

KANDIDAT

**71**

PRØVE

# BISB 3050 1 Bacheloroppgave og forberedelse til yrkesaktivt liv

Emnekode	BISB 3050
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	19.03.2021 09:00
Sluttid	08.04.2021 12:00
Sensurfrist	29.04.2021 23:59
PDF opprettet	21.06.2021 12:21
Opprettet av	Heidi Henriksen Herseth

## Obligatorisk erklæring - bacheloroppgave

Vennligst fyll ut skjemaet før du leverer oppgaven din.

### 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

### Regelverk om fusk og forsøk på 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 høgskole § 30](#)
- [retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.](#)

Jeg erklærer å være kjent med ovennevnte regelverk om fusk og forsøk på fusk, og erklærer at min oppgave er i samsvar med dette regelverket:

JA

Ved karakteren A samtykker jeg i at oppgaven publiseres i høgskolens åpne elektroniske arkiv (VID:Open) under mitt navn.

Velg ett alternativ

JA, jeg samtykker

NEI, jeg samtykker ikke

---

Besvart.

# 1 Lever inn pdf fil av bacheloroppgaven

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 29.04.2021

Administrativ ansvarlig for eksamen:

heidi.henriksen@vid.no (eller gry.juliussen@vid.no)



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

 Last ned

 Fjern

 Erstatt

Filnavn:

Bachelor Kommunikasjon med  
minoritetsspråklige pasienter.pdf

Filtype:

application/pdf

Filstørrelse:

365.29 KB

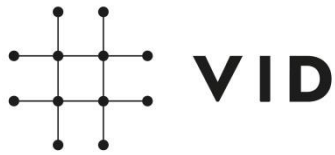
Opplastingstidspunkt:

06.04.2021 17:14

**Status:**

**Lagret**

Besvart.



## Kommunikasjon med minoritetsspråklige pasienter

*Hvordan kan kommunikasjon bidra til trygghet for minoritetsspråklige pasienter innlagt på sykehus?*

## Communication with minority speaking patients

*How can communication contribute to safety for minority speaking patients hospitalized?*

Kandidatnummer: 71

VID vitenskapelige høgskole

Bergen

Bacheloroppgave

BISB3050

Kull: 2018

Antall ord: 9536

Dato: 08.04.2021

## Sammendrag

Stadig oftere møter man flerkulturelle pasienter i helsevesenet som ikke deler det samme språket som en selv. Språkbarrieren som oppstår kan gå utover kvaliteten på sykepleien som gis, og pasienten sin følelse av trygghet kan bli redusert. Denne litteraturstudien forsøker derfor å se på hvordan kommunikasjon kan bidra til trygghet for minoritetsspråklige pasienter innlagt på sykehus. Gjennom strukturerte litteratursøk er det funnet fem aktuelle forskningsartikler som er med på å belyse utfordringene dette skaper, samt hvilke metoder som kan benyttes for å gjøre møter med disse pasientene litt enklere. Hovedfunnene i oppgaven dreier seg om sykepleiernes holdninger og kulturelle kunnskap, kommunikasjonsstrategier, samt pasientens og sykepleierens behov for tilstrekkelig informasjon.

Nøkkelord: Kommunikasjon, språkbarriere, transkulturell sykepleie, minoritetsspråklige, trygghet

## Abstract

In the globalized world you often meet minority ethnic patients in the health care system, who do not speak the same language as the majority of the population. The language barriers which occur can affect the quality of the nursing given to the patients, and make the patient feel insecure. In this literature study the focus is on how communication can bring more safety to the minority ethnic patients in hospitals. Through structural literature search the study has discovered five research articles. The articles focus on challenge with language barriers between medical personnel and patients, and different methods that can improve this communication. The main findings in the study can be divided in to four groups: The nurse's attitude and cultural competence, communication strategies, and patient and nurses need for sufficient information.

Keyword: Communication, language barrier, transcultural nursing, minority ethnic, safety

## Innhold

Sammendrag .....	2
Abstract .....	2
1.0 Innledning.....	5
1.1 Problemstilling.....	6
1.2 Avgrensninger.....	6
1.3 Begrepsavklaring .....	7
1.3.1 Språkbarriere.....	7
1.3.2 Minoritetsspråklig .....	7
1.3.3 Flerkulturell .....	7
2.0 Metode .....	7
2.1 Vitenskapsteori.....	7
2.2 Litteraturstudie.....	8
2.2.1 Kvalitativ tilnærming .....	9
2.3 Litteratursøk .....	9
2.4 Etiske aspekter .....	10
2.5 Kildekritikk.....	11
3.0 Teori.....	11
3.1 Leiningers teori om transkulturell sykepleie .....	12
3.2 Trygghet og tillit.....	13
3.3 Kommunikasjon.....	13
3.3.1 Nonverbal kommunikasjon .....	14
3.3.2 Profesjonell kommunikasjon .....	15
3.3.3 Interkulturell kommunikasjon .....	15
3.3.4 Tolk .....	16
3.4 Det kulturelle mangfoldet .....	17
3.4.1 Holdninger og stereotyper .....	17
3.4.2 Etnosentrisme og kulturrelativisme .....	18
3.5 Aktuelle lover og retningslinjer .....	18
4.0 Resultat.....	18
4.1 Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters .....	19
4.2 Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture .....	20
4.3 Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurse experiences when meeting minority ethnic patients.....	21
4.4 Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study .....	21

4.5 Negative health care experiences of immigrants' patients: a qualitative study.....	22
5.0 Drøfting.....	23
5.1 Sykepleierens holdninger - Toleranse, åpenhet og respekt.....	23
5.2 Kommunikasjonsstrategier.....	25
5.2.1 Pårørende som tolk.....	27
5.2.2 Bruk av profesjonell tolk.....	28
5.3 Kulturell kompetanse hos sykepleieren.....	29
5.4 God informasjonsutveksling.....	30
6.0 Konklusjon.....	32
7.0 Litteraturliste.....	34

## 1.0 Innledning

Norge blir et stadig mer flerkulturelt samfunn, 9. mars 2021 var det registrert 800 100 innvandrere i Norge (SSB, 2021). Begrepet innvandrere kan være diffust og tvetydig, og det kan være vanskelig å tyde hva som legges i dette. Statistisk sentralbyrå definerer innvandrere som personer født i utlandet av to utenlandske foreldre og fire utenlandske besteforeldre (SSB, 2021). Denne definisjonen sier oss at innvandrere kan være alt fra arbeidsinnvandrere til flyktninger. Ved inngangen til 2017 bodde det innvandrere i alle kommunene i Norge, derav den største andelen i hovedstaden (Dzamarija, 2017).

I tillegg til innvandring reiser dagens befolkning mye på tvers av landegrensene, både i jobb- og feriesammenheng (Dahl, 2013, s. 18). Den pågående Covid-19 pandemien er ett godt bilde på dette, da man kan se hvor fort viruset sprer seg utover verden. Økt innvandring og turisme innebærer at uansett hvor man befinner seg i verden, så vil det være en blanding av ulike etniske minoritetsgrupper i større eller mindre grad. Et flerkulturelt samfunn innebærer et samspill av ulike etniske minoritetsgrupper. Disse gruppene kan skille seg ut på områder som språk, kultur og religion (Dahl, 2013, s. 219–222).

Et flerkulturelt samfunn innebærer mangfold og muligheter, men det bringer også med seg noen utfordringer. I helsevesenet møter man mange ulike pasienter med ulik bakgrunn. Innvandrere og andre minoritetspråklige pasienter, har som alle andre rett på god behandling og god helhetlig omsorg (NSF, 2019). Kommunikasjonsutfordringer og mangel på kulturell kunnskap er aktuelle utfordringer i helsevesenet, og dette kan være et hinder for god behandling og helhetlig sykepleie. Språkbarrierer kan føre til misoppfatning og feilbehandling, usikkerhet, utrygghet og svekket tillit (Hanssen, 2016). Et økt fokus på transkulturell sykepleie og kommunikasjon vil derfor være sentralt i dag, men også i fremtiden.

Som sykepleierstudent på andre året møtte jeg en eldre minoritetspråklig kvinne på kirurgisk avdeling. Pasienten kunne verken norsk eller engelsk, noe som gjorde møte med denne pasienten både utfordrende og vanskelig. Som sykepleierstudent kjente jeg på en hjelpeløshet og usikkerhet i denne situasjonen, og jeg følte på at jeg ikke kunne gi pasienten tilstrekkelig omsorg og hjelp. Enkle spørsmål som «er du sulten?» og «har du vondt?» ble



vanskelig å kommunisere, særlig når sønnen ikke var til stede for å tolke. Språkbarrieren som oppstod fikk meg til å tenke på om sykepleierne i dag har de nødvendige kunnskapene som skal til for å sikre tilstrekkelig helsehjelp til minoritetsspråklige pasienter. Siden jeg som sykepleierstudent følte meg så usikker i denne situasjonen, er det lett å anta at pasienten også følte seg usikker og utrygg. Ut fra dette vil jeg si at møte med minoritetsspråklige pasienter på sykehus er en svært aktuell problemstilling.

## 1.1 Problemstilling

Den overnevnte pasientsituasjonen er inspirasjonen til min bacheloroppgave, og problemstillingen for oppgaven er derfor: *Hvordan kan kommunikasjon bidra til trygghet for minoritetsspråklige pasienter innlagt på sykehus?*

## 1.2 Avgrensninger

Ikke alle pasienter med annen etnisk minoritetsbakgrunn har språkproblemer. I denne bacheloroppgaven er det språkutfordringer som er i hovedfokus, og uttrykket minoritetsspråklige pasienter blir derfor i hovedsak mest benyttet. I hvilken grad et nytt språk blir mestret vil være avhengig av hvor gammel man var når man kom til landet, samt hvor lenge man har bodd i landet. Fokuset vil derfor være de minoritetsspråklige pasientene som har et annet morsmål enn majoritetsbefolkningen, samt at pasienten har dårlige engelskkunnskaper. For å snevre inn oppgaven er det valgt å fokusere på pasienter over 18 år.

Det er mange aspekter som kan være med å bidra til trygghet for pasientene. Selv om det er språkutfordringer og kommunikasjon som er hovedfokus, vil det være naturlig å komme inn på noen andre kulturelle utfordringer. Kunnskap om disse utfordringene vil være avgjørende for hvordan vi kan forstå og kommunisere med pasientene. Oppgaven vil utfra dette fokusere på relasjonen og kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient som virkemiddel for å oppnå trygghet.

## 1.3 Begrepsavklaring

Aktuelle ord og begreper brukt i oppgaven vil kort bli presentert i dette kapitlet.

### 1.3.1 Språkbarriere

Med tverrkulturell kommunikasjon, menes det kommunikasjon på tvers av kulturer (Dahl, 2013, s. 77), og en språkbarriere kan da ofte oppstå. En språkbarriere er når det oppstår vansker fordi mennesker ikke forstår hverandres språk (Språkrådet & UIB, u.å.).

### 1.3.2 Minoritetsspråklig

Minoritetsspråk defineres i ordboken som et språk som blir brukt av ett mindretall i ett land (Språkrådet & UIB, u.å.). I Norge vil det være språk utenom norsk. Engelsk er ett verdensspråk og mange har derfor gode engelskkunnskaper, men ikke alle.

### 1.3.3 Flerkulturell

Et flerkulturelt samfunn er et samfunn med stor grad av migrasjon. Mennesker vil dermed ha ulik etnisk opprinnelse, språklig, religiøs og kulturelt mangfold (Kasin, 2008, s. 62).

## 2.0 Metode

Videre vil det bli presentert hvordan metode og tilnærming som er brukt i oppgaven. Dette innebærer aktuell vitenskapsteori, presentasjon av litteraturstudiet og det aktuelle litteratursøket, samt etiske aspekter og kildekritikk.

### 2.1 Vitenskapsteori

Fenomenologi er studien av «levet erfaring» og hvordan fenomener kommer til uttrykk gjennom språk og handling (Thidemann, 2019, s. 72). Hermeneutikk er læren om fortolkning

av tekster (Dalland, 2020, s. 49). Menneskets handlinger har en mening, og det er denne meningen som må fortolkes for at vi skal kunne forstå. Det er derfor viktig å være bevisst sitt eget ståsted, samt være kritisk og objektiv (Dalland, 2020, s. 49). For å svare på oppgaven trenger jeg både humanvitenskaplig tilnærming og en samfunnsvitenskapelig tilnærming. Humanvitenskaplig kunnskap er forstående kunnskap, der mennesket sine opplevelser og erfaringer står sentralt (Thidemann, 2019, s. 61). Samfunnsvitenskapelig kunnskap ser på ulike forhold som medvirker til muligheter, utfordringer og begrensinger hos mennesket (Thidemann, 2019, s. 62).

Kommunikasjonsforskeren Marita Svane sier at kultur må forstås og tolkes som noe det enkelte individ er og gjør. Hun bygger da på en fenomenologisk tilnærming, der kultur en fortolkningsramme som er knyttet til det enkelte individ (Dahl, 2013, s. 41). Flere individ kan også dele den samme fortolkningsrammen, noe som kan gjøre kommunikasjonen lettere. Dette gir mulighet for å se en mer dynamisk forståelse av kommunikasjon og kultur (Dahl, 2013, s. 41).

## 2.2 Litteraturstudie

En metode er et redskap i møte med noe man vil undersøke, metoden hjelper en til å samle inn aktuell data til en spesifikk undersøkelse (Thidemann, 2019, s. 74). I denne bacheloroppgaven blir det gjort en litteraturstudie, da oppgaven tar sikte på å hente data fra eksisterende fagkunnskaper, forskning og teori. Ved å gjøre en litteraturstudie kan jeg få et bredt spekter av opplevelser, erfaringer og kunnskap fra både helsepersonell, pasienter og pårørende. Litteraturstudien skal utfra dette forsøke å systematisere kunnskapen ved å gjøre strukturerte søk og kritisk gjennomgå litteraturen, for så å samle opp trådene i drøftingsdelen (Thidemann, 2019, s. 77). Systematiske søk blir foretatt utfra oppgavens problemstilling, og gjøres i relevante internasjonale databaser og til dels gjennom manuelle søk (Thidemann, 2019, s. 82). Forskningsartikler blir valgt ut etter kritisk gjennomgang, og presentert på en oversiktlig måte i resultatet. Drøftingen forsøker å anvende forskning og knytte den til aktuell teori på området. Hensikten med oppgaven er derfor å gi deg som leser en oppdatert, oversiktlig og god forståelse av den aktuelle kunnskapen på det området

problemstillingen etterspør. I tillegg beskrives det hvor og hvordan denne kunnskapen er innhentet (Thidemann, 2019, s. 78).

### 2.2.1 Kvalitativ tilnærming

Både kvalitative og kvantitative studier vil kunne gi bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan ulike mennesker samhandler og påvirker hverandre (Dalland, 2020, s. 54). De kvalitative studiene forsøker å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventinger og handlinger (Thidemann, 2019, s. 76). De kvantitative studiene vil gi mer målbare data som gjerne lar seg tallfeste (Dalland, 2020, s. 54). De kvalitative studiene synes derfor å treffe min «*hvordan*» problemstilling best. Det vil derfor i hovedsak benyttes kvalitative studier i oppgaven, da disse gjerne har en humanvitenskaplig, forstående kunnskapstradisjon i bunn (Thidemann, 2019, s. 76).

## 2.3 Litteratursøk

Før jeg begynner arbeidet med søk etter artikler, utarbeider jeg en PICO. En PICO hjelper en til å strukturere problemstillingen, noe som vil gjøre det lettere å finne gode søkeord. For å finne gode engelske søkeord bruker jeg nettsiden mesh på norsk. Jeg finner da disse ordene relevant for min problemstilling: Nurse-Patient relations, communication, patient safety, cultural sensitivity, cultural competence, minority ethnic, communication barriers, language barriers, transcultural care og transcultural nursing.

Jeg starter søket mitt i SveMed+, en svensk database med artikler fra skandinaviske tidsskrifter innen helsefag. Jeg søker opp de aktuelle søkeordene enkeltvis for å få et inntrykk av hva som finnes om tema, samtidig gir det en geografisk innsnevring som er relevant for oppgaven. Jeg finner flere fagartikler fra tidsskriftet sykepleien som er relevante, men dette er ikke fagfelleurdert forskning så jeg velger derfor å fortsette søket i en større internasjonal database. Likevel inkluderes noen av fagartiklene i teoridelen av oppgaven.

I den internasjonale databasen CINAHL bruker jeg de samme søkeordene, i ulike kombinasjoner. Jeg ender opp på en kombinasjon som gir 85 treff. Kombinasjonen som ble

brukt er: "Minority ethnic" OR "communication barriers" OR "language barriers".  
"Communication" OR "nurse-patient relations". "Transcultural nursing" OR "transcultural care". "Cultural sensitivity" OR "patient safety" OR "cultural competence". Jeg søker så disse kombinasjonene med AND og innsnevrer søket med noen begrensinger. Begrensingene er at artiklene ikke skal være eldre enn fra 2009, de skal være på engelsk og det skal være fagfelleurdert forskning. Jeg ser gjennom de 85 treffenes overskrifter, og står igjen med ni artikler som jeg leser. Av disse velger jeg ut tre artikler:

- Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters
- Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture
- Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurse experiences when meeting minority ethnic patients

I tillegg er snøballmetoden benyttet i søkearbeidet. Dette vil si at jeg har funnet relevante artikler i andre aktuelle oppgaver/artikler for så å søke opp disse manuelt i google scholar/oria (Dalland, 2020, s. 151). Artiklene som er funnet på denne måten er:

- Language barriers and patient safety risks in hospital care. A mixed methods study
- Negative health care experiences of immigrants' patients: a qualitative study.

## 2.4 Etiske aspekter

Denne litteraturstudien har brukt høyskolens retningslinjer for akademisk oppgaveskriving på bachelornivå (VID, 2017). Dette innebærer at det er brukt korrekt APA7th kildehenvisning gjennom oppgaven og i litteraturlisten. Søk og skriv sine tips for akademisk oppgaveskriving og kildekritikk er også benyttet. Alle artiklene i resultatet er publisert i anerkjente tidsskrifter og mye av teorien som er brukt er fra skolens pensumliste.

## 2.5 Kildekritikk

Når jeg vurderer artiklene ser jeg på relevans opp mot problemstilling. I tillegg må dataene være samlet inn på pålitelig måte og det må kunne trekkes geografiske paralleller til Norge (Dalland, 2020, s. 62). På bakgrunn av dette utelukkes en del artikler som har fokus på sikkerheten til pasientene på et organisatorisk nivå, samt at jeg holder meg til å bruke artikler som er fra nærliggende land i Europa.

Jeg setter en grense på at artiklene ikke skal være mer enn 10-12 år gamle, og dersom de er eldre må de vurderes som svært relevante til tross for når de er skrevet. I oppgaven blir det presentert en studie fra 2009, denne ses på som relevante da lignende forskningsspørsmål fortsatt drøftes. Selv om det i hovedsak blir benyttet kvalitative studier, er det inkludert en blandingsstudie med både kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Studien er valgt ut da den kan være med på å gi en bredere forståelse av den aktuelle problemstillingen. Tre av fem aktuelle artikler har fått forskningen sin godkjent i de aktuelle sykehusene eller universitetene sine etiske komiteer. De to resterende artiklene har ivaretatt etiske aspekter ved å holde respondentene anonyme.

Det er fort å bli subjektiv i en slik type oppgave, da den aktuelle problemstillingen vil legge grunnlag for hva man vil finne ut av (Dalland, 2020, s. 199–203). Det tas derfor høyde for at noen tolkninger i oppgaven enkelte ganger kan være noe subjektive. Det bør også nevnes av mye av litteraturen som er benyttet er engelsk, min forståelse og oversetting kan derfor ha mistolket noen momenter.

## 3.0 Teori

Under dette kapitlet blir det presentert relevant teori for å kunne svare på problemstillingen.

### 3.1 Leiningers teori om transkulturell sykepleie

Madeleine M. Leininger (1925-2012) var en amerikansk antropolog og sykepleier, med et stort engasjement for omsorg til flerkulturelle pasienter (McFarland, 2018, s. 339). Leininger er grunnleggeren av begrepet transcultural nursing og teorien Culture Care Diversity and Universality (McFarland, 2018, s. 339). Teorien vokser frem fra midten av 1950-tallet, og har siden da hjulpet helsepersonell med å forstå betydningen av kultur og kulturelt ansvar i omsorg med flerkulturelle pasienter (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015b, s. 2).

Leininger mener at kultur og omsorg er avhengige av hverandre. Videre sier hun at sykepleier ikke kan gi helhetlig, meningsfull og terapeutisk kvalitetsomsorg, uten kunnskaper og ferdigheter innen transkulturell sykepleie. Kunnskap om dette vil være avgjørende for transkulturell sykepleie som fag -og praksisfelt (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015b, s. 5). Utfordringene ved transkulturell sykepleie er å kunne gi sensitiv, trygg, formålsmessig og meningsfull omsorg og pleie til alle pasienter, uansett bakgrunn. Kunnskapen til sykepleierne må derfor være tilpasset kulturelle verdier, tro og forventningene til pasientene (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015b, s. 4–8). Hensikten med teorien *Culture Care* er derfor å oppdage, dokumentere, kjenne og forklare den gjensidige avhengigheten av omsorg og kultur. For å kunne gjøre dette må man se på forskjellene i, og mellom kulturer (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015b, s. 6). Med dette fokuset vil man hindre å gi standardisert sykepleie og behandling, men heller gi en kongruent, meningsfull og gunstig helsetjeneste til hver enkelt pasient (McFarland, 2018, s. 342).

Leininger beskriver som sagt omsorg og kultur som gjensidig avhengig av hverandre, samtidig må disse ses på som selvstendig for at vi skal kunne forstå. Omsorg beskriver hun som å være hjelpsom og støttende, samtidig som man muliggjør opplevelser og ideer overfor andre. Sykepleierens handlinger, holdninger og praksis skal være rettet mot å hjelpe pasienter mot helbredelse og oppleves av velvære (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015b). Hun sier kultur er mer enn etnisitet og sosiale forhold. Verdier, normer, tro og livsveier innenfor de ulike kulturene er med på å styre tanker, beslutninger og handlinger, på en bestemt måte (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015b, s. 9).

Leininger sier at kommunikasjon og kultur er nært knyttet, og at man må lære språket innenfor en kultur for å kunne forstå de ulike kulturelle fenomener (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015a, s. 55). Man må som sykepleier være bevisst på å ikke bruke faglig terminologi og profesjonelle synspunkter, da dette kan være vanskelig for pasienten å forstå (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015a, s. 55).

### 3.2 Trygghet og tillit

Begrepet trygghet har gjerne to betydninger, da det kan bli brukt om sikkerhet og om en sinnsstemning. Betydningene vil likevel ha en nær sammenheng og påvirke hverandre. (A.-K. Fjørtoft, 2016, s. 122). Psykologen Abraham Maslow i Helgesen (2016, s. 146) beskriver trygghet som et grunnleggende behov for alle mennesker. Det å være trygg på seg selv innebærer å våge, mestre, erkjenne svakheter, stole på seg selv og vite hva en vil (Helgesen, 2016, s. 146). Maslow sier videre at trygghet og tillit er grunnleggende for at en god relasjon skal kunne utvikle seg (Helgesen, 2016, s. 146). Når det da oppstår mangel på trygghet er sykepleierens aktive tilstedeværelse og samvær avgjørende. Sykepleierens egne trygghet og ro har i flere tilfeller vist seg å kunne «smitte» over på pasientene (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 198). Samtidig vil en sykepleier som er trygg på seg selv ha lettere for å ta kontakt med andre (Helgesen, 2016, s. 22). I følge Travelbee kommer tillit til uttrykk i troen på at noen andre vil hjelpe oss (Kristoffersen, 2016, s. 31). Det å kjenne pasientens opplevelse og mening av situasjonen, kan derfor være vel så viktig som å forholde seg til pasientens diagnose (Kristoffersen, 2016, s. 30). Et godt tillitsforhold vil først kunne utvikles når pasienten får innfridd sine forventinger om å bli tatt imot og tatt på alvor (Kristoffersen, 2016, s. 61).

### 3.3 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet “communicare” som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre og/eller ha forbindelse med en annen (H. Eide & Eide, 2017, s. 1). Å kommunisere er noe alle kan og gjør, enten det er gjennom ulike tegn, signaler eller språk. Kommunikasjon er sammensatt, alle former for tegn og signaler, enten de er verbale eller



non-verbale blir tolket. Det som blir formidlet kan oppleves på ulike måter ut ifra hvem som tolker det, dette gjør at møter med andre mennesker kan oppleves svært ulikt (T. Eide & Eide, 2004, s. 16).

Verbal kommunikasjon er gjerne det første man tenker på når man hører ordet kommunikasjon. Verbal kommer fra det latinske ordet verbum, som betyr ord (Dahl, 2018). Verbal kommunikasjon er derfor det vi uttrykker gjennom ord i det muntlige og skriftlige språket vårt (Dahl, 2018). Mennesker lærer fra de er små hvordan de skal uttrykke følelser som for eksempel glede, sinne, smerte og sorg (H. Eide & Eide, 2017, s. 16). Gode kommunikasjonsferdigheter er hjelpemidler til å forstå pasienten og relasjonen. Det kan føre til at man gir bedre hjelp og støtte, tar gode beslutninger og styrker følelsen av trygghet. Til slutt kan det også stimulere pasienten til utvikling og motivasjon (H. Eide & Eide, 2017, s. 39). Dersom kommunikasjonen er mangelfull eller dårlig kan man overse hva som står på spill for pasienten. Dette kan risikere i at man tar dårligere profesjonelle avgjørelser (H. Eide & Eide, 2017, s. 40).

### 3.3.1 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbal kommunikasjon betyr enkelt sagt kommunikasjon uten ord, dette kan innebære kroppsatferd, mimikk, gester, kroppsbevegelser, kroppskontakt og bruk av avstand og rom (Dahl, 2013, s. 176). Denne kommunikasjonen er en stor del av hvordan vi uttrykker oss, og vil derfor være avgjørende for begge partene i en interaksjon. Nonverbale uttryksformer kan ofte avsløre spontane reaksjoner, som gjerne kan være ubevisste for personen selv. Denne type kommunikasjon gir store rom for tolkning, og dermed også feiltolkning. Når vi tolker andre er det derfor viktig å være åpen, ydmyk, undrende og varsom (T. Eide & Eide, 2004, s. 155).

Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende, profesjonell ferdighet som sykepleieren kan anvende gjennom en hjelpeprosess (H. Eide & Eide, 2017). Viktige aspekter ved den nonverbale kommunikasjonen, vil være å møte pasienten på en bekræftende, oppmuntrende og styrkende måte, slik at trygghet og tillit kan prege relasjonen. Trygghet og tillit vil være avgjørende for at alle pasienter uansett bakgrunn og forutsetning skal kunne åpne seg, for å

dele tanker og følelser (T. Eide & Eide, 2004, s. 157). Nonverbal kommunikasjon er altså et responderende språk som forteller mye om partene i en dialog og relasjonen mellom dem. Det er derfor viktig å aktivt lytte til pasientens nonverbale språk (H. Eide & Eide, 2017, s. 136).

### 3.3.2 Profesjonell kommunikasjon

Profesjonell kommunikasjon vil være annerledes enn kommunikasjon i dagliglivet. Som sykepleier kommuniserer man ikke som privatperson, men man kommuniserer med noen som av ulike årsaker trenger, søker eller er henvist til vår hjelp. Profesjonell kommunikasjon skal ivareta pasienter på en god måte, være hjelpende og fremme sykepleiens formål (T. Eide & Eide, 2004, s. 18). God profesjonell kommunikasjon er personorientert, helsefremmende og motiverende. Dette innebærer at man ser på pasienten som en hel person med sine ressurser, verdier, ønsker og mål. Samtidig bidrar man til mestring og bedring av helse (H. Eide & Eide, 2017).

### 3.3.3 Interkulturell kommunikasjon

I et kulturelt mangfoldig samfunn er det avgjørende å bli forstått og forstå andre. Når man møter mennesker som snakker andre språk, tilegner seg andre religioner og har andre måter å gjøre ting på, er vi nødt til å stille spørsmål til våre egne handlingsmetoder. Siden forståelse gjøres best i sosiale rom, i dialog og samhandling med andre (Dahl, 2013, s. 24). Manglende forståelse kan oppstå når vi ikke har egne begreper å knytte nye ord til. Misforståelser kan oppstå når vi foretar en kobling, men ikke kobler det til rett referanse. Dersom man ikke forstår er det viktig å stille spørsmål og være nysgjerrig (Dahl, 2013, s. 27). Språket er den viktigste faktoren for kulturell kompetanse. Kommunikasjon er med på å skape bånd og relasjoner til andre mennesker, og det er med på å skape vår egen og andres identitet (H. Eide & Eide, 2017). Kommunikasjon gjøres i koder og ut fra normer som varierer fra kultur til kultur. Hvordan man uttrykker seg vil derfor være avhengig av hvilket samfunn man er vokst opp i. I Vesten vil et smil bety noe positivt, mens i Øst-Asia gjemmer man gjerne sorg med et smil (Fife, 2002, s. 119). Som sykepleier må man derfor være bevisst at det kan være store kulturelle forskjeller som kan føre til inkongruens i det nonverbale

språket. Misoppfatninger i tolkning av språket kan føre til utrygghet og svekket tillit, som vil gjøre det vanskelig å bygge en god relasjon (H. Eide & Eide, 2017, s. 138). Feiltolkninger og misforståelser kan komme av ulike kulturelle verdier og idealer. For å oppdage og forstå dette forutsetter det at sykepleier har stor sensitivitet og kjennskap til kulturelle «koder» og verdier (H. Eide & Eide, 2017, s. 139).

Informasjonsbehandling vil være sentralt i relasjonen mellom sykepleier og pasient, og språk og språkbeherskelse er derfor viktig (Magelssen, 2008). Sykepleiere forstår det medisinske fagspråket, samtidig forstår etnisk norske sykepleiere majoritetsspråket. Begge disse aspektene gjør at sykepleieren vil få selvtillit og et psykologisk overtak over pasientene som snakker minoritetsspråket. Denne kommuniseringsmakten er noe sykepleiere bør være bevisst i sin yrkesutøvelse (Magelssen, 2008, s. 70).

#### 3.3.4 Tolk

Mangel på effektiv kommunikasjon vil skape utfordringer for sykepleiere som skal gi faglig forsvarlig helsehjelp til pasientene. Samtidig vil pasienter som opplever språkbarrierer være mer utsatt for uønskede hendelser (Sommerfeld & Rosenberg, 2019). Situasjoner som dette definerer gjerne et klart problem, og en tolk vil da være nødvendig (Hanssen, 2016, s. 91). I en norsk studie kommer det frem at alle deltagerne med etnisk minoritetsbakgrunn hadde bruk for tolk i enkelte tilfeller, men at det ikke ble benyttet i noen av tilfellene. De beskriver også at informasjonen av deres rettigheter var fraværende (Le et al., 2013).

Riktig tolkebruk kan være avgjørende for pasienten, da det vil bidra til større ansvar for egen helse. Samtidig er det viktig at sykepleieren er bevisst at tolkebruk i behandling er komplekst, og at heller ikke det gir garanti for en fullgod behandling (Kolbjørnsen & Engeland, 2016). Tolking er et yrke. Venner, barn og pårørende bør derfor ikke være tolker (Magelssen, 2008, s. 152).

### 3.4 Det kulturelle mangfoldet

Professor Hylland Eriksen i Dahl (2013, s. 35) definerer kultur som de ferdigheter, oppfatninger og væremåter, som personer har tilegnet seg som medlemmer av et samfunn. Dagens globalisering vil gjøre kultur begrepet mer dynamisk da kulturene ikke lenger er «rene enheter» som kan avgrenses (Dahl, 2013, s. 39). Det dynamiske kulturbegrepet vil legge vekt på hvordan vi fortolker situasjoner og hvordan vi velger å handle. Valgene som gjøres vil være påvirket av hvordan andre i den nære omgangskretsen tolker situasjonen. Kultur er derfor noe man deler med noen, men ikke med alle innenfor en gruppe (Dahl, 2013, s. 43).

#### 3.4.1 Holdninger og stereotypier

En gruppe eller et individ danner seg ofte et bilde av hvem «vi» og «dem» er. For å bygge bro mellom «vi» og «dem», må man se på sine egne holdninger og stereotypier. Stereotypier er kategorisering av mennesker eller grupper av mennesker som har enkelte fellestrekk (Dahl, 2013, s. 66). Dersom man gjentar en karakteristikk lenge nok, vil den til en viss grad få autoritet selv om den ikke har hold. Stereotypier vil kunne føre til at man forhåndsdommer mennesker før man har møtt dem, bare fordi de tilhører en bestemt gruppe, har et bestemt språk eller hudfarge. Dahl (2013, s. 69) beskriver denne forhåndsdommen som frosne stereotypier. Likevel kan stereotypier være nyttige dersom man har et bevisst forhold til dem, og er oppmerksomme på at de beskriver en gruppenorm, og ikke ett enkelt individ (Dahl, 2013, s. 67).

Det er viktig å sette søkelys på sykepleiernes egne holdninger og fordommer. Gjennom å diskutere sine egne holdninger med andre, kan man skape bevisstgjøring og avklaring. I undervisningssammenheng bør derfor selvrefleksjon og kritisk refleksjon rundt holdninger, atferd og kunnskap være sentralt (Claus & Viken, 2009). Mennesker vil regne det som er viktig og interessant forskjellig, da det vil være avhengig av menneskets forutsetninger, oppfatninger og holdninger. Oppfatninger og holdninger på ett gitt tidspunkt kan være både bevisste og ubevisste (Dahl, 2013, s. 116). Dette gjør at mennesker vil ha forskjellig forståelse av helse, sykdom og behandling. Ulike kulturer vil derfor ha ulike krav og oppfatninger om hva som er god omsorg i en gitt situasjon (Hanssen, 2016, s. 95).

### 3.4.2 Etnosentrisme og kulturel relativisme

Etnosentrisme går ut på å regne seg selv, sine egne verdier eller sin gruppes oppførsel som det riktige og beste. En etnosentrisk holdning innebærer derfor at man bruker sine egne verdier som målestokk for å vurdere andre (Dahl, 2013, s. 73). Det motsatte av dette vil være en kulturel relativistisk holdning. Det innebærer at man forstår menneskers verdier, handlinger og utsagn i forhold til lokal kontekst og sammenheng (Dahl, 2013, s. 74). Kulturel relativisme som teori innebærer derfor en forståelse av kulturelle fortolkningsrammer som ulike uttrykk for menneskelige behov og kreativitet. Gjennom å bli bevisst sine egne fortolkningsrammer kan en lettere skille mellom egne og andres oppfatninger (Thorbjørnsrud, 2019, s. 281).

### 3.5 Aktuelle lover og retningslinjer

Pasient og brukerrettighetsloven §3-2 omhandler pasientens rett til informasjon. Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Informasjonen skal etter §3-5 være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaringer og kultur -og språkbakgrunn. Det er personellet som gir informasjonen som så langt som mulig skal sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleieren skal ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg, respektere pasientens integritet og ikke utnytte pasientens sårbarhet (NSF, 2019). Sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendig avgjørelser ved å gi tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2019).

## 4.0 Resultat

Dette kapitlet tar for seg presentasjon av de utvalgte forskningsartiklene funnet i litteratursøket.

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

Kommunikasjonsvansker er et stort hinder for innvandrerpasienter og kan føre til utilstrekkelig informasjon og dårlig kvalitet på sykepleien. Kommunikasjonsvanskene oppstår i situasjoner der sykepleier og pasient ikke snakker samme språk. Denne studien ønsker derfor å utforske sykepleierstudenter sine erfaringer med kommunikasjon i møte med tverrkulturell omsorg (Jirwe et al., 2010).

Den kvalitative studien ble gjennomført ved hjelp av semistrukturerte intervjuer av ti siste års sykepleiestudenter fra ett universitet i Sverige. Fem av studentene hadde flerkulturell bakgrunn, mens de resterende fem var etnisk svenske. Alle studentene hadde tidligere gjennomført et kurs i transkulturell sykepleie og hadde erfaring med flerkulturelle pasienter. Intervjuene ble tatt opp, transkribert og analysert ved hjelp av «framework» tilnærming.

Studien har et lavt antall deltagere og alle er fra det samme universitetet i Sverige, dette gjør at studien ikke nødvendigvis er representativ for alle sykepleiestudenter. Det er positivt at halvparten av deltagerne har flerkulturell bakgrunn og halvparten ikke, da det kan gi oss en sammenligning. At studien er fra Sverige gjør at den kan ha en overføringsverdi til Norge.

Fire temaer blir identifisert som resultat i studien. Begrepsdannelse/tolkning av møter med tverrkulturell omsorg, kommunikasjonsvansker, kommunikasjonsstrategier og faktorer som påvirker kommunikasjonen (Jirwe et al., 2010). Alle studentene sier at flerkulturell sykepleie er et møte med en pasient med innvandrerbakgrunn. Studentene beskriver videre at de har mangel på ferdigheter og tillit ovenfor pasientene, og at de er redde for å gjøre feil og ikke kunne formidle tilstrekkelig informasjon til pasientene. Det kommer frem at holdninger og kulturell kompetanse har noe å si for kommunikasjonen med pasientene. Kulturell kompetanse gjør ikke nødvendigvis møte med flerkulturelle pasienter uproblematisk. Likevel kan kulturell kompetanse sammen med en positiv holdning gjøre en bedre rustet til å håndtere kommunikasjonsbarrierer. Studien beskriver ulike strategier som ble brukt for å overvinne kommunikasjonsbarrierene, dette inkluderte pårørende som tolk, nonverbal kommunikasjon, gester og gjenstander (Jirwe et al., 2010).

## 4.2 Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture

Denne artikkelen presenterer en kvalitativ studie, med en hermeneutisk tilnærming av åtte sykepleiere og to tidligere pasienter ved ett sykehus i Finland (Hemberg & Vilander, 2017). Målet med studien er å avdekke ny forståelse av omsorgssammenheng når sykepleier og pasient ikke har et felles språk.

Sykepleierne som deltok i studien hadde kulturell erfaring gjennom utenlandsarbeid og lang fartstid i yrket. De to andre som er inkludert i studien hadde flerkulturell bakgrunn, og hadde tidligere vært innlagt som pasienter på det aktuelle sykehuset. Alle deltagerne i studien fikk ett spørreskjema, der de skulle svare utfyllende på enkelte spørsmål. Eksempel på spørsmål til sykepleierne: Hvordan kan man gi trøst til pasienter som ikke snakker det samme språket, og hvilke kommunikasjonsmetoder kan man bruke? Eksempel på spørsmål til de tidligere pasientene: Hvordan skal sykepleierne kommunisere med dere dersom dere ikke har felles språk? (Hemberg & Vilander, 2017). I denne studien er det også et lavt antall deltagere, noe som nødvendigvis ikke gir et godt helhetlig bilde av situasjonen. Likevel synes resultatene å være interessante.

I artikkelen blir det presentert fem hovedkategorier som resultat av studien. Menneskelig kjærlighet, integritet og kulturell respekt, kreativt mot til kommunikasjon og kulturell kompetanse, bekreftende tilstedeværelse og kontinuerlig informasjon (Hemberg & Vilander, 2017). Selv om sykepleier og pasient ikke snakker samme språk er det avgjørende at de fortsatt gjør en innsats og viser at de er villig til å kommunisere. For å kunne vise omsorg for en annen er det viktig at man har respekt for hverandre og hverandres kultur. Ro og trygghet hos sykepleieren vil kunne smitte over til pasientene, nærvær er derfor viktig for å kunne skape en følelse av trygghet. Det kommer også frem i studien at sykepleierne må by på seg selv og være kreative for å kunne kommunisere. Til slutt kommer det også frem at kontinuerlig informasjon avgjørende for at pasienten skal kunne føle seg trygg (Hemberg & Vilander, 2017).

#### 4.3 Minority ethnic patients in the Danish healthcare system – a qualitative study of nurse experiences when meeting minority ethnic patients

Denne studien har benyttet kvalitative intervjuer og observasjoner av fire sykepleiere ved et sykehus i Danmark for å undersøke deres erfaringer med å ta seg av pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn (Nielsen & Birkelund, 2009). Intervjuene og observasjonene er i etterkant analysert etter en fenomenologisk metodikk.

Alle respondentene i studien hadde minst fem års yrkeserfaring og var kvinner mellom 40-55 år. Intervjuene satte ikke fokus på forutbestemte situasjoner og temaer, men kvinnene fikk snakke om selvvalgte situasjoner i fra sitt arbeid. Sykepleierne ble i forkant informert om hvilke dager observasjonene skulle finne sted. Det at det gjøres både intervjuer og observasjoner er styrkende for studien, mens studiens antall deltagere kan være svekkende.

Studien viser til tre fenomener som sykepleierne opplevde i møte med de minoritetsetniske pasientene. Kommunikasjonsproblemer, pasientens nivå av smerte og pasientens mat. I denne oppgaven settes det mest fokus på fenomenet om kommunikasjonsproblemer. Det kommer frem at pasientens alder kan ha noe å si for hvor mye dansk pasientene snakket og forstod. Flere av sykepleierne uttrykte irritasjon over at omsorgen var mer tidkrevende på grunn av språkbarrieren, og at de av forskjellige årsaker forsøkte å begrense bruken av tolk. Likevel poengterer flere av sykepleierne utfordringene som kan oppstå ved bruk av pårørende som tolk (Nielsen & Birkelund, 2009).

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

Språkbarrierer har vist seg å være en trussel for kvaliteten på sykehusomsorgen. Denne kombinerte kvalitative og kvantitative studien undersøker om språkbarrierer under sykehusinnleggelse har noe å si for pasientsikkerheten (van Rosse et al., 2016). Det blir undersøkt hvordan språkbarrieren oppdages, rapporteres og hvordan det bygges bro av en eventuell språkbarriere.



Deltagerne i studien er 576 etniske minoritetspasienter som har vært innlagt på 30 forskjellige avdelinger i fire ulike sykehus i Nederland. Alle pasientjournalene ble undersøkt for rapporter om språkbarriere. 17 pasientjournaler ble kvalitativt analysert og komplementert med 12 dybdeintervjuer. Resultatene blir videre sammenlignet med pasientenes selvrapporterte nederlandske språkferdigheter. Den blandende metoden som er brukt vil være en styrke for studien.

Studien viser at pasientsikkerheten ble truet i daglige pleieoppgaver på grunn av språkbarriere. 62 av pasientene rapportere at de hadde lave eller ingen nederlandske språkferdigheter, men det er bare rapportert om 43 pasienter i denne kategorien. I 30% av pasientjournalene ble de tross lave språkferdigheter ikke rapportert om språkbarriere og profesjonelle tolker ble knapt brukt. De fire sykehusene hadde ikke like retningslinjer på hvordan man skulle oppdage og rapportere eventuelle språkbarrierer (van Rosse et al., 2016).

#### 4.5 Negative health care experiences of immigrants' patients: a qualitative study

Pasientens oppfatning av negative hendelser i sykehus kan være en viktig kilde til informasjon om kvaliteten på helsevesenet. Denne kvalitative studien fra Nederland forsøker å se på innvandrerpasienter sine negative opplevelser i helsevesenet gjennom semistrukturerte intervjuer (Suurmond et al., 2011). Totalt 22 respondenter med syv ulike ikke nederlandske etniske opprinnelse ble intervjuet individuelt og i grupper.

Respondentene ble bedt om å fortelle om en bemerkelsesverdig hendelse der det i deres oppfatning skjedde noe under behandling som de ikke hadde forventet, eller som det fant uvanlig eller upassende. De at pasientene ble bedt om å komme med negative opplevelser kan være svekkende for studien, da respondentene kan ha «lett» etter noe som de kunne se på som negativt. Etter nederlandsk lov var ikke etisk godkjenning nødvendig for studien, men studien holder respondentene anonyme.

Studien deler resultatene inn i tre grupper. Utilstrekkelig informasjonsutveksling, forskjellige forventinger og skadelig oppførsel. Flere av respondentene hevdet at de ikke hadde mottatt tilstrekkelig informasjon fra helsepersonellet om deres medisinske tilstand, og at den

informasjonen de selv ga ikke ble lyttet til eller forstått. Noen av respondentene oppga at omsorgsgiveren gjorde uventede eller ulogiske ting. Dette innebar at respondentene mente de trengte mer hjelp, men ikke fikk det eller motsatt. Flere mente at fordommer hos omsorgsgiveren gjorde at de ikke fikk like god behandling som andre (Suurmond et al., 2011).

## 5.0 Drøfting

I det forrige kapittelet ble resultat presentert. Videre vil det bli forsøkt å trekke tråder mellom teori og forskning for å få dette til å belyse, samt svare på problemstillingen: *Hvordan kan kommunikasjon bidra til trygghet for minoritetsspråklige pasienter innlagt på sykehus?* Resultatene som kommer frem vil deles inn i fem naturlige underkategorier.

### 5.1 Sykepleierens holdninger - Toleranse, åpenhet og respekt

For å kunne skape en god relasjon synes toleranse og respekt for den andre å være sentralt. Som Kristoffersen (2016, s. 61) beskriver er det å bli tatt på alvor avgjørende for å skape et godt tillitsforhold. I et av hovedpunktene under resultatet i studien til Suurmond et al. (2011) kommer det frem at flere av pasientene følte seg ekskludert fra optimal omsorg på grunn av fordommer og diskriminering. Dette kommer frem i et eksempel med smertevurdering, der pasienten følte hun ikke ble tatt på alvor på grunn av hennes måte å uttrykke smerte på (Suurmond et al., 2011). Den aktuelle pasientens pårørende beskrev at etniske minoritetspasienter har en dypere, mer dramatisk og alvorlig måte å uttrykke sin sykdomsforståelse. Trolig spiller dette en rolle for behandlingen (Suurmond et al., 2011). På den andre siden forteller sykepleierstudenter i Jirwe et al. (2010) at de noen ganger unngår å samhandle med pasientene fordi de ikke vil forårsake krenkelser. Som en konsekvens av dette kan viktige opplysninger og observasjoner utebli. Samtidig kan tilliten, pasientsikkerheten og opplevelsen av trygghet svekkes om man ikke tar pasienten på alvor. For å forhindre dette bør man ha en kulturrelativistisk holdning, da det kan føre til at man lettere forstår hvilket meningsinnhold pasienten selv tillegger situasjonen (Thorbjørnsrud,

2019, s. 281). At sykepleiere er redde for å trå feil kan være forståelig. Likevel vil det å ikke samhandle med pasienten kunne føre til at situasjonen oppleves enda verre for pasienten.

Sykepleierens holdninger, handlinger og praksis bør være rettet mot å hjelpe pasienter mot helbredelse og velvære (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015b). Våre holdninger danner grunnlag for våre handlinger. Den enkeltes sykepleier holdning vil derfor være avgjørende for hvordan man møter de minoritetsspråklige pasientene innlagt på sykehus. En sykepleier uttrykker i Nilsen og Birkelund (2009) irritasjon over at omsorgen med de minoritetsspråklige pasientene er mer tidkrevende. Som tidligere presentert kan ro «smitte» over på pasienten (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 198). Det vil derfor være sannsynlig å anta at andre følelser og utstrålinger hos sykepleieren også vil «smitte». Irritasjon vil sannsynligvis ikke være en god sinnsstemning å ta med seg inn på pasientrommet, da dette fort kan merkes av pasienten, samt gå utover omsorgen man gir. Sykepleierstudentene med flerkulturell bakgrunn i Jirwe et al. (2010) belyser på den andre siden viktigheten av å ha en positiv holdning i møte med minoritetsspråklige pasienter. Det viser seg også at disse studentene har lettere for å takle møter preget av språkbarrierer (Jirwe et al., 2010). Dette kan tyde på at en positiv holdning vil gjøre det lettere å handle på en god måte med minoritetsspråklige pasienter.

Kjærlig og empatisk omsorg er særlig viktig når sykepleier og pasient ikke snakker samme språk (Hemberg & Vilander, 2017). Som Maslow beskriver er trygghet og tillit grunnleggende for at en god relasjon skal utvikle seg (Helgesen, 2016, s. 146). Leininger sier også at omsorgen som gis skal være hjelpsom og støttende (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015b). Gjennom å oppmuntre, utstråle håp, vise respekt, tillit og motivasjon vil pasienten kunne kjenne på at sykepleieren bryr seg (Hemberg & Vilander, 2017). I studien til Hemberg og Vilander (2017) uttrykker en sykepleier at et godt omsorgsforhold er basert på gjensidig forståelse, respekt og bekreftelse av kulturen. Å åpent fortelle om sin egen kultur, vise interesse og bry seg, kan gi kunnskap og føre til økt respekt (Hemberg & Vilander, 2017). Dette betyr ikke nødvendigvis at man skal akseptere alt innenfor en kultur, men det tyder på at man burde være åpen for å høre om andre måter å tenke og gjøre ting på. En åpen og utforskende holdning vil sannsynligvis være nyttig for å oppnå større respekt for pasienter som er annerledes enn oss selv. Når sykepleiere bekrefter pasientenes behov og kultur,

opplever de dem som unike og meningsfulle mennesker som igjen vil skape trygghet (Hemberg & Vilander, 2017).

Leiningers sier at det å lære språket innenfor en kultur vil kunne bidra til å forstå de kulturelle fenomenene (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015a, s. 55). På sykehus har man ett annet tidsaspekt enn på for eksempel sykehjem. Det å bli kjent med pasientens kultur og språk kan derfor være mer utfordrende, og kanskje for mye å kreve av sykepleierne. Interesse for pasienten og pasientens kultur vil da gjerne være vel så viktig. For å vise interesse må man som sykepleier gjerne gi det lille ekstra. Dette kan være å stille spørsmål om pasientens bakgrunn og kultur, og kanskje lære seg noen ord på pasientens språk (Jirwe et al., 2010).

## 5.2 Kommunikasjonsstrategier

I flere av studiene presenteres det ulike kommunikasjonsstrategier som kan benyttes for å minske språkbarrierene. I hovedsak dreier dette seg om ulike former for nonverbal kommunikasjon. Alle respondentene ser ut til å være enige i at nonverbale kommunikasjonsferdigheter er med på å minske språkbarrierer (Hemberg & Vilander, 2017; Jirwe et al., 2010; Nielsen & Birkelund, 2009), det samme sier Eide og Eide (2017).

I Hemberg og Vilander (2017) sin studie kommer det frem at kroppsspråk kan gjøre det mulig å kommunisere selv om man ikke har ett felles språk. En sykepleierstudent i Jirwe et al. (2010) sier også at kroppsspråk er et godt verktøy å bruke, da hun har lært at 70% av kommunikasjonen er kroppsspråk. På den andre siden vil ikke nonverbal kommunikasjon minske språkbarrieren dersom man ikke har kunnskaper om kultur- og språkforskjeller. Flere av de aktuelle studiene setter søkelys på de kulturelle forskjellene, men ikke i like stor grad på de konkrete språkforskjellene. Mennesker med ulik kulturell bakgrunn vil kunne formidle ulike budskap gjennom det samme nonverbale språket (Fife, 2002, s. 119). Hvis man ikke har kunnskaper om dette vil det kunne oppstå misforståelser og inkongruens i samhandlingen med de minoritetsspråklige pasientene (H. Eide & Eide, 2017). Likevel kan god nonverbalkommunikasjon bidra til tillit og trygghet for pasientene, dersom sykepleieren er i stand til å observere ansiktsuttrykk og bevegelser på riktig måte (Hemberg & Vilander, 2017). Sett i lys av dette vil ferdigheter og kunnskap innenfor nonverbalkommunikasjon

være avgjørende for en god relasjon. Gjennom å bevisst bruke teori og kunnskap om nonverbalkommunikasjon i en samhandling, kan man lettere oppnå dette (T. Eide & Eide, 2004).

Tilstedeværelse og det «å bare være», kan si mer enn ord. Man trenger derfor ikke nødvendigvis alltid å kombinere det nonverbale språket med ord. Det å bare ta seg tid og være tilstede kan lindre ensomhet og lidelse, samt bidra til å skape trygghet for pasienten (Kristoffersen & Breievne, 2016, s. 198). Dersom en som sykepleier er stresset og utrygg i en situasjon vil dette fort merkes hos pasienten. Det å handle og snakke rolig kan skape et behagelig og avslappende pleiemiljø, som også kan ha en tendens til å smitte over på pasienten (Hemberg & Vilander, 2017). I en travel sykehushverdag kan dette være utfordrende, men et smil, en kjærlig hånd og ett «lykke til» kan bety mer enn man tror og være grunnlaget for et godt omsorgsfullt forhold (Hemberg & Vilander, 2017). Det kan likevel være viktig å vite noe om pasientens grenser før man berører. Berøring kan virke motsatt dersom pasienten ikke er forberedt på dette. I denne sammenhengen er det også store kulturelle forskjeller. Å være bevisst sin egen holdning og sitt eget nonverbale uttrykk ser altså ut til å være en forutsetning for god og helhetlig omsorg. Som Leininger beskriver kan et slikt fokus være med på å gi kongruent, meningsfull og gunstig omsorg til hver enkelt pasient (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015b).

En annen interessant kommunikasjonsstrategi som kommer frem er kreativitet (Hemberg & Vilander, 2017; Suurmond et al., 2011). I dette legges det at man har vilje til å bruke seg selv i en interaksjon for å få den andre til å forstå. Man må da gjerne gå ut av komfortsonen, og bruke hele seg selv for å formidle et budskap. Det at sykepleieren legger så mye i at pasienten skal kunne forstå, kan ha positiv innvirkning på pasienten da man gjerne føler seg satt pris på og viktig. Dette vil bidra til et godt tillitsforhold og trygghet hos pasienten (Hemberg & Vilander, 2017). Ulike kreative metoder som kan benyttes er tegnspråk, bilder, kunst, tegninger og gjenstander (Hemberg & Vilander, 2017; Jirwe et al., 2010). I Jirwe et al. (2010) kommer det frem eksempler på hvordan man kan bruke gjenstander som verktøy. Man kan for eksempel vise et glass med vann og late som man drikker for å finne ut av om pasienten er tørst (Jirwe et al., 2010). I den egen opplevde pasientcasen ble det benyttet google translate, og ulike lapper med bilder som pasienten kunne peke på. Disse kreative metodene gjorde det ikke helt uproblematisk å forstå, men man viste vertfall engasjement

og vilje ovenfor pasienten. En pasient uttrykte i Hemberg og Vilander (2017) at sykepleierens tålmodighet og vilje til å forstå opplevdes godt, og at man på grunn av dette følte seg mer anerkjent. Mye tyder derfor på at kreativitet, tålmodighet og vilje kan være med på å gi pasienten en følelse av å bli tatt vare på.

#### 5.2.1 Pårørende som tolk

Det går igjen i artiklene at sykepleiere bruker pårørende som tolk. Sykepleierstudenter i Jirwe et al. (2010) og sykepleiere i Nilsen og Birkelund (2009) uttaler at de har positive erfaringer med bruk av pårørende som tolk dersom det ikke dreier seg om svært alvorlige situasjoner. Videre kan det å inkludere de pårørende heve nivået av håp og humør hos pasientene (Hemberg & Vilander, 2017). Det vil være positivt for pasientenes trygghet og mestring av sykdommen. På den andre siden er det flere sykepleiere som setter søkelys på utfordringene ved å bruke pårørende som tolk. Når pårørende tolker er det en risiko for selektiv informasjonsutveksling, da de pårørende kan utelate informasjon for å beskytte pasienten (Jirwe et al., 2010). Fra de pårørendes side er det forståelig at det kan være krevende å være nær og viktig i en vanskelig situasjon, og at man derfor vil si seg motvillig til å tolke. Flere pasienter uttrykker også i Suurmond et al. (2011) at de foretrekker profesjonell tolk, da de ikke vil utsette sine nære for eventuell vanskelig og alvorlig informasjon. Magelssen (2008, s. 152) skriver om viktigheten av å ikke bruke familie, barn og venner som tolk, da det kan skape uklare roller samt sette taushetsplikten på spill. Alle respondentene synes å være enige om at det ikke er heldig å bruke barn som pårørende, selv om det i noen tilfeller blir gjort (Nielsen & Birkelund, 2009).

I lys av dette tyder det på individuelle forskjeller i hvordan sykepleier og pasient oppfatter bruken av pårørende som tolk. I noen situasjoner vil det gjerne fungere tilstrekkelig, men ikke nødvendigvis alltid. I en sykehushverdag vil det ikke være mulig å ha en tilgjengelig profesjonell tolk til stede til enhver tid, pårørende kan da gjerne fungere som et godt supplement i kommunikasjonen om de hverdagslige tingene. Som i den egenerfarte pasientcasen som ble presentert innledningsvis kan pårørende være en nyttig ressurs når en skal spørre om enkle ting som «Er du sulten?» og «Har du vondt?».

### 5.2.2 Bruk av profesjonell tolk

Selv om mange mener tolk er det beste for å overvinne språkbarrierer, blir det rapportert om underforbruk (Jirwe et al., 2010; Le et al., 2013; Nielsen & Birkelund, 2009; van Rosse et al., 2016). Flere pasienter i Nederland rapporterer om lave nederlandske språkferdigheter, likevel blir det i 30% av pasientjournalene ikke rapportert om pasienters språkutfordringer (van Rosse et al., 2016). Dette viser en stor underrapportering av språkbarrierer i nederlandske sykehus, noe som også kan være tilfelle i Norge. Dersom det er en slik underrapportering av språkbarriere, kan det være vanskelig å vite om pasientens behov for tolk. I en norsk studie diskuteres det i hvilken grad «lite norsk» og «litt norsk» er tilstrekkelig for at pasienten forstår (Le et al., 2013). Det viser seg her at det er store individuelle forskjeller i hvordan man vurderer pasientens behov for tolk. I den danske studien til Nilsen og Birkelund (2009) kommer det også frem at de ofte tror pasienten forstår mye, før det etter hvert viser seg at de ikke gjør det. På tre av fire sykehus i Nederland var det ikke noe standardisert skjema eller retningslinje i forhold til oppdagelse og rapportering av språkutfordringer (van Rosse et al., 2016). Dette førte til at rapporteringene av språkutfordringer ofte ble utydelig, dette kan ses i eksempel fra pasientjournaler: «Pasienten sier ja til alt, men jeg tviler på om han forstår alt», eller «pasienten ønsker å se et nederlandsk TV-program, jeg antar derfor at pasienten snakker nederlandsk» (van Rosse et al., 2016). Det å oppdage pasientens tolkebehov er utfordrende sett i lys av dette. Særlig visst pasienten ikke selv ytrer behov, eller dersom man ikke har verktøy for å oppdage språkbarrierene. Som en følge av dette vil informasjon om pasientens rettigheter være viktig, da pasienten selv lettere kan få medvirke og uttrykke sine behov.

Når det blir brukt profesjonell tolk, vil trolig språkbarrieren reduseres. Likevel kan relasjonen mellom sykepleier og pasient svekkes, da det skapes en viss avstand. Gjennom en tolk vil det være vanskelig å få vist sin omsorg og medfølelse ved hjelp av den nonverbale kommunikasjonen. På den andre siden kan det at man engasjerer en tolk vise at man handler i pasientens interesse, og at man virkelig ønsker å forstå og lytte til pasienten.

### 5.3 Kulturell kompetanse hos sykepleieren

Leininger sier at sykepleiere må ha kunnskap og ferdigheter innen transkulturell sykepleie for å kunne gi meningsfull og helhetlig omsorg til minoritetsspråklige pasienter (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015b). Sykepleierstudenter gir uttrykk for at de er enig, da de beskriver møte med minoritetsspråklige pasienter lettere dersom de har forståelse av forskjellige kulturelle normer og tradisjoner (Jirwe et al., 2010). I studien til Jirwe et al. (2010) kommer det også tydelig frem at sykepleiere som selv har etnisk minoritetsbakgrunn har lettere for å takle møter med minoritetsspråklige pasienter. Det tyder derfor på at kunnskap og erfaring med kulturelle ulikheter kan være avgjørende for et positivt møte med minoritetsspråklige pasienter.

Leininger har mye fokus på de kulturelle forskjellene, men ikke like mye på de kulturelle likhetene. Dette kan man rette kritikk mot da fokus på forskjeller kan skape en større avstand mellom pasient og sykepleier enn nødvendig. Som professor Hylland sa, er kultur dynamisk og ikke «rene enheter» som kan avgrenses (Dahl, 2013, s. 35). De individuelle forskjellene kan altså være vel så store som de kulturelle. En sykepleierstudent belyser dette da hun sier at det må være balanse mellom kulturelle -og individuelle forskjeller (Jirwe et al., 2010). Risikoen for å plassere mennesker i bås kan være større ved mye kulturell kompetanse.

Kunnskap om transkulturell sykepleie vil med stor sannsynlighet gjøre kommunikasjonen i flerkulturelle møte lettere, men ikke nødvendigvis uproblematisk. Kulturell kompetanse gjør det lettere å forstå hvorfor pasienter oppfører seg annerledes og har et annet verdenssyn enn en selv (Jirwe et al., 2010). Fife (2002) beskriver språket som den viktigste faktoren for kulturell kompetanse, og Leininger sier at man må lære språket innenfor en kultur (McFarland & Wehbe-Alamah, 2015a). Sett i lys av dette er det kanskje språkforskjellene en må studere, så vel som kulturen ellers. Den nonverbale kommunikasjonen kommer til uttrykk på forskjellige måter i ulike kulturer. Kunnskap og bevissthet rundt dette kan derfor være avgjørende i samspill med minoritetsspråklige pasienter. Å lære noen ord fra pasientens språk kan muligens føre til en bedre flyt i kommunikasjonen, samtidig viser man interesse og vilje til å forstå. Kunnskap om språkforskjeller kan gjøre at vi forstår pasientene bedre. Dette kan gjøre at pasientene opplever mer trygghet.



Mye tyder på at det vil være nyttig å ha noe kulturell kompetanse for å forbedre kommunikasjonen med minoritetsspråklige pasienter. Det er derfor viktig at sykepleierstudenter får tilegnet seg kunnskap om transkulturell sykepleie under studieløpet. Som sykepleierstudent selv oppleves denne undervisningen noe nedprioritert og mangelfull. Mulighetene for utveksling har også blitt sparsomme på grunn av covid-19 situasjonen. Dersom man er heldig får man erfaring med transkulturell sykepleie i praksis. Studenter i Jirwe et al. (2010) beskriver likevel at mye av den kulturelle kunnskapen kommer uformelt gjennom livserfaring. Ved høyskolen i Vestfold synes også enkelte at temaet gis for lite oppmerksomhet. Det tilbys der videreutdanning innenfor temaet, der mange sykepleiere deltar da de ikke har lært noe om sykepleiefagets kulturdimensjon i sin grunnutdanning (Claus & Viken, 2009).

#### 5.4 God informasjonsutveksling

Kontinuerlig informasjon er utvilsomt avgjørende for alle pasienter innlagt på sykehus. God informasjonsutveksling vil skape trygghet for både pasient og sykepleier. Det å regelmessig informere pasientene skaper tillit og sikkerhet, det kan også redusere pasientens eventuelle bekymringer (Hemberg & Vilander, 2017). Gjensidig tillit og trygghet vil være avgjørende for å bygge en god relasjon (Helgesen, 2016, s. 146), som er avgjørende for å kunne gi god og helhetlig sykepleie.

Språkbarrierene som oppstår når man ikke har et felles språk, setter god informasjonsutvekslingen i fare. I relasjoner preget av dårlig kommunikasjon, vil møte mellom sykepleier og pasient oppleves mangelfullt (Jirwe et al., 2010). Deltagere i studien til Jirwe et al. (2010) beskriver at de har bekymringer rundt det å gi tilstrekkelig og god kommunikasjon til de minoritetsspråklige pasientene. De uttrykker at de er redde for å gi begrenset informasjon til pasientene, og at den begrensede informasjonsutvekslingen gir en mekanisk og upersonlig omsorg (Jirwe et al., 2010). Dette kommer frem i et eksempel gitt av en sykepleierstudent:

Vi kunne ikke kommunisere, han forstod ikke hvorfor jeg trengte å erstatte den perifere venekanylen, og jeg klarte ikke å forklare det heller. Det ble så jeg gjorde jobben

min, og det var det. Det følte ikke riktig, å bare gå inn der for å utføre oppgaven og deretter gå (Jirwe et al., 2010).

Dette tyder på at det er vanskelig å gi god og helhetlig omsorg for pasientene, samt at språkbarrieren vil skape utrygghet for både pasient og sykepleier.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven er det personellet som gir informasjonen som skal sørge for at informasjonen er forstått (1999, §3-5). Likevel hevder minoritetsspråklige pasienter at de ikke mottar tilstrekkelig informasjon fra helsepersonellet om deres medisinske tilstand (Suurmond et al., 2011). Dette betyr ikke nødvendigvis at helsepersonellet ikke har gitt informasjon, men det kan være at informasjonen ikke er forstått. Dette belyser at informasjonsutveksling med minoritetsspråklige pasienter er komplisert og utfordrende. Sykepleierne bør derfor tilstrebe å forenkle språket sitt, bruke verktøy for å minske språkbarrierene og tilpasse informasjonen ut ifra pasientens språk og kultur (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det kan også bidra til å balansere maktforholdet som oppstår mellom sykepleier og pasient (Magelssen, 2008, s. 70).

Det er ikke bare sykepleierne som har vansker med å gi informasjon. I studien til Jirwe et al. (2010) uttrykker sykepleierne at de er bekymret for om pasienten får uttrykt sine behov tilstrekkelig. Pasienter beskriver i Suurmond et al. (2011) at de føler informasjonen de selv gir ikke blir forstått og lyttet til, og at dette fører til negative opplevelser i møte med helsevesenet. For å hindre at pasienter sitter igjen med denne følelsen, bør sykepleierne forsøke å ha god tid sammen med pasientene, og vise interesse og vilje til å forstå. Dette kan gjøres gjennom god nonverbal kommunikasjon. Noen av pasientene uttrykker i tillegg at de trodde det var deres ansvar å forstå, og skyldte dermed på seg selv for dårlige språkkunnskaper (Suurmond et al., 2011). På den andre siden er det ikke alle sykepleiere som føler seg ansvarlig for å bygge bro mellom språkbarrierene (Sommerfeld & Rosenberg, 2019). Kommunikasjon er noe som går begge veier, begge parter må naturligvis legge inn en innsats i å forstå hverandre. Likevel er pasienter innlagt på sykehus sårbare. Dersom man i tillegg skylder på seg selv for dårlige språkkunnskaper vil ikke opplevelsen på sykehus bli god. Sykepleierne må derfor sørge for at informasjonen blir forstått og ikke utnytte seg av pasientenes sårbarhet (NSF, 2019). Som en følge av dette bør sykepleierne ta ansvar for å minske språkbarrierene, og formidle til pasientene at dette ikke er deres feil eller ansvar. Dette kan skape en større følelse av trygghet for pasientene.

Et annet viktig aspekt når språkbarrierer preger informasjonsutvekslingen, er at pasientens sikkerhet trues. Særlig når det kommer til å få god og riktig behandling. I van Rosse et al. (2016) blir det beskrevet at en pasient ikke forstod instruksjonene om å ligge på siden. Det resulterte i en operasjon, fordi et trykksår hadde blitt forverret. Et annet eksempel omhandler utilstrekkelig registrering av væskebalanse. I dette tilfellet forstod ikke pasienten at han måtte bruke urinflaske istedenfor toalett (van Rosse et al., 2016). Eksempler som dette får en til å stille spørsmål om hvorvidt sykepleierne tilstreber at pasienten skal forstå den informasjonen som blir gitt. Dersom man ser at nonverbal kommunikasjon, som for eksempel bilder og tegninger ikke er tilstrekkelig, bør man bruke tolk for å forhindre å havne i alvorlige situasjoner.

## 6.0 Konklusjon

Det er nå presentert og drøftet relevant teori og forskning for å forsøke å svare på problemstillingen: *Hvordan kan kommunikasjon bidra til trygghet for minoritetsspråklige pasienter innlagt på sykehus?* Det viser seg at holdninger, kommunikasjonsstrategier, kulturell kompetanse og informasjonsutveksling er sentralt.

For å kunne bidra til mer trygghet for minoritetsspråklige pasienter gjennom kommunikasjon er det avgjørende å minske den aktuelle språkbarrieren som oppstår. Dette kan gjøres ved hjelp av for eksempel kreativitet og god nonverbal kommunikasjon, likevel vil ikke dette alltid være tilstrekkelig. Alle pasienter innlagt på sykehus vil med stor sannsynlighet ha behov for kontinuerlig informasjon for å føle seg trygge, dette gjelder da naturligvis også de minoritetsspråklige pasientene. Informasjonsutveksling vil ofte være krevende når relasjonen er preget av en språkbarriere, og bruk av tolk vil da i noen tilfeller være nødvendig. Pårørende kan gjerne være et godt verktøy når man ikke har tilgang på profesjonell tolk, men man må da være bevisst de utfordringene det kan bringe med seg. Bruk av tolk vil i stor grad minske språkbarrieren, men bruk av tolk kan også skape en større avstand i relasjonen mellom sykepleier og pasient.

For å kunne skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient vil tillit være avgjørende. Sykepleieren må derfor være bevisst sine egne holdninger, og ha respekt og åpenhet for andre som ikke ligner enn selv. Det å vise at man bryr seg gjennom å ta seg tid, vise interesse

og ha vilje til å forstå kan skape et godt tillitsforhold, som igjen vil ha mye å si for pasientens opplevelse av trygghet. Kulturell kunnskap vil kunne bidra til at man oppnår bedre kommunikasjon med de minoritetsspråklige pasientene. Som Leingers beskriver vil kunnskap om kultur og språk kunne gi bedre forutsetninger for å gi helhetlig, kongruent og meningsfull sykepleie. Likevel vil det være viktig å ikke fokusere for mye på forskjellene, da det kan skape større avstand enn nødvendig. Å være bevisst sitt eget ståsted og sine egne verdier kan derfor være vel så viktig, for å kunne møte minoritetsspråklige pasienter på en respektfull måte.

Gode holdninger og respekt for ulikheter, sammen med kultur -og språkkunnskap synes å kunne bidra til bedre kommunikasjon. Dette fokuset kombinert med ulike kommunikasjonsstrategier vil trolig kunne bidra til bedre kommunikasjon og dermed også mer trygghet for minoritetsspråklige pasienter innlagt på sykehus.

## 7.0 Litteraturliste

- Claus, I. B. & Viken, B. (2009). Sykepleie og kulturell trygghet. *Sykepleien*, 92(7), 40–43.  
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2004.0030>
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: Innføring i interkulturell kommunikasjon* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dahl, Ø. (2018, 26. oktober). *Kommunikasjon og kultur*. NDLA.  
<https://ndla.no/nb/subject:18/topic:1:185337/topic:1:53961/?filters=urn:filter:18569f4e-5901-472a-96a0-b06c09b201fb>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Dzamarija, M. T. (2017, 29. mai). *Innvandrere og deres norskfødte barn*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-og-deres-norskfodte-barn-gruppenes-sammensetning>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Gyldendal akademisk.
- Fife, A. (2002). *Tverrkulturell kommunikasjon*. Yrkeslitteratur.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Hanssen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 81–103). Gyldendal akademisk.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 141–167). Gyldendal akademisk.
- Hemberg, J. A. V. & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 822–829. <https://doi.org/10.1111/scs.12403>
- 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>

- Kasin, O. (2008). Flerkulturell—Hva er det og hvem er det? I A. M. Otterstad (Red.), *Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold: Fra utsikt til innsikt* (s. 55–77). Universitetsforlaget.
- Kolbjørnsen, I. E. & Engeland, L. (2016). Reduserer språkbarrierer på sykehus. *Sykepleien*, 104(11), 80–84. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.59420>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling—En historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15–80). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3, Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 187–235). 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(10), 999–1005.
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene* (2. utg.). Akribe.
- McFarland, M. R. (2018). Theory of Culture Care Diversity and Universality. I M. R. Alligood (Red.), *Nursing Theorists and their work* (9. utg., s. 339–358). Elsevier.
- McFarland, M. R. & Wehbe-Alamah, H. B. (2015a). The Ethnonursing Research Method. I M. R. McFarland & H. B. Wehbe-Alamah (Red.), *Leininger's Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3. utg., s. 35–71). Jones & Bartlett.
- McFarland, M. R. & Wehbe-Alamah, H. B. (2015b). The Theory of Culture Care Diversity and Universality. I M. R. McFarland & H. B. Wehbe-Alamah (Red.), *Leininger's Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3. utg., s. 1–34). Jones & Bartlett.
- 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>
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Sommerfeld, K. & Rosenberg, A. (2019). Hvordan unngå at språkvansker fører til feilbehandling? *Sykepleien*, 107(4), 70–76.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.74962>
- Språkrådet & UIB. (u.å.). *Bokmålsordboka/nynorskordboka*. Språkrådet. Hentet 15. mars 2021 fra <https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=>
- SSB. (2021). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. Statistisk sentralbyrå.  
<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2021-03-09>
- Suurmond, J., Uiters, E., de Bruijne, M. C., Stronks, K. & Essink-Bot, M.-L. (2011). Negative health care experiences of immigrant patients: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 11(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-10>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thorbjørnsrud, B. (2019). Kultur, helse og sykdom. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn* (3. utg., s. 253–287). Gyldendal.
- 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>
- VID. (2017). *Retningslinjer for akademisk oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning -og masternivå—APA7th*. VID Vitenskaplige høyskole.  
<https://www.vid.no/site/assets/files/7525/retningslinjer-for-oppgaveskriving-apa-norsk-vid-1.pdf?nc=1601034432>