

Sykepleie i det flerkulturelle samfunnet

Kandidatnummer: 64  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 7398  
Dato: 19.04.22



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.22
<p>Tittel: Hvilken kulturell kompetanse trenger sykepleiere for å veilede gravide kvinner med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn og vitamin D-mangel?</p>	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvilken kulturell kompetanse trenger sykepleiere for å veilede gravide kvinner med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn og vitamin D-mangel?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Oppgaven tar utgangspunkt i Camphina-Bacotes modell for flerkulturell kompetanse. Teorikapittel beskriver hvorfor kvinner med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn er spesielt utsatt for vitamin D-mangel. I tillegg forklares de fysiologiske mekanismene bak vitamin D, konsekvenser av vitamin D-mangel for mor og barn under svangerskap, og behandlingstiltak. Videre vil oppgaven sette søkelys på veiledning og pasient-sykepleie relasjonen.</p> <p><u>Metode:</u> Det er en litterær oppgave som bygger på pensumlitteratur og forskningsartikler. Pensumlitteratur er hentet fra bachelorstudiet i sykepleie fra LDH, samt høgskolens bibliotek. Jeg har benyttet fem forskningsartikler som er innhentet gjennom søk fra PubMed.</p> <p><u>Drøfting:</u> Funn fra forskningsartikler diskuteres opp mot kunnskapsgrunnlaget presentert i teorikapittelet. Hensikten er å finne aktuelle barrierer hos både sykepleier og pasient, og videre å diskutere konkrete tiltak for å overkomme dem i en veiledningssituasjon. Det sees nærmere på systemets rammer og sykepleierens prioriteringer innenfor disse rammene, grad av kulturell kunnskap og tillit til helsevesenet. Videre sees det nærmere på det kulturelle aspektet, språkbarriere og kommunikasjon, og de ulike komponentene i Camphina- Bacotes modell.</p> <p><u>Konklusjon:</u> For å øke pasientens helseforståelse og bedre vitamin D-nivået under svangerskap trenger sykepleier kulturell kompetanse. Dette i form av bevissthet rundt egne holdninger, kunnskap om kulturelle variasjoner og hva som gjelder for den enkelte pasient, å kunne bruke verktøy for å overkomme en språkbarriere og ha et ønske om å gi kulturelt betinget omsorg.</p>	

(Totalt antall ord: 260)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2	Presentasjon av problemstillingen og avgrensninger .....	2
1.2.1	Begrepsavklaring .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>4</b>
2.1	<b>Kultur.....</b>	<b>4</b>
2.1.1	Kultur og innvandring .....	4
2.1.2	Sykdomssyn og sykdomsatferd .....	4
2.2	<b>Vitamin D.....</b>	<b>5</b>
2.2.1	Vitamin D-mangel hos kvinner med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn .....	5
2.2.2	Vitamin D under svangerskap .....	5
2.2.3	Tiltak for å sikre tilstrekkelig vitamin D .....	6
2.3	<b>Sykepleierens veiledende funksjon .....</b>	<b>6</b>
2.3.1	Relasjon mellom sykepleier og pasient .....	6
2.3.2	Interkulturell kommunikasjon .....	7
2.3.3	Tolk.....	7
2.4	<b>Camphina-Bacotes modell for flerkulturell kompetanse .....</b>	<b>8</b>
2.5	<b>Juridiske og etiske rammer .....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>Metode for oppgaven .....</b>	<b>10</b>
3.1	<b>Valg av metode .....</b>	<b>10</b>
3.2	<b>Faglitteratur og øvrig litteratur .....</b>	<b>10</b>
3.3	<b>Forskningsartikler .....</b>	<b>10</b>
3.3.1	Inklusjonskriterier.....	11
3.3.2	Litteratursøk.....	11
3.4	<b>Kildekritikk .....</b>	<b>13</b>
3.4.1	Kritikk av metode .....	13
3.4.2	Kritikk av forskningsartikler.....	13
3.4.3	Kritikk av annen faglitteratur.....	14
3.5	<b>Etiske vurderingen ved bruk av egne erfaringer .....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningsresultater .....</b>	<b>15</b>
4.1	<b>Artikkelmatrise .....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>18</b>
5.1	<b>Mangel på tid og kunnskap .....</b>	<b>18</b>
5.2	<b>Tillit til helsevesenet.....</b>	<b>19</b>
5.3	<b>Veiledning og det kulturelle perspektivet .....</b>	<b>21</b>
5.4	<b>Veiledning og kommunikasjon .....</b>	<b>23</b>
5.5	<b>Veiledning når man mangler et felles språk .....</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>27</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste .....</b>	<b>28</b>

# 1 Innledning

Norge er et flerkulturelt samfunn (Dahl, 2013, s. 221). Ifølge Statistisk sentralbyrå bor det 800 094 (14,8 %) innvandrere i Norge per 1.januar 2021, og antallet er stadig i vekst (SSB, 2021). I Oslo utgjør innvandrere hele 25,6 prosent av befolkningen (SSB, 2021). Et velfungerende og rettferdig helsesystem krever sykepleiere som er i stand til å møte behovene til en voksende gruppe flerkulturelle pasienter. Likeverdig helse- og omsorgstjenester er en overordnet helsepolitisk målsetting i Norge (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1). Dette målet utfordres av sykepleierens mangel på kulturell og språklig kompetanse i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn (Aambø, 2021, s. 223).

Migrasjon utgjør en helserisiko i seg selv, og noen innvandrergrupper er i risiko for enkelte sykdommer (Magelssen, 2015, s. 178). Vitamin D-mangel er en svært utbredt diagnose hos mennesker med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn i Norge (Aambø, 2021, s. 120). Oslo Immigrant Health Study viser at kvinner er spesielt utsatt for vitamin D-mangel. Dette gjelder også under svangerskap, og utgjør en risiko for både kvinnen og barnet (Holvik et al., 2005, Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2005 i Sortland, 2005, s. 69). Litteratur viser at kvinner med innvandrerbakgrunn føder hyppigere enn etnisk norske kvinner (Magelssen, 2015, s. 186). Vitamin D-mangel utgjør derfor en stor helseutfordring hos denne pasientgruppen, som krever veiledning av sykepleier for å behandle og forebygge komplikasjoner.

Oppgavens formål er å vurdere hvilken kulturell kompetanse som kreves for at møte mellom sykepleier og kvinnen med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn med vitamin D- mangel skal være av høy kvalitet, tross kulturelle ulikheter.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Valg av tema stammer fra en nysgjerrighet omkring hvordan kultur påvirker vårt syn på helse, sykdom og behandling. Jeg har blant annet arbeidet på et sykehus i Myanmar, og har også gjennomført deler av mine kliniske praksisstudier av bachelorutdanningen i København, Danmark. Det har gitt meg en mulighet til å se min egen kultur fra et utenfra perspektiv, og å studere ulikheter og likheter mellom kulturer. Jeg har også fått en økt forståelse av å være den «fremmede», og reflektert en del rundt vårt mest grunnleggende følelsesmessige behov, å bli sett, og hvordan vi kan se hverandre tross ulikheter.

Jeg har erfart gjennom kliniske praksisstudier at kulturell kompetanse er viktig og verdifullt for å fremme helhetlig og personsentrert pleie, uavhengig av pasients bakgrunn. Dette har jeg et sterkt ønske å lære mer om og utforske videre gjennom arbeidet med denne oppgaven.

## **1.2 Presentasjon av problemstillingen og avgrensninger**

Problemstillingen er:

*Hvilken kulturell kompetanse trenger sykepleiere for å veilede gravide kvinner med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn og vitamin D- mangel?*

Oppgaven omhandler gravide kvinnelige pasienter med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Pasienten har innvandret til Norge på et tidspunkt i livet, dette ekskluderer norskfødte innvandre, og har sin opprinnelse fra land i Asia, Afrika sør for Sahara og Sør-Amerika. Ettersom forskning viser at kvinnene fra disse områdene er mer utsatt for vitamin D-mangel (Madar et al., 2009, Holvik et al., 2005). Oppgaven er avgrenset til å først og fremst handle om pasientmøter, ikke kultur møter, derfor har jeg ikke valgt en spesifikk kultur eller et land.

Konteksten i oppgaven er avgrenset til kvinneklinikken på sykehus og oppfølging av svangerskap. Kvinnene har behov for ekstra oppfølging i spesialisthelsetjenesten grunnet tidligere komplikasjoner i svangerskap. Vitamin D-mangelen blir avdekket ved blodprøvetaking og det blir da behov for veiledning fra sykepleier på avdelingen.

Noen av de anvendte forskningsartikler bruker benevninger som *immigrant patients*, *ethnic minority patients*, *patient with immigrant background* og *patient from diverse cultural and ethnic backgrounds*. Disse benevningene behandler jeg som det samme som pasienter med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn.

Oppgavens fokus er på sykepleierens veiledende funksjon. Den aktuelle problemstillingen kan også sees i et sekundærforebyggende perspektiv jf., sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjon i samfunnet (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Sykepleier forebygger komplikasjonene av vitamin D-mangel ved å veilede pasienten.

### **1.2.1 Begrepsavklaring**

#### *Innvandrere*

Personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre, og som på et tidspunkt har innvandret til Norge. Man skiller mellom innvandrere og norskfødte innvandrere (SSB, 2021).

#### *Flerkulturell*

Flerkulturell beskriver mennesker som har bakgrunn fra flere kulturer (Dahl, 2013, s. 221).

#### *Kulturell eller flerkulturell kompetanse*

Kulturell eller flerkulturell kompetanse kan forstås som kunnskaper, ferdigheter og holdninger som utgangspunkt for samhandling og helsehjelp rettet mot mennesker på tvers av ulike språk og kulturer. Flerkulturell og kulturell kompetanse beskrives som det samme (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 217).

#### *Diskriminering*

Diskriminering betyr det samme som å forskjellsbehandle (Dahl, 2013, s. 232).

## **2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag**

### **2.1 Kultur**

Professor Hylland Eriksen (2010, s. 15) beskriver kultur som ferdigheter, oppfatninger og væremåter som personer har tilegnet seg som medlem av et samfunn. Kultur har stor betydning for hvem vi er, alle har sitt unike kulturperspektiv som er i en kontinuerlig prosess (Magelssen, 2008, s. 84).

#### **2.1.1 Kultur og innvandring**

Å flytte mellom to kulturer, som innvandrere, kan være utfordrende for selvopplevelsen, men også en berikelse. Oppbrudd med hjemlandet kan føre til at innvandreren rammes av store sosiale, kulturelle, språklige og psykologiske tap og kan føre til en alvorlig sorgreaksjon. Hvor sterkt den enkelte blir påvirket vil variere, og er blant annet avhengig av årsak til flytting og velkomsten i mottakerland. Det vil også variere hvordan man forholder seg til den nye kulturen. Noen vil ta til seg mye av den nye kulturen i mottakerlandet, og andre vil i stor grad holde på opprinnelig kultur og levesett (Hansen, 2019, s. 17).

#### **2.1.2 Sykdomssyn og sykdomsatferd**

Sykdom er ikke bare en objektiv fysisk tilstand, *disease*, men har også en subjektiv betydning, *illness*, påvirket av kulturbakgrunn, utdanning og erfaring (Magelssen, 2008, s. 42). Den subjektive opplevelsen av sykdom, personens sykdomssyn, påvirker også personenes sykdomsatferd som innebærer blant annet hvilke valg en person gjør for å ivareta sin helse, og hvor vedkommende søker helsehjelp (Hansen, 2019, s. 21).

I Norge forklarer vi hovedsakelig sykdom ut fra en naturvitenskapelig tenking med en biomedisinsk tilnærming, hvor man diagnostiserer sykdom ut fra målbare prøver og undersøkelser, og deretter behandles med biomedisinske medikamenter (Horntvedt, 2015, s. 89). Til forskjell fra noen kulturer som eksempelvis forklarer sykdom som straff fra Gud, forfedre eller ubalanse mellom yin og yang. Bruk av naturmedisin, som ayurveda og urtemedisiner er også svært utbredt over store deler av verden (Hansen, 2019, s. 24-26).

## **2.2 Vitamin D**

Vitamin D, også kjent som solskinnsvitaminet, er nødvendig for å bidra til normal mineralisering av beinvev og til å styrke beinbygningen, gjennom at kroppen bruker kalsium og fosfat fra tarmen. Kroppen produserer vitamin D ved sollys. Når huden eksponeres for ultrafiolett stråling dannes vitaminet i huden ved en fotokjemisk omdannelse. Hvor lenge man trenger å være i solen for å få tilstrekkelig vitamin D varierer, og avhenger av hudtype, eksponert kroppsflate, og tid på dagen og året. Andre gode kilder til vitamin D er fet fisk, tran, margarin og beriket melk (Sortland, 2015, s. 67).

Serum 25 (OH) D over 50 mol/l er tilfredsstillende vitamin D status (Nasjonalt råd for ernæring, 2018, s. 22). Mangel på vitamin D i lengre tid vil gi svakt skjelettet, kalt osteomalasi, og det vil oppstå lettere brudd. Vitamin D er dessuten nødvendig for et godt immunforsvar (Sortland, 2015, s. 67). Det er videre observert en sammenheng mellom vitamin D-mangel og utvikling av sykdomstilstander som multippel sklerose, kreft og diabetes (Helsedirektoratet, 2006, s.17).

### **2.2.1 Vitamin D-mangel hos kvinner med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn**

Kvinner med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn er spesielt utsatt for vitamin D-mangel grunnet biologiske og kulturelle årsaker. En mørkere hudfarge har redusert syntese av vitamin D i huden, ettersom melaninpigmentering beskytter huden mot UV-stråling. Av kulturelle føringer bruker noen tildekkende klær utendørs, og dermed produseres det mindre vitamin D i huden (Sortland, 2015, s. 67). I noen kulturer er det også normalt å oppholde seg innendørs på soldager (Datta et al., 2021, s. 8). Kostholdet kan være fattig på vitamin D, dette kan skyldes ensidig tradisjonsrik kost med lavt inntak av fisk og meieriprodukter og det kan være uvanlig å ta tran (Aagaard, 2016, s. 205). Disse enkeltfaktorene fører samlet sett til at denne gruppen er spesielt utsatt for vitamin D-mangel.

### **2.2.2 Vitamin D under svangerskap**

Næringstilførsel til barnet er avhengig av hva mor spiser og drikker, og ernæring i fosterliv har betydning for fremtidig sykdomsutvikling. Gravide kvinner må sikres et tilstrekkelig vitamin D-nivå (Sortland, 2015, s. 111). Litteratur viser i midlertidig til at det er en høy forekomst av vitamin D-mangel under svangerskap hos kvinner fra ikke-vestlige land i Norge



(Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2005 i Sortland, 2015, s. 69). Dette utgjør en risiko for både kvinnen og spedbarnet. Lavt vitamin D-nivå hos spedbarn kan føre til blant annet redusert lengdevekst og til at barnet utvikler rakitt. Rakitt gir myke knokler som bøyer seg ved belastning, og det oppstår hjulbeinhet og utstilling av ribbeina (Sortland, 2015, s. 68- 69). I Norge ser vi rakitt hovedsakelig hos barn med ikke-vestlig bakgrunn (Brunvand et al., 2011, s. 717).

### **2.2.3 Tiltak for å sikre tilstrekkelig vitamin D**

Helsedirektoratets rapport *Behov for tiltak for å sikre god vitamin D-status?* fra nasjonalt råd for ernæring skriver at innvandrere mellom 2-60 år av ikke-vestlig bakgrunn bør oppfordres til å ta vitamin D-tilskudd (7,5-10 ug/d) hele året. Det skal også gis informasjon om hvor man kan få vitamin D fra kosthold og råd om soleksponering. Dette gjelder spesielt for gravide kvinner (Helsedirektoratet, 2018, s. 39).

Det er også nødvendig å nevne at overdosering av vitamin D kan gi økt nivå av kalsium, som igjen føre til nyresvikt. Nivå av serum-kalsium skal derfor kontrolleres ofte hos pasienter som behandles med vitamin D (Sortland, 2015, s. 70).

## **2.3 Sykepleierens veiledende funksjon**

Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon innebærer å ivareta pasientens behov for kunnskap og forståelse som er nødvendig for helsemestring, samt å fremme trygghet (Kristoffersen et al., 2016, s. 19).

### **2.3.1 Relasjon mellom sykepleier og pasient**

I enhver behandlingsrelasjon inngår pleieren, og den som mottar helsehjelp (Hansen, 2019, s. 30). Som sykepleier er man i en maktposisjon, pasienten på den andre siden har gitt fra seg kontrollen og kan føle avmakt (Eide & Eide, 2017, s. 26). Behandlingsrelasjonen opprettes ved at pasienten stoler nok på sykepleier til å oppsøke dem, og vedlikeholdes ved å følge råd og komme tilbake om behov. Sykepleier er avhengig av pasientens tillit, og tillit er en

grunnleggende komponent for å skape en god arbeidsallianse som samarbeider mot et helsefremmende mål (Grimen, 2009, s. 52).

Flere pasienter med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn, kan oppleve det norske helsesystemet som fremmed og utrygt. Helse i forbindelse med svangerskap kan gjerne være det første møte kvinner med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn har med norsk helsevesen og dette kan forsterke opplevelsen av utrygghet (Brenna, 2017, s. 100). Sykepleier har her en viktig oppgave i å trygge pasienten. Å bli sett og lyttet til, og å bli møtt med respekt er tillitsbyggende (Eide & Eide, 2017, s. 123).

### **2.3.2 Interkulturell kommunikasjon**

Eide og Eide (2017, s. 17) beskriver kommunikasjon som å gjøre noe felles, ved å utveksle verbale og nonverbale signaler mellom to eller flere personer. Non-verbal kommunikasjon beskrives som kroppsspråk, og verbal kommunikasjon er ordene våre (Hansen, 2019, s. 34).

Interkulturell kommunikasjon er kommunikasjon mellom samtale partnere med ulik kulturell bakgrunn. Den kan preges av ulik grad av språkbeherskelse og bruk av ulike symboler, samt ulikheter i måten vi kommuniserer på, nemlig språkstiler (Horntvedt, 2015 s.110).

Eksempelvis kan mange pasienter med innvandrerbakgrunn være vant til at sykepleier inntar en autoritær rolle, og kan forvente å få klare instruksjoner på hva de skal gjøre (Sachs, 1993 henviser i Hansen, 2019, s. 28). Hva som aksepteres av berøring mellom mennesker varierer også sterkt fra kultur til kultur, og er også personlig betinget (Hansen, 2019, s. 38).

Det er dermed vanlig i interkulturell kommunikasjon at det oppstår misforståelser på tvers av kulturgrensene (Hansen, 2019, s. 28). Personorientert og faglig fundert kommunikasjon med et helsefremmende mål kan skape et felles grunnlag (Eide & Eide, 2017, s. 16).

### **2.3.3 Tolk**

Språkbarriere er en trussel mot pasientsikkerhet. Den sikreste måten å håndtere en språkbarriere mellom pasient og sykepleier er å bruke kvalifisert tolk. En tolk er en person som oversetter en ytring presist fra et språk til et annet, og forstår de kulturelle nyansene av ordene og kroppsspråket som blir brukt og den kulturelle konteksten (Dahl, 2013, s. 171). Ved

bruk av tolk kan pasienten bruke morsmålet sitt og uttrykke seg med veltalenhet (Hansen, 2019, s. 45). Videre får pasienten mulighet til å motta viktig informasjon og medvirke i sin behandling, jf. §3-2 & §3-3 (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

## **2.4 Camphina-Bacotes modell for flerkulturell kompetanse**

Camphina- Bacotes modell (2002, 2007, 2008) for flerkulturell kompetanse kan brukes som verktøy i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn. Modellen beskriver en kontinuerlig prosess som gjør det mulig for sykepleier å se på seg selv som kulturelt kompetent. Prosessen er sammensatt av fem deler *kulturell bevissthet, kulturell kunnskap, kulturelle ferdigheter, kulturelle møter, og kulturelle ønsker*. Delene jobber sammen og alle må være inkludert for å nå målet om å være kulturelt kompetent (henvist i Stubberud & Eikeland 2017, s. 218).

*Kulturell bevissthet* er sykepleierens vurdering og bedømmelse av sin egen kulturelle og profesjonelle bakgrunn. Det handler om å reflektere over sine egne kulturelle verdier, og holdninger og fordommer mot mennesker som er annerledes (Camphina-Bacotes 2002, 2007, 2008 henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 218).

*Kulturell kunnskap* innebærer å søke kunnskap og å oppnå innsikt i ulike kulturelle og etniske grupper. Like viktig er det å få kunnskap om den unike pasientens helserelaterte oppfatninger, kulturelle verdier og tidligere opplevelser. Eksempelvis, pasientens sykdomsforståelse, og hvordan det oppleves å være på sykehus (Camphina-Bacotes 2002, 2007, 2008 henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 220).

*Kulturelle ferdigheter* er sykepleierens evne til å kommunisere med pasienten, også når det foreligger en språkbarriere. Kommunikasjon er en forutsetning for å kunne samle korrekt data om pasientens situasjon, og å videre kunne ivareta pasientens grunnleggende behov. For eksempel gjennom å observere og tolke pasientens verbale og ikke verbale signaler, og å skape en god likeverdig relasjon (Camphina-Bacotes 2002, 2007, 2008 henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 224).

*Kulturelle møter* innebærer å ha interesse for, og engasjement til, å møte pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Slik vil sykepleier redusere egne fordommer, og se den enkelte pasient.

Dette punktet handler også om å vurdere pasientens behov for å bruke tolk (Camphina-Bacotes 2002, 2007, 2008 henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 233-234).

Siste punkt, *kulturelle ønsker*, er selve grunnsteinen i modellen og handler om motivasjonen sykepleieren har til å engasjere seg i prosessen for å tilegne seg kulturell kompetanse. Sykepleierens ønske om å gi kulturelt betinget omsorg kan beskrives som å ivareta menneskets verdighet, menneskerettigheter, sosial rettferdighet og likhet. I tillegg å ha respekt for og forstå ulikheter, men også å anstrenge seg for å se likheter (Camphina-Bacotes 2002, 2007, 2008 henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 235-236).

## **2.5 Juridiske og etiske rammer**

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 har pasienten rett på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Videre i §3-5 lovfestes det at «Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen» (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer punkt 2.5 beskriver også pasientens informasjonsbehov «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.» (NSF, 2019).

## **3 Metode for oppgaven**

### **3.1 Valg av metode**

Dette er en litterær oppgave, som innebærer å hente data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s. 199). På den måten får leseren en god forståelse av kunnskapen som problemstillingen krever.

### **3.2 Faglitteratur og øvrig litteratur**

Jeg har anvendt pensumlitteratur fra bachelorutdanningen på *Lovisenberg diakonale høgskole*. Oppgaven har et sykepleiefaglig perspektiv, og for å belyse dette har jeg innhentet faglitteratur om sykepleierens rolle og funksjon. Jeg har også innhentet aktuelle lovverk og yrkesetiske retningslinjer når det kommer til informasjonsgivning. I teori om kulturell kompetanse har jeg i hovedsak støttet meg på Hanssen (2019) *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* og Stubberud og Eikeland (2017) kapittel om flerkulturell kompetanse i *Psykososiale behov*. I teoridelen om vitamin D har jeg benyttet Sortland (2015) *Ernæring- mer enn mat og drikke*. Jeg har supplert med litteratur fra høgskolens bibliotek for å skape en dybde i oppgaven ved hjelp av søkemotoren *Oria*.

Jeg har funnet øvrig litteratur som gir meg kunnskap om Vitamin D- mangel som fenomen hos valgt pasientgruppe for å belyse viktigheten av emnet. Dette inkluderer to rapporter fra Helsedirektoratet og flere artikler jeg har funnet gjennom faglitteratur som er undersøkt nærmere og brukt som primærkilder.

### **3.3 Forskningsartikler**

I oppgaveforberedelsene søkte jeg etter forskningsartikler i ulike søkemotorer, men fant de aktuelle forskningsartiklene i PubMed. PubMed er en offentlig tilgjengelig versjon av Medline. Medline dekker hovedsaklig internasjonale forskningsartikler innenfor medisinsk og helsefaglige emner (Thidemann, 2019, s. 59).

I valg av forskningsartikler analyserte jeg resultatene, samt dens validitet og kvalitet kritisk. Videre gjorde jeg en nøye vurdering om dens relevans til å besvare problemstillingen min.

### 3.3.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriterier ble brukt for å forenkle søkeprosessen ved å velge bort artikler som ikke er hensiktsmessige for min problemstilling:

- IMRAD-struktur
- Etisk og fagfelle vurderte artikler
- Artikler fra 2008-d. d
- Artikler på norsk, svensk, dansk eller engelsk fra vestlige land

På alle søkene brukte jeg tidsbegrensningen 2008-d. d for å finne nyere forskning som gjenspeiler dagens situasjon. Videre ønsket jeg å finne de artiklene med størst grad har overføringsverdi til norske forhold, og så derfor etter artikler fra vestlige land.

Forskningsartiklene har en IMRAD-struktur, er fagfellevurdert samt etisk vurdert for å sikre faglig kvalitet.

### 3.3.2 Litteratursøk

Jeg ønsket å få frem ulike perspektiv og svar på problemstillingen og brukte derfor forskjellige kombinasjoner av søkeord. I søk 1 brukte jeg «vitamin D definciency AND immigrant» for å finne kvantitativ forskning i form av statistikk. I søk 2 brukte jeg «vitamin D definciency AND immigrant AND information» for å finne forskning om veiledning.

I søk 3 og 4 ønsket jeg å finne kvalitativ forskning i form av dybdeintervjuer, som forklarer de aktuelle barrierene og utfordringene som oppleves i møte med pasienter med ulik kulturell bakgrunn. I søk 3 brukte søkeordene «intercultural AND healthcare». I søk 4 brukte jeg søkeordene «nursing AND cultural competence and ethnic background». Jeg fant to artikler, et fra pasientperspektiv og et fra sykepleierperspektiv. Kunnskap om utfordringene vil videre tilrettelegge for å finne spesifikke løsninger.

Jeg ønsket videre å finne forskning om hva som kreves av sykepleier i et interkulturelt møte, både fra en pasient og sykepleier perspektiv. I søk 5 brukte jeg søkeordene «communication AND cultural competence», og fikk over 2000 resultater. Jeg fant en relevant artikkel tidlig som jeg ikke ville ekskludere, men dette kan ha ført til at jeg har oversett andre artikler.

Søkeprosessen er beskrevet nærmere i tabellen nedenfor:

Nr.	Søkedato	Database	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensning	Fagfelle vurdering	Antall treff	Valgt artikkel
1.	25.01.2022	PubMed	Vitamin D deficiency AND immigrant	2008-2022	Nivå 2	151	Madar, A.A., Stene, L.C., & Meyer, H. E. (2009). Vitamin D status among immigrant mothers from Pakistan, Turkey and Somalia and their infants attending child health clinics in Norway.
2.	1.02.2022	PubMed	Vitamin D deficiency AND immigrant AND information	2008-2022	Nivå 1	16	Madar, A. A., Klepp, K-I. & Meyer, H. E. (2011). The effect of tailor made information on vitamin D status and immigrant mothers in Norway: a cluster randomized controlled trial.
3.	25.01.2022	PubMed	Intercultural AND healthcare	2008-2022	Nivå 1	468	Alpersen, L.M. (2018). Distrust and patients in intercultural healthcare. A qualitative study.
4.	16.02.2022	PubMed	Nursing AND cultural competence AND ethnic background	2008-2022	Nivå 2	238	Markey, K., Tilki, M., & Taylor, G. (2018) Understanding nurses concerns when caring for patientens from diverse cultural and ethnic backgrounds.
5.	09.02.2022	PubMed	Communcation AND cultural competence	2008-2022	Nivå 1	2635	Hemberg, J. A. V., & Vilander, S. (2017). Cultural and communcative competence in the caring reationship with patients from another culture.

## **3.4 Kildekritikk**

### **3.4.1 Kritikk av metode**

Jeg er bevisst på at min egen forståelse kan påvirke tolkning av funnene. Jeg har etter beste evne forsøkt å være nøytral ved å være bevisst mine egne verdier og gjengi deltakerens utsagn korrekt. Jeg har oversatt funnene i forskningsartiklene fra engelsk til norsk, og er ydmyk på at det kan ha skjedd feiltolkninger i oversettelsen. Dette har jeg prøvd å unngå ved å bruke ordbok og å spørre etter hjelp. Jeg søkte i tre ulike søkemotorer, men fant de gjeldene artiklene kun i PubMed, som jeg har svært god erfaring med. Jeg er bevisst på at som et resultat av dette kan relevante artikler i andre søkemotorer ha blitt utelatt.

### **3.4.2 Kritikk av forskningsartikler**

To av artiklene har kun ti intervjuer, og resultatene kan ikke bli generalisert eller alminneliggjort. På den andre siden inkluderer den ene artikkelen deltakere fra land i både Asia og Afrika, og dette viser at flere av resultatene er det samme uavhengig av bakgrunn. I den gjenstående artikkelen hadde sykepleiere som deltok lang arbeidserfaring, og flere hadde arbeidet utenlands og fått kulturell erfaring som er en styrke. Jeg opplever i samme artikkel funnene som litt generelle som kan sees på som en svakhet, men de er samtidig gode, spesielt i interkulturelle møter. En av artiklene er basert på en stor studie som inkluderer både studenter og autoriserte sykepleiere og har dermed et bredt spenn som jeg ser på som en styrke.

En annen styrke er at det i en av artiklene har blitt brukt tolk etter behov slik at alle deltakere uttaler seg klart. I midlertidig er det en svakhet at et av spørreskjemaene som ble brukt i et av de andre studiene kun var på norsk, dette kan ha påvirket svarene til de med begrenset norskspråkkunnskaper. Alle artikler inkluderer eget avsnitt om «limitations» eller «strengths and limitations» som er en styrke.

Tre av artiklene er fra 2017 og 2018, artiklenes tidsstempling har høy relevans for oppgaven. Gjenstående artikler er fra 2009 og 2011, de beskriver fenomenet med vitamin D-mangel hos kvinne med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn svært godt, men det er mulighet for at det finnes nyere og mer oppdatert forskning på området. Tre av artiklene er fra Norge, en fra Finland og



en fra Irland, og resultatet er dermed svært overførbart til norske sykehus. Funnene i artiklene stemmer også overens med tilsvarende artikler jeg har lest.

### **3.4.3 Kritikk av annen faglitteratur**

Jeg anser det som trygt å bruke faglitteratur fra høgskolens pensumliste. Resterende faglitteratur fra høgskolens bibliotek er valgt på bakgrunn av at de er skrevet av anerkjente forfattere. Camphina-Bacotes (2002, 2007, 2008) modell for flerkulturell kompetanse ved helsehjelp var først publisert i 1998, det er en gammel modell og kan pekes på som en svakhet. Men samtidig har den blitt brukt i flere nyere artikler og bøker både publisert av Camphina-Bacotes selv og andre forfattere. Selv ble jeg oppmerksom på den i Stubberud & Eikeland *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*, og har referert den som sekundærkilde etter råd fra høgskolens bibliotek. Jeg anser modellen dermed fortsatt som svært relevant.

### **3.5 Etiske vurderingen ved bruk av egne erfaringer**

Jeg har benyttet meg etter høgskolens retningslinjer av referansestilen APA 7th, og rådført meg hos høgskolens bibliotek ved behov. Anonymitet er ivaretatt i beskrivelse av egne erfaringer og omtale av pasient foregår på en respektfull måte.

## 4 Presentasjon av forskningsresultater

Forskning viser at mødre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn i Norge og deres spedbarn hadde dårlig vitamin D-status. Studiene viser til ulike utfordringer i interkulturelle møter, dette inkluderer mistillit, ulikheter i kommunikasjon og språkbarriere. Videre viser studiene til en usikkerhet og mangel på kunnskap blant sykepleiere i møte med pasienter med ulik kulturell bakgrunn.

En studie viser at for å bygge tillit og gi god helsehjelp kreves det generell kommunikasjon og kompetanse, samt kulturell kompetanse. Respekt for pasientens kultur og et kreativt mot innen kommunikasjon er viktig. Videre er omsorg grunnlaget for en behandlingsrelasjon siden det overgår kulturelle forskjeller.

### 4.1 Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1.	Madar, A.A., Stene, L.C., & Meyer, H. E.	Vitamin D status among immigrant mothers from Pakistan, Turkey, Somalia and their infants attendig child health clinics in Norway.	British Journal of Nutrition (2009).	Studiets hensikt er å beskrive vitamin D status blant 6 uker gamle spedbarn og deres mødre med pakistansk, tyrkisk eller somalisk bakgrunn i Norge, og hvilke faktorer som påvirker vitamin D nivået.	Mixed, både kvalitativ og kvantitativ. 87 deltakere.  Mødre med innvandrerbakgrunn fra Pakistan, Tyrkia og Somalia og deres spedbarn. Rekruttert fra 8 helseklinikker i Oslo området på 6 ukers kontroll.  Studiet involverte blodprøver fra mor og spedbarn, samt et spørreskjema med spørsmål om vitamin tilskudd, soleksponering, matvaner og utdanning.	Vitamin D mangel var svært utbredt hos kvinnene og deres spedbarn, spesielt hos spedbarna som kun fikk morsmelk.  De fleste av mødrene brukte tradisjonell bekledding utendørs. Mødrene som tok vitamin D tilskudd og hadde lengre utdanning hadde betydelig høyere s-25(OH)D enn de andre mødrene.  Den viktigste behandlingen for vitamin D-mangel var vitamin D tilskudd.
2.	Madar, A.A., Klepp, K-I & Meyer, H. E.	The effect of tailor-made information on vitamin D status of immigrant mothers in	Maternal and child nutrition (2011).	Artikkelens hensikt er å teste om skriftlig informasjon på pasientens morsmål kunne forbedre vitamin D status hos	Kvantitativ metode, med en kontroll gruppe og en intervensjon gruppe.44 deltakere.	Skriftlig informasjon om vitamin D til intervensjonen gruppen hadde ingen effekt på deres vitamin D status.

		Norway: a cluster randomized controlled trial.		mødre med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn i Norge.	Mødre med innvandrerbakgrunn fra Pakistan, Tyrkia og Somalia og deres spedbarn. Rekruttert fra 8 helseklinikker i Oslo området på 6 ukers kontroll.  Intervensjons gruppen fikk en skriftlig brosjyre på morsmål om viktigheten av vitamin D og kilder til å oppnå et godt vitamin D nivå. Kontroll gruppen fikk generell pleie som inkluderte muntlig anbefaling om vitamin D. Blodprøver for å sjekke vitamin D ble tatt før og etter studien.	
3.	Alpersen, L.M.	Distrust and patients in intercultural healthcare. A qualitative interview study.	Sage Open. Nursing ethics. (2018)	Artikkelens hensikt er å se på hvilke faktorer som bygger tillit, og hva som skaper mistillit i møte mellom helsepersonell og etnisk minoritets pasienter på sykehus.	Kvalitativ metode. Dybdeintervjuer.  10 pasienter, menn og kvinner mellom 32-85 år, rekruttert fra et norsk sykehus. Pasientene har innvandrerbakgrunn fra land i Asia og Afrika.  Artikkelen stiller hovedspørsmålet: Hvordan opplever afrikanske og asiatiske førstegenerasjons innvandrere den pleien de får, og hva skaper mistillit?	Funnene i artikkelen er at mistillit og en <i>othering</i> prosess kan komme av ulik tro, verdier, oppfatninger, forventinger og atferdsmønstre. Dette inkluderer blant annet helsepersonellet vestlige kommunikasjon versus asymmetrisk tradisjonell kommunikasjon. Ulike måter å kommunisere symptomer/sykdom på.  Helsepersonell må være bevisst på at diskriminering foregår i helsevesenet. For å bygge tillit kreves generell profesjonell kommunikasjon og kompetanse, samt kulturell kompetanse. Kulturell kompetanse vil gi helsepersonell selv tillit og troverdighet.
4.	Markey, K., Tilki, M., & Taylor, G.	Understanding nurses concerns when caring for patientens from diverse cultural	Journal of clinical nursing. (2018)	Hensikten til studiet er å utforske de aktuelle utfordringene sykepleiestudenter og autoriserte sykepleiere erfarer i møte med	Kvalitativ metode. Fokusgrupper og individuelle fysiske intervjuer med både	Tross ulikt erfaringsnivå og ansvar finner studiet mange likheter mellom studenter og sykepleiere.  Funnene i studiet deles inn i fire kategorier: Usikkerhet, mangel på

		and ethnic backgrounds		pasienter med ulik kulturell og etnisk bakgrunn i Irland.	sykepleiestudenter og autoriserte sykepleiere.	kunnskap, etnosentrisme og stereotyper og organisasjonskulturen. Man ser en mangel på undervisning om kulturell kunnskap gjennom sykepleiestudiet. Mangel på kulturell kunnskap og usikkerhet i møte med pasientene var den største bekymringen, som førte til en følelse av sårbarhet og engstelse. Organisasjonskulturen i praksisstudier manglet rollemodeller som hadde evnen til å engasjere seg og stille riktige spørsmål
5.	Hemberg, J. A. V., & Vilander, S.	Cultural and communcative competence in the caring realionship with patients from another culture.	Scandinavian journal of caring sciencs (2017)	Hensikten med studiet er med et interkulturelt perspektiv å avdekke en ny tilnærming til og forståelse av relasjonen mellom sykepleier og pasient som ikke snakker samme språk.  Studiet ønsker å finne svar på spørsmålet «Hva er viktig i en pleiesammenheng når sykepleier og pasient ikke snakker samme språk?»	Kvalitativ metode.  Spørreskjema ble gitt til 8 sykepleiere og 2 pasienter fra en annen kultur.	Funnene i artikkelen er at menneskelig omsorg er grunnlaget for en behandlingsrelasjon siden det overgår kulturelle forskjeller.  Sykepleier må respekterer pasientens integritet og kultur. Sykepleier bør være åpne og ha en bekreftende tilstedeværelse. Kreativ mot er grunnlaget for kommunikasjon. Kontinuerlig informasjon er viktig for å bygge tillit.

## 5 Diskusjon

I dette kapittelet skal jeg drøfte problemstillingen «Hvilken kulturell kompetanse trenger sykepleier for å veilede gravide kvinner med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn og vitamin D-mangel?» For å svare på dette skal jeg diskutere barrierer hos både sykepleier og pasient samt diskutere konkrete tiltak for å overkomme dem.

### 5.1 Mangel på tid og kunnskap

I kliniske praksisstudier møtte jeg en pasient som hadde bodd i Norge under ett år og hadde begrenset med norskspråklige kunnskaper. En dag gikk den nevnte pasienten og meg en tur rundt sykehuset, og jeg spurte om hun kunne lære meg noen ord på hennes morsmål. Dette var fordi jeg var nysgjerrig på hennes bakgrunn og ønsket å bygge en relasjon gjennom å vise interesse i henne. I samspillet mellom henne og meg observerte jeg også en språkbarriere da jeg prøvde å kommunisere viktige beskjeder til henne på norsk. Jeg lærte derfor raskt at det var hensiktsmessig å skrive ned informasjon på lapper i tillegg til å gi dem muntlig, for å unngå misforståelser. Begge parter gjorde dermed en stor innsats for å forstå hverandre, og det skapte en tillitsfull relasjon som hadde god effekt på behandlingen.

Eksempelet ovenfor er prisgitt god nok tid. Jeg har også erfart gjennom kliniske praksisstudier at grunnet kort liggetid og sykepleiers tidspress prioriteres ofte kun de viktigste prosedyrene. Dette belyses også i Alpers studie der en asiatiske pasient forteller at hun ble godt tatt imot av helsearbeidere på norske sykehus, men også med en slags travelhet som gjorde at hun følte seg avvist (Alpers, 2018, s. 317). Hemberg og Vilander (2017, s. 825) skriver at nok tid og rom for samtale mellom pasient og sykepleier er viktig. Man kan anta at det er særlig viktig om det er et interkulturelt møte som krever mer av både sykepleier og pasient i form av forståelse, ressurser og kunnskap som Camphina-Bacotes modell (2002, 2007, 2008) legger vekt på (henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 218).

Markey sin studie viser videre at sykepleiestudenter og autoriserte sykepleiere manglet kulturell kompetanse. Mangel på kulturell kunnskap skapte negative ringvirkninger som høy grad av stress og følelse av usikkerhet, samt en unnvikende passiv holdning hos sykepleier. Denne holdningen hadde bakgrunn i en frykt for å bli oppfattet feil eller å vise pasienten at de ikke hadde nok kunnskap (Markey et al., 2018, s. 262). En av de autoriserte sykepleierne i studiet formulerte det slik «Sometimes, we are worried about not knowing enough and as a

result you are worried about messing up if they are from a different country... It is just their needs are different» (Markey et al., 2018, s. 263). Basert på funnene er det tenkelig at mangel på kunnskap og redsel for å bli oppfattet feil kan gjør sykepleier handlingslammet, og dette kan i noen situasjoner true pasientsikkerheten. Man kan også anta at å dyrke en passiv unnvikende holdning vil øke fordommer.

Markey sin studie viser også at noen av deltakerne ikke tok ansvar for egen læring. De prøvde ikke å løse utfordringene som oppsto på grunn av mangel på kunnskap ved å spørre kollegaer eller pasienten selv (Markey, 2018, s. 266). Et relevant punkt i Camphina Bacotes modell (2002, 2007, 2008) er at kulturell kunnskap er beskrevet som en kontinuerlig prosess som ikke handler om å ha kunnskap om alle kulturer, men å ha mot til å stille spørsmål og søke ny kunnskap. Innsatsen sykepleier gir for å lære av andre har også en sterk sammenheng med det *kulturelle ønsket* (henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 220). En annen studie viser at når sykepleier viser at hen gjør en innsats for å lære vil det føre til at pasienten føler seg sett (Hemberg og Vilander, 2017, s. 825).

De ovennevnte faktorene, tid og kunnskap, er nødvendige for å ivareta pasientens behov på en kulturell akseptabel og omsorgsfull måte under veiledning om vitamin D-mangel på sykehus. Mangel på tid og kunnskap står i sterk kontrast til komponentene i Camphina-Bacotes modell (2002, 2007, 2008) som trenger disse rammefaktorene for å bli tatt tilstrekkelig i bruk (henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 219).

## **5.2 Tillit til helsevesenet**

Teorien beskriver i avsnitt 2.3.1 nødvendigheten av at pasient har tillit til helsevesenet, slik at pasienten stoler på og bruker informasjonen om vitamin D-mangel og behandling som blir gitt av sykepleier ved veiledning.

Alpers studie viser i midlertidig at flere pasienter med innvandrerbakgrunn har mistillit til norsk helsevesen. Flere av deltakerne i studiet hadde opplevd diskriminering selv i møte med norsk helsevesen, eller hørt historier fra andre. En eldre asiatisk kvinne i studiet beskriver et møte med helsepersonell slik; «I could see from his comportment, the way this person behaved that he hates people like us» (Alpersen, 2018, s. 317). Videre i samme studie

kommer det frem at opplevelsen av å være uønsket og ekskludert ikke bare handler om personlige opplevelser, men også historier fra andre (Alpers, 2018, s. 318).

Man kan anta på bakgrunn av funnene at pasienten kan komme inn på sykehus med skepsis og mistro, og for å snu om kreves det en ny positiv og tillitsfull erfaring med helsevesenet. Sykepleier har her en viktig oppgave ved å skape en tillitsrelasjon til pasienten. Det er rimelig å tro at om sykepleier og pasient opplever at de er veldig ulike hverandre, og om pasienten føler på økt sårbarhet grunnet språkbarriere og mangel på ressurser kan denne prosessen kreve mer. Funnene fra Hemberg & Vilander studie viser at en god pasientrelasjon er basert på forståelse, respekt og bekreftelse av kulturen. Kun hvis sykepleier ser pasienten som et likeverdig og sammensatt individ kan det utvikles meningsfull kommunikasjon (Hemberg & Vilander, 2017, s. 825).

Basert på denne drøftingen er det rimelig å anta sykepleierens *kulturelle bevissthet* under Camphina-Bacotes modell (2002, 2007, 2008, henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 219) er avgjørende for en tillitsfull behandlingsrelasjon. Sykepleier bør tilstrebe å anerkjenne pasientens verdier og forståelse som like gyldige som sine egne, selv om man kanskje ikke forstår dem. Denne tilnærmingen kaller man *kulturrelativisme*. Selv om ulike samfunn eller kulturer er forskjellige, kan man ikke rangere det ene som viktigere eller mer riktig enn det andre (Horntvedt, 2012, s. 43). Det motsatte av dette er *etnosentrisme*, som innebærer å sette sin egen kultur i sentrum som ofte fører til tanker om at egne verdier og synspunkter er de eneste riktige. En slik tankegang vil være med på å skape fordommer mot andre (Ingstad, 2013, s. 115).

I en studie kommer det i midlertidig frem at noen av deltakerne slett ikke var bevisst sine egne holdninger til pasienter med innvandrerbakgrunn før studiet ble utført. Til forskjell fra noen av deltakerne som hadde en bevissthet rundt deres etnosentriske verdier og oppfatninger som de beskrev som et resultat av barndommen (Markey et al., 2018, s. 264).

Å forstå hvordan egen oppdragelse har påvirket våre holdninger viser at noen av deltakerne var på vei til å bli kulturelt bevisste, ettersom det er en viktig komponent under Camphina-Bacotes modell (2002, 2007, 2008) under *kulturell bevissthet* (henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 220). Men studiet viser også til at disse etnosentriske verdiene verken hadde blitt utfordret gjennom sykepleiestudiet eller praksis (Markey et al., 2018, s. 264).

Basert på drøftingen kan man anta at ubevisste holdninger, eller ikke utfordret etnosentriske holdninger, påvirker pasienten negativt og øker risikoen for kulturell fordømmelse og mistillit. Sykepleier bør med andre ord være bevisst, og utfordre sine egne holdninger før en veiledningssituasjon. Camphina-Bacotes modell (2007) sier også at den viktigste barrieren for å ha kulturell kompetanse er ikke mangel på kunnskap, men sykepleierens manglende bevissthet og respektfulle holdninger til andre meninger og synspunkter (henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 219).

### **5.3 Veiledning og det kulturelle perspektivet**

Som beskrevet i avsnitt 2.5 i teoridelen lovfestes det i pasient-og brukerrettighetsloven §3-2 at pasienten har rett på nødvendig informasjon og veiledning (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Pasientens vitamin D-mangel krever en samtale mellom sykepleier og pasient. Samtalen innebærer å formidle grundig kunnskap om vitamin D-mangel, symptomer, behandling og praktiske forhold, på en slik måte at pasienten tar imot, føler seg trygg og bruker informasjonen.

Sykepleier må vurdere hensiktsmessig tid, sted, metode og innhold for samtalen. Det er også avgjørende å ta de nødvendige vurderingene i henhold til kvinnenes helsetilstand og læreforutsetning (Tveiten, 2020, s. 91). Et svangerskap innebærer mange fysiske forandringer, og kvinner kan oppleve tretthet (Sortland, 2015, s. 117). Under veiledning på kvinneklinikken må man ta hensyn til den økte belastningen et svangerskap utgjør ved å ikke overbelaste pasienten med informasjon og sette av god tid. Hemberg og Vilander skriver at pasienten også må ha sjanse til å hvile mellom de forskjellige behandlingene (2017, s. 825).

Madars studie (2011, s. 98) viser til at mødre kan være mer bekymret for helsen til spedbarnet enn sin egen helse og kosthold. Det er viktig å understreke for kvinnen at hennes reduserte helse, herunder vitamin D-mangel kan ramme spedbarnet og er viktig å behandle (Sortland, 2015, s. 114). Kvinnens helseforståelse er utvilsomt viktig ettersom kunnskap også går i arv. Dette utdypes i Madar (2009) som fant ut at utdanningsnivået til kvinnene påvirket vitamin D-nivået til mødrene, de med høyere utdanningsnivå tok mer vitamin D-tilskudd enn de med lavere utdanningsnivå.



Under veiledning må man også ta hensyn til pasientens eksisterende helseforståelse og kunnskapsgrunnlag (Tveiten, 2020, s. 91). Hansen (2019, s. 24) skriver at det kan være utfordrende å yte helsehjelp til en pasient med en annen sykdomssyn og atferd enn sin egen. Svangerskap er en tid hvor kvinner kan få mange ulike kostråd fra sin omgangskrets, disse kan gjerne være basert på gamle kulturelle tradisjoner. Sykepleier bør respektere og etterspør denne kunnskapen, men så ta en forsvarlig vurdering sammen med pasienten om hvilke råd som bør følges og ikke (Brenna, 2007, s. 95). Dette utdypes i Madars studie (2011, s. 98) som skriver at informasjonen kvinnene får fra høyt respektere og eldre mennesker vektlegges, fremfor informasjon fra sykepleier. Ulik sykdomsforståelse kan føre til at sykepleier og pasient snakker forbi hverandre. En viktig del av Camphina-Bacotes modell (2002, 2007, 2008) under *kulturell kunnskap* er å etterspør pasientens sykdomssyn og ha kjennskap til noen av de medisinske systemene som eksisterer (henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 221). Verken nasjonalitet eller kultur tilhørighet kan si noe om dette ettersom pasienten har sitt eget unike verdensbilde (Hansen, 2019, s. 24).

Tiltak for å bedre vitamin D-mangel inkluderer kostholdsveiledning, soleksponering og vitamin D-tilskudd (Helsedirektoratet, 2018, s. 39). I veiledning er det viktig å spør om pasients livsstil da det kan dukke opp kulturelle forhold som kan hjelpe sykepleier i å tilpasse samtalen og de konkrete tiltakene ytterligere. Det er kjent at mattradisjoner er et av våre fremste symboler for kultur (Aagaard, 2016, s. 191). Flere kulturer preges av kollektivism og det kan være vanlig å samle storfamilien til måltid regelmessig (Hansen, 2019, s. 54). Kvinnen kan ha en nøkkelrolle i familien når det gjelder mat og setter gjerne familien først (Brenna, 2017, s. 131) Dette kulturelle aspektet kan være i veien for å tilpasse kvinnenens individuelle kost for å øke vitamin D-nivået i form av å spise mer fisk og meieriprodukter. Derfor kan det være mer hensiktsmessig å i tillegg eller kun foreslå vitamin D-tilskudd til de pasientene det gjelder. Dette stemmer også overens med Madars studie som fant ut at den viktigste faktoren for mødrenes vitamin D-status var vitamin D-kosttilskudd (Madar, 2009, s. 1057).

Veiledning om soleksponering for å øke vitamin D-nivået krever også at man tar det kulturelle perspektivet i betraktning. I den norske studien kom det frem at flere av mødrene som deltok brukte tradisjonell klesdrakt utendørs, og omtrent halvparten av mødrene dekte til hele kroppen, inkludert legger, hender og ansikt utenfor huset (Madar et al., 2009, s. 1054). Selv om ikke alle kvinner med ikke-vestlig innvandrer bakgrunn bruker hijab eller klesdrakt kan kulturelle normer gjør at noen kvinner viser minimalt med hud. Man kan anta at det kan

være fordelaktig å foreslå soling i egen hage fremfor en offentlig strand eller park, og å sole kun deler av kroppen fremfor generell soleksponering.

For å kunne gi tilpasset informasjon til pasienten er det med andre ord avgjørende å ha kunnskap om tradisjonene som påvirker valgene til pasienten som er en viktig del av Camphina-Bacotes modell (2002, 2007, 2008) under kulturell kunnskap (henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 220)

Samtidig som det er viktig å være bevisst at en grunnleggende del av kulturell kompetanse er å vite at kulturell kunnskap ikke skal brukes som en oppskrift, men som en ressurs (Hansen, 2019, s. 16). Hemberg og Vilander (2008, s. 825) skriver at å prøve å sette seg inn i pasientens virkelighet gir ingen forpliktelse til å være enig med pasienten. Respekt for det vi tror er kulturen til pasienten skal ikke være til hinder for å stille krav til pasienten eller dele faglig innsikt for å oppnå helsemål (Magelssen, 2008, s. 20).

Om man legger for mye vekt på kulturelle ulikheter kan man også anta at det kan bidra til en stereotypisering og kan skape en større avstand enn det egentlig er. Denne prosessen kan også kalles *othering* (Dahl, 2013, s. 70). Alpersen skriver at *othering* kan skape mistillit til sykepleier (2018, s. 320). Man skal ikke forutsi en bestemt atferd basert på kultur, men gi hver pasient rom for å opprettholde sitt kulturelle særpreg (Hansen, 2019, s. 16)

#### **5.4 Veiledning og kommunikasjon**

Interkulturell kommunikasjon er en kritisk faktor for å ivareta pasientens informasjonsbehov ved vitamin D-mangel og er en viktig del av Camphina-Bacotes modell (2002, 2007, 2008) under *kulturelle ferdigheter* (henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 224). I midlertidig viser funnene i Alpers studie viser at å kommunisere med pasienter med innvandrerbakgrunn kan være utfordrende, og at både verbal og non verbal kommunikasjon kan skape misforståelser som kan oppleves frustrerende for begge parter (2018, s. 320).

I norsk helsevesen er personsentrert kommunikasjon og pasientmedvirkning viktig. Pasienten blir inkludert som en aktiv og likestilt deltaker under veiledning (Horntvedt, 2015, s. 90). Alpersen studie skriver at personsentrert kommunikasjonsstil kan være ukjent for pasienter

med innvandrerbakgrunn. Å bli stilt spørsmål som hva pasienten selv tenker om sin helsetilstand kan være overraskende og nesten sjokkerende for enkelte, og pasienten kan tro at sykepleier ved å stille spørsmål mangler kunnskap og erfaring. Noen kan være kjent med en asymmetrisk kommunikasjon fra hjemlandet, der legen eller sykepleier har en autoritær rolle og pasienten spiller en mindre delaktig rolle. Samtidig kommer det frem at noen av deltakerne satt pris på den likestilte tilnærmingen i norsk helsevesen (Alpersen, 2018, s. 319).

Man kan med bakgrunn i studiens resultat anta at å fordele makt mellom sykepleier og pasient kan komme i konflikt med pasientens forventninger og det kan være tillitsvekkende. Det kan være viktig at sykepleier for å bygge tillit forklarer hvorfor man stiller spørsmålene. Men funnene i studiet kan også tyde på at sykepleier bør gi konkrete råd angående vitamin D-mangel til de pasientene som føler mer tillit til sykepleier i en autoritær rolle.

Videre viser Alpers studie at i noen kulturer er det normalt at pasienter som krever lite og ikke stiller spørsmål er de som får best helsehjelp. I motsetning til vestlig helsehjelp der man gjerne er mer behjelpelige til aktive og involverte pasienter (Alpersen, 2018, s. 320).

Pasientens eventuelle motstand for å stille spørsmål kan føre til misforståelser og at pasienten ikke forstår informasjonen som blir gitt. Dette kan true pasientsikkerheten, for eksempel ved at pasienten tar for høy dose vitamin D som kan føre til hyperkalemi (Sortland, 2015, s 70).

Derfor er det kritisk å gi rom for å stille spørsmål begge veier for å oppklare misforståelser og øke pasientens helseforståelse under veiledning.

I Alpersen studie forteller en afrikansk deltaker at hun hadde blitt lært opp til å ikke ha øyekontakt med en autoritær person, etter 30 år i Vest-Europa måtte hun fortsatt tvinge seg selv til å se autoritære personer i øyene (Alpersen, 2018, s.317).. Enkelte pasienter smiler og nikker til sykepleier selv om de ikke forstår. Denne bekreftelsen henger sammen med at pasienten tror det er uhøflig å si ifra (Alpersen, 2018, s. 320). Man kan anta at mangel på øyekontakt og taushet kan sykepleier mistolke som at pasienten er uinteressert og det kan være forvirrende. Man bør dermed møte pasienten med en åpen og spørrende holdning. Det kan være nyttig å stille spørsmålet: forstår jeg pasients kommunikasjon riktig, og omvendt, forstår pasienten meg? (Hansen, 2019, s. 35).

Det finske studien skriver i tillegg at interkulturell kommunikasjon krever et kreativt mot og tålmodighet. I veiledning bør sykepleier først og fremst ha en bekreftende og rolig

tilstedeværelse som skaper trygghet, og som kan smitte over på pasient. Sykepleier bør utstråle varme, eksempelvis gjennom et smil eller forsiktig berøring. Kroppsspråk blir enda viktigere om man ikke har felles språk, ettersom nonverbal bekreftende kommunikasjon som ansiktsuttrykk, øyekontakt og aktiv lytting bygger tillit mellom sykepleier og pasient (Hemberg & Vilander, 2017, s. 826) Sykepleier bør bruke et enkelt språk, og bør unngå inkongruens ved å huske på at ikke-verbale signaler blir tolket (Eide & Eide, 2017, s. 137).

Avslutningsvis i veiledning kan det være lurt å be pasienten oppsummere den forståelsen vedkommende har fått i løpet av samtalen. Både til egen hjelp, og som en anledning til sykepleier å observere en eventuell språkbarriere og for å utfylle om det skulle være nødvendig (Eide & Eide, 2017, s. 132). Kun på den måten kan vi sikre oss at pasienten har forstått budskapet.

## **5.5 Veiledning når man mangler et felles språk**

Migrasjon kan føre til at personen ikke kan bruke sin tidligere språkkompetanse og ikke har tilegnet seg den nye nødvendige språkkompetansen, og dette kan gi en følelse av skam og frustrasjon. Det er også kjent at den språklige kompetansen synker når mennesker er syke eller redde (Magelssen, 2008, s. 152). En språkbarriere kan føre til at pasienten ikke får rett på nødvendig og tilpassende informasjon (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2) og dette krever bruk av tolk.

Camphina-Bacotes modell (2002, 2007, 2008) under *kulturelle møter* fremhever også en vurdering av pasients behov for bruk av tolk for å bedre kvaliteten på behandlingen (henvist i Stubberud & Eikeland, 2017, s. 234). Ved bruk av tolk gyldiggjør man pasientens språk, dette gir god sykepleie og kan gi pasienten et styrket selvbilde (Magelssen, 2008, s. 152). Hemberg & Vilander skriver at tolk gjør at pasienten føler seg trygg, og gir også pasienten mulighet til å stille spørsmål til sykepleier. (2018, s. 827). Likevel viser forskning at det et stort underforbruk av tolketjenesten, og heller hyppig bruk av familiemedlem som tolk (Hansen, 2010; Hanssen og Alpers, 2010 i Hansen, 2019, s. 45).

Man kan anta at det kan være komplisert å lage en god arbeidsallianse ved bruk av tolk, og pasient må da etablere en tillitsrelasjon med både sykepleier og tolk. Tiltak som kan fremme

dette er at sykepleier forklarer hva taushetsplikt innebærer, alltid henvender seg til pasient og ikke tolk og det er viktig å sette av god nok tid da bruk av tolk tar lenger tid enn en vanlig samtale (Hansen, 2016, s. 93). I flere kulturer diskuteres ikke graviditet mellom kjønnene, og det kan være viktig at de kvinnelige pasientene får en kvinnelig tolk om de ønsker dette (Hansen, 2019, s. 49.) Kun på den måten vil bruk av tolk sikre retten til likeverdig helsehjelp.

Funnene ovenfor viser at det er sentralt å gi god muntlig informasjon på pasientens eget morsmål ved veiledning. Imidlertid viser en norsk studie fra at verken skriftlig eller muntlig informasjon til mødre med innvandrerbakgrunn og vitamin D-mangel alene er tilstrekkelig for å bedre deres vitamin D-nivå (Madar et al., 2011, s. 98).

Dermed kan det antas at det mest effektive tiltaket vil være å gi god muntlig informasjon ved hjelp av tolk tillegg til konkret og enkel skriftlig informasjon på pasients morsmål, det vil sikre juridiske og etiske forhold som beskrevet i avsnitt 2.5 under teori. Eksempel fra egen erfaring fra kliniske praksisstudier under avsnitt 5.1 under diskusjon viser også viktigheten av skriftlig informasjon, og hvordan det hjelper pasienten til å orientere seg og tilegne seg helseforståelse.

## 6 Avslutning

I denne litterære oppgaven ønsket jeg å belyse hvilken kulturell kompetanse sykepleier trenger for å veilede gravide kvinner med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn og vitamin D-mangel på kvinneklinikken. Det er viktig å belyse ettersom D- vitamin mangel er svært utbredt hos nevnt pasientgruppe, og utgjør en sykdomsrisiko for både kvinnen og barnet.

Jeg har drøftet de aktuelle barrierene både pasient og sykepleier kan oppleve i interkulturelle møtene, som inkluderer mangel på tid, mangel på kunnskap, opplevelsen av mistillit og språkbarriere. På bakgrunn av diskusjonen kan man si at sykepleier trenger kulturell kompetanse for å fremme meningsfull kommunikasjon og tillit i veiledning. Spesielt viktig er det at sykepleier er bevisst sine holdninger og har et åpent sinn. Sykepleier bør også ha et kreativt innhold i kommunikasjon for å klarere misforståelser, kunne bruke tolk om nødvendig og gi skriftlig informasjon på pasientens morsmål for å sikre god omsorgsfull helsehjelp. Camphina-Bacotes modell for flerkulturell kompetanse er trukket frem som et svært velegnet verktøy.

Det er viktig at sykepleier er bevisst de kulturelle variasjonene, men enda viktigere er det å kunne undersøke og identifisere hva som gjelder for den enkelte pasienten. For å stille de riktige spørsmålene om pasientens oppfatning, behov og livsstil må man vite noe om variasjonene. Det er også viktig at sykepleier er engasjert og ønsker å tilegne seg kunnskap. Disse møtene vil videre gi sykepleier erfaring og trygghet i fremtidens interkulturelle møter.

Jeg opplever gjennom arbeid med denne oppgaven at det er et behov for å etablere effektive strategier og teknikker for å overkomme de aktuelle barrierene i interkulturelle møter. Kulturell kompetanse er åpenbart viktig og nødvendig i utviklingen av vårt flerkulturelle samfunn. Jeg ser frem til å bidra gjennom mitt videre arbeid.

## 7 Referanseliste

Aagaard, H. (2016). Væske og ernæring. I N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (red). *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s.190- 242). Gyldendal Akademisk

Aambø, A. (2021). *Innvandrerers helse og helsetjenestens ansvar*. Cappelen Damm.

Alpersen, L. M. (2018). Distrust and patients in intercultural healthcare A qualitative interview study. *Nursing ethics*, 25(3). s. 313–323. <https://doi.org/10.1177/0969733016652449>

Brenna, L-R. (2007). *Marasim*. Høyskoleforlaget.

Brunvand, L., Brunvatne, R. (2001). *Helseproblemer blant innvandrerbarn i Norge*. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 121(6), s. 715- 718.

Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: interkulturell kommunikasjon* (2. utg.). Gyldendal akademiske.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.

Datta, P., Philipsen, P.A, Idorn, L.W, Wulf, H.C. (2021) Low vitamin D in dark-skinner immigrants is mainly due to clothing habits and low UVR exposure: A danish observational study. *Photochem Photobiol Sci*. 20:1573-1584. <https://doi.org/10.1007/s43630-021-00115-w>

Eide & Eide. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademiske.

Eriksen, T. H. (2010) *Små steder – store spørsmål. Innføring i sosialantropologi*. Oslo: universitetsforlaget.

Grimen, H. (2009). *Hva er tillit*. Universitetsforlaget.

Hanssen, I. (2016) Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s. 81-100). Gyldendal akademisk.

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

Helsedirektoratet. (2006). *Tiltak for å sikre en god vitamin D-status i befolkningen* (Nasjonalt råd for ernæring. IS-1408).

<https://www.helsedirektoratet.no/tiltakerforasikreengodvitamindstatusibefolkningen>

Helsedirektoratet. (2018). *Vitamin D i Norge: Behov for å sikre god vitamin D-status?* (Nasjonalt råd for ernæring. IS-2772).

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovfortiltakforasikregodvitamindstatus>

Hemberg, J. A. V., & Vilander, S. (2017). Cultural and communicative competence in the caring relationship with patients from another culture. *Scandinavian journal of caring science*. 31(4) s. 822-829. <https://doi.org/10.1111/scs.12403>

Holvik, K., Meyer, H. E., Haug, E. & Brunvand, L. (2005). Prevalence and predictors of vitamin D deficiency in five immigrant groups living in Oslo, Norway: The Oslo Immigrant Health Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59 (1) s. 57-63, <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602033>

Horntvedt, T. (2015). *Interkulturelt helsearbeid*. Vett & Viten.

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi: I sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A & Grimsbø, G. H. (2016) Hva er sykepleie? I N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3.utg, s. 15-27). Gyldendal akademisk.



Madar, A. A, Stene, L. C & Meyer, H. E. (2009). Vitamin D status among immigrant mothers from Pakistan, Turkey and Somalia and their infants attending child health clinics in Norway. *British journal of nutrition*. 101 (7). s. 1052-1058. [10.1017/S0007114508055712](https://doi.org/10.1017/S0007114508055712)

Madar, A. A., Klepp, K-I. & Meyer, H. E. (2011). The effect of tailor made information on vitamin D status and immigrant mothers in Norway: a cluster randomized controlled trial. *Maternal and child nutrition*. 7 (1). s. 92-99. [10.1111/j.1740-8709.2009.00238.x](https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2009.00238.x)

Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: om å finne likheter i forskjellene* (2.utg.). Akribe

Markey, K., Tilki, M & Taylor, G. (2017) Understanding nurses concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic background. *Journal of clinical nursing*. 27.(1-2) s. 259-268. <https://doi.org/10.1111/jocn.13926>

NSF (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleieforbund. Hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov og pasient og brukerrettigheter (LOV – 1999- 07-02-63). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Sortland, K. (2015). *Ernæring :Mer enn mat og drikke* (5. utg.). Fagbokforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten. (LOV 1999-07-06-21). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Statisk sentralbyrå. (2021, 25. januar). *Innvandre og norskfødte innvandres fordeling på kommunenivå*. [Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldres fordeling på kommunenivå - SSB](https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldres-fordeling-pa-kommuneniva)

Statistisk sentralbyrå. (2021, 9. mars). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>

Stubberud, D-G & Eikeland, A. (2017) Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og eller kritisk syke pasienter. I D-G, Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (s. 215-241). Gyldendal akademisk.

Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: helsekompetanse og brukervedvirkning*. (2.utg.). Fagbokforlaget.

Thidemann, I-J (2019). *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. (2.utg.). Universitetsforlaget.