

KANDIDAT

**111**

PRØVE

# BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	18.03.2020 12:00
Sluttid	02.04.2020 12:00
Sensurfrist	26.04.2020 23:59
PDF opprettet	11.06.2020 09:32
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

# 1 Innlevering bacheloroppgave

Pdf fil av bacheloroppgaven lastes opp her. Ved gruppeinnlevering skal kun en av kandidatene levere (husk begge kandidatnumre på oppgaven).

På studentweb skal du skrive inn norsk og engelsk tittel på oppgaven din - slik at dette kommer med på karakterutskriften som følger vitnemålet. (Se info om hvordan det gjøres her: <https://www.vid.no/student/eksamen/tittel-bachelor-masteroppgave-vitnemal/> )

Bruk standard forside.

PS: På forsidemalen står det ikke engelsk tittel, denne må dere legge inn selv, under norsk tittel (eventuell egen forside skal komme etter standard forside).

<http://www.vid.no/filer/obligatorisk-forside-til-bacheloroppgave/>

Opggaven skal leveres som pdf-fil her på Inspira. Du må også fylle ut obligatorisk erklæring på Inspira. Husk å svare på om du samtykker eller ikke i at bacheloroppgaven kan publiseres i VID sitt åpne elektroniske arkiv. Oppgaven blir bare publisert hvis du får karakteren A.

Alle oppgaver blir plagiattrollert.

Sensur på oppgaven ved ordinær innleveringsfrist kommer på studentweb 27.04.2020.

Administrativ ansvarlig for eksamen:

Heidi Herseth, heidi.herseth@vid.no



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

 Last ned

 Fjern

 Erstatt

Filnavn:

Bacheloroppgaven.pdf

Filtype:

application/pdf

Filstørrelse:

360.22 KB

Opplastingstidspunkt:

01.04.2020 15:42

Status:

Lagret

Besvart.

## ✓ Obligatorisk erklæring- Bacheloroppgave

### Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeksamener:

- 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 12. desember 2016 nr. 1595 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.

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

Skriv inn ja eller nei

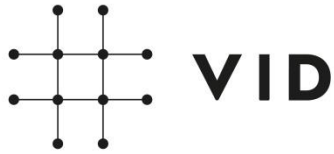
Fyll inn antall ord (besvarelsen):

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i VID vitenskapelige høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN) under mitt navn

Skriv inn ja eller nei

---

Besvart.



Språkbarriere mellom pasient og sykepleier:

*Hvilke utfordringer opplever sykepleiere når de skal gi informasjon til den fremmedspråklige pasienten i en pleiesammenheng?*

Language barriers between patient and nurse:

*What challenges do nurses experience when giving information to the foreign language-speaking patient in the caring encounter*

Kandidatnummer: 111

VID vitenskapelige høgskole

Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: Høst 2017

Antall ord: 9696

02.04.2020

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.  
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

## **Sammendrag**

I takt med økt innvandring til Norge, stiger antall pasienter med fremmedspråklig bakgrunn på norske sykehus. Dermed øker også antall møter mellom fremmedspråklige pasienter og sykepleiere. Det norske lovverket slår fast at alle pasienter har rett til tilpasset informasjon. Blant dem som skal oppfylle dette løfter, er sykepleierne. Denne oppgaven har som hensikt å utforske hvilke utfordringer sykepleiere opplever når de skal gi informasjon til den fremmedspråklige pasienten i en pleiesammenheng. Oppgaven er en litteraturstudie basert på kilder fra fagbøker, rapporter, lovverk, og fag- og forskningsartikler. Utfordringer som er funnet er språkbarrierer, utfordringer i tolkebruk, begrensninger i tid, vansker med å vite når «litt norsk» er nok, manglende kulturell kompetanse og sykepleiernes holdninger.

Nøkkelord: Språkbarriere, sykepleie, pasientinformasjon, sykehus

## **Abstract**

As the number of people immigrating to Norway has increased, so has the number of foreign language-speaking patients in Norwegian hospitals. As a result, encounters between foreign language-speaking patients and norwegian speaking nurses are frequent. According to Norwegian law, all patients have the right to get adapted information. Among those responsible for patients receiving this are the nurses. This bachelor thesis' goal is to explore what challenges nurses experience when having to give information to the foreign-language speaking patient in a caring encounter. The chosen method is literature study. Sources used include books, reports, legislative documents and research articles. Challenges found were language barriers, challenges with interpretation, time as a limitation, having to know when «a little» Norwegian is enough, lack of cultural competence, and nurses attitudes.

Keywords: Language barriers, nursing, patient information, hospitals

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Introduksjon til tema .....	1
1.2	Hensikt .....	2
1.3	Problemstilling .....	2
1.4	Avgrensing .....	2
1.5	Begrepsavklaring .....	3
2	Metode .....	4
2.1	Litteratursøk som metode .....	4
2.2	Søkestrategi .....	4
2.3	Inklusjons-, og eksklusjonskriterier .....	6
2.4	Kildekritikk .....	6
2.5	Etiske overveielser .....	7
3	Teori.....	8
3.1	Grunnlagsteori .....	8
3.1.1	Sykepleieteori.....	8
3.1.2	Kommunikasjon.....	9
3.1.3	Kultur og kulturfiltermodellen .....	10
3.1.4	Informasjon – en sykepleieoppgave .....	11
3.1.5	Konsekvenser av en språkbarriere .....	12
3.1.6	Bruk av tolk.....	12
3.2	Lowverk.....	14
4	Resultat.....	15
4.1	Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters .	15
4.2	Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study	

4.3	The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited english proficiency: a silent shift.....	16
4.4	Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives.....	16
4.5	Registered nurses' experiences with caring for non-English speaking patients .....	17
4.6	Når pasienten snakker litt norsk: en dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester.....	18
4.7	Conversations Through Language Barriers of Language Interpretation .....	18
4.8	Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients.....	19
5	Drøfting .....	20
5.1	Språkbarriere – den overordnede utfordringen .....	20
5.1.1	Å gi informasjon .....	20
5.1.2	Å sørge for at informasjonen er forstått .....	21
5.2	Utfordringer i tolkebruk .....	22
5.3	Å vite når litt norsk er for lite .....	25
5.4	Tid er en knapp ressurs.....	26
5.5	Kulturell kompetanse .....	27
5.6	Sykepleiers holdninger .....	29
6	Konklusjon.....	31
7	Litteraturliste.....	32





# 1 Innledning

## 1.1 Introduksjon til tema

Per 5. mars 2019 finnes det 944 402 innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Norge (Elstad, 2016). Dette utgjør 17,7% av landets totalbefolkning. 4700 mennesker kom til Norge som flyktninger i 2018, og i alt innvandret 36915 personer til landet gjennom 2018. I snitt 19,2% av arbeidsinnvandrere, 24,9% migranter på bakgrunn av familiegjenforening og 32,4% hadde minst en sykehusinnleggelse mellom 2008 og 2011 (Elstad, 2016) .

I Statistisk Sentralbyrås rapport «*Levekår blant innvandrere i Norge 2016*» ble det utført en spørreundersøkelse hvor innvandrere selv skulle vurdere sine norskferdigheter generelt (Vrålstad, 2016). Til sammen oppgir 19% av respondentene å ha «ganske dårlig» eller «svært dårlige» norskkunnskaper. I 2018 deltok 40342 personer i opplæring i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere i 2018.

En pasients behov for informasjon ved en innleggelse er stort (Molven, 2016, s. 160). Pasienten mangler ofte kunnskap om sykdommer de er rammet av, aktuell utredning og eventuell behandling og pleie. Under sykehusoppholdet utsettes pasienten for undersøkelser, behandling og pleie som kan være helt ukjent og samtidig av inngripende karakter (Molven, 2016, s. 160). I et sykehus vil den informasjonsansvarlige oftest være en lege, da de står ansvarlige for undersøkelse og behandling (Molven, 2016, s. 164). Ellers skal den som utøver helsehjelp i utgangspunktet gi informasjon tilknyttet denne. Dermed er det sykepleier som står ansvarlig når det kommer til informasjon om pleie.

Min egen interesse for temaet ble vekket gjennom praksis i kirurgisk avdeling, hvor jeg selv opplevde det som en stor utfordring å kommunisere med fremmedspråklige pasienter. Selv om jeg hadde ansvar for to pasienter som ikke snakket norsk, var det nærmeste jeg kom å bruke tolk å snakke med en av pasientenes sønner. Jeg ble spesielt oppmerksom på at jeg ikke klarte å formidle grunnleggende informasjon, en oppgave jeg opplevde som enkelt med etnisk norske pasienter. Å informere pasienten om at «nei, maten er ikke klar før om en time», eller viktigheten av å være i bevegelse når en er obstipert, ble svært utfordrende.

## 1.2 Hensikt

Mitt ønske gjennom denne oppgaver er å belyse utfordringer som sykepleiere møter når den fremmedspråklige pasienten legges inn i sykehus. Forskningen har i hovedsak vektlagt bruk av tolk, og manglende bruk av profesjonell tolk i disse møtene. Dette blir derfor også en naturlig del av denne oppgaven. Samtidig har jeg hatt et ønske om å utforske utfordringer knyttet til kommunikasjon som oppstår når tolken *ikke* er til stede, da sykepleier sjelden har tilgang på tolk 24 timer i døgnet. For å avgrense oppgaven ønsket jeg å se på en sentral sykepleieoppgave, og landet da på det å informere pasienten i en pleiesammenheng.

## 1.3 Problemstilling

Språkbarrierer i sykehus: Hvilke utfordringer opplever sykepleiere når de skal gi informasjon til den fremmedspråklige pasienten i en pleiesammenheng?

## 1.4 Avgrensing

Fremmedspråklige pasienter vil i denne oppgaven omhandle voksne (18+) innvandrere som ikke snakker tilstrekkelig norsk eller engelsk til å tilegne seg informasjon fra sykepleier på samme måte som en pasient med norsk morsmål. Språkbarrieren vil i denne oppgaven ikke omhandle de fremmedspråklige sykepleierne som jobber på norske sykehus.

Sykepleieroppgaven «å informere pasienten» er bredspektret. I denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på den generelle informasjonsflyten fra sykepleier til pasient, «på sengekanten». Det handler da om å forklare pasienten hva en gjør, og hvorfor, når en utfører oppgaver i forbindelse med pleie av pasienten. Eksempler på dette kan være informasjon om kateterisering, å informere om hvilke medikamenter pasienten får, eller informasjon om når pasienten kan begynne å mobiliseres postoperativt.

## 1.5 Begrepsavklaring

En språkbarriere kan defineres som «*vansker som oppstår fordi folk ikke forstår hverandres språk*». (UIB & Språkrådet, 2020). Et fremmedspråk er et utenlandsk språk. For mange nordmenn er andre språk enn norsk et fremmedspråk (UIB & Språkrådet, 2020).

Flere av oppgavens inkluderte artikler er fra land med engelsk som førstespråk, og noen av disse bruker begrepet «limited English proficiency» (LEP). Dette er individer som ikke snakker, leser, skriver eller forstår det engelske språk på et nivå som gjør det mulig med effektiv interaksjon med helsepersonell (Ali & Watson, 2018)

«Å informere», eller «informasjon», er viten som blir formidlet ved ulike former for kommunikasjon mellom mennesker (Rossen, 2018). Informasjon er en del av sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, som skal bidra til læring, utvikling og mestring. Oppgaven er nedfelt i helselovgivningen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5)

## 2 Metode

### 2.1 Litteratursøk som metode

Dalland (2017) beskriver metode som en måte å følge en bestemt vei til målet, hvor studenten beskriver veien og gjør en nøyaktig redegjørelse for veivalgene. Det å være metodisk i vitenskapelig forstand er å bruke og overholde intellektuelle standarder i vår argumentasjon (Dalland, 2017, s. 51). Dalland påpeker at dette stiller krav til oss om ærlighet og sannhet, men også til å tenke og systematisere våre tanker (Dalland, 2017, s. 51). For denne oppgaven vil dette si å samle relevante artikler, og begrunne hvorfor akkurat disse var best egnet til å besvare gjeldende problemstilling.

Denne oppgaven baserer seg på litteraturstudie. En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra allerede eksisterende skriftlige kilder. Formålet er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80). Jeg har derfor samlet inn relevant litteratur for min problemstilling, og systematisert disse og resultatene. Til slutt sammenfatter jeg funnene. Ifølge Dalland bør en litteraturstudie presentere resultater som samsvarer med virkeligheten. Artiklene skal være systematisk utvalgt, og data skal brukes nøyaktig (Dalland, 2012, s. 114). Resultatene skal også være kontrollbare. I tillegg skal studentens førforståelse klargjøres (Dalland, 2012, s. 114).

### 2.2 Søkestrategi

Søk etter forskningsartikler ble gjennomført i Svemed og Pubmed, to databaser jeg har fått kjennskap til gjennom studietiden. Søkeresultatene ble analysert som følgende: Overskrifter ble lest, og de som fremstod irrelevante for min problemstilling ble utelatt. De jeg var usikker på tok jeg med videre. Jeg leste så abstraktet til artiklene som stod igjen. Herfra kunne også en del artikler utelates. Artiklene jeg stod igjen med nå ble lest i fulltekst. De inkluderte artiklene forteller om sykepleieres opplevelser av å møte den fremmedspråklige pasienten i sykehuset. Noen omtaler informasjon mer enn andre, men alle har overførbar kunnskap til informasjonsoppgaven.

Tidlig i søkeperioden fant jeg at mye av forskningen satt søkelys på kommunikasjon ved språkbarriere ofte omhandler kun bruk av tolk. Dersom jeg inkluderte søkeord som handlet om kulturell kompetanse (cultural competence, transcultural nursing), fikk jeg et bredere utvalg av artikler med relevante problemstillinger for oppgaven. Jeg har derfor inkludert søkeord som omhandler de kulturelle aspekter, selv om problemstillingen min ikke direkte er rettet mot dette. Mesh-termene jeg har endt opp med har jeg funnet etter å ha lest en del relevante artikler fra Google Scholar og ORIA, i tillegg til å føre PICO-skjema. Etter å ha forsøkt ulike kombinasjoner endte jeg opp med følgende søk:

Søket i SveMed+ bestod av Mesh-termene («communication barriers» OR «communication») AND («emigrants and immigrants») AND («nurse-patient relations»)). Søket gav 12 resultater. Jeg begrenset så søket til artikler som var «peer reviewed», og fikk fem resultater. Jeg valgte å inkludere to artikler. Færre treff på artikler i denne basen var forventet.

I PubMed begynte jeg med å søke på «communication barriers» OR «language barriers» AND «nurse patient relations». Jeg la til et eksklusjonskriterium på artikler eldre enn 10 år, og fikk opp 157 artikler. Jeg forsøkte på dette stadiet å få oversikt over artiklene, og leste flere av dem som hadde relevante overskrifter. Jeg bestemte meg så for å forsøke å snevre inn søke enda mer. Jeg kombinerte «culturally competent care» OR «cultural competence» og AND med forrige søk. Jeg endte da opp med 17 artikler. Tre av disse var av dem jeg hadde lest i forrige søk. Disse har jeg inkludert.

Jeg har også foretatt manuelle søk. Fra disse har jeg inkludert en artikkel publisert av NAKMI, nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse, en del av folkehelseinstituttet. Artiklene ble funnet gjennom deres informasjonsside om innvandrerhelse. Jeg har også inkludert to artikler jeg har funnet i Oria, høyskolens biblioteksdatabase. Begge artiklene fant jeg gjennom henvisninger fra tidligere oppgaver, og jeg valgte å søke etter dem i Oria da disse ikke kom opp i søkene mine i PubMed. Faglitteratur ble ellers også funnet gjennom Oria, og deretter hentet ut fra bibliotekene på campus dersom det ikke var tilgjengelig på nett.

## 2.3 Inklusjons-, og eksklusjonskriterier

I utvelgelsen var det et kriterium at artiklene tar utgangspunkt i et sykepleieperspektiv. Tema skulle omhandle kommunikasjon mellom sykepleiere og fremmedspråklige pasienter i sykehuset, og omtale sykepleierens informasjonsoppgave. Pasientmålgruppen var voksne. Artiklene måtte også være fagfellevurderte. I søket kom det opp enkelte artikler som hovedsakelig omhandler fremmedspråklige sykepleiere. Disse ble ekskludert. Det var et ønske fra min side å ikke inkludere artikler eldre enn 10 år. Jeg har derimot inkludert en artikkel fra 2009.

## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er å vurdere og karakterisere den litteraturen en bruker (Dalland, 2017, s. 158). Relevans handler om hvilken verdi en kilde har i forbindelse med problemstillingen i oppgaven. En god kilde skal også være gyldig (troverdig), og holdbar (ekthet) (Dalland, 2017, s. 159). Alle artiklene inkludert i denne oppgaven er fagfellevurderte. Fagfellevurdering er kvalitetssikring av forskningsbidrag ved at eksperter innenfor faget kritisk vurderer bidraget før publisering (Svartdal, 2018). Jeg har brukt Kildekompassets sjekklister for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler (Kildekompasset, 2016). Spørsmål jeg har stilt meg selv ved gjennomgang av artikler er: Hvilken bakgrunn har forfatteren, følger artikkelen IMRAD-struktur, hvordan er artikkelens akademiske nivå, er artikkelen aktuell og hvor er artikkelen publisert? I tillegg er det sett på artikkelens bruk av kilder. Alle inkluderte artikler har en kvalitativ tilnærming til forskningen.

Artiklene har kommunikasjon mellom sykepleier og pasient som hovedtema, men inneholder kunnskap som er overførbart til informasjonsformidling. Informasjonsutveksling mellom pasient og sykepleier nevnes i alle artiklene. Jeg kunne ikke komme frem til artikler som ene og alene omhandler kommunikasjon i denne settingen, uten at det gikk over til sykdomsspesifikk pasientedukasjon.

Det har vært ønskelig at artiklene har overføringsverdi til norsk helsevesen. Artikler fra Skandinavia ble prioritert høyt i utvelgelsen. Fra søket fikk jeg også opp artikler fra store deler av verden, noe som understreker at språkbarrierer er et høyaktuelt tema. Artikler fra

USA, Irland, Nederland og England ble derfor også inkludert. Det ble vurdert til at helsesystemene i disse landene er sammenlignbare med det norske. En artikkel har også hentet dataene sine fra et pediatrik sykehus, men resultatene retter seg ikke spesifikt mot pediatrike pasienter, men heller å pleie for familien som helhet. Jeg har derfor ansett resultatene som relevante for min problemstilling.

## **2.5 Ethiske overveielser**

To artikler har ikke henvendt seg til noen etisk komité for godkjenning. En omfattet ikke pasientsensitive opplysninger, men har derimot fått tilråding fra, og er registrert i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Den andre beskriver fremgangsmåte for informert samtykke fra deltakende sykepleiere, og forskerne informerer om muligheten til å trekke seg underveis. Ellers er alle data anonymisert, også sykehusets navn. De seks gjenstående artiklene er godkjent av etiske komiteer ved sine respektive universiteter eller sykehus.



# 3 Teori

## 3.1 Grunnlagsteori

### 3.1.1 Sykepleieteori

Et møte mellom en sykepleier og en pasient som ikke deler felles språk, vil ofte være et møte mellom to kulturer. Madeleine Leininger, en amerikansk sykepleier, lanserte teorien om transkulturell sykepleie på midten av 1950-tallet. Frem til da var det forsket lite på sammenhengen mellom kultur og omsorg (Leininger, 2002, s. 6). Senere skriver hun at det tredje årtusen utfordrer sykepleiere og annet helsepersonell til å tenke og handle med et globalt perspektiv når de stadig kan møte på og måtte hjelpe mennesker fra praktisk talt alle jordens områder (Leininger, 2002, s. 3). Transkulturell sykepleie er blitt definert som følgende;

«... et formelt studie- og praksisområde som fokuserer på komparative forskjeller og likheter mellom menneskelig omsorg/pleie om ulike kulturers tro, verdier og livsmønstre for å gi kulturelt kongruente, meningsfulle og gunstige helsetjenester til mennesker». (Leininger, 2002, s. 6) (Fritt oversatt til norsk).

Utfordringen og målet bak teorien er at sykepleiere skal kunne gi sensitiv, trygg, formålsmessig og meningsfull pleie til mennesker fra ulike kulturer. For at pleien skal være meningsfull og terapeutisk, må kunnskapen på området passe til kulturelle verdier, tro og forventninger fra pasientene (Leininger, 2002, s. 6). En ser her at transkulturell sykepleie er et stort og komplekst kompetanseområde. Bak teorien og dens definisjon ligger det også en forventning om at sykepleieskoler tar ansvar for at sykepleierstudenter får oppdage seg selv i et transkulturelt perspektiv, og lærer dem å bruke transkulturell kunnskap på en god måte (Leininger, 2002, s. 7). Teorien kommer også med et annet perspektiv på sykepleie enn sykdomsmodeller og tradisjonell sykepleie. Det foreligger et fokus på det komparative, for å tilegne seg kunnskap om mønstre, uttrykk, verdier og livsstiler i og på tvers av kulturer. I transkulturell sykepleie lærer man gradvis å gi komparativ kulturell omsorg (Leininger, 2002, s. 8).

På 60-tallet tok Leininger i bruk begrepet «culture spesific care», som kan oversettes til «kulturspesifikk pleie». Dette kan være pleie tilpasset spansk kultur, jødisk kultur, samisk kultur o.l. Dette fokuset skal hindre at man gir en standardisert «alt-lik» sykepleie eller standard medisinske behandlingsregimer (Leininger, 2002, s. 9). Leiningers teori er nært relatert til begrepet kulturell kompetanse. Dette kan defineres som «Evnen til å forstå og fungere effektivt i møtet med minoritetsbefolkningens behov» (Viken & Kumar, 2010, s. 68).

Om kommunikasjon, trekker Leininger frem at å ha noe kjennskap til språk viser en ekte innsats for å forstå helse, sykdom og menneskelige opplevelser og pleiebehov. I et eksempel om amerikanske sykepleiere som gir pleie til amerikanske urfolk bør lære noen få ord fra pasientens språk for å vise respekt og interesse for å hjelpe pasienten (Leininger, 2002, s. 431). Hun trekker også frem at det er viktig å vite hvilket språk pasienten foretrekker å snakke med. Som eksempel bruker hun Diné-folket, en nord-amerikansk urfolksgruppe. Mange av disse vil foretrekke å snakke på sitt morsmål og gjennom en tolk, selv om de har relativt gode engelskkunnskaper.

Sykepleiere kan forvirre mange pasienter fra alle ulike kulturelle bakgrunner ved å bruke fagspråk knyttet til helse. Dette kan resultere i at pasienter ikke forstår, eller later som at han eller hun skjønner hva som foregår (Leininger, 2002, s. 431). Pasienten kan også bli frustrert når sykepleier ikke forstår hva han eller hun selv ønsker å kommunisere. For at beskjeder skal forstås, og resepter følges, må sykepleieren sikre seg at både avsender og mottaker er innforstått med innholdet i informasjonen. Mange ganger blir ikke denne typen kommunikasjon planlagt på forhånd (Leininger, 2002, s. 431).

### **3.1.2 Kommunikasjon**

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communis*, og vi kan si at dette handler om å skape noe sammen. Gode kommunikasjonsferdigheter er hjelpemidler til å forstå pasienten som person, forstå relasjonen, gi bedre hjelp og støtte, til å ta gode beslutninger, og til å stimulere den andres utvikling på en best mulig måte (Eide & Eide, 2017, s. 21).

Som sykepleier har en ofte kort tid på seg til å etablere kontakt med pasienten og skaffe seg et helhetlig bilde av situasjonen. Å lytte aktivt og kommunisere klart er en forutsetning for å

identifisere hva situasjonen krever og å forebygge uheldige valg og dårlige løsninger (Eide & Eide, 2017, s. 21).

Verbal kommunikasjon er kommunikasjon med bruk av ord (Dahl, 2013, s. 134). Oftest bruker vi både ord og fakter når vi snakker. Et eksempel kan være en sykepleier som skal forsøke å forklare hva det vil si å kateterisere ved hjelp av både ord og gestikulering. Språk og gestikulering kan også kombineres med tekst (Dahl, 2013, s. 134). Det er den uformelle samtalen som er vår viktigste kommunikasjonsform. Vi bruker samtale til å bli kjent med mennesker, for eksempel pasienten. Oftest skjer dette i uformelle samtaler hvor kommunikasjonen ikke er gjennomtenkt på forhånd.

Nonverbal kommunikasjon betyr å kommunisere uten ord. Dette omfatter blant annet kroppsatferd, mimikk, gester, kroppsbevegelser, kroppskontakt og avstand (Dahl, 2013, s. 176). Ofte kommuniserer en flere nonverbale uttrykk på samme tid; en sykepleier kan for eksempel smile og nikke bekreftende mens en pasient snakker, men samtidig stå vendt mot døren og være rastløs med føttene. Det er mulig å gjette seg til en annens sinnsstemning gjennom å lese ansiktsuttrykk og kroppsspråk, særlig dersom en har felles kulturelle rammer for situasjonen (Dahl, 2013, s. 176).

### **3.1.3 Kultur og kulturfiltermodellen**

Professor Hylland Eriksen definerer kultur på denne måten; «Kultur er de ferdigheter, oppfatninger og væremåter som personer har tilegnet seg som medlemmer av et samfunn» (Dahl, 2013). Dahl lister opp en oversikt over hvordan ordet kultur brukes. Det kan handle om åndsliv, aktiviteter, arv og minne, livsform og meningsfellesskap (Dahl, 2013, s. 34). Selv om mye er forskjellig i et møte mellom to kulturer, kan man lære seg å forstå hverandre. Når vi møter mennesker med andre språk, og som har andre måter å gjøre ting på, blir vi også nødt til å stille spørsmål ved våre egne måter å tenke på og våre egne måter å gjøre ting på (Dahl, 2013, s. 24). Manglende forståelse oppstår når vi ikke har noen begreper å knytte det nye ordet til, men mangler referanser. En misforståelse oppstår når vi foretar en kobling, men kobler til feil referanse (Dahl, 2013, s. 26).

I dag er den rådende tanken at mennesket ikke handler automatisk etter en programmert kultur, men aktiviseres av visse kulturelle elementer i møte med ulike situasjoner (Dahl,

2013, s. 90). Kulturfiltermodellen tar utgangspunkt i denne tanken, og tar for seg en avsender og en mottaker. Kulturfiltrene i modellen kan sammenlignes med uttrykket «kulturelle briller», som farges av oppvekst og erfaring, våre foreldre, søsken, venner, og de menneskene vi har møtt (Dahl, 2013, s. 90). Kulturfilteret er heller ikke uforanderlig, da vi som mennesker stadig gjør oss nye erfaringer. Kommunikasjonen i modellen sammenligner intendert mening hos avsenderen og mottatt mening hos mottakeren (Dahl, 2013, s. 91). Meldingen sendes som språk eller non-verbalt språk. Mottatt mening er ikke alltid den samme som den som er avsendt, da den først går gjennom avsenders kulturelle filter, og senere også må gjennom mottakers kulturelle filter. Ofte kan en tenke at noe av meningen i meldingen går tapt, men det hender også at mottaker tillegger meldingen en mening som ikke var tenkt av avsender i utgangspunktet. Modellen viser kompleksiteten i kommunikasjon, og hvordan god kommunikasjon kan være utfordrende.

### **3.1.4 Informasjon – en sykepleieoppgave**

Informasjon er en del av sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, som skal bidra til læring, utvikling og mestring. Oppgaven er nedfelt i helselovgivningen (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 19). Bjørg Christiansen definerer helsepedagogikk som «en faglig, pedagogisk og kommunikativ prosess der hensikten er å bidra til læring og mestring i helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner» (Kristoffersen, 2016, s. 360). Helseveiledning handler altså om mer enn å undervise og informere i slike situasjoner, men informasjonsplikten er det som skal sikre et solid kunnskapsgrunnlag for pasienten å basere sine valg på.

I en rapport fra Folkehelseinstituttet (FHI), beskrives tilpasset helseinformasjon som råd og veiledning gitt av helsepersonell og andre som promoterer god helse, forebygger sykdom, eller sikrer riktig oppfølging av medikamenter og egenpleie (Møsdøl, Vist, Straumann & Storstein, 2018). Det følges opp med en liste over former for tilpasset informasjon og edukasjon: lingvistisk tilpasning, kulturell og religiøs tilpasning, didaktisk metode, format, type, mengde og intensitet.

### **3.1.5 Konsekvenser av en språkbarriere**

Møtet mellom sykepleier og den fremmedspråklige pasienten kan også preges av at begge parter kjenner på avmakt. Pasienten kan stå i en situasjon hvor han hverken klarer å kommunisere informasjon eller stille spørsmål (Brodtkorb & Rugkåsa, 2019, s. 67). Det samme gjelder for sykepleieren. Det kan oppstå både avmakt og frykt. Uformell makt og tvang er ikke nedskrevet og regulert i lovverket og følger ikke alltid den formelle maktordningen (Brodtkorb & Rugkåsa, 2019, s. 64). Avmakten er sterkest når en er i en avhengighetssituasjon og dermed overlatt til den mektiges avgjørelser (Brodtkorb & Rugkåsa, 2019, s. 79). Når en skal bedre kvaliteten på tjenestene, er det viktig å gripe fatt i disse små, uformelle forholdene. Det er i de hverdagslige situasjonene en utøver makt overfor store grupper av pasienter eller klienter, og det er kanskje i disse hverdagslige situasjonene en lettest kan bruke makt på en ubetenksom eller krenkende måte (Brodtkorb & Rugkåsa, 2019, s. 69).

### **3.1.6 Bruk av tolk**

Innvandringen har ikke bare ført til kulturell pluralisme, men også språklig pluralisme (Magelssen, 2008, s. 151). I et møte i sykehus hvor sykepleier og pasient ikke deler felles språk, trenger man i utgangspunktet en tolk – dette for å bygge bro over den verbale kommunikasjonsbristen. «Når du ikke kan språket, er du på en måte handikappet. Det begrenser mulighetene dine.» (Magelssen, 2008, s. 69)

Det finnes mange tolkebyråer, både i privat og offentlig regi. Ulike typer tolkning består av fremmøtetolking, telefontolking, bildetelefon-/tv-tolking, nødtelefon og oversettelse av skriftlig materiale. Fremmøtetolk er det vanligste. Det tolkes her gjennom to språk, og begge veier. Partene snakker en og en i tur og orden. Denne formen for tolkning egner seg godt til litt kompliserte samtaler, og gir gode muligheter for oversettelse av den verbale kommunikasjonen (Magelssen, 2008, s. 154). Telefontolking kan være et godt alternativ til fremmøtetolking. Dette skjer etter prinsippene i dialogtolkning, og er også lite ressurskrevende. En konferansetelefon er foretrukket fremfor en telefon som må gå fra person til person. Pasienter som er opptatt av å opprettholde anonymitet kan ha god nytte av telefontolking (Magelssen, 2008, s. 155).

Vi kan skille mellom en oversetter og en tolk på grunnlag av trening og dybdekunnskap om språket. En oversetter kan gjengi hva som blir sagt, mens en tolk kan dekode ord og gi mening til budskapet. Ved bruk av tolk må en også være var de store forskjellene i sosiale klasser, forhold, sensitivitet om noen tema, og dialekter. Samtalens kontekst kan også påvirke den oversatte kommunikasjonen. (Madeleine M. Leininger, 2002, s.432).

I Norge er det integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) som fører tolkeregisteret. IMDI anbefaler blant annet at tolken på forhånd får informasjon om tema, rammer og mål for møtet, hvem som deltar, og om det skal refereres til spesifikke dokumenter. I så fall må tolken få mulighet til å bli kjent med disse, og fagterminologi på forhånd (IMDI, 2018b). Informasjon om helse kan være svært komplisert for mange å forstå, så sykepleier må bruke alle sine ferdigheter til å gi informasjonen et enkelt format. Dette enkle formatet vil hjelpe tolken (Cutilli, 2006).

Hindringer for bruk av tolk kan være at innvandremiljøet er lite, og at pasienten kan være redd for å møte tolken igjen i andre sammenhenger. Det er viktig at pasienten gjøres kjent med taushetsplikten, men ikke alle vil være fortrolige med dette (Magelssen, 2008, s. 161). Et annet poeng som trekkes frem er at innvandrere får høre at de koster samfunnet mye, og at enkelte kan vegre seg for at det skal brukes penger på å bestille en tolk.

Å bruke barn som tolk kan medføre at barna blir interessert i, og får informasjon som foreldre ser på som privat og som er bevisst forsøkt holdt tilbake (Leininger, 2002, s. 431). Andre veien kan foreldre bevisst holde igjen informasjon dersom det er barnet som skal oversette, og sykepleier klarer ikke å innhente korrekt informasjon. Et familiemedlem er følelsesmessig involvert i den personen som er pasient. Da er det vanskelig å holde seg til tolkerollen og stille nøytrale spørsmål direkte oversatt fra sykepleier (Magelssen, 2008, s. 162). Ifølge IMDI er det fortsatt utstrakt bruk av ukvalifiserte tolker i offentlig sektor, til tross for økende antall kvalifiserte tolker i nasjonalt tolkeregister. Kvalifiserte tolker er tolker med statsautorisasjon i tolking, tolkeutdanning eller tospråkstesten, og kurs i tolkens ansvarsområde (IMDI, 2018).

## 3.2 Lovverk

Formålet bak loven om pasient- og brukerrettigheter er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Pasienten har rett til å få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Informasjonens form skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5)

Også de yrkesetiske retningslinjene vektlegger at sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det presiserer også at sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare grupperes særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk sykepleierforbund, 2019).

## **4 Resultat**

### **4.1 Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters**

I denne kvalitative studien er ti svenske sykepleierstudenter intervjuet om sine erfaringer med kommunikasjon i tverrkulturelle møter. Fem av studentene var av svensk bakgrunn, mens fem hadde etnisk minoritetsbakgrunn. Studiens mål er å utforske sykepleierstudenters erfaringer med kommunikasjon i tverrkulturelle-pleiemøter. Metoden som er brukt er semistrukturerte intervjuer. Studentene ble utvalgt til å delta fra et svensk universitet.

Deltakerne i studien trekker frem utfordringer ved å ikke dele et felles språk med pasienten, og at situasjonene både skapte vansker for dem og for pasientene. Spesielt uttrykte de at de stod i fare for å gi for lite informasjon ved utførelse av prosedyrer (Jirwe, Gerrish & Emami, 2010, s. 4). Det var lettere å gestikulere seg frem til å forklare de tekniske aspektene av prosedyrens innhold, enn å gi en begrunnelse for at prosedyren skulle gjennomføres. Pleien de utførte kunne oppleves som svært teknisk. Studentene kunne være redde for å gjøre feil forbundet med kommunikasjon. I tillegg ble kommunikasjonen påvirket av studentenes holdninger, og kulturell kompetanse nevnes som en faktor som påvirker kommunikasjonen (Jirwe mfl., 2010, s. 441).

### **4.2 Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study**

Denne studien presenterer risiko for pasientsikkerhet som resultat av språkbarrierer under sykehusinnleggelse. Den belyser også hvordan språkbarrierer blir oppdaget, rapportert og bygget bro over i nederlandske sykehus (Van Rosse, de Bruijne, Suurmond, Essink-Bot & Wagner, 2016). Studien kombinerer kvantitative og kvalitative metoder. Utvalget er 567 etniske minoritetspasienter som var innlagt i 30 avdelinger i fire urbane, nederlandske sykehus. Journalen til 17 fremmedspråklige pasienter ble undersøkt, og det ble supplert med 12 dybdeintervju med pleiepersonell og pasienter og/eller deres pårørende. Journalene til alle 567 pasientene ble screenet for en språkbarriere.



Studiens resultater viser at pasientsikkerhet blir utfordret i pleie når en språkbarriere er til stede. Dette inkluderer daglige sykepleieoppgaver som administrering av medikamenter, evaluering og behandling av smerter, og væskebalanse (van Rosse mfl., 2016). I 30% av tilfellene var det ikke registrert språkbarriere i dokumentasjonssystemene. Pasientenes pårørende fungerte ofte som tolk.

### **4.3 The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited english proficiency: a silent shift**

Coleman & Angosta (2017) har utført en kvalitativ studie med fenomenologisk tilnæringsmetode. 40 sykepleiere som jobber på sengepost på et sykehus i det vestlige USA ble intervjuet (Coleman & Angosta, 2017). Studien konkluderer med at begrenset engelskspråklig nivå hos pasienten er en utfordring for mange sykepleiere. Blant funnene som ble gjort, var deltakernes ønske om å ha bedre tid til denne pasientgruppen. Sykepleierne oppga vansker i å gi fysisk og emosjonell omsorg, i tillegg til edukasjon. En sykepleier uttrykker at hun er redd pasientene hennes vil komme til re-innleggelse fordi de har fått for lite forståelse for den formidlede informasjonen. Hun reflekterer også over hvordan hun kan tilpasse informasjonen til pasientens kultur. Et annet funn handler om vanskeligheter med å kontrollere hvor mye pasienten har forstått av det som formidles av sykepleieren. Til slutt oppgir mange deltakere at de gjerne skulle hatt mer kjennskap til pasientens kultur for å kunne tilpasse pleien og vise respekt ovenfor pasienten.

### **4.4 Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives**

Forfatterne av denne artikkelen ønsket å utforske sykepleieres perspektiver på språkbarrierer de møter på i møte med pleie av pasienter med begrenset engelskspråklig nivå (LEP-pasienter) (Ali & Watson, 2018). Studien bruker en kvalitativ metode. Deltakere ble valgt ut gjennom bruk av snøballmetoden. 59 sykepleiere som arbeidet ved ulike sykehus i

England ble valgt ut. Det ble utført 26 individuelle intervjuer, og tre fokusgrupper med diskusjoner.

Gjennom en tematisk analyse ble det identifisert tre tema. Multietnisitet og språkbarriere var det ene. Deltakerne gjorde rede for at språkbarriere var det største hinderet til å gi forsvarlig og effektiv pleie til LEP-pasienter. Tema nummer to var påvirkningen en språkbarriere har. Mange deltakere fortalte om vanskeligheter i å få pasienter til å komme til avtalte timer, og å forstå hvorfor de er innkalt. Når de likevel var kommet over dette hinderet, og kommet gjennom en prosedyre, var det vanskelig å få pasientene til å forstå instruksjoner i pleieprosessen, og å forstå behandlingen og bivirkninger av medisiner. Det siste tema som ble identifisert var kommunikasjon gjennom tolk. Deltakerne var enige i at det var nyttig å jobbe via tolk. Likevel var det mange som så begrensninger i arbeidet. Dette inkluderte organiseringsvansker, tilgjengelighet, bekvemmelighet, konfidensialitet og privatlivsrelaterte problemer, i tillegg til ubehag for pasienten (Ali & Watson, 2018).

## **4.5 Registered nurses' experiences with caring for non-English speaking patients**

Studien har et kvalitativt design. Utvalget av sykepleiere ble valgt ved å bruke snøballmetoden. Sykepleierne kommer hovedsakelig fra akutt-poster ved et stort sykehus på nordvest kysten av USA. (Ian, Nakamura-Florez & Lee, 2016). Deltakerne fylte ut spørreskjema anonymt.

To hovedtema ble identifisert. Det første var tilgjengelige ressurser. Mange deltakere tok opp hvordan deres arbeidsplass la opp til tilgjengelighet av ressurser, som tolk, både i person eller gjennom telefon og video. Deltakere beskrev det som «vanskelig» og «frustrerende» å pleie for ikke-engelsktalende pasienter, grunnet at det ikke er beregnet ekstra tid til dette. Det andre hovedtemaet er endringer i praksis som resultat av at pasientene ikke snakker engelsk, og belyser positive endringer i sykepleiernes praksis. Sykepleierne ble utfordret til å bli bedre koordinatører på bakgrunn av at pleien for ikke-engelsk talende pasienter tar opp mer tid (Ian mfl., 2016).

## 4.6 Når pasienten snakker litt norsk: en dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester

I artikkelen *Når pasienten snakker litt norsk: en dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester* presenteres forskning om bruken av tolk i norsk helsevesen utført ved hjelp av fokusgruppeintervjuer. Både helsepersonell og pasienter regnes her som «tolkebrukere», og det er derfor valgt å studere temaet fra både et pasientperspektiv og et helsepersonellperspektiv (Le, Kale, Jareg & Kumar, 2013). Den ene fokusgruppen bestod av fem voksne pasienter (en mann og fire kvinner). Alle pasientene hadde vært i behov av tolk, men ikke fått dette. Den andre fokusgruppen bestod av seks helsearbeidere fra Oslo universitetssykehus: en lege, en psykolog, to sykepleiere, en jordmor og en sosionom.

I studien kommer det frem at helsepersonell og pasienter har ulike oppfatninger om hvorvidt tolk bør benyttes dersom pasienten snakker «litt norsk». Kategoriene helsepersonell oppgir å bruke er «lite norsk», «litt norsk», og «en del norsk». Det oppdages her en gråsoner ved vurdering av tolkebehov (Le, Kale, Jareg & Kumar, 2013). Pasientene selv opplever at «litt norsk» er utilstrekkelig for å gjennomføre samtaler med helsepersonell.

## 4.7 Conversations Through Language Barriers of Language Interpretation

Studien ble gjennomført med mål om å beskrive sykepleieres erfaringer med språkbarriere og med bruk av tolk i kontekst av et helsevesen i utvikling i Irland (McCarthy, Cassidy, Graham & Tuohy, 2013). Studien er utført gjennom kvalitative intervju. Fem var sykepleiere og to var psykiatriske sykepleiere. Alle de fire forskerne utførte en selvstendig tematisk analyse. Deretter møttes de for å diskutere og ble enige om temaer.

Sykepleierne formidler at å forstå pasienten var vanskelig, og blant annet hindret dem i å få detaljerte historier fra pasienter. For flere deltakere var det ukomfortabelt når språkbarrieren kom i veien for kommunikasjonsprosessen. Deltakerne forteller også om hvilke strategier de bruker for å gjøre det lettere å kommunisere. De prøver å bryte ned informasjonen og forenkle den så det inneholder kun det mest nødvendige. De brukte også nonverbal kommunikasjon for å fremme forståelse. Slike strategier var likevel ikke alltid nok

til enten å innhente eller gi informasjon til pasienten, og i disse tilfeller var det nødvendig å få noen til å oversette.

#### **4.8 Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients**

Denne studien har som mål å undersøke sykepleieres erfaringer med å pleie for pasienter med minoritetsetnisk bakgrunn (Nielsen & Birkelund, 2009). Dette ble gjort med en kvalitativ tilnærming, og intervju som senere ble analysert etter fenomenologisk metode. I tillegg ble det gjort observasjoner gjennom sykepleiernes arbeidsdag, som senere ble gjort om til en «dagbok». Utvalget består av fire sykepleiere. Tre tema ble identifisert: problemer i kommunikasjon, pasientens smertenivå, og pasientens mat. Det er funnene som angår problemer i kommunikasjon som er interessante for å besvare min problemstilling.

En sykepleier uttrykker frustrasjon over at alt blir mer tidkrevende, og påpeker at mesteparten av sykepleierens ressurser den dagen vil gå til å gjøre seg forstått og å forstå pasienten. Det uttrykkes også frustrasjon over pasienter som har bodd i landet i 15-20 år, men fremdeles trenger tolk. Samme sykepleier uttrykker at ved konsultasjon med legen blir det bestilt tolk fordi legen sier at det må gjøres. Dersom pasienten forstår «litt» dansk, brukes heller pårørende (Nielsen & Birkelund, 2009).

# 5 Drøfting

## 5.1 Språkbarriere – den overordnede utfordringen

### 5.1.1 Å gi informasjon

Felles for alle de inkluderte artiklene beskrivelsen av språkbarrieren som det store kommunikasjons hinderet for at sykepleiere skal kunne formidle god og forståelig informasjon til pasientene. Blant funnene som støtter dette finner vi i Nielsen & Birkelunds studie (2009) sykepleiere som oppgir at det er en stor utfordring å pleie for minoritetsetniske pasienter når kommunikasjonsvansker kommer i veien. Fra en av journalene i studien til Van Rosse mfl., (2016) kan vi lese at «Pasienten sier «ja» til alt, men jeg tviler på at han forstår alt». En annen beskriver at «Grunnen til kommunikasjonsproblemene, var ikke lett å oppdage. Det kan se ut til at språk spiller en stor rolle».

Flere av studentene i studien til Jirwe mfl., (2010) opplever at de i møte med den fremmedspråklige pasienten står i fare for å gi for lite informasjon når de skal informere pasienter om prosedyrer. Å forklare det oppgavetekniske opplevdes lettere enn å begrunne hvorfor prosedyren skulle utføres i det hele (Jirwe mfl., 2010). Når en språkbarriere er til stede, blir det altså utfordrende å forklare for pasienten hva som skal skje til enhver tid. I studien til Ali & Watson var språkbarrieren det største hinderet til å gi adekvat, passende, effektiv og punktlig pleie (Ali & Watson, 2018). Mange deltakere fortalte om vanskeligheter med å få pasienter til å komme til avtalte timer, og å forstå hvorfor de er innkalt. Når de var kommet over dette hinderet, og kommet gjennom en prosedyre, var det vanskelig for deltakerne å få pasientene til å forstå instruksjoner i pleieprosessen. Også å formidle informasjon om behandlingen og bivirkninger av medisiner var en utfordring (Ali & Watson, 2018).

Studien til van Rosse mfl., (2016) identifiserer at en utfordring sykepleierne møter er å snakke med pasienter om risiko. Flere oppgir at pasienten kan finne på å forlate sengen tidligere enn anbefalt, og en pasient forstod ikke at han måtte ligge på siden for å avlaste et

trykksår. Pasienten måtte til slutt operere fordi dette var blitt så alvorlig (van Rosse mfl., 2016). En annen forteller det slik; «*Pasienten forstod ikke at han måtte bruke flaske når han skulle på toalettet, så han brukte det vanlige toalettet, og vi fikk ikke målt væskebalanse*» (van Rosse mfl., 2016). En annen sykepleier forteller at hun hadde en pasient som enten drakk alt for lite, eller altfor mye. Funnene fra studiene kan tyde på at språkbarriere mellom sykepleier og pasient generelt kan gjøre det vanskelig å formidle informasjon om helse og pleie, og pasienten rammes av kunnskapsmangel. Dette kan i verste fall føre til farlige situasjoner som truer pasientsikkerheten (van Rosse mfl., 2016).

### **5.1.2 Å sørge for at informasjonen er forstått**

En strategi som tas i bruk er det nonverbale språket. Sykepleierne kan bruke kreativitet for å få pasientene til å forstå hva de vil si. McCarty mfl., (2013) beskriver at spesielt for enkeltord som «smerte» eller «hjerne», ble det brukt nonverbal kommunikasjon for å forenkle samtalen og å fremme forståelse. En deltaker kalte dette for «begrenset» samtale. En student i studien til Jirwe mfl., (2010) forteller at hun brukte gestikulering for å få pasienten til å forstå at hun skulle bytte ut et perifert venekateter. Hun trodde at pasienten hadde forstått budskapet, men når prosedyren var i gang, skrek pasienten til, og hun hadde ingen måte å forklare hva som var i veien. En annen strategi identifisert blant studentene i samme studie var å bruke bilder og andre gjenstander. Eksempler på dette er å vise tablettene og simulere at en tar disse. Disse eksemplene viser oss at det kan være mulig å formidle korte og enkle budskap gjennom nonverbalt språk, og at en dermed er kommet et stykke på vei. Lengre og mer detaljert informasjon vil derimot være vanskeligere å formidle uten språk. I tillegg får ikke pasienten muligheten til å respondere ordentlig, og det vil være vanskelig for sykepleieren å kontrollere om budskapet er forstått, slik Magelssen påpeker det er viktig at blir gjort (Magelssen, 2008, s. 164).

Sykepleierens oppgave med å informere pasienten, innebærer også å så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Dette forutsetter at pasienten har en mulighet for respons. Da gjelder de samme utfordringene for pasienten, som for sykepleier. Å sikre seg at informasjonen er forstått, gjør en best ved bruk av profesjonelle tolker (Magelssen, 2008, s.

164). Dersom pasienten får mulighet til å snakke gjennom en tolk, kan det være mulig for sykepleieren å stille kontrollspørsmål, og få gode svar. Uten tolk til stede, vil trolig pasienten måtte nikke, gi en tommel opp, eller svare «yes, yes», som beskrevet i studien til Van rosse et. Al. (2016).

## 5.2 utfordringer i tolkebruk

For at informasjonen sykepleier ønsker å formidle til en pasient skal være forståelig og tilpasset, er det viktig å forsøke å få til at en tolk kan oversette informasjonen. I kommentarene til Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5, står det: «I de tilfeller hvor pasienten er minoritetsspråklig og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk». Mye tyder på at de fleste av sykepleierne er enige i at fremmøtetolk er det aller beste, det vil si at tolken er fysisk til stede (Magelssen, 2008, s. 154., Leininger, 2002, s. 431, Jirwe mfl., 2010). Den profesjonelle tolken har dybdekunnskap om pasientens språk og kultur, og kan stille som en objektiv part i samtalen (Leininger, 2002, s. 432).

Mye tyder likevel på at sykepleieres erfaringer er at tolken ikke vil være tilgjengelig for bruk i alle daglige sykepleieroppgaver. Spesielt ved innleggelser på kveldstid kan det være utfordrende å få tak i tolk (Nielsen & Birkelund, 2009). Også informasjonen som skal formidles på dagtid kan være korte beskjeder, som ikke er planlagt lenge i forveien. Det vil da ikke alltid være gjennomførbart å tilkalle en profesjonell tolk. (Jirwe mfl., 2010. Van Rosse mfl., 2016). Andre sykepleiere oppgir at de tenker på de økonomiske konsekvensene av å bruke profesjonelle tolker, selv om ingen direkte oppgir at det blir lagt hindringer på dem fra avdelingenes eller sykehusenes side (Jirwe mfl., 2010; Ian mfl., 2016). Samtidig vet vi fra Magelssen (2008) at innvandrere får høre at de koster samfunnet mye, og at enkelte kan vegre seg for at det skal brukes penger på å bestille en tolk (Magelssen, 2008). Erfaringene i studien til Le mfl., (2013) kan tyde på at sykepleiere, i likhet med andre som utfører helsetjenester, heller ikke formidler til pasienten at de har rett til tolk, og at dette er nedfelt i lovverk. Sykepleierne oppgir at de har manglende kunnskap om pasientens rett til tolk (Le mfl., 2013). Samlet gjør dette at profesjonelle tolker ikke nyttes i den grad pasienten har krav på.

Når den profesjonelle tolken ikke er tilgjengelig, tyr sykepleierne oftest til familiemedlemmer som kan oversette for dem. Kanskje er disse også ekstra tilgjengelige da mange kulturer utenfor vesten har sterke tradisjoner for å stille opp på sykehuset når deres pårørende legges inn (Ian mfl., 2016; Nielsen & Birkelund, 2009). Statistikk fra IMDI viser også at det er utstrakt bruk av ukvalifiserte tolker i offentlig sektor (IMDI, 2019). Mange sykepleiere reflekterer over problematikk knyttet til å bruke pasientens pårørende, og spesielt barn, som tolk. Informasjonen som skal formidles kan bli selektiv dersom pårørende tolker (Jirwe mfl., 2010; McCarthy mfl., 2013). Disse refleksjonene går overens med Leiningers tanker om å bruke pasientens barn som tolk. Enten så kan pasienten holde igjen informasjon fra barna, eller så kan barna holde igjen informasjon ovenfor foreldrene (Leininger, 2002, s. 431). Familiemedlemmene kan ha vanskelig for å holde seg til tolkerollen. Magelssen (2008) poengterer at en må være sikker på at informasjonen ikke stopper opp hos den som tolker, og at vedkommende ikke overtar samtalen. Pasienten må få komme til orde.

Av egen erfaring fra praksis i kirurgisk avdeling, fikk jeg oppleve fordeler og ulemper ved å bruke pasientens barn som tolk. Pasienten jeg skulle pleie denne dagen var fra Midtøsten og snakket ikke norsk. Hun var blitt forstoppet og slet med magesmerter, i tillegg til å ha vanlige postoperative smerter. Det var ikke lett å informere pasienten om sammenheng mellom smertelindring, legemidlers forstoppende effekter og viktigheten av bevegelse og det å få i seg nok drikke. Jeg fikk mulighet til å snakke med en sønn som kunne oversette for meg da han kom på besøk. Sønnen viste tydelig gjennom kroppsspråk at han synes det var vanskelig å snakke med moren sin om avføringsvansker, og jeg ble aldri sikker på om pasienten forstod situasjonen eller ikke. Dersom sønnen ikke var til stede, tok pasienten en telefon til datteren sin for å få informasjonen oversatt. Selv om pasientens familie er lett tilgjengelig, er det altså knyttet flere utfordringer til å bruke dem som tolk, og sykepleiere vil måtte bevisstgjøres disse utfordringene for å kunne kontrollere at riktig informasjon når pasienten.

Tolker som ikke forstår medisinske termer er et tema som går igjen i flere av artiklene. Når tolken har manglende kunnskap om fagfeltet, kan dette føre til feilinformasjon av pasienten. En sykepleier forteller i studien fra Ali & Watson (2018) at pasienten hennes var kommet inn for cystoskopi, men at tolken hadde forklart dette som gastroskopi. Det var derfor



uforståelig for henne at kameraet skulle inn nedenfra og ikke ovenfra. Dersom familiemedlemmer eller andre ad-hoc tolker blir tatt i bruk for enkel kommunikasjon og helt grunnleggende ting som å spørre hva pasienten vil ha til middag, kan det tenkes at dette kan være en god mulighet for å brygge bro over kommunikasjonshinderet. Vi har derimot sett at medisinsk informasjonsutveksling kan være komplisert for mange å forstå (Cutilli, 2006), og at dersom tolken selv ikke er i stand til å formidle videre den intenderte informasjonen, vil noe av budskapet gå tapt.

Vi har allerede sett at det kan være nyttig å forenkle budskapet som skal kommuniseres, og at dette er en strategi som brukes av sykepleiere når tolken ikke er til stede. Det vil si at informasjonen ikke er sikker å være den samme som dersom man kunne formidlet den på sitt eget språk. En profesjonell tolk med kjennskap til medisinske termer bringer større muligheter for å formidle samme budskap som en selv ville gjort. Derimot må man ifølge Leininger (2002) og Magelssen (2008) vise forsiktighet også i møte med den profesjonelle tolken. Leininger påpeker at forskjeller mellom pasienten og tolken i sosial klasse, forhold, sensitivitet for noen tema og dialekter kan påvirke om riktig innhold kommer frem eller ikke.

Telefontolk kan være et alternativ til fremmøtetolk. Det krever mindre ressurser, og vil være tilgjengelig på kortere tid (Magelssen (2008). En deltaker i studien til Jirwe mfl. (2010) beskriver sin opplevelse med telefontolk slik: «... det ble så komplisert med tolk over telefon istedenfor å ha noen fysisk til stede i samme rom. Du har mer en enveissamtale når det egentlig er tre mennesker til stede.» En sykepleier opplevde i studien til Ali & Watson (2018) at telefontolkning blir svært hemmet dersom pasienten har noen form for nedsatt kognitiv funksjon eller nedsatt hørselsfunksjon. Mange sykepleiere hadde gode erfaringer med telefontolk. Andre trakk frem at det er vanskelig å holde telefonen, og å finne den, i tillegg til at ikke alle pasienter er komfortable med å snakke med fremmede om intime forhold over telefonen. Samtidig ble telefontolk oppgitt som det mest hjelpsomme verktøyet ved siden av fremmøtetolk, men at det ikke kan være en fullstendig erstatning. (Coleman & Angosta, 2017). Kanskje kan telefontolk være bedre egnet til å formidle objektiv helseinformasjon fra sykepleier til pasient, enn til å ha lengre samtaler som krever relasjonsbyggende elementer.

Å bruke tolk er altså en nedfelt rett som pasienten (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, §3-5). Samtidig ser vi at sykepleiere opplever at tolken er ikke alltid er tilgjengelig, og

velger å bruke uformelle tolker som igjen fører med seg nye utfordringer. Et mindre ressurskrevende alternativ kan være telefontolk. Noen sykepleiere har gode erfaringer med dette, mens andre opplever utfordringer (Coleman & Angosta, 2017). Sykepleieren må da veie opp fordeler og ulemper for å vurdere hvordan pasienten kan få best mulig forståelse for informasjonen som skal formidles.

### **5.3 Å vite når litt norsk er for lite**

I studien kommer det frem at helsepersonell og pasienter har ulike oppfatninger om hvorvidt tolk bør benyttes dersom pasienten snakker «litt norsk». Kategoriene helsepersonell oppgir å bruke er «lite norsk», «litt norsk», og «en del norsk». Det oppdages her en gråsoner ved vurdering av tolkebehov (Le mfl., 2013). Pasientene selv opplever at «litt norsk» er utilstrekkelig for å gjennomføre samtaler med helsepersonell. «Det er vanskelig å definere det. Når er det, hvor går grensa?» sier en av deltakerne i studien.

I noen situasjoner var sykepleiernes personlige strategier ikke nok til å gi detaljert informasjon til pasientene (Jirwe mfl., 2010). I disse tilfellene var tolking nødvendig. Jeg tolker det til at sykepleierne først tilkalte profesjonell tolk når de ikke kunne klare seg med egne ressurser, eller lot det være. Samtidig sier lovverket at pasienten har rett til tolk i utgangspunktet (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, §3-5). Skjæringspunktet mellom å kunne akkurat nok, eller akkurat litt for lite av språket som snakkes kan se ut til å være vanskelig å fange opp. Samtidig kan det tenkes at også pasienten som snakker «akkurat nok» ikke kommer til å få med seg all informasjon som formidles, og at kvaliteten på informasjonen dermed blir dårligere.

Fra Van Rosse mfl., (2016) sin studie fra Nederland, kommer det frem at helsepersonell vurderer pasientens språkferdigheter til å være høyere enn hva pasientene gjør selv. I 24 av 189 pasientjournaler var det dokumentert tilstrekkelige språkferdigheter, mens pasientene selv rapporterte lavt språkferdighetsnivå. Hos totalt 30% av pasientene som rapporterte lavt språkferdighetsnivå, var ikke språkbarriere eller foretrukket språk dokumentert i journalen. I tre av fire sykehus var heller ikke dokumentasjon om språkbarriere standardisert.

Dersom tallene for antall dokumentasjoner av språknivå i studien til Van Rosse mfl., (2016) er representative for den gjennomsnittlige sykehusavdelingen, vil det også si at hver enkelt sykepleier må gjøre vurderinger for språknivå selv. Dersom noen tidligere har gjort seg erfaringer med pasienten som tilsier at pasienten burde hatt en tolk til stede for å oversette, og dette ikke er dokumentert, går verdifull informasjon tapt. I studien til Le mfl., (2013) etterlyste samtlige helsepersonell rutiner for kvalitetssikring av tolkebehov. Dette kunne være en metode eller en sjekkliste. Denne vurderingen kunne gitt grunnlag for dokumentasjon av både tolkebehov og faktisk tolkeforbruk. Det savnes altså objektive kriterier.

At en pasient går glipp av å få ha en tolk til stede til å oversette samtalen på bakgrunn av at sykepleieren overvurderer pasientens språknivå, kan føre til slike situasjoner som blir beskrevet under kapittelet «utfordringer i tolkebruk». Pasienten havner i en avmaktssposisjon hvor det er sannsynlig at forståelsen av informasjon blir svært begrenset, og kanskje trues også pasientsikkerheten. Dette bryter på mange måter med pasientens rett til informasjon. Når sykepleier står med informasjonen, og denne ikke når frem til pasienten, kan en tenke seg at dette fører til en makt- og avmaktssituasjon. Avmakt oppstår når en er i en avhengighetssituasjon, og er overlatt til den mektiges avgjørelser (Brodtkorb & Rugkåsa, 2019, s. 79). I situasjonene vi her tar utgangspunkt i er det nok sjelden slik at sykepleier ønsker å utøve makt. Likevel kan det å utelate informasjon føre til at pasienten havner i en avmaktssituasjon på grunn av konsekvensene det det fører med seg, og mangelen på mulighet til å gjøre noe med det.

## **5.4 Tid er en knapp ressurs**

Deltakere i studien til Jirwe mfl., (2010) og Ian mfl., la vekt på at kommunikasjon med denne pasientgruppen er krevende og forutsetter bedre tid. En annen sykepleier i studien til Nielsen & Birkelund (2009) uttrykker også irritasjon over at pleie til fremmedspråklige pasienter er tidkrevende, sammenlignet med pleie til pasienter som snakker samme språk. Når sykepleieren pleier for disse pasientene, bruker hun det meste av sine ressurser på dette, og det blir mindre tid til overs for de andre pasientene (Nielsen & Birkelund, 2009). «Det er vanskelig i den forstand at det tar dobbelt så lang tid å få historien og å forklare

ting.» (Ian mfl., 2015). Sykepleierne opplever altså at å kommunisere med denne pasientgruppen (med eller uten tolk) er tidkrevende.

Grunnet disse tidsmessige utfordringene beskrives pleie til pasientgruppen som «vanskelig» og «frustrerende» (Ian mfl., 2016). «Det krever mer tid og innsats, i tillegg til non-verbale erfaringer» (Ian mfl., 2016). Når sykepleiere ble spurt hva de tenkte når de kom på vakt og så at de hadde ansvar for fremmedspråklige pasienter, var to av svarene som følgende: «De som fordeler ansvar må ta i betraktning at disse pasientene krever mer tid for å få ordentlig pleie», og «Det krever mye mer planlegging, mens du samtidig prøver å glemme tiden, så du får tatt den tolketelefonen og kommunisert med dem» (Coleman & Angosta, 2017). Å formidle god informasjon til den fremmedspråklige pasienten ser altså ut til å kreve tilretteleggelse for at sykepleierne har god tid til å ta seg av pasientene, og at dette ikke går ut over andre pasienters pleie. Sykepleierne ber om tilretteleggelse for dette fra administrasjonens side. Det stiller også krav til sykepleiernes evne til å koordinere.

I Norge er det integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDI) som fører tolkeregisteret. IMDI anbefaler blant annet at tolken på forhånd får informasjon om tema, rammer og mål for møtet, hvem som deltar, og om det skal refereres til spesifikke dokumenter. I så fall må tolken få mulighet til å bli kjent med disse, og fagterminologi på forhånd (IMDI, 2018b). Disse prosessene er også tidkrevende, men en forutsetning for at pasienten og sykepleieren skal få mest mulig ut av tolkesamtalen.

## 5.5 Kulturell kompetanse

I pasient og brukerrettighetsloven slåes det fast at informasjonens form skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). For at pleie skal være meningsfull og terapeutisk, må kunnskapen på området også ifølge Leininger passe til pasientens kulturelle verdier, tro og forventninger (Leininger, 2002, s. 6). Den fremmedspråklige pasienten har ofte røtter i en annen kultur. Denne kulturen vil på mange måter føre med seg andre referanser enn hva den majoritetsspråklige sykepleieren forholder seg til. Med utgangspunkt i kulturfiltermodellen kan vi tenke oss at den informasjonen som skal gis verbalt eller nonverbalt går igjennom både sykepleierens og pasientens «kulturelle

filter» eller «kulturelle briller». Sykepleieren har en intendert mening, men det er ikke sikkert at det er samme mening pasienten oppfatter. Kanskje kobler pasienten til egne referanser og det oppstår en misforståelse (Dahl, 2013, s. 26). Leininger ønsker å fremme kulturspesifikk pleie. Dette kan være pleie tilpasset spansk kultur, jødisk kultur, samisk kultur o.l. Dette fokuset skal hindre at man gir en standardisert «alt-lik» sykepleie eller standard medisinske behandlingsregimer (Leininger, 2002, s. 9). Dette vil innebære å måtte gjøre seg kjent med pasientens referanserammer, eller kulturelle briller.

Leininger trekker frem at det er formålstjenlig å tilegne seg kjennskap til pasientens språk, og at dette viser ekte innsats for å forsøke å forstå både helse, sykdom og menneskelige opplevelser i en kulturell kontekst (Leininger, 2002, s. 431). Som forslag trekker hun frem at å lære seg noen ord på pasientens morsmål viser respekt og interesse ovenfor pasienten. Dette er kanskje ikke mulig i det akutte pasientmøtet, men mer aktuelt dersom pasienten blir på avdelingen flere døgn i strekk. Om det har noen effekt når det gjelder å kommunisere informasjon til pasienten er usikkert. Kanskje kan man lære seg ordet for mat eller toalett, men det er også urealistisk at en sykepleier skal lære seg såpass mye at en kan kommunisere mer avanserte ting enn dette. Jeg tror likevel at dette kan speile enn holdning fra sykepleier til pasient som viser at en er interessert i å bryte barrieren og gjøre sitt beste for å formidle det pasienten trenger.

Mange sykepleiere føler en form for avmakt overfor innvandrerpasienter da de mener de kan for lite om deres kultur (Brodtkorb & Rugkåsa, 2019 s. 67). Dette kommer også frem i studiene gjennom at deltakere hadde en frykt for å gjøre feil ved kommunikasjon med fremmedkulturelle pasienter, spesielt med tanke på å fornærme dem. Redselen var størst i møte med pasienter fra land de ikke hadde hørt om. Med bakgrunn i kulturfiltermodellen kan en tenke seg at pasienten også tar med seg sin kulturs behandlingsform inn i møtet, og har dette som referanse. Ulike forståelser kan da bidra til at det oppstår misforståelser og feiltolkninger.

Smerteevaluering er blitt nevnt som eksempel for hvor det kan skjære seg i kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Dersom en sykepleier skal informere om hvordan man bruker en smerteskala, kan det være nyttig å ha noe kunnskap om pasientens kulturelle bakgrunn også. Kulturer responderer ulikt på fysisk og psykisk smerte. I noen

kulturer lærer barna tidlig å undertrykke fysisk smerte (Leininger, 2002, s. 52). Til kontrast er andre kjent for å respondere på det minste stikk, skade eller fysiske ubehag. I disse tilfellene vil det da være nødvendig å tilpasse informasjon om smerte og smertelindring.

Smertekartleggingsverktøyene var blant det som kunne være vanskelig å forklare til en pasient. Fra en pasientjournal i studien til Van Rosse mfl., (2016) beskrev en sykepleier det slik: «Pasienten led av smerte, og rapporterte 10 på den visuelle analoge smerteskalaen. Jeg forklarte til pasienten at 10 er veldig høyt. Jeg oppfattet det som åtte på skalaen» (van Rosse mfl., 2016). (Fritt oversatt). Dette samsvarer med mine opplevelser fra det tidligere nevnte møtet med en pasient fra Midtøsten. Jeg forsøkte å forklare henne at jeg ville hvite smertenens intensitet, men hadde liten kunnskap om hennes kulturs måte å uttrykke smerte, og kunne dermed ikke tilpasse informasjonen.

## 5.6 Sykepleiers holdninger

Faktorer som påvirker kommunikasjon, kan være deltakernes egne holdninger til å overkomme språkbarrieren. «Dersom du tar deg tid og er interessert i pasienten, så vil du forstå dem», forteller en sykepleierstudent (Jirwe mfl., 2010, s. 441). Kanskje er dette også overførbart til å gjøre seg forstått ovenfor pasienten. Sykepleierstudenter som selv hadde bakgrunn som immigranter, tok opp flere strategier for å tilrettelegge for kommunikasjon enn hva svenske sykepleierstudenter gjorde. Andre oppga at de ofte var nervøse og noen ganger unngikk interaksjon med pasientene fordi de ønsket å unngå å fornærme dem. Noen av sykepleierne i studien til Ian mfl., (2016) beskrev deres opplevelser med fremmedspråklige møter med en negativ undertone, samtidig som andre bar preg av positive opplevelser. En sykepleier i studien til Nielsen & Birkelund (2009) oppgir at hun blir irritert dersom pasienten har bodd mange år i Danmark, og fremdeles ikke har lært seg dansk.

Noen sykepleiere fra studiene jeg har samlet kan altså se ut til å ønske å sky unna kommunikasjon med de fremmedspråklige pasientene, slik som sykepleieren som beskrev forholdet til fremmedspråklige pasienter som «en stille dag grunnet mangelen på samtale (Coleman & Angosta, 2017)». Samtidig oppgir andre at å pleie for disse pasientene har gitt personlig utvikling, særlig i forbindelse med å forståelsen av mennesker (Ian mfl., 2016). Økt

forståelse for kulturer, og bedre disponering av arbeidstid tas også opp. Sykepleierne ble utfordret til å bli bedre koordinatører siden pleien for ikke-engelsk talende pasienter tar opp mer tid. Sykepleiere går inn i en oppgave med ulik innstilling, og det ser ut til at dette kan påvirke utbyttet de får, og trolig også kvaliteten på informasjonsformidlingen. Vi har sett gjennom oppgaven at det å formidle god informasjon krever bevissthet og gode vurderinger fra sykepleiernes side. Dersom en da går inn i situasjonen med en holdning om at dette ikke er mulig å gjøre noe med, eller at problemet ligger hos pasienten som ikke kan språket, vil dette trolig gå ut over hvor god informasjon pasienten får gjennom oppholdet.

## 6 Konklusjon

Når pasienter legges inn i sykehus, har de et informasjonsbehov som skal dekkes. Å dekke informasjonsbehovet er en av sykepleierens oppgaver, og er nedfelt i lovverket. Når pasienten og sykepleieren derimot ikke deler samme språk, oppstår det et hinder for kommunikasjon. Dette hinderet omtales ofte som en språkbarriere, og kan være et hinder til at informasjonen når frem til pasienten. Den mest anerkjente måten å overkomme denne språkbarrieren på, er å bruke en profesjonell tolk. Disse har god trening i å føre en tolkesamtale. Likevel viser det seg at sykepleiere ofte ikke tar i bruk den profesjonelle tolken. Grunner til dette kan være økonomiske ressurser og dårlig tilgjengelighet.

Familiemedlemmer kan være lettere tilgjengelige. Selv om disse kan ha god kjennskap til språket, kan de mangle kunnskap om helse, og flere sykepleiere opplever at enten pasienten eller den som tolker kan holde igjen informasjon. I tillegg er det registrert utfordringer i å vurdere pasientens språklige nivå, og det etterlyses standardiserte verktøy for dette.

Videre er det tydelig at å pleie for den fremmedspråklige pasienten generelt er tidkrevende. Informasjonsprosessen er intet unntak. Sykepleierne uttrykker ønske om at det tilrettelegges for lenger tid per fremmedspråklige pasient. Informasjonen som skal nå den fremmedspråklige pasienten, kan også tenkes at skal filtreres gjennom et kulturelt filter. Pasienten kommer med et sett med normer og verdier som sykepleier må tilpasse informasjonen til. Dette krever en viss form for kulturell kompetanse. Mange sykepleiere opplever det krevende å pleie for denne pasientgruppen, og også sykepleierens holdninger til situasjonen kan være med på å påvirke om god kommunikasjon når frem eller ikke.



## 7 Litteraturliste

- Ali, P. A. & Watson, R. (2018). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), e1152–e1160. <https://doi.org/10.1111/jocn.14204>
- Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (2019). *Mellom mennesker og samfunn: sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (3. utg., [Revidert og oppdatert utg.]). Oslo: Gyldendal.
- Coleman, J.-S. & Angosta, A. D. (2017). The lived experiences of acute-care bedside registered nurses caring for patients and their families with limited English proficiency: A silent shift. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5–6), 678–689. <https://doi.org/10.1111/jocn.13567>
- Cutilli, C. C. (2006). Do Your Patients Understand? Providing Culturally Congruent Patient Education. *Orthopaedic Nursing*, 25(3), 225–226. <https://doi.org/10.1097/00006416-200605000-00013>
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: innføring i interkulturell kommunikasjon* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Elstad, J. I. (2016). Register study of migrants' hospitalization in Norway: world region origin, reason for migration, and length of stay. *BMC Health Services Research*, 16.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1561-9>
- Ian, C., Nakamura-Florez, E. & Lee, Y.-M. (2016). Registered nurses' experiences with caring for non-English speaking patients. *Applied Nursing Research*, 30, 257–260.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.009>
- IMDI. (2018a). Tolking i offentlig sektor. Hentet fra  
[https://www.imdi.no/globalassets/dokumenter/sporreskjemaer-tolk/faktaark\\_tolk\\_2019.pdf](https://www.imdi.no/globalassets/dokumenter/sporreskjemaer-tolk/faktaark_tolk_2019.pdf)
- IMDI. (2018b, 26. juni). Forberede og gjennomføre en tolket samtale. Hentet 16. mars 2020, fra <https://www.imdi.no/tolk/forberede-og-gjennomfore-et-tolkeoppdrag/>
- Inger-Johanne Thidemann, ). (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (s. 128). Oslo: Universitetsforl.
- Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 436–444. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x>
- Kildekompasset. (2016). Vitenskapelige artikler. Hentet 31. mars 2020, fra <http://kildekompasset.no/kildekritikk/vitenskapelige-artikler.aspx>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, Pasientfenomener, ansvar og mestring*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I *Grunnleggende Sykepleie 1, Sykepleie - Fag og funksjon* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Le, C., Kale, E., Jareg, K. & Kumar, B. N. (2013). Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, (50), 999–1005.
- Leininger, M. M. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). (1999). Hentet 31. mars 2020, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerr>
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene* (2. utg., s. 219). Oslo: Akribe.
- 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.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg., s. 273). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Møsdøl, A., Vist, G. E., Straumann, G. H. & Storstein, R. S. (2018). *Adapted health information and patient education for persons with immigrant or minority ethnic background*. Hentet fra <https://www.fhi.no/en/publ/2018/Adapted-health-information-and-patient-education-for-persons-with-immigrant-or-minority-ethnic-background/>
- Nielsen, B. & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 431–437.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk). Hentet 1. april 2020, fra <http://yrkesetikk.nsf.no>

Rossen, E. (2018, 7. februar). informasjon. I *Store norske leksikon*. Hentet fra

<http://snl.no/informasjon>

Svartdal, F. (2018, 22. september). fagfelle vurdering. I *Store norske leksikon*. Hentet fra

<http://snl.no/fagfelle vurdering>

UIB & Språkrådet. (2020). Fremmedspråklig. Hentet 17. mars 2020, fra

[https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=fremmedspr%C3%A5klig&ant\\_bokmaal=5&ant\\_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge](https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=fremmedspr%C3%A5klig&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&begge=+&ordbok=begge)

van Rosse, F., de Bruijne, M., Suurmond, J., Essink-Bot, M.-L. & Wagner, C. (2016). Language

barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study.

*International Journal of Nursing Studies*, 54, 45–53.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.012>

Viken, B. & Kumar, B. N. (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 304). Bergen:

Fagbokforl.

Vrålstad, S. (2016). Levekår blant innvandrere i Norge 2016, 246.