



Sykepleiers kulturelle kompetanse

Kandidatnummer: 509
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i bachelor i sykepleie

Antall ord: 8942
Dato: 23/04-19

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23/04-19
Tittel Sykepleiers kulturelle kompetanse	
<p><u>Problemstilling</u> Hvorfor bør sykepleiere ha kulturell kompetanse i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Innledningsvis blir det gjort rede for hva innvandring er, for å danne en forståelse av hvorfor folk innvandrer, og hva de kan ha opplevd. Deretter ses det nærmere på kulturell forståelse og holdninger, sykdomsforståelse, kommunikasjon, og omsorg og nestekjærighet. Videre fokuseres det på Josepha Campinha-Bacote sin modell for kulturell kompetanse ved helsehjelp.</p> <p><u>Metode</u> Denne oppgaven er et litteraturstudie, hvor det benyttes allerede eksisterende fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstillingen. Forskningsartiklene som er benyttet, er alle kvalitative. Dette er valgt da de gjør det mulig å gå mer i dybden og utforske deltakernes erfaringer, hvilke utfordringer som kan oppstå, i tillegg til sykepleieres holdninger og grad av kulturell kompetanse.</p> <p><u>Drøfting</u> I drøftingen brukes det teoretiske perspektivet som grunnlag for å gå nærmere inn på temaene kulturell bevissthet, etnosentrisme og holdninger, kulturelle ønsker og nestekjærighet, kommunikasjon og pasient-sykepleier-relasjonen, og kulturell kunnskap, undervisning og erfaring.</p> <p><u>Konklusjon</u> Kulturell kompetanse trenger et større fokus, både som en del utdanningen, men også senere i arbeidslivet. Dette kan være utfordrende å få til, men med tanke på at sykepleiere vil møte flere og flere pasienter med ulike kulturelle bakgrunner er det viktig at en jobber for å få det til. Videre er det mye ansvar som står og faller på hver enkelt sykepleier. Sykepleieren bør være ydmyk overfor pasienter og kollegaer, og tørre å spørre når ting er ukjent. Det finnes både kulturelle og individuelle forskjeller, og de individuelle veier tyngst. Sykepleiere vil kunne dra god nytte av å bli mer kulturelt kompetent. Kulturell kompetanse kan anses som nødvendig for å yte omsorgsfull og individuelt tilpasset sykepleie til pasienter med innvandrerbakgrunn.</p>	

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning og kontekst	2
1.4 Begrepsavklaring	2
2.0 Teori	3
2.1 Innvandrere i Norge.....	3
2.2 Kulturell forståelse og holdninger	3
2.3 Sykdomsforståelse	4
2.4 Kommunikasjon	5
2.5 Omsorg og nestekjærighet.....	5
2.6 Modell for kulturell kompetanse ved helsehjelp	6
2.7 Yrkesetiske retningslinjer og pasient- og brukerrettighetsloven.....	7
3.0 Metode	9
3.1 Valg av metode	9
3.2 Anvendt litteratur	9
3.2.1 Artikler	9
3.2.2 Fagbøker	10
3.3 Kildekritikk.....	10
3.4 Ethiske vurderinger.....	11
4.0 Forskningsresultater	13
5.0 Drøfting	15
5.1 Kulturell bevissthet, etnosentrisme og holdninger.....	15
5.2 Kulturelle ønsker og nestekjærighet	16
5.3 Kommunikasjon og pasient-sykepleier-relasjonen	19
5.4 Kulturell kunnskap, undervisning og erfaring.....	21
6.0 Avslutning	25
Referanser	27
Vedlegg 1	30

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleiere skal kunne yte kompetent og tilpasset pleie til alle pasienter. Imidlertid viser det seg at sykepleiere ofte mangler kunnskapen og ferdighetene som kreves for å kunne ivareta behovene til pasienter med andre kulturelle bakgrunner enn deres egen (Jirwe, Gerrish & Emami, 2010). Videre rapporterer flere studier om at sykepleiere føler seg usikre og lite beredt i møte med pasienter med andre kulturelle og språklige bakgrunner (Markey, Tilki & Taylor, 2017).

I januar 2018 var det omtrent 917.000 personer med innvandrerbakgrunn bosatt i Norge. Det tilsvarer 17,3 prosent av befolkningen. Av disse har 747.000 selv innvandret til Norge, mens 170.000 er norskfødte med innvandrerforeldre (IMDi, 2018). Som følge av den stadige økningen i antall personer med innvandrerbakgrunn, blir det norske samfunnet i større og større grad et flerkulturelt samfunn. En konsekvens av dette igjen er at sykepleiere med tiden vil møte et økende antall pasienter med innvandrerbakgrunn. Som sykepleier i Norge i dag er det derfor svært viktig å ha kulturell kompetanse i møte med pasienter med forskjellige kulturelle og språklige bakgrunner. Stubberud og Eikeland (2013) sier at sykepleierens kulturelle kompetanse er basert på kunnskap som gjør sykepleieren i stand til å både forstå og verdsette kulturelle forskjeller. Og at sykepleieren ved hjelp av denne kunnskapen skal kunne yte forsvarlig helsehjelp på tvers av kulturer.

I mitt 5. semester i sykepleieutdanningen var jeg på utveksling i Tanzania. Der fikk jeg et innblikk i en kultur som er svært ulik min egen. Det var blant annet mange forskjeller, både når det kom til holdninger til, og oppfatninger av, sykdom og behandling. Dette skapte en del utfordringer, men også mange gode og nyttige erfaringer. Jeg opplevde blant annet at det kan være utfordrende å yte sykepleie til pasienter med andre kulturelle og språklige bakgrunner. Med utgangspunkt i det jeg erfarte i løpet av utvekslingen i Tanzania, fremstår det som klart for meg at kulturell kompetanse trenger et større fokus i sykepleiefaget.

Kombinasjonen av mine egne erfaringer fra utveksling, det økte antallet personer med innvandrerbakgrunn i Norge, og rapporter om at sykepleiere føler seg lite beredt i møte med

pasienter med andre kulturelle bakgrunner, er grunnen til at jeg har valgt dette temaet for min bacheloroppgave.

1.2 Problemstilling

Det jeg ønsker å utforske er hvordan sykepleieren kan benytte kulturell kompetanse til å yte god, omsorgsfull og individuelt tilpasset sykepleie til pasienter med innvandrerbakgrunn. På bakgrunn av dette, tar oppgaven utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvorfor bør sykepleiere ha kulturell kompetanse i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn?

1.3 Avgrensning og kontekst

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på pasienter med innvandrerbakgrunn som er innlagt ved norske sykehus. Jeg har kun fokus på pasienter som selv har innvandret til Norge, og ikke de som er norskfødte med innvandrerforeldre. Dette har jeg valgt fordi det er i møte med disse pasientene, at sykepleiere vil oppleve de største forskjellene og utfordringene. Jeg kommer ikke til å skille mellom kjønn, og jeg vil ha fokus på de over 18 år. Jeg velger å ikke avgrense til noen spesiell avdeling på sykehus, da jeg mener at kulturell kompetanse er noe som er nyttig og nødvendig uansett avdeling.

1.4 Begrepsavklaring

Her vil jeg kort gjøre rede for et begrep som er sentralt i problemstillingen.

- Kulturell kompetanse. "Kulturell kompetanse kan forstås som kunnskaper, ferdigheter og holdninger som utgangspunkt for samhandling og helsehjelp rettet mot mennesker på tvers av ulike språk og kulturer" (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 217-218).

2.0 Teori

Jeg har valgt å innlede teoridelen med litt om innvandring, da jeg mener dette vil bidra til å gi en forståelse av hvorfor folk innvandrer, hva de kan ha opplevd og hva de har med seg av blant annet kunnskap, forståelse, verdier og erfaringer. Dette vil fungere som et grunnlag for resten av teorien. Videre vil jeg se nærmere på kulturell forståelse og holdninger, sykdomsforståelse, kommunikasjon, og omsorg og nestekjærighet. Før jeg tar for meg Josepha Campinha-Bacote sin modell for kulturell kompetanse ved helsehjelp. Avslutningsvis vil jeg gå inn på det jeg anser som relevant fra de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, samt utvalgte paragrafer fra pasient- og brukerrettighetsloven.

2.1 Innvandrere i Norge

Det finnes flere ulike typer innvandrere, blant annet flyktninger og asylsøkere, arbeidsinnvandrere og utdanningsinnvandrere, i tillegg til de som innvandrer for familiegjennforeninger (Myhre, 2018). Det er i hovedsak tre årsaker til at folk innvandrer til Norge: de søker arbeid, de er på flukt, eller de kommer for å gjenforenes med familie. De som kommer som flyktninger har som oftest migrert på grunn av krig, konflikter eller naturkatastrofer (Egden, 2012). Å forlate hjemlandet sitt, enten det er frivillig eller ikke, innebærer å måtte ta farvel med det en kjenner best. Resultatene av dette kan bli store sosiale, kulturelle eller psykologiske tap. Mange opplever immigrasjonsprosessen som svært stressende, og noen opplever også sterke sorgreaksjoner (Stubberud & Eikeland, 2013).

Helse- og omsorgstjenester er ofte ikke like tilgjengelig for innvandrere som de er for den øvrige befolkningen. Dette kan skyldes barrierer skapt av språk, lite bruk av tolk og dårlig økonomi. Samtidig har forskning vist at innvandrere har dårligere selvrapportert helse sammenlignet med norskfødte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Innvandrere kan ha økt risiko for sykdommer som følge av nytt og annerledes kosthold, en annen bakterieflora, i tillegg til stress knyttet til integreringsprosessen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

2.2 Kulturell forståelse og holdninger

Horntvedt (2012) sier at kultur er noe som overføres fra generasjon til generasjon, at det kan forstås som trekk vi utvikler og dyrker frem, og at det omhandler verdier og atferds- og kommunikasjonsmønstre. Vi preges i stor grad av den kulturelle gruppen vi selv er del av, og

den kulturelle tilhørigheten påvirker hvordan vi tenker og handler (Stubberud & Eikeland, 2013). Magelssen (2008) påpeker at kultur er et komplekst begrep som sier noe om forskjeller og likheter, og at ulik kulturell tilhørighet kan føre til at en og samme situasjon oppleves svært ulikt av de involverte partene.

Sykepleieren må huske på at selv om to pasienter har samme kulturelle bakgrunn, så er de på ingen måte like. Det er først når en tar seg tid til å bli kjent med den enkelte pasienten at det blir mulig å forstå hvordan akkurat han eller hun lever med, og påvirkes av sin kultur (Magelssen, 2008). Sykepleieren må inneha kunnskap om kultur og kulturforskjeller, og vise respekt for andres oppfatninger, for å være i stand til å ivareta hver enkelt pasients behov. Ved å inneha kunnskaper om pasientens kultur, vil sykepleieren kunne gi pasienten en opplevelse av å bli møtt med omsorg og respekt (Stubberud & Eikeland, 2013).

Når to parter fra ulike kulturelle bakgrunner møtes, vil som oftest hver av partene tenke at sine synspunkter og holdninger er de riktige. Slik tankegang vil kunne bidra til å skape fordommer mot andre (Dahl, 2013). De aller fleste mener selv at det er de som representerer det normale, mens andre representerer avvik. Det er viktig å være klar over at det ikke bare er ”de andre” som er preget av kultur, men at dette er noe som gjelder for alle. Hvis dette ikke anerkjennes kan det oppstå en etnosentrisk tankegang, hvor vi sammenligner og måler andre opp mot oss selv (Båtnes, 2012). For at dette skal unngås er det viktig at hver av partene anerkjenner den andre sine synspunkter og holdninger som like gyldige som sine egne (Dahl, 2013). Kulturrelativisme kan forstås som motsatsen til etnosentrisme. En kulturrelativistisk tilnærming vil si at en erkjenner at ulike samfunn og kulturer er forskjellig, uten at det ene rangeres som viktigere eller mer riktig enn det andre (Horntvedt, 2012).

2.3 Sykdomsforståelse

Sykdom kan forstås fra to ulike perspektiver ved hjelp av begrepene «disease» og «illness». «Disease»-begrepet er den biologiske og medisinske forståelsen av sykdom, slik som prøveresultater og diagnoser. «Illness»-begrepet sier noe om hvordan sykdommen oppleves av den enkelte, slik som symptomer og ubehag (Eriksen & Sajjad, 2015). Kultur er med på å påvirke vårt syn på sykdom og behandling, og mennesker med forskjellig kulturell bakgrunn vil kunne reagere svært varierende når deres grunnleggende behov trues (Stubberud &

Eikeland, 2013). Horntvedt (2015) sier at hva som anses som sykt, friskt, unormalt og normalt avhenger av kontekst og varierer fra kultur til kultur.

De som immigrerer til Norge, har med seg sine egne måter å se og forstå sykdom på. Noe som oppfattes som sykdom i en kultur, kan i en annen for eksempel bli sett på som straff fra forfedrene eller guder. Det er viktig at holdninger til, og oppfatninger av, sykdom blir sett i lys av sosiokulturelle, religiøse, politiske og økonomiske kontekster. At noen har et annerledes syn på sykdom vil ofte også si at de har et annerledes syn på behandling (Eriksen & Sajjad, 2015). I enkelte grupper vil det noen oppfatter som sykdom bli oppfattet som normalt og forventet. Et eksempel er indianere i Amazonasområdet, som tror at hvite mark i avføringen hos barn er nødvendig for nedbryting av maten (Horntvedt, 2015).

2.4 Kommunikasjon

Vi skiller mellom to former for kommunikasjon: verbal og non-verbal. Verbal kommunikasjon er alt som blir formidlet muntlig. Non-verbal kommunikasjon innebærer blant annet det vi formidler med mimikk, kroppsspråk, øyekontakt og berøring. Altså det vi kommuniserer uten å bruke ord. Det at sykepleier og pasient klarer å kommunisere adekvat, er av stor betydning for å opprettholde pasientens tiltro til sykepleieren, og behandlingen som gis. Hvis tilstrekkelig kommunikasjon opprettholdes, vil det kunne fremme pasientens opplevelse av forutsigbarhet og trygghet, samtidig som det vil øke pasientens kompetanse til å selv kunne delta i planlegging og behandling. Utilstrekkelig kommunikasjon kan i verstefall påvirke behandlingsutfallet negativt (Stubberud & Eikeland, 2013).

Kommunikasjon varierer fra kultur til kultur, og det er det svært viktig at sykepleieren er klar over og tar hensyn til. Det kan være en stor utfordring når sykepleier og pasient ikke snakker samme språk, og den non-verbale kommunikasjonen vil i slike tilfeller bli ekstra viktig (Heyn, 2015). Dahl (2013) peker på respekt, ydmykhet og evne til undring som de viktigste egenskapene for mellommenneskelig kommunikasjon. ”Nøkkelen til mellommenneskelig forståelse ligger i evnen og viljen til å komme hverandre i møte, til å lære hverandre å kjenne og godta at vi har forskjellige premisser for tale og handling” (Dahl, 2013 s. 271).

2.5 Omsorg og nestekjærlighet

Mennesker er født inn i omsorgssituasjoner, og kan ikke overleve uten omsorg. Spesielt stor

betydning har omsorg fra andre når man har det vanskelig eller tungt. Omsorg avhenger av ens evne til å være oppmerksom på hva andre har behov for, og uttrykkes gjennom handlinger, holdninger og valg av ord (Alvsvåg, 2015). To pasienter med samme symptomer og diagnose kan ha svært ulike behov for omsorg. Omsorgen som gis må derfor tilpasses hver enkelt pasient, uavhengig av kulturell bakgrunn. Forhold som må tas i betraktning er blant annet alder, kjønn, sosial bakgrunn og åndelig utrustning (Henderson, 1961).

Pasienter forteller at de opplever tillitt og trygghet når sykepleierne viser at de bryr seg om dem som unike medmennesker og ikke bare som pasienter. Pasientene føler seg sett når sykepleierne viser at de kjenner dem og tar hensyn til deres ønsker. Sykepleieren oppfattes som omsorgsfull når det settes av tid til å vie litt ekstra oppmerksomhet og omtanke til pasienten (Kvåle, 2006). Når sykepleieren møter pasienten med en holistisk tilnærming, vil det si at pasienten betraktes som mer enn bare en kropp eller en diagnose. Sykepleieren forholder seg til pasienten som et unikt og sammensatt individ, med kropp, diagnose, tanker, følelser, ressurser, kulturell bakgrunn, religion og så videre (Odland, 2016).

2.6 Modell for kulturell kompetanse ved helsehjelp

I Campinha-Bacote sin modell beskrives kulturell kompetanse som en kontinuerlig prosess, hvor sykepleieren jobber mot å bli kulturelt kompetent, fremfor å allerede være kulturelt kompetent. Prosessen består av fem deler: kulturell bevissthet, kulturell kunnskap, kulturelle ferdigheter, kulturelle møter og kulturelle ønsker. Alle delene hører sammen og alle må derfor inkluderes for at sykepleieren skal kunne bli kulturelt kompetent (Campinha-Bacote, 2002).

Kulturell bevissthet er sykepleierens utforskning og bedømmelse av sin egen kulturelle og profesjonelle bakgrunn. Det innebærer blant annet evnen til å erkjenne og reflektere over egne meninger, fordommer og oppfatninger i møte med mennesker med andre kulturelle bakgrunner. Dersom sykepleieren ikke er klar over påvirkningskraften kulturelle og profesjonelle verdier har, kan sykepleieren komme til å pålegge andre mennesker sine egne verdier og oppfatninger (Campinha-Bacote & Munoz, 2001).

Kulturell kunnskap går ut på å søke, og oppnå, innsikt i ulike kulturelle og etniske grupper. Det er særlig viktig at sykepleieren har kunnskap om ulike oppfatninger av sykdom og behandling, kulturelle verdier, sykdomsinsidens og prevalens i ulike grupper, og behandlingseffektivitet. Blant annet så vil behandlingseffektiviteten kunne variere mellom

ulike grupper, grunnet forskjeller i stoffskifte. Selv om en er klar over disse forskjellene, er det viktig at sykepleieren husker at ingen er en stereotypi, men at alle mennesker er en blanding av kulturer og livserfaringer (Campinha-Bacote, 2002).

Kulturelle ferdigheter innebærer blant annet sykepleierens evne til å kommunisere, å samle data om pasientens behov og ressurser, samt å ivareta pasientens grunnleggende behov. Sykepleieren bør være klar over hvordan fysiske, biologiske og fysiologiske forskjeller kan påvirke datasamling og behandling. For eksempel forskjeller i kroppsstruktur, hudfarge og referanseverdier for blodprøver (Campinha-Bacote, 2002).

Kulturelle møter handler om sykepleierens interesse av og ønske om å møte pasienter med ulike kulturelle bakgrunner. Å møte pasienter med forskjellige kulturelle bakgrunner vil kunne være med på å forebygge fordommer mot andre kulturelle grupper. Bruk av tolk faller også inn under her, da det i enkelte tilfeller vil være nødvendig for å kunne kommunisere med pasienten (Campinha-Bacote, 2002).

Det kulturelle ønsket handler om motivasjonen og ønsket sykepleieren har for å tilegne seg kulturell kompetanse. Campinha-Bacote (2008) beskriver sin modell om kulturell kompetanse som et vulkanutbrudd. Det kulturelle ønsket er selve vulkanen, mens de andre prosessene representerer deler av utbruddet. Det hun mener med dette bildet er at det kulturelle ønsket er grunnlaget for de andre prosessene, og modellen avhenger dermed av at sykepleieren har et kulturelt ønske for å kunne gå videre med de andre prosessene. Omsorg og nestekjærighet står svært sentralt innunder det kulturelle ønsket. For å yte kulturelt kompetent sykepleie er det viktig å søke etter likheter og en felles plattform på tvers av kulturelle forskjeller. Sykepleieren må være villig til å gi avkall på sine fordommer mot andre kulturer og ha en kulturell relativistisk tilnærming. Vi er alle unike individer som tilhører en felles gruppe; vi er alle mennesker. Videre trekkes ydmykhet og medfølelse også frem som fremtredende komponenter av det kulturelle ønsket (Campinha-Bacote, 2008).

2.7 Yrkesetiske retningslinjer og pasient- og brukerrettighetsloven

Her presenteres punkter i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere og paragrafer i pasient- og brukerrettighetsloven, som er sentrale for å besvare oppgavens problemstilling. De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleieren skal fremme helse og forebygge sykdom.

Videre står det at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og understøtte håp, mestring og livsmot. I tillegg skal sykepleieren fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser, ved å gi tilstrekkelig informasjon som er tilpasset den enkeltes forutsetninger (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

Videre er pasientenes rettigheter lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven, som skal sikre at alle har lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet. Loven skal også fremme tillitsforholdet mellom pasienter og helse- og omsorgstjenesten, i tillegg til å sørge for at respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd blir ivaretatt. § 3-1 Pasientens rett til medvirkning, sier at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring og valg av, helse- og omsorgstjenester, og at tjenestetilbudet så langt det lar seg gjøre skal utformes i samarbeid med pasienten. § 3-2 Pasientens rett til informasjon, sier at pasienten har krav på nødvendig informasjon, for å ha innsikt i egen situasjon og tjenestene som ytes, og for å kunne ivareta sine rettigheter. § 3-5 Informasjonens form, sier at informasjonen som gis skal tilpasses den enkeltes forutsetninger som blant annet alder, erfaring og kulturell- og språklig bakgrunn. I tillegg skal sykepleieren, så langt det går, forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen som gis. § 4-1 Hovedregel om samtykke, sier at helsehjelp kun kan gis med gyldig samtykke fra pasienten, og at pasienten i forkant av samtykket må ha fått tilstrekkelig informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Metode er et redskap som brukes til å innhente informasjon for å besvare en problemstilling. Denne oppgaven er et litteraturstudie, hvor jeg har benyttet meg av allerede eksisterende fag- og forskningslitteratur for å svare på min problemstilling (Dalland, 2017).

Vi skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode går i bredden og gir data i form av målbare enheter. Dersom vi for eksempel ønsker å undersøke levestandarden til innvandrere i Norge, vil kvantitativ metode blant annet kunne brukes til å undersøke hva som er den gjennomsnittlige inntekten for denne gruppen. Kvalitativ metode derimot, går mer i dybden og fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle i tall. Bruk av kvalitativ metode vil kunne gi et mer helhetlig bilde av levestandarden, ved for eksempel å se på hvordan innvandrere i Norge selv opplever sin tilværelse (Dalland, 2017).

3.2 Anvendt litteratur

3.2.1 Artikler

Jeg har søkt etter forskningsartikler i Cinahl. Jeg ønsket å finne artikler som tok for seg møter mellom sykepleiere og pasienter med forskjellige kulturelle bakgrunner. Videre stilte jeg krav til at alle artiklene skulle være fagfellevurdert, at de ikke skulle være eldre enn 10 år, i tillegg til at de måtte være skrevet på engelsk eller et av de skandinaviske språkene. I et av søkene mine har jeg i tillegg avgrenset geografisk for å snevre inn antall treff, da søket i utgangspunktet ga svært mange treff. Søkeprosessen er beskrevet nærmere i tabellen nedenfor.

Dato	Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Antall leste abstrakter	Antall leste artikler	Inkluderte artikler
12/12-18	Cinahl	Full text available, publication date: 2009-2018.	Cultural diversity AND Nursing care	15	1	1	Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds
17/02-19	Cinahl	Full text available, publication date: 2009-2019,	Culture+ OR Cultural competence AND Nurs*	80	5	1	Cultural and communicative competence in the caring relationship

		language: english.	AND Hospitals				with patients from another
17/02-19	Cinahl	Full text available, publication date: 2009-2019, language: english, geography: Canada, UK & Ireland, continental Europe, Europe, Australia & New Zealand.	Cultural competence OR Transcultural nursing AND Nurs*	172	26	7	Nurses' Views Related to Transcultural Nursing in Turkey OG Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters

3.2.2 Fagbøker

Jeg har benyttet meg av bøker som har vært pensum gjennom utdanningsløpet, for det mer generelle om sykepleie, og for kommunikasjon, i tillegg til etikk. En av pensumbøkene har også et kapittel som tar for seg flerkulturell kompetanse i sykepleie. Videre har jeg benyttet meg av skolens bibliotek for å finne bøker som har mer fokus på flerkulturell sykepleie, kulturell kompetanse og møter mellom mennesker med ulike kulturelle bakgrunner.

3.3 Kildekritikk

Når informasjonen som skal besvare problemstillingen er innhentet, må den vurderes både med tanke på kvalitet og troverdighet, og med tanke på relevans (Dalland & Trygstad, 2017).

Som nevnt i 3.2.2 har jeg benyttet meg av tidligere pensumbøker, i tillegg til at jeg har lånt bøker fra skolens bibliotek. Jeg anser det som veldig trygt å bruke bøker om tidligere har vært pensum, samt bøker som finnes på skolens bibliotek, da disse allerede er ansett som pålitelige og gode kilder fra skolens side. Flere av bøkene jeg har brukt er ikke skrevet av sykepleiere. Blant annet er Eriksen, Sajjad og Egden sosialantropologer, Dahl er professor i kulturkunnskap og Båtnes er lærer og idéhistoriker. Ettersom denne oppgaven omhandler sykepleie kan dette pekes på som en svakhet. Imidlertid mener jeg at de nevnte forfatternes bøker fortsatt er relevante for min oppgave, da de tar for seg kulturell kompetanse og møter mellom mennesker med ulike kulturelle bakgrunner. For det sykepleiefaglige har jeg benyttet de tidligere pensumbøkene. Blant annet Stubberud og Eikeland sitt kapittel om Flerkulturell kompetanse i sykepleie i boken Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom. Videre har

jeg brukt boken Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, hvor blant annet Heyn i sitt kapittel om kommunikasjon har en egen del om flerkulturell kommunikasjon.

Forskningsartiklene jeg har benyttet i denne oppgaven er alle fagfelleurdert, noe som betyr at de er gjennomgått og kvalitetssikret. Videre har jeg stilt krav til at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år, da jeg vil ha mest mulig oppdatert forskning. Artiklene har sykepleier- og/eller sykepleierstudentperspektiv, i tillegg til at en av artiklene har pasientperspektiv. Alle artiklene er kvalitative. En svakhet med dette er at utvalget ofte er lite, noe som igjen gjør det vanskelig å avgjøre hvor representative funnene faktisk er. På tross av dette, mener jeg at det er nettopp kvalitative forskningsartikler som passer best til å besvare min problemstilling. De gjør det mulig å gå mer i dybden og utforske deltakernes erfaringer, hvilke utfordringer som kan oppstå, i tillegg til sykepleieres holdninger og grad av kulturell kompetanse.

Videre har jeg valgt å belyse min problemstilling ved hjelp av Campinha-Bacote sin modell for kulturell kompetanse ved helsehjelp. Det at modellen er såpass gammel, den tidligste publikasjonen jeg kunne finne var fra 1998, kan pekes på som en svakhet. Imidlertid har jeg lagt merke til at den er blitt brukt i flere nyere artikler og bøker, der i blant i kapittelet til Stubberud og Eikeland i boken Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom fra 2013, noe som tyder på at den fremdeles anses som svært relevant. I tillegg anser jeg det som en styrke at Campinha-Bacote selv har publisert flere artikler i senere tid som tar utgangspunkt i den samme modellen. I denne oppgaven har jeg benyttet tre av hennes artikler, henholdsvis fra 2001, 2002 og 2008.

Flere steder i drøftingen deler jeg mine erfaringer fra utveking i Tanzania, samt noen erfaringer fra sykehuspraksis i Norge. Det er viktig å understreke at dette er mine subjektive opplevelser og erfaringer. Historier som formidles blir fortalt slik jeg opplevde de, og jeg åpner opp for at andre kan ha opplevd situasjoner annerledes. Der jeg har valgt å bruke mine egne erfaringer og opplevelser kommer dette tydelig frem.

3.4 Ethiske vurderinger

Jeg har fulgt LDH sine retningslinjer for oppgaveskriving, samt overholdt regler for sitering og referansehenvisning i henhold til APA 6th. Jeg har tydeliggjort hva som er fag- og

forskningslitteratur, og hva som er mine egne meninger og synspunkter. Der hvor jeg deler egne erfaringer er alle andre involverte parter anonymisert.

Jeg har kun brukt primærlitteratur, noe jeg anser som en styrke, da bruk av sekundærlitteratur øker risikoen for misforståelser, og dermed feilsitering. Det tas imidlertid forbehold om at det kan ha oppstått misforståelser eller mistolkninger i oversettelsen av engelske tekster. Dette er riktig nok forsøkt unngått etter beste evne, ved å lese tekstene flere ganger, i tillegg til å bruke ordbok.

4.0 Forskningsresultater

Et studie publisert i 2013, ønsket å undersøke sykepleiere i Tyrkia sitt syn på og forhold til flerkulturell sykepleie. Resultatene viste at de fleste sykepleierne følte seg lite beredt i møte med pasienter med andre kulturelle bakgrunner, og at de synes kommunikasjonen var spesielt utfordrende. 62,5% mente de ikke var kompetente til å yte sykepleie til pasienter med andre kulturelle bakgrunner, og 90% fortalte at de aldri hadde fått noe undervisning innen flerkulturelle sykepleie. Det kom også frem at 52% av deltakerne mente det burde være valgfritt å yte sykepleie til pasienter med andre kulturelle bakgrunner (Karakus, Babadag, Abay, Akyar & Celik, 2013).

Pasient-sykepleier-relasjonen ble undersøkt nærmere, med tanke på hvilke utfordringer som kan oppstå når pasient og sykepleier ikke snakker samme språk, i et finsk studie publisert i 2017. De fant blant annet at det er viktig at sykepleieren har en holistisk tilnærming til pasienten, og at pasienten oppfordres til å uttrykke sine tanker og meninger. Videre viste resultatene at det er viktig med en gjensidig respekt mellom sykepleier og pasient, både overfor hverandre og overfor hverandres kultur. Non-verbal kommunikasjon ble trukket frem som gode hjelpemidler, som gjør det mulig for sykepleiere og pasienter som ikke snakker samme språk å kommunisere. I tillegg ble en jevn flyt av informasjon presentert som en god måte for sykepleieren å etablere et trygt og tillitsfullt forhold, til både pasient og pårørende (Hemberg & Vilander, 2017).

Et studie publisert i 2017, undersøkte hvilke erfaringer sykepleiere og sykepleierstudenter i Irland hadde når det kommer til å yte sykepleie til pasienter med ulike kulturelle bakgrunner. Deltakerne sa at de følte seg usikre og sårbare i møte med pasienter fra andre kulturer. De visste ikke helt hva de skulle forvente, og uttrykte frykt for å fornærme pasientene. Deltakerne påpekte at de manglet kulturell kunnskap. Til tross for dette, klarte de ikke å anerkjenne at de selv hadde ansvar for å innhente kunnskap, ved å for eksempel spørre kolleger eller pasienten selv. Det kom også frem at deltakerne fokuserte på forskjellene i møte med pasienter med andre kulturelle bakgrunner, fremfor å utforske likhetene. Deltakerne uttrykte bevissthet rundt etnosentriske holdninger og verdier, og forstod at de selv var påvirket av hvordan og hvor de hadde vokst opp (Markey et al., 2017).

Sykepleierstudenters erfaringer med å kommunisere med pasienter med andre kulturelle bakgrunner, ble undersøkt i et svensk studie publisert i 2010. 10 tredjeårs studenter ble intervjuet, 5 etniske svenske og 5 med andre etniske bakgrunner. Funnene viste at deltakerne synes det var utfordrende å kommunisere med pasienter de ikke delte morsmål med. De påpekte blant annet at kommunikasjonen ble mindre sosial og personlig, og mer mekanisk og upersonlig, noe som ga de en følelse av å svikte pasienten. Videre understreket deltakerne viktigheten av kroppsspråk, i tillegg til bruk av bilder og gjenstander for å kommunisere med pasientene. Det kom frem at det var enklere å takle utfordringer med kommunikasjon for studentene som hadde en positiv innstilling. Samtidig fant en også at studentene med andre etniske bakgrunner enn svensk, generelt var mer positive og kreative i møte med pasienter med andre kulturelle bakgrunner. Studentene med immigrantbakgrunn følte de kunne relatere til pasientene med andre kulturelle bakgrunner, da de selv ikke kunne svensk da de flyttet til Sverige. Deltakerne påpekte viktigheten av å være klar over at det var både kulturelle forskjeller og individuelle forskjeller, og at de individuelle var de viktigste (Jirwe et al., 2010).

5.0 Drøfting

5.1 Kulturell bevissthet, etnosentrisme og holdninger

Hele 52% av deltakerne i studiet fra Tyrkia, mente at det burde være valgfritt å yte sykepleie til pasienter med andre kulturelle bakgrunner (Karakus et al., 2013). Det er rimelig å anta, at disse 52% selv hadde valgt bort å yte sykepleie til pasienter med andre kulturelle bakgrunner, dersom det var mulig. Campinha-Bacote (2002) beskriver i sin modell at prosessen om kulturelle møter går ut på sykepleierens egen interesse av og ønske om, å møte pasienter med andre kulturelle bakgrunner. Studiet fra Sverige fant at deltakerne som hadde en positiv innstilling i møte med pasienter med andre kulturelle bakgrunner, generelt taklet utfordringer bedre, særlig når det kom til kommunikasjon (Jirwe et al., 2010). Når noen ønsker å velge bort og yte sykepleie til pasienter med andre kulturelle bakgrunner, eller generelt har en negativ innstilling i møte med disse pasientene, vil det være rimelig å si at de mangler interessen og ønsket som Campinha-Bacote snakker om. Med andre ord vil ikke disse sykepleierne kunne bli kulturelt kompetente. Noe som i verste fall, kan føre til at pasienter ikke får den omsorgen og pleien de har behov for og krav på. En kan da spørre seg om en slik valgmulighet ville være det beste, både for sykepleier og pasient. Sykepleiere som har en positiv innstilling og et ønske om å møte pasienter med andre kulturelle bakgrunner, takler tydeligvis møtene med disse pasientene bedre, og vil muligens også kunne yte bedre pleie til den enkelte pasient. Imidlertid understreker Campinha-Bacote (2002) at fordommer kan forebygges ved at mennesker møtes på tvers av kulturelle bakgrunner og forskjeller. På bakgrunn av dette, vil det å kunne velge bort slike møter ha motsatt effekt, og heller forsterke fordommene som allerede finnes. Omsorgen, nestekjærligheten og det medmenneskelige blir nedprioritert, til fordel for den enkelte sykepleieres holdninger og usikkerhet. Videre frykter jeg at dersom det åpnes opp for en slik valgmulighet for sykepleiere, vil dette også kunne spre seg til andre profesjoner og yrkesgrupper. Hvis vi hadde spurt folk om de synes lærere burde kunne velge hvilke elever som skal gå i klassen de underviser i, eller om de på NAV-kontoret burde få lov til å velge selv hvem de vil tilby rådgivning, ville nok svaret fra de aller fleste vært et klart nei. Og slik jeg ser det bør det ikke åpnes opp for en slik valgmulighet, verken for sykepleiere, eller andre yrkesgrupper. Vi er alle mennesker, og vi er alle like mye verdt. Derfor har også alle pasienter krav på å bli møtt med respekt og åpenhet, uavhengig av deres kulturelle, religiøse eller språklige bakgrunn.

Et steg på veien mot å bekjempe fordommer er altså det å møte mennesker med andre kulturelle bakgrunner. Neste steg vil være å bli bevisst seg selv og egne holdninger. Som Dahl (2013) påpeker tenker vi ofte at våre egne holdninger og synspunkter er de riktige. Dersom vi klarer å ha en kulturrelativistisk tilnærming, fremfor en etnosentrisk tilnærming, og anerkjenner andre sine holdninger og synspunkter som like gyldige og viktige som våre egne, vil dette kunne forebygge fordommer (Dahl, 2013; Båtnes, 2012; Horntvedt, 2012). Det er her kulturell bevissthet kommer inn. Kulturell bevissthet innebærer nettopp evnen til å være bevisst og reflektere over egne meninger, fordommer og oppfatninger i møte med mennesker med andre kulturelle bakgrunner (Campinha-Bacote & Munoz, 2001). Studiet fra Irland fant at deltakerne var bevisst etnosentriske holdninger og hvordan de selv var blitt påvirket av blant annet oppveksten sin (Markey et al., 2017). Hvis vi skal tolke disse funnene ut i fra Campinha-Bacote sin modell, kan vi si at deltakerne er på god vei mot å bli kulturelt kompetente. De viser at de er bevisst at etnosentrisme finnes, i tillegg til at de er bevisst at de selv har blitt påvirket av hendelser i sitt liv. Imidlertid kom det i samme studie også frem, at fremfor å utforske likheter i møte med pasienter med andre kulturelle bakgrunner, var fokuset oftest på forskjeller (Markey et al., 2017). Når vi ser på nærmere på Campinha-Bacote sin modell, ser vi at for å kunne yte kulturelt kompetent sykepleie er man nødt til å søke etter likheter på tvers av forskjeller (Campinha-Bacote, 2008). På bakgrunn av dette, kan vi si at de som deltok i studiet fremdeles har en vei å gå for å bli kulturelt kompetente. De er bevisst etnosentriske holdninger, men blir forhindret i å søke etter likheter i møte med mennesker med andre kulturelle bakgrunner. Jeg vil påstå at det å kunne legge bort usikkerhet, fordommer og fokus på ulikheter, egentlig handler om evnen sykepleieren har til å opptre profesjonelt i rollen sin. Fokuset bør til enhver tid være på pasientens beste, uavhengig av hvem pasienten er og hvor vedkommende kommer fra.

5.2 Kulturelle ønsker og nestekjærlighet

I studiet fra Sverige påpekte deltakerne viktigheten av å være klar over at det fantes både kulturelle og individuelle forskjeller, og at de individuelle hadde størst betydning (Jirwe et al., 2010). Dette støttes av Campinha-Bacote (2002) som sier, at selv om sykepleieren bør ha kunnskap om kultur og kulturelle forskjeller, så er det viktig å huske på at alle er unike individer. En kan med andre ord ikke forvente det samme av alle som er fra Tanzania, eller alle som er fra Pakistan, selv om det kan tenkes å være en felle det er lett å gå i. Det er for eksempel ikke alle muslimer som har valgt å avstå fra å spise svin, ei heller vil alle som

bruker hijab, eller andre dekkende plagg, ha innvendinger til det å få hjelp i stell av mannlige sykepleiere. Disse eksemplene er riktig nok satt litt på spissen, men poenget er å understreke viktigheten av å se alle som unike individer, uavhengig av fødested, religion og kulturell bakgrunn.

I studiet fra Finland kom det frem at det er viktig at sykepleieren har en holistisk tilnærming til pasienten, og at pasienten oppfordres til å uttrykke sine tanker og meninger, da dette vil kunne ha en lindrende funksjon (Hemberg & Vilander, 2017). Videre sier de yrkesetiske retningslinjene at en av sykepleierens funksjoner er å lindre (NSF, 2011). For å kunne lindre lidelse må sykepleieren se pasienten som den personen pasienten er, og ikke bare som en pasient. I tillegg må sykepleieren forstå hvordan lidelsen oppleves av den enkelte (Stubberud, 2013). Ut i fra dette kan vi se at det er sentralt at sykepleieren bruker pasienten som en ressurs, i form av å stille spørsmål og å oppfordre pasienten til å dele sine tanker og behov. Med en slik fremgangsmåte viser sykepleieren respekt overfor pasient, som vil kunne bidra til å bygge en tillitsfull og trygg relasjon. Dessuten får pasienten mulighet til å delta i egen behandling og avgjørelser som skal tas, noe som igjen vil bidra til at pasienten føler seg som en viktig og respektert bidragsyter i eget liv og behandling.

Den viktigste prosessen i modellen til Campinha-Bacote, som danner grunnlaget for de andre prosessene, er det kulturelle ønsket. Det vil si motivasjonen og ønsket sykepleieren har til å tilegne seg kulturell kompetanse (Campinha-Bacote, 2008). For at sykepleieren skal kunne nyttiggjøre seg av kulturell kompetanse i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn, er det helt nødvendig at det kulturelle ønsket er tilstede. Flere av deltakerne i studiet fra Irland innrømmet at de unngikk å spørre pasientene spørsmål om deres kulturelle og religiøse bakgrunn, for å ikke avsløre sin manglende kunnskap (Markey et al., 2017). I tillegg kunne flere av deltakerne fra studiet i Sverige fortelle, at frykten deres for å gjøre feil kunne føre til at de unngikk å snakke med pasientene (Jirwe et al., 2010). Her ser vi at sykepleierens usikkerhet og stolthet er til hinder for å søke svar hos andre, da dette innebærer å vise at det er enkelte ting en ikke vet. Med andre ord veier frykten for å avsløre det en ikke kan, tyngre enn det kulturelle ønsket. En slik holdning kan i verste fall få negative konsekvenser for pasienten. Blant annet i form av at sykepleieren prøver seg frem, og eventuelt feiler, fremfor å undersøke hva som faktisk er tilfellet for den enkelte pasient. I de yrkesetiske retningslinje står det at sykepleieren skal fremme helse og forebygge sykdom. Det står også at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, og understøtte håp, mestring og

livsmot (NSF, 2011). Videre understreker Henderson (1961) viktigheten av at omsorgen som gis tilpasses den enkelte pasient, da to pasienter kan ha svært ulike omsorgsbehov tross samme diagnose. På bakgrunn av dette, vil jeg påstå at sykepleieren til en viss grad hindrer helhetlig omsorg for pasienten ved å ikke ta tak i egen usikkerhet og mangel på kunnskap, fordi omsorgen og pleien ikke blir tilpasset den enkelte pasient. I tillegg kan det tenkes at en slik holdning hos sykepleiere på sikt vil kunne bidra til å skape mer fordommer, rett og slett fordi en ikke åpner opp for å utforske og lære av, og om, andre. Slik jeg ser det vil det ved hjelp av tilrettelegging, både under utdanningen og på arbeidsplassen, være enklere for sykepleiere å lære mer om ulike kulturer. En enkel, men god idé kan for eksempel være å ha en kalender på pauserommet som viser viktige hellig- og merkedager i de ulike religionene. Tenk hvis sykepleieren kan gratulere den kinesiske pasienten med kinesisk nyttår, uten at pasienten har gjort sykepleieren oppmerksom på det først. Dette vil vise engasjement fra sykepleierens side, og kan bidra til å bygge en tillitsfull relasjon. Videre kan en slik kalender for eksempel gjøre det lettere for sykepleierne på avdelingen å tilrettelegge for at den muslimske pasienten kan få markere Eid. Slike små ting vil igjen bidra til å skape en trygg og omsorgsfull relasjon mellom pasient og sykepleier.

Videre er det viktig at sykepleieren husker på at bare fordi to pasienter har samme kulturelle bakgrunn, så er de på ingen måte like (Magelssen, 2008). Så hvis sykepleieren for eksempel spør en muslimsk pasient om det er noe vedkommende ønsker å gjøre for og markere Eid, må sykepleieren også være forberedt på at pasienten kanskje ikke pleier å markere Eid. Eller kanskje pasienten for øyeblikket har nok å tenke på, og av den grunn ikke ønsker å markere det. Jeg tror allikevel at de aller fleste pasienter vil sette pris på at sykepleieren er klar over at det er en spesiell dag for mange. I tillegg betyr det nok ekstra mye at sykepleieren viser interesse, og et ønske om å tilrettelegge hvis det er mulig. Kvåle (2006) har funnet at pasienter opplever tillitt og trygghet når sykepleierne bryr seg om de som unike medmennesker, og at de setter pris på at sykepleieren kjenner de og tar hensyn til deres ønsker. Jeg vet av erfaring fra mine sykehuspraksiser i Norge at underbemanning og tidspress er utfordringer sykepleiere møter daglig, i tillegg til kort liggetid for den enkelte pasient, og derfor er det ikke alltid tid til å bli ordentlig kjent med pasientene selv om ønsket og viljen er der. Når det er sagt er det viktig at sykepleieren setter av tid til å bli kjent med pasienten når muligheten byr seg, om det så bare er snakk om ett par minutter. Sykepleieren har heller ikke anledning til å kunne alt om alle kulturer. Som følge av dette, er sykepleieren avhengig av å kunne spørre pasienten selv om pasientens situasjon og behov. Dette krever at sykepleieren legger bort stoltheten og

frykten for å vise det en ikke kan, og at sykepleieren tør å stille spørsmål når det trengs. Når det kommer til stykket, er det pasienten som selv vet best hvordan pasienten vil ha det, og det er viktig å ta dette i betraktning.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 sier at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring og valg av helse- og omsorgstjenester, og at tjenestetilbudet så langt det lar seg gjøre skal utformes i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dessverre kan en ikke forvente at alle pasienter forteller om sin situasjon og sine behov, hvis de ikke blir spurt. Pasienter er ofte veldig klar over at sykepleierne har mye å gjøre, og hvis ikke sykepleierne tydelig viser at de har tid og er interessert, kan det være at pasientene kvier seg for oppta sykepleiernes tid. Videre fant Hemberg & Vilander (2017) i sitt studie, at når sykepleieren oppmuntrer pasienten til å uttrykke sine behov og ønsker, skaper det tillitt og pasienten føler seg sett. Det å ikke ville være til bry er noe de fleste har følt på fra tid til annen, og da er det utrolig godt å få bekreftet at noen er interessert, bryr seg om deg og har tid til deg. Dette gjelder også for pasienter på sykehus. Selv om sykepleieren har mye å gjøre, og ofte alt for lite tid, så er det viktig å tenke over hvilke signaler som sendes til pasienten. Hvis sykepleieren har to minutter til rådighet, kan det være en god idé og vise at pasienten har den fulle oppmerksomheten i de to minuttene, ved å sette seg ned sammen med pasienten, fremfor å stå i døråpningen og snakke.

5.3 Kommunikasjon og pasient-sykepleier-relasjonen

Studiet fra Sverige, viste at deltakerne synes det var utfordrende å kommunisere med pasienter med en annen språklig bakgrunn. De beskrev at kommunikasjonen opplevdes som mindre sosial og personlig enn hva den gjorde med etnisk svenske pasienter, noe som igjen ga de følelsen av at de sviktet pasienten (Jirwe et al., 2010). Dette samsvarer med studiet fra Tyrkia, som viste at i møte med pasienter med andre kulturelle og språklige bakgrunner, opplevdes kommunikasjonen som spesielt utfordrende (Karakus et al., 2013). Adekvat kommunikasjon vil kunne fremme pasientens følelse av forutsigbarhet og trygghet, i tillegg til at det vil øke pasientens kompetanse og mulighet til å delta i egen behandling (Stubberud & Eikeland, 2013).

Ved hjelp av kulturelle ferdigheter, vil sykepleieren kunne kommunisere bedre med pasienten og samle data om pasientens behov og ressurser. I tillegg til å ivareta pasientens

grunnleggende behov (Campinha-Bacote, 2002). Behovet for omsorg og trygghet er svært sentrale deler av de grunnleggende behov, og må derfor vektlegges i møte med pasienter. Videre vil i hvilken grad pasienten føler at disse behovene dekkes ofte avhenge av sykepleier-pasient-relasjonen. Som Kvåle (2006) sier, så føler pasientene seg sett når sykepleierne viser at de kjenner dem. Det er imidlertid viktig å anerkjenne at sykepleiere dessverre ikke har mulighet til å kjenne alle pasientene like godt. Det er derfor desto viktigere at sykepleieren er åpen og viser interesse for den enkelte pasient. Sykepleieren kan også dra nytte av å forberede seg før første møte med pasienten ved å for eksempel lese i pasientens journal. Hemberg og Vilander (2017) fremhever en jevn flyt av informasjon, både til pasient og pårørende, som et tiltak for å skape et trygt og tillitsfullt forhold mellom pasient og sykepleier. Selvsagt vil det skape trygghet når pasienten føler seg inkludert i behandlingen, og har oversikt over egen situasjon. Dette med informasjon til pasienter kommer jeg tilbake til i siste avsnitt i 5.3.

I tilfeller hvor pasient og sykepleier ikke snakker samme språk blir den non-verbale kommunikasjonen desto viktigere (Heyn, 2015). Dette støttes av studiet fra Sverige, hvor non-verbal kommunikasjon ble trukket frem som et godt og viktig hjelpemiddel (Jirwe et al., 2010). Da jeg var i Tanzania, gjennomførte jeg blant annet to uker praksis på et eldrehjem hvor de fleste kun snakket swahili. Jeg hadde lært meg enkle ord og setninger på swahili, slik at jeg kunne spørre om de eldre for eksempel trengte hjelp til en dusj, til å vaske klær eller til å hente vann. Utover dette var det utfordrende å forstå og å gjøre seg forstått. De første dagene følte jeg på en enorm frustrasjon, og jeg tenkte det samme som studentene i studiet fra Sverige; at kommunikasjonen ble mer usosial og upersonlig som konsekvens av at vi ikke snakket samme språk. Etter hvert som jeg ble tryggere i situasjonen, og vi ble tryggere på hverandre, fant vi andre måter å kommunisere på; kroppsspråk, mimikk, berøring og peking, i tillegg til at vi danset og sang sammen. I ettertid sitter jeg igjen med en følelse av at kommunikasjonen heller ble mer sosial og personlig. Dette tror jeg har en sammenheng med at vi alle ga så mye av oss selv, noe jeg mener er viktig å kunne gjøre som sykepleier. Vi hadde en genuin interesse av å forstå hverandre, og vi la inn en ekstra innsats ved å nyttiggjøre oss av de få ordene begge parter kunne, i tillegg til den non-verbale kommunikasjonen. Dette støttes også av studiet fra Finland som fant at bruk av non-verbal kommunikasjon viser at sykepleieren har et ønske om å kommunisere med pasienten, og er villig til å bruke litt ekstra tid og innsats for å få det til (Hemberg & Vilander, 2017). Det er imidlertid viktig å påpeke at som utvekslingsstudenter var vi svært privilegerte som hadde tid og mulighet til å være så mye sammen med pasientene og brukerne. Igjen må det tas i

betraktning at tidspress og underbemanning, i tillegg til kort liggetid for den enkelte pasient, kan gjøre det å bli kjent med hver enkelt pasient til en utfordring for sykepleieren. Videre understreker Heyn (2015) viktigheten av at sykepleieren er klar over at kommunikasjon varierer fra kultur til kultur, og at dette tas i betraktning i møte med pasienter. Med historien over mener jeg ikke at sykepleiere skal synge og danse sammen med alle pasientene på sykehuset som ikke snakker norsk eller engelsk, men at vi bør være villig til å tilpasse oss, og hvert fall møte den andre på halvveien hvis det lar seg gjøre. Som Dahl (2013) sier så er det respekt, ydmykhet og evne til undring som er de viktigste egenskapene når mennesker skal kommunisere med hverandre.

De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser, ved å gi nødvendig informasjon som er tilpasset den enkelte (NSF, 2011). Dette sier også pasient- og brukerrettighetslovens § 3-2 og § 3-5, hvor det står at pasienten har krav på tilstrekkelig informasjon for å ha innsikt i egen situasjon, og for å kunne ivareta sine rettigheter. Videre skal informasjonen tilpasses den enkeltes forutsetninger, som for eksempel kulturell- og språklig bakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Som Stubberud og Eikeland (2013) understreker, er sykepleieren avhengig av å ha kunnskap om kulturelle forskjeller for å kunne ivareta pasientens behov. For å kunne tilpasse informasjon til den enkeltes forutsetninger, er sykepleieren i tillegg avhengig av å ha kunnskap om den enkelte pasient. Nok en gang blir det viktig å påpeke at sykepleieren ikke har mulighet til å kjenne alle pasienter like godt. Desto viktigere blir det at sykepleieren forsikrer seg om at informasjonen er forstått, ved å for eksempel stille pasienten oppfølgingsspørsmål om det som blir sagt.

5.4 Kulturell kunnskap, undervisning og erfaring

Deltakerne i studiet fra Irland følte seg usikre og sårbare i møte med pasienter med andre kulturer. De visste ikke hva de skulle forvente, og var redde for å fornærme pasientene. I tillegg uttrykte flere at de var redde for å bli oppfattet som rasistiske. De mente at de manglet kulturell kunnskap, men på tross av dette, klarte de ikke å anerkjenne at de selv hadde ansvar for å innhente kunnskap, for eksempel ved å spørre kolleger eller pasienten selv (Markey et al., 2017). Campinha-Bacote (2002) sier at kulturell kunnskap går ut på å søke, og oppnå innsikt i ulike kulturelle og etniske grupper. Det kan tenkes at den manglende motivasjonen til å ta tak i egen usikkerhet og å søke innsikt andre kulturer, henger sammen med frykten for å

fornærme pasienten, og for å bli oppfattet som rasistisk. Altså handler det ikke om at sykepleieren ikke ønsker å bli kjent med andre kulturer, men heller at det er en form for forsvarsmekanisme i frykt for å trå feil. Det er også en mulighet at denne manglende motivasjonen kan være en konsekvens av en travel og presset arbeidshverdag. Vi vet at det som sykepleier kan det være utfordrende å strekke til, og på bakgrunn av dette kan det tenkes at det å sette av tid til å søke innsikt i andre kulturer blir nedprioritert.

I likhet med studiet fra Irland fant studiet fra Tyrkia at de fleste sykepleierne følte seg lite beredt i møte med pasienter med andre kulturelle bakgrunner. Hele 62,5% mente at de ikke var kompetente nok til å yte sykepleie til disse pasientene. I tillegg kunne 90% fortelle at de aldri hadde fått noen form for undervisning om sykepleie til pasienter med andre kulturelle bakgrunner (Karakus et al., 2013). Ut i fra disse tallene er det rimelig å anta at det er en sammenheng mellom mangel på kompetanse og mangel på undervisning. Hvis dette er tilfellet vil et større fokus på kulturell kompetanse og flerkulturell sykepleie, både under utdannelsen, men også i form av kurs senere i arbeidslivet, kunne øke sykepleiernes kompetanse, samt tro på egne ferdigheter.

Videre viste studiet fra Sverige at deltakerne som selv hadde immigrantbakgrunn generelt var mer positive og kreative i møte med pasienter med andre kulturelle bakgrunner. De fortalte at de kunne relatere til pasientene, da de selv hadde vært i en situasjon hvor de ikke kunne språket (Jirwe et al., 2010). Det kan virke som at graden av erfaring sykepleieren har, henger sammen med sykepleierens kompetanse i møte med pasienter med andre kulturelle bakgrunner. Dette er noe som gjelder generelt i livet, desto mer vi lærer og erfarer, desto tryggere blir vi i situasjoner. Felles for studiene fra Tyrkia og Sverige er altså at mangel på utdanning og erfaring kan føre til usikkerhet og en negativ innstilling hos sykepleieren. For å øke kompetansen og gjøre sykepleieren bedre rustet i møte med pasienter med andre kulturelle bakgrunner, er det derfor viktig at kulturell kompetanse får et større fokus. Det er også viktig å påpeke at det ikke bare er utdanning og kurs som skal til, men at sykepleieren selv må gjøre en innsats for å tilegne seg kulturell kunnskap og kompetanse. For å få til dette, er sykepleieren nødt til å møte pasienter med andre kulturelle bakgrunner for å tilegne seg mer erfaring.

Studiet fra Finland viste at det var viktig med gjensidig respekt mellom sykepleier og pasient, både overfor hverandre og overfor hverandres kultur (Hemberg & Vilander, 2017). Vår

kulturelle bakgrunn er med på å påvirke vårt syn på sykdom og behandling (Stubberud & Eikeland, 2013). Derfor vil det som oppfattes som sykdom i en kultur, kunne bli oppfattet som normalt i en annen kultur (Horntvedt, 2015). Som Eriksen og Sajjad (2015) påpeker, så vil de som immigrerer til Norge, ofte ha med seg egne måter å se og forstå sykdom og behandling på. I Tanzania møtte jeg mennesker med et svært annerledes syn på sykdom og behandling enn hva jeg er vant med fra Norge. For eksempel var det flere som trodde at de som hadde epilepsi var besatt av djevelen, og at HIV smittet via svette og kunne kureres dersom du hadde ubeskyttet samleie med en person med albinisme. Ved behov for behandling var det vanlig å dra til tradisjonelle healere, fremfor å oppsøke hjelp på sykehus eller legevakt. Som en konsekvens av dette, ble mange heller sykere enn friskere. Videre er jeg nødt til å trekke frem at jeg også opplevde at de tradisjonelle medisinene fungerte. Det var vanlig at barn hadde hudsopp, og behandlingen mot dette var en urteblanding som skulle smøres på huden. Dette var jeg altså vitne til at fungerte, soppen ble borte. Det jeg ønsker å få frem med disse eksemplene er at selv om ting som er annerledes ofte kan virke fjernt for oss, i tillegg til at vi enkelte ganger vet at det ikke stemmer, blant annet misforståelsen om at HIV smitter via svette, så er det viktig å huske på at det er en grunn til at mennesker har den oppfatningen de har. I tillegg så viser det seg at noen ganger så er andre sine løsninger vel så gode som våre. Det handler i bunn og grunn om å være åpen og interessert, og å vise respekt for hverandre. Når det er sagt så er det også viktig at pasientene får den behandlingen og hjelpen de har behov for. Selv om pasientenes oppfatninger og ønsker skal anerkjennes og respekteres, må det ikke gå ut over den enkeltes helsetilstand. Situasjoner hvor sykepleieren føler seg nødt til å velge mellom å gi pasienten rett behandling, og å vise respekt for pasientens ønsker og holdninger, kan ses som et dilemma mellom autonomiprinsippet, og prinsippene om velgjørenhet og ikke-skade. Prinsippene om velgjørenhet og ikke-skade, handler om plikten til å gjøre andre godt, og å ikke skade de. Videre handler autonomiprinsippet om at en skal respektere pasienters rett til å ta beslutninger om eget liv og helse (Brinchmann, 2016, s. 83-92). Ettersom prinsippene anses som likeverdige, vil det være nærmest umulig å avgjøre hvilket som bør veie tyngst i ulike situasjoner.

Når sykepleieren viser bekræftelse overfor pasientens kultur og behov vil pasienten kunne oppleve å bli møtt som et unikt og betydningsfullt menneske, noe som igjen vil skape trygghet (Hemberg & Vilander, 2017). Dette samsvarer med det Stubberud og Eikeland (2013) sier om at dersom sykepleieren har kunnskap om pasientens kultur, vil pasienten oppleve å bli møtt med omsorg og respekt. Følgelig kan vi anta at pasienten vil oppleve det som positivt og

omsorgsfullt, hvis sykepleieren har kunnskap om og respekterer pasientens kultur. Dessverre har ikke sykepleieren mulighet til å være oppdatert på alle detaljene i ulike kulturer. Av den grunn er det svært viktig at sykepleieren bruker sine kollegaer og pasienten selv for å dekke kunnskapshull. Ved å stille spørsmål og være interessert i å lære pasienten og pasientens kultur å kjenne, anerkjenner sykepleieren pasienten som et medmenneske og ikke bare som en pasient.

6.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg sett nærmere på hvordan sykepleiere kan benytte kulturell kompetanse til å yte god, omsorgsfull og individuelt tilpasset sykepleie til pasienter med innvandrerbakgrunn. Jeg har tatt for meg Campinha-Bacote sin modell for kulturell kompetanse ved helsehjelp, i tillegg til fire forskningsartikler og annen forsknings- og faglitteratur.

Det fremstår som tydelig for meg at kulturell kompetanse trenger et større fokus, både som en del av utdanningen, men også senere i arbeidslivet. Jeg har påpekt at dette kan være utfordrende i praksis, men med tanke på at sykepleiere vil møte flere og flere pasienter med ulike kulturelle bakgrunner, er det viktig at en jobber for å få det til. Slik jeg ser det, er det av stor betydning at kulturell kompetanse blir en mer integrert del av sykepleierutdanningen. Som vi så i innledningen, var det per januar 2018 cirka 917.000 personer med innvandrerbakgrunn bosatt i Norge. For at sykepleiere skal være rustet til å ivareta den enkelte pasients behov, uavhengig av kulturell, språklig eller religiøse bakgrunn, er det viktig at utdanningsprogrammer utvikles i samsvar med befolkningen, og ikke henger tiår etter på enkelte områder. Videre tror jeg at et større fokus på kulturell kompetanse, vil bidra til å redusere fordommer, noe både sykepleiere, pasienter, pårørende og befolkningen forøvrig vil komme godt ut av.

Når alt kommer til alt, er det mye ansvar som står og faller på hver enkelt sykepleier. Sykepleieren må være ydmyk overfor pasienter og kollegaer, og tørre å spørre når noe er utfordrende eller ukjent. Pasienten sine meninger og behov må respekteres, og sykepleieren bør være åpen og interessert overfor pasientens holdninger og verdier. Det finnes både kulturelle og individuelle forskjeller, men det er viktig å huske på at de individuelle veier tyngst.

Avslutningsvis vil jeg si at sykepleieren absolutt kan dra god nytte av å bli mer kulturelt kompetent. Jeg vil gå så langt som å si at kulturell kompetanse er nødvendig for å yte omsorgsfull og individuelt tilpasset sykepleie til pasienter med innvandrerbakgrunn. Det å være bevisst egen kultur og egne holdninger, samt det å være åpen, og å respektere og anerkjenne andre sin kultur og holdninger, vil være nyttig ikke bare i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn, men i møte med alle pasienter, i tillegg til pårørende og kollegaer. Det er

viktig at sykepleieren husker på at uansett om en pasient har samme kultur som sykepleieren selv eller ikke, så er alle mennesker unike individer som har ulike behov. På bakgrunn av dette, mener jeg at sykepleieren bør ha kulturell kompetanse for å kunne gi alle pasienter god, omsorgsfull og individuelt tilpasset pleie.

Referanser

- Alvsvåg, H. (2015). Faglig skjønn og omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 156-178). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Båtnes, P. I. (2012). Hvilken flerkulturell forståelse? I P. I. Båtnes & S. Egden (Red.), *Flerkulturell forståelse i praksis* (s. 19-52). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Campinha-Bacote, J. & Munoz, C. (2001). A guiding framework for delivering culturally competent services in case management. *The Case Manager*, 12(2), 48-52.
<https://doi.org/10.1067/mcm.2001.114902>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. doi: [10.1177/10459602013003003](https://doi.org/10.1177/10459602013003003)
- Campinha-Bacote, J. (2008). Cultural desire: 'Caught' or 'taught'? *Contemporary Nurse*, 28(1-2), 141-148. doi: [10.5172/conu.673.28.1-2.141](https://doi.org/10.5172/conu.673.28.1-2.141)
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: Innføring i interkulturell kommunikasjon*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 148-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Egden, S. (2012). Globalisering og migrasjon. I P. I. Båtnes & S. Egden (Red.), *Flerkulturell forståelse i praksis* (s. 53-75). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Eriksen, H. T. & Sajjad, A. T. (2015). *Kulturforskjeller i praksis*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. (Meld. St. 16 2010-2011). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/?q=meld.%20st.%20nr.%2016%20nasjonal%20helse>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen*. (Meld. St. 34 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-3420122013/id723818/>
- Henderson, V. (1961). *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper*. (2. utg.). Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- 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>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 363-398). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Horntvedt, T. (2012). Utvalgte begreper i flerkulturell forståelse. I P. I. Båtnes & S. Egden (Red.), *Flerkulturell forståelse i praksis* (s. 221- 254). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Horntvedt, T. (2015). *Interkulturelt helsearbeid*. Drammen: Vett & Viten AS.
- IMDi. (2018). Innvandrerbefolkningen i Norge. Hentet 29. november 2018 fra <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/innvandrere-og-integrering/innvandrerbefolkningen-i-norge/>
- Jirwe, M., Gerrish, K. & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2010(24), 436-444. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00733.x

- Karakus, Z., Babadag, B., Abay, H., Akyar, I. & Celik, S. S. (2013). Nurses' Views Related to Transcultural Nursing in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 6(2), 201-207. doi: 10.13140/2.1.4873.2805
- Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård i Norden*, 26(79), 15-19. <https://doi.org/10.1177/010740830602600104>
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene*. (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Markey, K., Tilki, M. & Taylor, G. (2017). Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds. *Journal of Clinical Nursing*, 2018(27), 259-268. doi: 10.1111/jocn.13926
- Myhre, J. E. (2018). innvandring. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 17. april 2019 fra <https://snl.no/innvandring>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Odland, L.-H. (2016). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 25-42). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Stubberud, D.-G. (2013). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 42-65). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. & Eikeland, A. (2013). Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 215-240). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1

Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Zeynep Karakuş, Burcu Babadağ, Halime Abay, Imatullah Akyar og Sevilay Şenol Çelik (2013)	Nurses' Views Related to Transcultural Nursing in Turkey	International Journal of Caring Sciences	Avgjøre sykepleieres syn på flerkulturell sykepleie.	Kvalitativ metode/Deskriptivt studie: 80 sykepleiere svarte på en spørreundersøkelse bestående av 16 spørsmål og 15 utsagn om flerkulturell sykepleie.	87,5% av deltagerne opplevde utfordringer med å kommunisere med pasienter med andre kulturelle bakgrunner. 62,5% følte de ikke var kompetente nok innen flerkulturelle sykepleie. 90% av deltagerne hadde aldri mottatt noe undervisning om flerkulturell sykepleie eller kulturell kompetanse.
2	Jessica Anne Viveka Hemberg og Susann Vilander (2017)	Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Avdekke en ny forståelse av pleieforholdet mellom sykepleiere og pasienter som ikke snakker samme språk.	Kvalitativ metode: åtte sykepleiere og to tidligere pasienter svarte på en spørreundersøkelse.	Sykepleieren bør ha en holistisk tilnærming til pasienten. Gjensidig respekt mellom sykepleier og pasient er viktig. Non-verbal kommunikasjon ble trukket frem som gode hjelpemidler.
3	Kathleen Markey, Mary Tilki og Georgina Taylor (2017)	Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds	Journal of Clinical Nursing	Utforske erfaringer sykepleie og sykepleierstudenter har med å yte sykepleie til pasienter fra ulike kulturelle, etniske og språklige bakgrunner.	Kvalitativ metode: Både fokusgrupper og individuelle intervjuer ble gjennomført med sykepleiere og sykepleierstudenter. Åtte av fokusgruppene bestod av sykepleierstudenter.	Deltagerne følte seg usikre og sårbare i møte med pasienter fra andre kulturer. De manglet kulturell kunnskap, men klarte ikke å anerkjenne at de selv hadde ansvar for å innhente kunnskap.
4	Maria Jirwe, Kate Gerrish og Azita Emami (2010)	Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Utforske sykepleierstudenters erfaringer med kommunikasjon i flerkulturelle møter.	Kvalitativ metode: Intervjuer med 10 sisteårs studenter. Fem av studentene var etnisk svenske, og fem hadde andre etniske bakgrunner.	Det var utfordrende å kommunisere med pasienter med andre språklige bakgrunner, og kommunikasjon-en ble mindre sosial og personlig. Non-verbal kommunikasjon ble trukket frem som et

						viktig hjelpemiddel. Positiv innstilling og egne erfaringer hadde betydning for hvor godt sykepleierstudentene taklet utfordringer.
--	--	--	--	--	--	---