

Hvordan forstår og ivaretar helsepersonell med ulike kulturbakgrunn beboernes autonomi?

Aina Bente Wikøren

VID vitenskapelige høyskole

Misjonshøyskolen

Masteroppgave

Master i interkulturelt arbeid

Mika - 316

Antall ord: 30015

09.12.16

## Forord

Jeg vil rette en stor takk til lærere og veiledere på VID for inspirasjon og verdifull kunnskap gjennom hele utdanningen. En spesiell takk til Oleksandr Ryndyk som har bistått med inspirasjon og konstruktiv veiledning i gjennomføringen av selve masteroppgaven.

Takk til min gode venninne Linn Røen for erfaringsdeling, faglige diskusjoner og oppmuntrende ord.

Takk til storebror Ken Roger for korrekturlesing.

Den aller varmeste takknemligheten går til min kjære Bjørn. Uten deg hadde aldri dette vært gjennomførbart. Tusen takk for din fleksibilitet!

En takk til vår kjære sønn Leonard, som har gitt meg nødvendige og verdifulle friminutt.

# Innholdsfortegnelse

<b>KAPITTEL 1 INNLEDNING.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Globalisering.....	4
1.1.2 Globalisering av omsorg .....	5
1.1.3 Innvandrere i norsk helsevesen .....	6
1.1.4 En brukers erfaring med det flerkulturelle helsevesenet .....	7
1.1.5 Forskjellige perspektiver på helse, sykdom og behandling .....	7
<b>1.2 FORSKNINGSPØRSMÅL OG AVGRENSNING.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 TIDLIGERE FORSKNING .....</b>	<b>9</b>
<b>1.4 BEGREPSFORKLARING .....</b>	<b>9</b>
<b>1.5 KILDE TIL TEORI OG OPPGAVESTRUKTUR .....</b>	<b>10</b>
<b>KAPITTEL 2 TEORETISK FORANKRING .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 HOS TEDES DEFINISJON AV KULTUR .....</b>	<b>12</b>
2.1.1 Hostedes kulturelle dimensjoner.....	13
2.1.2 Kritikk mot Hofstede.....	14
2.1.3 Maktavstand, individualisme, maskulinitet og usikkerhetsunngåelse.....	15
<b>2.2 AUTONOMI.....</b>	<b>18</b>
2.2.1 Hvordan forstå autonomi?.....	18
2.2.2 Vilkår for autonomi og etiske overveielser rundt livsforlengende behandling .....	19
2.2.3 Autonomi sett i lys av kulturelle dimensjoner.....	20
<b>2.3 KOMPETANSE SOM VIL KUNNE IVARETA EN BEBOERS AUTONOMI .....</b>	<b>22</b>
2.3.1 Språkforståelse .....	22
2.3.2 Kontekstens betydning for kommunikasjonen .....	23
2.3.3 Ferdigheter som ivaretar autonomi .....	25
<b>KAPITTEL 3 METODE.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 METODER FOR DATAINNSAMLING .....</b>	<b>27</b>
3.1.1 Feltarbeid før masteroppgave .....	28
3.1.2 Forforståelsen satt på prøve .....	29
<b>3.2 VALG AV METODE .....</b>	<b>30</b>
3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju .....	31
3.2.2 Fremgangsmåte .....	32
<b>3.3 ETISKE BETRAKTNINGER .....</b>	<b>34</b>
<b>3.4 UTFORDRINGER I FORHOLD TIL DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU.....</b>	<b>36</b>
3.4.1 Makt og asymmetri.....	36
3.4.2 Språk – relaterte utfordringer .....	37
<b>3.5 METODE FOR DATAANALYSE.....</b>	<b>38</b>
3.5.1 Transkripsjon.....	38
3.5.2 Analyse og tolkning.....	39
3.5.3 Refleksivitet.....	39
3.5.4 Prosjektets troverdighet.....	40

<b>KAPITTEL 4 PRESENTASJON AV FUNN OG ANALYSE.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1 INTRODUKSJON AV INFORMANTENE .....</b>	<b>42</b>
<b>4.2 INFORMANTENES FORSTÅELSE AV BRUKERMEDVIRKNING.....</b>	<b>43</b>
4.2.1 <i>Erfaring med brukermedvirkning fra eget hjemland.....</i>	<i>46</i>
4.2.2 <i>Helsearbeidernes holdninger i forhold til livsforlengende behandling – analyse av en case</i>	<i>47</i>
4.2.3 <i>Helsearbeidernes erfaringer med avgjørelser i forhold til sykdom og behandling .....</i>	<i>49</i>
4.2.4 <i>Språkforståelse og kommunikasjon i forhold til brukermedvirkning .....</i>	<i>50</i>
<b>4.3 HELSEARBEIDERNE VERDIGRUNNLAG I MØTET MED BEBOERNE .....</b>	<b>52</b>
4.3.1 <i>Kollektivistiske verdier i møte med beboerne.....</i>	<i>52</i>
4.3.2 <i>Feminine verdier i møtet med beboerne .....</i>	<i>53</i>
4.3.3 <i>Fleksibilitet.....</i>	<i>54</i>
<b>4.4 KONTEKSTENS BETYDNING FOR YRKESUTØVELSEN .....</b>	<b>55</b>
4.4.1 <i>De indre kulturelle rammene.....</i>	<i>55</i>
4.4.2 <i>Verdikonflikt i møtet med den nye konteksten og de ytre kulturelle rammene .....</i>	<i>58</i>
<b>4.5 MAKTAVSTAND .....</b>	<b>61</b>
<b>4.6 OPPLÆRING.....</b>	<b>62</b>
<b>4.7 OPPSUMMERING FUNN OG ANALYSE.....</b>	<b>66</b>
4.7.1 <i>Hvordan ivaretar helsepersonell med ulik kulturbakgrunn beboernes autonomi? .....</i>	<i>66</i>
4.7.2 <i>Hvilken forståelse har helsearbeiderne av pasientautonomi? .....</i>	<i>67</i>
4.7.3 <i>I hvilken grad har opplæringen fokus på pasientautonomi?.....</i>	<i>67</i>
<b>4.8 KONKLUSJONER.....</b>	<b>68</b>
4.8.1 <i>Hvordan forstår og ivaretar helsepersonell med ulik kulturbakgrunn beboernes autonomi? .....</i>	<i>68</i>
BIBLIOGRAFI .....	72
VEDLEGG .....	75
Vedlegg 1.....	75
Vedlegg 2.....	77
Vedlegg 3.....	78
Vedlegg 4.....	80

# Kapittel 1.

## INNLEDNING

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

Jeg har siden jeg var ganske ung, vært opptatt av ulikheter mellom oss mennesker, og hva som forener oss. I vårt flerkulturelle samfunn er dette noe jeg har vært opptatt av, hvordan mennesker med ulik bakgrunn og forståelse finner felles plattform. Dette er noe jeg har fokusert på både i jobben som lærer og i mine tidligere stillinger som omsorgsarbeider og som avdelingsleder ved et sykehjem.

Jeg har utviklet min interkulturelle kompetanse i møte med mange mennesker med ulik kulturbakgrunn, utdanning og også gjennom samfunnet jeg er omgitt av.

Det som jeg har erfart i min yrkeskarriere er at helsepersonell med ulik kulturbakgrunn gjerne ikke var kjent med å møte beboerne på samme måte som etnisk norske helsearbeidere. Dette er noe jeg tenkte lite på i starten da jeg i rollen som avdelingsleder hadde ansvar for opplæring. Mine kollegaer og jeg kunne stille oss undrende til ulike handlinger utført av helsepersonell med ulik kulturbakgrunn, det kunne også føre til frustrasjon.

Etter hvert som min egen forståelse og interkulturelle kompetanse har fått utviklet seg, så ser jeg helt klart at åpenhet og informasjon om ulike sykdommer og helseforståelse kunne vært lærerikt for alle helsearbeidere, uavhengig av kulturell bakgrunn.

Hvordan skal vi i fremtiden bygge broer mellom helsepersonell og beboere i vårt flerkulturelle samfunn? Dette er litt av mitt bakteppe for valg av tema på denne oppgaven. Vi lever i en globalisert verden, og slike refleksjoner er viktige i dag, og gjerne enda viktigere i morgen.

#### *1.1.1 Globalisering*

Globalisering brukes som et begrep for å beskrive de mangfoldige og mangesidige måtene verden er sammenvevet på. Verden har aldri hatt så mange turister, forretnings- og konferanse-reisende, flyktninger og migranter. Mobilitet og bevegelse er karakteristiske trekk ved dagens globalisering. Hylland Eriksen (2008) hevder at grenser som i det 20. århundret var faste og pålitelige, ikke lenger er stabile. Marokko er for eksempel et transittland for hundretusener av mennesker som ønsker å komme til Europa og Kenya har flere somaliske flyktninger enn noe annet land. Migrasjon har i stor grad forandret

befolkningssammensetningen i vestlige storbyer de siste årene, men det globale antallet innvandrere er langt lavere nå enn det var på 1900 tallet. USA, Canada og Australia ble grunnlagt av europeiske migranter, her har innvandring vært naturlig og nødvendig. Ser vi til europeiske land er situasjonen annerledes, her debatteres innvandringspolitikk og integrering av innvandrere hyppig i offentligheten, med temaer som innvandrernes stemmegivning, kjønnsroller og diskriminering i arbeidsmarkedet (Hylland Eriksen, 2008).

I følge Hylland Eriksen (2008) kan migrasjon skyldes «skyvefaktorer» og «dra-faktorer». «Skyvefaktorer» handler om mennesker som på bakgrunn av krig, sult, eller klimaforandringer må emigrere. «Dra-faktorer» handler om at man ikke *må* emigrere, men at det gjerne vil være viktig å emigrere av for eksempel økonomiske årsaker. I følge Cohen (sitert i Hylland Eriksen, 2008) utgjorde innvandrere cirka 10 % av verdensbefolkningen i 1913 mot cirka 3 % i 1997. Jeg synes dette er viktig å poengtere da globalisering og migrasjonsprosessen således ikke er et nytt fenomen. Migrasjon til Norge skyldes også at nasjonalstaten er og har vært avhengig av utenlandsk arbeidskraft for å få utført nødvendig arbeid. Vi har i Norge sesongarbeidere fra Polen, Sverige og baltiske land som i stor grad bidrar til nasjonaløkonomien (Hylland Eriksen, 2008).

### *1.1.2 Globalisering av omsorg*

Setter vi det norske helsevesenet i en historisk sammenheng har Norge ført en sosialpolitikk som har støttet opp under kvinners deltidsarbeid, dette står i kontrast til Finland hvor de primært har jobbet med en modell som vektlegger heltidsarbeid innenfor helse- og omsorgssektoren (Henriksen og Wrede, 2008, sitert i Wrede og Näre, 2013, s. 58). Behovet i helse- og omsorgstjenestene har ekspandert, samtidig med endringer i kvinners sysselsetting. Dette har ført til et utilstrekkelig arbeidsmarked som for eksempel ikke imøtekommer kvinners behov for heltidsjobb. Noe som har ført til at vi i Norge har hatt behov for flere og fleksible arbeidstakere. Her har rekruttering av innvandrere fra eget land og utenfor landegrensene vært en nødvendighet (Wrede og Näre, 2013). Dette har også sammenheng med at de Nordiske velferdsstatene innførte New Public Management (NPM), som er en arbeidsorganisering som vektlegger økonomisk effektivitet gjennom «outsourcing» og privatisering, i tillegg til ulike reformers fokusering på kvalitet, økonomiske og effektive resultater (Vabø, 2005, sitert i Wrede og Näre, 2013, s. 58). Anna Gavanis (2013) har forsket på nyliberale prosesser i Stockholm, Sverige, hvor hun har sett nærmere på markedsretting, privatisering og individualisering av eldreomsorg. Hun viser til hvordan den eldre selv fremforhandler pleien vedkommende trenger og hvordan private aktører konkurrerer om de

eldre kundene. I hennes forskning fremkommer det at helsearbeidere med migrant bakgrunn blir foretrukket av de eldre på bakgrunn av at de er mer fleksible, rimeligere og har visse etniske kjennetegn. Det vil si at private aktører markedsfører etniske profiler med den hensikt å imøtekomme kundens preferanser (Anna Gavanis, 2013, sitert i Wrede og Näre, 2013, s. 59).

En annen utfordring som aktualiserer bakgrunn for valg av tema er at å arbeide på sykehjem har mindre status enn å jobbe på sykehus. I følge Dahle og Seeberg 2013 (sitert i Wrede og Näre, 2013, s. 60) har innføringen av NPM ført til etniske hierarkier på norske sykehjem og sykehus. Det er mer attraktivt å jobbe på sykehus, og det har høyere status. Dette fører til manglende arbeidskraft på sykehjem, og dermed flere helsearbeidere med migrant bakgrunn.

### *1.1.3 Innvandrere i norsk helsevesen*

Norge har hatt en vekst i forhold til antall innvandrere. I 1920 var 2,8 % innvandrere hvor de fleste kom fra Sverige, i 2016 utgjør innvandrere 16 % av den Norske befolkningen. 2,9 % av disse er norskfødte med innvandrerforeldre (Statistisk sentralbyrå, [SSB], 2016).

I følge statistisk sentralbyrå (SSB) jobbet 317 000 personer med helsefaglig utdanning i helsevesenet i 4. kvartal 2015. Av disse hadde 11,9 % utenlandsk bakgrunn det vil si mer enn 1 av 10. Med utenlandsk bakgrunn regnes både innvandrere og personer som ikke er bosatt, men er her i kortere perioder på grunn av arbeidsoppdrag. Sykepleiere utgjør den største gruppen hvor omtrent 11000 har utenlandsk bakgrunn, helsefagarbeidere kommer like etter med i overkant av 10300. Rundt 42 % av disse kom fra følgende landgrupper: Afrika, Latin-Amerika, Asia, og Oseania (uten Australia og New Zealand). Det er svenske arbeidere som utgjør den største gruppen med omlag 14,3 % (SSB, 2016).

I 2008 like før jeg avsluttet min jobb som avdelingsleder på sykehjem var 242500 med helse og sosialfaglig utdanning sysselsatt innenfor helse- og sosialtjenestene. 13500 av disse hadde utenlandsk statsborgerskap, de utgjorde 5,5 % av helsearbeiderne (SSB,2016). Dette viser til at antall helsearbeidere med utdanning og utenlandsk statsborgerskap har doblet seg siden jeg avsluttet min jobb som avdelingsleder. Jeg arbeidet da i et flerkulturelt miljø, og syntes det var spennende. Vi hadde også et tett samarbeid med NAV, og var åpne for å ta imot personer i språkpraksis. Det var også helt klart noen utfordringer, som kollegaer hadde vi gjerne ulike oppfatninger om hvordan vi skulle møte beboerne og språkforståelse kunne være en utfordring. Siden jeg avsluttet som teamleder har andelen helsepersonell med utenlandsk bakgrunn økt, og mulighetene og utfordringene er i dag gjerne større enn noen gang.

I neste kapittel gir Jarmund Velund uttrykk for at Norge ikke ville hatt det helsevesenet vi ser i dag om det ikke hadde vært for innvandrere og flyktninger. Med en stadig økning eldre i befolkningen vil behovet for helsearbeidere øke ytterligere. I dag er en av ni i den norske befolkning over 70 år, mens det antas at hver femte person i 2060 vil være 70 år eller eldre (SSB, 2016). Økningen i antall eldre betegnes som eldrebølgen.

#### *1.1.4 En brukers erfaring med det flerkulturelle helsevesenet*

I mai 2016 skrev ALS<sup>1</sup> - syke Jarmund Veland et leserinnlegg i Stavanger Aftenblad (Veland, 2016). Overskriften hans var: «*Innvandrere og flyktninger redder oss som er avhengig av helsevesenet*». På grunn av hans sykdom får han ikke puste, og er avhengig av en respirator døgnet rundt. Han må ha to pleiere rundt seg døgnet rundt, og har 20 personer ansatt i små stillinger i et eget respiratorteam. Av disse er fire norske, og de andre flyktninger og innvandrere. De kommer fra Eritrea, Etiopia, Afghanistan, Somalia, Serbia, Litauen, Sverige, Filipinene, Vietnam og India (Veland, 2016).

Veland viser til at det er få norske som søker stillinger hos han. Han vet ikke hva som er grunnen til dette, men mener det gjerne ikke er så interessant å pleie en 61 år gammel mann som kun kan bevege øynene. Han mener også at avansert teknisk - medisinsk utstyr gjerne kan virke skremmende. Han opplever at spesielt kommunikasjonen kan føre til utfordringer, men at det stort sett går bra. Veland skryter av teamet sitt, og uttrykker at han er glad for at våre nye landsmenn ikke lar seg skremme av å søke jobb. Han har tidligere bodd på institusjon og vært innom ulike avdelinger på sykehus, og erfarte at det også var mange helsepersonell med utenlandsk bakgrunn som jobbet på disse stedene.. Han mener at Norge ikke ville hatt det helsevesenet vi har i dag om det ikke hadde vært for helsepersonell med utenlandsk bakgrunn, fordi nordmenn ikke er villig til å ta på seg denne typen jobber for den lønna som tilbys (Veland, 2016).

#### *1.1.5. Forskjellige perspektiver på helse, sykdom og behandling*

Jeg har ikke funnet tidligere forskning som omhandler helsearbeidere med ulik kulturbakgrunn spesifikt i møtet med beboere på sykehjem. Det jeg har funnet handler mye om utfordringer knyttet til det flerkulturelle helsevesenet generelt i forhold til møte med brukere med ulik kulturell bakgrunn. Inger Daae-Qvale er høyskolelektor ved høyskolen i Akershus og trekker frem noen utfordringer det norske helsevesenet har i møtet med brukere

---

<sup>1</sup>«Amyotrofisk lateralsklerose (ALS) er en sykdom som i tiltakende omfang ødelegger nerver i ryggmarg og hjerne. Det er bare nerver som styrer kroppens motorikk (motoriske nerver), det vil si muskler og bevegelser, som rammes» (Norsk Helseinformatikk, 2014).



med ulik kulturell bakgrunn. Disse utfordringene kan allikevel være overførbare til helsepersonell med ulik kulturell bakgrunn i møte med beboerne (Daae-Qvalee, 2016).

Hun viser til at samhandlingen mellom helsepersonell og bruker kan oppleves ukjent. Brukere med annen kulturell bakgrunn kan være vant til at helsepersonellet innehar en ekspertrolle, og at det er de som skal bestemme hva som er den beste behandling ved sykdom. Forholdet mellom helsepersonell og bruker kjennetegnes gjerne ikke av dialog, men man forholder seg til den klare beskjeden man har fått av helsepersonellet. De er gjerne ikke vant til at de under en konsultasjon får spørsmålet: "Hva kan jeg gjøre for deg?". Hun viser også til at man må bli bevisst egen kulturell bakgrunn, for at man kan forstå den andres kulturelle bakgrunn. Den viktigste forutsetningen for å kunne hjelpe brukere med annen kulturell bakgrunn vil være å forstå hvordan han/hun tenker (Daae-Qvalee, 2016).

For at man i norsk kontekst skal ivareta en beboers autonomi, møter man gjerne beboeren med åpne spørsmål i form av «Hva kan jeg gjøre for deg?». Det kan tenkes at dette også kan være ukjent for helsepersonell som ikke er kjent med denne formen for samhandling.

## **1.2 Forskningsspørsmål og avgrensning**

På bakgrunn av tidligere erfaring, og migrasjon som en følge av samtidens globalisering ønsket jeg i dette prosjektet å se nærmere på hvordan helsearbeidere med ulik kulturbakgrunn forholder seg til beboerne på sykehjem, og jeg valgte da å fokusere på autonomiprinsippet. Jeg kom frem til følgende forskningsspørsmål:

### ***Hvordan forstår og ivaretar helsepersonell med ulik kulturbakgrunn beboernes autonomi?***

For å presisere hva jeg ville se nærmere på laget jeg meg følgende underspørsmål:

- Hvilken forståelse har helsepersonellet av pasientautonomi?
- Hvordan ivaretar helsepersonellet beboernes autonomi?
- I hvilken grad har opplæringen fokus på pasientautonomi?

Jeg har gjennom undersøkelsen brukt ulike caser med den hensikt å finne ut av hvilke holdninger de ansatte har i forhold til pasientautonomi. En ting er å kjenne til teorien, men en annen ting er selve handlingen. Pasientautonomi er i seg selv et omfattende tema, når jeg i dette prosjektet ser nærmere på pasientautonomi er det på individnivå. Da handler

medvirkningen om forholdet mellom beboer og helsepersonell, og påvirkningen den enkelte beboer har på tjenestene han eller hun *mottar* (Store norske leksikon [SNL], 2015). I intervjuguiden prøvde jeg ved hjelp av ulike caser og få frem helsepersonellens holdninger og handlinger i forhold til beboernes påvirkning på tjenester knyttet til frokost, aktivitet, medisin og livsforlengende behandling. Jeg ville også finne ut av hvilken forståelse helsepersonellet hadde av begrepet brukervedvirkning.

### **1.3 Tidligere forskning**

Jeg har ikke klart å finne forskning som omhandler temaet jeg forsker på. I følge Wrede og Näre (2013) viser det seg at forskning på helsearbeidere med ulik kulturell bakgrunn har fått liten oppmerksomhet. De viser til at forskningen ofte omhandler utfordringer helsearbeidere møter med pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Dette er det samme jeg har erfart når jeg har søkt etter tidligere forskning. Forskningen på endringer innenfor helse- og omsorgstjenester har i stor grad vært rettet mot virkningen av nyliberale reformer hvor fokuset er rettet mot effektivitet, fleksibilitet og produktivitet.

### **1.4 Begrepsforklaring**

#### *Beboer*

Jeg har i denne masteroppgaven valgt å bruke begrepet «beboer» om mennesker som bor på sykehjem. Dette fordi jeg synes begrepet «pasient» sykeliggjør de som er avhengig av å bo på sykehjem. Den etymologiske betydningen av pasient kommer fra det latinske ordet «pati», og betyr «å lide» (Store medisinske leksikon, 2009). Å bruke ordet «beboer» synes jeg er en mer nøytral og holistisk betegnelse. Ordet «pasient» forbindes lett med sykdom og lidelse, og det er ikke slik at alle som bor på sykehjem er lidende.

#### *Brukermedvirkning*

I samtalene med mine informanter bruker jeg ordet brukervedvirkning. Dette fordi dette brukes i dagligtalen på sykehjem, og skal på individnivå i Lov om pasient og brukerrettigheter, sikre beboernes rett til å medvirke. Brukervedvirkning blir i det store norske leksikon definert som følgende:

*Brukermedvirkning innebærer at de som berøres av en beslutning (pasienter, pårørende og andre brukere, enten selv eller gjennom representanter fra brukerorganisasjoner, får innflytelse på beslutningsprosesser og på utformingen av helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene og i de enkelte helseforetakene (SNL, 2015).*

### **1.5 Kilde til teori og oppgavestruktur**

I innledningsdelen har jeg redegjort for bakgrunnen til valg av tematikk for mitt prosjekt, jeg viser til artikler fra en bruker av helsetjenester, en høyskolelektor som viste ulike syn på helse og sykdomsforståelse i tverrkulturelle møter, globaliseringen og innvandringsveksten i Norge. Jeg presenterte så bakteppet for oppgavens problemstilling med avgrensning, gjennomgang av tidligere forskning, noe som viste seg å være en utfordring når det gjaldt mitt valg av tematikk, samt forklarer og utdyper aktuelle begreper.

I kapittel 2 starter jeg med å gjøre rede for Hostedes definisjon av kultur og noen av hans kulturelle dimensjoner. Årsaken til at jeg valgte å se nærmere på arbeidet hans er at verdiene han beskriver i de ulike dimensjonene kan være med å belyse verdiforskjeller mellom mennesker, og dermed ha betydning for hvordan helsearbeiderne møter beboerne. Når jeg her nevner belyse forskjeller mellom mennesker, er dette fordi det innenfor alle kulturer finnes mennesker med ulike verdsett. Hofstede sin forskning viser til ulike verdier som kjennetegner ulike land, kritikken mot hans forskning omhandler dette, og jeg viser videre til noe av kritikken rettet mot hans arbeid. Videre blir det redegjort for autonomi, vilkår for autonomi og jeg drøfter dette begrepet opp mot relevante kulturelle dimensjoner. Videre redegjør jeg for kompetanse som vil kunne ivareta en beboers autonomi, jeg omhandler her språkforståelse, kontekstens betydning for kommunikasjonen og ferdigheter.

Kapittel 3 omhandler den metodiske delen av oppgaven, der jeg redegjør for metode for datainnsamling og metode for dataanalyse. I metode for datainnsamling innleder jeg med en begrunnelse for valg av kvalitativ metode, videre en kort innføring om feltarbeidet jeg gjennomførte før masteroppgaven. Jeg viser videre til utfordringer knyttet til egen forforståelse. Jeg redegjør så for valg av metode, og ser nærmere på det kvalitative forskningsintervju, før jeg presenterer fremgangsmåte for intervjugjennomføringen. Jeg redegjør for etiske betraktninger, og omhandler videre utfordringer knyttet til gjennomføring av det kvalitative intervju. I metode for dataanalyse viser jeg til hvordan jeg har bearbeidet og tolket datamaterialet mitt, og ser nærmere på prosjektets refleksivitet og troverdighet. I

kapittel 4 presenteres funn og analyse. Jeg har presentert og analysert funnene i følgende hovedkategorier: Informantenes forståelse av brukermedvirkning, helsearbeidernes verdigrunnlag i møte med beboerne og kontekstens betydning for yrkesutøvelsen. Avslutningsvis oppsummerer jeg funn og analyse, og konkluderer mine funn ut ifra mitt forskningsspørsmål.

## Kapittel 2.

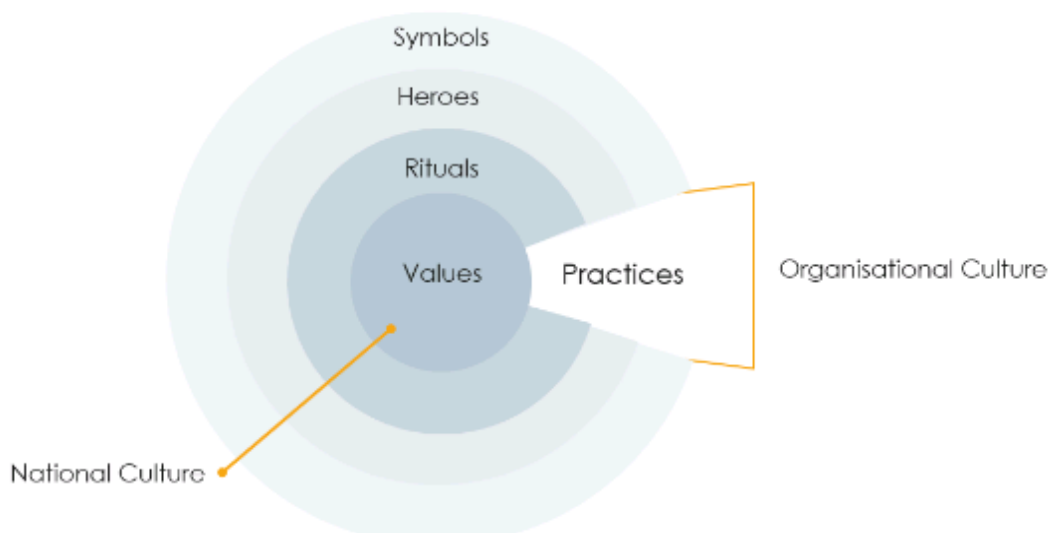
### TEORETISK FORANKRING

Jeg har startet teoritilfanget med å gjøre rede for Hustedes teori om kulturelle dimensjoner, hvor jeg ser nærmere på fire av dimensjonene som vil utgjøre det teoretiske rammeverket for mitt prosjekt. Jeg vil for øvrig presisere at disse kulturdimensjonene alene ikke kan forklare kulturelle forskjeller, men kan være en mulig årsak til at vi har forskjellige forståelsesrammer i forhold til hvordan vi tenker rundt helse og sykdom og hvordan vi samhandler. Som Hofstede forklarer det kan vår egen kultur beskrives som «*lufta vi puster inn, mens en annen kultur er som vannet – og det krever spesielle ferdigheter for å kunne overleve i begge element*» (Hofstede, 2010. s. 23).

#### 2.1 Hustedes definisjon av kultur

*Figur 1:*

#### The different levels of culture



*Figur 1. De ulike nivåene innenfor kulturen.* Hentet fra Geert Hofstede (2016): <https://geert-hofstede.com/cultural-dimensions.html>

Geert Hofstede (2010) illustrerer (fig.1) hva kultur innebærer ved å vise til bilde av en løk. Her vises det til at symboler er det ytterste laget og det mest overflatiske i en kultur, helter og

ritualer ligger i mellomlagene, mens verdiene er den indre kjernen. Verdiene er usynlige, men som vist i illustrasjonen ovenfor vil ritualer, helter og symboler være synlige gjennom atferden. Det er verdiene som betyr mest i en kultur, og som da også vil være vanskeligst å endre. Symboler er ord, gester, bilder og objekter som bærer med seg en mening som gjenkjennes innenfor den samme kulturen. Her finner man ord og sjargonger, men også klesstil, hårfrisyrer, flagg, og statussymboler. Nye symboler fra en annen kulturell gruppe lar seg lett kopiere, og gamle symboler forsvinner. Derfor viser illustrasjonen at symboler er overfladiske og befinner seg derfor i det ytterste laget. Helter er rollemodeller som innehar karakteristikk, som man verdsetter innenfor kulturen. Ritualer er kollektive aktiviteter som har en viktig betydning for det sosiale innenfor kulturen. Det kan for eksempel være hilsemåter, hvordan vise respekt til andre, ritualer i forhold til sosiale og religiøse seremonier. Ritualer innebærer også diskurs, hvordan man bruker språket i tekst og samtale. Symboler, helter og ritualer kan observeres fra utsiden, men den kulturelle betydningen kan gjerne kun forstås av den kulturelle gruppen. Verdiene finner vi i den indre kjernen, de er ikke synlige og former kulturen. De kan komme til syne gjennom ulike handlinger. Om man spør en person om hvorfor han/hun handler på en bestemt måte, kan svaret gjerne bli *«Jeg bare vet eller føler hvordan jeg skal gjøre de rette tingene»*. Da er det hjertet eller samvittigheten som forteller hva man skal gjøre ut ifra innlærte verdier som ligger i underbevissthetsområdet. Det kan være utfordrende å snakke om ens egne verdier, fordi det innebærer å stille spørsmål ved våre motiv, følelser og tabuer (Hofstede, 2010).

### 2.1.1 Hostedes kulturelle dimensjoner

Det var den indre kjernen – verdiene, Hofstede gjorde omfattende studier på. Han benyttet tallmateriale fra mennesker i hele verden som jobbet i det globale selskapet IBM, og utviklet ut ifra dette fem kulturdimensjoner. Han har i de senere år også inkorporert en sjette dimensjon. Disse dimensjonene kan ikke brukes ovenfor enkeltindivider, men kan vise tendenser i den enkelte kultur. Hofstede hevder at hvert land har sine egne verdier som skiller seg fra andre land. Disse verdiene er makt distanse, individualisme – kollektivism, femininitet - maskulinitet, usikkerhetsunngåelse, langsikkerhetsorientering og overbærenhet. Jeg går videre nærmere inn på fire av dimensjonene, da jeg anså dem som mest relevant for dette prosjektet (Hofstede, 2010).

Makt distanse (Power Distance - PDI) handler om i hvilken grad mennesker med mindre makt i et samfunn aksepterer og forventer at makt er ujevnt fordelt i en relasjon (Hofstede, 2010).

Dimensjonen Individualisme vs. Kollektivism (Individualism vs. Collectivism - IDV),

definerer Hofstede som følgende: «*Individualism pertains to societies in which the ties between individuals are loose: everyone is expected to look after him- or herself and his or her immediate family*» (Hofstede, 2010. s. 92). Videre definerer han kollektivism på følgende måte: «*Collectivism as its opposite pertains to societies in which people from birth onward are integrated into strong, cohesive in-groups, which throughout people`s lifetime continue to protect them in exchange for unquestioning loyalty*» (Hofstede, 2010. s. 92). In – group referer til hva vi intuitivt føler er «vi», mens det motsatte out - group referer til «de andre». Maskulinitet vs. Femininitet (Masculinity versus femininity – MAS) fanger opp om det er maskuline eller feminine verdier som preger kulturen. Maskuline kulturer kan være preget av prestasjon, heltemot, selvsikkerhet, belønning for suksess kan være fremtredende og samfunnet er gjerne mer konkurranseorientert. Her er også ofte kjønnsrollene adskilt. Feminine samfunn kan kjennetegnes av ydmykhet og omsorg med et fokus på relasjoner og livskvalitet. I slike samfunn er gjerne kjønnsrollene mer like. Slike samfunn er også gjerne mer velferdsorientert istedenfor resultatorientert. Usikkerhet Unngåelse (Uncertainty Avoidance – UAI) handler om at alle mennesker må leve med en usikkerhetsfaktor, da vi ikke vet hva som vil skje i morgen. Denne dimensjonen handler om hvordan medlemmer i et samfunn føler seg komfortable med usikkerhet og tvetydigheter (Hofstede, 2010).

### 2.1.2 Kritikk mot Hofstede

Gullestrup (2006) er en av dem som har rettet kritikk mot Hofstedes kulturelle studier. Hofstede har som nevnt tidligere kommet frem til ulike verdier som kjennetegner de ulike landene. Ved å gå inn på hans nettsted har du muligheter til å se på rangering av de ulike verdiene i mange land. Dette kan føre til en generalisering, og fremstå som om kulturen er den samme for alle som kommer fra de ulike landene han har med i sin kulturanalyse. Han fokuserer implisitt på den nasjonale kulturen, og man må derfor ha et kritisk blikk når man skal ta i bruk Hofstedes kulturelle studier. Det er også slik at en nordmann ikke bare er en nordmann. Det vil i stor grad være forskjellige atferdsmønstre, normer, regler og verdier innad i kulturen. I ulike kontekster vil gjerne nordmannen føle seg mer som en vestlending eller «siddis», og i andre kontekster som europeer eller en som kommer fra Skandinavia. Søndergaard (1994) viser til at Hofstedes kulturelle dimensjoner i mange tilfeller blir sett på som et paradigme, og at dimensjonene brukes som et teoretisk rammeverk og til å klassifisere og forklare hvilken påvirkning kulturen har i forhold til ulike problemstillinger. Han er kritisk til at flere artikler som omhandler interkulturelle relasjoner bruker Hofstedes kulturelle dimensjoner til å forklare interkulturelle interaksjoner. Han viser til temaer om samarbeid mellom ulike kulturer, assimilasjon, overføring av teknologi og overføring av

ledelsesstrategier. Han viser til forskere som har funnet det fordelaktig å bruke Hofstede sine dimensjoner for å fremme sine argument eller deres teorier.

Jeg har i dette prosjektet valgt å ikke ta med resultater på scoren fra landene hvor mine informanter kommer fra. Dette fordi jeg selv innehar en dynamisk kulturforståelse, og derfor er ikke min informant et menneske som kommer fra et land med høy maktavstand eller høy grad av individualisme nødvendigvis en kulturbærer av egenskaper som knyttes til disse verdiene. Dimensjonene kan være et hjelpemiddel til å vise kulturelle forskjeller mellom mennesker, og i dette prosjektet helsearbeidere med ulik kulturell bakgrunn. Jeg vil videre gå nærmere inn på fire dimensjoner som har relevans for mitt forskningsspørsmål.

### *2.1.3 Maktavstand, individualisme, maskulinitet og usikkerhetsunngåelse*

Hofstede har rangert verdiene i kulturen på en skala fra 1 – 100, og scoren vil ifølge Hofstede (2010) kunne illustrere den indre kjernen i kulturen – verdiene. Jeg presenterer kun scoren fra Norge, det vil allikevel være nødvendig med en abstraksjon i forhold til scoren. Da vi innenfor norsk kontekst også som i alle andre land ikke er et samfunn som kjennetegnes av en gitt kultur med et gitt kulturmønster.

På en score fra 1 – 100, scorer Norge 31 på verdien maktavstand (Hofstede, 2016). Denne scoren indikerer hvordan et samfunn, organisasjon eller virksomhet aksepterer at makt er ulikt fordelt. Norge har en relativt lav score og det kan indikere at nordmenn er selvstendige, at hierarki aksepteres på bakgrunn av praktiske årsaker, vi er for like rettigheter, og ledelsen er uformell og kjennetegnes av flat struktur – en tilgjengelig leder som involverer og veileder sine medarbeidere. Makten er ofte demokratisk og desentralisert, selvstyrte grupper og autonomi er høyt verdsatt (Hofstede, 2010). Land med en høy score har gjerne høyere aksept for hierarki. Ledere fra land med høy maktavstand fremstår gjerne som effektive ved å fremstå som sterke og uavhengige, og tar hånd om beslutningene på egenhånd. Det forventes gjerne at personer med makt som for eksempel lærere, foreldre og ledere blir behandlet med respekt. Det kan for eksempel bli sett på som respektløst å gi sin leder en konstruktiv tilbakemelding, man er også gjerne mer avhengig av sin leder. Ledelse er gjerne mer formell og legger derfor gjerne ikke vekt på at medarbeiderne skal komme med egne innspill og initiativ. I kulturer med høy maktavstand er respekt for foreldre og eldre å anse som en dyd, legene innehar en ekspertrolle, konsultasjonene er kortere og styres av legen. Dette til motsetning fra en kultur med lav maktavstand hvor forholdet mellom lege og pasient gjerne er mer symmetrisk og konsultasjonen kjennetegnes av aktiv dialog (Hofstede, 2010).



I forhold til verdien individualisme har Norge en score på 69, og fremstår derfor som et individualistisk samfunn (Hofstede, 2016). Karakteristikkene av individualistiske samfunn kan blant annet kjennetegnes av en «jeg» bevissthet, autonomi, uavhengighet og selvstendighet, det individuelle initiativ, retten til privatliv, jakten på nytelse og underholdning, økonomisk trygghet, at man selv velger vennskap uavhengig av familie og klan, og universalisme. Helsearbeidere som kommer ifra en kollektivistisk kultur kan gjerne derfor være mer «vi» orientert med en kollektiv identitet som kan kjennetegnes av følelsesmessig avhengighet, gruppesolidaritet, deling, forpliktelser, gruppeavgjørelser, vennskap som man er født inn i gjennom familie- eller klan tilhørighet, og partikularisme (Kim, 1994 sitert i Hanssen, 2005).

Individualisme er allment akseptert i den vestlige sykepleie. Dette ser seg gjeldende hos både omsorgsetikere og sykepleieteoretikere. Det er den individuelle personen man møter som i hovedsak skal være i fokus, og derav sykepleier - pasient - relasjonen. Dette fører til at oppmerksomheten rettes mot den individuelle pasients rettigheter og behov. Dette står i kontrast til en kollektivistisk selvforståelse, der autonomien vil være underordnet og begrenset av de forventninger og forpliktelser som ligger i den gjensidige avhengigheten hos familien/gruppen. I Norge vil det å være uavhengig og selvstendig være mye viktigere fordi man er sosialisert til en individualistisk selvfølelse. En kollektivistisk tenkende person som utviser uavhengig atferd ved å for eksempel si sin personlige mening, gjør gjerne dette på bakgrunn av en annen måte å tenke på enn den samme atferden fra en individualistisk tenkende person. I et kollektivistisk samfunn ytrer man gjerne sin mening på bakgrunn av at kollektivet har en forventning om at man skal handle på en bestemt måte. I alle samfunn er det forventninger til hvordan man skal handle, men atferd som oppleves uavhengig kan komme fra en underliggende gjensidig avhengighet og forventning fra for eksempel fellesskapet (Hansen, 2005).

Den tradisjonelle samfunnsorden hvor familie- eller klanfellesskapet står sterkt og hvert enkelt familiemedlem har sin faste plass er representativ for kollektivistiske samfunn. Schwartz (1994) i Hanssen (2005) peker på at trygghet, konformitet (atferd som samsvarer med samfunnets normer og skikker) og tradisjon er viktige verdier i kollektivistiske samfunn. Disse verdiene finner vi også igjen i Hofstedes kulturdimensjon usikkerhetsunngåelse hvor skrevne og uskrevne regler er viktig for å gardere seg mot ukjente situasjoner (Hofstede, 2010). I for eksempel østasiatiske samfunn er harmoni og det beste for fellesskapet prioritert framfor individuelle interesser (Hanssen, 2005). Her anses alle individer som en del av et fellesskap preget av gjensidighet hvor alle har spesifikke roller og statuser. I følge Kim (1994)

i Hanssen (2005) oppfordres mennesker i slike samfunn til å undertrykke individualistiske behov. For å ivareta den kollektive atferd og sosiale harmoni vektlegges kulturelle aspektet som gjensidig avhengighet, hjelp, omsorg felles skjebne og føyelighet. Det jeg viser til over her er generaliseringer som kan være trekk ved ulike samfunn og kulturer, men det vil ikke kunne være en beskrivelse av menneskene som kommer fra det enkelte samfunn eller kultur. Man vil finne uselvstendige personer i individualistiske samfunn, og selvstendige mennesker i kollektivistiske samfunn (Hanssen, 2005).

Usikkerhetsunngåelse handler om hvordan medlemmene av en kultur føler seg truet av ukjente eller uklare situasjoner, og hvordan de takler situasjoner der det er mange usikkerhetsfaktorer. I land som scorer høyt på usikkerhetsunngåelse vil individene prøve å unngå å havne i ukjente og uklare situasjoner hvor de selv må stå til ansvar om ikke alt går etter planen. Dette fører til et sterkt behov for forutsigbarhet gjennom strenge regler og sikkerhetsnett. De foretrekker klare regler i forhold til religion, mat, men også på struktur i hverdagen (Hofstede, 2010). Norges score på usikkerhetsunngåelse er 50, og har dermed ingen preferanse i forhold til denne verdien (Hofstede, 2016). Samfunn som scorer lavt på usikkerhetsunngåelse har en lav preferanse for å unngå usikkerhet. Disse landene er gjerne mindre regelstyrt, og åpnere for ulike meninger og ser ofte kreative løsninger. Individene i slike samfunn kan kjennetegnes ved at de viser mindre følelser og er mer tilbaketrukne (Hofstede, 2010).

Norge har en score på 8 i forhold til Hofstedes verdi maskulinitet, og fremstår derfor som en feminin kultur (Hofstede, 2016). Dette innebærer at kulturen preges av de mykere verdiene. Likestilling, samarbeid, uavhengighet og konsensus er viktig i feminine samfunn. Land som scorer høyt på denne verdien vil fremstå som en maskulin kultur. Kulturen er gjerne da prestasjonsorientert hvor suksess defineres av vinneren. Resultater er viktigere enn velferd, og man støtter opp om de sterke i samfunnet. Dette står i kontrast til feminine samfunn hvor de viktigste verdiene gjerne er omsorg for andre og livskvalitet. I feminine samfunn løses gjerne konflikter med forhandlinger og kompromiss, mens det i maskuline samfunn gjerne brukes makt og vold (Hofstede, 2010). Ser vi på kritikken rettet mot Hofstede vil det være interessant å merke seg at selv om Norge fremstår som et feminint samfunn er kjønnsrollene tydelig atskilt innenfor helse- og sosialsektoren. I 2015 utgjorde menn 16,1 % av de sysselsette med helse- og sosialfagutdanning (SSB, 2016).

## 2.2 Autonomi

Mitt forskningsspørsmål handler som nevnt om hvordan helsearbeidere med ulike kulturbakgrunn forstår og ivaretar beboernes autonomi. Som tidligere nevnt er autonomi et av kjennetegnene i en individualistisk livsverden, det er derfor en integrert tenkning hos etnisk norske helsearbeidere. Ordet autonomi har sin opprinnelse fra det greske ordet «autos», som betyr selv, og «nomos», som betyr lov, styre eller regel (Hanssen, 2005). I mange hundre år har den paternalistiske legen i medisinen vært idealet. I denne tenkningen er det legen alene som tar beslutninger på vegne av pasienten, uten å konferere med pasienten, fordi legen er eksperten og pasienten ikke kan forstås sitt eget beste da dette krever ekspert kunnskap (Emanuel og Emanuel, 1992 i Førde, Ruyter og Solbakk, 2014). Det var Immanuel Kant som grunnla autonomi begrepet slik som vi kjenner det i dag. Begrepet har utviklet seg siden hans tid, og da spesielt innen biomedisinsk etikk. I følge Kant er mennesket et rasjonelt vesen i stand til å ta egne avgjørelser, være sin egen lovgiver og handle etter disse lovene. Han fremhevet personers verdi og handlingsfrihet (Hanssen, 2005). Etter 2. verdenskrig, og i kjølvannet av utviklingen av forskningsetikken, har idealet om pasientmedvirkning gradvis vokst frem, og blitt en del av moderne medisin. Det å kunne ha muligheter til å påvirke beslutninger som har konsekvenser for eget liv og helse, anses som en fundamental verdi (Førde, Ruyter og Solbakk, 2014).

### 2.2.1 Hvordan forstå autonomi?

Autonomi kan forstås på minst tre ulike måter. 1. Det kan forstås som et prinsipp, definert som respekt for pasientens ønsker og behov når avgjørelser skal tas. 2. Videre kan man forstå autonomi som en egenskap en person har, det vil si kapasiteten pasienten har til å handle i tråd med egne planer og ønsker. Denne definisjonen viser til at autonomi er gradert, avhengig av hvilken livssituasjon man er i. Noen individer vil ha manglende ressurser, knyttet til alvorlig sykdom til å handle slik de gjerne vil. Dersom autonomi forstås slik vil en viktig oppgave for helsepersonell være å behandle pasienten slik at autonomien gjenopprettes eller økes. 3. Den tredje måten å forstå autonomi er som en rettighet (Ruyter, Førde og Solbakk, 2014). Vi skal nå se litt nærmere på autonomi som en rettighet.

Lov om pasient- og brukerrettigheter skal i norsk kontekst sikre at beboernes autonomi blir ivaretatt. Loven viser til at beboere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenestene, og medvirkningen skal tilpasses den enkelte beboers evner i forhold til å gi og ta imot informasjon. Loven peker også på at man skal tilstrebe at tjenestetilbudet utformes i samarbeid med beboer (Lov om pasient- og brukerrettigheter). Medvirkningen

fordrer en aktiv beboerrolle, hvor helsepersonell skal involvere beboeren. Når helsepersonell legger til rette for at beboere får styre over og ta beslutninger i eget liv respekteres verdigheten til den enkelte. Dette vil kunne styrke selvbildet og dermed øke motivasjonen. Brukermedvirkning vil kunne ivareta beboer sine ressurser, og kan derfor ha en terapeutisk effekt. Det motsatte vil være at hjelpeløsheten til den enkelte kan bli forsterket (Helse- og sosialdirektoratet, 2016). Childress hevder at (ifølge Hanssen, 2005) når man respekterer menneskers autonomi viser til at man respekterer dem som personer. Videre i oppgaven ser jeg videre på autonomi som et prinsipp ved å se nærmere på vilkår som må være tilstede i forhold til vurdering og respekt for en beboers ønsker. Her vil man også måtte vurdere en beboers egenskaper i forhold til om han eller hun er i stand til å handle i tråd med egne planer og ønsker, og man må som helsearbeider være kjent med lovverket som belyser autonomi som en rettighet. I 2.2.3 drøfter jeg disse tre måtene å forstå autonomiprinsippet på i lys av Hofstedes kulturelle dimensjoner.

### *2.2.2 Vilkår for autonomi og etiske overveielser rundt livsforlengende behandling*

Om en beboer for eksempel nekter en behandling, og man er i tvil om at dette skal respekteres er det en leges oppgave å vurdere vilkårene for pasientautonomi. Disse vilkårene handler om pasientinformasjon, samtykkekompetanse, konsistenskravet og om beslutningen er tatt uten noen form for ytre press. Pasientinformasjon handler om at pasienten eller beboeren må få god og verdinøytral informasjon fra legen, for å kunne gjøre et selvstendig valg. Vilåret samtykkekompetanse handler om at man må vurdere om pasienten eller beboeren innehar egenskaper som gjør vedkommende i stand til å ta autonome valg. Om man har reduserte egenskaper til å ta valg som kan få alvorlige konsekvenser, må man vurdere om beboeren har *samtykkekompetanse*. Man kan da stille spørsmål som: «*hvilke konsekvenser har det for beboer å ikke bli behandlet, hvilken effekt vil en krenkelse av beboers vilje ha for beboeren*» (Ruyter, Førde og Solbakk, 2014. s. 140). Om man må utøve pleie og omsorg til en beboer som ikke har *samtykkekompetanse*, fordi manglende pleie og omsorg kan føre til alvorlige konsekvenser, må det fattes vedtak om helsehjelpen som skal gis. Vedtaket gis kun for et år av gangen (Lov om pasient- og brukerrettigheter §4A- 5). *Konsistenskravet* handler om å vurdere om beboerens ønsker samsvarer med beboers livsholdning og verdier. Hvis en beboer endrer valg og dette er forankret i beboerens sykdom, og valget ikke samsvarer med det beboeren tidligere har gitt uttrykk for, må det stilles spørsmål med beboerens valg, spesielt om valget kan føre til alvorlige konsekvenser for beboer. I vilåret om en avgjørelse er konsistent, må det også vurderes om beboeren har holdt fast ved sin beslutning over tid. Smerte, avkrefting (at man ikke har krefter til å ta avgjørelser, kan for eksempel skyldes

underernæring) og depresjon kan være med å påvirke og endre beboerens ønsker. *Fravær fra ytre press* handler om at beboerens valg skal være basert på egne ønsker og verdier, uten påvirkning fra lege eller pårørende. Det kan være vanskelig å vurdere om press utenfra påvirker beboerens valg, da valg ofte vil påvirke de som står beboeren nærmest. De aller fleste vil gjerne i samarbeid med sine nærmeste diskutere valg av behandling, og høre på sine nærmeste synspunkter. I en sykehjemskontekst kan man gjerne støte på konflikter mellom beboer og pårørende når en beboer ønsker å avstå fra behandling. Pårørende ønsker gjerne at alt skal være prøvd, eller at de motvillig aksepterer behandlingen av lojalitet for legen. Ser man på dette eksempelet kan det være vanskelig å oppfylle kriteriene for pasientautonomi i det virkelige liv. En av de vanligste begrunnelsene for å ønske å dø, er at man ikke ønsker å være en belastning for andre. I kulturer hvor det anses som uverdigg å være en belastning for andre forsterkes dette (Ruyter, Førde og Solbakk, 2014). Lov om pasient- og brukerrettigheter § 4 – 9 viser til at døende pasienter har rett til å avstå fra livsforlengende behandling, om pasienten ikke er i stand til å formidle sine ønsker, skal man som helsepersonell imøtekomme dette ved å snakke med pasientens pårørende. Om pårørende da kan bekrefte pasientens ønsker, skal helsepersonell unnlate å gi helsehjelp. Man må som helsepersonell i tillegg forsikre seg om at pasienten innehar vilkårene for pasientautonomi (Lov om pasient- og brukerrettigheter).

### *2.2.3 Autonomi sett i lys av kulturelle dimensjoner*

Autonomi har sitt utspring fra en individualistisk livsverden, og for en beboer som kommer fra en kollektivistisk livsverden vil det gjerne ikke være naturlig å ta egne avgjørelser knyttet til egen helse. Det kan da gjerne være at man ønsker å ta avgjørelsen i fellesskapet. Hansen (2005) mener at man som helsearbeider må være klar over at dette også er en form for autonomi. På samme vis vil gjerne ikke autonomi være en viktig verdi for helsepersonell som kommer fra mer kollektivistiske samfunn. Autonomi uttrykker i Norge en forståelse av moralsk atferd som kan være fremmed for helsearbeidere med en ikke-vestlig kulturell bakgrunn. Helsearbeidere med ikke-vestlig kulturell bakgrunn har gjerne ikke den samme forståelsen av autonomi prinsippet, og i tillegg til de utfordringene som ligger i det å dra omsorg fra andre pasienter, kan de ha et annerledes syn på hva god moralsk atferd er. Dette kan dette føre til frustrasjoner mellom kollegaer med ulik kulturell bakgrunn og mellom pasient og helsearbeider med forskjellig kulturell bakgrunn. Dette kan i enkelte tilfeller være destruktivt for respekt, integritet og menneskeverd som både autonomi-prinsippet og pasient – og brukerrettighetsloven vil sikre. Det kan skade tillitsforholdet mellom pasient og helsearbeider (Hansen, 2005).

I kulturer som preges av høy maktavstand vil gjerne helsepersonellet inneha en ekspertrolle (Hofstede, 2010). Selvbestemmelse er gjerne ikke en verdsatt verdi, og man stiller derfor ikke spørsmål ved de avgjørelsene som blir foretatt av helsepersonell. I kulturer med lav maktavstand er forholdet mellom helsepersonell og beboere basert på symmetri, og man har en dialogbasert tilnærming til hverandre. Det sistnevnte er en forutsetning for å ivareta en beboers autonomi. Selvbestemmelse og symmetri er viktige verdier i feminine kulturer. Å kunne styre over og ta beslutninger i eget liv vil kunne bety mye for livskvaliteten hos individer i feminine kulturer. Omsorg og ydmykhet er også viktige verdier, og gode redskaper for å ivareta en beboers autonomi. Hvis man skal kunne hjelpe en beboer med en alvorlig sammensatt lidelse, som har manglende ressurser til å kunne handle slik han eller hun ønsker, vil helsepersonellens rolle være å ivareta og opprettholde autonomien. Dette krever ferdigheter basert på feminine verdier. Om man da er opptatt av effektivitet for å skynde seg videre å hjelpe en annen beboer, eller er for selvsentrert vil man gjerne ikke være tilstede i situasjonen. Dette kan være ødeleggende faktorer som kan føre til at beboerens autonomi ikke blir ivaretatt. Og disse verdiene finner man gjerne i maskuline kulturer (Hofstede, 2010). Den danske filosofen Søren Kierkegaard viser til feminine verdier når han skal vise til hemmeligheten i all hjelpekunst:

*At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst" (...)” Hjælpen begynder med en Ydmygelse; Hjælperen maa først ydmyge sig under Den, han vil hjælpe, og herved forstaae, at det at hjælpe er ikke det at herske, men det at tjene, at det at hjælpe ikke er at være den Herskesygeste men den Taalmodigste, at det at hjælpe er Villighed til indtil videre at finde sig i at have Uret, og i ikke at forstaae hvad den Anden forstaaer (Søren Kierkegaard, 1859, Kap.1, § 2).*

Han setter feminine og maskuline verdier opp mot hverandre, og feminine verdier vil være en forutsetning for å ivareta den enkelte beboers autonomi. Disse verdiene vil også kunne ivareta en symmetrisk helsearbeider – beboer relasjon. For en helsearbeider hvor verdiene kjennetegnes av dimensjonene maskulinitet og høy maktavstand vil det gjerne være utfordrende å møte beboeren der han er. Man må legge til side ekspertrollen, og inneha kompetanse som omsetter de feminine verdiene i praksis om man skal kunne ivareta en beboers autonomi (Hofstede, 2010).

Når vi i norsk sykehjemskontekst arbeider ut ifra autonomiprinsippet finnes det gjerne ikke noen faste regler i forhold til hvordan man skal ivareta eller møte den enkelte beboer. Det er ikke slik at alle skal stå opp til frokosten kl. 09.00 eller alle skal spise kl. 11.00. Man jobber med mennesker med ulike ønsker og behov, og hensikten med brukermedvirkning er at beboerne skal bli ivaretatt som enkeltindivider. Dette kan gjerne føre til ustrukturerte og varierte hverdager, men også at man havner i situasjoner hvor man blir usikker på hvordan man skal løse en eventuell utfordring som måtte oppstå. Om man som helsearbeider har en høy usikkerhetsfaktor vil det gjerne være utfordrende å ta avgjørelser på egenhånd fordi han eller hun ikke ønsker å ta ansvaret om det skulle oppstå noe uforutsett. Det kan gjerne være at de ønsker en forutsigbar hverdag fastlagt i tydelige rutiner og regler. Dette lar seg gjerne ikke forene med å jobbe med mennesker ut ifra et autonomiprinsipp hvor man skal imøtekomme den enkelte beboer som et enkeltindivid (Hofstede, 2010).

## **2.3 Kompetanse som vil kunne ivareta en beboers autonomi**

### *2.3.1 Språkforståelse*

For å ivareta en beboers autonomi må man legge til rette for god kommunikasjon. En bruker vil ikke kunne ta gode autonome valg uten at han/hun har forstått informasjonen (Hanssen, 2005). Førde og Vandvik (2005) sitert av Ruyter, Førde og Solbakk (2014, s. 137) viser til at informasjon og kommunikasjon er sentrale element i medisinen, og ikke minst innenfor etikken. Dette fremkommer i en gjennomgang av saker drøftet i en klinisk etikkomite i løpet av en periode på seks år ved Rikshospitalet. Det viste seg at manglende og uklar informasjon, ikke bare til pasienter og pårørende, men også mellom helsepersonell førte til etiske problemer i mange saker (Ruyter, Førde og Solbakk, 2014).

Kommunikasjonen mellom mennesker med ulik kulturbakgrunn kan defineres som interkulturell kommunikasjon. Dahl definerer interkulturell kommunikasjon på følgende måte: *«en prosess som innebærer å utveksle og fortolke tegn og meldinger mellom mennesker som oppfatter seg selv som representanter for kulturelle fellesskap så forskjellige at deres tilskrivning av mening påvirkes»* (Dahl, 2013, s. 87).

For at kommunikasjon skal være mulig må man ha en sender og mottaker, og budskapet må tolkes av mottaker. Om mottaker ikke har forstått hele eller deler av budskapet har ikke kommunikasjon forekommet (Eriksen og Sørheim, 2006). For at man skal kunne ivareta beboers autonomi er språket en viktig forutsetning (Hansen, 2005), da det handler om å involvere beboeren slik at han/hun kan ivareta sine ressurser og påvirke sitt tjenestetilbud.

Det kan være at helsearbeideren behersker norsk språk til en viss grad, men ikke klarer å nyansere det. Han/hun kan også snakke samme språk, men bruker gjerne andre symboler enn beboeren (Hansen, 2005).

Som vist til ovenfor i beskrivelsen av Hofstedes kulturelle dimensjoner er et symbol en gjenstand eller et tegn (en figur eller en tegning), som gir uttrykk for et meningsinnhold og som er forståelig innenfor en spesifikk referanseramme eller spesifikk gruppe mennesker. Språket i seg selv kan også være et symbol. Når vi kommuniserer vil ordlyden kunne frembringe ulike betydninger og meninger. Dermed kan lyd og ord være symboler som forestiller virkeligheten man snakker om, eller det abstrakte meningsforholdet man prøver å formidle. Dette kan føre til forvirring og misforståelser. Hvis vi eksempelvis ser til østasiatiske samfunn vil det være uhøflig å si `nei` til en person som er eldre enn en selv eller som har høyere status. På vietnamesisk har man for eksempel et uttrykk – *da khong* - som direkte oversatt betyr «ja-nei» og som betyr «jeg er redd for å måtte si nei» eller «nei, dessverre». Østasiatiske innvandrere som ikke har god nok kjennskap til skandinaviske høflighetsformer, kan derfor svare ja når de mener nei, fordi de ikke vil såre noen eller være til bry. Et *ja* fra en østasiatisk helsearbeider kan derfor ha ulike betydninger: «forstå å være enig i» eller «ja, jeg hører hva du sier, men forstår ikke» eller «ja, jeg hører hva du sier, men er ikke eng». I følge Hanssen (2005) er mange østasiatere opptatt av å skape en situasjon som kjennetegnes av harmoni. De vektlegger en lyttende og tålmodig holdning og prøver å unngå verbale konfrontasjoner og sinne. Disse høflighetsnormene kan gjerne høre til at en helsearbeider lar være å stille oppklarende spørsmål til beboeren når de ikke forstår hva han/hun sier. Det er vanlig at når man lærer et nytt språk i voksen alder overfører den kulturbaserte bruken av symboler i det nye språket i tillegg til morsmålets språkvaner (Hansen, 2005).

### 2.3.2 Kontekstens betydning for kommunikasjonen

Det er også viktig å være klar over kontekstens betydning for kommunikasjonen. Alle samfunn består av mange og forskjellige kommunikasjonsfellesskap. Disse fellesskapene har ulike regler og normer for hva som er god tone, relevant informasjon, nyttig og vakkert osv. for ulike mennesker, og i ulike situasjoner. Daglig vandrer vi inn og ut av ulike kommunikative fellesskap. Kommunikasjonen på hjemmebane vil i de fleste tilfeller være annerledes enn den kommunikasjonen man har med sine kollegaer. Innad i familien, mellom søsken og foreldre har man også gjerne en egen kommunikasjon, som utenforstående kan ha vanskeligheter med å tolke fordi man ikke kjenner til den skjulte betydningen av det som sies.



Ulike grupper kan kommunisere med en egenart som kan føre til at kommunikasjonen ikke er tilgjengelig for utenforstående. Det kan for eksempel være en ungdomskultur eller et vitenskapelig miljø. Et sykehjem i Norge kan ses på som en spesialisert kontekst, og for at man som helsearbeider skal forstå kommunikasjonen må man kjenne til konteksten.

Konteksten er blant annet de ytre kulturelle rammene som definerer det kommunikative fellesskapet. De ytre kulturelle rammene på et sykehjem er lovverk, og i denne sammenheng kan lov om pasient – og brukerrettigheter nevnes, det kan være en visjon sykehjemmet har for at beboerne skal trives og som de ansatte jobber etter, og det vil for de ansatte være fagkunnskaper som de har til felles. For eksempel kan kunnskaper og ferdigheter om autonomi være noe helsearbeidere på et sykehjem har en felles forståelse om med bakgrunn i at dette er definert i lovverket, og at det er et kjennetegn ved vårt individualistiske samfunn. Konteksten vil også kunne være formet av uformelle og skjulte regler. Dette kan for eksempel ha med hvordan man uttrykker seg verbalt, kroppsspråk eller klesstil. Noen eldre ønsker å bli tiltalt med Fru, og andre med bare fornavn. Det kan være at man må tilnærme seg en beboer som har sin oppvekst i en liten bygd på Sørlandet på en helt annen måte enn en beboer som har vokst opp i Pedersgaten, Stavanger. Skrevne og uskrevne regler vil i en viss forstand utgjøre kulturen. For at man skal kunne forstå budskapet i kommunikasjonen må man ha en viss kjennskap til konteksten. Konteksten kan defineres som det tykke laget av mening som rammer og definerer meningen (Eriksen og Sørheim, 2006). Man kan tenke seg at kommunikasjonen mellom en helsearbeider og beboer finner sted fordi helsearbeider – beboer relasjonen er en felles interesse. Helsearbeideren vil hjelpe beboer til å ivareta aktiviteter i dagliglivet og beboeren ønsker å motta hjelp, noe som fører til at man har noe å kommunisere om. For å forstå beboeren, vil det være nødvendig å lære seg noe om hans eller hennes kontekst. Videre kan helsearbeideren tilsammen med beboeren utvikle en felles plattform for videre kommunikasjon. Man må finne fellesnevner som gjør det mulig å ha en meningsfull dialog. Artikkelen innledningsvis viste til Jarmund Veland som har to pleiere rundt seg døgnet rundt i et eget team. De fleste av hans ansatte kommer i fra ulike land. Han viste til eksempel på språkmissforståelse hvor han hadde blitt klødd på låret da han ville bli klødd på haken (Veland, 2016). Måten han uttrykte seg på kunne tolkes som han anså dette som en bagatell, og det kan derfor fremstå som om han i sammen med de ansatte hadde kommet frem til fellesnevner som gjorde det mulig å ha en meningsfull dialog (Eriksen og Sørheim, 2006).

Clifford Geertz begrep *thick description* brukes om måten å beskrive en hendelse på og i denne sammenheng kan begrepet brukes for å fange opp en beboers livssituasjon. Om man

skal forstå en kulturell hendelse fullt ut, må man vite mest mulig om den enkelte aktør. En helsearbeider som skal forstå beboerens atferd må se dette i sammenheng med hans eller hennes verdensbilde, som igjen er relatert til ulike faktorer. For eksempel historiske, økologiske, politiske og økonomiske faktorer. Det motsatte av *thick description* beskriver Clifford Geertz som *thin description* (Geertz, 1973). For å kunne fange opp «thick description», må man se hele mennesket ved å fange opp brukerens sosio-kulturelle-historiske kontekst. Dette stiller krav til helsearbeiderens ferdigheter, og viser til at konteksten er av stor betydning i møtet med den enkelte beboer.

### 2.3.3 Ferdigheter som ivaretar autonomi

Rugkåsa (2008) viser til nøkkelkompetanse man må inneha når man skal jobbe med mennesker uavhengig av opprinnelseskultur. Det vil være faglige kunnskaper og evnen til å omsette teoretisk kunnskap i praksis. Hun hevder at den viktigste kulturelle kunnskapen er brukerne selv. I denne sammenheng vil kunnskaper og ferdigheter i kommunikasjon være viktig for å kunne vurdere den enkeltes livssituasjon, og ifølge Rugkåsa viktigere enn å kunne vurdere en beboers opprinnelseskultur (Rugkåsa, 2008).

Ifølge Christoffersen (2005) er teoretisk kunnskap å anse som en påstand, mens ferdigheter er praktiske kunnskaper som gjenspeiler seg i selve handlingen. Dette kan knyttes til Gadamer (1989, sitert i Roy og Starosta, 2001) forståelse av begrepene *techne* og *praxis*. *Techne* innebærer tekniske ferdigheter og er noe som kan læres, *praxis* innebærer kunnskaper om det å være et menneske, spesielt handlingene til menneskene, og har derfor en moralsk dimensjon med seg siden individuelle handlinger kobles til andre menneskelige forhold. Gadamer sier: «we learn a techne and can also forget it. But we do not learn moral knowledge, nor can we forget it». En person som har lært *techne* kan gjøre en svært god jobb i forhold til å produsere noe med de verktøyene og utstyret han/hun har, mens et individ alene ikke kan handle uten å tenke over konsekvensene når man samarbeider med andre. Gadamer ser på *praxis* som «a universal form of human life which embraces, yet goes beyond, the technical choice of the best means for a pregiven end» (Gadamer, 1975, sitert i Roy og Starosta, 2001). Gadamer hevder at *praxis* involverer «the making of responsible political and practical decisions about happiness, health, peace, freedom, and other stable factors of human-being-in-nature» (Gadamer, 1973, sitert i Roy og Starosta, 2001).

For å ha god kompetanse om autonomi og kommunikasjon er det ikke nok å ha kunnskaper om begrepene, man må også ha ferdigheter om hvordan få dette til i praksis. For å vise et

bilde på dette vil jeg vise til den engelske filosofen Allan Janik som bruker det å kunne danse tango som illustrasjon på praktisk kunnskap. Man vil ikke bli en habil tangodanser om man leser seg opp på trinnene, og kjenner til tangoens argentinske opprinnelse og dens melankolske grunntone. For å lære tango må man øve, ved å prøve selv ved hjelp av kyndig veiledning fra en tangolærer. Dette eksempelet viser til at for å bli dyktig på praktisk kunnskap må man øve ved å se på, etterlikne og bli instruert av andre. Tangoeksempelet kan lett overføres til hvordan man skal omsette kunnskapen om brukermedvirkning i praksis. Når vi har lært oss å danse tango, følger vi de bestemte reglene som gjelder for denne dansen. Hvis vi skulle satt ord på å beskrive de ferdighetene vi tar i bruk ville gjerne vært vanskelig. For vi lærte aldri dansen ved å lese oss opp på reglene, men vi lærte reglene gjennom øvelse. Dette er fortrolighetskunnskap eller taus kunnskap. Den tause kunnskapen er en stor del av yrkeskunnskapen. Dette kommer til uttrykk når man snakker med en erfaren helsearbeider. For å være erfaren har man jobbet en stund og har god øvelse. Gjennom øvelse har man lært seg hvordan man skal gripe an de ulike situasjonene, og man har lært seg å behandle beboerne på en god måte. Denne kjennskapen til yrkesutøvelsen fører til at man som helsearbeider har kompetanse og vet hvordan nye og overraskende situasjoner skal møtes og håndteres (Christoffersen, 2005).

## Kapittel 3.

### METODE

#### **3.1 Metoder for datainnsamling**

Jeg har i dette prosjektet valgt å bruke kvalitative metode som forskningsmetode for å besvare mitt forskningsspørsmål. Jeg valgte å bruke kvalitativt forskningsintervju. Dette fordi jeg tror intervjumetoden ville gi meg tilgang til datamateriale som det ville være vanskelig å innhente ved for eksempel en kvantitativ metode. Jeg fikk da mulighet til å stille spørsmål, observere det som skjedde underveis i samtalen og lytte til det som ble sagt (Hammersley og Atkinson, 2004). Jeg intervjuet helsearbeidere med ulik kulturell bakgrunn, og hadde da i tankene at jeg kunne møte på språkutfordringer. Om jeg hadde sendt ut en kvantitativ undersøkelse, ville jeg gjerne gått glipp av viktig datamateriell fordi informantene gjerne ikke hadde forstått de ulike spørsmålene. I innhenting av datamaterialet erfarte jeg at ikke alle informantene forstod begreper og spørsmålsformuleringer, og vi måtte samtale rundt noen av spørsmålene for å komme frem til en felles forståelse. Dette var i seg selv utfordrende, da det var viktig for meg som intervjuer å ikke legge føringer eller villedde informanten. Det er viktig at man som intervjuer så langt det lar seg gjøre ikke påvirker det som bli sagt, slik at informanten fritt får uttrykke sin livsverden (Hammersley og Atkinson, 2004). Noen ganger kom vi ikke frem til en felles forståelse, og vi gikk da videre i samtalen.

Kvantitativ forskning blir foretrukket innenfor positivismen, som er en filosofisk retning med lange tradisjoner. Om jeg hadde valgt denne metoden, kunne jeg sendt ut et spørreskjema til mange helsearbeidere med ulik kulturell bakgrunn, og her ville jeg da måttet sett nærmere på variablene i de ulike svarene, og sammenlignet det med hva teorien sier bør skje under bestemte forhold, og hva som faktisk skjer. For positivistene er det viktig å iverksette tiltak rundt forskningen, slik at man eliminerer bort alle påvirkning fra forsker. De mener at det er kun ved fysisk eller statistisk kontroll, og målingen av disse, at man innenfor vitenskapen kan produsere gyldig kunnskap. Når jeg i dette prosjektet har valgt å bruke kvalitativ forskning, vil positivistene kritisere denne form for forskning, fordi den ikke oppfyller positivistiske kriterier, og vil derfor kunne kritiseres for å mangle vitenskapelig strenghet. Kvalitative metoder finner vi igjen i den filosofiske retningen, naturalisme. Når jeg i dette prosjektet valgte intervju som metode, var jeg opptatt av at mine informanter ikke skulle på et intervju med meg, men en samtale. Dette var fordi det ifølge naturalismen er viktig at den primære

datakilden er naturlig og ikke kunstig. Et formelt intervju ville skapt en kunstig situasjon, og gjerne ført til at datakilden ble enda mer påvirket av forskeren. Med tanke på mine feltrelasjoner, kan jeg allikevel ikke utelukke at samtalene med mine informanter var upåvirket av meg som forsker. Dette kommer jeg nærmere inn på i kapitlene om makt og asymmetri, refleksivitet og troverdighet. Jeg var opptatt av at konteksten rundt intervjuene skulle tilpasses den enkelte informant. De fikk velge sted og være med å påvirke tidspunkt for intervju gjennomføringen. Dette for å ivareta en mest mulig naturlig situasjon hvor målet var å få frem beskrivelser innenfor sykehjemskonteksten, informantenes erfaringer, handlinger og holdninger (Hammersley og Atkinson, 2004).

### *3.1.1 Feltarbeid før masteroppgave*

I forkant av arbeidet med masteroppgaven gjennomførte jeg et feltarbeid. Jeg utarbeidet da en prosjektbeskrivelse, og det var arbeidet med denne som førte meg frem til endelig problemstilling for dette prosjektet. Jeg ville intervjuer både ledere og helsepersonell med ulike kulturbakgrunn for å få inn ulike perspektiv. Jeg utarbeidet derfor to intervjuguider.

I forhold til begrepet brukermedvirkning er dette et diffust begrep. Når jeg i dette prosjektet laget intervjuguiden baserte jeg det på at jeg ikke visste hvilken utdanning mine informanter hadde, og laget spørsmålene i forhold til brukermedvirkning med tanke på at brukermedvirkning handler om medbestemmelse og rett til å påvirke tjenester. Jeg laget spørsmål og caser som skulle være lettfattelige med tanke på at det skulle være gjenkjennelig for alle helsearbeidere uavhengig av utdanning og språk barrierer.

Videre arbeid handlet om å få tilgang til informanter. Jeg tok først kontakt med to ledere som arbeidet på steder der jeg ikke hadde kjennskap til de ansatte. Bakgrunnen for dette var at jeg ikke ville informantene skulle se på meg som lærer eller en tidligere avdelingsleder, men som en student som holdt på med en master. Lederne sendte epost videre til andre ledere. Tiden gikk, og jeg fikk ingen tilbakemelding. Jeg måtte derfor endre strategi, og valgte å benytte meg av mitt nettverk, hvor jeg kjenner flere «dørvoktere». Dørvoktere kan betegnes som aktører som kontrollerer hovedkilder og potensielle muligheter (Hammersley & Atkinson, 2004). Jeg sendte forespørsel til to sykehjem som jeg har kjennskap til. De var positive med en gang, og hjalp meg med å finne informanter. Videre hadde jeg selv dialog med informantene, og avtalte nærmere tidspunkt og sted for intervju. Flere av informantene har kjennskap til meg enten fra tidligere arbeidsforhold eller som lærer, men det er ingen av dem jeg har hatt ett nært kollega eller samarbeidsforhold til. Som lærer på Vg1 helse- og oppvekstfag er våre elever mye ute i praksis. Dette fører til at jeg har et samarbeid med

sykehjem i hele regionen. Jeg vil senere i kapittelet under kapittelet makt og asymmetri drøfte informantenes kjennskap til meg, og det at jeg ha benyttet meg av «dørvoktere». Jeg gjennomførte 4 intervju med avdelingsledere og seks med helsepersonell ansatt i sykehjemsavdelinger, og avsluttet feltarbeidet med en feltrapport. Her gjorde jeg rede for prosjekt, metode, et utdrag av funn fra tre av intervjuene og jeg hadde med et lite innblikk i aktuelt teoritilfang.

Feltarbeidet satte meg i gang med å tenke gjennom prosessene for dette prosjektet. Det var også under dette arbeidet jeg møtte på noen utfordringer knyttet til min egen forforståelse.

### *3.1.2 Forforståelsen satt på prøve*

Det er min forforståelse som førte meg frem til tema for dette prosjektet. Når jeg var ute og intervjuet møtte jeg det nye og ukjente med bakgrunn i de forestillingene og det tankesettet jeg hadde fra før. Det jeg bringer med meg inn i situasjonen er det Gadamer (1989) kaller for fordommer eller forforståelse. Forforståelsen omfatter det teoretiske rammeverket, men også min skjulte bagasje som erfaringer, verdier, kunnskap, forskningsfilosofi og holdninger til feltet jeg studerer i. Forforståelsen min kom litt til kort, da jeg ikke fant det jeg søkte etter. Jeg hadde forventet noen andre svar fra helsepersonellet ansatt i avdelingene. Og etter å ha gjennomført noen intervjuer tenkte jeg at jeg burde hatt endret problemstillingen til å heller gjelde ufaglært helsepersonell med innvandrerbakgrunn. Fordi alle var bevisst på brukermedvirkning selv om det ikke var kultur for dette i informantens opprinnelsesland hadde de tilegnet seg kompetanse på dette gjennom studier. Så kom det til et punkt der jeg også tenkte alle svarer så korrekt, men stemmer svarerne med deres handlinger. Jeg kom til å tenke på om jeg hadde valgt feil metode, eller at jeg burde kombinert intervjuet med observasjon. Jeg ville da kunne sett nærmere på om det var samsvar mellom ord og handling. Gadamer (1989) sier:

*A person trying to understand something will not resign himself from the state to relying on his own accidental fore – meanings, ignoring as consistently and stubbornly as possible actual meaning of the text until the latter becomes so persistently audible that it breaks through what the interpreter imagines it to be. Rather, a person trying to understand a text is prepared for it to tell him something. That is why a hermeneutically trained consciousness must be, from the start, sensitive to the text's alterity (s. 269).*

Jeg må derfor være forberedt på at teksten som Gadamer også definerer som handlinger og situasjoner, har noe å fortelle meg som gjerne ikke er i tråd med min forforståelse. Jeg må derfor justere og tilpasse min forforståelse til teksten. Det vil si at jeg må være klar over min

forutinntatthet, og gi teksten mulighet til å komme til orde og presentere seg selv. Slik kan jeg sammenlikne teksten med min egen forforståelse. Så kom da altså min forforståelse litt til kort. Gadamer (gjengitt etter Nilssen, 2012, s. 70) trekker frem grekernes begrep – «atopon». Dette begrepet brukes om det som faller utenfor vår forforståelse og som får oss til å undres, bli nysgjerrige og stille spørsmål. At en del av min forforståelse har kommet til kort er positivt da det gir rom for utvikling og dypere forståelse. Jeg var allikevel nysgjerrig på å få inn perspektiv datamaterialet fra ufaglærte helsearbeidere, og valgte i etterkant å intervju to ufaglærte helsearbeidere med ulik kulturell bakgrunn.

### **3.2 Valg av metode**

Utgangspunktet for valg av metode var mitt forskningsspørsmål: «Hvordan forstår og ivaretar helsepersonell med ulik kulturbakgrunn beboernes autonomi? Hvor jeg ønsket å finne ut av hvordan helsepersonell med annen kulturell bakgrunn tenkte og handlet i forhold til begrepet brukermedvirkning.

Min første tanke var at jeg ville kombinere intervju og deltakende observasjon. Jeg ønsket å se nærmere på hvordan helsearbeiderne så på forholdet mellom seg selv og bruker. Jeg tenkte at det ville vært spennende å se om holdningene og kunnskapene viste seg som ferdigheter i praksisfeltet. Deltakende observasjon og intervju kan være en fordelaktig kombinasjon da dataene fra den ene metoden kan brukes til å belyse dataene fra den andre. Jeg kunne da deltatt i det daglige arbeidet i avdelingen på sykehjemmet, og observert de ansatte i sammen med beboerne. Jeg ville da fått se og oppleve samhandlingen, lyttet til det som ble sagt, og selv kunne snakket og samhandlet med beboerne og helsearbeiderne. Dette ville kunne gitt et fylldig bilde av forholdet helsepersonell med ulik kulturell bakgrunn har til beboerne og gi grundige data som kunne vært med å belyse tema i denne forskningen (Hammersley & Atkinson, 2004).

Bakgrunnen for at jeg ikke valgte deltakende observasjon var tidsdimensjonen og etiske konsekvenser. Tidsdimensjonen er ifølge Hammersley og Atkinson (2004) ofte undervurdert. Dette fordi det vil være stor variasjon i aktiviteter og holdninger over tid, noe som vil ha betydning for forskning. Om jeg hadde valgt deltakende observasjon ville jeg vært sammen med noen av informantene mine, og deltatt både på dagvakt og kveldsvakt. Formiddagen på et sykehjem vil gjerne være travel da alle beboerne gjerne skal ha hjelp til morgenstell, frokost og ulike aktiviteter. Om ettermiddagen kan det være en roligere stemning frem til beboerne

skal ha hjelp til kveldsmat, og til å legge seg. Om jeg skulle fått et godt bilde av holdninger og ferdigheter de ansatte viser i møtet med beboerne ville jeg deltatt både dag og kveld. Dette syntes jeg ble tidkrevende i forhold til tidsperspektivet på dette prosjektet. Jeg kunne valgt å bare gjøre observasjoner under morgenstell og da ville forskningen min vært et utsnitt av holdninger og meninger av et bestemt tilfelle, i et bestemt miljø til en bestemt tid (Hammersley & Atkinson, 2004). Dette ville vært viktig for å ivareta reliabiliteten i forhold til holdbare analyseresultater. Det motsatte ville vært analyseresultater basert på data samlet inn på ulike skift. Dette kunne ført til at mitt forskningsprosjekt ikke hadde en vitenskapelig verdi (Grønmo, 2004). Den viktigste årsaken til at jeg ikke valgte deltakende observasjon var av etiske årsaker. Sykehjemsbeboerne er en sårbar gruppe med sammensatte lidelser, og omtrent 80 % har en demenslidelse (Delplan til omsorgsplan 2015 i Helse- og omsorgsdepartementet). På bakgrunn av egen kompetanse vet jeg at en ukjent person kan skape uro hos et menneske med en demenslidelse, og vil gjerne kunne føre til konsekvenser i etterkant (Nilssen, 2012). Å bevege meg inn i en beboers private sfære for eksempel under gjennomføringen av et morgenstell synes jeg vil vært en unødvendig belastning for beboerne, og ville også stilt helt andre krav til personvern. For eksempel vil det sannsynligvis være flere beboere med demenslidelse som ikke har samtykkekompetanse, og jeg måtte da ha henvendt meg til nærmeste pårørende for å innhente informert samtykke. Kvale og Brinkmann (2015) viser til at det å innhente informert samtykke til å delta i studien, sikre konfidensialitet og vurdere hvilke mulige konsekvenser forskningen kan ha for informantene er en etisk side under planleggingen i et forskningsprosjekt. De viser også til at man må tenke over etiske problemstillinger rundt intervjusituasjonen, ved å vurdere konsekvenser for informantene og viser blant annet til stressopplevelser. Tidsdimensjonen og etiske konsekvenser førte derfor til at jeg valgte å bruke kvalitativt forskningsintervju som metode for å belyse mitt forskningsspørsmål. Ved å bruke denne metoden ønsket jeg å utvikle en virkelighetsnær forståelse fordi jeg da direkte kunne høre og studere hva de aktuelle aktørene sa og gjorde (Hammersley & Atkinson, 2012). Gjennom dialogen med informantene vil man lære dem å kjenne, får innsikt i deres opplevelser, følelser, holdninger og den verden de lever i (Kvale og Brinkmann, 2015).

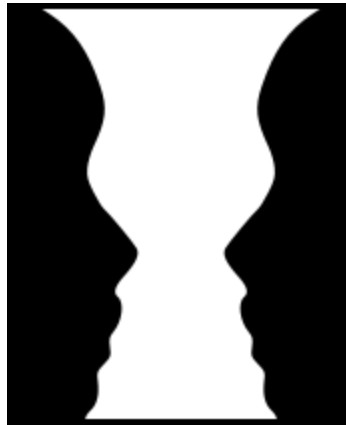
### *3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju*

Det kvalitative forskningsintervjuet har sitt utspring fra dagliglivets samtaler og er en profesjonell samtale. I dette intervjuet dannes ny kunnskap mellom intervjueren og informanten gjennom samspeillet eller interaksjonen. I dette intervjuet deler man synspunkter



om et tema som opptar både intervjueren og informanten. For å illustrere dette nærmere vil jeg vise til en flertydig tegning som har sitt utspring fra den danske psykologen Rubin:

Figur 2. Rubins vase



(Rubins vase, 1915, Hentet fra [http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Rubin\\_vase](http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Rubin_vase) ).

Denne figuren viser to ansikter, og i midten kan man se en vase. Man klarer ikke å se begge deler samtidig. Ved å bruke denne illustrasjonen beskriver Kvale og Brinkmann intervjusamtalen som «inter view». Om man fokuserer på ansiktene, og ser dem som intervjuer og informant, kan man se for seg intervjuet som en interaksjon mellom disse to menneskene. Om jeg retter fokuset på vasen, kan den være et symbol på kunnskapen som er blitt konstruert «mellom» (*inter*) meg og aktør sine «synspunkter» (*views*). I intervjuet foregår det hele tiden et vekselspill mellom de som vet, og det som vites, mellom de som konstruerer kunnskap, og kunnskapen som blir konstruert, mellom de aktørene som tilrettelegger for selve samtalekonteksten og den konteksten som avgjør hva informantene sier (Kvale og Brinkmann, 2015).

### 3.2.2 Fremgangsmåte

Målet med selve intervjuet var å få til en dialog slik at diskusjonen løp fritt på en naturlig måte. Jeg laget to intervjuguider, en til helsepersonellet (vedlegg 1) som jobbet i avdelingene, og en til avdelingslederne (vedlegg 2). Det var mitt teoritilfang som lå til grunn for utarbeidelse av spørsmålene. Å lage en intervjuguide med forhåndsdefinerte kategorier vil gjerne fremstå som et strukturert intervju, hvor jeg som intervjuer stiller de samme spørsmålene til informantene. For å unngå at samtalen skulle fremstå som planlagt og formell, utarbeidet jeg åpne spørsmål hvor målet mitt var å fange opp hvilken forståelse helsepersonellet har av forholdet mellom seg selv og bruker. Jeg laget også noen caser som informantene skulle løse. Dette for å få frem hvilke holdninger, verdier og kunnskaper de

hadde i forhold til tilnærmingen til beboerne og brukermedvirkning. Gjennom casene kunne de også få frem sine ferdigheter. Selv om jeg på forhånd hadde utarbeidet spørsmål ut ifra ulike kategorier som skulle gi svar på mitt forskningsspørsmål, hindret ikke dette meg i å være induktiv i forskningsprosessen (Postholm, 2010).

Jeg bestrebet å være den ikke-ledende intervjueren ved å være en aktiv lytter for å kunne vurdere hvordan dataene kunne relateres til problemstillingen og hvordan det kunne avspeile intervjusituasjonen. Det dukket derfor opp nye spørsmål underveis i noen av intervjuene. Jeg skal som forsker minimere påvirkningen på det som blir sagt, men det kan være nødvendig med en viss strukturering med hensyn til hva som er og ikke er relevant. Selv om opplysningene kan være relevante kan de være lite detaljerte og konkrete, og det kan da være nødvendig med en klargjøring av tvetydigheter. Fordi noen av informantene ikke hadde optimale norsk kunnskaper ble dette nødvendig, men også fordi jeg ønsket å få et større innblikk i informantenes opplevelser og meninger (Hammersley & Atkinson, 2012). I følge Kvale og Brinkmann (2015) var intervjurollen min da utfordrende. Jeg registrerte ikke bare meningene og holdningene, men ønsket å forstå informantens livsverden ved å komme under overflaten hos informantene. Noen av spørsmålene klarte ikke alle informantene å forstå selv om jeg prøvde å forklare og gi eksempler. Jeg opplevde at et par av kandidatene da ble litt stresset, unnskyldte seg for sine dårlige norskkunnskaper, og valgte da å gå videre med samtalen.

Jeg hadde hele tiden i tanken at intervjuene mine skulle være uformelle. Jeg var kjent med stedene jeg utførte intervjuene på, og de fleste informantene visste hvem jeg var. På den måten klarte vi å få til en uformell og avslappet atmosfære under intervjuet (Hammersley & Atkinson, 2012). Jeg hadde i intervjuguiden lagt opp til ulike tema og spørsmål, men hvert intervju hadde ulik utvikling. Noen informanter hadde mye relevant informasjon å bidra med, og kommunikasjonen mellom meg og informanten hadde en god flyt. I disse intervjuene stilte jeg oppfølgingsspørsmål, og dette skjedde på bakgrunn av tolkning av svar fra tidligere spørsmål. Noen informanter hadde lite informasjon å bidra med. Årsaken til dette handlet for noen av informantene om språkbarriere, men for en av informantene var årsaken at mine spørsmål og tema i starten av intervjuguiden var utarbeidet med tanke på helsepersonell som ikke var kjent med et velferdssystem. For eksempel var et av spørsmålene hvor man henvender seg om man trenger helsehjelp. Dette vil i mange tilfeller ikke være et like aktuelt spørsmål i europeisk kontekst, som for eksempel i en afrikansk kontekst. Læringskurven ved gjennomføring av det første intervjuet til det andre var høy. Jeg ble tryggere i min rolle som

intervjuer for hver gang, og intervjuopplegget ble forbedret på bakgrunn av empiriske funn og metodologiske erfaringer. Et eksempel på dette var at jeg fjernet et av spørsmålene fra intervjuguiden, fordi jeg under det første intervjuet oppdaget at det ikke var av relevans for mitt forskningsspørsmål. Jeg ble etter hvert dyktigere på å bruke intervjuguiden på en fleksibel måte. Når informantene penslet inn på et tema jeg hadde senere i intervjuguiden, ble det naturlig å stille spørsmål ut ifra intervjuets utvikling, og ikke ut ifra intervjuguiden. Dette førte også til en bedre flyt i samtalen og til naturlige overganger mellom spørsmålene. Jeg var bevisst på at oppfølgingsspørsmålene ikke skulle være ledende. Ved å stille ledende spørsmål, kan man få den informasjonen man både ønsker og trenger (Grønmo, 2004).

Det er viktig å ta hensyn til konteksten for gjennomføring av intervjuene. Innenfor alle miljø vil ulike kontekst føre til ulike atferd og kreve ulike atferd. På bakgrunn av dette var det informantene som kom med ønske om hvor intervjuet skulle gjennomføres. Jeg informerte om at jeg ønsket at vi skulle ha en samtale rundt ulike spørsmål jeg hadde utarbeidet og ved å bruke ordet samtale kan selve situasjonen oppfattes noe mer uformelt (Hammersley & Atkinson, 2004). I tilbakemeldingen i etterkant av intervjuet opplevde informantene at det hadde vært en god opplevelse, det kan tyde på at jeg klarte å etablere en god kommunikasjonssituasjon slik at informanten følte seg trygg og vel og var fokusert under samtalen (Grønmo, 2004). Det er ikke uproblematisk at jeg fikk tilgang til informantene via avdelingslederne. De vil gjerne være opptatt av at dem selv og helsearbeiderne blir presentert i et fordelaktig lys for å gi et godt bilde av institusjonen (Hammersley & Atkinson, 2004). En av avdelingslederne sa til meg under intervjuet: «*Jeg vil tro at mine medarbeidere svarer ganske godt på dette*». Det kan være mulig at vedkommende har gitt meg tilgang til informanter med god kjennskap til brukermedvirkning. Jeg har i kapittelet makt og asymmetri reflektert mer rundt forholdet til informantene.

### **3.3 Ethiske betraktninger**

All forskning reguleres av etiske normer og verdier. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har utarbeidet forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora. Vi har også personvernombud for forskning (NSD). Deres hovedoppgave er å bidra til at lovpålagte plikter i forhold til internkontroll og kvalitetssikring av egen forskning blir ivaretatt ved den enkelte institusjon. Et av tiltakene ved dette arbeidet er at de på forhånd vurderer forskningsprosjekter som omfattes av personopplysnings- og helseregisterloven. De følger også opp prosjektendringer, utvidelser og

prosjektavslutning. Mitt prosjekt var meldepliktig på bakgrunn av personopplysninger, og personvernombudet tilrådte at prosjektet kunne gjennomføres. Jeg satte meg inn i lover og normer om personvern, og satte ikke i gang med min forskning før jeg hadde fått informantenes samtykke (Everett & Furseth, 2012). Jeg informerte alle deltakerne skriftlig og muntlig om prosjektet (Vedlegg 3) og innhentet informert samtykke (Vedlegg 4). Jeg ønsket at formuleringen i informasjonen skulle fremstå som om jeg var en gjest i møtet med informantene, ved å beskrive hva jeg ville gjøre, og hvordan jeg ville gjennomføre intervjuene, med hensikt om å etablere tillitt. Det kan allikevel ikke utelukkes at noen av informantene ikke forsto hensikten med prosjektet på tross av informasjon om prosjektet (Nilssen, 2012). Språkbarriere kan være en av grunnene til dette. En av informantene uttalte i det jeg møtte henne i forkant av intervjuet: «*Jeg håper jeg klarer å svare riktig på spørsmålene dine?*». Dette kan tolkes som om hun ikke hadde forstått informasjonen jeg på forhånd hadde gitt henne skriftlig og muntlig, og jeg måtte forklare henne nærmere hva samtalen handlet om, og forsikre henne om at det ikke fantes gale eller riktige svar. Det kan også være at informanten så meg i et autoritært lys fra min tidligere jobb som avdelingsleder på samme arbeidssted, og dermed fryktet å svare feil.

Når jeg som forsker skal beskrive sosiale prosesser kan jeg i dialog med informantene møte på to problemer. Det ene er at jeg kan overidentifiserte meg med informantenes holdninger og synspunkter eller underidentifisere meg med dem. Dette er det som ofte blir omtalt som «for stor distanse» eller «mangel på distanse» innen feltmetodikken. Da vil jeg som forsker ikke komme nært nok informantene til å forstå dem på deres egne premisser. Ved «mangel på distanse» kan man bli fanget av informantenes meninger. Med min bakgrunn kan gjerne nærhet til feltet og min forforståelse hindre meg i å se feltet fra et overordnet perspektiv, men for å kunne trenge meg inn i informantenes livsverden tilstrebet jeg en objektiv forskerrolle. Dette hadde jeg også med meg i tankene da jeg bearbeidet datamaterialet (Hammersley & Atkinson, 2004).

Jeg arbeidet gjennom hele prosjektet ut i fra en grunnleggende respekt for mennesker. Jeg reflekterte rundt forskningsspørsmålet i forhold til respekt. Hvordan ville problemstillingen min oppfattes av helsearbeiderne med ulik kultur bakgrunn? Vil de kunne føle seg stigmatisert? Otterstad (2008) diskuterer utfordringer ved interkulturell forskning i sin artikkel «Fra en annen til de andre». Når jeg i dette prosjektet har valgt å intervju helsearbeidere med

en annen kulturell bakgrunn har jeg vært bevisst kultursensitiviteten og etiske ansvar for å ikke danne eller opprettholde kategoriseringer av «de andre». Det vil her være viktig å presentere datamaterialet på en måte som ivaretar mine informanter (Otterstad, 2008). Å unngå skade og merbelastning for informantene har gjennom hele prosjektet vært en etisk betraktning. I presentasjonen av informantene har jeg blant annet ivaretatt dette ved å påse at identifiserende opplysninger ikke skal kunne gjenkjenne informantene. Jeg har ikke skrevet hvilket land informanten kommer fra, men verdensdel. Jeg har også unnlatt å ta med detaljerte beskrivelser, som gjerne kunne identifisere informanten, og det fremkommer heller ikke hvilket sykehjem informantene arbeider på. På den måten har jeg ivaretatt anonymiteten og konfidensialiteten i prosjektet. Det vil allikevel være utfordrende å sikre anonymitet på lokalt nivå. Jeg hadde fått tilgang til flere av informantene via avdelingslederne, daglig leder var informert, og kollegaer var informert om at noen av informantene skulle delta i intervju (Nilssen. 2012).

### **3.4 Utfordringer i forhold til det kvalitative forskningsintervju**

#### *3.4.1 Makt og asymmetri*

Da jeg begynte på min lærerutdanning fikk jeg nærmere bekjentskap til den danske filosofen Løgstrup, og synes dette kapittelet skal starte med en av hans uttalelser:

*”Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej” (Løgstrup, 2010, s. 25)*

Jeg var oppmerksom på at de jeg kom i kontakt med under feltarbeidet vil danne seg et bilde av meg som kunne påvirke datainnsamlingen (Hammersley & Atkinson, 2012). I dette tilfellet tenker jeg da spesielt på at jeg er etnisk norsk og tilhører majoriteten. Jeg har høyere utdanning, behersker majoritetsspråket, og det er jeg som styrer samhandlingen med informantene. Jeg tilstrebet å være bevisst majoritet-minoritet relasjonen og hvordan dette kunne påvirke samhandlingen (Rugkåsa, 2008). Som intervjuer var jeg bevisst min rolle i forhold til makt, og at maktfordelingen er asymmetrisk. Det var jeg som definerte intervjusituasjonen, utarbeidet intervjuguiden, stilte spørsmål og avsluttet samtalen. Dette viser til at forskningsintervjuet ikke er en åpen, hverdagslig samtale mellom to likestilte

deltakere. I forhold til fortolkning av datamaterialet er det også jeg som forsker som gjennom min analyse rapporterer informantenes meninger (Kvale og Brinkmann, 2012).

Noen av informantene hadde kjennskap til meg, og som vist til tidligere startet den ene informanten den innledende samtalen med en bekymring i forhold til å svare riktig på spørsmålene. Jeg brukte tid på å forklare dem hva intervjuet handlet om, og at det ikke var spørsmål man kunne svare feil på. Jeg uttrykte tydelig at jeg ønsket å finne ut av deres opplevelser og holdninger i møtet med beboerne. Det var viktig for meg at jeg ikke skulle fremstå som en utenforstående ekspert knyttet til min rolle som lærer eller tidligere kollega (Hammersley & Atkinson, 2004).

### 3.4.2 Språk – relaterte utfordringer

Når man skal gjennomføre tverrkulturelle intervjuer vil det være mange kulturelle faktorer som påvirker relasjonen mellom intervjuer og informant. For eksempel vil vaner, praksiser og ulike posisjoner kunne ha en påvirkning (Kvale og Brinkmann, 2012). Flere av informantene hadde språklige utfordringer. I følge Gadamer er språket mer enn et verktøy for å få frem meningen. Språket bestemmer hvem personen og hva som vil skje med han eller henne. Han mener videre at språket er mer enn et verktøy man kan plukke opp, benytte seg av for så å legge det til sides og ta det i bruk igjen (Roy og Starosta, 2001). Han sier: *«Rather, in all our knowledge of ourselves and in all knowledge of the world, we are always already encompassed by the language that is our own...In truth we are always already at home in language, just as much we are in the world»* (Gadamer, 1976. s. 62-63). Gadamer viser til at språket er sentralt i all forståelse, og dette viser dermed til at dette kan være utfordrende for helsepersonell med ulik kulturell bakgrunn (Roy og Starosta, 2001). Noen av informantene behersket godt norsk, men hadde utfordringer i forhold til nyansering. Det kan også være at vi hadde ulik bruk av symboler. Dette kan føre til forvirring og misforståelser.

I mine samtaler var jeg bevisst at overføring av språkvaner fra eget morsmål til fremmedspråk kan føre til at språket virker umodent, og at det kan ta lang tid å lære seg et ordforråd som er stort nok til å mestre synonymmer og uttrykk som nyanserer det nye språket (Hanssen, 2005). Jeg har opptatt av å behandle alle mine informanter med respekt, og legge til rette for god kommunikasjon. Om jeg hadde kunne snakke informantens morsmål ville nok gjerne svarene fra noen av informantene vært mer utfyllende. Manglende språklig kompetanse førte til at de ikke klarte å uttrykke seg slik som de skulle ønske.. Språkproblemer og misforståelser kan ha påvirket svarene til informantene, min tolkning av hva de sa, og fortolkning av datamaterialet.

### **3.5 Metode for dataanalyse**

I gjennomføringen av det kvalitative forskningsintervjuet er det intervjueren som samler inn data, og tolker datamaterialet. Tolkning av datamaterialet vil i stor grad være basert på de inntrykkene og den innlevelsen som skjer i dialogen mellom intervjuer og informant. I innsamlingen av kvalitative data er forskeren selv det viktigste leddet (Grønmo, 2004). En utfordring ved dette er ifølge Schwartz & Schwartz (sitert i Grønmo, 2004, s. 209) at intervjuerens personlige egenskaper og sosiokulturelle bakgrunn kan påvirke datainnsamlingen. Mitt forskningsspørsmål kan ses i sammenheng med den fortolkende tradisjonen. Jeg så nærmere på hvordan helsearbeiderne forsto og ivaretok beboernes autonomi.

Forståelse vil i denne sammenheng handle om en empatisk forståelse av informantene og en forståelse av handlingene deres ut ifra sosial og historisk kontekst. Mitt forskningsspørsmål kan også ses i sammenheng med den kritiske tradisjonen, fordi det gjennom intervjuene ble konstruert forslag til endring av praksis (Grønmo, 2004). Dette fremkom i spørsmål knyttet til opplæring.

#### *3.5.1 Transkripsjon*

Jeg brukte intervjuopptak, og har i etterkant transkribert intervjuene. Når materialet struktureres i tekstform blir det lettere å få oversikt, og struktureringen er en begynnelse på analysen. Det finnes ikke noen universell form eller kode for transkripsjon av forskningsintervjuer, men det er noen standardvalg som må tas. Skal man transkribere ordrett, ord for ord med alle gjentakelser og med registrering av alle «eh» - er og liknende, eller bør intervjuet omformes til en mer formell, skriftlig stil? På grunn av tidsdimensjonen valgte jeg det sistnevnte, selv om jeg i etterkant sitter igjen med at det i intervjuet med avdelingslederne er noen «eh» - er som gjerne kan vise til usikkerhet når det kommer til spørsmål rundt opplæringen (Kvale og Brinkmann, 2015). Kvale og Brinkmann (2009) viser også til at ordrette transkripsjoner kan være vanskelig å forstå når man fremstiller de i sin helhet skriftlig (sitert i Nilssen, 2012. s. 158). De aller fleste intervjuene transkriberte jeg en gang til. Hovedgrunnen til dette var at flere av informantene ikke hadde gode norskkunnskaper, men det ble også gjort fordi jeg hadde hatt en lengre pause fra prosjektet og tenkte at dette kunne hjelpe meg videre i prosessen. Det vil være umulig å besvare hva som er en riktig transkripsjon da det ikke finnes en sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. Jeg måtte tenke på hva som var nyttig transkripsjon for min forskning, og ved å overføre

samtalen til en litterær stil har jeg nå gjort det mulig å formidle meningen med intervjupersonenes historier til leserne (Kvale og Brinkmann, 2015).

### *3.5.2 Analyse og tolkning*

I min tilnærming til datamaterialet har jeg hatt en induktiv tilnærming i analysearbeidet hvor jeg ved hjelp av åpen koding har kjent igjen og klassifisert mønstre i datamaterialet (Nilssen, 2012). Jeg brukte temaene i min intervjuguide som utgangspunkt, og disse utgjorde et utgangspunkt for de ulike kategoriene. Når man arbeider med datamaterialet kan man trekke sammenligninger og stille spørsmål ved de ulike fenomenene man finner i datamaterialet. Hensikten med analyse er å redusere datamaterialet slik at det blir håndterlig, oversiktlig og forståelig. Underveis i datainnsamlingen dukket det opp begreper som gikk igjen i datamaterialet, og jeg kodet og kategoriserte datamaterialet under ulike meningsenheter (Postholm, 2010). Det har vært en utfordrende prosess, og komme frem til kategorier. Jeg opplevde at mye av datamaterialet kunne inngå i flere av kategoriene. Det ble mange runder med gule lapper, og plakater med overskrifter på stuegulvet. Intervjuguiden ble i første omgang et hjelpemiddel for å komme i gang, men med tanke på at den kun ble brukt som et hjelpemiddel i samtale med informantene, måtte jeg gjenkjenne begreper i hele datamaterialet, og det var slik jeg kom frem til de endelige kategoriene. Kategoriene har også blitt endret i etterkant, for at analysen skulle fremstå ryddig og strukturert.

### *3.5.3 Refleksivitet*

Når man har tatt i bruk kvalitativ forskning som metode er refleksivitet en bevissthet om at forskeren er i en interaksjon med forskningsdeltakerne, og er derfor også påvirket av forskerens verdier og subjektive og individuelle teorier (Nilssen, 2012).

Min nærhet og kjennskap til yrket kan ses på som en styrke og utfordring. Jeg innehar innsidekunnskap da jeg har forsket i egen kontekst (Nilssen, 2012). En slik nærhet til feltet kan føre til at man som forsker mister forskersynet (Postholm, 2010) Noen av informantene hadde kjennskap til meg som kollega, og for noen av informantene var jeg læreren som veiledet elever under praksisbesøk. En slik nærhet til forskningsfeltet utfordrer forskningens troverdighet. I gjennomføringen arbeidet jeg derfor bevisst med min egen forforståelse, som vist til over i kapitlet 3.1.2 Forforståelsen satt på prøve. Dette var viktig for å ikke miste forskerblikket, da min subjektivitet til den kjente konteksten vil gi meg en for nær distanse til forskningsdeltakerne, konteksten og datamaterialet. Selv om jeg var dette bevisst, vil jeg aldri kunne få et helt klart svar på hvordan min innsidekunnskap har påvirket



forskningsresultatene (Nilssen, 2012). Når jeg i startfasen analyserte datamaterialet hadde jeg en kritisk tilnærming til helsearbeidernes uttalelser, det fremsto som om jeg ville ivareta avdelingsledernes uttalelser. Dette handler nok om min nærhet til feltet, og min egen rolle som tidligere avdelingsleder. Gjennom å lese gjennom datamaterialet og teori flere ganger ble jeg etter hvert mer bevisst min egen subjektivitet, og så da klarere hva datamaterialet ville fortelle meg. Jeg vil også påpeke at teorien i dette prosjektet om Hostedes kulturelle dimensjoner farget meg til tross for at jeg var kjent med kritikken hans. Siden Norge fremstår som en individualistisk, feminin kultur med lav maktavstand, vil ikke dette utelukke at en avdelingsleder i en norsk kontekst ikke kan inneha verdier vi finner igjen i maskuline kulturer og samfunn med høy maktavstand. Dette kan også belyse hvordan en teori kan føre til en sannhet, og dette er jo en absolutt fare med forskning, hvor for eksempel Hofstede har hatt en dominans blant andre forskere, vitenskapsartikler og lignende.

#### *3.5.4 Prosjektets troverdighet*

Kvale og Brinkmann (2015) bruker begrepene pålitelighet og gyldighet når de tilnærmer seg validitet. Og man må som forsker stille seg spørsmål med om metoden undersøker det den er ment å undersøke.

Reliabilitet handler om datamaterialets pålitelighet. Jeg må reflektere over om min undersøkelse er overførbar til andre forskere og ved bruk av andre metoder, og hvilken påvirkning tidsdimensjonen har (Grønmo, 2004). Jeg viste til tidligere til at tidsdimensjonen var en av grunnene til at jeg valgte intervju istedenfor observasjon. Refleksjoner jeg har gjort i forhold til pålitelighet er: Kan min kjennskap til informanter og avdelingsledere påvirket datamaterialet? Ville en annen person fått innhentet andre opplysninger? Hvilken påvirkning har jeg som en representant fra majoriteten? Hvordan ville svarene vært om jeg kunne snakke informantens morsmål? Ulikt språk og begrepsforståelse har gjerne ført til at innblikket jeg fikk i informantens livsverden ikke er reell, da informanten ikke har fått uttrykt seg slik han eller hun ønsker på grunn av unyansert språk og nedsatt ordforråd (Postholm, 2010). Med tanke på språkutfordringer mellom meg og informantene burde jeg gjerne gjennomført såkalt «member checking», da måtte jeg tatt med funn og analyse og tolkninger tilbake til informantene, og de kunne vurdert om de kjente seg igjen i beskrivelsen og tolkningen av mitt arbeid (Lincoln og Guba, 1985 sitert i Nilssen, 2012, s. 142). Dette ville helt klart økt troverdigheten med dette studiet, men i forhold til tidsdimensjonen på prosjektet ikke vært gjennomførbart.

Det kan tenkes at noen av informantene ikke gav uttrykk for sine meninger på bakgrunn av at jeg har kjennskap til lederne, og av at de av respekt for lederen, ikke skulle tørre å gi meg et reelt bilde av deres egentlige livsverden. Etter å ha transkribert datamaterialet to ganger og meningsfortettet funnene, ser det ikke ut for at informantene har vært opptatt av å verne sin arbeidsplass eller avdelingsleder. Informantene gav uttrykk for hvordan brukermedvirkning er vektlagt i opplæringen, og noen viste til tidspress som gjør det vanskelig å alltid imøtekomme beboerne når de selv ønsker. Det jeg kunne merke meg med et par av avdelingslederne er at de i startfasen av samtalen gjerne vil få frem hvor godt alt er tilrettelagt i forhold til opplæring på arbeidsplassen. Her kjenner jeg meg selv igjen, fra min jobb som avdelingsleder. Jeg ville også alltid at mitt arbeidssted skulle fremstå i et fordelaktig lys, og dette viser Hammersley og Atkinson (2004) til at er en utfordring ved feltarbeid. Noe som selvfølgelig kan påvirke troverdigheten.

## Kapittel 4.

### PRESENTASJON OG ANALYSE AV FUNN

Jeg har valgt å presentere mine funn og analyse i en sammenvevet form. Jeg startet analyseprosessen med å først presentere funn, før jeg gikk videre på analysen. Jeg opplevde at det ble mye gjentakelser, og at denne fremstillingen ble unaturlig. Jeg har bestrebet å arbeide med disposisjonen på analysen slik at informantenes svar skal komme tydelig frem på deres premisser, slik at leseren skal kunne skille mellom datamaterialet og mine fortolkninger (Everett og Furseth, 2012). Jeg starter dette kapittelet med å introdusere informantene før jeg presenterer og analyserer mine funn.

#### **4.1 Introduksjon av informantene**

Jeg har navngitt mine informanter med å nummerere dem. To av mine informanter er menn, men for å ivareta anonymiteten har jeg valgt å presentere alle helsearbeiderne som hunkjønn. Jeg oppgir kun hvilken verdensdel informanten kommer fra dette er også for å ivareta anonymiteten,

Helsearbeider 1 kommer fra Europa, og er utdannet medisinsk søster. I hennes hjemland kan hun ved den utdannelsen utføre de samme oppgavene som en sykepleier. Hun viser til at kommunikasjon og samhandling var lite vektlagt i hennes utdanning. Fokuset var rettet mot anatomi, fysiologi, patologi og behandling. Her i Norge jobber hun som helsefagarbeider, og hun har bodd her i åtte år.

Helsearbeider 2 kommer fra Afrika. Hun er utdannet sykepleier i Norge, og var ferdig med utdannelsen for tre år siden. Hun har bodd i Norge i femten år.

Helsearbeider 3 kommer fra Europa, og er utdannet sykepleier i sitt eget hjemland. Hun flyttet til Norge i 2010, og har arbeidet på nåværende sykehjem i syv år.

Helsearbeider 4 kommer fra Asia, og har bodd i Norge i 16 år. Startet utdanningen som helsefagarbeider for 10 år siden. Fikk tilbud om jobb etter å ha vært i praksis på nåværende arbeidsplass.

Helsearbeider 5 kommer fra Asia. Har bodd i Norge i 23 år, og ble utdannet helsefagarbeider i 2005.

Helsearbeider 6 kommer fra Asia. Hun er utdannet sykepleier i hjemlandet, og har bodd her i tre år. Jobber som helsefagarbeider, da sykepleierutdannelsen på nåværende tidspunkt ikke er godkjent i Norge.

Helsearbeider 7 kommer fra Asia. Har påbegynt helsefagarbeiderutdanningen, og jobber fast helgestilling og ekstravakter på et bokollektiv. Denne informanten rekrutterte jeg gjennom mitt private nettverk.

Helsearbeider 8 kommer fra Asia, og har bodd seks år i Norge. Hun rekrutterte jeg gjennom mitt private nettverk, og hadde jobbet et halvt år som ekstravakt på et sykehjem. Det viste seg ved en tilfeldighet å være et av de to sykehjemmene jeg fikk tilgang på informanter fra.

Jeg har valgt å ikke nummerere avdelingslederne. De er alle kvinner og norske, og jeg valgte å ikke gå inn på deres utdanning og erfaring for å ivareta anonymitet

#### **4.2 Informantenes forståelse av brukermedvirkning**

Brukermedvirkning er i teoridelen omtalt i kapittelet 2.2 Autonomi, og er et begrep som brukes i dagligtalen på sykehjem og i opplæring til helsepersonell. Jeg ønsket å finne ut av informantenes forståelse av begrepet, for tre av informantene var det ukjent (helsearbeider 4, 5, 8), men når jeg informerte om betydningen av begrepet og gjennom ulike caser som presentert i intervjuguiden hadde alle kjennskap til begrepet på ulike måter. Casene som ble presentert er knyttet til valgene beboerne har i forhold til at de ikke ønsker å stå opp til frokost, ikke vil ta medisin, livsforlengende behandling og deltakelse på aktivitet som går utover de daglige rutinene.

Helsearbeider 1 viste til at brukermedvirkning for henne betyr at brukeren skal komme med sine ønsker, og at beboeren ikke skal være passiv, men deltakende. Hun sa at det er viktig å lytte til ønskene. Videre i samtalen spurte jeg henne om hvordan hun får til brukermedvirkning i praksis, og hun viste da til at hun snakker med dem, og at det er lett å se ved å tolke kroppsspråket. Når det kommer en ny beboer snakker hun med familien, og leser på Cos Doc (elektronisk pasientjournal). Helsearbeider 1 viser her til at brukermedvirkning for henne handler om at beboeren skal ha en deltakende og ikke passiv rolle. Dette kan antyde at hun har holdninger hvor hun selv ikke ønsker å inngå i ekspertrolle, men ønsker å dra omsorg fra beboeren ved at han eller hun skal ha en aktiv rolle. Dette vil også være viktig for

å vedlikeholde eller gjenopprette beboernes autonomi. Hun viser til at kommunikasjon er viktig for å ivareta brukermedvirkning. For at man skal kunne tolke den non-verbale uttrykksformen til beboerne, må man være tilstede i situasjonen, og gjerne kjenne beboeren godt. Tidsklemme kan gjerne føre til at man ikke oppfatter hva beboeren uttrykker.

Helsearbeider 1 viste til at hun snakker med familien og leser i Cos Doc for å bli nærmere kjent med beboeren. Jeg vil si at måten hun tolker begrepet brukermedvirkning på viser at hun innehar kompetanse og erfaring. Det er vanskelig for henne å forklare hvordan hun ivaretar brukermedvirkning, og det er gjerne fordi den tause kunnskapen er en viktig del av yrkeskunnskapen, men viser seg i handlingene hos en erfaren helsearbeider (Christoffersen, 2005).

Helsearbeider 2 viste til at begrepet handler om at beboerne har samtykkekompetanse, og at de må få bestemme hva de vil ha hjelp til. Når de skal spise og legge seg. Hun uttrykte at *«helsearbeiderne kan komme med en anbefaling, men ikke bestemme»*. Hun nevnte videre samtykkekompetanse, som er et viktig vilkår for å vurdere den enkeltes beboer evne til å ivareta seg selv. Av egen erfaring kjenner jeg til at det er lav bemanning på nattevaktene, og jeg lurte på hvordan de møter beboernes behov om det viser seg at flere ikke vil legge seg før kveldsvakten er over. Helsearbeider 2 forklarte da at de *«prøver forskjellige metoder for å få dem til å legge seg, men hvis en motsetter seg skal vi ikke tvinge. Vi prøver å motivere.»* Det kan tolkes som om det er viktig at de fleste beboerne får lagt seg, fordi det gjerne vil være vanskelig for nattevaktene, som er lavt bemannet, og kunne hjelpe beboerne med å legge seg. Jeg har i dette prosjektet ikke fått med beboer perspektivet, og i den grad beboerne opplever metodene og motiveringen som om de får påvirke leggetiden kan det gjerne være de føler at de har fått medvirket. Det motsatte vil være at beboerens autonomi ikke blir ivaretatt, selv om helsearbeider 2 viste til at man ikke skal bruke tvang, kan gjerne motiveringen og de ulike metodene oppleves av beboer som at nå må jeg legge meg. Relasjonen mellom beboere og helsearbeidere er i utgangspunktet usymmetrisk siden helsearbeideren innehar den faglige kompetansen, at en beboer føyer helsearbeideren kan gjerne være basert på at helsearbeideren har stor makt, og innehar en ekspertrolle (Hofstede, 2010). Det vil som helsearbeider være viktig å reflektere over rollen de har overfor beboerne. Helsearbeider 2 viste til at det er viktig å ikke bruke tvang om en beboer ikke ønsker å legge seg, og viser da at hun er kjent med at tvang ikke er lovlig dersom det ikke er fattet et vedtak. Man kan også stille spørsmål med hva som er årsaken til at helsearbeiderne må prøve ut flere metoder for å få beboerne til å legge seg? Er det helsemessige årsaker eller er det lav bemanning på natt? Er det slik at effektivitet

og økonomi styrer leggetidene til beboerne? Er det New Public Management som er den underliggende årsaken?

Helsearbeider 3 beskrev brukermedvirkning som:

*Selvbestemmelse, livshistorie, biografi, at man ser etter ønsker hva de vil ha, for eksempel religionstilhørighet. At man ikke tar det for gitt at alle kristne vil gå på andakt. At man tar opp ideer. Om noen sier de savner en type mat imøtekommer dette og prøver å lage dette i avdelingen. Her kan man si mye dette er et stort tema.*

Hun viser her til en helhetlig tilnærming for å ivareta den enkelte beboers autonomi. Hun viser til at selvbestemmelse er viktig, og at man må imøtekomme den enkelte beboer ut ifra egne interesser. Hun viser til at de på hennes avdeling prøver å møte beboerne i forhold til ønske om mat, ved å lage dette i avdelingen. Det kan tolkes som om det ikke alltid lar seg gjøre, men at de forsøker, siden hun bruker verbet prøver. Dette kan gjerne vise til at effektivitet og travelhet gjerne kan føre til at det ikke alltid lar seg gjøre å ivareta alle ønsker og behov fra beboerne. Hun viser allikevel til at hun har en holdning som forsøker å ivareta beboernes ønsker. De andre informantene viste at de forstod begrepet som medbestemmelse. De klarte ikke å beskrive begrepet ytterligere.

Brukermedvirkning handler i stor grad om medvirkning, men også om å opprettholde eller gjenopprette beboerens autonomi (Ruyter og Solbakk, 2014). Det vil derfor være en viktig oppgave for helsearbeidere å oppmuntre og motivere beboer til å ivareta egen autonomi, selv om beboeren gjerne ønsker at helsearbeiderne skal hjelpe til med oppgaver han eller hun kan utføre selv. Helsearbeider 4 uttrykte: «Jeg har lyst å hjelpe, hvis hun virkelig ønsker det. Jeg hadde en beboer i dag tidlig som holdt på å ta på sokkene. Hun strevde. Hvis hun ville hatt hjelp hadde jeg hjulpet henne. Hvis hun ber om hjelp, jeg må hjelpe henne». Hun viser til at hun *må* og *vil* hjelpe beboerne hvis de ønsker det. Det kan tenkes at *må hjelpe* kan knyttes til hennes forståelse av brukermedvirkning – at beboerne bestemmer, men *må hjelpe* kan gjerne også knyttes til dimensjonen maktavstand. I samfunn med høy maktavstand stiller man gjerne ikke spørsmål ved den eldstes ønsker eller behov. *Vil hjelpe* kan relateres til en kollektiv identitet og respekt for den eldre (Hofstede, 2010). Eksempelet kan gjerne vise til at hennes verdier påvirker handlingene. Det kan tenkes at hun opplever at hennes praktisering av arbeid er riktig sett ut ifra hennes forståelse av brukermedvirkning, men i forhold til autonomiprinsippet viser handlingen at den ikke fordrer en aktiv deltakende beboer, som vil være viktig for å ivareta beboerens autonomi.

Helsearbeider 2 og 3 viser til eksempler som kan være et uttrykk for at det i alle tilfeller ikke alltid lar seg gjøre å ivareta autonomiprinsippet. De viser til at de har ferdigheter og kompetanse, men at gjerne lav bemanning og travelhet kommer i konflikt med hvordan de egentlig ville forholdt seg til den enkelte beboer. Helsearbeider 1, 2 og 3 snakket godt norsk, og hadde gjerne et ordforråd som gjorde at de kunne få frem sine perspektiver når de skulle gi uttrykk for sin forståelse av brukermedvirkning. Det kan tenkes at noen av de andre informantene hadde vanskeligheter med å få frem sin forståelse av begrepet på bakgrunn av at de ikke hadde god nok språkforståelse. Helsearbeider 8 hadde ingen utdanning, og hadde bare jobbet et halvt år på sykehjem. Hun hadde vanskelig for å svare på mange spørsmål, men hun sa at det var viktig at beboerne bestemte selv. Jeg spurte om hvordan hun hadde lært dette. Hun viste til at dette hadde hun lært på arbeidsplassen. Av ren tilfeldighet viste det seg at hun hadde jobbet på et av sykehjemmene hvor jeg fikk tilgang til informanter. Dette eksempelet viser til hvilken betydning konteksten har for at ansatte skal ha fokus på å tilegne seg kunnskaper om hvordan man skal forholde seg til beboerne.

#### 4.2.1 Erfaring med brukermedvirkning fra eget hjemland

Bortsett fra helsearbeider 3, mener de andre informantene at brukermedvirkning ikke er kjent i deres hjemland. De viser til at det er lege og sykepleier som bestemmer. Helsearbeider 7 sa:

*Jeg tror ikke vi har mye av dette, men det kan ha endret seg på de årene jeg har bodd her. Legen bestemmer hvilken behandling og hvilken mat pasienten skal spise. Lege og sykepleiere er autoritære. Vi er redde dem. Når jeg er ferdig med min utdanning skal jeg reise ned og lære dem hvordan pasient - behandler relasjonen er i Norge.*

Helsearbeider 7 viser her til lege og sykepleier som har en autoritær rolle i hennes hjemland. Det kan se ut for at hun har vokst opp i et land med høy maktavstand. Hun viser til at hun ønsker å reise ned til sitt hjemland å vise hvordan pasient – behandler relasjonen er her i Norge. Hun viser til at hun verdsetter en mer symmetrisk relasjon som vi gjenkjenner i samfunn som kjennetegnes av lav maktavstand (Hofstede, 2010).

Selv om brukermedvirkning er ukjent i de fleste informantenes hjemland, har de tilegnet seg ulike grader av kunnskap i forhold til begrepet. De viser til at de da har tilegnet seg kunnskaper om brukermedvirkning gjennom utdanning, opplæring på arbeidsplass og konteksten de jobber i. Selv om alle ikke viser til en utbredt forståelse av autonomi, viser de til at de møter beboerne med feminine verdier, det kan tenkes at maskuline verdier – effektivitet og kostnadsbesparelse kommer i konflikt med de feminine verdiene som gjenkjennes hos helsearbeiderne. Selv om informantene viser til forståelse for begrepet, og at

flere viser til at det er viktig at beboeren bestemmer selv, viser noen informanter til at de gjerne ikke har den samme forståelse på hva god moralsk atferd er, og dette kan gjerne da undergrave en beboers autonomi (Hanssen, 2005).

#### *4.2.2 Helsearbeidernes holdninger i forhold til livsforlengende behandling – analyse av en case*

Helsearbeiderne viser til ulike holdninger i forhold til livsforlengende behandling. De fleste informantene viser til at det er familien og ikke den syke selv som tar avgjørelser i forhold til spørsmål knyttet til hva de vil gjøre om en nær i familien blir rammet av alvorlig sykdom. Helsearbeider 2 viste til et eksempel om sin bestemor som gav uttrykk for at hun mot slutten ikke ønsket behandling. Hun viste dette ved å spytte ut medisinene, og familien respekterte bestemorens ønske. Helsearbeider 2 viste også til en nabo som fikk kreft, hvor legen og familien unnlot å informere vedkommende om sykdommen. Hun beskriver videre hvordan naboen strevde hver dag, og ikke ante at han hadde en uhelbredelig form for kreft. I hennes hjemland er det de eldste i familien som har mest makt i forhold til å ta avgjørelser. Dette eksempelet kan vise til at verdiene i denne kulturen kan knyttes til Hofstedes dimensjoner maktavstand (Hofstede, 2010). At det ble tatt hensyn til at bestemoren ikke ønsket behandling er gjerne ikke basert på autonomiprinsippet, som gjerne er et kjennetegn individualistisk orienterte samfunn. Det har gjerne mer rot i dimensjonen høy maktavstand, og respekten for den eldstes avgjørelse, siden informanten viste til et motsatt tilfelle med naboen som ikke ante han var syk fordi hverken lege eller familie ville han skulle bli informert (Hofstede, 2010). Dette står i kontrast til Norge hvor pasientinformasjon er et vilkår for å ivareta autonomiprinsippet, og er lovfestet i pasient og brukerrettighetsloven. Helsearbeider 2 uttrykker at det er bra at man i Norge bestemmer selv, da det er pasienten som kjenner kroppen sin. At man i arbeidet med beboerne må respektere hva han eller hun sier. Hun viser videre til at man tar kontakt med lege eller familie hvis man mener beboer ikke er i stand til å ta egne avgjørelser.

Flere informanter viser til at de vil om en nær i familien blir alvorlig syk respektere hans eller hennes ønsker om å avstå fra behandling hvis vedkommende er alvorlig syk. I intervjuene brukte jeg en situert case hvor helsearbeiderne skulle reflektere over hvordan de ville handlet om en nær i familien gav uttrykk for at han eller hun ikke lenger ønsker videre medisinsk behandling, og vedkommende de siste dagene ikke orket å ta til seg mat. Noen av informantene viste til at det vil være viktig å tilby og motivere til matinntak, og her vil jeg vise til eksempler som gjerne viser til handlinger som ikke ivaretar autonomi. Helsearbeider 3



uttrykte: «*Det er avhengig av alder og sykdom. Jeg stoler på legene. Det er greit å ha det siste håp allikevel. Gi tilbud om mat så langt det lar seg gjøre. Motivere og bruke god tid*». Denne uttalelsen kan tolkes som om helsearbeider 3 anser legen som ekspert, og at det kan tenkes at hun i denne situasjonen tenkte at vedkommende ikke forstår sitt eget beste (Emmanuel og Emmanuel, 1992 i Førde, Ruyter og Solbakk, 2014). I følge Hofstede innehar legen i samfunn med høy maktavstand en ekspert rolle, og deltakere i slike samfunn baserer seg gjerne på den avgjørelsen legen tar uavhengig av den sykes ønsker (Hofstede, 2010). I en norsk kontekst er gjerne lege og pasientrelasjonen mer symmetrisk, og sett i lys av at autonomi også her er en rettighet så skal pasienten medvirke og legen skal involvere pasienten (Helse- og sosialdirektoratet, 2016). Eksempelet kan også antyde at helsearbeider 3 har en høy usikkerhetsfaktor, og at ved å konferere med lege, ikke ønsker å stå alene i forhold til etiske dilemmaer knyttet til casen (Hofstede, 2010). Sett at casen omhandlet en situasjon med en beboer så skal man konferere med lege i forhold til om beboeren ønsker å avstå fra medisinsk behandling. Det kan gjerne være at helsearbeider 3 tenkte ut ifra en jobbkontekst, og viser da til at hun kjent med at det er lege sammen med beboeren som tar denne beslutningen. Hun viser også til at det er viktig å gi tilbud om mat så langt det lar seg gjøre, men dette vil være i strid med autonomiprinsippet og da også lovverket. Da lov om pasient- og brukerrettigheter i § 4 – 9 viser til at døende pasienter har rett til å avstå fra behandling. Helsearbeider 3 viste til at brukermedvirkning er kjent i hennes hjemland, og at hun selv har erfaring fra å jobbe på sykehjem før hun flyttet til Norge. Det kan tolkes som om på tross av hennes kompetanse, så er det utfordrende å ivareta autonomiprinsippet når man er pårørende. Helsearbeider 5 fremhevet at det vil være viktig at den syke får i seg mat og medisiner. Sett ut ifra at man forstår autonomi som et prinsipp, definert som respekt for pasientens ønsker og behov (Ruyter og Solbakk, 2014), ville man i denne sammenheng måttet vurdere hva som kunne være årsaken til at vedkommende de siste dagene ikke hadde tatt til seg mat. Årsaksforklaringer kunne for eksempel vært svelgevansker, nedsatt matlyst eller at den syke ikke ønsker å ta til seg mat. Den syke har gitt tydelige signaler på at han eller hun ikke ønsker mer behandling, og den nedsatte matlysten kan være et fysiologisk kjennetegn i livets slutfase, eller det kan være at den syke selv ikke lenger vil ta til seg mat fordi han eller hun ikke ønsker leve lenger. Slik jeg tolker casen gir den syke et tydelig signal på at nå ønsker jeg å hvile. Det å skulle tilby vedkommende mat og drikke i denne fasen vil være å undergrave vedkommende sin autonomi.

Helsearbeider 2 brukte sin bestemor som et eksempel da hun skulle svare på casen:

*Vi prøvde å gi bestemor mat, og få henne ut av sengen selv om du ser at det nærmer seg slutten. Vanskelig å slippe taket når det sine egne. Jeg ville gjøre alt jeg kunne for at hun skulle leve lenger, men klarer å skille mellom dette jobb og privat. Hadde dette vært i jobb sammenheng hadde jeg sagt at nå må hun bare få fred.*

I dette eksempelet viser helsearbeideren til at hun er kjent med autonomiprinsippet og ivaretar dette i en profesjonell kontekst, men viser også hvor vanskelig det er med slike avgjørelser når det handler om egne familiemedlemmer. Flere av informantene viste til at det var viktig å tilby mat og drikke, selv om familiemedlemmet gav uttrykk for at han ikke ønsket dette. Informantene referer til det samme som Ruyter, Førde og Solbakk (2014) påpeker, at det kan være utfordrende å ivareta autonomiprinsippet i situasjoner hvor en beboer vil avstå fra behandling, fordi man som pårørende ønsker at alt skal være prøvd.

#### *4.2.3 Helsearbeidernes erfaringer med avgjørelser i forhold til sykdom og behandling*

De fleste informantene viste til at det i egen oppvekstkontekst ikke var den syke selv som tok avgjørelser i forhold til sykdom og behandling. I forhold til å ta avgjørelser knyttet til sykdom og behandling sa helsearbeider 2: «*Det er de eldste i familien som har mest makt i forhold til å ta avgjørelser. Man respekterer alltid den eldste.*»

En av helsearbeiderne viste til at hennes indre verdier kjennetegnes av gruppeavgjørelser i forhold til sykdom og behandling. Hun forklarte at hele familien samles når avgjørelser knyttet til behandling skal tas. Hun fortalte følgende historie om sin onkel:

*Min pappa skulle dø. Min onkel har en bror som er lege. Han ba broren om å snakke med legen på sykehuset uten at de snakket med meg. Pappaen min døde ikke, men ventet en uke. De tjener penger på operasjon. Legen har sagt at hvis han blir operert så vil han dø innen 6 måneder. Jeg tenkte at han vil dø allikevel, og syntes ikke det var nødvendig med operasjon. Min onkel bestemte at han skulle ta operasjon. Jeg ble litt sint. De glemte å involvere meg.*

Jeg spurte videre om hvem som tok ansvar for å samle familien. Hun forklarte:

*Min pappa er nummer 1 i familien. Hvis han ligger på sykehuset konen bestemmer ikke, men broren samler familien. Hvis han ligger på sykehuset nummer 2, samler familien. Søsteren min var nummer 2, men hun var ikke klar i hode så broren var nummer 3 og da bestemte. Mennene er mest sjef.*

For å få en nærmere forståelse av dette måtte jeg spørre henne hva hun mente med rangeringen på søsknene. Nummer 1 viser til den eldste i familien, som da var faren. Søsteren var nest eldst, og nummer tre viser til den yngste broren. Hun viste til at det var han som tok avgjørelsen, og at kjønnsrollene er mannsdominerte ved å uttrykke «*mennene er mest sjef*». I

følge Hofstede (2010) kjennetegnes hennes indre verdier av en kollektiv identitet, adskilte kjønnsroller og respekt for den eldste, som er et kjennetegn i maskuline kulturer. Når jeg spør henne om hva brukermedvirkning betyr for henne svarer hun: «*Beboerne er voksne får lov å bestemme selv. Dette er deres hjem. Vi må behandle dem som om de bor hjemme. Når vi kommer til dem så banker vi på døren*». Senere i samtalen uttrykker hun at menneskene i Norge har fri vilje. Dette eksempelet i tillegg til at hun uttrykte sinne og skuffelse over familien sin kan gjerne vise til at hun ved å oppholde seg i en annen kultur over flere år kan ha påvirket hennes indre verdier. Hun viste en atferd overfor familien, som ikke er i tråd med samfunnets normer og skikker. Hennes indre verdier har gjerne blitt påvirket av feminine verdier og individualistiske trekk som vi gjenkjenner i det norske samfunn (Hofstede, 2010). Dette viser også til at kultur ikke er statisk, og at holdninger og verdier er dynamiske.

#### 4.2.4 Språkforståelse og kommunikasjon i forhold til brukermedvirkning

Avdelingslederne viste til at alle i utgangspunktet må ha god språkforståelse for å bli ansatt, men at de har ansatte som ikke snakker optimalt norsk. På spørsmål om de gjør noen tiltak i forhold til språk nevner en av avdelingslederne at de andre ansatte oppfordres til å veilede, og at vedkommende selv er tett på og bidrar i dette arbeidet. Det har forekommet at det er kommet klager fra beboere fordi de ikke blir forstått, og avdelingsleder viste til at dette må tas på alvor. En avdelingsleder viste til at språkforståelse er den største utfordringen i forholdet mellom helsepersonell og beboer. Vedkommende sa:

*Når det mangler litt på språkforståelsen går dette utover brukermedvirkningen. Fordi de ikke kommuniserer på samme nivå vil dette føre til misforståelser. Et eksempel på dette er at en beboer gir uttrykk for et ønske eller behov han har som ikke pleieren forstår.*

Videre mente avdelingslederen at et godt språk, å være en god lytter, samarbeid, en god tone mellom seg selv og beboeren har mye å si for om de får til brukermedvirkning. Flere av informantene viste også til at omsorg og god kommunikasjon er viktig i møtet med den enkelte beboer, de pekte også på at det er viktig å ta seg tid i de ulike situasjonene.

En avdelingsleder viste til at kommunikasjon er essensen i forholdet mellom de ansatte, beboerne og pårørende. Vedkommende sa:

*Kommunikasjon er nøkkelen til at ting skal fungere og det er nøkkelen til en fornøyd beboer og pårørende gruppa. Vi kan nesten ikke bli flinke nok på å informere alt vi gjør. Kommunikasjon og brukermedvirkning henger veldig i sammen, derfor er nok dette lettere for norske som snakker samme språk. Vi forstår i større grad hva beboeren mener enn en som ikke kan norsk godt nok. Vi kan gjerne tenke mer ut ifra*

*vår felles bakgrunn og kultur hva beboeren egentlig mener og vil frem til. Og ser kanskje i større grad behovene, men som jeg sa i stad så er dette også individuelt. Som sagt så går noen på autopilot, og gjør bare det de er vant til å gjøre og har derfor ikke med seg hodet akkurat i situasjonen. Og dette er en fare når man har vært mange år på samme arbeidsplass, man blir litt avslipt i hva som egentlig er helt rett måte og gjøre ting på.*

Avdelingslederen viser her til at kjennskap til konteksten har stor betydning i kommunikasjonen, og at helsearbeidere og beboere med felles språk og kulturbakgrunn gjerne har lettere for å forstå hverandre. Avdelingslederen viser også til at det er individuelt, og at en helsearbeider som har arbeidet i mange år, gjerne ikke er tilstede i den enkelte situasjon, og klarer da gjerne ikke å fange opp beboernes behov. Her kan man vise til Clifford Geertz begrep *thin description*. En helsearbeider som ikke har kjennskap til kontekst og ikke er tilstede i situasjonen, vil gjerne ikke klare å forstå den enkelte beboer. Skal man lykkes med å forstå en kulturell hendelse fullt ut, i dette tilfellet forstå den enkelte beboer, må man være tilstede i situasjonen. Dette vil blant annet kreve ferdigheter som engasjement, interesse, empati, og man vil da kunne få en forståelse av beboeren og dens situasjon. Da vil man ifølge Geertz oppnå en «*thick description*» (Geertz, 1973).

Under samtalen med helsearbeider 6 spurte jeg om språket kunne være en utfordring. Hun mente at det ikke var det. Den første måneden da hun ikke kjente rutinene til den enkelte beboer måtte hun spørre beboeren gjentatte ganger om hvordan han eller hun ønsket å ha det. De gav da uttrykk for at de ble lei av alle spørsmålene, og gjerne litt irriterte. Dette eksempelet viser at helsearbeider 6 og beboerne klarte å kommunisere. De hadde begge en felles interesse, helsearbeider 6 ville hjelpe og beboer ville motta hjelp. Helsearbeider 6 ble kjent med beboers rutiner, og etter hvert utviklet de gjerne noen fellesnevner, som gjorde kommunikasjon mulig (Eriksen og Sørheim, 2006). Innledningsvis i Kapittel 1.1.4 En brukers erfaring med helsevesenet vises det til et leserinnlegg av Veland hvor hans fleste ansatte har migrant bakgrunn. Han viser til at han ikke opplever kommunikasjonen mellom seg selv og de ansatte som en utfordring (Veland, 2016). Kan det tenkes at en helsearbeider som innehar ferdigheter basert på feminine verdier kan møte beboerne der de er selv om ikke språket er optimalt? Som avdelingslederen ovenfor viser til kan ansatte som har arbeidet i mange år overse beboerens behov fordi dem ikke er tilstede i situasjon. En helsearbeider som har interesse for å hjelpe beboeren viser gjerne ydmykhet, tålmodighet, empati og er tilstede i situasjonen. I forskningen som jeg også viser til innledningsvis i kapittel 1.1.3 Globalisert omsorg utført av Anna Gavanis fremkommer det at helsearbeidere med migrant bakgrunn blir

prioritert av brukerne i den privatiserte hjemmebaserte omsorgen i Stockholm. En av grunnene er at brukerne opplever helsearbeidere med migrant bakgrunn som mer fleksible (Anna Gavanés, 2013, sitert i Wrede og Näre, 2013, s. 59). Alle avdelingslederne viste til at språk kan være utfordring, ifølge Veland og Gavanés ser det ikke ut for at dette er den store utfordringen. Jeg har ikke fått med beoerperspektivet i min forskning, og vil derfor ikke kunne gi et svar på dette. Kan det tenkes at språket er en større utfordring i det kollegiale samarbeidet enn det er for forholdet mellom beboer og helsearbeidere med språklige utfordringer? Kan det være at helsearbeidere som anser respekt for eldre som en dyd møter beboerne med feminine verdier slik at beboerne føler seg ivaretatt? En helsearbeider som møter beboeren med maskuline verdier vil gjerne være effektiv, og dette vil gjerne kunne overse behovene til den enkelte beboer.

### 4.3 Helsearbeidernes verdigrunnlag i møtet med beboerne

#### 4.3.1 Kollektivistiske verdier i møte med beboerne

De fleste informantene viste til at tilhørigheten til familien er sterk, at det er familien som tar seg av de eldre, og at avgjørelser knyttet til sykdom og behandling skjer innad i familien. En av informantene viste til at hun tok permisjon fra jobben sin, for å reise til eget hjemland for å ivareta en nær i familien, som hadde fått en sykdom som førte til at vedkommende ikke kunne ivareta seg selv. Hun sa at det var viktig hun gjorde dette, fordi de hadde liten forståelse og kunnskaper om denne sykdommen. Det kan tolkes som den indre kjernen i hennes kulturelle ståsted kjennetegnes av verdier vi finner innenfor et kollektivistisk orientert samfunn (Hofstede, 2010). Hun la individuelle behov til sides, ved blant annet å ta seg to år ulønnet permisjon for å hjelpe hennes bestemor, og det kan synes som at solidaritet og forpliktelser til familien står sterkt hos henne (Kim, 1994 sitert i Hanssen, 2005).

Alle avdelingslederne viste til at land og kulturkontekst har en betydning for forholdet mellom helsepersonell og bruker, men at de ansatte er individuelle uansett kulturell kontekst.

En av avdelingslederne sa følgende:

*Det er ganske ulike syn, iallfall fra noen av disse kulturene på hvordan man ser på dette med å ivareta beboerne. Dette har sikkert noe med at de i andre kulturer har en større evne til å, eller det ligger mer i kulturen at familien selv ivaretar beboeren, og dekker deres behov, og at det ikke er helsepersonell som tar seg av det meste slik som i Norge. Det er nok slik at norsk personell ser på dette som en jobb, mens i andre kulturer jobber man gjerne ikke bare for lønnen men de har gjerne en annen tilnærming fordi det er en viktig og meningsfull jobb.*

En annen avdelingsleder beskrev et eksempel hun fikk under et intervju med en filippinsk helsearbeider:

*Jeg hadde en fra Filipinene en gang på intervju. Han forklarte denne sammenhengen. Når vi norske blir voksne flytter vi hjemmefra, og lever vårt eget liv. Når vi blir voksne har vi vårt eget liv, men når våre foreldre blir eldre og syke, flytter vi hjem igjen. Ser vi på dette i et kulturelt perspektiv ser jeg at de som kommer fra Filippinene har mye mer respekt for de eldre, og ser på dem som en ressurs. Mens vi gjerne ser på de eldre som en belastning. Blir gjerne litt hardt og si det på denne måten, men jeg ser en varme og godhet som skinner igjennom på ansatte fra Filippinene.*

Avdelingslederne gir gjerne her eksempler på verdier vi finner igjen i motsetningene individualisme og kollektivismen. En helsearbeider fra et kollektivistisk orientert samfunn kan gjerne ha en grunnleggende respekt for eldre fordi de i sin oppvekst har hatt en sterk gruppetilhørighet til familien, og at en grunnleggende holdning innad i familien er at man respekterer alltid den eldste (Kim, 1994 sitert i Hanssen, 2005). Det første eksempelet fra avdelingslederen viser til at ansatte i andre kulturer gjerne har en annen tilnærming fordi de ser på jobben som viktig og meningsfull, og ikke bare er opptatt av lønnen. Det andre eksempelet viser til at filippinske helsearbeidere har mer respekt for de eldre, og ser på de som en ressurs, og at de har en varme og godhet som skinner igjennom i arbeidet de gjør. Her vises det til indre verdier som kommer til syne i handlingene. Da er det hjertet eller samvittigheten som forteller helsearbeiderne hva de skal gjøre ut ifra innlærte verdier knyttet til for eksempel respekt for den eldste (Hofstede, 2010). Sett at en av helsearbeiderne fra et kollektivistisk orientert samfunn gjerne var mer individorientert ville han eller hun gjerne ikke gitt uttrykk for dette i handlingene sine fordi man gjerne gir uttrykk for sin mening på bakgrunn av at kollektivet har en forventning om at man skal handle på en bestemt måte ut i fra gjensidig avhengighet og forståelse innenfor fellesskapet (Kim, 1994 sitert i Hanssen, 2005).

#### *4.3.2 Feminine verdier i møtet med beboerne*

Flere av helsearbeiderne viste til at det er viktig med tid, god omsorg og god kommunikasjon i møtet med den enkelte beboer. Helsearbeider 2 påpekte at hun mente brukermedvirkning er viktig for den psykiske helsen, og at å ivareta beboernes ressurser vil være motiverende for beboerne og gi dem mestringsopplevelse.

Avdelingslederne viste også til ulike feminine verdier som viser seg hos helsearbeidere med ulik kulturell bakgrunn. De viste til godhet som skinner igjennom hos ansatte fra asiatiske

land, snill og omtenkssom er egenskaper som har blitt nevnt. Symmetri og selvbestemmelse, god omsorg og god kommunikasjon. Disse egenskapene og verdiene vil være viktig for å kunne sette seg inn i den enkeltes beboer ståsted, og hjelpe den å ivareta autonomien. Helsearbeiderne viste også til hvordan de mener helsepersonell på sykehjem skal være. Informant 7 uttalte: *«De må smile og være snille. Godt kroppsspråk og god kommunikasjon»*. Flere av helsearbeiderne la ekstra vekt på at helsepersonellet må være snille, smile, gi god omsorg, og kommunisere godt. Noen av informantene viste til at medbestemmelse er det viktigste. Alle viste til verdier vi finner igjen i Hostedes dimensjon femininitet. Det kan tenkes at medbestemmelse som er viktig i en symmetrisk helsearbeider – beboer relasjon og i feminine samfunn, ikke er det viktigste for helsepersonell med en kollektiv identitet. I kollektivistiske orienterte samfunn setter man gjerne egne behov til side fordi man ikke er så opptatt av uavhengighet og selvbestemmelse, som gjerne kjennetegner individualistisk orienterte mennesker (Hofstede, 2010).

#### 4.3.3 *Fleksibilitet*

Helsearbeiderne viste til at om det arrangeres aktiviteter på kveldstid så er de opptatt av at beboerne som ønsker skal få delta, og de lar alle kose seg til arrangementet er ferdig. De uttrykker at det gjør ingenting om rutinene på kveldsskiftet sklir ut så lenge det ikke går utover beboernes ønsker og behov. Dette kan tyde på at helsearbeiderne i forhold til rutiner har en lav usikkerhetsfaktor. De viser til at beboerne står opp til ulike tider, og spiser frokost på sengen, at de deltar på ulike aktiviteter som gjerne kan gå utover de vanlige tidene. De viser til at de møter de enkelte beboere ut ifra individuelle ønsker og behov, og ikke ut ifra nedskrevne rutiner eller regler som man gjerne kan finne igjen i kulturer med høy usikkerhetsfaktor (Hofstede, 2010).

Helsearbeider 5 uttrykte: *«Få frokost på rommet. Jeg synes alltid det er viktig at de får i seg mat. Jeg prøver alltid. Hvis de ikke vil ha skive jeg prøver å gi dem grøt. Jeg bare finner grøt»*. Dette eksempelet kan tolkes som om helsearbeider 5 påtvinger en beboer grøt, men uttalelsen fremkommer slik på grunn av et unyansert språk. Jeg måtte som intervjuer undersøke dette nærmere, og da fremkom det at grøten var et alternativ til skiven, og om beboeren heller ikke ønsker grøt prøvde helsearbeideren igjen på et senere tidspunkt.

Helsearbeiderne beskrev hvordan de selv ønsket at hverdagen skulle se ut om de selv kom på sykehjem. Medbestemmelse var en viktig trivselsfaktor som gikk igjen blant flere av helsearbeiderne. De la vekt på at de måtte få bestemme når de ville stå opp og legge seg. De

ville ha mulighet til å delta på aktiviteter og kunne avstå fra å være med på aktiviteter. Noen helsearbeidere ville ha mat fra eget hjemland og mulighet for ønskekost. Helsearbeider 1 uttalte:

*Velge selv hvordan det skal være. Helsepersonellet skal ikke overta og styre over meg. Det er det viktigste. Sove hvor lenge jeg vil. Jeg bor jo her. Siden jeg jobber på sykehjem har jeg nok litt mer forståelse enn vanlig. Jeg ville sikkert forventet det som jeg kunne få, det som er realistisk.*

Helsearbeider 8 hadde aldri tenkt over hvordan hun ville ha det når hun kom på sykehjem hun uttrykte:

*Det har jeg ikke tenkt på. Alle som jobbet på sykehjem når jeg jobbet der var veldig snille og passet godt på beboerne. Det er bedre å være på sykehjem. De gav de mat, fikk dem på sykehus og passet godt på dem 24 timer i døgnet.*

Hun kom fra et samfunn hvor det ikke fantes sykehjem, og utrykte begeistring over hjelpen beboerne fikk. Hun hadde ingen preferanser, og stilte gjerne helt andre krav til hvordan beboerne skal oppleve hverdagen på et sykehjem. Hun nevnte for eksempel ingenting om aktiviteter eller det sosiale som gjerne vil være viktig for mange av beboerne på sykehjem.

Helsearbeider 4 viste til at det for henne var viktig med miljø og kvalitet. For henne handlet kvalitet om at ønskene hennes skulle bli innfridd, hun ville bestemme selv, og delta på sosiale aktiviteter. Hun ville ha mulighet til å snakke med mennesker, og viste til at hun ville bli deprimert om hun ikke gikk denne muligheten.

#### **4.4 Kontekstens betydning for yrkesutøvelsen**

##### *4.4.1 De indre kulturelle rammene*

Som vist i teori kapittelet ledes det kommunikative fellesskapet av de kulturelle rammene. I dette tilfellet kan det være de kulturelle rammene på selve sykehjemmet, men de kulturelle rammene kan også variere fra avdeling til avdeling. En avdelingsleder forklarte hvordan det kommunikative fellesskapet kan variere mellom avdelingene. Hun viste til hvordan de bruker aktivitetsdosetten (dosett som inneholder individuelt tilpassede aktiviteter til den enkelte beboer), som et verktøy for å imøtekomme beboernes interesser. Hun sa:

*Vi må litt vekk fra den greien om at alle skal på bingo, alle skal på tur så ofte er en greie på sykehjem. Vi må se hva den enkelte vil. Her har vi da aktivitetsdosetten, den er en kjempefinmåte for den enkelte for å få sagt noe om hva den vil.*



Avdelingslederen sa at det er personlig og avdelingsavhengig hvorvidt aktivitetsdosetten er implementert, og uttrykte:

*Det er veldig ulike kulturer på de forskjellige avdelingene. Noen er veldig flinke på å sette seg ned og ta en kaffedrøs, og få til den gode kommunikasjonen når man skal gjøre kartleggingen knyttet til aktivitetsdosetten.*

I forhold til medisiner viste alle de faglærte helsearbeiderne til at de ikke kan tvinge beboere til å ta medisin. De viste til at de motiverer, og prøver å gi medisinen ved et senere tidspunkt om ikke beboerne ønsker å ta medisin. De er opptatt av å finne ut av hva som kan være årsak til at beboer ikke vil ta medisin, for eksempel svelgeproblemer slik at de gjerne kan tilby beboeren medisinen i annen form. Helsearbeider 5 viste til at hun ikke alltid liker prinsippet om brukermedvirkning, spesielt i forhold til mat og medisiner. Her syntes hun at helsearbeiderne burde bestemme. Det kan tenkes at dette har sammenheng med høy usikkerhetsfaktor, hvor det blant annet er viktig med strenge og tydelige regler i forhold til mat og struktur i hverdagen (Hofstede, 2010). Helsearbeider 7 sa: «Jeg deler ikke ut medisiner, men de andre ansatte knuser medisiner og tar de i syltetøy på en skje». Det fremkom at helsearbeider 7 ikke visste hva som var årsaken til at medisinen ble gitt på denne måten. Hun kjente ikke til om beboeren hadde et vedtak på at medisinen skulle bli gitt ved tvang, og hadde ikke gjort seg noen kritiske refleksjoner rundt dette, og gav uttrykk for at det er viktig at de får i seg medisiner. Hun forklarte også at beboerne ikke blir informert om at de nå får medisinen. Ved å informere beboeren om at han eller hun nå får medisinerne, men at den er knust og ligger blandet i syltetøy på skjeen ville vært å ivareta beboernes autonomi, om beboer godtar handlingen. Helsearbeider 7, som har påbegynt helsefagarbeiderutdanningen, viste til at hun hadde lært om brukermedvirkning på skolen. Ved spørsmål knyttet til om kunnskapen lært på skolen hadde ført til endringer i hvordan vedkommende tilnærmet seg beboerne svarte helsearbeideren:

*Nei, jeg så på hvordan personalet jobbet og gjorde det samme som dem. Har ikke fått tilbud om eller vært på internundervisning, og de snakker ikke om brukermedvirkning på jobb. I Norge er dere veldig flinke til å hjelpe nyansatte. De forklarer og informerer hvordan den enkelte bruker vil ha det.*

Det sistnevnte eksempelet viser til hvor avgjørende de kulturelle rammene – konteksten er i opplærings situasjonen. Helsearbeider 7 er ufaglært, og for at hun skal tilegne seg kompetanse i yrkesutøvelsen på et sykehjem vil de kulturelle rammene være en avgjørende faktor. De kulturelle rammene består av ytre kulturelle rammer og indre. De ytre kulturelle rammene vil kunne være lovverk, og i denne sammenheng pasient- og brukerrettighetsloven. De vil også

kunne innebære en visjon eller ulike fokusområder (Eriksen og Sørheim, 2006). For eksempel kan aktivitetsdosetten være en del av de ytre kulturelle rammene og faglige kunnskaper som de ansatte har til felles er også en del av dette. Sett at disse ytre kulturelle rammene ikke er forankret hos avdelingsledere og/eller de ansatte, vil gjerne dette føre til at det kommunikative fellesskapet ikke kjennetegnes av den profesjonaliteten som man forventes skal være i en norsk sykehjemskontekst. Helsearbeideren har ikke stilt seg kritisk til måten medisinene blir gitt på, hun har tilegnet ferdighetene ved å imitere personalet som jobber på stedet. Hun har blitt kjent med konteksten som i denne sammenhengen tilsynelatende ser ut for å bryte med regelverket, og det kan se ut for at stedet hun jobber på ikke har fokus på brukermedvirkning, og ei heller kompetanseheving gjennom internundervisning. Hvordan en ufaglært helsearbeider uavhengig av kulturbakgrunn tilegner seg kunnskaper og ferdigheter om brukermedvirkning kan i slike tilfeller være prisgitt den enkelte arbeidsplass og avdeling.

Hvis vi ser på kritikken rettet mot Hofstedes kulturelle dimensjoner, vil dette eksempelet vise til at det er ulik atferd, mønstre, normer og verdier også innenfor den nasjonale kulturen (Gullestrup, 2006). I en norsk sykehjemskontekst har man en forventning om at man jobber etter gjeldende regelverk, og at man i dette tilfellet ivaretar brukermedvirkning ved blant annet å informere beboer. I den norske individualistiske kulturen fremkommer det her at prinsippet om autonomi sett på som respekt for beboeren og som en rettighet ser ut for å være undergravet i konteksten helsearbeideren jobber i (Førde, Ruyter og Solbakk, 2014).

Christoffersen (2005) viser til at fortrolighetskunnskap er en viktig del av yrkesutøvelsen til en helsearbeider. Fortrolighetskunnskap eller taus kunnskap er gjerne ferdigheter man har lært seg i praksis, hvor det gjerne er vanskelig å beskrive med ord hvordan man har tilegnet seg kunnskapen. Helsearbeider 7 forklarte hvordan hun lærte seg ferdigheter ved å imitere de ansatte, og hun arbeidet ut ifra kunnskaper hun hadde tilegnet seg i sykehjemskonteksten. Om de kulturelle rammene strider imot lovverket vil en slik kultur kunne føre til at helsearbeider 7 tilegner seg ferdigheter som ikke ivaretar brukermedvirkning eller fører til kritisk tenkning i forhold til å ivareta en beboers autonomi. Hun viste også til et eksempel hvor hun hadde blitt lært at hun måtte bruke tvang på en av beboerne fordi vedkommende hadde en tannkjøtt sykdom. Når jeg spurte henne om hun kjente til om det var vedtak på at tannpussen skulle gjennomføres med tvang, så ante hun ikke noe om det. Hun viste til at hun aldri hadde fått opplæring om brukermedvirkning, og at de ikke snakket om dette på arbeidsplassen.

#### 4.4.2 Verdikonflikt i møtet med den nye konteksten og de ytre kulturelle rammene

Brukermedvirkning handler om å ivareta ressursene til beboerne, og en avdelingsleder viste til at dette ikke blir fulgt opp blant alle helsearbeidere med ulik kulturell bakgrunn og sa:

*Jeg ser ofte at dette med brukermedvirkning ikke alltid blir sett på som viktig. Det er veldig mange med flerkulturell bakgrunn som står på pinne for brukerne. De slipper gjerne alt de har i hendene for å springe til en situasjon som kan vente litt. Dette er på både godt og vondt. Det kan være litt sånn at jeg føler at dette blir misbruk av pleiekraften. Jeg ser at noen brukere misbruker dette, og foretrekker pleieren som kommer med en gang. I forhold til meg som gjerne da prioriterer litt bedre. I stell situasjoner så er det også mange som tenker at de skal hjelpe mest mulig. Ser at mange fra Asia er veldig hjelpsomme. Pasientene nyter dette, men det er viktig at brukerne får gjøre de aktivitetene de mestrer selv.*

Selv om ikke alle helsearbeiderne er kjent med selve begrepet brukermedvirkning, så viste det seg at når vi snakker rundt begrepet at det for alle handlet om medbestemmelse. Noen informanter snakket også om viktigheten av å ivareta beboer sine ressurser. Helsearbeider 4 sa følgende:

*Jeg har lyst å hjelpe, hvis hun virkelig ønsker det. Jeg hadde en beboer i dag tidlig som holdt på å ta på sokkene. Hun strevde. Hvis hun ville hatt hjelp hadde jeg hjulpet henne. Hvis hun ber om hjelp, jeg må hjelpe henne.*

Helsearbeider 4 viser til det avdelingslederen ser på som en utfordring. At de gjerne vil hjelpe dem med alt, og at dette da kan gå utover ivaretagelsen av den enkelte beboers ressurser. I tilfeller hvor beboerne har manglende ressurser til å ivareta egenomsorg og daglige aktiviteter, vil det for en helsearbeider være viktig å legge til rette for og vedlikeholde eller opprettholde beboerens autonomi. Her kan det gjerne vises til at helsearbeiderens verdier knyttet til respekt for den eldre, som man finner igjen i Hostedes dimensjoner kollektivism og høy maktavstand, kommer i konflikt med den autonomi tenkningen som har sitt utspring fra individualismen. Helsearbeideren påpekte at hun må hjelpe hvis beboeren ber om hjelp, og dette går da utover ivaretagelse av beboerens autonomi.

En avdelingsleder viste til at de snakker mye om brukermedvirkning, og at de er gode på å møte beboerne i forhold til når de vil stå opp, legge seg, måltider og mat, men viste til at travelheten går på bekostning av brukermedvirkning. Avdelingslederen forklarte at de tilbyr beboerne mellomløsninger, som ikke er optimale, men at det er sånn de tilrettelegger for brukermedvirkning ut ifra den tiden og ressursene de har. I stedet for at beboeren selv blir med bort til klesskapet for å velge klær, finner den ansatte to klesplagg som beboeren kan velge i. Vedkommende sa også:

*Jeg tror nok en del av de norske er bedre på dette fordi de snakker språket, og er vant til at man kan jobbe effektivt samtidig som man ivaretar beboeren. Dette har også med utdanning å gjøre, om man har lært om begrepet brukermedvirkning, og ser verdien i at beboeren må få bestemme endel selv.*

Avdelingslederen viser til at brukermedvirkning er vektlagt innenfor sykehjemskonteksten, og at de snakker mye om dette i avdelingen. Dette kan tolkes som om brukermedvirkning er en kulturell ramme på hennes avdeling, som igjen vil prege det kommunikative fellesskapet (Eriksen og Sørheim, 2006).

Helsearbeider 2 uttrykte i samtalen at alle ikke har samme forståelse for brukermedvirkning:

*Ansatte med ulik kulturell bakgrunn mener ofte godt, men det blir på en måte tvang. De ser at pasienten ligger i urin og vil han skal få stell, men ofte blir det tvang på grunn av måten det blir gjort på.*

Det er vanskelig å tolke hva helsearbeideren her mener med måten det blir gjort på, og her som intervjuer burde jeg stilt et oppfølgingsspørsmål. Det kan være knyttet til tilnærmingen til beboerne og det kan ha med språk, utdanning og verdier å gjøre, som avdelingslederen peker på. Sett at man er en helsearbeider med maskuline verdier fremstår man gjerne som ekspert, og man er opptatt av effektivitet (Hofstede, 2010). I forhold til autonomi, og det å dra omsorg fra beboeren vil det være viktig at helsearbeiderne legger en eventuell ekspertrolle til sides og er tilstede i situasjonen. Som Løgstrup (2010) hevder er hemmeligheten i all hjelpekunst: «først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der». For å oppnå dette må man gjerne lytte, observere, være tålmodig, ydmyk og være empatisk. Man må i stor grad inneha ferdigheter som vi finner igjen i Hofstedes kulturelle dimensjon feminitet (Hofstede, 2010). En mulig fare i en sykehjemskontekst, som også en avdelingsleder viste til, er at hverdagen er hektisk, og dermed er gjerne effektivitet blant helsearbeiderne både en onde og et gode. Man har mange beboere som trenger hjelp, og man må som helsearbeider gjerne gjøre en prioritering på hvor mye tid man kan bruke på den enkelte beboer. En avdelingsleder bruker ordet *pleiekraft*. Hun bruker det i en sammenheng hvor hun viser til ansatte med flerkulturell bakgrunn, som gjerne møter beboerne med en gang de ber om hjelp, men at det gjerne kan være en situasjon som kan vente litt. Man kan allikevel tolke bruken av ordet *pleiekraft* som at effektivitet også er viktig for avdelingslederen. Når helsearbeider 2 viser til at handlingene som blir utført av flerkulturelle helsearbeidere kan oppfattes som tvang, kan gjerne dette også være fordi hverdagen er hektisk, og at ledelsen er opptatt av effektivitet for at man skal komme i mål med hverdagens aktiviteter. Sett at en helsearbeider som kommer fra et samfunn man finner igjen i Hofstedes dimensjoner høy

maktavstand og maskulinitet, vil helsearbeideren gjerne jobbe effektivt fordi ledelsen er opptatt av effektivitet, og man føyer sin leder av respekt for ledelsen. Gjerner erfaringene de har hatt med ledelse er formell, og man stiller derfor gjerne ikke kritiske spørsmål til en leder. Har man oppfattet at lederen setter pris på effektivitet, jobber man gjerne da ut ifra en tanke om at måten jeg arbeider på nå er bra, fordi ledelsen har uttrykt at effektivitet er viktig. En slik måte å jobbe på kan gjerne føre til at man overser beboeren, som ifølge Rugkåsa (2008) innehar den viktigste kulturelle kunnskapen. Om man er opptatt av effektivitet, vil man gjerne skynde seg å bli ferdig, for å komme seg videre til neste beboer som trenger hjelp. Det kan tenkes at yrkesutøvelsen da fremstår litt kvass, og at hjelpen helsearbeiderne utøver til beboerne gjerne utøves hastig, noe som gjerne kan tolkes som tvang. I følge Hofstede (2010) fremstår Norge som en svært feminin kultur hvor blant annet omsorg og livskvalitet fremstår som svært viktige verdier. Vi fremstår også som et individualistisk samfunn, hvor blant annet autonomi er et særtrekk. Det kan tolkes som om trekk vi finner igjen i vårt feminine og individualistiske samfunn ikke lar seg forene med travelhet og effektivitet som avdelingslederne viser til. Som vist til innledningsvis i prosjektet er Norge en del av New Public Management, som en følge av dette vektlegges kvalitet, effektivisering og økonomiske resultater. Avdelingsledernes bruk av ord som *pleiekraft* og *effektivitet* viser til at dette gjør seg gjeldende i deres sykehjemskontekst. Det kan se ut for at prinsippet om autonomi, Lov om brukerrettigheter, og de feminine verdiene som vil kunne ivareta autonomien står i konflikt til maskuline verdier som vi gjenkjenner i New Public management. En avdelingsleder over viser også til at enkelte beboere prioriterer ansatte med annen kulturell bakgrunn, som følge av at de imøtekommer beboerens ønske med en gang. Som hun sier: «står på pinne for brukerne». Dette viser også funn i Anna Gavanis sin forskning, som jeg viste til innledningsvis. Hun viser til at helsearbeidere med minoritetsbakgrunn er fleksible, rimeligere og at de har kjennetegn som ivaretar kundens behov. Funnene hennes er gjort i privatisert hjemmebasert omsorg. Det kan allikevel tenkes at fleksibilitet og kjennetegn hos en helsearbeider med en annen kultur bakgrunn kan være årsak til at beboeren foretrekker og motta hjelp fra denne helsearbeideren, fordi den møter beboerens behov. Helsearbeidere med en kollektiv identitet anser gjerne respekt for den eldste som en dyd, dette kan gjerne som vist til ovenfor stå i konflikt til gjenopprettelse og opprettholdelse av autonomiprinsippet, men også de maskuline verdiene som vi gjenkjenner i New Public Management (Ruyter og Solbakk, 2014; Hofstede, 2010). Kan det tenkes at pleien som utøves i helsevesenet har fått flere maskuline trekk som en følge av dette?

Avdelingslederen uttalte: «står på pinne for brukerne». Jeg har i dette prosjektet valgt å omtale mennesker som bor på sykehjem for beboere istedenfor pasienter. Dette fordi jeg ikke ville sette merkelapper på beboerne som om de er lidende. Avdelingslederen omtaler beboerne som brukere. Er dette fordi vi i samtalen snakker om brukermedvirkning eller er det et tegn på at konteksten er sterkt preget av New Public Management, hvor man kan tenke seg at beboerne blir ansett som forbrukere av tjenestene som tilbys på sykehjemmet?

#### 4.5 Maktavstand

En avdelingsleder uttrykte at det kan være en utfordring å veilede ansatte fra enkelte land, da de gjerne har erfaring med at det å snakke med sin leder er forbundet med noe negativt. Hun sa: «Etter hvert lærer de seg at samtale med meg ikke trenger å være negative, men at de kan handle om å gjøre den ansatte bedre». Avdelingslederen viser her til at hun er bevisst at hennes rolle som leder gjerne kan oppfattes av ansatte med ulik kulturbakgrunn som autoritær. Dette finner vi igjen i Hostedes kulturelle dimensjoner femininitet versus maskulinitet og maktavstand. I maskuline samfunn er gjerne ledelsen mer formell, og kjennetegnes derfor ikke av den flate strukturen som lederne i mine samtaler viser til. De viser til at de jobber tett på avdelingen, og at avstanden mellom ledelse og de ansatte er kort. I maskuline samfunn har man stor respekt for ledelsen, og man er gjerne ikke vant til å ta initiativ og gi sin leder konstruktive tilbakemeldinger. En samtale med leder er derfor gjerne ikke noe en helsearbeider fra et maskulint samfunn forbinder med en hverdagslig positiv samtale. I samfunn med høy maktavstand vil erfaring med ledere være tilsvarende ledelsesstilen man gjenkjenner i maskuline samfunn (Hofstede, 2010). En annen avdelingsleder sa:

*Jeg må som leder være tett på, og har dem ofte på samtale. Jeg må minne dem på at om de ikke forstår hva brukeren sier, spør igjen, forstår du ikke da, be om hjelp.. Til mer vi snakker om det jo bedre er det. Mange er såkalt «pleasere». De nikker og smiler, men jeg er usikker på om de forstår. Jeg har fått tilbakemeldinger fra brukere hvor vedkommende har spurt om et par sokker, men fått alt annet. Jeg har en tettere oppfølging med dem som kommer fra et annet land, og må motivere dem til å snakke mer norsk hjemme.*

Avdelingslederen viser her til ansatte som hun kaller for «pleasere». At de nikker og smiler, men at hun er usikker på om de forstår. Det kan være at ansatte vegrer seg for å si nei til sin leder, fordi man gjerne ikke gjør dette til i samfunn hvor ledere har en autoritær rolle. Dette kan vi gjenkjenne i Hofstedes kulturelle dimensjon maktavstand. Det kan også være ulik bruk

av symboler, som fører til at avdelingslederen opplever noen av de ansatte som «pleasere», og at helsearbeiderne ikke har god nok kjennskap til skandinaviske høflighetsformer. Det kan gjerne være at helsearbeideren uttrykker seg ved å nikke og smile, for å unngå å såre eller være til bry. Som Hanssen (2005) viser til er for eksempel mange østasiater opptatt av å skape situasjoner som kjennetegnes av harmoni. En helsearbeider med denne bakgrunnen vil derfor gjerne inneha en lyttende og tålmodig holdning, og unngå å stille oppklarende spørsmål ved manglende forståelse.

En annen avdelingsleder viste til ansatte som legger hele sjelen sin i jobben og forholdet til beboerne, og følte at dette handlet om at den ansatte kommer fra et annet land. Vedkommende påpekte at det var vanskelig å svare på om at dette handlet om landbakgrunn, og sa: «*den ansatte har dette i seg - å være snill og omtenksum*». Avdelingslederen viste til en ansatt fra Asia som gjerne kom inn på fritiden for å følge en beboer til tannlegen, og at det gjerne var den beboeren den ansatte hadde det beste forholdet til. Avdelingslederen syntes det var spesielt, og viste til at det nesten var å anse som et vennskap i tillegg til jobben. Dette svaret kan også vise til verdier vi finner igjen i kollektivistisk orienterte samfunn, men kan også knyttes til Hofstedes kulturelle dimensjon maktavstand. Om det er slik at avdelingslederen spør den ansatte om å følge beboeren til tannlegen, kan det være at den ansatte ikke sier nei fordi man i slike samfunn føyer sin leder. I kulturer med høy maktavstand er også respekt for de eldre ansett som en dyd. Avdelingslederen viser til at denne handlingen kan ses på som et vennskap i tillegg til jobben, men i forhold til maktavstand dimensjonen må man gjerne som avdelingsleder være bevisst hvordan forholdet til ledere er i andre kulturer (Hofstede, 2010).

#### **4.6 Opplæring**

Standard opplæring på sykehjemmene er tre dager. Den nyansatte følger da en annen ansatt på avdelingen. En avdelingsleder sa: «*Vi prøver å sikre at den enkelte får opplæring ut ifra det ståstedet de er på individnivå, men så skal vi også sikre at de får lik opplæring*». En annen avdelingsleder viste til at det er stor variasjon i hvor mange opplæringsvakter den enkelte ansatte får. Vedkommende prioriterer gjerne to uker opplæring til ansatte som skal inn i en fast, full stilling, men at det kommer an på den ansattes erfaringer. Dette for å ivareta den nyansatte på en god måte, og at dette er viktig i en tid det er vanskelig å få tak i gode folk i faste stillinger. Ufaglærte kan få tilbud om helgestilling, og ekstravakter. Ekstravaktene har vanligvis tre opplæringsvakter, men avdelingslederen må vurdere behovet for mer opplæring i

hvert enkelt tilfelle. På spørsmål knyttet til hvem som trenger mer opplæring svarte avdelingslederen:

*Kanskje de som ikke har vært i pleien før eller de som er fra andre kulturer som ikke er vant til måten vi jobber på. De må ha en viss forståelse for norsk før de kan få jobbe her i utgangspunktet, men de har ulike nivå. Noen ser oppgaver som skal gjøres veldig fort ut ifra måten de er skapt på skulle jeg til å si, mens andre trenger mer tid, jobber litt sent og trenger mer tid på å se hvilke oppgaver som skal gjøres og komme inn i de ulike rutinene. Det er egentlig veldig individuelt.*

På spørsmål knyttet til hvorfor det er forskjell på opplæringsvakter til faste ansatte og ekstravakter svarte vedkommende:

*Det handler om at en fast ansatt har mye mer ansvar. En sykepleier skal gjerne ha fullt ansvar på vekten, skal kunne kontakte lege, pårørende, vite hvilke prøver, blodprøver og undersøkelser som skal tas. Må kunne cos doc journalsystemet mye bedre. Det er flere prosedyrer og rutiner som må kunnes av de som skal inn i større stillinger, også har de også primær og sekundærkontakt ansvar. En ekstravakt skal lære det grunnleggende hos en beboer. Hvordan den stelles og hvordan man ordner med mat, frokost, mens sykepleieren og helsefagarbeideren må kunne hele pakken, må kunne ha kontroll og ta ansvaret som dette innebærer. Det er de som drar lasset og ikke ekstravaktene.*

I perioder med mye sykemeldinger vil det være ekstravakter som drar lasset. Da velger avdelingslederen ut de som fungerer best, og gir mindre vakter til de som ikke fungerer så godt. Avdelingslederen viste til at det ikke nødvendigvis gis mer opplæring til en ansatt som kommer fra et annet land, og at det handler mer om hvilken personlighet og erfaring den enkelte har. Avdelingslederen sa:

*Jeg hadde en sykepleier som begynte her i høst, og hun hadde jobbet en del i kommunen før og trengte en uke, en annen begynte i vinter og trengte to uker. En norsk ekstravakt begynte i januar og tok alt på strak arm, hun kunne også fått opplæring i forhold til medisiner allerede nå etter to mnd. Fordi hun har god kapasitet og godt blikk for hva som er viktig å se som helsearbeider. Selv om hun ikke har den bakgrunnen så ser jeg at hun har den forståelsen.*

På spørsmål om hvordan avdelingslederne klarer å følge opp den enkelte ansatte svarte to av dem:

*Jeg liker og være tett på. Det er jo fordi jeg har hovedansvaret og fordi jeg som type er engasjert og må være involvert i det som rører seg. Jeg har da hele tiden oversikt over hva som skjer. Hvem som fungerer/fungerer ikke? Hvem trenger mer opplæring? Hvem trenger veiledning av meg på enkelte områder?»*



*«Strukturen på sykehjemmet hvor avdelingslederne jobber operativt, og sykepleierne i eget fagteam gjør at de jobber tett på de ansatte.*

Alle avdelingslederne bruker et skriftlig dokument for å kvalitetssikre opplæringen.

Brukermedvirkning eller autonomi er ikke et punkt i dette dokumentet. En av avdelingslederne svarte følgende på om det er fokus på brukermedvirkning i det skriftlige dokumentet:

*Nå spør du godt. Jeg kan ikke svare på om det står der skriftlig. Jeg ser for meg at dette er en del av stell situasjonen, og dette er jo en del av opplæringen. Når man er på opplæring går man i sammen med en kjent pleier som kjenner bruker godt.*

En av avdelingslederne viste til at de har et eget elektronisk primærkontakt- og opplæringsprogram. I opplæringsprogrammet blir den nyansatte utfordret på caser som blant annet setter søkelyset på brukermedvirkning. Begge sykehjemmene arrangerer internundervisning. Avdelingslederne viste alle til at temaet brukermedvirkning ikke har vært på agendaen, men at de har ulike temaer som favner om brukermedvirkning.

*Tror vi har flettet det inn i internundervisningen som omhandler dokumentasjon. Vi trekker dette inn.*

*Det kan være det, men det er ikke i fokus. Det jeg kan si om brukermedvirkning er at dette er et punkt som kommer langt ned på listen. Synd at det er slik, men det går på bekostning av andre ting. Hygiene, holdninger, respekt og verdier har vi mye internundervisning på. Fokuset på holdninger og verdier gjør at man jobber mye med hvordan man møter beboere og pårørende. Dette kan være med på å bedre brukermedvirkningen. Vi kunne gjort mye mer av dette.*

*På mange forskjellige måter, men vi kaller det ikke brukermedvirkning. Vi har tema som kommunikasjon for brukermedvirkning blir et veldig "fancy" ord som ikke alle forstår. Så er det noe med dette og sitte en til to timer på internundervisning. Du tar inn og lærer så og så mye av det. Jeg har mer tro på dette som man gjør hver dag, og har fokus på hele tiden. Jeg er om dagen veldig preget av prosjektet vårt som handler om personsentrert omsorg. Jeg tror at dette er en måte å få til bedre brukermedvirkning på, nettopp fordi man øver seg på og blir i stand til å sette seg inn i den andre sin situasjon blir man også mer obs på den personen sine ønsker og behov og alt det som følger mer. Jeg har mye mer tro på å jobbe på en slik måte istedenfor å bare kjøre på internundervisning. Det må vi også ha. I prosjektet har de fagmøter en gang i uken hvor det tas opp ulike pasientsituasjoner som det er behov for å ta opp. Enten på grunn av utfordringer eller det er noe som opptar mange. Primærkontakten legger da frem casen for de andre. Den som legger frem casen forteller da for eksempel: Per vil ikke legge seg på kvelden. Han gjør bare motstand og viser dette ved å slå. Jeg tror han er redd, og når jeg er redd blir også jeg litt sint og amper. Hadde dette vært meg så tror jeg at jeg kunne reagert på samme måten. Det er litt sånn det*

*foregår, men det er virkelige caser de tar opp. Det er måten de presenterer det på som er `cluet`. De andre kommer med innspill.*

Avdelingsleder i sistnevnte sitat viste til at de jobber mye med holdninger og verdier. Prosjektet personsentrert omsorg viser til hvordan man kan lære seg ferdigheter i forhold til å sette seg inn i beboeren sin situasjon. Som vist til i teorikapittelet viser Christoffersen (2005) at teoretisk kunnskap kan ses på som en påstand, mens ferdigheter kommer til syne i handlingene. Skal man lære seg ferdigheter som ivaretar brukermåvirkning må man øve praktisk, og jeg tenker at prosjektet personsentrert omsorg setter de ansatte i ulike situasjoner slik at de får reflektert over egne holdninger, og øver seg på å sette seg inn i beboernes situasjon. Dette kan være med på å oppøve ferdigheter som ivaretar brukermåvirkning.

Det er mulig at fokuset sykehjemmene har på verdier og holdninger fører til at de ansatte har implementert ferdigheter som ivaretar brukermåvirkning. Informantene jeg har intervjuet på disse sykehjemmene viste til ferdigheter som vil kunne ivareta brukermåvirkning. Lederne viste til at de jobber tett på avdelingene. Helsearbeider 2 viste til at de har internundervisning, og at brukermåvirkning blir lagt vekt på i opplæringen. Hun uttalte:

*Det er ingen som har tvangsvedtak her. Avdelingsleder her er veldig tydelig på dette med brukermåvirkning. Vi snakker om disse problemstillingene under rapportene. For eksempel om en beboer ikke vil stå opp og stelle seg, så blir vi enige om å respektere hans valg.*

Dette eksempelet viser til at brukermåvirkning også er forankret hos ledelsen, og at en uformell ledelse kan være med å forme det kommunikative fellesskapet.

Sykehjemmene arrangerer sommerkurs for alle sommervikarene. Brukermåvirkning er ikke et tema. En avdelingsleder sa at de informerer ekstravaktene om at de må spørre de beboerne som kan kommunisere om hvordan de ønsker å ha det. En annen avdelingsleder forklarte at sommerkurset handler om hvordan de vil ha det på sykehjemmet, og viste til at de informerer om at beboerne må sove så lenge de vil, og at det ikke gjør noe om dagen sklir ut.

I forhold til opplæring sa en avdelingsleder:

*Opplæringsprogrammet fører ikke til endringer hos en ansatt hvor det er kulturelt betinget hvordan man ser på forholdet mellom helsepersonell og bruker. De kulturelle forskjellene klarer man ikke med et knips kan gjøre noe med. Jeg tenker at det er viktig at vi er åpne og har aksept for at vi er forskjellige. Alle trenger ikke å gjøre alt likt. Lederne kan se litt på hvordan de vil bruke sine ressurser. Har du enkelte beboere som sliter med å forstå en ansatt, så funker det gjerne å sette den ansatte til å jobbe med*

*andre beboere. En like stor utfordring er at vi også får brukere som ikke kan norsk. Det har vi allerede, og det å ha ansatte fra andre land er gull verdt. Også må vi bare være åpne for at vi ikke kan gjøre dem norske, men dra frukter fra det som er positivt i alle kulturer.*

Avdelingslederen viser her til den indre kjernen – verdiene, som Hofstede viser til da han beskriver hva kultur består av. I følge Hofstede er det vanskelig å endre verdiene, og som avdelingslederen viser til kan man ikke med et knips endre på kulturelle forskjeller (Hofstede, 2010).

To av avdelingslederne viste til et annet sykehjem i kommunen som arrangerer kurs i forkant av påske og jul. Kurset er rettet mot ansatte som ikke kjenner til høytidstradisjonene som vi har i Norge. De ansatte blir da kjent med de norske påske- og juletradisjonene. En avdelingsleder sa at hun også har sendt unge, norske ansatte på disse kursene. Vedkommende viste til at både de unge og ansatte med en annen kulturell bakgrunn for eksempel ikke var kjent med at sølvguttene kl. 17.00 på juleaften betyr mye for mange av beboerne. En annen avdelingsleder viste til et eksempel hvor beboerne fikk servert vaniljesaus til pinnekjøttet. Slike kurs vil gjerne bidra til at helsearbeidere med ulik kulturell bakgrunn, blir nærmere kjent med de norske høytidstradisjonene, og de vil da kunne forstå denne konteksten som igjen vil være avgjørende for det kommunikative fellesskapet i høytidene (Eriksen og Sørheim, 2010). Slik kan helsearbeiderne bli bedre rustet til å ivareta den enkelte beboer rundt tradisjoner knyttet til påske- og julehøytiden.

#### **4.7 Oppsummering funn og analyse**

##### *4.7.1 Hvordan ivaretar helsepersonell med ulik kulturbakgrunn beboernes autonomi?*

Helsearbeiderne viste alle til at de er opptatt av å møte beboerne med myke verdier. De viser alle til at beboerne har medbestemmelse. Flere viste til at det er store forskjeller mellom oppvekstkontekst og Norge, men det fremkommer at de verdsetter verdien medbestemmelse. En av de ufaglærte helsearbeiderne viste til at hun utøver tvang på en beboer, og at hun ikke er kjent med om vedkommende har et tvangsvedtak. Hun har ikke reflektert over dette, men utøver yrkesutøvelsen på bakgrunn av opplæring og ved å imitere de ansatte. Eksempelet viser til at utdanning og det kommunikative fellesskapet på arbeidsplassen har betydning for hvordan man som helsearbeider ivaretar beboernes autonomi

#### *4.7.2 Hvilken forståelse har helsearbeiderne av pasientautonomi?*

Informantene viste ulik forståelse av pasientautonomi, men for alle handlet begrepet om medbestemmelse. I mine samtaler viste det seg at to av informantene med sykepleierutdanning kunne gjøre godt rede for brukermedvirkning. Helsearbeider 7 er også utdannet sykepleier, men på grunn av språkutfordringer klarte hun ikke å få frem alt hun ville si. Dette viser til at utdanning er viktig for å skape seg forståelse, og spiller en viktig rolle i forhold til hvordan man ivaretar beboernes autonomi.

Det kan synes som om brukermedvirkning for noen av informantene kan være noe misforstått sett i forhold til autonomiprinsippet. En viktig oppgave for å ivareta autonomien til beboerne er å dra omsorg fra beboeren, dette fordrer en aktiv beboer, som er deltakende og utfører de oppgavene han eller hun kan mestre selv. En av informantene viste til at hun må hjelpe om beboerne ber om det. Dette kan gjerne være at helsearbeideren kommer fra et kollektivistisk orientert samfunn og/eller samfunn med høy maktavstand hvor respekt for den eldre er en grunnleggende verdi. Beboerne vil gjerne nyte godt av at de får hjelp til alt, men konsekvensene kan føre til at beboernes ressurser blir redusert, og vil undergrave autonomiprinsippet.

Det fremkommer at forståelsen i forhold til autonomi i forhold til livsforlengende behandling er utfordrende for flere av informantene. Flere av informantene viser til at mat og drikke er viktig, noe som ikke ville vært i tråd med den syke i casens ønsker, og derfor i strid med lovverket. Ruyter og Solbakk (2014) viser til at autonomiprinsippet ikke alltid lar seg gjennomføre i praksis rundt etiske dilemma i forhold til livsforlengende behandling, dette fordi pårørende gjerne vil at alt skal være prøvd. Det kan synes som om disse utfordringene er universelle, og at mat og drikke gjerne er en omsorgsberetning til den syke, hvor man i en slik situasjon kan føle seg maktesløs.

#### *4.7.3 I hvilken grad har opplæringen fokus på pasientautonomi?*

Funnene viser til at brukermedvirkning ikke er et punkt i opplæringsprogrammet, men at sykehjemmene har fokus på holdninger og verdier. Faglige kunnskaper og ferdigheter vil kunne ivareta brukermedvirkning. Helsearbeider 7 forklarte at hun hadde tilegnet ferdigheter ved å imitere de ansatte. Sett at det kommunikative fellesskapet ikke kjennetegnes av holdninger og verdier som vil ivareta beboernes autonomi, vil opplæring være prisgitt den enkelte arbeidsplass og avdelingens indre kulturelle rammer. Dette vil gjerne være et faremoment i forhold til ufaglærte som ikke er kjent med de ytre kulturelle rammene, og har

manglende fagkunnskaper og kjennskap til lovverk. Kunne et sjekkpunkt om brukermedvirkning i opplæringsprogrammet vært med å kvalitetssikre at brukermedvirkning blir ivaretatt i opplæringen? Det er en avdelingsleder som nevner at måter den ansatte arbeider på kan være kulturelt betinget. Det er ingen som nevner noe om hvordan de møter kulturelle forskjeller på arbeidssstedet. Det blir vist til at ansatte med ulik kultur bakgrunn deltar på jule – og påskehøytidskurs. Ellers viser avdelingslederne til at de jobber tett på avdelingene, og det synes som om at det veiledes mest i forhold til språklige utfordringer. En av avdelingslederne omtaler ansatte med annen kulturell bakgrunn som «pleasere». Hun viste til at hun ser på dette som en utfordring i forhold til misbruk av pleiekraften. Kan det tenkes at en åpen dialog om kulturelle forskjeller kunne fått avdelingsledere og ansatte til og reflektert over hvordan man møter beboerne og hvorfor man handler på den måten? Eksempelet som en av avdelingslederne viste til over i forhold til prosjektet om personsentrert omsorg, vil gjerne kunne brukes også i denne sammenheng. Man kunne tatt utgangspunkt i caser fra arbeidsdagen, for eksempel fra helsearbeider som må hjelpe hvis beboeren ber om hjelp. De ansatte kunne reflektert rundt denne og lignende caser i små grupper, og man kunne gjerne da som helsearbeider blitt mer bevisst egne verdier, og oppøvet ferdigheter som ville ivareta den enkelte beboers autonomi. Avdelingslederne viste til at land og kulturbakgrunn kan ha noe å si for hvordan den enkelte helsearbeideren tilnærmer seg beboeren. En avdelingsleder viste til et eksempel med en filippinsk helsearbeider som hun en gang hadde på intervju, og viste at hun har forståelse i forhold til kulturelle forskjeller. Kan det tenkes at det også er behov for kompetanseheving hos avdelingsledere og ansatte i forhold til interkulturell kompetanse? Dette kan være nyttig kompetanse i forhold til både beboere og ansatte/kolleger med ulik kultur bakgrunn.

## **4.8 Konklusjoner**

### *4.8.1 Hvordan forstår og ivaretar helsepersonell med ulik kulturbakgrunn beboernes autonomi?*

Funnene i dette masterprosjektet viser til at utdanning og kontekst er med på å forme hvordan man som helsepersonell forholder seg til beboerne. Med kontekst tenker jeg både verdiene man har ervervet i oppvekstkonteksten og erfaringene man har fått med seg i den nye konteksten. Det som ser ut for å være det mest avgjørende for hvordan man forholder seg til beboerne er det kommunikative fellesskapet på arbeidsplassen. Et kommunikativt fellesskap som har fokus på verdier og holdninger i det daglige arbeidet vil gjerne kunne fremme

ferdigheter som vil ivareta beboernes autonomi. Funnene viser til at det er viktig at dette er forankret hos ledelsen, og at en leder som er tett på kan påvirke hvilken kultur som skal kjennetegne det kommunikative fellesskapet. Avdelingslederne viste til at de ivaretar denne opplæringen på ulike måter gjennom prosjekt, elektronisk opplæringsprogram med ulike caser og internundervisning. Det fremkommer at brukermedvirkning ikke er et fokusområde i opplæringen, og at det ikke finnes et eget punkt på dette i opplæringskjemaene. Siden man i en opplæringsprosess ikke får kvalitetssikret at de ansatte har fått opplæring i forhold til hvordan man skal ivareta den enkelte beboers autonomi, kan det tenkes at opplæring i forhold til dette er priggitt den enkelte helsearbeider som har ansvar for opplæring av den nytilsatte. Hofstede (2010) viser til at verdiene befinner seg i den indre kjernen av løken, og i møtet med en ny kultur er de vanskeligst å endre. Et kommunikativt fellesskap med fokus på ferdigheter som vil ivareta en beboers autonomi vil være en viktig faktor for hvordan den enkelte helsearbeider forholder seg til beboerne.

Kompetanse i interkulturell kompetanse har gitt meg forståelse og erfaring på hvordan jeg kan møte muligheter og utfordringer i mitt liv – privat og på jobb. Jeg tror dette kunne vært svært nyttig for helsearbeidere og ledere. Som Løgstrup (2010) viser til så handler det om å finne den andre, der den er, først da kan man hjelpe. Hofstede (2010) hevder at ens egen kultur er: *«lufta vi puster inn, mens en annen kultur er som vannet – og det krever spesielle ferdigheter for å kunne overleve i begge element».*

Det som fremkommer i funnene er at effektivitet og tidspress blir nevnt av flere av avdelingslederne, og også av noen av informantene. New Public Management er en del av de ytre kulturelle rammene, som påvirker hvordan helsearbeiderne forholder seg til brukerne. Det fremkommer at helsearbeiderne må gjøre mellomløsninger for å ivareta den enkelte beboers autonomi. Flere av helsearbeiderne viste til at de innehar ferdigheter basert på riktige holdninger og verdier som vil kunne ivareta den enkelte beboer, men det fremstår som om dette står i konflikt til effektivitet og tidspress.

Det fremkommer at de indre verdiene man har med seg fra oppvekstkonteksten kan ha betydning for hvordan man forholder seg til beboerne. En av helsearbeiderne og en avdelingsleder viste til eksempler som gjerne kan undergrave en beboers autonomi fordi helsearbeiderne av respekt for den eldste vil hjelpe han eller hun med det den trenger hjelp til, og vil gjerne da ikke oppmuntre beboeren til å aktivt delta i utføringen av pleie og omsorgsoppgaver. Samtidig vises det til at respekt for den eldre er en verdi som kommer beboerne til gode. Helsearbeiderne viste til viktigheten av feminine verdier, og

avdelingslederne gir eksempler på at tilnærmingen til de eldre fremstår som mer helhjertet med bakgrunn i respekt for den eldre. Helsearbeiderne viste til at de er fleksible, og møter beboerne ut ifra individuelle ønsker og behov. Denne tilnærmingen kan være knyttet til respekt for den eldre, men vil også ivareta en beboers autonomi i forhold til ønsker og behov.

Helsearbeiderne med høyere utdanning og flere års erfaring viste til at de innehar faglig kompetanse, og funnene viser til at det har betydning for hvordan de forholder seg til beboerne. En av helsearbeiderne som er utdannet sykepleier er svært tydelig på hvordan hun fremstår som en profesjonell sykepleier i møte med beboerne. Hun viste til at hun fra oppvekstkonteksten har med seg en kollektiv identitet, men viste til praktiske eksempler på hvordan hun forholder seg til beboerne i en individualistisk norsk kontekst.

For å oppsummere hvilken forståelse helsearbeidere med ulik kulturell bakgrunn har av forholdet mellom helsepersonell og beboer viser mine funn til følgende faktorer:

- Verdier fra fjern kontekst (oppvekstkontekst)
- Verdier i nær kontekst
  - Det kommunikative fellesskapet og sykehjemmets ytre og indre kulturelle rammer
- Utdanning
- Erfaring – taus kunnskap

Jeg har som nevnt tidligere ikke fått med beboernes perspektiv i dette prosjektet. Det skulle vært spennende å høre hvordan de opplever at helsearbeidere med ulik kulturell bakgrunn ivaretar deres autonomi. Jeg valgte å benytte meg av «dørvoktere» for å få tilgang til informanter. I etterkant intervjuet jeg to informanter fra mitt private nettverk. Jeg ønsket da at de skulle være ufaglærte. Den ene av disse informantene hadde svært lite å bidra med på bakgrunn av kun et halvt års erfaring på et sykehjem, og mange av spørsmålene ble vanskelig for vedkommende å svare på. Den andre ufaglærte helsearbeideren viste til en ukritisk tilnærming i forhold til utøvelse av tvang, og var heller ikke kjent med lovverk og retningslinjer i forhold til dette. Hun viste også hvordan hun hadde lært seg ferdigheter gjennom å imitere de ansatte, noe som igjen kan påvise hvordan opplæring for å ivareta den enkelte beboer er avhengig av konteksten. I forhold til å bygge opp rundt troverdigheten i dette prosjektet skulle jeg gjerne selv hatt kontaktet noen av informantene på sykehjemmene hvor jeg fikk tilgang. Selv om jeg ikke gjorde dette, tror jeg funnene mine viser til at måten man forholder seg til beboerne på er mangfoldig og dynamisk. Jeg håper og tror at prosjektet kan føre til helhetlige refleksjoner i forhold til hvordan helsearbeidere med ulik kultur

bakgrunn forstår og ivaretar beboernes autonomi, og jeg håper det bidrar til nye perspektiver i forhold til opplæringssituasjoner og rutiner. Jeg synes avslutningsvis at det er viktig å vise til at kritikken som er rettet mot Hofstedes kulturelle dimensjoner, også gjør seg gjeldende i dette prosjektet. Jeg har intervjuet informanter fra ulike verdenshjørner, og ulike land. Noen av informantene kommer blant annet fra land med høy maktavstand. I mine samtaler fremstod ikke disse helsearbeiderne som om de var bærere av verdier vi gjenkjenner i denne dimensjonen. Det kunne tenkes at relasjonen mellom en helsearbeider fra et land med høy maktavstand inngikk i en ekspertrolle, og dermed en usymmetrisk relasjon til beboerne. Funnene mine viser til at enkeltindivider innenfor en landkontekst ikke nødvendigvis er bærere av verdier som gjenkjennes innenfor en landkontekst.



## Bibliografi

Christoffersen, S.A. (2005). *Handling person og samfunn. Innføring i etikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Universitetsforlaget

Eriksen, Hylland, T. (2008). *Globalisering. Åtte nøkkelbegreper*. Oslo: Universitetsforlaget

Eriksen, Hylland, T. & Sørheim Arntsen, T. (2006) *Kulturforskjeller i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Euris L. Everett & Inger Furseth. (2012). *Masteroppgaven. Hvordan begynne- og fullføre*(2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget. Oslo: Universitetsforlaget

Dahl, Ø. (2013). *Møtet mellom mennesker. Interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Daae-Qvale, I. (2016). *Norge har et monokulturelt helsevesen. Delta*. Hentet fra <https://delta.no/yrke/helsefagarbeidere-i-delta/norge-har-et-monokulturelt-helsevesen>

Gadamer, H.G. (1989). *Truth and method* (2. utgave). London: Sheed & Ward

Geertz, Clifford. (1973). *The Interpretations of Cultures*. New York, N.Y.: Basic Books

Gullestrup, H. (2006). *Cultural analyses – towards cultural understanding*. Aalborg: Aalborg universitetsforlag

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget

Hammersley.M. & Atkinson.P. (2004). *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal akademisk

Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk

Helse- og sosialdirektoratet(2016). *Brukermedvirkning*  
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Lest16.09.2016

Hofstede, G., Hofstede J.G, Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: Software of the mind*. New York: McGraw - Hill education

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk

Lov om pasient- og brukerrettigheter. *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter m.v.* Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_5)

Løgstrup, K.E. (2010). *Den etiske fordring*. Århus: Forlaget Klim

Norsk helseinformatikk. (2014). *Amyotrofisk lateralsklerose (ALS)*. Hentet fra <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/hjerne-nervesystem/amyotrofisk-lateralsklerose-als-2413.html>

Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget

Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget. 2. utg.

Rugkåsa, M. (2008). *Majoriteten som premissleverandør i «flerkulturelt» arbeid*. I A.M.Otterstad (red.), *Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold – fra utsikt til innsikt* (s. 78 – 95). Oslo: Universitetsforlaget

Otterstad, A.M. (2008). *Fra en annen til de andre – kritiske blikk på kategorier i interkulturell forskning*. I A.M. Otterstad (red), *Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold – fra utsikt til innsikt* (s. 149 – 176). Oslo: Universitetsforlaget

Ruyter.W.K., Førde, R. og Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk

Personvernombudet for forskning. (2016, 25.september). Om oss. Hentet fra [http://www.nsd.uib.no/personvern/om/om\\_oss.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/om/om_oss.html)

Roy, A. & Starosta, J. W. (2001). *Hans-Georg Gadamer, Language, and Intercultural Communication*. Washington: Human Communication studies. Nedlastet ved universitetsbiblioteket i Tromsø, 2010.

Rubins vase(Bilde) (1915). Hentet fra [http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Rubin\\_vase](http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Rubin_vase)

Statistisk sentralbyrå. (2016, 27.juni). Helse og sosialpersonell, 2015, 4.kvartal. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers/aar/2016-06-27>

Statistisk sentralbyrå. (2009, 19.juni). Helse- og sosialpersonell, 2008, 4. kvartal. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers/aar/2009-06-19>

Statistisk sentralbyrå. (2016, 17.november). Nøkkeltall for befolkning. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall>

Store medisinske leksikon. (2015, 27. desember). Brukermedvirkning. Hentet fra <https://snl.no/brukermedvirkning>

Store medisinske leksikon. (2009, 13. februar). Pasient. Hentet fra <https://sml.snl.no/pasient>

Søndergaard, M. (2001). Research note: Hofstede`s Consequences: A study of Reviews, Citations and Replications. *International Journal of Cross Cultural Management*. Hentet fra <https://www.researchgate.net/publication/248393979>

Kierkegaard, S. (1859). *Synspunktet for min forfatter virksomhed.En ligefrem meddelelse. Rapport til historien*. Kjøbenhavn: C.A. Reitzels forlag. Hentet fra <http://sks.dk/sfv/txt.xml#s20>

Veland, J. (2016, 26. mai). Innvandrere og flyktninger redder oss som er avhengig av helsevesenet. *Stavanger aftenblad*. Hentet fra <http://www.stavangeraftenblad.no>

Wrede, S. & Näre, L. (2013). Globalisering care in the nordic countries. *Nordic journal of migration research*, 3(2), 57 – 62, DOI: 10.2478/v10202-012-0015-7

## Vedlegg

### Vedlegg 1

#### Intervjuguide helsepersonell

Hvor har du vokst opp?

Hvor lenge har du bodd i Norge?

Har du utdanning innenfor dette fagfeltet?

Hvem var lege/helsepersonell der hvor du vokste opp?

Om man blir syk som eldre i ditt hjemland. Hvem er det da som hjelper til?

Om du skulle trenge helsehjelp der du vokste opp. Hvor henvender du deg?

En nær i familien din blir alvorlig syk. Hvem er det som tar avgjørelser i forhold til behandling?

Hvem tenker du tar avgjørelser i Norge om en nær person i familien blir rammet?

En nær i familien din er rammet av alvorlig sykdom. Han/hun har fått beskjed om at han/hun har kort levetid. Han/hun gir også uttrykk for at han/hun ikke ønsker videre medisinsk behandling, og har de siste dagene ikke orket å ta til seg mat. Hvordan ville du som nær familiemedlem håndtert denne situasjonen? Hvordan ville foreldrene til vedkommende håndtert situasjonen? Vil det være andre involverte som har noe de skulle ha sagt i forhold til denne situasjonen?

Hvis du en dag selv kommer på sykehjem. Hvordan ønsker du at hverdagen din skal se ut, og hvordan skal helsepersonell gå frem for å dekke dine behov?

En pasient du jobber med ønsker ikke å stå opp til frokost. Hva gjør du?

En annen pasient ønsker ikke å ta medisinene. Hva gjør du?

På sykehjemmet arrangeres det dans om kvelden. Fru Nilsen som er dement deltar på festen. Hun gir uttrykk for at hun koser seg, men pleier å legge seg kl. 19.00. Du henter henne kl. 19.00 slik at hun får legge seg til vanlig tid. Hva tenker du om denne hendelsen?

Du oppsøker din lege fordi du har søvnproblemer. Han skriver ut sovetabletter til deg. Du ønsker ikke å ta sovetabletter fordi du ønsker å finne ut av årsaken til søvnproblemene, og ta tak i dem. Legen lytter ikke til deg, og oppfordrer deg til å ta sovetabletter. Hva gjør du?

Har du noen formening om forholdet mellom bruker og helsepersonell har betydning for brukerens helse?

Kjenner du til begrepet brukermedvirkning?

Hva legger du i dette begrepet?

Hvilken betydning har dette for deg?

Hvilken betydning har dette for god helse i norsk kontekst?

Hvilken betydning har dette i ditt hjemland?

## Vedlegg 2

### Intervjuguide avdelingsleder

Hvordan tenker du at helsepersonell med ulik kulturell bakgrunn ser på forholdet mellom helsepersonell og bruker?

I hvilken grad er forholdet mellom helsepersonell og bruker vektlagt i opplæringen/internundervisning?

Finnes det nyanser i forholdet mellom helsepersonell og bruker sett ut ifra ulike kulturelle kontekster. Eksempler?

I Norge er brukermedvirkning en viktig verdi samt nedfelt i lovverk. Brukermedvirkning er en god indikator på hvordan forholdet mellom helsepersonell og bruker skal være i norsk kontekst. Hvilken forståelse har helsepersonell med ulik kulturell bakgrunn av dette begrepet? I hvilken grad har dere fokus på dette i opplæringen?

En eldre pasient med annen kulturell bakgrunn hos dere er rammet av alvorlig sykdom og pådrar seg en lungebetennelse. Han har hitt utrykk for at han er lei av livet, og ikke ønsker antibiotika behandling om han skulle få en bakteriell infeksjon i kroppen. Dere spør han om hva han ønsker, og da får dere svar om at han vil vente med å ta avgjørelsen til hans nærmeste familie kommer. Hva gjør dere i denne situasjonen?

### Vedlegg 3

#### Forespørsel om informanter i forbindelse med mastergradsprosjekt

Jeg holder på med en erfaringsbasert mastergrad i interkulturelt arbeid ved misjonshøyskolen. Jeg arbeider med følgende problemstilling: *Hvilken forståelse har helsepersonell med ulik kulturell bakgrunn av forholdet mellom helsepersonell og bruker.*

Jeg ønsker å utføre kvalitative intervjuer for å utforske dette fenomenet. For at det skal være mulig trenger jeg kontakt med praksisfeltet. I den forbindelse ønsker jeg å intervju avdelingsleder, opplæringsansvarlig og tre ansatte med ikke etnisk norsk bakgrunn

#### **Hvorfor dette temaet?**

I norsk kontekst står selve møtet mellom bruker og helsearbeider sentralt. Dette fremkommer blant annet ved at brukermedvirkning er nedfelt i lovverket. Det vil derfor være av interesse å se nærmere på hvilken forståelse helsepersonell med ulik kulturell bakgrunn har av forhold mellom helsepersonell og bruker. Målet med undersøkelsen er at den gjerne kan være med å kvalitetssikre opplæring og internundervisning i helsetjenesten. Jeg håper at dere synes dette høres interessant ut, og at dere har tid og anledning til å delta.

#### **Hvordan gjennomføres undersøkelsen?**

Et forskningsintervju vil ha en varighet på ca. 1 time. Jeg er for tiden i permisjon og er dermed uavhengig i forhold til tidspunkt og kan gjennomføre intervjuene når det passer best for dere. Selve intervjuformen – metoden – vil være narrative intervjuer. I slike intervjuer stilles det åpne spørsmål for at deltagerne i størst mulig grad skal kunne fortelle sin historie, uten at forskeren legger for mange premisser. Intervjuene tas opp på lydbånd. Informasjon som benyttes i oppgaven, vil bli anonymisert. Deltagelse er selvfølgelig frivillig, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2016. Før selve intervjuet starter skal hver deltager undertegne en samtykkeerklæring. Hvis dere har spørsmål kan dere ringe meg på 400 67219, eller sende en e – post til: [ainabente@gmail.com](mailto:ainabente@gmail.com).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Jeg gjennomfører masteren med VID – vitenskapelig høyskole avd. misjonshøyskolen i Stavanger.

Mine veiledere er:

Oleksandr Ryndyk Epost: [oleksandr.ryndyk@sik.no](mailto:oleksandr.ryndyk@sik.no) Sigurd Haus Epost:  
[sigurd.haus@sik.no](mailto:sigurd.haus@sik.no)

Med vennlig hilsen

Aina Bente Wikøren

Masterstudent VID misjonshøgskolen



## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)