske godkjenninger	14
3.5.2	Informert samtykke	15
3.5.3	Taushetsplikt og konfidensialitet	15
3.6	Metodiske overveielser.....	15
3.6.1	Reliabilitet og validitet.....	15
3.7	Begrepsavklaring	19
4	Funn, analyse og diskusjon	21
4.1	Hvordan blir sykepleieres samhandling med minoritetspasienter påvirket av språklig mangfoldighet?	21
4.1.1	‘Først og fremst at de ikke kan norsk’	21
4.1.2	‘Så er jeg like klok’	23

4.1.3 ‘Jeg er nok ikke så god sykepleier’	26
4.2 Hvordan sykepleiere kompenserer for manglende felles språk	28
4.2.1 Bruk av profesjonell tolk.....	29
4.2.2 Bruk av uformell tolk.....	33
4.2.3 Nonverbale metoder.....	37
4.2.4 Språkbarrierer på telefon.....	40
4.2.5 Oppsummering.....	41
4.3 Hvilke konsekvenser kan fravær av felles språk ha for pasienten?	41
4.3.1 Informasjon, brukermedvirkning og makt	42
4.3.2 Språkbarrierer kan medføre risiko	47
4.3.3 Opprettholdelse av stereotypier	50
4.4 Hvorvidt vi er avhengige av et felles språk som grunnlag for en god pasientrelasjon... 58	
4.4.1 Småprat – ‘Begynner ikke med løst og fast gjennom tolken’	61
4.5 Praktisk erfaring – Fra novise til ekspert.....	65
5 Konklusjon	69
5.1 Hvordan sykepleiere kompenserer for manglende felles språk	69
5.2 Hvilke konsekvenser fravær av felles språk kan ha for pasienten.....	70
5.3 Hvorvidt vi er avhengige av et felles språk for å skape en god relasjon	70
5.4 Hvilken betydning praktisk erfaring har i samhandling med minoritetspasienter.....	70
5.5 Veien videre.....	71
Referanseliste	73
Vedlegg	79

Vedlegg 1: PICO skjema

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Eksempel på kategoriserte beretninger

Vedlegg 4: Tematisk inndeling av intervju

Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 6: Samtykkeskjema

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Infusjonen blir stoppet. Med en hånd på alarmklokken blir jeg stående i døren å se på pasienten i stolen. Tvilende. Hun ser bekymret ut, men nå er jeg usikker på om hun ble det av seg selv eller som en respons på at jeg ble bekymret. Ser jeg bekymret ut? Det må jeg prøve å skjule. Hun peker på munnen sin, og jeg forsøker å tolke hvorvidt hun signaliserer at hun ikke får puste eller om hun refererer til ordene som ikke blir sagt. Igjen prøver jeg og spør om noe er galt. Igjen rister hun fortvilet på hode og slår ut med armene. Ordene som når fram gir ingen mening for henne og situasjonen gir ikke mening for meg. Hvis jeg trykker på alarmen, vil straks rommet bli fylt med helsepersonell, som reagerer slik de er trent til ved varsling om allergisk reaksjon på cytostatika. Om hun ikke er redd fra før, vil hun i hvert fall bli det da. Likevel føles det som noe er ikke er som det skal være. Hvis jeg bare kunne forstå hva.

I noen situasjoner kan stillheten som oppstår når to mennesker desperat forsøker å forstå hverandre, uten å være i stand til det, være øredøvende. Jeg har siden 2014 arbeidet som sykepleier på Kreftpoliklinikken på Haukeland Universitetssykehus (HUS), og inspirasjon til oppgaven kommer fra opplevelser i egen arbeidshverdag. Dette er en avdeling med høyt tempo. Jeg møter hver dag mennesker som kommer til forberedende samtaler, kontroller eller behandling. Pasientene er mange, de er forskjellige og noen av dem er etniske minoriteter. I arbeid med pasienter med minoritetsbakgrunn stilles vi som sykepleiere ovenfor spesielle utfordringer som kommer i tillegg til de utfordringene man møter hos majoritetspasienter (Alpers, 2017, s. 5). En av disse utfordringene er at vi ikke alltid snakker samme språk, og som eksempelet ovenfor illustrerer, kan dette komplisere til og med enkle beslutninger og etterlate sykepleier handlingslammet. Det trenger ikke dreie seg om akutte situasjoner, men i helsevesenet er det kommunikasjon i alt vi gjør, og ikke gjør. Fra første til siste møte, kan kommunikasjon i samhandling med pasienten spores, og jeg har vanskelig for å se for meg at samhandling kan fungere uten. Det kommer eksplisitt til uttrykk i form av informasjon eller veiledning, men er også implisitt til stede ved trøst eller trygging. Min erfaring er at fraværet av kommunikasjon er like synlig som tilstedeværelsen av den. Dens viktigheten blir i hvert fall aldri tydeligere for meg som sykepleier, enn når den ikke lenger er en mulighet.

Som yrkesutøvere opplever jeg at sykepleiere ofte befinner seg i skjæringsfeltet mellom flere, ofte motstridende, både samfunnsstyrte og personlige mål. Dette gjør seg også gjeldende når

det kommer til samhandling med minoritetspasienter. *Samhandlingsreformen* og *prosjekt Likeverdige helsetjenester* er to politiske innsatser som de siste årene har økt fokuset på informasjon og brukermedvirkning i helsevesenet. Som sykepleier streber jeg etter å etterleve dette og ønsker å oppleves som en kompetent og omsorgsfull sykepleier ovenfor pasienten. Samtidig vil jeg også være en dyktig og effektiv representant for institusjonen jeg jobber for. Disse verdiene er ikke alltid like enkle å forene, ettersom det norske helsevesenet er under stadig samfunnsstyrt og politisk press til å effektivisere og utnytte tidsrommet vi arbeider innenfor. Denne tidsakselereringen kan påvirke pasientomsorg og samhandling mellom helsepersonell og pasient (Martinsen, 2018, s. 31–34), og min erfaring er at det da gjerne er de marginaliserte pasientgruppene, som minoritetspasientene, det går mest ut over.

Minoritetspasientene har de siste årene vært en økende gruppe i helsevesenet (Alpers, 2017, s. 5), så politisk og organisatorisk satsning på dette området er viktig. Samtidig tror jeg det er like viktig å ikke glemme perspektivet til de som i siste ende faktisk er ansvarlig for å gjennomføre og jobbe innenfor disse rammene. Samhandling med minoritetspasienter kan innebære andre krav til individuell tilrettelegging av tjenestene etter pasientens behov (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018, s. 12). Når det er snakk om språkbarrierer, kan pasientens behov være at helsepersonell på best mulig måte tilrettelegger for å kompensere for dette. Det å ha gode rutiner for å møte også de behovene vi ikke til daglig blir konfrontert med, kan vise seg å være avgjørende ikke bare for pasienten, men også for oss som er ansvarlig for å hjelpe. Jeg ønsker derfor å undersøke hvordan sykepleiere ved polikliniske avdelinger på HUS opplever samhandling med minoritetspasienter. Målet er at denne studien kan føre til en økt forståelse for hva sykepleiere anser som relevante mellommenneskelige og praktiske aspekter i samspillet med minoritetspasienter når relasjonen er preget av språkbarrierer. Forskningsspørsmål og undertemaer lyder som følge:

Hvordan blir sykepleieres samhandling med minoritetspasienter påvirket av språklig mangfoldighet?

- *Hvordan sykepleiere kompenserer for manglende felles språk*
- *Hvilke konsekvenser fravær av felles språk kan ha for pasienten*
- *Hvorvidt vi er avhengige av et felles språk for å skape en god relasjon*
- *Hvilken betydning praktisk erfaring har i samhandling med minoritetspasienter*

1.2 Avgrensning

Selv om problemstillingen gjør seg gjeldende på de fleste avdelinger og etater, både i primær- og sekundærhelsetjenesten, har jeg valgt å begrense problemstillingen til polikliniske avdelinger. For det første fordi mine egne erfaringer har bakgrunn i en poliklinisk avdeling. I tillegg er det min opplevelse at når pasientene er under poliklinisk behandling, blir kravet til effektiv samhandling i korte møter særlig høyt. I motsetning til innlagte pasienter, tilbringer pasienter i poliklinisk omsorg mesteparten av tiden i eget hjem, og er da avhengige av at den korte tiden de tilbringer på sykehuset, er utnyttet på en slik måte at de kan ivareta seg selv utenfor institusjonen.

I utgangspunktet er minoritetspasienter en stor heterogen gruppe, som også inkluderer etniske minoriteter hvor språkbarrierer ikke er et aktuelt problem. Kommunikative utfordringer trenger ikke være knyttet til hverken etnisitet eller språklige ferdigheter (Hanssen, 2005, s. 43). I min oppgave vil temaet omhandle etniske minoritetspasienter hvor det er språkkompetansen som kan utgjøre en opplevd eller reell utfordring i sykepleier-pasient relasjonen.

1.3 Disposisjon

I denne oppgaven skal jeg først redegjøre for hvilken metode som er benyttet for å besvare forskningsspørsmålet mitt. Videre vil jeg presentere de funnene som kom fram under datainnsamlingen, og samtidig diskutere og analysere dem i lys av litteratur og tidligere forskning på feltet. Til slutt vil jeg sammenfatte resultatene av analysen.

2 Litteratur

2.1 Litteratursøk

Søk etter bøker ble utført via VID sin database, Oria/BIBSYS, innenfor både *VID bibliotek* og *Alle bibliotek*.

Under arbeid med prosjektbeskrivelsen, ble det utført litteratursøk både i Oria og CINAHL for å danne meg et grunnlag av tidligere forskning på området.

Etter datainnsamlingen og underveis i analysen av dataen, ble det utført grundigere og mer målrettet søk i CINAHL. For å strukturere dette, ble det benyttet et PICO skjema som hjelpemiddel (Nordtvedt et al., 2012) (vedlegg 1). CINAHL er en database som primært inneholder tidsskriftartikler innenfor sykepleie og helse. Her ble ordene i PICO skjemaet kombinert. Disse søkene ga flere relevante treff på forskning som er inkludert i min studie. Artiklene funnet i CINAHL og Oria ble kontrollert i forhold til om de var fagfellevurdert, noe som betyr at de aktuelle artiklene er kontrollert på metoden eller fagfeltet (Nordtvedt et al., 2012).

Søkene er utført på norsk og engelsk, ettersom jeg var særlig interessert i relevante studier utført i Norge, men samtidig ikke ville ekskludere internasjonale studier, da temaet i min studie var antatt å være aktuelt på et globalt plan. I utgangspunktet var det ønskelig å søke forskning som ikke var mer enn 10 år gammelt. Dette feltet er i konstant endring, og målet var derfor å sammenlikne egne funn med annen forskning som var ansett som relevant i forhold til det samfunnet vi lever i nå. Jeg har ikke helt holdt meg innenfor dette målet. Flere av artiklene jeg fant refererte til annen forskning av eldre dato, som jeg også fant aktuelt for temaet i min oppgave. Dette viser samtidig en forskningslitterær bredde. Selv med samfunn i drastisk endring, er temaet omkring minoritetspasienter med språkbarrierer i helsevesenet fremdeles like, om ikke mer, aktuelt i dag som det var for 30 år siden (Schwei et al., 2016; Flores, 2005).

Det er også søkt internt i det norske tidsskriftet *Sykepleien* etter relevante artikler eller nyheter innenfor feltet jeg ønsket å undersøke. I Sykepleien sitt arkiv, fant jeg to artikler som er brukt i min oppgave.

2.2 Teoretisk rammeverk

De første søkene jeg gjorde, resulterte i den litteraturen jeg primært har valgt å bruke som teoretisk rammeverk i min studie. Det forskningsfeltet jeg undersøker, er i samsvar med mye tidligere forskning, og har resultert i et mangfold av artikler og litteratur, primært internasjonalt, men også noe nasjonalt. Det er vurdert som unødvendig å ramse opp samtlige funn, men at det heller er mer hensiktsmessig å la forskningen komme naturlig til uttrykk gjennom analysedelen av min studie. Det er likevel noe teori som er så framtrædende i min oppgave, at jeg ser fordelen i å introdusere den i dette kapitlet. Dette er litteratur som har vært inspirerende i forhold til temaet i min studie, og samtidig har en oppbyggende og støttende funksjon gjennom analysedelen.

2.2.1 Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn

Ingrid Hanssen (2005) gir en innføring i tverrkulturell etikk, kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell og pasienter med en annen etnisk bakgrunn enn norsk. Hun er sykepleier med en bred erfaring innenfor feltet, og litteraturen representerer profesjonens fokusområde og belyser temaer, utfordringer og muligheter i helsevesenet både fra helsepersonell- og pasientperspektivet. Kommunikasjon har en sentral rolle i hennes litteratur og gjenspeiler mange av temaene som blir behandlet under analysedelen i denne oppgaven.

2.2.2 Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter

Lise-Merete Alpers (2017) sin doktorgradsavhandling undersøker hvilken kompetanse helsepersonell har i behandling av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Den avdekker flere kompetansebehov hos helsepersonell på et sykehus i Oslo. Ett av funnene var at helsepersonell opplever utfordringer i kommunikasjon og samhandling med disse pasientene, og føler at de mangler kompetanse på dette område både i forhold til pleie- og informasjonsrelaterte situasjoner, men også i forbindelse med bruk av profesjonelle tolker. Alpers presiserer behovet for ytterligere forskning på dette feltet, også ved andre sykehus i

Norge, ettersom hennes studie kun er basert på feltarbeid ved ett sykehus. Min studie skal på ingen måte sees på som et forsøk på å reprodusere hennes, men jeg har brukt hennes avhandling og funn som inspirasjon til egen forskning.

2.2.3 ‘Vi tar det vi har’

Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI), som i dag hører til under Folkehelseinstituttet, arbeider innen fagfeltet migrasjonshelse. I 2006 utarbeidet de rapporten *Vi tar det vi har*, hvor de ved hjelp av både spørreskjemaundersøkelse og fokusgruppeintervjuer, undersøkte helsepersonell sin bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. I en artikkel bygget på denne rapporten går Kale, Ahlberg og Duckert (2010) gjennom de utfordringene som blir avdekket i denne studien. Her beskriver helsepersonell et behov for kompetanse- og kunnskapsøking når det kommer til å håndtere språkbarrierer de opplever i pleie og omsorg for minoritetspasienter. De konkluderer med at tiltak for å bedre kvalitetssikringen i offentlig sektor er helt nødvendig for å sikre minoritetsspråkliges grunnleggende rettigheter. Da NAKMI sin rapport kom ut fikk den mye oppmerksomhet, både i media og faglige kretser, og prosjekt *Likeverdige helsetjenester* ble delvis opprettet som et resultat av denne rapporten. Dette er nå flere år siden, og behovet for å tilrettelegge for språkbarrierer i helsesektoren har økt med det stigende antallet innvandrere i Norge, og det er av interesse å se om situasjonen har endret seg med tanke på tilnærming og rutiner for å løse språklige utfordringer i helsevesenet.

2.2.4 Øvrig forskning

Utover den litteratur som er introdusert her, fant jeg gjennom kontinuerlig litteratursøking i oppgaveprosessen totalt 25 artikler som er benyttet i min oppgave, hvorav 6 av dem er norske. Mye av forskningen som er gjort på dette feltet er av internasjonalt opphav, herunder er Danmark, Sverige, Nederland, Tyskland, Storbritannia, Irland, Australia og USA representert. Jeg er klar over at norske og skandinaviske studier har en større overføringsverdi til min studie med tanke på helsevesenets struktur og kultur, men det er et faktum at minoritetspasienter og språklig mangfoldighet i en stadig økende grad fanger interessen til forskere over hele verden (Schwei et al., 2016), og det er ikke uten betydning. Dessuten finner

en mange likhetstrekk når det kommer til dette temaet som ser ut til, i hvert fall delvis, å gå på tvers av landegrenser.

3 Metode

Denne studien handler om sykepleieres opplevelse og erfaringer med å møte minoritetspasienter i arbeidshverdagen og er basert på syv intervjuer med sykepleiere som arbeider på polikliniske avdelinger på Haukeland Universitetssykehus (HUS). Metodekapittelet er bygget opp slik at jeg starter med å redegjøre for valget av metodisk tilnærming, hvordan datainnsamlingen ble planlagt, utført og til slutt analysert. Siste del av kapittelet vil jeg bruke til å reflektere rundt etiske og metodiske overveielser som ble gjort underveis i denne prosessen.

3.1 Metodevalg

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan sykepleiere opplever aspekter ved det å samhandle med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, i forhold til hvordan språklig mangfoldighet kan påvirke samspillet. Dette regnes som hovedtemaet for min oppgave. På dette er stadiet i oppgaveprosessen er ikke forskningsspørsmålet formulert, og stegene jeg har tatt, må derfor sees i lys av valgt tema. Temaet omhandler det området jeg ønsker å utforske, og ettersom det kan være vanskelig å formulere presise spørsmål fra starten av, er det ikke et uvanlig å ta utgangspunkt i temaet (Everett & Furuseth, 2012, s. 25). Mitt forskningsspørsmål ble ikke ferdigstilt før etter analyse av datamaterialet, og ble: *Hvordan blir sykepleieres samhandling med minoritetspasienter påvirket av språklig mangfoldighet?* Som ledd i å belyse dette forskningsspørsmålet, har jeg ut fra dataanalysen utviklet fire undertemaer, som er presentert i introduksjonen, men gjentas her:

- *Hvordan sykepleiere kompenserer for manglende felles språk*
- *Hvilke konsekvenser fravær av felles språk kan ha for pasienten*
- *Hvorvidt vi er avhengige av et felles språk for å skape en god relasjon*
- *Hvilken betydning praktisk erfaring har i samhandling med minoritetspasienter*

I vurderingen av hvilken metode jeg skulle benytte for å besvare temaet, kom jeg fram til at den kvalitative metode var det best egnede verktøyet. Den kvalitative tilnærmingen kjennetegnes ved å beskrive et fenomen ved dets innholdsmessige og opplevelsesmessige

kvaliteter, der subjektene forståelse og perspektiv vektlegges (Svartdal, 2009, s. 136–139). Det er nettopp det jeg forsøker å oppnå ved å forholde meg til sykepleiernes egne tanker, erfaringer og refleksjoner rundt det å samhandle med minoritetspasienter hvor språklig variasjon er til stede i relasjonen. At forskningsspørsmålet først ble tydelig på et senere tidspunkt har ikke påvirket valg av metode, ettersom målet hele veien var å beskrive hvordan sykepleierne ser sin egen og pasientens handlinger, samt konteksten for det som skjer (Hammersley & Atkinson, 2004, s. 36).

Kvalitativ forskning bygger på forskjellige filosofiske og sosiologiske ideer, men jeg ønsker å trekke frem fenomenologien (Hammersley & Atkinson, 2004, s. 37) fordi den har en særlig relevans for min studie. Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer. Den åpner derfor opp for forskning hvor den daglige opplevde erfaring og dagligspråket står i sentrum, og Kari Martinsen argumenterer derfor for fenomenologien som en viktig tilnærming til sykepleieforskningen (gjengitt fra Thagaard, 2009, s. 38).

3.2 Kvalitativt forskningsintervju

I denne oppgaven er det sykepleiernes forståelse og perspektiv rundt det temaet jeg vil undersøke som står sentralt, og derfor er kvalitative intervjuer en praktisk metode for å oppnå større kunnskap og en bedre forståelse (Repstad, 2007, s. 81; Vallgård & Koch, 2007, s. 61). Denne metoden gjør at jeg kan stille sykepleierne relevante spørsmål for å utvikle en dypere forståelse omkring akkurat det konkrete temaet (Repstad, 2007, s. 80).

3.2.1 Tilgang til intervjupersoner og utvalg

Hovedkriteriet for å komme med i utvalget av informanter var om jeg regnet med at de aktuelle personene hadde relevant informasjon om oppgavens tema. Det var med andre ord temaet som avgjorde hvem som var hensiktsmessige å intervjuer (Repstad, 2007, s. 81). Inklusjonskriteriet for deltakelse var at intervjupersonene måtte være sykepleiere som har jobbet på den aktuelle poliklinikken i mer enn to år, slik at deres erfaringer i størst mulig grad kunne tilskrives deres nåværende arbeidsplass. For å begrense erfaringene, valgte jeg

polikliniske avdelinger innenfor det somatiske feltet. Tanken bak dette var at det da ville være lettere å sammenlikne avdelingene med hverandre med tanke på pasientrettede arbeidsoppgaver. Både på sengeposter og på psykiatriske avdelinger kan det være en stor variasjon av erfaringer sammenliknet med polikliniske avdelinger i somatikken.

I praktisk forskning vil en av og til være avhengig av hjelp fra sentrale informanter, for eksempel ledere, til å plukke ut svarpersoner som skal intervjues (Repstad, 2007, s. 81). For å få tilgang til forskningsfeltet, tok jeg kontakt med ledere på somatiske polikliniske avdelinger på HUS via mail. De fikk tilsendt en kort beskrivelse av hva studien innebar og hvordan intervjuet ville bli utført rent praktisk. De som responderte tok selv kontakt med aktuelle ansatte på sin respektive avdeling og formidlet kontaktinformasjon, slik at jeg kunne ta direkte kontakt med informantene som var interessert. Kommunikasjon og tilbakemelding foregikk via helseforetakets intern mail. Når jeg hadde fått bekreftelse på at informantene kunne tenke seg å delta fikk de tilsendt samtykkeskjema og mer utdypende informasjon.

Til sammen fikk jeg syv intervjupersoner fra fire forskjellige polikliniske avdelinger, inkludert en fra Kreftpoliklinikken hvor jeg selv arbeider. Innenfor den rammen jeg konstruerte ved å sette inklusjonskriterier, gjelder det utvalgsprinsippet at de som intervjues burde være mest mulig ulike. På den måten kan jeg få et bredere inntrykk gjennom intervjuene (Repstad 2007, 81). I tillegg til at informantene tilhører forskjellige avdelinger, som i seg selv skaper en bredde, tilhører tre av informantene en avdeling som behandler minoritetspasienter i en mye større grad enn gjennomsnittlige avdelinger på sykehuset. Dette kan også være med til å skape en interessant variasjon i informantene sine erfaringer.

Alle som svarte på mail at de ønsket å delta, gjennomførte intervjuet.

3.2.2 Intervjuguide

Det finnes flere forskjellige intervjuformer, men til min oppgave har jeg benyttet semistrukturert intervju, fordi hensikten var at informantene selv skulle stå fri til å fortelle sine synspunkter innenfor de spørsmål som var forhåndskonstruert i intervjuguiden (Vallgård & Koch, 2007, s. 62). I kvalitative studier er det viktig å ha en gjennomtenkt referanseramme for spørsmål som skal stilles til flere, og klargjøre denne referanserammen for respondentene under samtalen (Repstad 2007, 79), jeg jobbet derfor ut fra en intervjuguide (Vedlegg 2).

For å finne ut hvordan spørsmålene i intervjuguiden fungerte, ble det første intervjuet utført som et pilotintervju. Det ga meg muligheten til å justere formulering av spørsmål som var vanskelig å svare på og tenke over hvordan overgangen mellom spørsmålene påvirket flyten i samtalen. Pilotintervjuet ble utført på informanten som kom fra Kreftpoliklinikken, og materialet ble inkludert i analysen. Det ligger i metodens fleksibilitet at intervjuguiden ofte kan eller bør justeres i et prosjekt. Det kan være aktuelt å justere den etter hvem en snakker med. Ikke alle aktørene har forutsetninger for å gi informasjon om det samme. Guiden bør også justeres underveis etter hvert dersom man oppdager at noen spørsmål blir overflødig eller det blir ønskelig å stille nye spørsmål (Repstad, 2007, s. 79). Begge deler gjorde seg gjeldende underveis i intervjuprosessen i min studie. Noen av spørsmålene passet ikke når jeg intervjuet informanter fra avdelingen hvor det var mye erfaring med minoritetspasienter. Svarene fra de første intervjuene gjorde at jeg også la til noen oppfølgingsspørsmål hos de siste informantene. Det ble derimot ikke konstruert en ny intervjuguide, men ført notater i margin på den jeg hadde. Intervjuguiden har en langt mindre definitiv status enn et spørreskjema i en surveyundersøkelse (Repstad, 2007, s. 79), og jeg så derfor ikke på det som et problem at det ble foretatt mindre justeringer avhengig av hvem jeg snakket med og hvor langt jeg var kommet i intervjuprosessen.

3.2.3 Gjennomføring av intervju

Intervjuene foregikk på HUS på informantene sin respektive avdeling. For mange mennesker fungerer det best å bli intervjuet på eget område, hvor de selv får kontrollere konteksten og kan slappe mer av (Hammersley & Atkinson, 2004, s. 176; Repstad, 2007, s. 86). Det var også en praktisk gevinst i det at informantene selv hadde tilgang på kontor hvor vi kunne sitte uforstyrret. Denne løsningen tok dessuten minst mulig tid ut av arbeidshverdagen deres, og det var viktig å tenke over hvordan intervjuene passet inn i informantene sin hverdag (Hammersley & Atkinson, 2004, s. 176). Tidspunkt og sted ble avtalt via mail og telefon. Jeg forsøkte etter beste evne å være fleksibel i forhold til tidspunkt for å få det til å passe best mulig for informantene. Intervjuene ble utført i 2018 fra uke 21 til uke 40. Intervjuenes varighet var fra det korteste på 30 minutter til det lengste på 80 minutter.

Før hvert intervju startet, gikk jeg gjennom samtykkeskjema og avklarte eventuelle spørsmål de hadde til intervjuet og oppgaven.

I tillegg til intervjuguiden, brukte jeg hyppige oppfølgingsspørsmål til det som ble sagt og ba om utdyping av svar der jeg ønsket dette. Den kvalitative metoden har sin verdi i informantene sin opplevelse av temaet, og det følte derfor viktig å følge opp de erfaringer og undertemaer de selv brakte på banen. Jeg valgte å ikke føre notater underveis i intervjuene for ikke å forstyrre intervjuprosessen og for å kunne ha full oppmerksomhet på det som ble sagt (Hammersley & Atkinson, 2004, s. 213–214). Dette var avgjørende for å fange opp nyanser og muligheter som oppsto gjennom samtalen.

3.2.4 Lydopptak

For å dokumentere intervjuene valgte jeg å bruke lydopptak, som er den vanligste formen for å registrere intervju (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Fordelen med dette er at det gir en fullstendig, konkret og detaljert gjengivelse av intervjuet (Hammersley & Atkinson, 2004, s. 214). De fleste forskere anbefaler å bruke lydbåndopptaker til kvalitative intervjuer, og det er foretrukket å bruke en liten opptaker med sensitiv mikrofon, så utstyret merkes minst mulig av informantene. Ulempen med lydopptak generelt er at noen respondenter nærmest er allergiske mot det, og dette kan gjøre at intervjusituasjonen blir kunstig (Repstad, 2007, s. 84–85). Jeg benyttet meg av lydopptak på mobiltelefon. Tanken var at en mobiltelefon på bordet er et såpass vanlig syn, at den ikke ville bli oppfattet som noe fremmed i situasjonen og dermed raskt bli glemt. Min erfaring er at dette var en god metode, men jeg er også klar over at de nyeste etiske forskningsreglene fra EU (2018-19) ikke lenger tillater bruk av mobiltelefon til opptak av intervju, fordi disse kan føre til persongjenkjenning¹.

3.3 Transkribering

Da intervjuprosessen gikk mot slutten måtte jeg bestemme meg for hvorvidt det var nødvendig å gjøre en fullstendig og detaljert transkripsjon av opptakene i sin helhet. Alternativet var å behandle opptakene som dokumenter, sammenfatte mye av det, og transkribere bare det som ble oppfattet som viktig (Hammersley & Atkinson, 2004, s. 215). Jeg endte med å transkribere det aller meste, men hoppet over eller skrev kun ned stikkord

¹ Norsk senter for forskningsdata (NSD). Tilgjengelig på: <https://nsd.no/personvernombud/hjelp/> [lest 08.04.2019]

under de deler av samtalen som syntes lite relevant for temaet i min studie. Den teksten som ble transkribert, ble i utgangspunktet skrevet ned ordrett, og deretter ble de uttalelsene som skulle brukes i analysen omformet til mer leservennlige sitater. Her ble også dialekt oversatt til bokmål (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208). Det er ikke alle forskningsprosjekter hvor en detaljert transkripsjon er like viktig, og det tar selvfølgelig mindre tid å foreta en som er mindre detaljert (Hammersley & Atkinson 2004, 215). I samråd med min første veileder valgte jeg derfor å gjøre det slik.

3.4 Bearbeiding og analyse av datamateriale

Jeg har valgt å basere min metode på Hammersley og Atkinson (2004) sin beskrivelse av analyseprosessen, samt delvis på Kvale og Brinkmann (2015) sine analytiske verktøy. Etersom alle studier, inkluderte denne, innebærer flere faser av dataanalyse, skal den generelle rammen for den kvalitative analysen redegjøres for (Everett & Furuseth, 2012, s. 143). Jeg skal derfor i dette avsnittet beskrive hvordan jeg gikk fram når jeg begynte å analysere den innsamlede dataen.

Da alle intervjuene var ferdig transkribert var det nødvendig å foreta en omorganisering av data i ulike emner og kategorier. Datamaterialet måtte kategoriseres, som igjen innebar at tekstene måtte deles opp og merkes i forhold til et indekseringssystem (Hammersley & Atkinson, 2004, s. 221). Identifisering av kategorier er en sentral del av analyseprosessen og data kan organiseres i ulike kategorier på mange forskjellige måter (Hammersley & Atkinson, 2004, s. 223). Sortering av data i min studie ble gjort på to måter. Først laget jeg en samlet oversikt over svar på intervjuguiden, der hvor disse spørsmålene var besvart. Intervjuene ble fargekodet, for å skape en bedre visuell oversikt over hvilke meningsytringer som hørte til de forskjellige intervjuene. I tillegg kodet jeg beretningene, det vil si at data ble fordelt i kategorier basert på informantenes meningsytringer i teksten (Hammersley & Atkinson, 2004, s. 223) (vedlegg 3). Etter nøye gjennomlesning av alle intervjuene og de samlede svarene på intervjuguiden, kom fordeling av beretningene til slutt på syv hovedtemaer og tre undertemaer (vedlegg 4). Det er ikke noen entydige krav om at data skal plasseres i bare én kategori, eller bestemte regler for hvordan de skal fordeles (Hammersley & Atkinson, 2004, s. 222), derfor ble noen av beretningene tilhørende kun en kategori, mens andre hørte til i flere kategorier.

Da beretningene var ferdig kodet, dannet kategoriene grunnlaget og rammene for en revidert og endelig versjon av temaet, forskningsspørsmål og den videre analyseprosessen. I arbeidet med å kategorisere beretningene, så jeg behovet for å endre noe på temaet, og formulere forskningsspørsmålene på nytt. Dette valget ble gjort for at min metode skulle være i tråd med den fenomenologiske tilnærmingen min studie har, og blir utdypet senere i dette kapitlet under metodiske overveielser.

Analysedelen av oppgaven er strukturert slik at fremstillingen av funn fra intervjuene og fortolkningen av disse er presentert i samme kapittel. Presentasjon av datamateriale kan ikke gjøres uten at det er en form for fortolkning til stede i prosessen, blant annet på bakgrunn av mitt valg av fag- og forskningslitteratur. Jeg har derfor valgt å ikke dele opp analyse- og fortolkningsdelen i min oppgave, og analyseresultatene diskuteres fortløpende i dette kapitlet. I denne prosessen av oppgaveskrivingen har jeg vært oppmerksom på at det er informantene sine meningsyttringer som er styrende for det materiale som blir diskutert, mens forskningslitteraturen har som primære funksjon å påvise samsvar eller forskjeller til informantenes uttalelser (Everett & Furuseth, 2012, s. 150–154).

3.5 Etiske overveielser

3.5.1 Etiske godkjenninger

Når det utføres kvalitative intervjuer gjelder visse formelle regler knyttet til personvern. Det kreves en godkjenning, noe som i praksis ved norske universiteter og høyskoler innebærer at man må sende et meldeskjema til Norsk senter for forskningsdata (NSD), som administrerer denne ordningen (Repstad, 2007, s. 81–82). Min studie ble vurdert og godkjent av Personvernombudet (vedlegg 5), før jeg startet intervjuprosessen. Ettersom informantene i min studie er sykepleiere og ikke pasienter eller andre utsatte grupper, kom ikke min studie innenfor regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk sitt ansvarsområde (REK, 2015), og det var derfor ikke nødvendig å søke godkjennelse derfra.

Ved overgangen til 2019 hadde ikke min veileder mulighet til å fortsette som daglig ansvarlig for min studie på grunn av permisjon. Jeg fikk på dette tidspunktet en ny veileder og endringsmelding ble sendt og godkjent hos NSD.

3.5.2 Informert samtykke

Prinsippet om informert samtykke gjelder i høy grad for kvalitative intervjuer (Repstad, 2007, s. 82). Alle informantene fikk som tidligere nevnt tilsendt samtykkeskjema (vedlegg 6) i forkant av intervjuene, og dette ble gjennomgått og signert før intervjuet startet. I tillegg ble informasjon om frivillig deltakelse og muligheten for å trekke seg presisert (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Etter intervjuet fikk informantene tilsendt kopi av signert samtykke.

3.5.3 Taushetsplikt og konfidensialitet

I forhold til de opplysninger jeg har mottatt gjennom intervjuprosessen, har jeg forholdt meg til taushetsplikten. Dette innebærer at personidentifiserbart datamateriale kun har vært tilgjengelig for meg (REK, 2015). Forut for selve intervjuet ble informantene forsikret både skriftlig og muntlig om denne taushetsplikten og at deres anonymitet ville bli ivaretatt (Repstad, 2007, s. 87). Alle informantene fikk tildelt et ID nummer rangert etter når samtykket ble signert. Personopplysninger og koplingen til studie ID ble oppbevart i et passord-beskyttet dokument på privat og passord-beskyttet laptop. Ved transkribering av intervjueteksten, ble intervjupersonene aidentifisert. Personopplysninger var også tilgjengelige på min Outlook mail. Tilgang til denne er beskyttet med passord, og her finnes i tillegg ingen tilknytning til det spesifikke datamateriale de har bidratt med. Samtykkeskjemaene ble oppbevart innelåst.

3.6 Metodiske overveielser

3.6.1 Reliabilitet og validitet

En forskningsrapports *reliabilitet*, også kalt pålitelighet, har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre, og henviser gjerne til om et resultat kan gjentas på andre tidspunkter av andre forskere ved hjelp av samme metode (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276; 357). *Validitet*, eller gyldighet, omhandler hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Fordi spørsmålet om pålitelighet og

gyldighet preger alle fasene i oppgaven (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 272), har jeg i punktene under redegjort for alle faktorene som jeg mener kan ha en innflytelse på min studies pålitelighet og gyldighet.

Utvalg av informanter

Det var flere overveielser jeg gjorde da det kom til utvalget av informanter. Heterogenitet er, som beskrevet under avsnitt 3.2.1, å fortrekke for å skape en bredde i datainnsamlingen. Ved å bruke informanter fra forskjellige polikliniske avdelinger, hvorav en avdeling ikke representerer poliklinikkens gjennomsnittlige samhandling med minoritetspasienter, oppnår jeg dette. Samtidig kan det argumenteres at jeg kunne trengt mer enn syv informanter for å øke oppgavens *pålitelighet* og *gyldighet*. På grunn av oppgavens tidsbegrensning var dette ikke mulig i denne studien. Likevel syns jeg informantene ga både varierte og inngående svar, og dermed bidro til å gi min studie både bredde og dybde, og det er her den største verdien i kvalitative studier ligger.

Nærhet til forskningsfeltet

Jeg valgte å bruke informanter som var ansatt på HUS, og informanten som ble benyttet til pilotintervjuet i min studie er i tillegg ansatt på avdelingen hvor jeg selv arbeider. Det er mange fordeler med å undersøke et tema i tilknytning til eget yrke eller arbeidsplass. Det krever ikke at jeg må jobbe for å tilegne seg god lokalkjennskap, adgang til feltet og tillit på samme måte som hvis feltet var mer fremmed (Everett & Furuseth, 2012, s. 18). Det må likevel bemerkes at det er dokumentert motforestillinger mot å forske ukritisk i settinger der det er kolleger eller bekjente. Når man intervjuer kjente kan det komme inn lojalitetsbånd som kan forstyrre forskningen (Repstad, 2007, s. 82), og dermed påvirke resultatets *pålitelighet* hvis intervjupersonen er troende til å gi andre svar til en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Dette er teoretiske funderinger, og det er ikke nødvendigvis slik at det oppstår noen vesentlig forskjell på intervjuene med kjente og ukjente (Repstad, 2007, s. 83). Det var kun en av informantene jeg hadde personlig kjennskap til på forhånd, og så vidt jeg kan bedømme, presenterte ikke dette et problem i intervjusituasjonen. Det kan være at intervjuet føltes tryggere, ettersom det ikke var en samtale med en helt fremmed. Det kan også ha gjort det enklere for informantene å være åpne, ettersom hun i forveien hadde en forståelse for

forskerens verdier og holdninger på området som undersøkes. Dette kan på den andre siden bety at svarene kan tilpasses forskerens antatte holdninger, men dette fikk jeg ikke inntrykk av ved å høre gjennom intervjuet i etterkant. En ettertanke har vært om risiko for lojalitetsbånd kan oppstå, ikke bare når man intervjuer kolleger, men også når man intervjuer personer fra samme arbeidsgruppe som en selv. En av ulempene med å forske i eget miljø kan være at forskeren har for lite distanse til feltet som forskes i (Everett & Furuseth, 2012, s. 18). Det var til tider vanskelig å ignorere det faktumet at jeg ikke er fremmed for det miljøet informantene beskriver, og ved noen tilfeller oppsto et ønske om å støtte dem i situasjoner de beskriver som vanskelige. Det kan også være at informantene på sin side ga andre svar enn de ville gjort dersom forskeren ikke selv var sykepleier og ansatt i samme helseforetak. Jeg ble selv intervjuet til en sykepleier sin doktoravhandling en gang, og husker at jeg vurderte svarene mine med tanke på hvordan forskeren kunne komme til å oppfatte meg som sykepleier.

Transkripsjon og analytisk tilnærming

At jeg har valgt bort å transkribere irrelevante deler av intervjuene har, etter min mening, ikke påvirket transkripsjonens *validitet* eller *reliabilitet*. Det finnes ingen fasit på hva som er den mest korrekte måten å transkribere på, og det vil avhenge av hva som er formålet med forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 212). I min studie var det sykepleiernes meningsenheter i forhold til temaet som var av interesse, og de ble ikke oversett. Underveis i analysen gikk jeg også tilbake og hørte gjennom lydopptakene på nytt for å sørge for at jeg ikke hadde mistet noe som likevel var aktuelt å ta med, i forhold til de avsnittene jeg hadde valgt bort å transkribere.

Det kan derimot påvirke transkripsjonens *pålitelighet* at det kun har vært en person som har lyttet til intervjuene og oversatt fra lydopptak til tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211). For å kompensere for dette hørte jeg gjennom intervjuene en gang i forkant av transkripsjonen, for å danne meg et helhetsinntrykk av samtalen. Etter transkripsjonen, hørte jeg igjen gjennom lydopptaket mens jeg sammenliknet det med den nedskrevne teksten. Å lytte til båndet gjentatte ganger, øker påliteligheten til teksten som er skrevet ned (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211).

Den analytiske metoden kan også påvirke oppgavens *pålitelighet*. Selv om jeg hadde satt meg inn i både Hammersley og Atkinson (2004) og Kvale og Brinkmann (2015) sin tilnærming til

og beskrivelse av analyse av intervjuetekst, er det er ikke brukt en konkret modell for å strukturere og analysere datamateriale. Basert på den overstående litteraturen valgte jeg å utarbeide et eget system for å sortere og omorganisere datamaterialet. Omorganiseringen av data i kategorier spiller en viktig rolle i avdekkingsprosessen (Hammersley & Atkinson 2004, 221), og det er mulig at en annen analysestrategi ville avdekket andre kategorier.

Endring av metode

Som det framgår i min prosjektbeskrivelse, var min oppgave i utgangspunktet tenkt å være en tekststudie basert på en kombinasjon av kvantitative og kvalitative tekster. Den primære grunnen for dette var at jeg så for meg at alternativet kom til å bli for omfattende ettersom kvalitative intervjuer er en så tidskrevende form for datainnsamling (Repstad, 2007, s. 97). Jeg fant derimot tidlig ut at tekststudie ikke var den mest hensiktsmessige metoden å bruke for å belyse mitt tema. Det jeg egentlig var interessert i var det kvalitative aspektet og i tillegg ønsket jeg å vite hvordan dette ble opplevd i et miljø som ikke var så langt fra det jeg selv arbeidet i. I samråd med min første veileder endret jeg metode til kvalitativ forskningsintervju kort tid etter at jeg hadde levert prosjektbeskrivelsen. Ut fra min vurdering har ikke dette påvirket oppgaveprosessens *gyldighet* ettersom det skjedde på et såpass tidlig stadium.

Endring av temaet

Ut fra prosjektbeskrivelsen var intensjonen at hovedtemaet skulle omhandle sykepleieres samhandling og relasjon med minoritetspasienter. Herunder var det tenkt at stereotyper og makt skulle bli de mest sentrale undertemaene. Som beskrevet tidligere i dette kapittelet under avsnitt 3.4, oppdaget jeg at det var nødvendig å endre noe på temaet basert på informantene sine primære fokusområder. Å forsøke å passe de meningsytringene de ga meg inn i det forhåndsbestemte temaet, ville ikke være i tråd med den fenomenologiske forskningsmetoden, og jeg ville gått glipp av mye informasjon som var viktig for informantene i min studie. På den ene siden kan dette påvirke oppgavens *gyldighet*, ettersom resultatet i en mindre grad representerer det jeg trodde jeg skulle undersøke. På den andre siden er det ikke uvanlig at temaet videreutvikles underveis og at man ender opp med et annet tema enn det som var aktuelt i starten (Everett & Furuseth, 2012, s. 25; Hammersley & Atkinson, 2004, s. 60). Hovedmålet var å undersøke sykepleieres opplevelser med minoritetspasienter, og det har jeg

gjort, selv om underpunktene er noe endret. Et annet poeng som kan påvirke oppgavens *pålitelighet*, er at det ikke var formulert konkrete spørsmål i intervjuguiden som omhandlet språklig mangfold. Dette temaet kom først opp når informantene snakket fritt om sine opplevelser til minoritetspasienter, og førte deretter til at jeg endret oppgavens fokus i den retningen. Ulempen med å gjøre dette så sent i oppgaveforløpet, var nettopp det at intervjuguiden ikke stilte disse spørsmålene. Ettersom det ikke var konkrete refleksjoner jeg hadde gjort meg på forhånd, kan jeg ha mistet anledninger til å stille relevante spørsmål og få mer utdypende svar. Oppfølgingsspørsmål ble, som tidligere beskrevet, hyppig brukt, og ut fra datamaterialet kan jeg se at temaet er godt dekket. Det er likevel ikke til å unngå at resultatet kunne blitt annerledes hvis fokuset hadde vært mer spisset i denne retningen fra utgangspunktet.

3.7 Begrepsavklaring

Likeverdige helsetjenester er et bredt begrep, men handler i hovedsak om å sette et skille mellom *like* og *likeverdige* tjenester i helsevesenet. Når ulike folk får like tjenester er det ofte slik at noen ikke får like gode tjenester. Jeg har valgt å bruke Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) sin definisjon for å klarere begrepet: *Likeverdige tjenester betyr at alle har tilgang til tjenester av like god kvalitet som er tilpasset det enkelte menneskets behov* (LDO, 2011). I Norge er det et politisk ønske at alle skal ha helse- og omsorgstjenester som er på samme nivå, samtidig har Helse- og omsorgsdepartementet anerkjent at språklig mangfoldighet er en av utfordringene som må overkommes for å oppnå dette målet (HOD, 2013). I 2013 startet prosjekt *Likeverdige helsetjenester* i Helse Bergen, hvor ett av fokusområdene har vært å vektlegge helsetjenester til pasienter med innvandrerbakgrunn for å sikre imøtekommelse av deres behov for å bli forstått og respektert (Haukeland Universitetssykehus, 2016). I tillegg ble det utført et delprosjekt av Likeverdige helsetjenester, hvor språkbarrierer og bruk av tolketjenester var fokusområdet (Laksutom & Sivertsen, 2016). Med dette har også Helse Bergen presisert en nær relasjon mellom tilstedeværelse av språkbarrierer og muligheten for å yte likeverdige helsetjenester for minoritetspasienter.

Samhandling handler om samspillet mellom to eller flere aktører, og i min oppgave refererer begrepet til samspillet mellom helsepersonell og pasient. Samhandling er lagt til som et eget

element under HUS sin modell for likeverdige helsetjenester, fordi dette er ansett å være et viktig aspekt i spesialisthelsetjenesten sin virksomhet (Haukeland Universitetssykehus, 2016), særlig etter at Samhandlingsreformen startet i 2012 og økte fokuset på blant annet brukermedvirkning (Helse Vest, 2016; HOD, 2013).

Det er flere vanlige begreper å benytte når man snakker om forskjellige former for *tolker*. Jeg har valgt å følge definisjonen til Schouten (2017) fordi hun gir et tydelig og beskrivende skille mellom profesjonelle og uformelle tolker. *Profesjonelle tolker* blir brukt om mennesker som har kompetanse innenfor minst to relevante språk, er blitt vurdert på sin språklige kompetanse og gjennomgått en grad av tolkerettet utdanning og trening innenfor dette feltet. *Uformelle tolker* er individer som oppfører seg som tolker, men uten å ha den formelle treningen til å utføre tolkespesifikke oppgaver. Oftest er det pasientens pårørende eller flerspråklige helsepersonell som blir brukt som uformelle tolker i helsevesenet. Der hvor det i oppgaven kun refererer til *tolk*, er det profesjonell tolk som menes, ettersom uformelle tolker ikke eier denne tittelen i samme grad.

Etniske minoritetspasienter er et vanlig begrep innenfor litteratur og forskning, og er blant annet benyttet i Alpers (2017) sin avhandling, som er beskrevet under teoretisk rammeverk i dette kapittelet. Her refereres det til pasienter som bor i Norge, men har en annen etnisk bakgrunn enn norsk og derfor regnes som minoriteter innenfor helsevesenet. Det var denne kategorien jeg forholdt meg til under intervjuene, og i starten av analysekapittelet bruker jeg derfor denne betegnelsen, men har videre valgt å beskrive pasientene som *minoritetspasienter*. Pasientene som blir beskrevet i min studie er førstegenerasjonsinnvandrere, altså personer som er født i utlandet av to utenlandske foreldre (Hanssen, 2005, s. 18). Nettopp fordi de er oppvokst i et annet land og har et annet morsmål, har de ikke like forutsetninger for å beherske og bruke det norske språket. Oppgaven omhandler primært språklig mangfold, og dermed mister pasientenes etnisitet sin relevans for mitt tema, ettersom etnisk bakgrunn i seg selv ikke er styrende for språkferdigheter.

4 Funn, analyse og diskusjon

4.1 Hvordan blir sykepleieres samhandling med minoritetspasienter påvirket av språklig mangfoldighet?

4.1.1 'Først og fremst at de ikke kan norsk'

I sitt arbeid møter helsepersonell mennesker fra mange ulike kulturer og etniske grupper. Det kan dreie seg om vårt lands urbefolkning, turister, eller mennesker som av ulike årsaker har emigrert hit. Når disse menneskene kommer i kontakt med helsevesenet, kan de ha veldig forskjellige behov, og hvilke aspekter som får betydning i for en person i møte med helsevesenet, er situasjonsavhengig (Hanssen, 2005, s. 15–16). Det er derfor rimelig å anta at sykepleiernes opplevelse i møte med disse gruppene vil variere avhengig av hvilke erfaringer de har hatt med forskjellige pasientgrupper. I starten av intervjuet med informantene i min studie, var målet derfor å kartlegge hvem de tenkte på som etniske minoritetspasienter i sitt arbeid som sykepleier. Som beskrevet under metodekapittelet i denne oppgaven, var det klart allerede før intervjuene ble utført at noen av informantene, på grunn av den avdelingen de arbeider på, er forventet å ha en langt bredere erfaring med minoritetspasienter, enn de andre informantene som arbeider på avdelinger hvor møtet med minoritetspasienter er sporadisk og utgjør en relativt liten del av deres arbeidshverdag. Hvem informantene tenker på som minoritetspasienter og hvilke temaer som blir framhevet er derfor forventet å variere ut fra konkret erfaring, ettersom det gjerne er erfaringer vi bruker når vi beskriver vår omverden. Når informantene ble spurt om hvem de ville beskrevet som en typisk minoritetspasient, svarte en av sykepleierne:

Det er litt vanskelig å beskrive en typisk, for de er jo på en måte sine individer. Selv om de kommer fra et land, kan de ha sine forskjeller de og. Det er store variasjoner. Jeg tenker i hvert fall det når de kommer hit, at de har vært så kort tid i Norge at de ikke forstår norsk eller engelsk (2).

Dette er en av informantene som arbeider på avdelingen med høy forekomst av etniske minoritetspasienter. Hun beskriver at hun synes det er vanskelig å finne noen felles karakteristikk hos pasienter med minoritetsbakgrunn, men at det typisk på denne avdelingen er at de er relativt nyankommen til landet, slik at språkkunnskaper ofte er en faktor hun må ta

høyde for. Dette ble også nevnt av de andre informantene fra denne avdelingen. En av informantene fra en annen poliklinisk avdeling på sykehuset svarer på samme spørsmål og sier: *Først og fremst at de ikke kan norsk. Men det finnes jo selvsagt en del minoritetspasienter som snakker ganske godt norsk og, det finnes begge deler (6).*

Som sykepleieren ganske riktig sier, kan språkkompetanse hos minoritetspasienter variere over hele skalaen (Hanssen, 2005, s. 105–106), men det er en av de første vurderingene hun gjør seg, at minoritetspasienter kan være i den nedre enden av denne skalaen, selv om dette ikke trenger å være tilfellet. Faktisk ble vurdering av språkkompetanse bemerket innledningsvis i intervjuet av samtlige av informantene i min studie. Språket er noe av det første som møter oss og noe vi tar for gitt i møte med etnisk norske pasienter. Det er derfor ikke så unaturlig at dette er noe informantene legger merke til i møte med pasienter hvor norsk språkkompetanse ikke kan tas for gitt. Informanten i min studie sier også: *Når det står Hussein ... eller et eller annet muslimsk: 'forstår han norsk eller forstår han ikke norsk?'. Så du er alltid litt forberedt idet du ringer (6).*

Forbindelsen mellom minoritetspasienter og sannsynligheten for manglende norskspråklige ferdigheter gjør at sykepleieren reagerer på navn som kan representere denne muligheten. I sin beskrivelse av hvem de anså som minoritetspasienter, ble fravær av felles språk, altså at pasienten hverken snakket norsk eller engelsk, poengtert av samtlige informanter. En av informantene i min studie sier: *Det er jo en pasientgruppe som går her, som du forholder deg til på samme måte som de andre. Men du har det der med språket, det er ofte barrieren, sant (3).*

I dette utsagnet antyder hun at etniske minoritetspasienter som gruppe ikke nødvendigvis har noen konkrete forskjeller fra etnisk norske pasienter, med unntak av språkkompetanse, som i dette utsagnet blir definert som en sannsynlig barriere. Dette kan være en av grunnene for at fravær av felles språk, har en så sentral og deskriptiv verdi hos sykepleierne i min studie, i møte med minoritetspasienter. Språkkompetanse blir en karakteristikk som er med på å identifisere og klassifisere hvem som er minoritetspasienter. Dette støttes ved at det også kan ekskludere noen fra å bli medregnet som etnisk minoritetspasient: *Vi har jo også svensker ... Språket, der er det ikke noe problem. Jeg tenker ikke på, jeg har ikke tenkt på dem som det [minoritetspasienter](7).*

Definisjonen av hvem som betegnes som minoritetspasient, er uavhengig av språkkunnskaper og selv om de fleste informantene er klar over dette, viser deres fokus hvor sentralt språk står

i sykepleiers møte med pasienter. At språk er det første sykepleier vurderer i møte med etniske minoritetspasienter, blir også funnet i en dansk studie (Nielsen & Birkelund, 2009, s. 433), og i en svensk studie blir språkets betydning for identifisering av tverrkulturelle møter eksemplifisert ved at svenske sykepleierstudenter med minoritetsbakgrunn ikke regnet seg selv som en faktor i tverrkulturelle møter med pasienter, nettopp på bakgrunn av at de selv behersket svensk (Jirwe, Gerrish & Emami, 2010, s. 442).

Ut fra disse funnene er det verdt å se på hvordan informantene i min studie blir påvirket av den språklige mangfoldigheten. Informantene i min studie har primært hatt et fokus på kommunikasjon i form av det rent språklige, og dette blir derfor hovedfokus videre i oppgaven. Det må likevel bemerkes at kommunikasjon er mer enn tolkning av ord. Sender og mottaker kan også oppfatte informasjon og symboler forskjellig fordi de kommer fra ulike kulturer og dermed ikke deler samme erfaringsbakgrunn (Hanssen, 2005, s. 45). Kommunikative utfordringer kan derfor ha flere årsaker, men i tråd med informantene i min studie sine uttalelser, virker det som den dominerende årsaken i helsevesenet er et manglende felles språk (Hanssen, 2006, s. 145). Det blir også støttet av tidligere norsk forskning at de kommunikative utfordringene som blir rapportert, er koplet til rent lingvistiske problemer (Kale, Ahlberg & Duckert, 2010; Alpers, 2018; Høye & Severinsson, 2008). Videre i dette kapitlet vil jeg belyse hvordan informantene i min studie opplever det språklige mangfoldet i møte med minoritetspasienter.

4.1.2 ‘Så er jeg like klok’

Kommunikasjon blir sett som et system for å skape mening: mennesker, beskjeder og virkelighet interagerer for å produsere felles mening, og dermed gjøre gjensidig forståelse mulig (Isotalus, 2006, s. 227). For å forstå hvorfor dette er så viktig aspekt i sykepleier-pasient relasjoner, må en ta i betraktning at alle informantene i min studie beskrev informasjon, veiledning og kommunikasjon som en stor del av sine daglige sykepleieoppgaver. En av sykepleierne i min studie sier: *Det er språket som er største utfordring. Språket jeg bruker mest. Informasjon er hovedredskap. Bygge relasjon er vanskelig uten språk. Terskel for å stille åpne spørsmål er høyere, forstår ikke alltid svaret, så er jeg like klok (6).*

Hun presiserer her flere problemer knyttet til det å samhandle med pasienter hvor det ikke foreligger et felles språk. Lingvistisk kompetanse er spesielt viktig i sykepleie, ettersom en

stor del av sykepleieatferd er formidlet gjennom diskurs, og noen roller, som pasientopplæring, veiledning og rådgivning utelukkende består av diskurs (Crawford, Candlin & Roger, 2015, s. 64). Å utføre disse oppgavene kan, som informanten påpeker, være utfordrende dersom mottakeren av informasjonen ikke har de samme forutsetninger for å forstå det som blir sagt og heller ikke har mulighet til selv å gjøre seg forstått av sykepleier. Dette kan også påvirke muligheten for å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient. En annen informant i min studie uttrykker bekymring i slike situasjoner:

Så har jeg og hatt samtaler hvor jeg bare føler at: 'hvem er mest forvirret nå? Hva har jeg egentlig fått ut av denne samtalen? Håper ikke den pasienten er like i villrede som meg over mangelfullt innhold i denne samtalen' (1).

Hun beskriver følelsen av å sitte igjen etter en informasjonssamtale, uten å være helt sikker på hvor mye av informasjonen som er blitt forstått. I henhold til Pasient- og Brukerrettighetsloven har pasienter rett på tilpasset og tilstrekkelig informasjon for å kunne gi informert samtykke og være delaktig i egen pleie og behandling (1999, § 3-1;§ 3-2). Både pasientrettighetsloven og sykepleieetiske retningslinjer konkretiserer at det er sykepleier sitt ansvar å sørge for at denne informasjonen blir gitt (PBRL, 1999, § 3-5; Norsk Sykepleierforbund [NSF] 1983, s. 25). Som informanten i min studie beskriver, er dette ansvaret ikke alltid like enkelt å etterleve. Andre studier har også funnet at selv om sykepleier er fokusert på å informere pasient og familie i henhold til norsk lovgivning, var de usikre på om informasjonen faktisk var blitt forstått når det forelå språkbarrierer i samtalen (Høye & Severinsson, 2008, s. 342). Informanten i min studie utdyper problemet slik det framstår for henne:

Det er jo en 'kjennsting' at man spør et spørsmål og får et svar som ikke egentlig passer. Det å gå tilbake og omformulerer spørsmålet sånn at de forstår hva du egentlig spør om, det er ikke alltid like lett. Da blir det til at du bare har hatt en samtale hvor du har informert masse og ikke fått noen ting tilbake (1).

Flere av informantene i min studie uttrykket liknende usikkerhet i forhold til hvordan de kan kvalitetssikre at det ikke er oppstått misforståelser. Som informanten sier, opplever hun det som vanskelig å korrigere informasjon som hun mistenker er misforstått av pasienten, fordi hun ikke klarte å formidle det korrekt ved første forsøk. Når språklige barrierer oppstår, kan det herske stor usikkerhet blant helsepersonellet både om hvorvidt pasienten hadde forstått innholdet i kommunikasjonen, og i tillegg om en selv hadde oppfattet pasienten riktig (Kale et

al., 2010). Selv pasienter som er antatt å snakke norsk, kan ha problemer med nyansene språket og dette kan også skape misforståelser som i tillegg er vanskelig å fange opp (Høye & Severinsson, 2008, s. 342). Informanten i min studie beskrev dette problemet ut fra sykepleiers ønske om å gi informasjon som blir oppfattet og forstått riktig av pasienten, men som en av de andre informantene i min studie påpeker, så kan dette gå begge veier: *Men skjønner de ingen språk, så er jo, ja så er det jo vanskelig å formidle det som jeg tenker at jeg skal formidle og de har vanskelig for å få formidlet til meg (6).*

Dersom pasienten ikke snakker et språk sykepleieren kan forstå, er det er ikke bare sykepleier som ikke får formidlet det hun ønsker. Pasienten sitter sannsynligvis på sin side også med informasjon, og har problemer med å nå fram til sykepleier med denne.

Det som sykepleierne til nå har beskrevet, er utfordringer knyttet til å gi informasjon og samtale med pasienter med begrenset språkkunnskaper innenfor norsk. Det er et kjent problem at mange innvandrere sjeldent oppnår et høyt nivå av det nye språket, ettersom det kan ta lang tid å skaffe seg det nødvendige vokabularet for å mestre synonymer eller uttrykke følelser (Hanssen, 2006, s. 145–146). Det er flere faktorer, som hvor lenge pasienten har oppholdt seg i Norge, hvor integrert han eller hun er i det norske samfunn og andre sosiale faktorer, som kan påvirke i hvilken grad vedkommende mestrer språket. Dette har en direkte innflytelse på hvorvidt og i hvilken grad språkbarrierer er et problem. Som en av informantene i min studie konstaterer: *Bedre dialog får en jo selvfølgelig med å ha mer felles ord (1).*

Når sykepleierne i min studie identifiserer problemer med felles norskspråklig kunnskaper, er det flere av dem som anerkjenner bruk av engelsk som et alternativ. Noen ganger kan pasienten foretrekke engelsk over norsk. En av informantene i min studie sier:

Akkurat den kommunikasjonsbiten i det, den kan være veldig utfordrende da. Det er ikke alltid de behersker, i hvert fall ikke de som er litt eldre, så behersker de gjerne ikke engelsk heller. Er de litt yngre, så knoter vi oss jo frem på engelsk, og [så] går det greit, men det er jo ikke alle som kan det (7).

Det som blir sagt her er at der hvor pasienten ikke behersker norsk, blir det vurdert bruk av engelsk som en alternativ mulighet. Det er det ikke alle som mestrer, men der hvor det er tilfellet, forsøker sykepleier å møte denne språkkompetansen ved selv å begi seg ut på et språk som heller ikke er hennes morsmål. Hun forklarer at dette ikke alltid er noe som faller henne helt naturlig:

Det ser en selv om bare, jeg ikke skal snakke arabisk engang, men snakke engelsk i telefonen og informere. Så ser jeg at det blir en helt annen type samtale, fordi at plutselig så: 'Søren og, hva var det ordet på engelsk?'. Og så blir du mest opptatt av å få frem det du vil og alt det rundt (7).

Det er ikke en selvfølge at norske sykepleiere er komfortable eller språkkyndige nok til å gi informasjon på et språk som de, og kanskje også pasienten, bare mestrer delvis. På samme måte som dialogen svikter når pasienten ikke behersker norsk, vil barrieren potensielt være den samme, når sykepleieren begynner å kommunisere på et språk som hun ikke fullt ut mestrer. utfordringer med å konvertere til engelsk for å skape en bedre dialog blir bekreftet av en annen sykepleier i min studie:

Min engelsk er ikke god, det er bare å innrømme, den er ikke god. Og det er sånn reiseengelsk, som du bruker når du er på ferie. Det er noe annet, men når du skal bruke det inn mot den medisinske terminologien, så mangler jeg en del ord på engelsk (6).

Som tidligere uttalt av en av informantene i min studie, så forventes det en bedre dialog dersom man har flere felles ord. Det er ikke vanskelig å se for seg at kommunikasjonen kan bli utfordrende i en situasjon hvor sykepleier snakker reiseengelsk og en ikke har oversikt over pasientens engelskkompetanse. Det vil i slike tilfeller sannsynligvis blir like vanskelig å kontrollere språkbarrierens innflytelse på samtalen som når samtalen foregår på norsk.

Når kommunikasjonen svikter, beskriver informantene i min studie at de sitter igjen med følelsen av at informasjonen de gir, ikke når fram eller blir forstått, samtidig som de har problemer med å oppfatte informasjon som pasienten forsøker å formidle. Bevisstheten rundt dette problemet gjør dem bekymret. I det neste avsnittet skal vi se litt mer på hvordan denne bekymringen kommer til uttrykk.

4.1.3 'Jeg er nok ikke så god sykepleier'

Som beskrevet i forrige kapittel, er helsepersonell lovpålagt å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon til pasientene sine. De er også selv opptatt av at informasjon og veiledning er en av de primære funksjonene de har i samhandling med pasientene. Når denne oppgaven oppleves som krevende, kan dette ha konsekvenser for sykepleierne sin følelse av å strekke til. En av informantene i min studie sier:

*De er stort sett veldig mottakelige for det som vi prøver å formidle og fortelle og at de ønsker veldig sterkt å samarbeide ... Jeg har en veldig positiv erfaring med **det**. Det som er det negative, er at vi synes jo selv ofte vi blir litt hjelpeløse i forhold til språk og kommunikasjon (7).*

Flere av informantene i min studie skildrer denne hjelpeløsheten i form av frykt for at de selv skaper misforståelser og roter det til i samtale med pasient. Andre studier har også identifisert en opplevelse av usikkerhet og angst hos sykepleiere når de er ute av stand til å kommunisere effektivt med pasientene sine (Jirwe et al., 2010; Kai, et al., 2007; Markey, Tilki & Taylor, 2018). Når kommunikasjon er en så sentral del av det sykepleierne definerer som sine arbeidsoppgaver, er det også naturlig at de kan kjenne på at de svikter i sin profesjon når denne oppgaven blir vanskelig å gjennomføre. Å miste evnen til effektivt å kommunisere med pasienter kan også påvirke andre sentrale aspekter i sykepleien. En av informantene i min studie sier:

*Jeg er nok ikke så god sykepleier, tenker jeg. Fordi jeg får jo ikke vært, jeg kan ikke vise min omsorg på samme måte på engelsk, eller i hvert fall ikke på noe annet språk. Selv på engelsk mangler jeg... Jeg kan jo si **noe**, men det er ikke helt det samme (6).*

Her overfører sykepleieren betydningen av å kunne kommunisere til i hvilken grad hun er i stand til å vise omsorg. Betydningen av språk som barriere for å gi god omsorg er tidligere dokumentert (McCarthy et al., 2013), og effektiv kommunikasjon blir nært knyttet til opplevelse av å gi omsorg. Tidligere studier har funnet at sykepleiere har følt seg tilfreds med omsorgen de ga når de klarte å etablere det de mente var tilfredsstillende kommunikasjon med pasient eller pårørende. På den andre siden, når kommunikasjon var mangelfull, beskrev deltakerne at de ikke var tilfreds med pleien og omsorgen de ga (Jirwe et al., 2010). Informanten i min studie kopler evnen til å gi omsorg med hvor kompetent hun opplever seg selv som sykepleier. Usikkerheten sykepleiere føler i møte med lingvistiske utfordringer, kan gjøre dem ukomfortable og umyndiggjort som profesjonelle. Dette kan også føre til at kvaliteten på omsorgen for pasienten ble påvirket som et resultat (Kai et al., 2007). Det kan bli en negativ sirkel, dersom manglende evne til å kommunisere påvirker sykepleiers følelse av å strekke til og gi omsorg, og denne følelsen av utilstrekkelighet ytterligere begrenser evnen til å gi omsorg til pasienten.

I dette første avsnittet har jeg gått inn på hva flere av informantene i min studie har som hovedfokus når de snakker om etniske minoritetspasienter. Gjennom intervjuene er det tydelig

at språklig diversitet er en åpenbar og relevant faktor sykepleiere merker seg når det kommer til samhandling med minoritetspasienter, og at utfordringer i kommunikasjonen både kan påvirke og utfordre flere aspekter i sykepleier-pasient møter. De hovedtemaene som har kommet ut av disse samtalene, og som skal utforskes videre i min oppgave er følgende:

- *Hvordan sykepleiere kompenserer for manglende felles språk*
- *Hvilke konsekvenser fravær av felles språk kan ha for pasienten*
- *Hvorvidt vi er avhengige av et felles språk for å skape en god relasjon*
- *Hvilken betydning praktisk erfaring har i samhandling med minoritetspasienter*

4.2 Hvordan sykepleiere kompenserer for manglende felles språk

Språkbaserte kommunikasjonsbarrierer utfordrer prinsippet om likeverdige helsetjenester som tidligere beskrevet er et satsningsområde i Norge både fra politisk og helseorganisasjon hold. En rekke studier har vist at språklige barrierer som ikke håndteres på en god måte, reduserer kvaliteten på helsetjenester (Kale et al., 2010), og det er derfor relevant å se på hvordan sykepleierne i min studie forholder seg til dette på et løsningsorientert plan. Når informantene i min studie står ovenfor pasienter som ikke behersker språket på en måte som fordrer god flyt i informasjonsutveksling, er metodene som blir brukt for å kompensere for dette varierende. Her er det også variasjon på tvers av avdelinger hvor gode og innarbeidet rutinene er for dette. En av informantene i min studie sier:

Så det er mer at jeg skal klare å formidle det de har planlagt for denne pasienten på en god måte, og hvordan man kan få det til uten at de forstår så mye. Det blir mer forvirring og kaos, så du blir nødt å ha hjelp hos noen. Nødt å ha inne en person som enten kan forstå litt engelsk eller en som kan tolke, for å formidle det du trenger, for å trygge de (6).

Som sykepleiere her sier, når hun ikke selv er i stand til å gi informasjonen hun ønsker slik at pasienten føler seg ivaretatt, trenger hun hjelp. I hvilken form denne hjelpen søkes, synes å være mange. Tidligere studier viser at når kommunikasjonsproblemer oppstår på bakgrunn av manglende felles språk, prøver sykepleier å redusere disse problemene ved å involvere en profesjonell tolk og/eller andre både praktiske og tekniske metoder (Høye & Severinsson

2008, s. 342). Vi skal i de følgende avsnittene se på hvilke metoder som ble tatt opp av informantene i min studie.

4.2.1 Bruk av profesjonell tolk

Tolking av språk er kritisk i kommunikasjonsprosessen mellom pasient og sykepleier. I følge Høye og Severinsson (2008), avtar kommunikasjons problemer, som oppstår av ikke å ha et felles språk, når man benytter profesjonell tolk. Tiltak for å overvinne språkbarrierer i offentlig sektor er helt nødvendig for å sikre minoritetsspråkliges grunnleggende rettigheter, men NAKMI sin rapport fra 2006 viste at det hersker stor usikkerhet blant helsepersonell omkring når det skal benyttes tolk (Kale et al., 2010). Alle informantene i min studie virker til å ha et bevisst forhold til bruk av profesjonell tolk til pasienter hvor språket er et tydelig problem. Det var allikevel varierende hvor konsekvente sykepleierne var med å benytte tolk som hjelpemiddel, spesielt hvis de ikke på forhånd visste hvor omfattende språkbarrieren var. En av informantene i min studie sier: *Det er jo veldig viktig at de har med seg tolk hvis de er dårlig i språket. Som regel er det ordnet, men det er ikke alltid det er det og det kan være litt problematisk (3).*

Sykepleieren går videre til å forklare at det ikke er ofte dette er et problem, men at det har skjedd at pasienter kommer og ikke skjønner noe av samtalen. I slike tilfeller blir de satt opp til ny time med tolk. Det er ikke alltid dette blir fanget opp. En annen informant i min studie sier:

Vi har jo snakket om det, særlig det med bruk av tolk, at det er nok noen ganger vi har tenkt at de snakker såpas bra engelsk at vi har tenkt at det er nok, men så viser det seg kanskje i ettertid at det åpenbart er store huller i informasjonen som de har fått med seg. Og det er jo ikke bra (7).

Norsk- og engelskkunnskapene blant pasienter med et annet morsmål kan, som tidligere beskrevet, variere fra et totalt manglende eller dårlig språk til de som snakker det perfekt uten aksent (Hanssen, 2005, s. 105–106). Å vurdere graden av språkkompetanse hos pasienten i forhold til når det burde bestilles tolk, virker som en krevende oppgave for noen av informantene i min studie, og er også dokumentert i andre studier (van Rosse et al., 2016). Det kan det være mange grunner til dette. Å vurdere andres språkkunnskaper kan, som informanten i min studie beskriver, være vanskelig, og helsepersonell sin bedømmelse av

pasientens språkkunnskaper kan i tillegg ofte være mer optimistisk enn pasienten sin (van Rosse et al., 2016, s. 52). Fordi sykepleier kan ha en tendens til å overvurdere pasientens språkkunnskaper, vil det noen ganger i en samtale være slik at pasienten selv er den eneste som innser at det er nødvendig med en tolk (Schenker et al., 2011). Hvis dette ikke blir formidlet i denne sammenheng, kan det være helsepersonell lever videre i troen på at viktig informasjon er gitt og oppfattet. Når informasjonshullene så blir fanget opp, hvis de noen gang blir det, kan det være for sent.

Et annet fenomen som ble avdekket i min studie var at det ikke er uvanlig at sykepleierne knytter behov for tolk sammen med legesamtalen. En av informantene sier:

Men de får jo tolk i oppstart til kur og hvis det er evalueringssamtaler [med lege]. Da er tolken der. Og så har det hendt at de har tolk første dagen til kur og da er vi heldige og kan informere om mye (6).

Det kan virke som det er større bevissthet på å være konsekvent med å bestille tolk til legesamtaler, mens sykepleierne er heldige hvis det også er tolk med til første behandling når det er deres tur til å snakke med pasienten. Det blir angitt av flere av informantene i min studie, at de føler seg heldige hvis det er tolk til stede i deres møte med pasienten, mens det i større grad blir regnet som en selvfølge i forbindelse med legesamtaler. I en amerikansk studie på tolkemønster i helsevesenet ble det oppdaget en slående lav bruk av tolk i sykepleier-pasient interaksjoner sammenlignet med lege-pasient møter. De spekulerte i om sykepleierne i større grad *klarer seg* uten tolk fordi de ser på kommunikasjon som en mindre essensiell del i mange av de rutinemessige interaksjonene de har med pasientene (Schenker et al., 2011), men denne forklaringen samsvarer ikke med at informantene i min studie beskriver kommunikasjon som en av de mest essensielle oppgavene de har ovenfor sine pasienter. I Schenker et al. (2011) sin studie ble det i tillegg dokumentert at pasienters ønske om tolk i interaksjoner med helsepersonell var generelt høy, og ikke spesifikt knyttet til legesamtaler. Ut fra dette er det lite sannsynlig at manglende bruk av tolk for sykepleiermøter representerer en pasientsentrert avgjørelse.

Forskning viser at bruken av profesjonell tolk varierer sterkt fra sykehus til sykehus, og kan også variere fra avdeling til avdeling (Hanssen, 2005, s. 106). Dette var et tydelig funn i min studie. Det var store forskjeller blant informantene i tilnærming til og terskelen for å bestille profesjonell tolk. De av informantene som i sitt arbeid er i hyppigere kontakt med minoritetspasienter og dermed også i en mye større grad er eksponert for språklig diversitet og

potensielle språkbarrierer, hadde mye tydeligere rutiner for hvordan de håndterte dette. En av informantene fra denne avdelingen sier:

Vi bruker i hvert fall tolk. Det er jo et godt grunnlag, altså for å forstå hverandre. ... Det å legge til rette for språk med tolk, det er kjempe viktig. Vi er helt avhengig av det. Og det bruker vi sikkert 80–85 % av tiden (4).

Her er ikke bare bevisstheten rundt språkbarrierer framtrepende, men løsningen er også tydelig. Som Hanssen (2005) skriver, så er mangel på felles språk å regne som et klart og definert problem, og løsningen er like klar: det er behov for en tolk. Sykepleiere som daglig står ovenfor dette problemet, virker til å ha denne løsningen i ryggmargen. Det gjelder ikke bare når pasient og sykepleier ikke snakker noe felles språk, men også dersom det hersker tvil omkring graden av språkkompetanse. En annen informant fra denne avdelingen sier: *Vi er veldig påpasselige med å bestille tolk hvis vi er i tvil. Ikke ta for gitt at pasienten kan engelsk. Og hvilken engelsk? Kan han snakke med legen eller snakke om at sola skinner (5).*

Her reiser sykepleieren et viktig poeng i forhold til å vurdere behovet for tolk. Ved siden av at det for de fleste mennesker er vanskelig å uttrykke følelser og indre tanker på et annet språk enn morsmålet, etterspørres det i helsevesenet et vokabular som ligger utenfor det en håndterer i dagliglivet (Hanssen, 2005, s. 105–106). For eksempel kan språkferdigheter som vanligvis er tilstrekkelig i hverdagen bli utilstrekkelig når det kommer til å uttrykke smerte eller intime detaljer i sykdomskontekst (Hanssen, 2006, s. 147–148). Tolk er derfor ikke bare relevant ved allerede kjente, åpenbare og udiskutable språkbarrierer, men også i situasjoner der helsepersonell ikke kan garantere for pasientens grad av språkkompetanse.

Bruk av formell tolk er et viktig redskap for å kompensere for språkbarrierer, men selv når sykepleier er bevisst på behovet for tolk og planlegger dette i forkant av et pasientmøte, er dette ingen garanti for effektiv kommunikasjon. En av informantene i min studie sier:

... Det fungerer som oftest bra, med de utfordringene som det er med tolk alltid. Når en aldri helt vet om det blir formidlet det som blir sagt. Men av og til så får en jo svar på at det blir det ikke, og en ser at forvirring oppstår (4).

Hun kommer med dette inn på en relevant problemstilling, som også blir støttet av flere av de andre informantene i min studie, uavhengig av avdeling. Det er ikke alltid slik at bruk av profesjonell tolk sikrer god kommunikasjon. En studie av minoritetsspråklige tolker i det norske rettsvesen viste at enkelte av de profesjonelle tolkene heller ikke har tilstrekkelig

språklige ferdigheter og sosial kunnskap til å utføre arbeidet sitt på en god måte (Hanssen, 2005, s. 62). Informanten går videre med å utdype denne problemstillingen:

Tolk er en sånn sårbar situasjon da. God tolk er gull verdt, [men] det kan være en utfordring i kommunikasjon. ... Stor forskjell på tolk, men stort sett går det veldig bra! Det er ikke så veldig ofte, men noen ganger må en avslutte [samtales] av ulike grunner. Ikke alltid jeg har skjønt hvorfor, men en ser kanskje at en får reaksjoner fra den som er pasient... da må vi pause det, og så må jeg klarere ut hva dette er for noe. Jeg kan jo ikke spørre tolken (4).

Hun forklarer at i slike tilfeller blir de noen ganger nødt til å fortsette samtalen uten tolk. Informantene i min studie som kommer fra avdelingen med høy forekomst av minoritetspasienter og derfor har høyt forbruk av tolketjenester bekrefter alle at det noen ganger kan være et problem at tolkene har ulike kvalifikasjoner. Det de har gjort på denne avdelingen er at de har brukt ressurser på å undervise tolkene sine og på den måten investert i å få kontinuitet på gode tolker. På denne måten tar de et personlig ansvar for å kompensere for språkbarrierer. Dette ansvaret kan man også se overført når det handler om pasientene. En av informantene i min studie fra denne avdelingen poengterer dette med å si: *Vi er der at vi går ikke rundt og spør pasientene om de vil ha tolk eller ikke. For det er vårt ansvar å sørge for at vår formidling, og det vi skal fortelle pasienten kommer fram (5).*

Som hun sier, så er det helsepersonell sitt ansvar, så langt det er mulig, å sørge for at informasjon mottatt er det samme som informasjon gitt. Hvis ingenting blir gjort for å sikre adekvat kommunikasjon, blir ikke dette ansvaret møtt, ettersom pasienten har en rett til å bli informert og helsepersonell har en plikt til å informere (Hanssen, 2006, s. 151). En måte å presisere dette på er, som informanten sier, å ikke la det være opp til pasienten selv i de tilfeller hvor sykepleier vurderer tolk som nødvendig.

Alle informantene i min studie hadde en klar formening om at profesjonell tolk var den anbefalte metoden å benytte i informasjonssamtaler, men de praktiske rutinene og gjennomføringen av dette var mer varierende. Det virker også som det ikke alltid er tydelig for sykepleierne når pasienten har behov for tolk. Dette ble også funnet ved et annet sykehus i Norge. Kolbjørnsen og Engeland (2016) fant i sin studie betydelig underforbruk av profesjonelle tolker og at sykepleierne brukte mye tid på å finne ut om pasienten faktisk trengte tolk. De implementerte derfor blant annet en tolkeresept som skal følge pasienten, og dermed gjøre det lettere for helsepersonell å fange opp de som har dette behovet. Retten til å anvende tolk i offentlige tjenester er bare svakt forankret i norsk lovgivning, og selv om den

kan den utledes fra andre lover og retningslinjer, slik som pasientrettighetsloven, sykepleieetiske retningslinjer og likeverdige helsetjenester, er det i dag ikke konkret forankret i norsk lovverk at pasienten har rett til en profesjonell tolk (Kale et al., 2010). Denne situasjonen er sammenliknbar i de fleste europeiske land, og det kan argumenteres at denne mangelen på lovgivning sannsynligvis bidrar til praksisen med å benytte seg av alternative og uformelle tolker som et substitutt (Schouten, 2017, s. 74).

4.2.2 Bruk av uformell tolk

Alternativt til en profesjonell tolk er å bruke uformelle tolker, som for eksempel mer språkkyndige pårørende, til å oversette. McCarthy et al. (2013) fant at sykepleiere noen ganger, for å forbedre dialogen med pasienter, så det som nødvendig å kommunisere med dem via familie eller venner. I denne konteksten, påtar familie eller venner seg rollen som uformell tolk. Hvilke tilnærming informantene i min studie hadde til bruk av uformelle tolker var varierende. En sykepleier sier: *Vi har hatt noen erfaringer der vi har brukt pårørende som tolk, som vi jo ikke skal gjøre, men der og da i situasjonen så har det liksom blitt det som har vært det mest ryddige (7).*

Selv om informanten her uttrykker en bevissthet om at bruk av uformell tolk i form av pårørende ikke er det mest riktige, er det likevel hennes erfaring at det noen ganger representerer den mest pragmatiske løsningen. Dette er hun ikke alene om. Hanssen (2005) skriver at det på sykehus både i Norge og andre land foregår en utstrakt bruk av familietolker, noe som også blir støttet av forskning (Jirwe et al., 2010; Nielsen & Birkelund, 2009; Markey et al., 2018; McCarthy et al., 2013; Høye & Severinsson, 2008). I spørreundersøkelsen NAKMI utarbeidet svarte 49 % av respondentene at de ofte eller alltid kommuniserte med pasienten gjennom familiemedlemmer eller pasientens venner (Kale et al., 2010). Flere av informantene i min studie kom med uttalelser som bekrefter at dette også er praksis på deres avdeling. En sier:

Ofte har vi blitt reddet av at de har med seg et barn eller noen bekjent, eller noen som kan være tolk akkurat i innkomsten da. Av og til har vi fått litt pepper for det da, at vi har brukt familie eller sånn og tolket, for det skal man i utgangspunktet ikke. Men det er klart, når vi vet om det om det og planlegger litt bedre, så kan vi jo bestille inn tolk (6).

Det var ingen tvil hos informantene om at å benytte seg av pårørende som uformelle tolker ikke var i tråd med det de oppfattet som den generelle anbefalingen, men av praktiske og tidsøkonomiske årsaker ble det likevel ble praktisert. Liknende funn er gjort i andre studier, hvor sykepleiere har uttrykt at de opplever det som lettvis, enkelt og fristende å bruke pårørende som tolk (Kale et al., 2010), særlig i situasjoner hvor det er nødvendig med rask informasjon for å gjøre en vurdering eller starte behandling (McCarthy et al., 2013; Høye & Severinsson, 2008).

På samme måte som bruk av profesjonell tolk varierte avhengig av om sykepleierne i min studie arbeider på en avdeling med høy forekomst av minoritetspasienter, gjorde også holdninger til det å bruke uformelle tolker det. En av informantene fra denne avdelingen sier: *Vi bruker ganske konsekvent tolk, at det ikke er pårørende som skal tolke. Der det er språkbarrierer så bruker vi tolk for alle konsultasjoner (2).*

Informantene, som i denne studien regnes som dem med større erfaring med å behandle minoritetspasienter, var mye tydeligere på at dette var noe de var bevisst på, og de gikk aktivt inn for å unngå bruk av pårørende som tolk i samtaler. Dette blir bekreftet og utdypet av en annen informant fra denne avdelingen. Hun sier:

Så kan det være situasjoner der pasienten kommer og tolken har kommet og pasienten har med seg pårørende. Da kan det av og til, ikke ofte vi opplever det her, men at pasienten sier at 'mannen min kan tolke' for eksempel. Men da må man takle den situasjonen der og da, og si at: 'det er fint, du er velkommen til å være med inn, hvis din kone ønsker det og du vil det, men vi bruker tolk fordi at jeg må være sikker på at jeg klarer å formidle det som jeg skal. Det er jeg som sitter med ansvaret' (5).

Det er ikke uten grunn at helsepersonell skal være forsiktig med bruk av pårørende som tolk. Det er rapportert flere utfordringer med å bruke pårørende som tolk hos de av informantene i min studie som hadde erfaring med dette. En av sykepleierne sier:

Noen har med seg mannen som tolk og det er ikke ideelt. Da kan han sile litt hva som kommer tilbake. Du vet ikke helt om alt kommer frem og om han skjønner alt. Det er det de sier, at du helst ikke skal bruke familie som tolk, for de vil gjerne sile litt (3).

Sykepleieren uttrykker her bekymring og nevner flere faktorer man burde ta hensyn til ved bruk av pårørende som tolk. For det første kan kvaliteten på familietolker varierer sterkt (Hanssen, 2005, s. 61). Flores (2005) avdekket at utrente tolker feiltolket 50 % av spørsmål adressert til pasienter med lav grad av engelsktalende ferdigheter i amerikansk helsevesen.

Når man som sykepleier bruker familiemedlemmer som tolk, kan man hverken vite om hele beskjednen er oversatt eller om vedkommende har de nødvendige språklige kvalifikasjoner (Hanssen, 2006, s. 149). Det er tidligere dokumentert flere eksempler på at sykepleiere opplever bruk av pårørende som tolk som utrygt og problematisk (Nielsen & Birkelund, 2009, s. 434; Høye & Severinsson, 2008). Det andre poenget informantene i min studie tar fram handler om en frykt for at pårørende tilbakeholder den informasjonen som blir gitt. Denne usikkerheten hos sykepleiere er også tidligere dokumentert (McCarthy et al., 2013, s. 337), og den er ikke ubegrunnet. Foruten at sykepleier ikke kjenner til familie tolkens nivå av forståelse, kan man faktisk ikke vite om hele budskapet blir oversatt eller om bare deler av informasjonen velges ut. Det kan for eksempel være at den tolkeansvarlige pårørende ikke ønsker at pasienten skal vite om kritiske eller dødelige diagnoser (Hanssen, 2006, s. 150). I tillegg kan familiemedlemmer som fungerer som uformelle tolker, i en høyere grad påta seg en rolle som er justert etter pasientens behov. På grunn av følelsen av sosialt ansvar og sterke slektskapsbånd, kan de motsette seg helsepersonells forsøk på å putte dem i en rolle som er i favør av systemet (Schouten, 2017, s. 79).

Det er ikke bare familiemedlemmer og venner av pasienten som kan brukes som uformelle tolker. Noen av informantene i min studie hadde også erfaring med å benytte andre ansatte som tolk. En av informantene sier: *Vi har gjort det litt, brukt sykepleier som tolk. Om det er helt riktig måte å gjøre det på, kan nok diskuteres (6).*

At helsepersonell engasjerer andre ansatte med samme språkbakgrunn som pasienten for å løse lingvistiske problemer, er dokumentert i andre studier (Høye & Severinsson, 2008; Tavallari, Jirwe & Kabir, 2017; Ali & Watson, 2018). Sykepleieren i min studie stiller spørsmål ved om dette er en optimal løsning, men svaret på det er ikke like enkelt. Det er fordeler med å bruke andre ansatte som tolk. En av dem er tilgjengelighet, hvis den ansatte allerede befinner seg på avdelingen hvor behovet for tolk er aktuelt. I tillegg kan det være en fordel at en tospråklig ansatt er i besittelse av en høyere faglig kunnskap om det tema samtalen dreier seg om, i motsetning til det tolken kanskje har. Informanten presiserer denne utfordringen: *Vi snakker jo mye fagspråk, så hva blir egentlig oversatt? Vi er jo helt prisgitt at det blir sagt over sånn som vi tror (6).*

Denne bekymringen blir uttrykt av flere informanter i min studie. Som tidligere beskrevet i denne oppgaven, er det tilfeller hvor sykepleier oppdager underveis i den tolkemedierte samtalen at riktig informasjon ikke kommer fram selv om det er benyttet profesjonell tolk.

Det er også rapportert i andre studier at helsepersonell uttrykker usikkerhet i forhold til om profesjonelle tolker alltid forstår den medisinske terminologien, noe som kan føre til feiltolking og feilkommunikasjon av informasjonen. Ali og Watson (2018) konkluderte derfor med at tospråklige sykepleiere eller andre helsepersonell som kan snakke pasientens språk kan være nyttig, fordi de i større grad kan garantere for at den medisinske terminologien blir forstått og formidlet.

Et annet poeng er fordelene det kan være for pasienter eller pårørende å ha en tospråklig sykepleier. Dette kan være en verdifull ressurs for dem i en sårbar situasjon. Foreldre med minoritetsbakgrunn som hadde barn innlagt på en svensk pediatrik avdeling uttrykte at de følte seg tryggere, mer komfortabel og bedre forstått når de fikk mulighet til å kommunisere med sykepleier på sitt eget morsmål (Tavallari et al., 2017, s. 60).

Det er allikevel ikke helt uproblematisk å bruke helsepersonell som uformelle tolker, og en av informantene som hadde erfaring med bruk av ansatt som tolk, ga uttrykk for betenkeligheter med denne praksisen. Hun forteller:

Vi hadde jo en situasjon, der vi brukte en ansatt som kunne snakke det språket. Og vi synes det var veldig bra. Men det ble veldig tett relasjon der som kanskje ikke, ja, vi så på det litt i etterkant at der må en være litt forsiktig. Det er noe annet med en tolk som vet rammene. Mens en ansatt som bare kan språket, så er ikke det alltid det nødvendigvis er den optimale løsningen heller (7).

Informanten uttrykker her bekymring for hvordan det å benytte sykepleier som pasientens tolk, i tillegg til å være pasientens sykepleier, kan påvirke sykepleier-pasient relasjonen. En profesjonell tolk skal være en nøytral agent som er dyktig når det gjelder å skille mellom sak og person (Hanssen, 2005, s. 64), og det kan være et argument for at dette burde foretrekkes framfor uformelle tolker. Selv om sykepleier behersker å formidle informasjon på pasientens morsmål og har kompetanse innenfor det medisinske språket, kan det være at det legger vel mye ansvar på ansatte. Å være sykepleier kan i seg selv være relasjonelt krevende, og grenser kan være vanskelige å definere. Dersom man i tillegg skal være aktivt deltakende i å formidle all informasjon og alle beskjeder som blir gitt, kan disse grensene bli enda vanskeligere å definere, både for sykepleier og pasient. At sykepleiere har rapportert tvil rundt det å benytte ansatte som tolk, i form av muligheten for å bryte taushetsplikt og profesjonelle koder, er tidligere rapportert (Høye & Severinsson, 2008), og er som sådan noe som burde tas i betraktning i vurderingen før ansatte blir brukt som tolk. Et annet poeng er at tospråklig

helsepersonell som fungerer som uformelle tolker, kan justere seg etter behovet til helsevesenets system og sine kolleger. Fordi de selv er en del av det biomedisinske systemet kan de føle seg presset til å tilpasse seg dets forventninger (Schouten, 2017, s. 79). Begge disse faktorene utfordrer nøytralitetsprinsippet som burde etterstrebes ved bruk av tolk.

Debatten rundt bruk av uformelle tolker er delt. På den ene siden mener Hanssen (2005) at uformelle tolkers oversettelse ofte ikke holder mål og det faktumet at noen sykepleiere, på tross av denne viten, ser ut til å fortsette å benytte seg av dem fordi det er den mest lettvinne løsningen, viser at de ikke forstår alvoret i situasjonen. På den andre siden kan det være hensiktsmessig å innta en litt mer pragmatisk holdning til dette tema. Helsepersonell har i lang tid, på tvers av land, aktivt benyttet seg av uformelle tolker i en rekke settinger innenfor helsevesenet. Denne situasjonen vil sannsynligvis ikke endre seg med det første, og derfor burde man kanskje heller undersøke hvilke muligheter det er med uformelle tolker og i hvilke situasjoner dette kan være *godt nok*, istedenfor å fordømme bruken (Schouten, 2017, s. 75).

4.2.3 Nonverbale metoder

Kommunikasjon handler om mer enn det rent verbale og det er andre tiltak sykepleierne i min studie er bevisst på i samhandling med minoritetspasienter hvor det ikke foreligger et felles språk. Mye av dette handler om det nonverbale. En av informantene sier: *Det å ha tid tror jeg [er viktig], og det å bli sett. Tror du kan formidle en del nonverbalt, selv om ikke de forstår (6).*

Nonverbal kommunikasjon vil si kommunikasjon mellom personer ved hjelp av andre kanaler enn det lingvistiske. Det blir hevdet at det verbale språket bare utgjør cirka en tredjedel av menneskers kommunikasjon (Hanssen, 2005, s. 45). Som informanten i min studie påpeker, åpner dette opp for at sykepleiere kan formidle til pasienter selv om det verbale språket er begrenset eller fraværende. Nonverbal kommunikasjon kan for eksempel være tilstrekkelig i situasjoner hvor man ønsker å vise sympati eller omsorg. Dette kan være en måte å berolige pasienten på selv om man må klare seg uten felles språk (Hanssen, 2005, s. 65). Flere av informantene i min studie er samstemte omkring viktigheten av det nonverbale språket i sykepleier-pasient relasjoner. En av informantene i min studie sier: *... men litt mer det som går på med blick og med mimikk på en måte, og at du gir, selvfølgelig at du inngir at du har tid, ikke minst, og prøver å luke ut forstyrrelser (7).*

Flere nevner det å ta seg god tid, å være imøtekommende og forsøke å formidle omsorg ved hjelp av berøring og ansiktsuttrykk. Som en av de andre informantene påpeker: ... *så er det utrolig hvor langt man kan komme med kroppsspråk! (1).*

Alle informantene i min studie, på tvers av avdeling og erfaring, anerkjente hvor effektivt det kan være å bruke det nonverbale språket i møte med minoritetspasienter. Andre studier viser også at sykepleiere stresser betydningen av å bruke kroppsspråket som et kommunikasjonsmiddel når det ikke foreligger et felles verbalt språk (Jirwe et al., 2010, s. 440). Dette er også bekreftet fra pasienter, som uttrykker at de verdsetter tilstedeværelse av kroppsspråk i samhandling med helsepersonell når det ikke foreligger et felles språk. Selv om de ikke forstår alt som blir sagt, kan likevel smilene gi dem trøst (Eckhardt, Mott & Andrew, 2006, s. 23).

Den nonverbale kommunikasjonen kan gjerne gi et sannere uttrykk for det vi tenker og føler enn den verbale kommunikasjonen gir (Hanssen, 2005, s. 45), og kan nesten virke som et universalmiddel for å skape og bevare relasjoner. En av informant i min studie sier: *Bruker det nonverbale språket alt du kan, sant. ... Selvsagt alt som er med øyekontakt, hilse skikkelig, sånn som du gjør uavhengig av hvilket språk (6).*

Bruken av nonverbalt språk kommer likevel ikke helt uten en advarsel når pasienten er fra en annen kulturell bakgrunn enn sykepleieren selv. Gester og andre nonverbale uttrykk har ikke nødvendigvis samme meningsinnhold på tvers av kulturer. Vi bør derfor være like oppmerksom på muligheten for å mistolke det som skjer på det nonverbale planet som på det verbale planet når vi møter mennesker med en annen kulturbakgrunn (Hanssen, 2005, s. 45–46). Blikk og mimikk kan være en livbøye for pasienter i utrygge og kritiske situasjoner, men det kan også virke mot sin hensikt. I noen kulturer er det for eksempel en kulturelt lært adferd at man ikke skal se autoritetspersoner i øynene. Ovenfor en pasient fra en slik kultur kan det derfor oppleves uhøflig å se helsepersonell i øynene (Alpers, 2018, s. 36). Andre nonverbale symboler som hodebevegelser, hilsning og fysisk berøring kan også ha forskjellig betydning avhengig av kulturell bakgrunn. En av informantene i min studie bekrefter dette og sier:

Selvfølgelig dette med hilsning og hvordan gjør man det. Det kan jeg innrømme at jeg bommer på av og til, det er ikke alle arabiske menn som vil hile på meg. Og det gikk en stund før jeg lærte det. Jeg visste det, men ... det med en utstrakt arm er en refleks, at vi hilser på folk. Men sånn er det, og da må man gjøre det med et smil. Ikke ta seg selv så høytidelig (4).

Dette betyr selvfølgelig ikke at vi skal forsøke å begrense det nonverbale språket. De færreste av oss har uansett et fullt ut bevisst forhold til våre egne nonverbale uttrykksformer (Hanssen, 2005, s. 52), så det ville vært vanskelig. Som informanten i min studie sier, så har symbolske gester, som en utstrakt hånd, en automatisk kvalitet. Det er likevel noe som må nevnes, og for helsepersonell betyr det at vi må møte pasienten med en åpenhet og spørrende holdning (Hanssen, 2005, s. 52). Det kan selvfølgelig være en utfordring i seg selv å innta en slik utforskende holdning og avklare uoverensstemmelser, dersom det ikke foreligger et felles språk, men som informanten i min studie sier, så er det kanskje heller ikke så farlig at man ikke gjør det riktig hver gang. Da kan et smil ofte redde situasjonen.

Andre nonverbale metoder som ble brukt for å skape gjensidig forståelse, var visuelt å beskrive situasjoner. En av informantene i min studie sier: *Prøver jo å vise ting og forklare ting, må jo det. Se om de skjønner deg. Må bruke de midlene som er (3).*

Flere av de andre informantene beskriver strategien med å vise fram utstyr eller undersøkelsesrom i forkant av en prosedyre eller undersøkelse, for å trygge pasienten i det han eller hun skulle gjennom. En sier:

Noen ganger vet vi at de har vært utsatt for tortur og sånt ... Jeg tar meg veldig god tid og trygger pasienten. At her er det ingenting vondt som skal skje. Viser utstyr veldig før vedkommende skal i gang med prosedyren [eller] undersøkelsen (4).

Noen av informantene i min studie forklarer at de også benytter seg av teknologiske hjelpemidler. En av sykepleierne sier: *Det er klart når vi har hatt polske pasienter her, så har vi prøvd å bruke Google og oversette litt til språk som de forstår (6).*

Det er tidligere beskrevet at utviklingen av teknologi, som for eksempel Google translate, gir nye og kanskje forbedret muligheter for å håndtere språkbarriere, og at dette er noe som burde undersøkes nærmere (Ali & Watson, 2018, s. 1158). På en av avdelingene representert i min studie har de anskaffet en iPad til nettopp slike formål. Denne kan bringes med inn på pasientrom og har tilgang til Google translate og andre nettbaserte språklige hjelpemidler. Forsiktighet burde likevel utvises ved bruk av dette hjelpemiddelet. Alle som har forsøkt å oversette lengre setninger eller tekster fra engelsk til norsk ved hjelp av Google translate, har sannsynligvis oppdaget at det kan forekomme signifikante avvik den oversatte teksten, og ikke alle språk er like oversettelsesvennlige.

4.2.4 Språkbarrierer på telefon

En av kommunikasjonsformene i helsevesenet er bruk av telefonkontakt for å gi beskjeder til pasienter. Når pasienter møter opp på avdelingen, er muligheten der for å kompensere for språkbarrierer ved å benytte seg av de forskjellige metodene som er beskrevet i de tidligere avsnittene i dette kapittelet. Disse mulighetene dekker derimot ikke behovet der informasjonsutveksling foregår via telefon. En av informantene i min studie sier:

På telefon er det ofte litt vanskelig. Det har jo hendt at vi da har blitt nødt til å si lite og bare prøve å forstå at de må møte opp og så har vi blitt nødt til å tilkalle tolk og fått gitt god nok informasjon da (6).

Telefon som kommunikasjonsmiddel er en effektiv måte å nå pasienter med beskjeder hvor det ikke krever, eller er mulig, at de fysisk møter opp på avdelingen. En av informantene i min studie forklarer situasjoner hun noen ganger møter når hun ringer til pasienter med minoritetsbakgrunn og introduserer seg og pasienten svarer:

'Oh, what?' OK, ja da, denne skjønner ingenting. Så må du prøve å slå om og knote deg frem til det på engelsk, og da, hvor mye forsto de av det? De forsto i hvert fall at de skulle møte opp om to dager. Trenger vi tolk til det eller har de med seg noen? (6).

Å bruke telefon til å viderefremme informasjon, lage avtaler eller avklare enkle saksforhold er hyppig brukt i helsevesenet. Kanskje gjelder dette spesielt på polikliniske avdelinger fordi pasientene ikke blir værende på avdelingen lenge av gangen og det kan være flere uker eller måneder til de kommer tilbake. Det er blant annet en integrert rutine å ringe pasienter med timer som enten blir oppsatt eller endret på kort varsel, slik at det ikke er tid til å sende ut brev. Her er telefon den eneste metoden for å gi informasjon, som kan nå pasienten i tide. Når pasienten viser seg å ikke beherske tilstrekkelig norsk eller engelsk, kan det være vanskelig for sykepleieren å sikre hva han eller hun har fått med seg. I slike tilfeller beskriver noen av informantene at de nærmest bare må krysse fingrene for at beskjeden er mottatt og forstått. Dersom en på forhånd vet om at det foreligger en språkbarriere, kan sykepleiere ta noen forhåndsregler. En av de andre informantene i min studie sier:

Gjerne, vi ringer jo en del, for å gi informasjon og da, ja, kan det være vi må ringe til en datter som kan beherske engelsk eller en sønn, og så skal de ringe, ja ... så hele den prosessen er jo ikke optimal da. Men det er vanskelig å vite hvordan man skal få gjort det helt bra nok ja (7).

Her er vi tilbake på bruk av uformelle tolker, som er diskutert tidligere i dette kapittelet, og sykepleieren uttrykker at hun ikke er helt tilfreds med denne situasjonen. Språkbarriere over telefon er ikke et isolert problem. Sykepleiere tilhørende et inntakskontor på et annet sykehus i Norge beskriver at de bruker mye tid på å nå pasienter før en innleggelse, men hvis pasienten ikke forstår norsk, stopper kommunikasjonen helt opp (Kolbjørnsen & Engeland, 2016). Det er derimot ikke like enkelt å finne opplagte alternative løsninger på språkbarrierer over telefon, og i forbindelse med denne studien er det ikke funnet dokumenterte metoder eller forslag til å løse akkurat denne problemstillingen.

4.2.5 Oppsummering

Som beskrevet i denne delen av oppgaven, er det en utstrakt bruk av forskjellige metoder for å kompensere for språkbarrierer. De ulike metodene kommer med både fordeler og ulemper, og det kan synes som sykepleiere som ikke til daglig forholder seg til språkbarrierer noen ganger har problemer med å vurdere hvilke metoder som er mest hensiktsmessige, og i hvilke situasjoner de skal benyttes. Dette bringer tema videre til hvorfor dette er av betydning i helsevesenet. Når helsepersonell i samhandling med pasienter ikke kan kommunisere med sine pasienter på grunn av manglende felles språk, kan det dette ha konsekvenser for både pasientene og deres sykdoms- og behandlingsforløp.

4.3 Hvilke konsekvenser kan fravær av felles språk ha for pasienten?

Manglende kunnskap og ferdigheter i relasjon til pasienter med migrasjonsbakgrunn kan føre til at målet om likeverdige helsetjenester ikke oppnås. Rigide rutiner kan skape dårligere helsetjenestetilbud, som for eksempel manglende tilrettelegging for informasjon og tolkebruk (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018, s. 19). En av informantene i min studie sier:

For det er jo det det handler om ... Vi møter mennesker som er i en veldig sårbar situasjon av livet sitt og prøver å være en sånn trygghet for dem, at vi vil følge dem gjennom det og at de vil være godt informert og at de opplever stor grad av forutsigbarhet da, i det de skal

igjennom. Og det er klart, hvis ikke du får formidlet det, og veldig sånn konkret informasjon, så er det klart at den tryggheten lett kan rokkes ved da (7).

Det er en kjent antakelse at så lenge minoritetspasienter oppfatter helsetjenestetilbudet som fremmed og uforutsigbart, kan de tolke møte med helsevesenet og helsepersonell som utrygt (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018, s. 19). Som sykepleieren her poengterer, er kommunikasjon en sentral del av å formidle trygghet og forutsigbarhet for mennesker i en sårbar situasjon. Vi skal videre i dette kapitlet se på flere aspekter ved språkbarrierepåvirket samhandling som kan bidra til å skape både utrygge og fremmedgjørende situasjoner for minoritetspasienter, og på den måten utfordre prinsippet om likeverdige helsetjenester.

4.3.1 Informasjon, brukermedvirkning og makt

I det norske helsevesenet har det i lengre tid vært et stadig økende fokus på pasienters rett til informasjon og medvirkning i sykdomsforløpet (Helse vest 2016; HOD 2013). Nedfelt i Pasient- og Brukerrettighetsloven står det at helsehjelp kun kan gis med pasientens samtykke, og for at samtykke skal være gyldig, må pasienten først ha fått den nødvendige informasjonen om sin helsetilstand (§ 4-1). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere presiserer at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt forsikre seg om at den er forstått (NSF, 1983, s. 25). Dette ble diskutert tidligere i denne oppgaven under pkt. 4.1.2, hvor det kom fram at dette ikke er en enkel oppgave for helsepersonell, selv uten tilstedeværelse av språkbarrierer. Alle pasienter har forskjellige forutsetninger for å forstå informasjon som blir gitt, men dersom det i tillegg foreligger et fravær av felles språk i informasjonssituasjonen, vil dette ytterligere komplisere evnen til å oppfatte informasjonen riktig, og dermed til å kunne gi informert samtykke. En av informantene i min studie forteller hvordan hun kan oppleve at minoritetspasienter har det ved sitt første møte med avdelingen: *Men allikevel så er opplevelsen min av det at det er en større utrygghet, større usikkerhet. 'Hva er nå egentlig dette, og hvor var det jeg skulle komme nå og sånn. Hvordan gjør vi det?' (7).*

Sammenliknet med norsktalende pasienter, merker hun at det er en forskjell i hvorvidt pasientene er innforstått med hva som skal skje når de kommer til avdelingen. Dette kan ha flere årsaker. En av de andre informantene i min studie påpeker at det kan ha sammenheng med hva pasientene er vandt med fra sitt hjemland: *Hele systemet er, kommer jo frem at det er*

annerledes enn i mange andre land ... det byråkratiske. Når man er ny i landet, kjenner man ikke til hvordan systemer virker (2).

Mange minoritetspasienter er allerede fra starten i en mer utsatt posisjon enn de som er født og oppvokst i Norge, og kan i en større grad føle seg fremmed i helsevesenet (Hanssen, 2005, s. 105). De som i tillegg ikke behersker språket kan også ha problemer med å tilegne seg den nødvendige kunnskapen for å lære seg systemet (Hanssen, 2006, s. 151). Innenfor helsevesenet er derfor helsepersonell sin makt i relasjon til pasienten stor, ettersom de både kjenner systemet og er utøver av det (Hanssen, 2005, s. 105). Dette bidrar til en ubalanse i maktforholdet mellom sykepleier og pasient. Som en av informantene i min studie påpeker: *Det er et maktforhold i den rollen [som sykepleier]. At jeg er behandler og vi er ikke noe likeverdige mennesker ... Jeg tror det maktforholdet er noe vi nordmenn er lite bevisst på i møte med folk fra ikke-norske kulturer (1).*

I alle relasjoner vil det være et maktforhold (Nordhelle, 2007, s. 42), men det finnes neppe noen mellommenneskelig arena der en person har så mye makt over den andre som mellom helsepersonell og pasienter. En stor del av denne makten er bygd på pasientens avmakt (Ekeland, 2014, s. 73). I relasjon til pasienter som i tillegg navigerer i et system de ikke er kjent med, og som er beskrevet på et språk de ikke mestrer, er det ikke vanskelig å se for seg at maktbalansen er enda mer ujevnt fordelt. Som informanten i min studie sier, er det ikke sikkert helsepersonell alltid er bevisst dette forholdet.

Kunnskap gir makt (Nordhelle, 2007, s. 61), og kunnskap og språk er nært beslektede faktorer. En person som ikke kan kommunisere, ikke vet og ikke forstår, kan hverken protestere effektivt eller komme med krav (Hanssen, 2006, s. 151). Det er derfor av betydning for pasienter at de får tilstrekkelig informasjon omkring egen situasjon til å være delaktig i prosessen og ta autonome valgt omkring egen sykdom og sykdomsforløp. Pasientrettighetsloven har nettopp dette som formål, å lovfeste pasienters rett til autonomi, for å bemyndige pasientene og gjøre maktforholdet mellom pasient og helsepersonell så likeverdig som mulig (Hanssen, 2005, s. 109). Dette er avhengig av at kommunikasjon legges godt til rette, ettersom ingen kan ta autonome valg uten å være tilstrekkelig informert (Hanssen, 2005, s. 97–98). Flere av informantene i min studie snakker om hvordan den informasjonen de gir til minoritetspasienter med språkbarrierer ikke alltid lever opp til den standard de har for pasientene på sin avdeling. En av sykepleierne sier: *Det er helt klart*

mangelfullt. Hvis du skal sammenlikne med hva de norske får [av informasjon], så er det mangelfullt (6).

I det norske helsevesenet er det et mål at helse- og omsorgstjenester skal være likeverdige, og da skal man ikke nødvendigvis *sammenlikne med hva de norske får*, men heller hva norske pasienter sitter igjen med. Å gi mangelfull informasjon til pasienter basert på manglende felles språk, er ikke i tråd med målet om å tilby likeverdige helsetjenester.

Avdelingens rutiner

I en travel hverdag er helsepersonell avhengig av rutiner. Det er hverken tidseffektivt eller kvalitetssikkert å ha fullstendig persontilpassede løsninger for hver enkelt pasient. Det vi skal se litt på, er hvordan slike rutiner kan bidra til å inkludere eller ekskludere pasienter der hvor det foreligger språkbarrierer. En sykepleieren i min studie snakker om rutinene de har for å informere pasientene på hennes avdeling:

... Og litt hvilke tilbud som finnes, og der kan det jo tenkes at vi er litt mindre på informasjon fordi det er på engelsk. Det nytter liksom ikke å benytte seg av dem nødvendigvis. De kan jo det, absolutt, og vi informerer om det, men det er på norsk. Vi har en egen mappe [med masse brosjyrer], som vi deler ut til alle. ... Og stort sett så deler vi den ut, også til de som ikke forstår norsk. Men det er klart, de har ikke samme nytten av denne brosjyren (6).

Slik sykepleieren beskriver det har de en rutine for hvordan de gir informasjon og en standard for hvilke informasjon som blir utlevert. Når de har pasienter med begrensede forutsetninger for å ha nytte av denne formen for informasjon, blir det likevel utlevert. Dette på tross av at sykepleier er vel vitende om den manglende nytten en mappe med informasjonsbrosjyrer har for et menneske som ikke kan lese det som står der. Dette er også praksis på andre avdelinger, og flere av sykepleierne i min studie har liknende uttalelser. En sier:

Vi har ikke en sånn rutine i samme grad. Noen ganger så håper vi på og satser på at de har fått med seg det viktigste. Vi har jo informasjon de får med seg med kontakt informasjon ... alt står jo på norsk, så de har ingen nytte av den egentlig. Det er mer som en sånn gest, så da er ikke det så veldig, nei, tilrettelagt da (7).

Sykepleieren anerkjenner at den måten de gir informasjon på, ikke er tilpasset pasienter som ikke snakker norsk. Det er rapportert i en annen studie at sykepleiere syns språkbarrierer gjorde det vanskelig for minoritetspasienter å forstå instruksjoner under prosedyrer, oppfatte

behandlingsregime og bivirkninger av medisiner (Ali & Watson, 2018, s. 1156). Forståelse henger nøye sammen med hva som er gitt av informasjon og på hvilken måte. Polikliniske pasienter i aktiv behandling, kan ha fordel av skriftlig informasjon, ettersom de befinner seg hjemme mesteparten av tiden mellom behandlingene. En forutsetning for at denne skal være til hjelp er, naturlig nok, at pasienten selv kan lese og forstå det som står der. I tillegg er det et problem hvis det under selve besøket på avdelingen er blitt gitt mindre inngående muntlig informasjon fordi det ikke kunne foregå på sykepleiers morsmål. Kunnskap er som nevnt en kilde til makt, og når det kommer til informasjon om prosedyrer og behandling pasienten ikke tidligere har vært med på, foreligger det et åpenbart grunnlag for ujevn maktbalanse i situasjonen, i sykepleiers favør. Manglende kunnskap i slike situasjoner kan gi pasienten en opplevelse av maktesløshet. Hvis sykepleier informerer og deler av sin kunnskap, kan pasientens maktesløshet reduseres (Nordhelle, 2007, s. 61), og balansen jevnes ut. En av informantene i min studie forteller om en pasient fra Polen som ble så lei av de norske skjemaene han måtte fylle ut hver gang at, når han skjønnte hva de handlet om, selv tok initiativ til å oversette dette til polsk, slik at de kunne bruke det videre til fremtidige polske pasienter. Hun avslutter historien med: *Jeg tenker at vi kunne hatt litt mer av vårt materiell i hvert fall på engelsk, minimum (6).*

Når pasienter selv påtar seg å tilrettelegge for framtidige pasienter i samme situasjon, er det en tydelig indikasjon på at det er et behov der som ikke blir dekket fra avdelingen sin side. Bevisstheten om og innsatsen for å skape rutiner som bidrar til likeverdige helsetjenester i form av tilpasset informasjon, varierte avhengig av om sykepleierne arbeidet på en avdeling hvor majoriteten av pasientene var norske eller på avdelingen hvor majoriteten av pasienten hadde minoritetsbakgrunn. En av sykepleierne fra sistnevnte avdeling sier:

Mange avdelinger sender ut [innkallings] brevet kun på norsk. Og så forventer en det at det skal de... mens vi har innkallingsbrevet på det språket som pasienten. Vi legger det ved den norske innkallingen, slik at de får det på sitt eget språk (5).

Denne avdelingen har også samarbeidet med Tolketjenesten i Bergen kommune og brukt ressurser på oversettelse av en rekke informasjonsbrosjyrer til flere forskjellige språk for å imøtekomme pasientene sine behov. Som en av de andre informantene i min studie poengterer innledningsvis i dette kapitlet, så har hun en opplevelse av at minoritetspasienter i en større grad ikke vet hvor og hvorfor de skal møte opp. At sykepleiere opplever at denne pasientgruppen ikke forstår grunnen for oppmøte, selv om det ble sendt skriftlig informasjon

til dem per post, er også tidligere dokumentert (Ali & Watson, 2018, s. 1156). Tiltak for å øke pasienters handlefrihet og muligheter for makt og innflytelse over egen livssituasjon er i mange sammenhenger selve nøkkelen til hjelpearbeidet (Ekeland, 2014, s. 75). Noen ganger kan det å sende et innkallingsbrev på pasientens morsmål være et langt skritt i den retningen. På grunn av språkbarrierer er mange minoritetspasienten prisgitt helsearbeidernes evne til å se slike særegne behov (Hanssen, 2005, s. 105), og iverksetter tiltak for å tilpasse seg dem. Ellers kan man få en situasjon hvor det oppstår misforståelser, frustrasjon og forvirring allerede før første møte.

Behov for brukermedvirkning

Et annet aspekt som er verdt å nevne når det er snakk om utjevning av maktforskjeller i sykepleier-pasient relasjonen, pasienters rett til informasjon, og mulighet for å ta autonome valg, er hvorvidt dette faktisk er noe alle ønsker. En av informantene i min studie sier:

Vi legger frem ting og legger det frem som frivillig, vi anbefaler, men det er du som bestemmer. Da sa tolken at: 'Du ikke må si sånn. Da tror pasienten at du ikke kan noen ting, eller at du ikke vet. At pasienten skal vite dette bedre enn deg'. Hadde ikke tenkt på det på den måten.... Vi er så opptatt av brukermedvirkning, mens tolken sier at du må ikke si det. ... Man mener det godt, men kanskje det oppfattes på en feil måte (2).

Det kan være uvant for helsepersonell å forholde seg til at det finnes mennesker som ikke har noe ønske om å handle autonomt (Hanssen, 2005, s. 122). Kulturell bakgrunn og oppdragelse kan påvirke pasientens ønske om å ta autonome valg, og som helsepersonell kan dette være noe å ta med seg i samhandling med minoritetspasienter. Hvis ikke kan autonomi, som i utgangspunktet er ment som et prinsipp for å bemyndige pasientene og sikre deres selvbestemmelse, få dem til å føle at helsepersonell skyver beslutningsansvar over på dem, når de ikke føler seg i stand til å ha det ansvaret (Hanssen, 2005, s. 123). Det å ha rett til å medvirke i behandlingsforløpet, betyr ikke at det er et krav, men at alle skal få muligheten. Som det også utgår fra sykepleiers yrkesetiske retningslinjer så innebærer sykepleiers respekt for pasientens medbestemmelsesrett også retten til å frasi seg denne (NSF, 1983).

Oppsummering

Den makten vi har over et annet menneske, danner grunnlaget for etisk ansvar. Vi har et ansvar for å bruke denne makten til å ta vare på den personen vi har makt over (Hanssen, 2005, s. 104). Makt handler om styrke og kontroll og er i seg selv ikke problematisk. Det er hvordan makten anvendes, som avgjør om den er positiv eller negativ (Nordhelle, 2007, s. 42). Uten makt vil jo ikke sykepleieren heller kunne hjelpe (Ekeland, 2014, s. 73). Som beskrevet i dette avsnittet sitter sykepleier i en maktposisjon når det kommer til kunnskap om pasientens helse, behandling og behandlingsforløp. Videreformidling av denne kunnskapen fra sykepleier til pasient virker til å være utfordrende når det foreligger språkbarrierer i relasjonen. Dette kan igjen utfordre pasientens lovfestede rett til medbestemmelse og informert samtykke. Mangelfull informasjon om sykdom og behandling kan kompromittere pasientens evne til å ta autonome valg i prosessen, men når pasienten ikke er tilstrekkelig informert kan det også ha innflytelse på pasientens mulighet til selvivaretagelse. Dette kan medføre risiko, noe som vi skal se på i neste avsnitt.

4.3.2 Språkbarrierer kan medføre risiko

En av informantene i min studie forteller at de på deres avdeling aktivt bruker et selvrapporteringsskjema for å kartlegge symptomer og bivirkninger hos pasienter som går til behandling. Dette hjelper sykepleier å fange opp komplikasjoner, som smerte og kvalme, for så å iverksette riktig tiltak hvis det viser seg å være et problem. Dette skjema finnes også på engelsk, men dersom pasienten hverken snakker norsk eller engelsk godt nok til å forstå skjema, sier hun: *Da tror jeg ikke de får det, jeg tror rett og slett ikke de får det. Vi har ikke noe rutine på at det... De fleste har vel forstått såpass engelsk tror jeg, at de har skjønt... (6).*

Hun sier at de sjeldent bruker tolk i disse tilfellene, men at tolk blir bestilt til første samtale med lege, noen ganger til første behandling og ellers ved evaluering. Det betyr at det kan gå flere måneder uten at pasienter får tilrettelagt mulighet til å kommunisere fram symptomer relatert til sin sykdom eller bivirkninger av behandling dersom de ikke har tilstrekkelig språkferdigheter selv, eller har med seg pårørende som kan formidle for dem. Når pasienter mister muligheten til å formidle viktig medisinsk informasjon til sykepleier, mister de samtidig muligheten til å få informasjon om og løsninger på disse problemene. Både kvalme og smerte kan for eksempel være et resultat av manglende overholdelse av

medikamentregime, og har som sådan en enkel løsning hvis sykepleier blir gjort klar over situasjonen. Som tidligere beskrevet, er det ikke alltid en selvfølge at pasienter med språkbarrierer får like inngående informasjon og veiledning som norsktalende pasienter, og dette øker sjansen for at de kan ha gått glipp av vesentlig informasjon tidligere i prosessen. Pasienter er kun i stand til å gjøre det de klart forstår, og utilsiktet manglende overholdelse er ofte forankret i feil på informasjonsstadiet av prosessen (DiMatteo, Haskard-Zolnierek & Martin, 2012, s. 78). Hvis de rutine som er etablert på avdelingen for å fange opp tilkommende problemer underveis i behandlingsforløpet, ikke er tilpasset pasienter uten tilstrekkelige språkferdigheter, kan det ta lang tid før bivirkninger og symptomer blir oppdaget. I en britisk studie hvor pasienter ble intervjuet i forhold til språkbarrierer, ble konsekvensen av dårlig kommunikasjon oppriktig kjent på av deltakerne. De var redd for at de kunne være alvorlig syke uten at noen oppdaget det. De kjente også på at de ikke hadde noen mulighet til å diskutere hvordan de følte seg og hadde det (Gerrish et al., 2004, s. 409).

Hanssen (2006) mener at å ikke benytte seg av tolk når dette er nødvendig kan skape risikosituasjoner i form av misforståelser, falske oversettelser og feile diagnoser. En av sykepleierne i min studie forteller om en telefonsamtale som forklarer hvordan diagnoser lett kan bli misoppfattet. I denne samtalen ble det formidlet et biopsisvar til en pasient som delvis mestret norsk, og dermed forsto det formidlede resultatet som mer positivt og endelig enn det som faktisk tiltenkt fra sykepleieren sin side:

Det var det jeg klarte å formidle, at det ikke var funnet kreftceller på biopsien, og det forsto hun ... men det er ikke sikkert, for jeg fikk ikke forklart meg grundig nok på en måte, fordi hun skjønnte for dårlig språket (6).

At det ikke blir funnet maligne celler i en vevsprøve, trenger ikke være ensbetydende med at de ikke er der. Pasienten skulle fortsatt bli fulgt tett opp med CT, men oppfattet ikke dette som alarmerende. Isteden møtte hun opp på avdelingen med gave til både lege og sykepleier. Informanten sier: *Kjempe fine [gaver]. Så lykkelig! Og da tenker jeg 'ahhr, var dette litt sånn kommunikasjons-', skjønner du? Hun var ikke fullt så friskmeldt som jeg opplevde at hun signaliserte. Men ja ... Hva gjør man da?(6).*

Når hun kort tid etter kom til legesamtale for å få en grundigere gjennomgang av resultatene, var det ikke tolk til stede så vidt sykepleieren kunne huske. Problemene med denne situasjonen er flere. For det første kan pasienten, som sykepleieren selv bekrefter, risikere å få en ubehagelig overraskelse senere i forløpet dersom det oppdages sykdom på videre

kontroller. Pasienten er heller ikke forberedt på å være oppmerksom på eventuelle symptomer som kan oppstå, ettersom hun anser seg selv som friskmeldt, og vil derfor ikke nødvendigvis være like rask til å søke hjelp. Hvis pasientens handlinger er basert på en misforståelse på grunn av en ufullstendig eller utilstrekkelig beskrivelse av oppgaven under besøket med helsepersonell, er pasientens forpliktelse til å utføre oppgaven kontraproduktiv, og kan til og med være en risiko for pasientsikkerheten (Gerwing, Indseth & Guldbrandsen, 2016, s. 523). Det er, som tidligere beskrevet, helsepersonell sitt ansvar å sørge for at informasjon er riktig oppfattet av mottaker, selv om dette ikke alltid er en enkel oppgave. Når det er flere helseprofesjonelle aktører involvert kan det også fort oppstå misforståelser om hvem som har hovedansvaret for informasjonen. Sykepleier kan tenke at det er legens ansvar å gi den endelige informasjonen og dermed oppklare eventuelle misforståelser, mens lege kan anse pasienten som allerede informert av sykepleier og derfor ikke utforske uoverensstemmelser i informasjon som allerede er gitt.

Selv om det avdekkes at man ikke har nådd fram med viktig medisinsk informasjon, kan prosessen med å oppklare situasjonen og orientere pasienten på ny være krevende, og det er ikke garantert at man vil lykkes. En av de andre informantene i min studie forteller om en kvinne fra Afrika som, grunnet sin sykdom, ble frarådet å få flere barn. Graviditet medførte stor risiko for hennes helse, men der pasienten kom fra, var prevensjon ikke akseptert. På tross av gjentatte forsøk på å informere henne om alvoret i situasjonen, ble hun allikevel gravid, og det endte med at hun måtte operere. Sykepleieren beskriver dette som et tragisk tilfelle fordi: *Det kunne kanskje vært unngått, hvis hun ikke hadde fått den siste graviditeten. Klarte ikke ta hensyn til det, hverken hun eller mannen skjønnte hvor viktig det var (3).*

I slike tilfeller kan det også være vanskelig å vite om dette dreier seg om språkbarrierer, kulturelle forskjeller eller kanskje en kombinasjon. Sykepleieren forklarer at dette dessverre er en gjentakende problemstilling med pasienter fra liknende områder, noe som peker på at kulturelle eller tradisjonelle overbevisninger kan danne grunnlaget for hvordan de tolker informasjonen som blir gitt.

Kommunikasjonsfeil kan oppstå uavhengig av språkferdigheter og er en ledende årsak til pasientskade. God og effektiv kommunikasjon er en viktig forutsetning for trygg pasientbehandling, og i en pasient-sikkerhetskontekst er dårlig kommunikasjonspraksis et verdensomspennende problem (Tingle, 2018, s. 1204). Det er tidligere i oppgaven beskrevet flere utfordringer med å skape en effektiv kommunikasjon med pasienter hvor de ikke deler et

felles språk med sykepleier. Dette gjør dem utsatt for dårlig kommunikasjonspraksis og dermed også for pasientskade. Det er i flere studier, både i Norge og internasjonalt funnet et bredt utvalg av risiko for pasientsikkerhet relatert til språkbarrierer under sykehusopphold. Flere høyrisiko situasjoner er funnet både i sykepleie og legeomsorg, og konklusjonen er at optimal kommunikasjon og dermed færrest situasjoner med potensiell klinisk konsekvens oppstår når pasienter med språkbarrierer har tilgang til utdannede profesjonelle tolker eller tospråklige helsepersonell (Sommerfeld & Rosenberg, 2019; Flores, 2005, s. 296; van Rosse et al., 2016, s. 51). I det politiske miljøet i Norge er det nå satt fokus på bruk av tolk i relasjon til brukers sikkerhet, og det er foreslått å implementere en lov som sikrer at bruker av det offentlige systemet, inkludert helsevesenet, som har behov for tolk har rett på kvalifisert tolk².

4.3.3 Opprettholdelse av stereotypier

Språkbarrierer kan, som beskrevet tidligere i dette kapittelet, ha konsekvenser for pasientens rett på tilstrekkelig og tilpasset informasjon om sykdom, sykdomsforløp, behandling og bivirkninger. Utilstrekkelig informasjon på forskjellige stadier i pasientens møte med helsevesenet kan ha en negativ innflytelse på pasientsikkerheten. I tillegg kan mangelfull kommunikasjon hindre helsepersonell fra å lære om pasientens verdier, holdninger, oppfatninger og følelser (Hanssen, 2006, s. 151). Uten denne kunnskapen kan man i større grad lene seg på allerede konstruerte ideer om hvem pasientene er og forklare ukjent atferd ut fra dette. Ved hjelp av stereotyper sorterer vi mennesker inn i grupper ut fra antatte felles karakteristikk vi tror medlemmene i denne gruppen har. Når vi omtaler noen ved å referere til dette medlemskapet, tilegner vi samtidig denne personen kvaliteter, meninger og karakteristikk (Illman, 2006, s. 102). Stereotypier er knyttet til sykepleier-pasient samhandling i den forstand at meningsutveksling er essensiell for å bli kjent med pasienten som person, og gjennom dette bedre forstå atferdsmønster, attributter og handlinger. Denne kunnskapen kan være en forutsetning for virkelig å kunne se mennesker som enkeltindivider.

Alle informantene i min studie, uavhengig av hvilken avdeling de jobber på, presiserer at de forholder seg til sine pasienter som individuelle mennesker, også uavhengig av språk eller

² Norsk Rikskringkasting (NRK), «Vil innføre ny tolkelov»; Tilgjengelig på <https://www.nrk.no/norge/vil-innfore-ny-tolkelov--bruken-av-ukvalifiserte-tolker-kan-ga-utover-rettssikkerheten-1.14450730> [lest 03.03.2019].

etnisk bakgrunn, og etterstreber å behandle dem deretter. En av sykepleierne som arbeider på avdelingen med mye erfaring med minoritetspasienter, sier:

Det handler jo og litt om å tenke som sykepleier, at nordmenn de er også forskjellig. At man tuner seg inn på den personen man har som pasient. Så kan det være annerledes med de som kommer fra en annen del av verden med en annen bakgrunn enn deg selv. men samtidig så er det mye som er likt, det er egentlig mer som er likt syns jeg. Har gjerne mye av de samme drømmer og ønsker og tanker om ting, egentlig. Og så er det ting som er ulikt, men det handler litt om å møte ting åpent og høre. Og så er det ikke alltid det man tror er årsaken til ting, som er den faktiske årsaken (2).

Dette synet blir også bekreftet av de sykepleierne som jobber på avdelinger hvor majoriteten av pasientene er etnisk norske. En av informantene sier:

Du gjør gjerne ting uten å tenke over det. Jeg har ikke så veldig bevisst forhold til alt jeg gjør. Tar situasjoner ut fra hvordan de er. Vanskelig å si noe om en spesiell pasientgruppe, de er så forskjellige de og. Klarer ikke si hva som er spesielt med de ulike. Du må jo prøve å møte alle med samme åpne sinn. Føler ikke jeg forbereder meg spesielt til de som kommer fra andre land. Må bare se hvor godt klimatisert der er (3).

Det står skrevet i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at: *Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet* (NSF, 1983). De overstående sitatene er eksempler på hvordan sykepleiers holdninger samsvarer med dette grunnlaget. Det kommer likevel fram erfaringer og eksempler som viser at det denne måten å tenke på, ikke alltid blir overført til praksis når det kommer til samhandling med minoritetspasienter. Som beskrevet av flere av informantene i min studie tidligere i oppgaven, kan manglende felles språk gjøre sykepleiere redde for å gå inn i åpne dialoger med minoritetspasienter. Dette støttes av annen forskning som også har funnet at fravær av felles språk kan føre til at sykepleiere mangler tillit i utspørring av pasienter (Jirwe et al., 2010, s. 436). Uten deling av informasjon mellom partene, er det vanskelig å forstå den andres syn på verden. Dette kan føre til at det er vanskelig å endre det bilde man har dannet seg av personen fra før, og resultatet kan være at feilaktige stereotypier består, i fravær av korrigerende informasjon. Det var særlig tre temaer som i min studie eksemplifiserer dette, og disse skal vi følgelig se nærmere på i de neste avsnittene.

Kjønnsroller

Betydningen av kjønnsroller og hvordan det kommer til uttrykk, varierer avhengig av flere faktorer som kultur, tradisjon og religion. Det norske samfunn er kjennetegnet av å være et feminint samfunn, mens andre samfunn kan være mer preget av å være maskulinitetsdominert. Det betyr at det er akseptert, blant både menn og kvinner i den kulturen, at menn er dominerende i samfunnet, mens kvinner henvises til omsorgsfunksjonen (Nordhelle, 2007, s. 209–210). Sett fra perspektivet til helsepersonell i Norge, er det flere tanker som kan utledes fra denne kunnskapen. For eksempel at pasientens tolk, så sant det er mulig, burde være av samme kjønn som pasienten (Hanssen, 2005, s. 64). Som med alle generelle beskrivelser av en gruppe mennesker, kan dette være nyttig kunnskap å ha med seg i samhandling med mennesker fra slike kulturer, men det må samtidig ikke blir for absolutt. En av informantene i min studie som har god erfaring med minoritetspasienter sier:

Vi må ikke bli for opptatt av, hun der kvinnelige pasienten, vil helt sikkert ikke ha mannlig tolk. Det kan vi liksom lage oss den der tanken der, at 'Gud, vi må ha kvinnelig tolk'. Uten å tenke på at, er det noe vi tenker, at det vil ikke hun, hun som går med skaut. Ja, hvorfor vil ikke hun ha det? Er det noe vi tenker, eller er det noe vi har spurt henne om? Det kan være så liten problemstilling som det (5).

Hun forklarer videre at hun ikke noen gang, så vidt hun kan huske, har opplevd at kvinnelige pasienter har motsatt seg mannlige tolker. Kale et al. (2010) har også dokumentert uttalelse om at behovet for likekjønnet tolk ikke passer med erfaring i praksis. Det skal nevnes at advarselen mot å benytte tolk av motsatt kjønn er spesielt relevant med tanke på kvinnelige pasienter på barsel og gynekologiske avdelinger (Hanssen, 2005, s. 64), men det er likevel informanten i min studie sin opplevelse at dette har blitt omgjort til en allmenngyldig regel, som ikke stemmer overens med hennes erfaringer. Hun kommer med et annet eksempel:

Jeg tror det der stereotypi greiene. Vi tenker at hvis det er noen som ikke ønsker å hilse på oss, så må vi passe oss for nestemann, for da ønsker sikkert ikke den heller. For eksempel med tolk som ikke ønsker å hilse. Vi bruker mange muslimske tolker, men de fleste hilser (5).

Det er tidligere i oppgaven, under pkt. 4.2.3, beskrevet et eksempel hvor en av informantene forteller at dette med å vurdere hilsningsform ikke alltid er noe hun føler hun mestrer. Ved å ta dette med et smil og justere seg etter hvordan situasjonen utspilte seg, synes hun selv at hun kom ut av misforståelsen uten å ha skapt konflikt. Denne tilnærmingen blir også gjengitt av denne informanten. Selv om det kan oppleves litt pinlig i øyeblikket, er det ikke nødvendig å

skape et problem eller overføre det til andre liknende situasjoner. Hun opplever derimot at ikke alle har den samme holdningen: *Noen irriterer seg, og overfører sin egen, vet ikke, flauhet eller hva de nå er, og så gyver løs på tolken (5).*

Vi har en tendens til å legge merke til negativ informasjon, og selv om vi ønsker å tenke det beste om folk, er et dårlig inntrykk, når det først er dannet, vanskelig å forandre (Martin, Carlson & Buskist, 2010, s. 650). Negative erfaringer blir generelt sett husket bedre, og sjansen for å ta det med seg til senere liknende situasjoner eller generalisere det, er større hvis man opplever noe som ubehagelig.

Et annet fenomen som oppstår når man gjennom egne kulturelle briller tolker mennesker fra maskulinitetsdominerte samfunn, er synet på kvinnen som den undertrykte parten (Nordhelle, 2007, s. 210). Hvis man forstår handlinger gjennom disse brillene, blir oppfattelsen av situasjonen preget av dette. En informant i min studie sier: *Mannen vil gjerne være med [på konsultasjonen]. Føler de kanskje vil ha litt kontroll også på en måte (3).*

Det er også tidligere dokumentert at helsepersonell kan være i tvil om kvinnelige minoritetspasienter ønsker å ha mannen sin med som følge, eller om det er mennene selv som synes de burde være med for å kontrollere deler av samtalen (Schouten, 2017, s. 72). Dette er et eksempel på hvordan helsepersonell drar konklusjoner basert på bakgrunnskunnskap, og ikke kunnskap hentet fra pasienten selv. En annen informant i min studie forteller om en liknende erfaring:

Jeg husker da jeg var i praksis, før jeg begynte å jobbe her. Så var det ofte at det kom kommentarer om de mennene som var med på konsultasjonene med barna, og at de følte det var mer for at kvinnene ikke skulle. Litt sånn for kontrollen sin del og ikke for en støttende del (2).

Hun arbeider nå på avdelingen hvor de fleste pasientene er minoritetspasienter, og har utviklet et annet syn på dette:

Det bilde er ikke alltid det er det som er meningen, det kan være en omsorgsdel i det og. ... Jeg har en opplevelse av at det er derfor, at mennene ikke bare skal følge med for å ha en kontrollfunksjon, men at de også er med for å ha en omsorgsfunksjon (2).

Vi er generelt uvitende om hvor mye av våre tolkninger som er partisk, ikke bare av stereotype fordommer mot den andre parten, men også av verdiene, normer og konvensjoner av vår egen kultur. Samtidig antar vi imidlertid at den andre parten antar, forestiller og

oppfatter på samme måte som vi gjør (Lehtonen, 2005, s. 7–8). Dette stemmer ofte ikke. Det er for eksempel svært mange kvinner fra maskulinitetsdominerte kulturer som ikke opplever seg selv som undertrykte, og selv føler at kjønns skillet gjør at de lever under en beskyttelse som de opplever gir dem trygghet (Nordhelle, 2007, s. 210–211). Som med alle andre *sannheter*, er det ikke nødvendigvis slik at dette stemmer for alle, men så lenge ingenting kan vites med sikkerhet, er det kanskje bedre å la tvilen komme pasientene og deres pårørende til gode.

Vurdering av smertesymptomer

Et annet tema som også opp i min studie var utfordringer i vurdering av symptom- og smerteuttrykk i sykepleieres samhandling med minoritetspasienter. En av informantene i min studie sier:

Og så er det en ting når det gjelder andre kulturer, det er jo ikke diskriminerende, men det er ofte at de har lavere smerteterskel mange av de som er mørkhudede. Det er jo ikke det at jeg har fordommer mot dem, men erfaringsvis så har de ofte det. Jeg vet ikke om det følger folket, eller måten de takler ting på. At det skal mye mindre plager til før de reagerer på en måte. Selv om de kan være vandt til å ha masse plager, men henger seg opp i veldig mange småting. Det kan jo være utrygghet og (3).

Identifisering og behandling av smerter er i utgangspunktet en kompleks sykepleieferdighet (McCarthy et al., 2013, s. 337). At sykepleiere finner det spesielt vanskelig å vurdere minoritetspasientenes smerter når de uttrykkes på en måte som for dem er fremmed, er derfor ikke vanskelig å forstå. Dette er heller ikke et nytt tema, og er beskrevet i tidligere forskning (Alpers, 2017; McCarthy et al., 2013; Nielsen & Birkelund, 2009). Informanten i min studie reagerer på uttrykk for smertesymptomer som hun ikke kjenner igjen. Som hun sier så er det en diskrepans mellom hvordan hun som sykepleier vurderer smertens intensitet og hvordan pasienten formidler dette. Selv om pasientene er vandt til å ha store smerter, blir fokuset rettet mot noe som sykepleieren anser som mindre signifikante smerter. Det kan variere fra kultur til kultur hvordan man formidler smerter (Hanssen, 2005, s. 81). For å unngå stereotypier rundt pasienters uttrykk for smerte, må en derfor være bevisst på hvordan uttrykksformene kan være varierende, og unngå å ha egen kultur som standard for hvordan ulike symptomer skal uttrykkes (Alpers, 2017, s. 71). Det trenger likevel ikke utelukkende handle om kulturbetingede faktorer. Som informanten i min studie påpeker, så kan det også handle om

utrygghet, og utrygghet kan både påvirke den subjektive opplevelsen av smerten og forsterke hvordan det kommer til uttrykk. Beskrivelse av smerte er i tillegg ganske avhengig av språk (McCarthy et al., 2013, s. 337), og dersom pasienten står ovenfor språkbarrierer og ikke får formidlet smerten, kan dette også skape en utrygghet som forsterker følelsen av smerte. Språkbarrierer kan også gjøre det vanskelig for sykepleier å avklare hva symptomuttrykkene handler om, dersom hun har problemer med å tolke de nonverbale signalene.

En av de andre informantene i min studie har også opplevd at kolleger har uttrykt frustrasjon over hvordan minoritetspasienter formidler smerte. Hun sier:

Så var det samtale i lunsjen etterpå om at hun var så dramatisk i forhold til uttrykkelse av smerte: 'det er ikke så vondt å få den veneflonen'. Man forklarer det med ... det blir fort snakkt hvis det er en minoritetspasient som er litt annerledes, enn hvis det er en norsk pasient (2).

Det hun åpner opp for her er muligheten for at det kanskje ikke bare handler om kulturell uttrykkelse av smertesymptomer, men at sykepleiere også kan være tilbøyelig til å fokusere mer på det hvis det er noe uvant med et menneske som allerede blir ansett som forskjellig fra oss. Helsepersonell kan bli unødvendig opptatt av kulturforskjeller, og selv om dette finnes, kan et overdrevent fokus på det i praksis bidra til å overdrive forskjellene (Qureshi, 2005, s. 266). Det må ikke glemmes at hver enkeltes opplevelse av smerte er subjektiv og unik (McCarthy et al., 2013, s. 337), og det kan derfor ikke utelukkes at det i noen tilfeller kan handle om noe personlig og er helt uavhengig av kulturell bakgrunn.

'Etiopisk tid'

Det kan være kulturelle forskjeller i opplevelse av tid. Pasienter som kommer fra såkalte høykontekstuelle kulturer kan ha et annet syn på tid enn det vi har i Norge. Det å være presis og få ting gjort til avtalt tid, blir ikke alltid ansett som riktig bruk av tid i høykontekstuelle kulturer, hvor man er like opptatt av tidsbrukens kvalitet som kvantitet (Hanssen, 2005, s. 56). Dette kan føre til en forventning om at minoritetspasienter kan ha problemer med å forholde seg til avtale møter. Informantene i min studie, som kom fra avdelingen med høy forekomst av minoritetspasienter, mener dette ikke stemmer overens med det de opplever i praksis. En sier:

Det var sånne myter som var. Kom alltid for seint og hadde et annet tidsperspektiv enn oss, og etter mitt begrep så stemmer ikke det. Det er sånne myter som nå må begynne å legges vekk.

Når vi ser på oppmøtestatistikken i Helse Bergen så tror jeg det er minst like mange etnisk norske som ikke møter på tiden som våre pasienter (5).

Hun forteller at det for noen år siden ble presentert en oppmøtestatistikk på flere av Haukelands avdelinger, hvor deres avdeling kom særlig dårlig ut. Personalet var ikke kjent med at de hadde dårligere oppmøte fra sine pasienter enn andre avdelinger, og begynte med manuell telling av pasientoppmøtene for å motbevise denne statistikken. Hun sier videre: *Dette er faktisk ganske viktig. Fått ned usannheter, myter om våre pasienter. At de kommer når det passer seg. Kjent versjon er bruk av etiopisk tid. Istedenfor 9 om morgenen, kommer de 9 om kvelden her (5).*

Hun mener at dersom pasientene ikke kommer til tiden har det mer med individuelle faktorer å gjøre. At man kan gå seg bort i gangene på Haukeland eller miste bussen om morgenen er noe alle kan kjenne seg igjen i. I tillegg poengterer hun at pasienter som ikke kan språket også kan ha store problemer med å finne fram, ettersom all skilting på sykehuset er på norsk. De kan også, som tidligere beskrevet, ha vanskelig for å forstå innkallingsbrev på norsk. Det er i andre studier rapportert at språkbarrierer kan føre til problemer, som at pasienter ikke kom til avtalt tid eller hadde problemer med å arrangere timeavtale (Ali & Watson, 2018, s. 1156). Manglende compliance hos minoritetspasienter i forhold til oppmøtetid er dokumentert på andre sykehus i Norge (Kolbjørnsen & Engeland, 2016), men det må kommenteres at ingen av informantene i min studie, uavhengig av avdeling, rapporterte konkrete problemer med at minoritetspasienter ikke møtte til time, selv om noen av dem bemerker utfordringer med å avtale time per telefon når.

Oppsummering av eksemplene

At stereotypier, eller myter, kan oppstå i møte med mennesker som er annerledes fra det vi er vant med, er ikke uvanlig. Heller ikke en alltid kan styre dette. Det faktum at sykepleiere føler behovet for å kommentere *det er ikke fordi jeg har fordommer*, viser at det kan være stigma rundt det å anerkjenne bruken av stereotypier, på tross av at vi alle til en viss grad gjør nettopp det. Ved å generalisere og kategorisere verden rundt oss, gjør vi den håndterbar og lettere å navigere i (Illman, 2006, s. 103). En bevissthet rundt dette kan likevel være nyttig, så vi ikke risikerer at kategoriene blir fastlåste. En av informantene i min studie sier:

Viktig å ha vidsyn, at en ikke tenker 'gud, nå har jeg en fra det og det landet, da må jeg tenke sånn'. Det er faktisk ganske viktig at en ikke tenker 'nå kommer den, nå kommer muslimen der som ikke hilser på'. Tenk helt. Det er et menneske du har foran deg (5).

Når vi opplever mennesker som fremmed fra oss selv, har vi lettere for å tilføre dem karakteristikk basert på den kulturelle gruppen de tilhører. Vi opplever ofte andre kulturelle grupper som mer homogene enn vi opplever vår egen, ettersom vi i større grad har personlig erfaring med egen gruppes heterogenitet (Lehtonen, 2005, s. 1). En av informantene i min studie beskriver hvorfor hun tenker at feilaktige stereotypier noen ganger oppstår og manifesterer seg:

Kan være ting man leser i media og danner seg et bilde. Kan også handle om fremmedfrykt. Arbeidsplasskulturen også, kan være med på å påvirke. Til slutt får man en oppfatning av at det er bare sånn det er. Det er den praten det blir da på en måte (2).

Dette er et fenomen mange sikkert kjenner seg igjen i, at noe blir snakket om på en bestemt måte i så lang tid og med så høy grad av konsensus at det til slutt blir til en *sannhet*. For å få bekreftet eller avkreftet eventuelle forestillinger vi har om andre mennesker, er den enkleste metoden ikke bare kommunikasjon, men kommunikasjon med riktig aktør. Å spørre den det vedrører, heller enn å diskutere med andre utenforstående. En av informantene i min studie sier:

Har et individfokus i mitt helsearbeid. Viktig å vite hvor folk kommer fra og noe om det. Men så vet vi at det er så forskjellig kultur. Vi har våre kulturer innad i Bergen også. Noe er universelt også. Og når man kommer hit og har behov for helsehjelp, så er det på individ nivå. Og da må man spørre. Våge å spørre (4).

Dette synet blir støttet av Qureshi (2005) som poengterer at ettersom en pasient, uansett etnisk bakgrunn, sjeldent opptrer på vegne av sin gruppe, så bør heller ikke helsepersonell oppfatte ham/henne som noe annet enn et individ. For å finne ut hva dette individet handler om, er det nødvendig å spørre, for det finnes ingen ferdigkonstruert fasit. Denne metoden for pasientsentrert datainnsamling blir også presisert av en av de andre informantene i min studie:

Spør! Det må vi bli flinkere på, å spørre. Mange setter så pris på det. Da har vi lyst å vite litt. Ikke gjør det til noe skummelt. Det er faktisk nesten ikke noe som er uhøflig å spørre om, bare du spør på en ordentlig måte (5).

Som vi har sett, støter sykepleier stadig på både nye og helt vanlige utfordringer i sin arbeidshverdag. Det kan handle om reell eller tenkt diskriminering mellom kjønn, identifisering og behandling av symptomer eller overholdelse av avtaler. Når pasientene er etniske minoriteter, kan disse utfordringene bli knyttet til annerledes mennesker (Qureshi, 2005, s. 266), og det da viktig å ha et bevisst forhold til hva det gjør med sykepleiers tolkning av situasjonen. Minoritetspasienter er, på grunn av sin *annerledeshet*, mer utsatt for å bli påført stereotypiske ideer om hvem de er og hvorfor de gjør som de gjør. Minoritetspasienter med språkbarrierer kan være desto mer sårbare i denne sammenheng, ettersom språket er en primærkilde til å oppklare eventuelle misforståelser om deres person. Bevissthet omkring dette er viktig, fordi fordommer og forskjellsbehandling er nært knyttede fenomener, og sykepleiers vurderinger kan derfor være avgjørende for likeverdig behandling av pasientene (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018, s. 19).

4.4 Hvorvidt vi er avhengige av et felles språk som grunnlag for en god pasientrelasjon

Kommunikasjon er en fundamental del av sykepleie. Det involverer både sykepleiers og pasients mulighet til å forstå hverandre, både i forhold til medisinske problemstillinger, men også på et mellommenneskelig plan. Kommunikasjon i sykepleier-pasient relasjoner innebærer ikke bare informasjon om sykdom og behandling, men også deling av mindre kritisk informasjon, omsorgsfulle samtaler og sosiale interaksjoner, og er derfor en signifikant faktor med hensyn til pasienttilfredshet og kvalitetspleie (Jirwe et al., 2010, s. 437). Guttman (2004) hevder at sykepleier-pasient relasjon er bygget på kommunikasjon, og evnen til å bruke språket er derfor det viktigste verktøyet en sykepleier har i denne kontekst. Når informantene i min studie snakker om hvordan de opplever relasjonen til minoritetspasienter der det foreligger språkbarrierer, er det flere som synes det kan være utfordrende. En av informantene i min studie sier:

Typisk med minoritetspasienter det er at det gjerne en veldig stor pakke inne i bildet. En pakke som innebærer at det er litt sånn vanskelig å finne ut av ... vanskelig å bygge en god relasjon fordi en ikke har et felles språk, og ut ifra det er det litt vanskelig å finne ut av hvordan pasienten egentlig har det. Det synes jeg er typisk med minoritetspasienter som ikke snakker norsk (1).

Hvis kommunikasjon og språk regnes som hjørnesteinen i sykepleier-pasient relasjonen, er det ikke overraskende at sykepleieren føler at fraværet av språk og kommunikasjon påvirker kvaliteten på denne relasjonen. Kommunikasjonsproblemer begrenser pasientens mulighet til å formidle egne tanker og følelser til mennesker rundt seg (Hanssen, 2005, s. 45). Dette kan resultere i at sykepleier opplever en manglende evne til å få innsikt i pasientens verden, og dermed miste noe av det viktigste i det mellommenneskelige forholdet. Andre informanter i min studie kommer med liknende bekymringer. En sier: *Det er ikke så lett å bygge relasjon kanskje, nei. Ja, jeg tror det, jeg tror vi mister noe i relasjonen, tror det (6).*

Språk det vanligste middelet for å oppnå kontakt med andre. Språk har ulike kommunikative funksjoner, som formidling av informasjon og uttrykking av følelser, meninger og holdninger (Qureshi, 2005, s. 268). Dersom språkbarrierer hindrer denne utvekslingen, ligger det i sakens natur at sykepleiere risikerer å miste noe i relasjonen, og dette kan oppleves like frustrerende for begge parter (Hanssen, 2006, s. 151). En av de andre informantene i min studie forklarer hvordan hun tror dette kan påvirke pasienten:

Altså, det kan sikkert påvirke relasjonen, jeg vet ikke jeg, det kan sikkert påvirke det negativt ... eller det gjør at det føles utrygt, noe som vi mener og håper å formidle er trygt på en måte og skal inngi trygghet (7).

Sykepleieren påpeker her at selv om de ønsker å formidle trygghet gjennom en god relasjon, kan relasjonen bli påvirket av språkbarrierer og resultere i at pasienten ikke lenger opplever den samme grad av trygghet. Flere studier med fokus på pasientenes perspektiv i helseomsorgen har vist at pasienter understreker hvor viktig det er at sykepleiere tar seg tid til å kommunisere, ettersom det er gjennom kommunikasjon sykepleierne blir kjent med dem (Attree, 2001). Pasienter poengterer at de både trenger og ønsker sykepleiere som kan kommunisere tydelig og omsorgsfullt (Eckhardt et al., 2006, s. 24). Dette perspektivet blir også støttet i en studie hvor pårørende hevder at forholdet er bedre hvis sykepleier og pårørende snakket samme morsmål (Tavallari et al., 2017, s. 59).

En av informantene i min studie beskriver hvordan hun noen ganger, på grunn av språkbarrierer, har endt opp med å ha den relasjonsbyggende samtalen med pårørende framfor pasienten selv:

Har også vært med på å ha den samtalen med en sønn eller familiemedlem som sittet og oversatt og da har jeg hatt den samtalen med familiemedlemmet istedenfor pasienten. I

motsetning til når jeg da har hatt tolk, for da har jeg virkelig følt at jeg har fått noe ut av pasienten (1).

Dette eksempelet illustrerer hvilken viktig rolle språket kan spille i relasjonen mellom mennesker. Sykepleier forklarer at når pårørende mestret språket bedre enn pasienten, starter det med at pårørende fungerte som en uformell tolk, men ender opp med at det er pårørende og sykepleier som har samtalen på vegne av sykepleier og pasient. Det kan i slike tilfeller være at pasienten får vite hva som blir sagt og får oversatt den viktige informasjonen, men at denne situasjonen kan oppleves spesielt relasjonsbyggende for pasienten, er vanskelig å forestille seg. Sykepleieren er også klar over dette, og sammenlikner det med når hun har brukt profesjonell tolk til å formidle og dermed følt at den informasjonen hun har fått tilbake, kommer fra pasienten selv. Effektiv omsorg er avhengig av gode mellommenneskelige ferdigheter (Eckhardt et al., 2006, s. 24), og det er derfor essensielt at disse ferdighetene rettes mot pasienten, selv om språkbarrierer gjør at dette ikke kommer like naturlig som med norsktalende pasienter.

Det var ikke alle informantene i min studie som opplevde det som utfordrende å skape relasjoner med sine minoritetspasienter. En av informantene sier: *Man opplever jo det som en veldig positiv gruppe. Og de aller, aller fleste har en veldig fin.. får en fin kontakt med da. Vil jeg si (4).*

En annen sier: *Får et ganske normalisert forhold ... blir omtrent som de skulle vært etniske norske (5).*

Disse informantene arbeider på en avdeling hvor majoriteten av pasientene er minoritetspasienter. Det kan tenkes at sykepleiere, som til vanlig møter pasienter med felles morsmål, i en større grad sammenlikner og setter denne formen for relasjon opp mot det å skape en relasjon med pasienter hvor det ikke foreligger et felles språk. Hva som i en gitt situasjon blir ansett som et normalt forhold er relativt, og vil bli målt opp mot hva som er situasjonens norm. Standard for hva som er en god relasjon, kan være forskjellig avhengig av hvordan sykepleier til daglig erfarer dette på jobb. Dersom de fleste pasientene på en avdeling ikke snakker godt norsk, blir dette standarden og sykepleier måler ut fra dette. Som en av informantene fra den avdelingen med bred erfaring med minoritetspasienter sier: *Jeg synes ikke det er vanskeligere å ha en god tone med minoritetspasientene. Blir mer på det nonverbale. Enklere setninger (2).*

Hun mener at relasjonen hun får med pasientene på sin avdeling, hvor de fleste pasientene ikke snakker godt norsk, er mer avhengig av hvor ofte og lenge de kommer på avdelingen, og hvilken kjemi de har. I denne konteksten kommer ikke språket opp som en relasjonsfaktor.

Hvorvidt pasienter opplever kvalitet i møte med helsevesenet, er i stor grad avhengig av personlige interaksjoner med helsepersonell og det mellommenneskelige aspektet som ligger heri (Attree, 2001, s. 462). Det er tidligere dokumentert, og støttes også av flere av informantene i min studie, at den mest avgjørende faktoren for sykepleiernes opplevelse av å samhandle med minoritetspasienter, er problemene som oppstår på bakgrunn av språkbarrierer (Nielsen & Birkelund, 2009, s. 436). Hvorvidt disse kommunikasjonsrelaterte problemene gjør det vanskelig å skape og opprettholde en god relasjon, virker i min studie til å avhenge av informantenes praktiske erfaring med minoritetspasienter. I helsefaglig arbeid er møtet med enkeltmennesket og relasjonsbygging sentralt for vellykket profesjonsutøvelse, og manglende relasjonell omsorg er derfor et annet eksempel på hvordan minoritetspasienter kan bli utsatt for dårligere helsetjenestetilbud enn norskspråklige pasienter (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018, s. 17–19). Flere informanter i min studie kjente seg igjen i at de risikerte å miste noe i den relasjonelle delen av pleien med minoritetspasienter. I den forbindelse ble det ved flere anledninger presentert et ellers lite omtalt fenomen innenfor sykepleien, nemlig den småpraten som finner sted i sykepleier-pasient interaksjoner. Dette skal vi følgelig se litt nærmere på.

4.4.1 Småprat – ‘Begynner ikke med løst og fast gjennom tolken’

Når informantene var inne på tema omkring relasjon til minoritetspasienter, var det mange som kom inn på et undertema innenfor kommunikasjonsfeltet. Småprat er løs kommunikasjon som foregår mellom personer og handler tilsynelatende ikke om noe spesielt eller viktig. Likevel var det flere tilfeller hvor dette ble gjenstand for diskusjon under intervjuene i min studie. En av informantene sier:

Det er lett å vegre seg mer. Spør ikke så mye, tar den korte varianten. Blir ikke lett sånn småprat som man gjør med norske. Alt fra hvordan var trafikken på veien, til været og ... sjeldent at du tar den småpraten (6).

Småprat blir ansett som en uformell samtale som sjelden har en plan eller et formål. Å snakke med pasienter om hverdagslige ting som trafikken og været er noe en sykepleier gjør helt automatisk, og gjerne ut fra et høflighetsperspektiv. Det er en løs samtale som ofte foregår mens andre oppgaver blir utført. Hvis pasienten ikke behersker norsk godt, kan denne formen for kommunikasjonen oppleves mer utfordrende av sykepleier, og dermed unngått. En informant i min studie forklarer hvorfor hun opplever det som vanskelig:

Så er vi jo redd for å gå inn i.. som sykepleier er det ikke bare å gå inn i en samtale hvor vi ikke helt vet utfallet eller hvordan du skal ro denne samtalen bra på plass. Dermed unngår vi gjerne denne lille smalltalken med disse pasientene, fordi du vet at det kan være rot til veldig mange misforståelser og du ender opp med rota til alt og pasienten er kjempeforvirret (1).

Småpraten mellom mennesker kan gjerne ha som formål å virke avvæpnende på pasienten. *Fire gode vaner*, et kommunikasjonsverktøy for effektiv medisinsk kommunikasjon, som nå er implementert på de fleste sykehus i Norge, oppfordrer helsepersonell til å starte med litt ikke-medisinsk småprat for skape en beroligende atmosfære (Gulbrandsen, 2008, s. 2840). Hvis dette er formålet med småpraten, kan det føles som et nederlag hvis forsøket virker mot sin hensikt, og som sykepleieren i min studie frykter, kan det resultere i misforståelser og forvirring. Det kan da føles fristende å la småpraten være. Den samme informanten forklarer derimot hvilken betydning hun mener denne småpraten kan ha: *Ja, på bakgrunn av at en ikke har så godt felles språk. Unngår smalltalk, og det er gjerne gjennom denne smalltalken vi finner ut hvordan pasienten egentlig har det (1).*

Her setter hun småpratningen i sammenheng med noe som er langt viktigere enn løse samtaler omkring været og trafikken. En observasjonsstudie fra New Zealand, som har gått i dybden på sykepleieres måte å bruke småprat som kartleggingsverktøy, oppdaget at det er en stor del sykepleieaktivitet innebygd i det som blir ansett som hverdagslig samtale (Macdonald, 2016, s. 1). Informanten i min studie forklarer hvordan dette kan utarte seg i praksis:

Jeg går aktivt inn og prøver å spørre litt om familie ... viser bilder av mine barn, og lager en relasjon sånn. Gjennom det kan jeg finne ut av om det er vanskelig å være borte fra familien sin, om de sover dårlig om natten. Prøver å få til smalltalk selv om en har en er tolk til stede (1).

Informanten beskriver her hvordan hun prøver å kartlegge viktige temaer som søvnproblemer og bekymringer pasienten har, på en tilsynelatende uformell måte, ved å vise bilder av egne barn og småsnakke rundt dette. I tråd med Macdonal (2016) sine funn kan dette tyde på at

sykepleier bruke hverdagslig samtale som en interagerende og klinisk ressurs for å oppnå et terapeutisk resultat, selv om samtalen tilsynelatende er lett og overflatisk. Det andre poenget informantene i min studie gir uttrykk for i sin uttalelse, er at dette er noe hun forsøker på selv med tolk til stede. Implisitt i denne uttalelsen ligger det en mulighet for at denne måten å kommunisere på kan være krevende når samtalen er tolkemediert, og hun mister muligheten til å kunne snakke fritt med pasienten. Dette blir bekreftet av andre informanter i min studie. En av dem sier:

Det er vanskelig når de må bruke tolk, for da går alt gjennom tolken. Det blir ikke en skikkelig kommunikasjon på den måten. Da blir det bare nødvendige ting. Begynner ikke med løst og fast gjennom tolken. Det påvirker relasjonen litt (3).

Når pasienter ikke deler et felles språk med sykepleier og en risikerer at kommunikasjonen bryter sammen, er det beskrevet tidligere i denne oppgaven at profesjonell tolk er en av de anbefalte metodene for å skape en kommunikasjonskanal. Ut fra det informantene her beskriver, kan det forstås som at det likevel bare er den åpenbart viktige og konkrete informasjonen som blir videreformidlet gjennom tolken. Akkurat som med pasienter som snakker begrenset norsk, velger sykepleier den korte varianten og småpratene uteblir. Dette kan ha en påvirkning på relasjonen. En annen informant i min studie beskriver hvordan hun opplever småprat i en tolkemediert samtale:

Det er kjempevanskelig å få til når det er en tolket samtale. Det er jo en utenforstående som skal sitte og oversette hele veien. Da blir det litt sånn kleint. Jeg kommer ikke over at jeg synes det er kleint (1).

Selv om man ikke lar seg stoppe av at småpratene føles ubehagelig med tolk til stede, kan noe av effekten likevel forsvinne fordi pratens karakter er ment å være løs, uformell og hyggelig. Dette kan være utfordrende til og med for sykepleiere som vanligvis er komfortable og kompetente i denne måten å kommunisere på. En informant i min studie sier:

Fordi at, en kan jo ha prøvd seg på det, men det føles liksom, man har jo den usikkerheten og, selvfølgelig en profesjonell tolk og, da vet man jo at de sier det videre, men når det går via en 3. person så blir kommunikasjonen litt annerledes, så du kan ikke gi deg inn på så mye smalltalk heller, men jeg tenker, det er jo egentlig utrolig viktig i forhold til det med tryggheten (7).

Forklaringen samsvarer til dels med det ovenstående utsagnet i det at hun opplevde at tolken påvirker flyten og automatikken i samtalen når den blir formidlet gjennom en tolk. Hun

utbroderer videre: *Det å kunne på en måte snakke om helt andre ting og på en måte inngi, sant, høre om andre ting som ja, som gir en større trygghet, og det blir det jo ikke (7).*

Disse samtaler er viktig for helsepersonell fordi kommunikasjon kan påvirke helseutfall, og de er viktig for pasienter som ønsker å føle at de blir hørt og ivaretatt (Macdonald, 2016, s. 1), og dette kan igjen, som sykepleieren i min studie uttaler, påvirke pasientens opplevelse av trygghet i situasjonen. Andre studier har også beskrevet hvordan sykepleiere unngår småpratene de normalt ville engasjere seg i, med pasienter grunnet fraværet av felles språk. Dette førte til at omsorgen opplevdes mekanisk og upersonlig, og at sykepleierne ble bekymret for at de sviktet pasientene (Jirwe et al., 2010, s. 439).

Tema småprat var ikke noe som ble direkte etterspurt under intervjuene, men noe som flere av informantene selv tok opp på forskjellige stadier i intervjuet. Det var noen av informantene med mer erfaring med minoritetspasienter som ga uttrykk for at de ikke opplevde det som et problem. En av dem sier:

Får et godt forhold til noen. Det er noen som kommer her ukentlig, og da blir det ofte sånn at man får en liten prat. Og så begynner de å lære litt sånn norsk, og så har man sånn enkle dialoger da på en måte. 'Det er fint vær i dag' eller 'det er kaldt ute' og sånne typer samtaler (2).

Dette utsagnet har mindre fokus på problemet med det som ikke kan bli sagt, men fokuserer isteden på det som *kan* formidles i de korte møtene på tross av de språklige begrensningene. At når pasienten har lært seg tilstrekkelig norsk til å kommentere på været, så bruker hun det. Hun forklarer videre: *Hvis pasienten gir uttrykk for at de har behov for en dypere samtale eller sier 'beklager', at det er noe de ikke klarer å formidle, så vil man jo få inn tolk (2).*

Hun bekrefter at pasienten som regel klarer å formidle det, hvis de har behov for tolk ved å si *translator*, og at sykepleier ellers føler de er gode på å fange det opp hvis pasienten trenger hjelp til å formidle noe. I slike tilfeller er terskelen lav for å bestille tolk, og telefontolk kan de få ganske raskt. Betenkeligheter med å gå inn i småprat med pasientene på tross av begrenset norskkunnskap kunne ikke spores her. Årsaken til dette kan være den samme som den generelle tolkningen av hva som er god relasjon. På samme måte som at terskelen for hva som ansees som god relasjon flyttes, avhengig av hva som er målestokken, kan det være at terskelen for suksessfull småprat blir målt etter en annen standard. Når de fleste pasienter har begrensede norskkunnskaper, kan enkle samtaler om været blir høyere verdsatt og bety mer,

når man snakker med minoritetspasienter, i motsetning til norskspråklige pasienter hvor dette blir tatt for gitt.

Selv om flere av informantene i min studie selv tar opp småprat som et tema, er det usikkert om de er klar over dens fulle potensiale. I Macdonald (2016) sin studie var informantene overrasket over analysen, da de selv hadde undervurdert hvilken effekt denne ekspertisen kunne ha. Småpratens betydning i helsevesenet er generelt lite dokumentert, men resultater i de studier som er gjort peker på at småprat er et potensielt kraftfullt sykepleierfenomen som, i tillegg til å fremme personlige relasjoner, er et redskap for sykepleier til systematisk å innsamle biografisk data (Edvardsson, Varrailhon & Edvardsson, 2014, s. 52) og kan bli brukt til effektivt å fremkalle store mengder informasjon, normalisere ubehagelige prosedyrer, streife sensitive emner og bygge terapeutiske forhold (Macdonald, 2016, s. 7). I forhold til småprat med pasienter med begrenset språkkunnskaper, vil ordforrådet i stor grad begrense hvorvidt sykepleier er i stand til å innhente store mengder informasjon eller streife sensitive emner, men potensialet til å fremme personlige relasjoner og bygge terapeutiske forhold er fremdeles til stede. Det virker likevel som mange av sykepleierne opplever språkbarrierer som en hindring for småprat, og at den ofte kan utebli hvis man ikke er komfortabel med å småprate under slike forhold. Basert på det mulige potensialet som ligger i denne funksjonen, kan dette være uheldig både for sykepleier, pasient og relasjonen dem imellom.

4.5 Praktisk erfaring – Fra novise til ekspert

Når det kommer til sykepleiernes opplevelse av samhandling med minoritetspasienter med språkbarrierer, er det noen områder hvor informantene i min studie virker til å være samstemte, mens andre områder er preget av ulike holdninger og handlinger. Som en av informantene i min studie sier: *Jeg tror de aller fleste sykepleiere har lyst å gjøre en god jobb. Kanskje noen føler på at de stanger hode mer i veggen enn andre, men sånn i bunn og grunn har jo alle en god intensjon (1).*

Det ble tidlig i oppgaven kjent at sykepleiere på tvers av avdelinger anså språkbarrierer som et sentralt tema innenfor samhandling med minoritetspasienter. Det var også en overensstemmende positiv teoretisk holdning til minoritetspasienter som pasientgruppe. Alle beskrev det som spennende å møte mennesker fra andre kulturer og opplevde det som en

positiv pasientgruppe. Informantene varierte likevel i sin holdning til å overkomme de kommunikative problemene, og det var flere forskjeller i hvordan utfordringer i samhandlingen ble framhevet. Tidligere studier har påpekt at sykepleiere som går inn i tverrkulturelle møter med en positiv tilnærming, som regel finner det enklere å håndtere kommunikasjonsproblemer (Jirwe et al., 2010, s. 441). En skal ikke undervurdere betydning av holdninger, ettersom de styrer mye av sykepleiers relasjon til pasientene (Qureshi, 2005, s. 266). Det kan likevel virke som det skal mer til enn gode holdninger og intensjoner til for å sikre tilstrekkelig ivaretagelse av minoritetspasienter med språkbarrierer, og dermed også legge til rette for likeverdige helsetjenester. Som sykepleieren i min studie er inne på, kan det virke som *noen stanger hodet mer i veggen enn andre*, og dette blir også kommentert av en av de andre informantene: *Hvis vi skal forbedre oss så måtte vi har noe litt mer standardisert for hvordan vi gikk fram. Men det er vanskelig for vi er individuelle og vi forstår ulikt, og nei, jeg vet ikke (6)*.

I dette utsagnet anerkjenner hun behovet for forbedring, men er samtidig i tvil på hvordan dette kan gjøres. Det er også tidligere dokumentert at sykepleiere forsøker å håndtere sin usikkerhet ved å søke regler for å veilede atferd i tverrkulturelle møter (Kai et al., 2007, s. 1768), men som informanten i min studie også sier, så er dette ikke nødvendigvis en optimal løsning ettersom mennesker er egne individer med forskjellige måter å forstå verden på. Det er ikke tydelig om hun refererer til sine kolleger eller til pasientene, men det kan også være begge deler.

Det er ikke tidligere sammenliknet sykepleieres holdninger til minoritetspasienter med språkbarrierer i forhold til profesjonell erfaringsbakgrunn, men Jirwe et al. (2010) oppdaget forskjeller i tilnærming mellom deltakerne med svensk bakgrunn og deltakere som selv kom fra en innvandrerbakgrunn. Deltakere som selv fra en annen etnisk bakgrunn, hadde en mer positiv holdning til å takle kommunikasjonsproblemer med pasienter. De begrunnet blant annet dette med at de selv hadde en personlig erfaring som de tok med seg i sitt arbeid med minoritetspasienter i Sverige. Her kan det trekkes paralleller til informantene i min studie som til daglig jobber med minoritetspasienter. De blir på daglig basis eksponert for pasienter fra mange forskjellige land, og de synes å ta med seg denne erfaringen, ikke bare på et teoretisk nivå, men også i sin praktiske tilnærming. Som en av informantene i min studie fra denne avdelingen sier:

Men jeg ser ikke på dem som en gruppe for seg selv, og det er kanskje nettopp fordi jeg har jobbet så lenge med dem. ... Nei, det er det her med at man må se på de som våre vanlige pasienter (5).

Flere av de andre informantene, uavhengig av avdeling, kom med liknende uttalelser og framhevet fokus på individrettet sykepleie. Det virker likevel til å være en diskrepans mellom hvordan sykepleiere ønsker å håndtere minoritetspasienter, og det som i noen tilfeller vises i praksis. I forskningslitteraturen legges det vekt på at det tar tid å oppnå trygghet og ferdigheter innenfor omsorg til minoritetspasienter (Alpers, 2018, s. 32), og lang arbeidserfaring er ikke i seg selv tilstrekkelig for å øke kompetansen på dette området (Østby, 2014). Alle har derfor ikke like forutsetninger for å mestre dette på samme måte. En av informantene i min studie reflekterer over egne holdninger etter at hun begynte å arbeide på avdelingen med høy forekomst av minoritetspasienter:

Jo mer du blir kjent med det fremmede, så får man et annet forhold til det. Ser det på en annen måte. Det gjør jeg. Jeg har nok sikkert forandret bildet mitt siden jeg begynte å jobbe her, men da er det til det positive (2).

Dette støtter teorien om at økt erfaring med minoritetspasienter og språkbarrierer ikke er uten betydning for hvordan man som sykepleier vurderer situasjoner som oppstår i slike møter. Det er ikke varigheten på arbeidserfaring som er mest utslagsgivende, men hvilken type arbeidserfaring. De sykepleierne som allerede har erfaring med et høyt antall minoritetspasienter har inntatt en mer proaktiv rolle i å møte behovene til de pasientene, som er vanskeligstilt som et resultat av språkbarrierer, og det kan hevdes at sykepleiere generelt burde gjøre det samme. En av informantene sier: *Opplever noen ganger at 'det krever så masse, dette har ikke vi tid til'. Jeg tenker at det må du nesten bruke, ellers sitter du med et problem selv (5).*

Ivaretagelse av pasienter kan være en utfordring, særlig hvis oppgaven oppleves som krevende, og det føles som hverken tid eller evner strekker til. Det norske helsevesenet er under sterkt press og påvirket av konstant krav til tempoforøkelse og effektivisering. Dette har paradoksalt nok ikke gitt helsepersonell mer tid til pasientomsorg, men har heller den uheldige effekten at det blir vanskeligere å se de mulighetene en har til å gjøre det best mulig (Martinsen, 2018, s. 32–33). Dette kan til dels forklare hvorfor sykepleiere vegrer seg for å begi seg inn på tidkrevende oppgaver, hvis man ser denne atferden i lys av at de allerede navigerer i et tidspresset rom. Det er likevel tvilsomt at denne strategien faktisk er så

tidsbesparende som den kan føles i øyeblikket. For det første er det ikke holdepunkt for å si at lettvinne løsninger, som for eksempel å unngå bruk av tolk, sparer tid i lengden, ettersom dette heller kan bidra til andre og mer tidkrevende problemer (Nielsen & Birkelund, 2009, s. 436). En av informantene i min studie som har mye erfaring med minoritetspasienter sier:

Pasienter med minoritetsbakgrunn vil komme i økende antall på alle avdelinger. Vi er litt i forkant. ... Det kommer ikke seilende av seg selv, det er en jobb som må gjøres. Vi har forankret en god del hos ledelsen. Den forankringen er viktig. Da står en mye friere (4).

Som sykepleieren sier, vil globalisering og økt migrering føre med seg økt antall minoritetspasienter, og dermed også mulighetene for å oppleve språkbarriere på sykehus (Ali & Watson, 2018, s. 1158). Det er de med det direkte ansvaret for å gi omsorg som først må anerkjenne den vanskeligstilte posisjonen minoritetspasientene de har ansvar for er i. Hvis de ikke gjør det, er det ikke sannsynlig at øvrig ledelse heller vil prioritere det (Gerrish et al., 2004, s. 413). Som informanten i min studie poengterer, har dette fokuset og denne forankringen hos ledelsen vært essensiell for dem i deres arbeid for å tilrettelegge for pasienter med språkbarrierer, men det har ikke kommet av seg selv. Her ligger det et stort engasjement, og en bruk av både tid og ressurser som kanskje ikke er like tilgjengelig på avdelinger med et annet fokusområde. At nettopp denne avdelingen har kommet lengre når det kommer til å skape et miljø som fordrer likeverdige helsetjenester for pasienter som ikke har norsk som morsmål, er derfor ikke vanskelig å forstå. At de overgår de øvrige avdelinger som er representert i min studie, er heller ikke så overraskende, hvis man tenker på hvor spesialisert avdelinger på sykehuset er. Når en arbeider på en kirurgisk avdeling, har sykepleier gode forutsetninger til å bli dyktig på post-operativ omsorg. Likeledes forventes det at kompetanse på hjerte- og karrelaterte lidelser er høyere på kardiologisk avdeling, og få sykepleiere har bredere erfaring med cytostatika enn dem som arbeider på kreftavdelingen.

Å takle utfordringer relatert til minoritetspasienter som ikke behersker norsk, virker til å være en kompleks problemstilling, og selv om en forståelse av språkbarrierer og dens innflytelse kan hjelpe sykepleiere å overkomme disse utfordringene (Ali & Watson, 2018, s. 1159), har praktisk erfaring tilsynelatende en sentral rolle i denne prosessen. Det tar ikke bare tid, men også relevant praktisk erfaring å bevege seg fra novise til ekspert. Det kan derfor være viktig, som Kai et al. (2007) hevder, at usikkerhet knyttet til å gi omsorg til minoritetspasienter anerkjennes og legitimeres hos uerfarne sykepleiere. På denne måten kan en omfavne, snarere enn å være ukomfortabel med, usikkerheten som språklig mangfold kan skape hos noen.

5 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan sykepleiere opplever samhandling med minoritetspasienter når relasjonen er preget av språkbarrierer. Det er benyttet kvalitativ metode for å få en større forståelse for temaene i min studie. Jeg har intervjuet syv sykepleiere fra polikliniske avdelinger på HUS, analysert datainnsamlingen fra disse intervjuene og sammenlignet den med litteratur og tidligere forskning som er gjort på feltet.

Gjennom hele oppgaven har det sentrale målet vært å vurdere *hvordan sykepleieres samhandling med minoritetspasienter blir påvirket av språklig mangfoldighet*. For å besvare den overordnede problemstillingen, har jeg vurdert den i lys av relevante faktorer, som alle gjenspeiler samhandling. Vi skal følgelig gå gjennom disse underpunktene.

5.1 Hvordan sykepleiere kompenserer for manglende felles språk

Innledningsvis i denne oppgaven beskrev jeg hvordan det som sykepleier kan oppleves å stå i en situasjon som krever riktig vurdering, samtidig som en manglende evne til å kommunisere med pasienten hindrer god og effektiv beslutningsevne. Funnene i min studie viser at det er flere tilgjengelige metoder for å kompensere for språkbarrierer, og mulighetene for å være i forkant av en problematisk situasjon er til stede. Hvilke rutiner avdelinger har i denne forbindelse og hvor konsekvente sykepleiere er når det kommer til å bruke hensiktsmessige redskap for å kompensere for språklig mangfoldighet, er likevel varierende. Allerede implementerte metoder, som informasjonsbrosjyrer og kartleggingsverktøy, blir ikke nødvendigvis revidert selv om de ikke tjener pasienter som ikke behersker språket de er formidlet på. Bruk av pårørende som uformelle tolker er også utbredt, på tross av tilstedeværende motforestillinger og dårlige erfaringer. Det kommer også fram at selv anbefalte metoder, som bruk av profesjonell tolk, ikke alltid garanterer optimal kommunikasjon. For sykepleiere som ikke er komfortable med denne metoden, kan kommunikasjon via en tredje part kompromittere deres evne til å føre en effektiv samtale. I tillegg beskrives det en skepsis til både profesjonelle, men særlig uformelle tolkers evne til å utføre tjenesten som er forventet av dem.

5.2 Hvilke konsekvenser fravær av felles språk kan ha for pasienten

Når samhandlingen mellom sykepleier og pasient er preget av utfordringer i kommunikasjonen, påvirker dette pasientenes mulighet til å motta likeverdige helsetjenester. I min studie er det avdekket eksempler både på konkrete situasjoner, men også på avdelingens generelle rutiner, som overser pasientens rettigheter til å være informert og medvirkende i eget sykdomsforløp. Sykepleierne som arbeider under disse rutinene, uttrykket bekymring for denne situasjonen, men virker samtidig til en viss grad å ha akseptert den som en beklagelig konsekvens av at pasientene ikke forstår tilstrekkelig norsk.

5.3 Hvorvidt vi er avhengige av et felles språk for å skape en god relasjon

I min studie er det rettet ekstra oppmerksomhet mot hvilke konsekvenser kommunikasjonsproblemer kan ha for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Funnene indikerer at språkbarrierer kan ha en negativ innflytelse på sykepleiers opplevelse av å opprette en relasjon med pasienten. Det mellommenneskelige aspektet i møte med helsepersonell er av stor betydning, og i min studie settes det i sammenheng med sykepleiers evne til å skape en opplevelse av trygghet, forutsigbarhet og ivaretagelse for pasientene. Et særlig og overraskende funn var betydningen småprat kan ha, og hvordan evnen til å bruke småprat som et relasjonsbyggende redskap kan svekkes eller opphøre når pasienten ikke deler samme språk som sykepleier. Her kan det virke som minoritetspasienter, som mangler tilstrekkelig språkkompetanse, mister en essensiell del av pasientomsorgen som norsktalende pasienter får.

5.4 Hvilken betydning praktisk erfaring har i samhandling med minoritetspasienter

Avslutningsvis vil jeg komme tilbake til skjæringsfeltet som jeg opplever at sykepleiere arbeider i. Det ble introdusert i denne oppgavens innledning at samfunnsstyrte krav til

effektivisering og tidsøkonomisering kan gå på kompromiss med sykepleiers ønske om å gi god kvalitet i omsorgen. Funnene i min studie avdekker flere aspekter rundt det å samhandle med minoritetspasienter, som bidrar til å gjøre sykepleiere utrygge på egen evne til å ivareta pasienten. Funnene i min studie gir samtidig klare indikasjoner på at både rutinene for og tilnærmingen til å samhandle med minoritetspasienter i fravær av felles språk, varierer avhengig av hvilken praktisk erfaring sykepleiere har med denne pasientgruppen. Avdelinger retter ofte sine ressurser mot å øke kompetansenivået på det den aktuelle avdelingen har som primært funksjonsområde. Minoritetspasienter og relaterte språkbarrierer er likevel representert på alle avdelinger, og med tanke på at prisen for dårlig tilretteleggelse av språkbarrierer blir betalt av både sykepleier og pasient, vil det derfor være hensiktsmessig å se på avdelinger som allerede har skapt gode systemer for å ivareta minoritetspasienter, og overføre dette til andre avdelinger. Vi kan ikke være eksperter på alt, og det kan derfor være formålstjenlig ikke bare å anerkjenne at helsetjenestene til minoritetspasientene fremdeles ikke er likeverdige på mange avdelinger, men også muligheten for å lære noe av de avdelingene som har mer erfaring med denne pasientgruppen.

5.5 Veien videre

Min studie er, som beskrevet i metodekapittelet, begrenset med tanke på omfang. Det var likevel en høy grad av konsensus blant informantene fra ikke-erfarne avdelinger og de som kom fra en avdeling med mer erfaring når det kommer til samhandling med minoritetspasienter. Dette mener jeg styrker funnene mine selv om de ikke kan generaliseres til alle avdelinger på HUS. De gir en klar indikasjon på at samhandling med minoritetspasienter innebærer utfordringer for sykepleiere, som ikke har særlig kompetanse på dette. Disse utfordringene er, etter min mening, for mange og for kritiske til å ignoreres.

Jeg tror det vil være en fordel, i tillegg til større deskriptive studier, å utføre intervensjonsstudier, som fokuserer på implementering av praktiske løsninger når det kommer til håndtering av språkbarrierer i helsevesenet. For at minoritetspasienter skal være tjent med samfunnsstyrt og politiske satsning, må det suppleres med praktiske metoder som hjelper sykepleier å håndheve dette.

Det er gjort lite forskning som vektlegger hvordan relasjon mellom sykepleier og pasient blir påvirket av manglende felles språk, og det er, så vidt meg bekjent, ikke gjort noe studie på hvordan relasjonen påvirkes når småpraten mellom partene vanskelig eller umuliggjøres. Hvilket utfall dette kan ha for pasientforløpet, ville vært relevant kunnskap å ha, ettersom sykepleien tross alt er en profesjon som bygger mye av sin praksis på det mellommenneskelige.

Referanseliste

Bøker og artikler

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: 1152–1160.

Alpers, L.-M. (2017). *Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter* (Doktoravhandling). Høgskolen i Oslo og Akershus, Oslo.

Alpers, L.-M. (2018). Sykepleieres kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. I J. Debesay & C. Tschudi-Madsen (red.), *Migrasjon, helse og profesjon* (s. 26–43). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*. 33 (4): 456–466.

Crawford, T., Candlin, S. & Roger, P. (2017). New perspectives on understanding cultural diversity in nurse-patient communication. *Collegian*. 24: 63–69.

Debesay, J. & Tschudi-Madsen, C. (2018). Migrasjonens betydning for profesjonsutøvelse i helsetjenesten. I J. Debesay & C. Tschudi-Madsen (red.), *Migrasjon, helse og profesjon* (s. 11–25). Oslo: Gyldendal Akademisk.

DiMatteo, R. M., Haskard-Zolnierok, K. B. & Martin, L. R. (2012). Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*. 6 (1): 74–91.

Eckhardt, R., Mott, S. & Andrew, S. (2006). Culture and communication: identifying and overcoming the barriers in caring for non-English-speaking German patients. *Diversity in Health and Social Care*. 3: 19–25.

Edvardsson, D., Varrailhon, P. & Edvardsson, K. (2014). Promoting Person-Centeredness in Long-Term Care. *Journal of Gerontological Nursing*. 40 (4): 46–53.

Ekeland, T.-J. (2014). *Konflikt og konfliktforståelse: For helse- og sosialarbeidere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Everett, E. L. & Furuseth, I. (2012). *Masteroppgaven: Hvordan begynne – og fullføre* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Flores, G. (2005). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*. 62 (3): 255–299.
- Gerrish, K., Chau, R., Sobowale, A. & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: The use of interpreters in primary care nursing. *Health and Social Care in the Community*. 12 (5): 407–413.
- Gerwing, J., Indseth, T. & Gulbrandsen, P. (2016). A microanalysis of the clarity of information in physicians' and patients' discussions of treatment plans with and without language barriers. *Patient Education and Counselling*. 99: 522–529.
- Guldbrandsen, P. (2008). God kommunikasjon – også for legenes skyld! *Tidsskriftet den Norske Legeforening*. 24: 2840–2842.
- Guttman, M. S. (2004). Increasing the linguistic competence of the nurse with limited English proficiency. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 35 (6): 264–369.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1996). *Feltmetodikk: Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanssen, Ingrid. (2006). Intercultural communication in health care settings. I Ø. Dahl, I. Jensen & P. Nynäs (red.), *Bridges of Understanding: Perspectives on Intercultural Communication* (s. 141–153). Bergen: Fagbokforlaget.
- Haukeland Universitetssykehus. (2016). *Prosjekt: Likeverdige helsetjenester. Kartlegging av likeverdige helsetjenester i praksis*. Bergen. Upublisert rapport.
- Høye, S. & Severinsson, E. (2008). Intensive care nurses' encounters with multicultural families in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 24: 338–348.
- Illman, R. (2006). Stereotypes: The symbolic image of the other. I Ø. Dahl, I. Jensen & P. Nynäs, *Bridges of Understanding: Perspectives on Intercultural Communication* (s. 101–113). Bergen: Fagbokforlaget.

- Isotalus, E. (2006). Power and constructed realities in research. I Ø. Dahl, I. Jensen & P. Nynäs, *Bridges of Understanding: Perspectives on Intercultural Communication* (s. 227–240). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 24: 436–444.
- Kai, J., Beavan, J., Faull, C., Dodson, L., Gill, P. & Beighton, A. (2007). Professional Uncertainty and Disempowerment Responding to Ethnic Diversity in Health Care: A Qualitative Study. *PLoS Medicine*. 4 (11): 1766–1775.
- Kale, E., Ahlberg, N. & Duckert, F. (2010). Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 47 (9): 818–823.
- Kolbjørnsen, I. E. & Engeland, L. (2016). Reduserer språkbarrierer på sykehus. *Sykepleien*. 104 (11): 41–43. DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.59420>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Laksuktom, P. & Sivertsen, S. E. (2016, mai). *Prosjekt: Likeverdige helsetjenester. Delprosjekt: Kvalitetsutvikling av tolketjenesten*. Haukeland Universitetssykehus. Upublisert rapport.
- Lehtonen, J. (2005). Stereotypes and collective identification. I D. Petkova & J. Lehtonen, *Cultural Identity in an Intercultural Context* (s. 61–85). University of Jyväskylä.
- Macdonald, L. M. (2016). Expertise in Everyday Nurse-Patient Conversation: The importance of Small Talk. *Global Qualitative Nursing Research*. 3: 1–9. DOI: <https://doi.org/10.1177/2333393616643201>
- Markey, K., Tilki, M. & Taylor, G. (2018). Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds. *Journal of Clinical Nursing*. 27: 259–268.
- Martin, N. G., Carlson, N. R. & Buskist, W. (2010). *Psychology* (4. utg.). Essex: Pearson Education Limited.

- Martinsen, K. (2018). Den økonomiske tidsforståelsen, og tiden i helsevesenets rom. I C. Øye, N. Ø. Sørensen & K. Martinsen, *Å tenke med Foucault* (s. 21–42). Bergen: Fagbokforlaget.
- 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.
- Nordhelle, G. (2007). *Mekling II: Sentrale temaer i konflikthåndtering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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 Science*. 23: 431–437.
- Nordtvedt, M. W et al. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo. Akribe.
- Qureshi, N. A. (2005). Profesjonell kultursensitivitet framfor faglig etnosentrisme. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2 (3): 261–273.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Schouten, B. (2017). Towards a Theoretical Framework of Informal Interpreting in Health Care: Explaining the Effects of Role Conflict on Control, Power and Trust in Interpreter-mediated Encounters. I E. A. Jacobs & L. C. Diamond, *Providing Health Care in the Context of Language Barriers* (s. 71–92). Bristol: Blue Ridge Summit.
- Schenker, Y., Pères-Stable, E. J., Nickleach, D. & Karliner, L. S. (2011). Patterns of Interpreter Use for Hospitalized Patients with Limited English Proficiency. *Journal of General Internal Medicine*. 26 (7): 712–717.
- Schwei, R. J. et al. (2016). Changes in research on language barriers in health care since 2003: A cross-sectional review study. *International Journal of Nursing Studies*. 54: 36–44.
- Sommerfeld, K. & Rosenberg, A. (2019). Hvordan unngå at språkvansker fører til feilbehandling? *Sykepleien*. 107 (74962). DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.74962>
- Svartdal, F. (2009). *Psykologiens forskningsmetoder: En introduksjon* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tavallari, A. G., Jirwe, M. & Kabir, Z. N. (2017). Cross-cultural care encounters in pediatric care: minority ethnic parents' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 31: 54–62.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tingle, J. (2018). Communication breakdown in healthcare settings. *British Journal of Nursing*. 27 (20): 1204–1205.

Vallgård, S. & Kock, S. (2007). *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskab*. København: Munksgaard Danmark.

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.

Østby, B. A. (2014, 13. mai). Overser symptomer hos minoritetspasienter. *Sykepleien*. Hentet fra www.sykepleien.no [lest 01.04.2019].

Lover og retningslinjer

HOD Helse- og omsorgsdepartementet (Oppdatert 19.08.2013). «Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle». Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester/id733870/> [lastet ned 28.03.2019].

PBRL Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999 (Oppdatert 2018). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> [lest 20.02.2019].

NSF Norsk sykepleierforbund. 1983 (Oppdatert 2016). *ICN Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> [lastet ned 03.04.2019].

LDO Likestillings- og diskrimineringsombudet (Oppdatert 13.12.2011). «Likeverdige helsetjenester for alle – fra velvilje til handling». Hentet fra: <https://www.ldo.no/nyheiter-og->

[fag/brosjyrar-og-publikasjonar/rapporter/Likeverdige-helsetjenester-for-alle--fra-velvilje-til-handling/](#) [lastet ned 28.03.2019].

REK Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (Oppdatert 26.06.2015).

Hentet fra:

https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999

[lest 15.02.2018].

Helse Vest (sist oppdatert 2016). «Samhandling; Samhandlingsreforma». Hentet fra:

<https://helse-vest.no/helsefagleg/samarbeid/samhandling> [lest 04.04.2019].

Vedlegg

Vedlegg 1: PICO skjema

PICO-skjema

Tittel/arbeidstittel på prosedyren:			
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:			
Er det aktuelt med søk på pasient- og pårørendeopplæring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Hva slags type spørsmål er dette? <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input checked="" type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei	
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet: Minoritetspasienter	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for): Kommunikasjon Relasjon Samarbeid om behandling	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
P Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	I Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	C Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	O Noter engelske søkeord for utfall
Minority groups Ethnic groups+ Immigrants +	Transcultural nursing Nurse-patient relations	Power+ Empowerment Health Literacy Prejudice Nurse Attitudes Patient Education+ Communication Communication Barriers OR Language barriers*	Quality of Health Care+ Patient Safety+

Vedlegg 2: Intervjuguide

Fase 1: Rammesetting	1. Løst prat (3 min) Uformell prat
	2. Informasjon (5-10 min) Si litt om temaet for samtalen (bakgrunn, formål). Forklar hva intervjuet skal brukes til og forklar taushetsplikt og anonymitet. Spør om noe er uklart og om respondenten har noen spørsmål. Informert om lydopptak, sørg for samtykke til opptak. Start opptak
Fase 2: Erfaringer	3. Overgangsspørsmål: (15 - 20 min) <ul style="list-style-type: none">- Når vi jeg sier etniske minoritetspasienter, hva er det første du tenker på da?- Kan du beskrive en typisk minoritetspasient?- Hva slags erfaringer har du (i forhold til denne gruppen)?
Fase 3: Fokusering	4. Nøkkelspørsmål: (inntil 60 min) 3-5 nøkkelspørsmål <ul style="list-style-type: none">- Når du først kommer i kontakt med pasienter, hva er det som gjør at du gjenkjenner dem som minoritetspasienter? Er det noen forskjeller mellom dem du synes er vesentlige?- Hvilken rolle har du som sykepleier ovenfor minoritetspasienter? Tror du det kan betyr noe for relasjonen? På hvilken måte?- Hvordan skaper du en god relasjon til denne pasientgruppen? Er dette lett/vanskelig for deg? Er det annerledes enn med andre pasientgrupper?- Når var du sist i kontakt med en minoritetspasient? Hvordan gikk det? Hva skjedde da?- Kan du beskrive denne pasienten?
Fase 4: Tilbakeblikk	5. Oppsummering (ca. 15 min) Hva skal til for at du tenker på en pasient som etnisk norsk eller fra en annen etnisitet? Oppsummere funn Har jeg forstått deg riktig? Er det noe du vil legge til?

Vedlegg 3: Eksempel på kategoriserte beretninger

5.3. Tolk

Det er kjempe vanskelig å få til (smalltalk med tolk). Blir litt kleint. Kommer ikke over at jeg synes det er kleint. Har også vært med på at en sønn eller familiemedlem har fungert som tolk (1).

Noen har med seg mannen som tolk og de er ikke ideelt. Da kan han sile litt hva som kommer tilbake. Du vet ikke helt om alt kommer frem og om han skjønner tolk. Det er det de sier at du helst ikke skal bruke familie som tolk, for de vil gjerne sile litt (3).

Vi bruker konsekvent tolk, at det ikke er pårørende som skal tolke. Der det er språkbarrierer så burker vi tolk for alle (2).

Av og til oppstår forvining. Legge til rette med språk og tolk. Bruker ofte tolk. 75% av tiden. Mange har ikke begynt på norskskole (4).

Tolk til stede på utredning (i hvert fall). 43:30. varierer med oppmøte/tefontolk (4).

Gode leverandører på tolk, får det på kort tid hvis noe oppstår fra pasienten sin side. Liberal til bruk av tolk. Velger å ikke tenke på kostnader. Ikke noe å diskutere – men det blir diskutert (4).

Rett til å bli forstått 46:10 (4).

God tolk er gull verdt. Utfordring i kommunikasjon. Stor forskjell på tolk, men stort sett går det veldig bra (4).

Vi er veldig påpasselige med å bestille tolk. Hvis vi er i tvil. Ikke ta for gitt at pasienten kan engelsk. Og hvilken engelsk. Kan han snakke med legen eller snakke om at sola skinner (5).

Ofte har vi blitt reddet av at de har med seg et barn eller noen bekjent, eller noen som kan være tolk akkurat i innkomsten da. Av og til har vi fått litt pepper for det da, at vi har brukt familie eller sånn og tolket, for det skal man i utgangspunktet ikke. Men det er klart, når vi vet om det om det og planlegger litt bedre, så kan vi jo bestille inn tolk (6).

Men de får jo tolk i oppstart til kur og hvis det er evalueringssamtaler. Da er tolken der. Og så har det hendt at de har tolk første dagen til kur og da er vi heldige og kan informere om mye. Og da har det hendt at vi har brukt ESASen. Ikke nødvendigvis tolk inne for hver runde (6).

Brukt sykepleier som tolk (polsk) (6)

Det er jo ikke bare språk, men språk er viktig, i hvert fall når det er detaljerte ting som skal sies da og dette med, utrolig viktig at vi har tolk og at det er planlagt. Vi har hatt noen erfaringer der vi har brukt pårørende som tolk, som vi jo ikke skal gjøre, men der og da i situasjonen så har det liksom blitt det som har vært det mest ryddige (7).

Vedlegg 4: Tematisk inndeling av intervju

IDENTIFISERING AV KATEGORIER

Innhold kategorier

1. Stereotypier.....	1
2. Individ i fokus.....	2
3. Holdninger.....	3
4. Myter.....	4
5. Kommunikasjon.....	5
5.1. Manglende kommunikasjon.....	7
5.2. Nonverbal kommunikasjon.....	8
5.3. Tolk.....	9
6. Relasjon.....	10
7. Makt.....	11

Vedlegg 5: Godkjenning fra NSD



Bjørn Hallstein Holte
Diakonveien 14
0370 OSLO

Vår dato: 06.04.2018

Vår ref: 59910 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.03.2018.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>59910</i>	<i>Sykepleierens relasjon til minoritetspasienter - stereotypier og makt</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>VID vitenskapelig høyskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Bjørn Hallstein Holte</i>
<i>Student</i>	<i>Line Ellila</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernuleppe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- VID vitenskapelig høyskole sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at VID vitenskapelig høyskole er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Sykepleiers relasjon til minoritetspasienter»

Bakgrunn og formål

Formålet med denne studien er å skape en innsikt i sykepleieres relasjon til etniske minoritetspasienter, herunder også bruk av stereotypier og makt.

Dette er en mastergrads studie, og er utarbeidet mens prosjektleder studerer Master i Interkulturelt arbeid på VID.

Utvalgsgruppen består av sykepleiere på Haukeland Sykehus.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Den primære kilden til data i dette studiet vil bestå av personlige intervjuer. Varigheten vil være 60 – 90 minutter, og utført på avtalt tid og sted som passer for informanten. Spørsmålene vil omhandle sykepleieres erfaringer med minoritetspasienter. Intervjuet vil derfor bli styrt av informantens egne utsagn og beskrivelser. Intervjuet blir tatt opp og lagret på lydopptak. Notater vil også bli gjort underveis dersom dette er hensiktsmessig i intervjusituasjonen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun prosjektleder vil ha tilgang til disse opplysningene. Lydopptak vil bli lagret på en personlig data som beskyttet med brukernavn og passord.

Når dataen blir bearbeidet og skrevet ned, blir all personinformasjon anonymisert. Deltakere vil ikke kunne gjenkjennes av andre enn prosjektleder.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2019. På dette tidspunktet vil råmaterialet til oppgaven, inkludert alle personopplysninger (lydopptak og eventuelle notater) destrueres. Det datamaterialet som er blitt brukt i oppgaven, vil være anonymisert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder Line Ellila, mobilnummer: [REDACTED]. Mail: line.lorentzen.ellila@helse-bergen.no. Veileder til dette prosjektet er Bjørn Hallstein Holte, telefonnummer: [REDACTED].

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)