

Kulturelle forskjeller,
en barriere i likeverdig kreftomsorg?

Cultural differences,
a barrier in equal cancer care?

Kandidatnummer: 14

VID vitenskapelige høyskole
Campus Haraldsplass, Bergen

Fordypningsoppgave
Videreutdanning i kreftsykepleie

Kull: 2021 Heltid

Antall ord: 4353

28.april 2022

«Slik vi betrakter et menneske, slik behandler vi det også.»
Bent Falk.

Sammendrag

Introduksjon: Pasienter som rammes av en kreftdiagnose, står ovenfor vanskelige utfordringer og valg når diagnosen blir kjent. Uvissheten for fremtiden, kan oppleves krevende for de fleste. Det norske helsevesenet følger en likhetsfilosofi, der alle mennesker, har rett på likeverdig helsehjelp uavhengig av språk, kultur og bakgrunn. Med en stadig økning i minoritetsbefolkning i Norge, vil det være hensiktsmessig å tilegne seg kunnskap fra minoritetspasientenes opplevelser i helsevesenet. Dette for å få kunnskap om hvilke tiltak som kan styrke likeverdig helsehjelp for minoritetspasienten i kreftomsorgen.

Problemstilling: «Hvordan påvirker kommunikasjon og kulturelle forskjeller likeverdig kreftomsorg til pasienter med minoritetsbakgrunn?»

Metode: Det er benyttet litteraturstudie for å kunne svare på problemstillingen. Det ble gjennomført systematiske søk i databasene «Cinahl», «Google Scholar», «Medline» og «PubMed». Utvalget av studiene ble nøye gjennomgått og kvalitetssikret ved hjelp av standardiserte sjekklister, før de ble tematisk analysert.

Resultater: Minoritetspasienter i kreftomsorgen, opplever kommunikasjon i møte med helsevesenet som krevende. Informasjonen formidles hovedsak på et språk pasienten ikke evner å forstå. Mangel på kulturell kompetanse hos helsepersonellet, bidrar til at minoritetspasienten ikke får en helhetlig oppfølging i kreftomsorgen.

Konklusjon: Økt kulturell kompetanse hos helsepersonell vil være avgjørende for å kunne tilby likeverdig kreftomsorg for minoritetspasienten. For å kunne møte ulike kulturelle forskjeller, må helsepersonell være bevisst på egne kulturelle holdninger. Utfordringer knyttet til språk- og kommunikasjonsproblemer kan bedres ved å benytte profesjonell tolk i samtale.

Nøkkelbegreper: Kommunikasjon, tolk, kulturelle forskjeller, minoritet pasient, kreft

Summary

Introduction: Patients affected by a cancer diagnosis, face difficult challenges when the diagnosis becomes known. The uncertainty for the future can be challenging. The Norwegian healthcare system follows a philosophy of equality, where all people are entitled to equal healthcare regardless of language, culture and background.

With a steady increase in the minority population in Norway, it will be appropriate to acquire knowledge from minority patients' experiences in the healthcare system. This is to gain knowledge about which measures can strengthen equal healthcare for minority patients with cancer.

Research question: "How do communication and cultural differences affect cancer care to patients with minority background?"

Method: Literature study has been used to answer the problem. Systematic searches were performed in the databases "Cinahl", "Google Scholar", "Medline" and "PubMed". Selected studies was reviewed and quality assured using standardised checklists, before they were thematically analysed.

Results: Minority patients in cancer care, experienced challenging communication. The information is communicated mainly in a language the patient is unable to understand. A lack of cultural competence among the healthcare providers contributes to the minority patient not receiving a comprehensive follow-up in cancer care.

Conclusion: Increased cultural competence among healthcare providers will be crucial in providing equal cancer care for minority patients. In order to meet different cultural differences, healthcare providers must be aware of their own cultural attitudes. Challenges related to language and communication problems can be improved by using a professional interpreter in conversation.

Key concepts: Communication, interpreter, cultural differences, minority patient, cancer.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Problemstilling.....	2
1.2 Hensikt med oppgaven.....	2
2 Metode.....	3
2.1 Litteratursøk.....	3
2.2 Utvelgelse av artikler.....	4
2.3 Analyse.....	5
3 Resultat.....	6
3.1 Kommunikasjon.....	8
3.2 Tolk.....	10
3.3 Kulturelle ulikheter.....	11
4 Diskusjon.....	13
4.1 Kommunikasjon mellom kulturer.....	13
4.2 Tilrettelegge for forståelse.....	14
4.3 Kulturell forståelse av sykdom, livssyn og religion.....	15
4.4 Styrker og begrensninger.....	16
5 Konklusjon.....	17
Refereranseliste.....	18

Vedlegg 1 PEO skjema (Population, Exposition, Outcome)

Vedlegg 2 Kvalitetsvurdering av artikler

Vedlegg 3 Søkehistorikk

1 Innledning

Pasienter som rammes av en kreftdiagnose, står ovenfor mange utfordringer når informasjon om diagnose og behandling blir formidlet. Mange må gjennomgå avansert behandling, ta vanskelige valg, og håndtere de bivirkningene som eventuelt følger med og senskadene som kan komme. Mange bærer på en frykt om at kreftsykdommen ikke kan kureres, eller en frykt for tilbakefall av sykdom når man tror man er blitt frisk. For andre handler en kreftdiagnose om å forberede seg på døden i nær fremtid (Reitan, 2017, s.34-35).

I januar 2022, var 1025.175 personer med innvandrerbakgrunn registrert bosatt i Norge. Statistikken viser en økning på 6,4% personer med innvandrerbakgrunn fra januar 2021 til januar 2022. 1.januar 2022, ble det anslått at innvandrerbefolkningen utgjør 18,9% av Norges befolkning, og er stadig i vekst (Statistisk sentralbyrå, 2022).

Den stadige økningen i antall personer med innvandrerbakgrunn, heretter kalt minoritetsbefolkning, bidrar til at det norske samfunnet i større og større grad blir et flerkulturelt samfunn. Med minoritet menes en gruppe mennesker som er i mindretall i et storsamfunn (Eriksen & Sajjad, 2020, s.77).

Det norske samfunnet er bygget opp på en likhetsfilosofi, en ide som er bygget på at alle mennesker er like mye verd, og ut fra det skal ha like muligheter, rettigheter og plikter (Hornthvedt, 2015, s.10). Økning av minoritetsbefolkning, vil kunne sette nye krav til helsepersonellens måte å møte denne filosofien på. Ulik kulturell forståelse, kan bidra til ulike forventninger og adferd både hos sykepleier, men også hos pasienten og dens familie (Hanssen, 2019, s.65). Dersom pasienten og helsepersonellens oppfatning av helse, sykdom og behandling er svært forskjellig, vil det kunne oppstå misforståelser og frustrasjon og sykdomsprosessen vil kunne oppleves ekstra belastende for pasienten (Hanssen, 2019, s. 65-66). Det er derfor viktig at helsepersonellet har kjennskap og kunnskap om at slike forskjeller eksisterer på tvers av kulturer. Kultur er komplekst. Det består av språk, kunnskap, trosformer, kunst, moral, jus og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn (Eriksen & Sajjad 2020 s.35). Dette forteller litt om kompleksiteten rundt behovene som skal møtes.

Det er kjent at språkbarriere og ulike kulturelle koder for hvordan man kommuniserer, tenker og handler, og manglende kulturell bevissthet hos helsearbeidere, kan bidra til dårligere omsorg og behandling hos minoritetspasienter (Hanssen, 2019, s. 33-34). Ut fra denne tematikken ønsker jeg å jobbe videre fra følgende problemstilling.

1.1 Problemstilling

«Hvordan påvirker kommunikasjon og kulturelle forskjeller likeverdig kreftomsorg til pasienter med minoritetsbakgrunn?»

1.2 Hensikt med oppgaven

Med en stadig økning i minoritetsbefolkning i Norge, vil det være hensiktsmessig å tilegne seg kunnskap fra minoritetspasientenes opplevelser i helsevesenet. Dette for at kreftpasienter med minoritetsbakgrunn, skal oppleve å få et likeverdig helsetilbud.

2 Metode

Valgt metode for denne studien er litteraturstudie. En litteraturstudie har som hensikt å systematisere og samle inn litteratur fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s.79-80). Dette innebærer en omfattende gjennomgang og tolkning av litteratur relatert til et bestemt tema (Aveyard, 2019, s. 2). Litteraturen skal gjennomgås kritisk og til slutt sammenfatte en helhet. På denne måten vil man kunne komme frem til en oppdatert og fornyet forståelse av kunnskapen problemstillingen etterspør (Thidemann, 2019, s.79-80).

2.1 Litteratursøk

I desember 2021, ble det startet systematiske søk i relevant pensumlitteratur i kreftsykepleie, faglitteratur knyttet til problemstilling og de ulike databaser; «Cinahl», «Google Scholar», «Medline» og «PubMed». Målet med de første søkene, var å få en oversikt over hvilken forskning og litteratur som var tilgjengelig, og hente inspirasjon til hvilket fokus litteraturstudien skulle omhandle. «SveMed+», som er en nordisk database, ble benyttet til å identifisere MeSH-termer (emneord), som kunne benyttes videre i søkeprosessen. Videre ble også Helsebibliotekets verktøy «Mesh på norsk», benyttet for å finne mer spesifikke søkeord.

Ved å opprette en problemstilling, synliggjøres hva man ønsker studien skal rette oppmerksomhet mot (Thagaard, 2018, s.46). Først når en problemstilling etableres, kan systematiske søk i databaser, og analyser av relevant litteratur gjennomføres (Aveyard, 2014, s. 42.) Problemstillingen i denne oppgaven er basert på «PEO» (P - Population, problem: E - Exposition / Issue / Interest: O – Outcome) (se vedlegg 1).

Emneord og tekstord ble benyttet i søkeprosessen. Videre ble det gjennomført blokkøk, hvor det ble benyttet kombinasjonsord (boolske operatorer) som AND og OR.

I starten av søkene ble emneord og tekstord kombinert, for å kunne søke mer åpent og få mange treff på temaet. Det ble det søkt mellom de ulike emneordene i PEO, kombinert med «AND» og deretter med «OR». Databasene «Cinahl» og «Pubmed» var databasene som gav mest relevante treff i søkene, og hvor artiklene som ble benyttet i litteraturstudien ble hentet fra.

Store deler av treffene som ble gjort, kunne ikke benyttes. Enten fordi artikkelen var over 10 år, eller fordi mye av litteraturen som kom frem var fra litteraturstudier. Referansesøk i litteraturstudiene bidro likevel til muligheten til å kunne finne passende og relevant litteratur for studien. Søkene ble avgrenset til artikler publisert fra 2012-2022. Andre inklusjonskriterier var at artiklene var nordiske/engelskspråklige, og skulle være fagfellevurdert, som vil si at artiklene er kvalitetssikret av eksperter på fagfeltet (Nordtvedt et al., 2012, s. 197). Artiklene skulle inneholde informasjon om likeverdig kreftomsorg for minoritetspasienter over 18 år fra ikke-vestlige land. Ikke alle artiklene av relevans var tilgjengelig i fulltekst i databasene. Det ble derfor gjort søk etter artiklene i Oria for å kunne få tilgang i fulltekst. Det er ellers benyttet faglitteratur i tillegg til forskningsartikler i litteraturstudien.

Følgende emneord / tekstord ble benyttet: «Cancer», «Cancer care», «Cancer patient» «Communication», «Cross cultural» «Cross cultural communication» «Culture» «Culturally competent care», «Cultural competency», «Cultural diversity», «Equal health care», «Health care», «intercultural» «Intercultural care», «Minority» «Minority background», «Neoplasm».

2.2 Utvelgelse av artikler

Belysning av problemstillingen vil synliggjøres gjennom kvalitativ og kvantitativ forskning. I kvalitativ forskning søker en forståelse av sosiale fenomener. Utvalget består vanligvis av relativt få informanter hvor deres opplevelser og meninger synliggjøres gjennom data (Thagaard, 2018, s.15-16). Kvantitativ forskning vil kunne tilføre studien en breddekunnskap. Forskning baseres på en større gruppe informanter. Dette bidrar til at resultatene kan generaliseres (Thidemann, 2019, s. 76-77).

Under litteratursøket ble artikler valgt ut basert på tittel og abstrakt rettet opp mot problemstillingen. En rekke av artiklene ble forkastet i denne prosessen da de viste seg å være irrelevante, enten basert på tema, minoritetes gruppe, alder eller at studien i seg selv var en litteraturstudie. Relevante artikler ble lest i fulltekst, og kvalitetssikret ved hjelp av standardiserte sjekklister (se vedlegg 2) for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler (Helsebiblioteket, 2016). 9 artikler ble valgt ut for å inkluderes i studien. Hvorav 1 kohortstudie, 2 tverrsnittstudier og 6 kvalitative studier.

Artiklene som benyttes er alle engelskspråklige, og gjennomført i Australia, Belgia, Danmark, Norge, Sveits og USA. Kultur og leveste i overnevnte landene, vil kunne gjøre det sannsynlig at resultatene i studien kan være relevante også i Norge.

Fokuset i litteraturstudien, er å undersøke om kreftpasienter med minoritetsbakgrunn, opplever likeverdig kreftomsorg til tross for ulik kultur og språk i nytt land. For å kunne se temaet fra ulike vinkler, er det også tatt med artikler som synliggjør erfaringer sykepleier og lege har i møte med kreftpasienter med minoritetsbakgrunn.

Det synliggjøres hvordan forskeren har gått frem i studiet, hvilke hensyn som er tatt og hvilke endringer som eventuelt er gjennomført. Det beskrives frivillig deltagelse, og at deltagerne i studien får informasjon på et språk de behersker, noe som gir dem muligheten til å kunne ta egne og riktig valg om de ønsker å delta i studien eller ikke. Forskningsetiske retningslinjer er med på å trygge at resultatene som kommer frem kan stoles på, samt at etiske prinsipper ovenfor deltagerne i prosjektet ivaretas. Med andre ord, forskningsetikk handler om holdninger, kultur og god vitenskapelig praksis (Forskningsetikk, 2019).

2.3 Analyse

Malterud (2017, s.71), forteller at det må det gjennomføres en systematisk gjennomgang av aktuelle artikler, før artiklene kan analyseres og tematiseres. Ifølge Aveyard (2019, s.143) er første steg i analyseprosessen å lese gjennom artiklene nøye og gjøre seg kjent med innholdet, for så å kunne sammenfatte resultatene i studiene. Analysen skal hjelpe oss å finne ut hva forskningen forteller, derfor er det vesentlig at en innehar god kunnskap om innholdet i artikkelen før dette kan gjennomføres (Dalland, 2017, s.87-88).

Først ble resultatdelen i artiklene grundig gjennomlest flere ganger, for å identifisere tema. Deretter ble nøkkelfunn fra hver artikkel identifisert, for å få oversikt over hvilke temaer som passet sammen. Dette ble gjennomført for å kunne se hver artikkel i sammenheng med de andre, og for å kunne sammenligne likheter og ulikheter (Aveyard, 2019, s.144-145).

Temaene ble identifisert på bakgrunn av nøkkelfunnene. Følgende hovedtema ble identifisert og satt i koder: Språkbarriere, tolk og kulturelle ulikheter.

3 Resultat

Litteraturstudien inkluderer 9 primærartikler. Hovedfunn viser til minoritetspasientenes utfordring tilknyttet kommunikasjon, og mangel på kulturell kompetanse til å forstå hva som kan forventes i møte med helsevesenet. Sykepleiere og onkologer oppgir mangel på kulturell kompetanse som utfordrende i møte med minoritetspasientene. Studiene viser at dette er sentrale temaer som påvirker muligheten til å kunne oppnå likeverdig helsehjelp. Under presenteres tabell, som viser karakteristikkk av presenterte artikler.

Resultat tabell

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
Aelbrecht, K., Pype, P., Vos, J. & Deveugelle, M. (2016). «Having cancer in a foreign country»	Hensikten med studien er å få dypere innsikt i opplevelsen av å ha kreft i et fremmed land, og å kartlegge forventninger og erfaringer innvandrerpasienter med kreftsykdom har gjort seg	Kvalitativ Semistrukturert Ansikt-til ansikt intervju	N= 30 voksne ikke-vestlige innvandrere med kreftdiagnose fra 15 ulike opprinnelsesland	Resultatet viser til at pasienter med minoritetsbakgrunn står ovenfor to store utfordringer i møte med sin kreftsykdom. Språkbarriere ansees som den største utfordringen, og grunnleggende kunnskaper om egen helse og sykdomsforståelse som nummer to. Siste nevnte skyldes kulturelle ulikheter og oppfatninger rundt sykdom og helse, men også grunnet manglende evne til å kunne forstå informasjonen som formidles fra helsevesenet.
Betancur, S., Walton, A. L., Smith-Miller, C., Wiesen, C. & Bryant, A. L. (2020). «Cultural awareness: Ensuring high-quality care for limited english proficient patients»	Formålet med denne studien var å vurdere kulturell bevissthet hos onkologiske sykepleiere og å identifisere behov for tverrkulturell opplæring og pedagogisk utvikling.	Tverrsnitt Nettbasert Spørreskjema med 23 avkrysningsspørsmål og 4 åpne spørsmål	N= 44 onkologiske sykepleiere fra onkologisk enhet i USA med høy andel minoritetspråklige pasienter	Resultatet viser et moderat til høyt nivå av kulturell bevissthet blant sykepleierne, men det uttrykkes et ønske om økt behov for ressurser som en tildelt enhetstolk, en økning i tospråklig pleiepersonell, tospråklig materiell og gratis språktimer til ikke-engelsk talende pasienter med kreftdiagnose, for å kunne gi rettferdig og trygg omsorg.

<p>Butow, P. N., Bell, M. L., Aldridge, L. J., Sze, M., Eisenbruch, M., Jefford, M., Schofield, P., Girgis, A., King, M., Duggal, P. S., McGrane, J. & Goldstein, D. (2013a).</p> <p>Unmet needs in immigrant cancer survivors: a cross-sectional population-based study.</p>	<p>Hensikten er å undersøke udekkede behov og ønsker, som kan gjøre kreftopplevelsen vanskeligere for pasienter med minoritetsbakgrunn. Fokuset er knyttet til språkvansker og kulturelle forskjeller hos pasienter som har gjennomgått kreftdiagnose.</p>	<p>Tverrsnitt Spørreskjema</p>	<p>N=596 pasienter, 277 med minoritetsbakgrunn og 319 med anglo-australsk bakgrunn ble inkludert i studien. Alle deltakerne var overlevende etter kreftdiagnose. Deltakerne ble rekruttert via statlige kreftregistre</p>	<p>Resultatet viser at minoritetspasienter som overlever kreft i større grad enn anglo-australske pasienter har et udekket behov for informasjon og for hjelp med fysisk/psykisk utfordring knyttet til kreftsykdommen.</p>
<p>Butow, P. N., Sze, M., Eisenbruch, M., Bell, M. L., Aldridge, L. J., Abdo, S., Tanious, M., Dong, S., Iedema, R., Vardy, J., Hui, R., Boyle, F., Liauw, W. & Goldstein, D. (2013b).</p> <p>Should culture affect practice? A comparison of prognostic discussions in consultations with immigrant versus native-born cancer patients.</p>	<p>Hensikten er å sammenligne prognostisk informasjon gitt til personer med minoritetsbakgrunn med og uten tolk, opp mot prognostisk informasjon gitt til australskfødte.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>N=10 onkologer, 78 pasienter (31 australskfødte, 47 innvandrere) og 115 familiemedlemmer deltok. De to første konsultasjonene etter diagnosen uhelbredelig sykdom ble lydbandet, transkribert og kodet. 142 konsultasjoner ble inkludert i analysen.</p>	<p>Leger så ut til å ha likt innhold og tilnærming i samtale om prognostisk informasjon. Det ble ikke lagt til rette for ulike behov basert på forskjellig språk- og kulturellforståelse.</p>
<p>Gany, F., Yogendran L., Massie D., Ramirez J., Lee T., Winkel G., Diamond L., and Leng J. (2013)</p> <p>«“Doctor, what do I have?”: Knowledge of cancer diagnosis among immigrant/migrant minorities»</p>	<p>Hensikten med studien er å utforske egen forståelse og kjennskap til kreftdiagnose hos minoritetsbefolkning med «Under belte kreft», som inkluderer blære-, kolorektal-, gynekologisk-, penis-, prostata- og testikkelkreft.</p>	<p>Kohort</p>	<p>N= 434 pasienter med minoritetsbakgrunn er inkludert i studien. 87% av deltakerne foretrekker et annet språk enn engelsk i møte med helsevesenet. Pasientene ble rekruttert fra en kreftavdeling i New York City.</p>	<p>Studien viste at en betydelig andel kreftpasienter med minoritetsbakgrunn, hadde feil oppfatning av sin kreftdiagnose.</p>
<p>Gele, A. A., Qureshi, S. A., Kour, P., Kumar, B. & Diaz, E. (2017)</p> <p>Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study</p>	<p>Hensikten er å få bedre innsikt i opplevde barrierer og utfordringer for å delta i livmorhalskreftscreening, blant somaliske- og pakistanske kvinner i Oslo-regionen.</p>	<p>Kvalitativ Fokusgruppe</p>	<p>N= Et tilfeldig utvalg av 35 kvinner (18 pakistanske, 17 Somaliske) i alder mellom 25-70 år ble rekruttert i samarbeid med somaliske og pakistanske samfunns partnere.</p>	<p>Tre temaer skilte seg ut i studien; Manglende forståelse ved fordelene med screeningen. Den kulturelle forståelse av sykdom og stigma knyttet til livmorhalskreft. Manglende forståelse for hvordan helsevesenet er bygget opp og mangel på tillit til helsevesenet.</p>

<p>Shaw, J. M., Shepherd, H. L., Durcinoska, I., Butow, P. N., Liauw, W., Goldstein, D. & Young, J. M. (2015)</p> <p>«It's all good on the surface: care coordination experiences of migrant cancer patients in Australia.»</p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive kreftpasienter med minoritetsbakgrunns opplevelse av koordinering av helsetilbud under kreftbehandling, for å kunne videreutvikle og koordinere et bedre omsorgstilbud.</p>	<p>Kvalitativ Semistrukturert</p>	<p>N=18 kinesisk (mandarin og kantonesisk), Arabiske og makedonske voksne pasienter diagnostisert med kreft og to pleiere fra to storbykreftsentre i Sydney, Australia, ble rekruttert</p>	<p>Det ble identifisert fire temaer som påvirket kvaliteten på helsetjenesten; Språkforståelse og tilgang på informasjon, tolkens rolle, tilgang på tjenester og etablere kjennskap og forståelse til helsepersonellens ansvarsområde.</p>
<p>Tatari, C. R., Andersen, B., Andersen, B., Badre-Esfahani, S. K., Jaafar, N. & Kirkegaard, P. (2020).</p> <p>«Perceptions about cancer and barriers towards cancer screening among ethnic minority women in a deprived area in Denmark - a qualitative study.»</p>	<p>Hensikten er å utforske minoritetskvinner fra ikke-vestlige land sin kunnskap om kreft og kjennskap til screeningprogram og oppfølging av kreftsykdom.</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie</p>	<p>N=37 kvinner fra ikke-vestlige land ble rekruttert fra en sosialt utsatt forstad i Danmark.</p>	<p>Minoritetes kvinnene hadde ikke god nok grunnleggende kunnskap om kreft. Det ble også rapportert om generell mistillit til danske leger grunnet opplevelser tilknyttet til konsultasjon. Mangelfull danskkunnskap gjorde det vanskelig å finne informasjon om kreftscreening og oppfølging. Kvinnene var imidlertid positiv til screeningdeltakelse.</p>
<p>Weber, O., Sulstarova, B. & Singy, P. (2016).</p> <p>Cross-Cultural Communication in Oncology: Challenges and Training Interests</p>	<p>Hensikten med studiet er å kartlegge onkologiske sykepleiere og legers utfordringer i møte med kultur og språkforskjeller hos minoritetspasienter i praksis</p>	<p>Tverrsnitt Nettbasert spørreundersøkelser</p>	<p>N= 108 onkologiske sykepleiere og 44 onkologer fra ulike onkologiske avdelinger i den fransktalende delen av Sveits. Det har vært høy innvandring i denne provinsen de siste 50 årene.</p>	<p>Kommunikasjonsvansker i møte med minoritetspasienter oppleves som problematisk for sykepleiere og lege basert på kulturelle. Og språklige forskjeller. Fravær av skriftlig materiale, felles språk og mangel til å kunne uttrykke seg oppleves som utfordrende.</p>

3.1 Kommunikasjon

37 minoritets kvinner fra ikke-vestlige land deltok i en dansk kvalitativ studie om kvinner med minoritetsbakgrunn og livmorhalsscreening. Deres opplevelse var at språk var en dominerende barriere for å få rekruttert flere kvinner til screening (Tatari et al, 2020).

Somaliske og pakistanske kvinner i en tilsvarende studie fra Norge, formidlet at kommunikasjonen i helsevesenet hovedsakelig gjennomføres på majoritesspråket, til tross for at ingen av kvinnene i undersøkelsen mestret dette språket særlig godt. Informasjon om

screeningtilbud ble i tillegg sendt som brev i postkassen på majoritetsspråket (Gele et al, 2017; Tatari et al, 2020). En deltaker i studie fra Australia, fortalte at hans sykehustime ble avlyst. Sykehuset hadde gjentatte ganger forsøkt å ringe han, men da han ikke rakk telefonen, la de igjen beskjed på telefonsvareren hans. Problemet var at pasienten ikke oppfattet beskjeden da den ble formidlet på et språk han ikke forstod (Shaw et al, 2015).

I Belgia ble det i 2016 gjennomført en kvalitativ studie hvor 30 ikke-vestlige minoritetspersoner med kreftdiagnose deltok. Studien hadde en blanding av deltakere som hadde bodd i Belgia i under 10 år og i mer enn 10 år. Deltakerne som hadde bodd i Belgia i mer enn 10 år, kunne kommunisere dagligdags på majoritetsspråket. Det ble påpekte at de likevel ofte opplevde kommunikasjon med helsepersonell som utfordrerne. Medisinske fagord og uttrykk gjorde det vanskelig å forstå helheten av situasjonen og samtalen (Aelbrecht et al, 2016). I samme studie formidlet alle deltagerne at de opplevde non-verbal kommunikasjon som troverdig. Dersom legen smilte, eller hadde en vennlig fremtoning, tolket deltagerne det som ble formidlet i positiv retning. Dette til tross for at budskapet kunne være mer alvorlig enn pasientene oppfattet. Deltakerne mente at non-verbal kommunikasjon i større grad hjalp dem med å få forståelse av helsepersonellens budskap (Aelbrecht et al, 2016).

I en kvalitativ studie fra Australia deltok 18 informanter som var kinesiske, arabiske eller makedonske. Disse hadde alle en kjent kreftdiagnose, men det kom frem at de selv ikke kunne identifisere hvilken type kreft de var behandlet for. De var heller ikke kjent med hvilken effekt behandlingen hadde på kreftsykdommen. Deltakerne fortalte at legen hadde formidlet diagnosen, men at de ikke hadde forstått omfanget grunnet språkbarriere mellom pasient og lege (Shaw et al, 2015). I Gany et al (2013) sin kohortstudie fra USA, fant man at de fleste deltakerne med gynekologisk kreft ikke kjente til sin egen diagnose.

I 2016 deltok 108 onkologiske sykepleiere og 44 onkologer ved ulike onkologiske avdelinger i den fransktalende delen av Sveits, i en tverrsnittstudie. Deltakerne hadde ulik ansiennitet som helsepersonell. Alle deltakerne formidlet at de hadde opplevd utfordringer knyttet til kommunikasjon i behandling av minoritetspasienter (Weber et al, 2016). Flere av dem oppga manglende fellesspråk og mulighet for å kunne kommunisere, som svært problematisk og hemmende for oppfølging og hjelp til pasientene (Weber et al, 2016; Betancur et al, 2020).

Sykepleiere ved en onkologisk enhet i USA bemerket i en studie 4 år senere, at språkbarrieren bidro til at de oftere lot vær å stille pasienten spørsmål eller tilby sine tjenester og omvendt. Dette bidro til å gjøre det vanskelig å møte pasientenes primære behov, og det ble ansett som en nødvendighet å benytte tolk for å kunne utøve helhetlig helsehjelp (Betancur et al, 2020).

3.2 Tolk

Sykepleiere og leger foretrakk å benytte profesjonelle tolker i samtale (Betancur et al, (2020): Butow et al, 2013b), men vanskelighet ved anskaffelse av tolk når behovet var tilstede ble ansett som et problem (Weber et.al, 2016; Betancur et al, 2020). Ikke alle deltakerne i studiene kjente til muligheten til å benytte tolk. I tilfeller der tolketilbudet var ukjent, ble samtalen med helsepersonell oftest gjennomført uten tolk (Aelbrecht et al, 2016). Kvinner som deltok i den norske og danske studien om livmorhalscreening, fortalte at de måtte ha med seg sine ektefeller for å tolke på konsultasjon med helsevesenet (Gele et al, 2017: Tatari et al, 2020).

Flertallet av pasientene i en belgisk studie opplevde en trygghet ved å ha profesjonell tolk tilgjengelig. De oppga å være usikker på om pårørende ville tolke alt legen formidlet eller om de laget et filter i samtalen for å skåne dem fra vanskelig informasjon (Aelbrecht, et al, 2016). En kinesisk deltaker i en australsk studie forstod ikke hensikten med å benytte profesjonell tolk. Deltakeren mente at familien var til å stole på, og kunne være mer tilgjengelig enn en profesjonell tolk (Shaw et al, 2015).

I Australia ble det gjennomført en tverrsnittstudie som hadde til hensikt å undersøke udekkede behov og ønsker som kunne gjøre kreftopplevelsen vanskeligere hos pasienter med minoritetsbakgrunn. Deltakere som hadde behov for tolk, viste 2-4 ganger høyere sjans for å oppgi udekkede behov under alle punktene i spørreskjemaet sammenlignet med innvandrere som ikke trengte tolk. Dette selv om tolkesamtale var gjennomført (Butow et al, 2013a). I analysen av Aelbrecht, et al (2016) sine resultater ble det funnet at ikke-profesjonelle tolker, hadde en tendens til å filtrere og holde tilbake informasjon i samtale. I studien til Butow et al (2013b) fant man at 23% av samtalene mellom lege og pasient, om sykdommens prognose, ikke ble tolket videre til pasienten slik den ble formidlet av lege. I 27% av tilfellene var informasjonen som ble formidlet fra legen endret underveis gjennom

tolk til pasient. I 59% av tilfeller hvor pasienten stilte legen spørsmål, ble det funnet mangler i informasjonen formidlet via tolk til legen. I 4% av tilfellene var spørsmålene endret helt underveis. Uriktig tolkning ble oppdaget både i konsultasjoner med profesjonell og familietolk, men viste å være mer utbredt med familietolk (Butow et al, 2013b).

3.3 Kulturelle ulikheter

Pakistanske og somaliske kvinner viste til sosiokulturelle fordommer som barriere for å delta i livmorhalskreftscreening (Gele et.al, 2017). Livmorhalskreft ble ansett for å være en sykdom knyttet til seksuell helse, noe som utløste et stigma spesielt for ugifte kvinner. Ugifte kvinner ble ansett å være seksuelt inaktive (Tatari et.al,2020). 98% av somaliske kvinner er kjønnslemlestet, og som en «lukket kvinne» med religiøs tilnærming til «Allah», anser mange av kvinnene å være beskyttet mot seksuelt overførbare sykdom. Kreftscreening blir derfor ikke ansett som nødvendig (Tatari, et al, 2020).

I en australsk tverrsnittstudie ble oppfølgingsbehov under kreftbehandling hos pasienter med minoritetsbakgrunn sammenlignet opp mot majoritetsbefolkningens oppfølgingsbehov. 30% av minoritetsdeltakerne oppga manglende oppfølging av fysiske og seksuelle behov. 19% av majoritetsbefolkningen oppga det samme (Butow et al, 2013a). Av deltakere i studien, scoret deltakere med kinesisk kulturell bakgrunn høyest på uoppfylt ivaretagelse av psykisk og psykososiale behov, deriblant angst, depresjon og lav livskvalitet. Arabisktalende som ikke forstod hvordan helsevesenet var bygget opp, viste to ganger høyere udekkede behov enn pasientene som kjente til helsetilbudet (Butow et al, 2013a). Onkologene virket å være klar over den følelsesmessige virkningen av nyhetene de formidlet i konsultasjonene. Likevel ble minoritet pasientene sjeldnere gitt emosjonelle støtte og stilt emosjonelle spørsmål (Shaw et al, 2015). I Shaw et al (2015) sin studie fremkommer det at kun én pasient kjente til støtte- og oppfølgingstilbud utenfor sykehuset.

Å sitte med følelsen av å ikke strekke til med helhetlig oppfølging av pasienten under sykdomsforløpet, ble ansett som svært problematisk for sykepleiere i en belgisk studie (Betancur et al, 2020). Språkbarrierer og manglende kulturell forståelse, påvirket sykepleierens mulighet og evne til å tilby god følelsesmessig støtte og tilrettelegge oppfølgingen etter pasientens reelle ønske (Betancur et al, 2020). I Weber et al (2016) sin studie bekreftet kun 15% av sykepleierne og onkologene å ha mottatt en eller annen form

for kulturell opplæring knyttet til arbeidet sitt. Sykepleierne var motivert for kulturell opplæring i temaer som kommunikasjon, sykdomsforståelse i andre kulturer og kunnskap om religion/livssyn. Legene viste ikke interesse for kulturell opplæring i like stor grad (Weber et.al, 2016). En australsk studie viste at onkologene hadde tilnærmet lik fremtoning i møte med minoritetspasienter med avansert kreftsykdom som med australskfødte pasienter. I konsultasjon med minoritetspasienten ble informasjon gestikulert tydeligere og med et enklere språk. Hovedvekten i konsultasjon om prognostisk informasjon så ut til å svinge mot den vestlige etikk-referansen, som innebar at legen hadde en åpen tilnærming om å snakke om diagnose og prognose. Det viste seg at flere av pasientene med ikke-vestlig bakgrunn ikke ønsket denne tilnærmingen, på bakgrunn av egen kulturell forståelse av sykdom og livssyn (Shaw et al, 2015).

4 Diskusjon

Resultatene i studien viser at det er behov for kulturell kompetanse innen språkbarriere og kulturelle forskjeller i møte med minoritetspasienter i kreftomsorgen. I diskusjonen vil tiltak for å kunne møte pasientenes behov belyses gjennom temaene innhentet fra litteraturstudien. Temaene som kommer frem er kommunikasjon, benyttelse av tolk og kunnskap om økt kulturell forståelse.

4.1 Kommunikasjon mellom kulturer

Samtlige studier viser at språkbarrierer i verbal og non-verbal kommunikasjon viser seg å være et problem i alle stadiene under kreftbehandlingen (Aelbrecht, et al. 2016).

Manglende involvering i egen kreftbehandling, kan sees i lys av pasientens reduserte evne til å forstå og gjøre seg forstått (Gele et al, 2017; Shawn et al, 2015; Tatari et al, 2020). Først når helseinformasjonen er tilpasse pasientens språk, vil pasienten ha mulighet til å skape en forståelse av situasjonen og hensikten med oppfølging og behandlingen (Gele et al, 2017; Tatari et al, 2020). Muligheten til å kunne stille relevante, men også kritiske spørsmål knyttet til forebyggende, så vel som helbredende og livsforlengende behandling vil også kunne være tilstede (Shaw et al, 2015). Kommunikasjon, betyr å gjøre noe felles eller å delaktiggjøre en annen (Eide & Eide, 2017, s.1) En forutsetning for at pasientene skal kunne oppleve å være delaktig, vil være å opprette en kommunikasjonsplattform som tillater dette. I Gany et al (2013) og Shaw et al (2015) sine studier, fremkommer det at flere av pasientene i studiene ikke har kjennskap til egen kreftdiagnose eller oppfølging av den medisinske behandlingen. Konsekvensene ved manglende forståelse av kreftdiagnose og behandling, kan føre til unødvendige misforståelser mellom helsepersonell og pasient (Butow et al, 2013a). Utilstrekkelig informasjon om diagnose og behandling, kan skape potensielt farlige situasjoner for pasienten, dersom vedkommende ikke er i stand til å forstå og reagere på symptomer eller bivirkninger tilknyttet diagnose eller behandling. Forsinkelser i kreftbehandlingen kan oppstå, og derfor påvirke behandlingsresultat, livskvalitet og prognose (Butow et al, 2013a; Tatari et al, 2020).

Pasienter og sykepleiere oppgir at de benytter non-verbal kommunikasjon i situasjoner ved manglende evne til å kommunisere verbalt (Weber et al, 2016; Betancur et al, 2020), men ingen fremmer forståelse for at kulturelle språklige forskjeller også eksisterer i det non-

verbal språket. Ved å stole blindt på ens egen oppfattelse av kroppsspråk, basert på egen kulturell erfaring, kan det oppstå misforståelser (Butow et al, 2013a).

4.2 Tilrettelegge for forståelse

Helsepersonell har en viktig oppgave med å formidle rettighetene om tolk (Gele et al, 2016), da konsekvensene ved å ikke kjenne til tilbudet, er samtale uten tolk eller med uprofesjonell tolk (Albrecht et al, 2016). Uprofesjonell tolk kan påvirke pasientens ønske om å ta opp vanskelige temaer, da det kan oppleves som for privat å dele gjennom familie (Gele et al, 2017; Tatari et al, 2020). Dette vil igjen kunne påvirke pasientens mulighet for oppfølging i helsetjenesten. Det vil være viktig å formidle at profesjonell tolk har taushetsplikt. Enkelte minoritetsgrupper kan vise vegring mot å benytte tolk, da de er redd informasjonen kan komme videre til andre kjente. Likevel viste kun et fåtall deltakere i studiene et ønske om å benytte seg av uprofesjonell tolk (Butow et al, 2013b; Shaw et al, 2015; Aelbrecht et al, 2016; Weber et.al 2016; Betancur et al, 2020).

Andre utfordringer i møte med uprofesjonell tolk kan være kunnskap om tolkens språklige kvalifikasjoner og forståelse av vestlig tenkning. Dersom helsepersonell, pasienten og tolken ikke har kjennskap til samme kulturelle kompetanse, kan dette påvirke fremtoningen i samtalen (Aelbrecht et al, 2016). Forskning viser at uprofesjonelle tolker i stor grad filtrerer og holder tilbake informasjon i samtale for å skåne pasienten for smerte (Butow et al , 2013b; Aelbrecht et al, 2016). I Butow et al (2013b) sin studie kom det frem at også profesjonell tolk filtrerte informasjon. Det viste seg at pasienter som hadde hatt behov for tolk hadde 2-4 ganger høyere sjans for å oppgi udekkede behov relatert til kreftbehandlingen, til tross for at tolkesamtalen hadde funnet sted. I likhet med pårørende, kan tolken oppleve en tilknytning til deltakerne ved å dele samme kultur, og tar på bakgrunn av dette seg friheter til en kulturell tilpasning av informasjonen ved formidling (Butow et al, 2013b). For å forebygge tilfeller ved filtrering av informasjon hos profesjonelle tolker, vil det være viktig med tverrkulturell opplæring også for dem, for å bidra til at pasienten blir den som eier informasjonen om sin helsesituasjon (Shaw et al, 2015).

Flere av studiene viste til vanskelig tilgjengelig tolk når det var behov for det (Albrecht et al, 2016; Weber et.al 2016; Betancur et al, 2020).

Selv om sykepleierne opplever prosessen ved anskaffelse av tolk som utfordrende og tidkrevende (Betancur et al, 2020), er det viktig å stå i prosessen for å sikre pasienten muligheten til å kunne uttrykke egne behov.

4.3 Kulturell forståelse av sykdom, livssyn og religion

Vår helsekunnskap preges av kulturen man er vokst opp i og kunnskapen man har blitt tillært. Dette gir rom for ulik forståelse av kropp, sykdom og behandling (Gany et al, 2013). I Norge står pasientmedvirkning, egenomsorg og selvregulering sentralt i behandlingsomsorgen. I andre kulturer er det mer vanlig at pasienten inntar en passiv rolle i behandlingen. Dette som følge av en religiøs eller åndelig forståelse av sykdom, der tanken om at sykdommen blir håndtert og tatt hånd av fra noe utenforstående fremfor som resultat av egen pasientmedvirkning (Butow et al, 2013a; Gele et al, 2017; Tatari, et al, 2020). Ved manglende kulturell forståelse hos helsepersonell kan pasientens passive adferd og manglende oppfølging av helsepersonellets råd, ansees som at pasienten oppfattes som vanskelig og motarbeidende (Gany et al, 2013). I møte med pasienter fra andre kulturer må man reflektere over og forsøke å sette egen kulturell oppfatning til side, for å kunne gi plass til pasientens kulturelle forståelse, og på den måten søke forståelse for pasientens behov (Butow et al, 2013b).

Kunnskap om pasientens sykdomsforståelse kan bidra til økt pasientrettet helsehjelp. Ved å tilrettelegge helsehjelpen mot pasientens behov, der pasienten opplever å bli sett, hørt og respektert, vil det kunne opprettes en tillitt mellom pasienten og helsesystemet, og etableres et mer likeverdig helsetilbud (Gele et al, 2016; Weber et al 2016; Betancur et al, 2020; Tatari et al, 2020). Dette kan igjen bidra til å bryte ned eventuelle fordommer minoritetsbefolkningen har fra sin egen opplevelse av helsevesen i hjemlandet eller fra erfaringer de har hørt fra andre (Gele et al, 2016; Tatari et al, 2020). Ved å skape tillit til pasientene, kan pasientens tiltro til informasjonen helsevesenet formidler styrkes. Dette kan være til stor hjelp for å fremme sykdomsforståelse og viktigheten av behandling.

Muligheten til å kommunisere på sitt eget språk, sammen med økt kulturell kunnskap hos helsepersonell for å kunne møte pasienten som et helt menneske, med fysiske, psykiske og elementære behov, er en nødvendighet på veien mot likeverdig kreftomsorg (Shaw et al, 2015; Betancur et al, 2020).

4.4 Styrker og begrensninger

Litteraturstudien viser erfaringer fra pasienter i ulike stadier i kreftomsorgen. Ved å inkludere studier med ulik metodisk tilnærming, kan resultatene presentere en større bredde og forståelse av omfang og konsekvenser minoritetspasienter opplever. Dette synliggjøres gjennom deltageres egne gjengitte erfaringer i semistrukturert intervju, men også som et resultat av større responsrate gjennom tverrsnittstudie. Det må tas med i betraktningen at studiene benyttet i litteraturstudien er fra ulike land hvor helsevesenet og helsetilbud kan være forskjellig. Studiene sier ikke noe om pasienters rettigheter og eventuelt økonomiske kostnader i møte med helsevesenet, og hvordan dette kan påvirke oppfølgingen og opplevelsen av helsehjelpen.

Litteraturstudien tar for seg voksne pasienter av begge kjønn, med ulik ikke-vestlige bakgrunn. Det har ikke tatt sikte på ulikheter mellom kjønnene, og vil kun gi en generell fremstilling av deltakernes opplevelser basert på minoritetsbakgrunn og pasient erfaring innenfor kreftomsorgen.

Ved å inkludere studier med erfaringer fra sykepleiere og leger med erfaring fra kreftomsorgen, styrkes tematikken i studiet. Resultatene i studiene hvor pasienter i kreftomsorgen deltok og i studiene hvor sykepleier og lege deltok underbygger hverandre, og gjør funnene tydeligere.

Forfatteren av litteraturstudien har i størst mulig grad forsøkt å overføre resultatene i studiene objektivt inn i litteraturstudiet.

5 Konklusjon

Språkbarriere og kommunikasjon ble ansett for å være den største utfordringen mellom minoritet pasienten og helsepersonell i kreftomsorgen. Til tross for at det ble rapportert om at anskaffelse av tolk ble ansett som utfordrende fra både pasient og helsepersonellets side, er det likevel viktig å benytte seg av dette tilbudet. Først når pasient og helsepersonell kan kommunisere forståelig sammen kan en dialog opprettes. I dialog kan pasientens behov og ønsker kartlegges, og pasienten kan i større grad føle seg sett og forstått. Dette kan skape en trygghet og tillit til behandler og helsevesenet, og et bedre utgangspunkt for videre oppfølging. Det bør unngås å benytte tolk fra pasientens familie.

Kulturell kompetanse hos helsepersonell er viktig for å kunne ivareta minoritetspasientens grunnleggende behov i kreftomsorgen. I tillegg til å være seg bevisst på egne kulturelle holdninger, må helsepersonellet ha kunnskap om pasientens grunnleggende kulturelle forståelse, deriblant sykdomsforståelse, religion og livssyn, for å kunne imøtekomme de behov som er viktig for pasienten. Først da kan det etableres et gjensidig tillitsforhold.

Referanseliste

Aelbrecht, K., Pype, P., Vos, J. & Deveugele, M. (2016). Having cancer in a foreign country. *Patient Educ Couns*, 99(10), 1708-1716. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.05.010>

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th. utg.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.

Betancur, S., Walton, A. L., Smith-Miller, C., Wiesen, C. & Bryant, A. L. (2020). Cultural awareness: Ensuring high-quality care for limited english proficient patients. *Clin J Oncol Nurs*, 24(5), 530-537. <https://doi.org/10.1188/20.CJON.530-537>

Butow, P. N., Bell, M. L., Aldridge, L. J., Sze, M., Eisenbruch, M., Jefford, M., Schofield, P., Girgis, A., King, M., Duggal, P. S., McGrane, J. & Goldstein, D. (2013). Unmet needs in immigrant cancer survivors: a cross-sectional population-based study. *Support Care Cancer*, 21(9), 2509-2520. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1819-2>

Butow, P. N., Sze, M., Eisenbruch, M., Bell, M. L., Aldridge, L. J., Abdo, S., Tanious, M., Dong, S., Iedema, R., Vardy, J., Hui, R., Boyle, F., Liauw, W. & Goldstein, D. (2013). Should culture affect practice? A comparison of prognostic discussions in consultations with immigrant versus native-born cancer patients. *Patient Educ Couns*, 92(2), 246-252. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.03.006>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.

Eide, H., Eide, T. & Eide, E. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2020). *Kulturforskjeller i praksis : perspektiver på det flerkulturelle Norge* (7. utg.). Gyldendal.

Forskningsetikk (2019, 10.februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*.

<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

Gany, F., Yogendran L., Massie D., Ramirez J., Lee T., Winkel G., Diamond L., and Leng J. (2013). "Doctor, what do I have?": Knowledge of cancer diagnosis among immigrant/migrant minorities <http://doi:10.1007/s13187-012-0429-x>.

Gele, A. A., Qureshi, S. A., Kour, P., Kumar, B. & Diaz, E. (2017). Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and somali immigrant women in Oslo: A qualitative study. *Int J Womens Health*, 9, 487-496. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S139160>

Hanssen, I. (2019). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (4.utg.). Gyldendal.

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistene.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistene.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Helsebiblioteket (2016, 06. juni). Søkeord.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/sokeord>

Helsebiblioteket (2016, 06. juni). *Søketeknikker*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>

Hornstvedt, T. (2015). *Interkulturelt helsearbeid*. Vett & viten.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.).

Universitetsforl

Nordtvedt, M.W. Jamtvedt, G. Graverholdt, B. Nordheim, L.V. Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. utg.). Akribe AS.

Reitan, A. M. (2017). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 33-49). Cappelen Damm akademisk.

Shaw, J. M., Shepherd, H. L., Durcinoska, I., Butow, P. N., Liauw, W., Goldstein, D. & Young, J. M. (2015). It's all good on the surface: care coordination experiences of migrant cancer patients in Australia. *Support Care Cancer*, 24(6), 2403-2410.
<https://doi.org/10.1007/s00520-015-3043-8>

Statistisk sentralbyrå. (2021, 07.mars). *Fakta om innvandring*.
<https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>

Tatari, C. R., Andersen, B., Andersen, B., Badre-Esfahani, S. K., Jaafar, N. & Kirkegaard, P. (2020). Perceptions about cancer and barriers towards cancer screening among ethnic minority women in a deprived area in Denmark - a qualitative study. *BMC public health*, 20(1), 921-921. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09037-1>

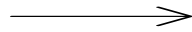
Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg). Fagbokforl.

Thidemann, I.-J. & Thidemann, M. U. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Universitetsforlaget.

Weber, O., Sulstarova, B. & Singy, P. (2016). Cross-Cultural Communication in Oncology: Challenges and Training Interests. *Oncol Nurs Forum*, 43(1), E24-E33.
<https://doi.org/10.1188/16.ONF.E24-E33>

Vedlegg 1 – PEO skjema (Population, Exposition, Outcome)

AND



OR	P	E	O
	Norske tekstord	Kreftpasienter med minoritetsbakgrunn	Kultur kommunikasjon og Likeverdig helsehjelp
	Engelske tekstord	Cancer patients with minority background	Cultur and communication Equal healthcare
	Engelske emneord	Cancer Cancer patient Cross cultural Neoplasm Intercultural Minority Minority background	Communication Crosscultural communication Culture Cultural competency Cancer care Cultural competent care Cultural diversity Equal health care Healthcare Intercultural care



Vedlegg 2 - Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler

Nr	Forfatter og anvendt sjekklister	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Kvalitet
1	Aelbrecht, K., Pype, P., Vos, J. & Deveugele, M. (2016). Kvalitativstudie	J	J	U	J	J	N	J	J	J	J	-	-	Moderat
2	Betancur, S., Walton, A. L., Smith-Miller, C., Wiesen, C. & Bryant, A. L. (2020). Tverrsnittstudie	J	J	J	U	J	J	J	J	J	J	J	J	Høy
3	Butow, P. N., Bell, M. L., Aldridge, L. J., Sze, M., Eisenbruch, M., Jefford, M., Schofield, P., Girgis, A., King, M., Duggal, P. S., McGrane, J. & Goldstein, D. (2013). Tverrsnittstudie	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Høy
4	Butow, P. N., Sze, M., Eisenbruch, M., Bell, M. L., Aldridge, L. J., Abdo, S., Tanious, M., Dong, S., Iedema, R., Vardy, J., Hui, R., Boyle, F., Liauw, W. & Goldstein, D. (2013). Kvalitativstudie	J	J	U	J	J	N	J	J	J	J	-	-	Moderat
5	Gany, F., Yogendran L., Massie D., Ramirez J., Lee T., Winkel G., Diamond L., and Leng J. (2013) Kohortstudie	J	J	U	J	J	U	J	J	J	J	J	-	Moderat
6	Gele, A. A., Qureshi, S. A., Kour, P., Kumar, B. & Diaz, E. (2017). Kvalitativ	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	-	-	Høy
7	Shaw, J. M., Shepherd, H. L., Durcinoska, I., Butow, P. N., Liauw, W., Goldstein, D. & Young, J. M. (2015) Kvalitativstudie	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	-	-	Høy
8	Tatari, C. R., Andersen, B., Andersen, B., Badre-Esfahani, S. K., Badre-Esfahani, S. K., Badre-Esfahani, S. K., Badre-	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	-	-	Høy

	Esfahani, S. K., Jaafar, N. & Kirkegaard, P. (2020). Kvalitativstudie													
9	Weber, O., Sulstarova, B. & Singy, P. (2016). Tverrsnittstudie	J	J	J	U	J	J	J	J	J	J	J	J	Høy

Vedlegg 3 – Søkehistorikk

Database Dato	Søkenummer	Søkeord/Emneord Kombinasjon	Antall treff	Kommentar til søk/treffliste
Cinahl 28.12.21	#1	cancer OR neoplasm	754,465	Undersøke treffrate på emneord
Cinahl 28.12.21	#2	Minority OR Cross-cultural	50,547	
Cinahl 28.12.21	#3	cultural diversity OR equal health care	15,909	
Cinahl 28.12.21	#4	1 AND 2 AND 3	501,497	Søk viser viktighet ved å forsøke å søke mer spesifikt fremover
PubMed 02.01.22	#5	cancer patient AND minority background	259	
PubMed 02.01.22	#6	cancer	273,445	Fortsette undersøke treffrate på emneord
PubMed 02.01.22	#7	Minority patient	6534	
PuMed 02.01.22	#8	Cross cultural patient	570	
PubMed 02.01.22	#9	Cross cultural communication	221	
PubMed 02.01.22	#10	communication	42,871	
PubMed 02.01.22	#11	Healthcare	82,080	
Cinahl 04.03.22	#12	Migrant	19,821	
Cinahl 04.03.22	#13	Immigrant	25,725	
Cinahl 04.03.22	#14	Cultural competence	11,814	
Cinahl 04.03.22	#15	minority	43,100	
Pubmed 15.03.22	#16	1 AND 9 AND 12	7	Peer reviewd Ikke eldre enn 10 år. Nordisk/engelsk skriftspråk
Pubmed 15.03.22	#17	4 OR 6 AND 10	1098	
PubMed 15.03.22	#18	13 AND 6 AND 11	305	

Cinahl 22.03.22	#19	6 AND 13 OR 15 AND 11	1274	
Cinahl 25.03.22	#20	6 AND 13 AND 15 AND 11	71	
Cinahl 25.03.22	#21	Neoplasm AND 14 AND 11	96	
Cinahl 01.04.22	#22	Cultural diversity AND Cross cultural communication	40	