



# Sykepleierens kulturelle utfordringer

Hvilke kulturelle utfordringer står sykepleiere overfor i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn

Kandidatnummer: 1114  
VID vitenskapelige høgskole  
Oslo

Bacheloroppgave  
Bachelor i sykepleie  
Kull: 2016

Antall ord: 10364  
21.03.2019



### Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 1114
Navn på studiet: Sykepleie
Navn på eksamen: Bacheloroppgave
Emnekode: SYK 3120 Emne 12
Innleveringsfrist: 21.03.19 Kl. 14.00
Antall ord: 10364

### Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

### Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

**Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høgskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.**

**Kandidatnummer: 1114**

**Bacheloroppgaver med karakteren A:**

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høgskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss      Ja:       Nei:

## **Sammendrag**

Det norske samfunnet har blitt mer flerkulturelt. Norske myndigheters mål om likeverdige helse- og omsorgstjenester utfordres blant annet av språkproblemer og kulturelle ulikheter. Rammeplan for sykepleierutdanning sier at en sykepleier skal kunne kommunisere med mennesker med ulik etnisk, religiøs og kulturell bakgrunn. Denne bacheloroppgaven har som hensikt å utforske hvilke kulturelle utfordringer sykepleieren står overfor i møtet med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Litteraturstudie har blitt brukt som metode. Kildene omfatter fagbøker, rapporter, lovgivingsdokumenter og forskningsartikler. Hovedfunnene i oppgaven er at de kulturelle utfordringene sykepleieren står overfor er kommunikasjon og språkbarriere; at sykepleier og minoritetspasienten befinner seg innenfor ulike sykdoms- og behandlingssystemer; og at sykepleier og pasient kan ha etnosentriske og stereotype holdninger. Det bør legges til rette for at sykepleieren gjøres i stand til å reflektere rundt forskjell i kulturelle ståsteder, egne personlige og profesjonelle holdninger, og hvordan dette kan påvirke pasienten.

Nøkkelord: Sykepleie, etnisk minoritetspasient, kulturell kompetanse, kulturell trygghet, sykehus

## **Abstract**

The Norwegian society has become more multicultural. Norwegian authorities' goal of equal health and care services is challenged, among other things, by language problems and cultural inequalities. The framework plan for nursing education says that a nurse should be able to communicate with people with different ethnic, religious and cultural backgrounds. The purpose of this bachelor thesis is to explore which cultural challenges the nurse faces in meeting with ethnic minority patients. Literature study has been used as a method. The literary sources include books, reports, legislative documents and research articles. The main findings of the thesis are that the cultural challenges faced by the nurse consist of communication and language barriers; that the nurse and the minority patient have backgrounds within different disease and treatment systems; and that nurse or patient may have ethnocentric and stereotypic attitudes. Optimal conditions should be created for the nurse to be able to reflect on differences in cultural standpoints, their own personal and professional attitudes, and how these can affect the patient.

Keywords: Nurse, ethnic minority patient, cultural competence, cultural safety, hospital



# Innhold

<b>1 Innledning</b> .....	7
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling</b> .....	7
<b>1.2 Presentasjon av problemstillingen</b> .....	8
<b>1.4 Begrepsavklaring</b> .....	9
<b>1.6 Avgrensing av oppgaven</b> .....	9
<b>1.7 Oppgavens disposisjon</b> .....	9
<b>2 Metode</b> .....	10
<b>2.1 Valg av metode</b> .....	10
<b>2.2 Litteraturstudie som metode</b> .....	10
2.2.2 Søk.....	10
2.2.3 Utvalg.....	12
<b>2.3 Metodekritikk</b> .....	15
<b>2.4 Etske overveielser</b> .....	16
<b>3 Litteraturgjennomgang</b> .....	17
<b>3.1 Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn</b> .....	17
<b>3.2 Sykepleieperspektivet</b> .....	20
<b>3.3 Sykepleierens kulturelle utfordringer</b> .....	23
3.3.1 Kommunikasjon og språkbarriere .....	23
3.3.2 Sykdomssyn og sykdomsatferd .....	25
3.3.3 Etnosentrisme, stereotypier, fordommer og forutinntatthet .....	27
<b>4 Drøfting</b> .....	28
<b>4.1 Kommunikasjon og språkbarriere</b> .....	28
<b>4.2 Ulike sykdomsoppfatninger og sykdomsatferd</b> .....	32
<b>4.3 Etnosentriske og stereotype holdninger</b> .....	35
<b>5 Konklusjon</b> .....	38
<b>6 Referanser</b> .....	40

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Det norske samfunnet har som mange andre, blitt mer flerkulturelt. I 2018 utgjorde innvandrerne 17,7 % av befolkningen (Statistisk Sentralbyrå, 2019) mens andelen var kun 2,8 % i 1980 (Helsedirektoratet, 2009). Det er stadfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven at alle som oppholder seg i Norge skal ha lik tilgang til helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet §1-2, 2001).

Målet om likeverdige helse- og omsorgstjenester utfordres blant annet av språkproblemer og kulturelle ulikheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I sin strategi sier regjeringen blant annet at «Helsepersonell på alle nivåer skal ha kunnskap om ulike innvandrergruppers sykdomsforekomst og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere en likeverdig helse- og omsorgstjeneste» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 5).

I Kunnskapsdepartementets rammeplan for sykepleieutdanningen sies det at «Pleie, omsorg og behandling utgjør hjørnesteinene i sykepleierens kompetanse» og videre at «Sykepleierne skal også ha kompetanse i forhold til helsefremmende og forbyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, organisering og ledelse» (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.4). Av relevans for hva slags sykepleiekompetanse som trengs i møte med etniske minoritetspasienter, sier rammeplanen at en ferdigutdannet sykepleier skal «... kunne kommunisere med mennesker med ulik etnisk, religiøs og kulturell bakgrunn» (s.4).

Forskning som presenteres i denne oppgaven, viser at sykepleiere ofte ikke har tilstrekkelig kompetanse som sikrer likeverdige helsetjenester til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.

Gjennom sykepleiestudiet har jeg vært interessert i kunnskap om sykepleie i et migrasjonsperspektiv. Interessen har jeg blant annet fordi jeg tidligere har studert antropologi. Jeg ser at en som sykepleier møter mennesker med annen kulturell bakgrunn, og for meg bidrar dette til å gjøre sykepleieyrket spennende. Flere av emnene jeg har hatt gjennom studiet har skapt ytterligere nysgjerrighet. I min praksis i folkehelse fikk jeg erfaring med sykepleie til papirløse migranter, og så at dette kan by på annen type utfordringer enn sykepleie til

etnisk norske pasienter. Valgfagene «Global health» og «Interkulturell kommunikasjon» belyste ytterligere nye fasetter av kompleksiteten i fagområdet. Med denne oppgaven ønsker jeg å få mer kunnskap om de kulturelle utfordringene sykepleieren kan stå overfor i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.

## **1.2 Presentasjon av problemstillingen**

Basert på innledningen til feltet og bakgrunn for valg av tema for oppgaven, har jeg formulert følgende problemstilling:

*Hvilke kulturelle utfordringer står sykepleiere overfor i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn*

Det er viktig å bygge opp tillit mellom sykepleier og pasient blant annet for å bidra til at pasienten får likeverdige helsetjenester (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018, s. 12). Ingen pasient har det samme kulturelle ståstedet som en selv, og jo større forskjell det er på de kommuniserende partenes kulturelle ståsteder, dess vanskeligere blir kommunikasjonen (Hanssen, I., 2016, s.89).

Hovedformålet med oppgaven er å få økt forståelse for hvilke kulturelle utfordringer som kan oppstå i møtet mellom sykepleier og pasient der de kulturelle ståstedene er forskjellige. Oppgaven vil også berøre hva som foreslås som viktig kompetanse for en sykepleier å ha i disse møtene. Drøftingen vil ses i lys av det teoretiske perspektivet til sykepleieteoretikeren Iripahetu Ramsden, som blant annet tar for seg hvordan sykepleierens kulturelle utfordringer kan imøtekommes. I oppgaven vil jeg komme inn på sentrale begreper og problemstillinger innen fagområdet. Funn fra forskningsartikler som viser til erfaringer rapportert fra sykepleiere og pasienter vil bli presentert.



## **1.4 Begrepsavklaring**

### **Kultur**

Det finnes mange ulike definisjoner av kultur. I oppgaven er følgende definisjon valgt: «Med kultur forstår vi de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn» (Magelssen, 2008, s. 15).

### **Etnisk minoritet**

En etnisk minoritet kan defineres som «...en gruppe som er i mindretall i et storsamfunn, som er politisk relativt avmektig, og som eksisterer som etnisk kategori over en viss tidsperiode» (Eriksen & Sajjad, 2011, s. 77).

## **1.6 Avgrensning av oppgaven**

Oppgavens størrelse vil ikke gi anledning til å komme inn på alle kulturelle utfordringene en sykepleier står overfor. Ettersom Norge i økende grad har helsepersonell med ikke-etnisk norsk bakgrunn, kan kompetanseutfordringer oppstå i relasjonen mellom helsepersonell og pasient på lik linje med relasjonen mellom helsepersonell med majoritetsbakgrunn og pasient med minoritetsbakgrunn. I oppgaven har jeg valgt å se fra mitt eget ståsted som sykepleier med majoritetsbakgrunn. Oppgaven er avgrenset til hovedsakelig å omfatte voksne pasienter over 18 år på somatisk sykehus i by.

## **1.7 Oppgavens disposisjon**

I første del av oppgaven vil det bli redegjort for metoden som er brukt i oppgaven. Hvordan datamaterialet er samlet inn vil bli beskrevet. Det vil gis en kort oversikt over tidsskriftartiklene som er valgt ut, og vurdering av deres relevans for problemstillingen.

Videre vil jeg presentere kildekritikk og etiske overveielser. Deretter vil oppgaven ta for seg en litteraturgjennomgang hvor relevant litteratur benyttet i oppgaven blir presentert. Det vil bli gjort rede for noen sentrale begreper, problemstillinger og sykepleieperspektiv. Utvalgte relevante forskningsartikler fra de siste ti årene vil bli presentert. Deretter vil de teoretiske perspektivene og funn fra tidsskriftartiklene bli drøftet. Oppgaven vil avsluttes med en oppsummering.

## **2 Metode**

### **2.1 Valg av metode**

Ettersom oppgaven vil ta for seg sykepleiers erfaringer og oppfatninger, egner kvalitativ metode seg best for å belyse min problemstilling (Leseth & Tellmann, 2018). Ved bruk av kvalitativ metode dreier reliabilitet seg om dataenes kvalitet, og framgangsmåten bak datainnsamlingen (Leseth & Tellmann, 2018). Ved bruk av kvantitativ metode vurderes reliabiliteten ved at det er mulighet for å gjenta en studie, og komme fram til samme resultat (Tuft, 2018). Ved bruk av kvalitativ metode, er det ikke mulig å gjenta en studie med samme resultat fordi forskningsprosessen er nært knyttet til personen som utfører forskningen (Leseth & Tellmann, 2018, s. 16). Ved bruk av kvalitativ metode, ses det som viktig å synliggjøre sin egen rolle gjennom prosessen, blant annet hvordan en har kommet fram til datamaterialet som er brukt (Leseth & Tellmann, 2018). På bakgrunn av dette, blir mine valg og avveininger også forsøkt å gjort eksplisitt rede for undervegs i oppgaven.

### **2.2 Litteraturstudie som metode**

I oppgaven er litteraturstudie valgt for innhenting av kvalitative data. I et litteraturstudie er ikke målet å utvikle ny kunnskap, men å anvende allerede eksisterende kunnskap for å belyse oppgavens problemstilling (Dalland, 2017). Det blir ikke samlet inn egne data, men datamaterialet blir hentet fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207). Det en er ute etter å avdekke, vil ha innvirkning på hvilke data en finner i prosessen (Dalland, 2017, s. 207). Fremgangsmåten som brukes ved innhenting av relevante data som trengs for å drøfte problemstillingen gjøres rede for. I denne oppgaven presenteres og drøftes faglitteratur og forskningslitteratur som er vurdert som relevant for å besvare oppgavens problemstilling.

#### **2.2.2 Søk**

Det har blitt benyttet to typer kilder i oppgaven. Den ene kilden omfatter faglitteratur og lovgivning innen feltet interkulturell sykepleie. Den andre kilden består av forskningsartikler fra tidsskrifter vurdert som relevante, valgt ut fra bestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier (se avgrensning i Tabell 1 nedenfor).

Prosessen med hensyn til søk etter relevant litteratur begynte med repetisjon av pensum jeg hadde vært borti tidligere i sykepleiestudiet som hadde berørt interkulturelt helsearbeid, samt søk med det samme fokuset på VID biblioteket. Litteraturen jeg fant ble brukt både som grunnlag for oversikt over temaet, og som utgangspunkt for å identifisere annen relevant litteratur for videre fordypelse. Det ble foretatt flere målrettede søk med emneord i relevante databaser innen helse og sykepleie. Google Scholar ble brukt hvis søkene i de andre databasene ikke ga tilgang til fulltekst artikler. To av tidsskriftartiklene som ble valgt ut, er skrevet av en ansatt sykepleier og forsker ved VID, og tilgang til fulltekst artikler ble tilgjengelig ved forespørsel (Alpers, 2016; Alpers & Hanssen, 2014). Det ble søkt etter relevant lovverk, retningslinjer, strategier og statistikk om norske forhold via Google søk.

Etter å ha gått igjennom faglig relevant litteratur, ble søkeord for søk i databaser identifisert. Det ble først søkt i SveMed+ med søkeordene *cultur\* competen\* care\**. Søket ga ingen virkelig relevante artikler. Søkeordene ble utvidet til å omfatte *cultur\*, competen\* nurs\* communic\**. Ordene ble trunkert for fange opp alle varianter av ordene, og det ble brukt AND mellom søkeordene for å få alle artikler med kombinasjonen av søkeordene. Med de sistnevnte søkeordene, dukket flere relevante artikler opp.

Søkene ble avgrenset i forhold til bestemte eksklusjons- og inklusjonskriterier, og i forhold til språk. Det ble søkt etter artikler på engelsk, norsk, svensk og dansk. Kriteriene som ble brukt i søket, var at artiklene skulle være fagfellevurdert, publisert i akademiske tidsskrifter og være forskningsartikler. Kun artikler publisert i løpet av de siste ti årene ble vurdert (2008-2019). Søket ble avgrenset i forhold til voksne pasienter (aldersgruppe 18+). Tidsskriftartiklenes kvalitetsnivå ble sjekket via Norsk senter for forskningsdata (nsd.no). Alle tidsskriftene med artikler som ble vurdert var publisert på nivå 1. Det at artiklene var tilgjengelige i fulltekst var også et av kriteriene som påvirket utvalget (se oversikt i Tabell 1 nedenfor).

Tabell 1: Søkestrategi

Dato	Database	Avgresninger	Søkeord	Antall treff
11/1-2019	SveMed	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fagfellevurdert</li> <li>• Språk (eng, nor, sve, dan)</li> <li>• 2008-2019</li> <li>• Alder (18+)</li> </ul>	cultur* AND competen* AND nurs* AND communic*	44
11/1-2019	CINAHL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fagfellevurdert</li> <li>• Språk (eng)</li> <li>• Forskningsartikkel</li> <li>• 2008-2019</li> <li>• Alder (18+)</li> </ul>	cultur* AND competen* AND nurs* AND communic*	18
16/1-2019	PubMed	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fagfellevurdert</li> <li>• Språk (eng)</li> <li>• Forskningsartikkel</li> <li>• 2008-2019</li> <li>• Alder (18+)</li> </ul>	cultur* AND competen* AND nurs* AND communic*	167
Totalt antall artikler				229

### 2.2.3 Utvalg

Av pensumslitteratur knyttet til skriveprosessen og metode i bacheloroppgaven, har jeg blant annet brukt bøkene av Dalland (2017), Tuft (2018), og Leseth og Tellmann (2018). Etter repetisjon av litteratur jeg har lest tidligere i sykepleiestudiet, ble både bøker og kapitler i bøker inkludert som referanser. Fra «Grunnleggende sykepleie» har jeg brukt Bind 1 og 3 av Kristoffersen et al. (2016). Fra valgfaget «Interkulturell kommunikasjon», ble boka av Dahl (2013) og et bokkapittel av Hanssen (2006) valgt ut. I forbindelse med min praksisperiode i Folkehelse, ble følgende to bøker valgt ut: Magelssen (2008) og Kumar & Viken (2010). Bøkene som ble valgt ut fra litteratursøket på biblioteket inkluderer doktorgradsavhandlingen til Ramsden (2002), bok av Eriksen og Sajjad (2011) og bok av Debesay og Tchudi-Madsen (2018).

Valg av statistikk og definisjoner som gir et oppdatert bilde på dagens flerkulturelle Norge, har vært vurdert som et viktig bakgrunnstappe for oppgaven. Her har Statistisk sentralbyrå vært en viktig kilde. Rapporter og lovverk i regi av norske myndigheter som regulerer og gir råd i forhold til flerkulturelt helsearbeid i Norge har vært sentralt. Referanser som er brukt her

er i regi av Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

Som vist i Tabell 1 på side 12 ga søket i tidsskrifter totalt 229 treff. Sammendragene til alle de 229 artiklene ble lest. Fulltekst til de 30 artiklene jeg anså som mest relevante for problemstillingen ble nøye gjennomgått for å kunne velge ut de seks artiklene som ville være mest relevante. Ettersom hovedhensikten med oppgaven var å øke forståelsen for kulturelle utfordringer for sykepleiere på somatiske sykehusavdelinger i Norge, ble artiklenes relevans valgt først og fremst ut fra dette. I tillegg til at artiklene skulle se de kulturelle utfordringene fra sykepleierens ståsted, ønsket jeg også å inkludere artikler med utgangspunkt i pasientens ståsted for å få et mer nyansert syn.

Utgangspunktet i oppgaven har vært å samle kunnskap som er relevant for sykepleiere som arbeider i Norge. Det ble derfor tilstrebet å bruke tidsskriftsartikler som omhandler norske forhold. Ettersom det ikke var så mange tidsskriftsartikler fra Norge som passet til litteratursøkene og søkekriterier som var valgt, var tre av de utvalgte seks artiklene basert på forhold i andre land. Disse representerer hver sin verdensdel: en fra USA, en fra Europa (Irland) og en fra Asia (Tyrkia).

### **Tidsskriftsartikler**

De seks forskningsartiklene fra tidsskrifter som ble valgt er basert på både kvalitative og kvantitative metoder. Tre er basert på kvalitative metoder, to på kvantitative metoder, og en på både kvantitative og kvalitative metoder. Nedenfor er de seks artiklene vurdert som relevante i forhold til valgte problemstilling og inklusjons- og eksklusjonskriteriene oppsummert (kronologisk).

*Important factors when communicating with Sami patients about health, illness and care issues* (Mehus, Bongo & Moffitt, 2018) undersøkte hvordan samer beskriver kommunikasjonen i møte med helsepersonell i forhold til helse, sykdom og omsorg. Undersøkelsene ble basert på intervjuer med samer som har vært i kontakt med helsevesenet i en eller annen sammenheng. Utvalget bestod av 11 samer (2 menn og 9 kvinner). Det ble anvendt kvalitativ metode: semi-strukturerte intervjuer. Funn viste at samer kommuniserer om helse på en unik måte, som det er viktig at helsepersonell er bevisst på. Samene så det som

nødvendig at helsepersonell benytter tolk i møte med samiske pasienter for å gi sikkerhet og respekt, som igjen skal fremme god helse og et trygt miljø. Dette er den ene av de seks valgte artiklene som tar utgangspunkt i minoritetspasientens ståsted i møtet med helsepersonellet. Den er interessant blant annet fordi den omhandler en etnisk minoritet som har vært en del av det norske samfunnet over veldig lang tid, men som likevel har vist seg å stå i fare for å ikke motta likeverdige helsetjenester.

*Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds* (Markey, Tilki & Taylor, 2017) undersøkte sykepleieres erfaringer med omsorg for pasienter fra ulike kulturelle, etniske og lingvistiske bakgrunner, på et somatisk sykehus i Irland. Selv om deres artikkel er fra Irland, ser jeg deres erfaringer som overførbare til norske forhold. Utvalget bestod av 10 fokusgrupper og 30 individer. Det ble anvendt kvalitativ metode: intervjuer, analyse med bruk av «Grounded theory»-metode, sammenlikning og teoretisk prøvetaking. Et av funnene var at sykepleiernes største utfordringer var usikkerheten de følte i møte med pasienter med annen kultur. Usikkerheten skyldtes både mangel på kunnskap, mangel på bevissthet om sine egne etnosentriske holdninger, samt lite tilrettelegging for tilegnelse av flerkulturell kunnskap på arbeidsplassen.

*Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study* (Alpers, 2016) undersøkte hvilke faktorer som bidrar til å bygge opp tillit eller skape mistillit i møtet mellom helsepersonell og etniske minoritetspasienter på sykehus, spesielt i tilknytning til begrepet «othering» («annengjøring»). Artikkelen illustrerer kulturelle utfordringer sett fra minoritetspasientens ståsted, og er derfor interessant fordi den bidrar til å nyansere utfordringene sykepleieren står overfor. Utvalget bestod av 10 immigrant-pasienter (6 kvinner og 4 menn; 8 asiater og 2 afrikanere). Det ble anvendt kvalitativ metode: dybdeintervjuer og hermeneutisk analyse. Funn viste at mistillit og «annengjøring» i forholdet mellom sykepleier og pasient kan oppstå pga. forskjellige trossystemer, verdier, erkjennelser, forventninger, uttrykksmåte og adferd.

*Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency* (Alpers & Hanssen, 2014) undersøkte hvordan sykepleiere på sykehus vurderte sin egen kompetanse i forhold til pasienter med minoritetsbakgrunn. Den omhandler forhold på sykehus i Norge, og presenterer problemstillinger sett fra sykepleierens ståsted. Utvalget bestod av 245 sykepleiere på sykehus. Det ble anvendt en blanding av kvantitativ og

kvalitativ metode. Kvantitativ metode: 3 fokusgruppeintervjuer før utvikling av spørreskjemaer. SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) ble brukt til å analysere dataene. Kvalitativ metode: hermeneutisk tema-analyse. Et av funnene i artikkelen var at sykepleierne så det som en utfordring at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om perspektiver på sykdom og behandling som var ulikt den vestlige biomedisinske. Sykepleierne synes det var utfordrende å vurdere symptomer uttrykt av pasienter med annen kulturell bakgrunn.

*Cultural challenges and barriers through the voices of nurses* (Hart & Marenco, 2013) undersøkte sykepleieres utfordringer i utførelse av kulturell kompetent omsorg i møter med pasientgrupper med annen kulturell bakgrunn. Utvalget bestod av 354 sykepleiere i en av USAs sørstater. Selv om kun halvparten av sykepleierne som var med i studien arbeidet på sykehus, utgjorde denne gruppen et stort antall (bortimot 200). Jeg anser derfor funnene som representative for sykepleiere på sykehus. Det ble anvendt kvantitativ metode: spørreskjemaer med åpne spørsmål ble sendt med post. De tre hovedutfordringene som sykepleierne beskrev var at pasientene representerte stor diversitet av kulturelle bakgrunner, at de manglet ressurser til å følge opp pasientene på en kulturell kompetent måte, og at sykepleierne følte de hadde fordommer og forutinntatte holdninger i møte med pasientene.

*Nurses' views related to transcultural nursing in Turkey* (Karacı, Babadağ, Abay, Akyar & Çelik, 2013) undersøkte sykepleieres syn knyttet til interkulturell sykepleie. Sykepleierne som deltok i studien arbeidet på et sykehus i Ankara, Tyrkia. Utvalget bestod av 80 sykepleiere. Det ble anvendt kvantitativ metode: spørreskjema. Majoriteten av sykepleierne uttrykte at det var utfordrende å kommunisere med pasienter med annen kulturell bakgrunn. Over halvparten mente at de ikke var kompetente i interkulturell sykepleie. Bortimot tre fjerdedel av sykepleierne synes at deres ferdighetsnivå i fremmedspråk ikke var tilfredsstillende nok.

### **2.3 Metodekritikk**

Som allerede nevnt, er det omtrent umulig å repetere et studium basert på kvalitative metoder og komme fram til identisk resultat. Det er derfor viktig å være så åpen som mulig med informasjon om hvordan en har gått fram i søket etter litteratur slik at leseren kan se på resultatene med et kritisk blikk. For eksempel kan min tidligere studiebakgrunn innen antropologi ha gjort at jeg ubevisst har lagt vekt på litteratur skrevet av antropologer eller

sykepleiere som også har antropologibakgrunn, noe som kan ha påvirket resultatene. Tidsskriftartiklene som ble valgt ut er alle på engelsk. Min tolkning av materialet er derfor basert på egne oversettelser. Selv om jeg har hatt engelsk som arbeidsspråk i flere år, og anser jeg mine engelskferdigheter som tilfredsstillende, kan jeg ikke utelukke at jeg kan ha mistolket noe.

Som nevnt, har jeg valgt tre tidsskriftartikler som er fra utlandet i tillegg til de fra Norge. Ettersom mitt fokus er interkulturelt helsearbeid på sykehus i Norge, kan en stille spørsmål om forholdene i disse landene er slik at studienes funn er overførbare til norske forhold. Som nevnt tidligere, er hovedgrunnen til valg av artikler fra utlandet at litteratursøkene basert på mine søkekriterier ikke ga tilstrekkelig mange treff på artikler fra Norge. Jeg vurderte likevel at noen av funnene i artiklene var såpass interessante at jeg har inkludert de i analysen. Oppgaven har først og fremst basert seg på primærkilder der disse var tilgjengelig. I tilfeller der jeg har benyttet sekundærkilder, vil det alltid være en fare for at det opprinnelige innholdet har blitt feiltolket.

## **2.4 Ethiske overveielser**

De etiske sidene ved oppgaven er vurdert med bruk av VID sine felles retningslinjer som rettesnor (VID, 2017). Plagiat er unngått, og det er brukt korrekt kildehenvisning som viser forfatterens bidrag. Alle kilder er presist sitert i forhold til APA-stilen utviklet av American Psychological Association (APA). Alle tidsskriftartiklene som ble valgt ut inkluderer etiske overveielser. Jeg har prøvd å være så bevisst som mulig i redegjørelsen av hvordan søkeprosessen har vært utført.



### 3 Litteraturgjennomgang

Litteraturgjennomgangen starter med klargjøring av noen sentrale begreper knyttet til innvandring i Norge. Noen problemstillinger innen helse for minoritetspasienter vil bli presentert. Videre presenteres sykepleieperspektivet sett i lys av oppgavens problemstilling. I denne sammenheng vil Ramsdens teoretiske perspektiv «Cultural Safety» (kulturell trygghet) introduseres. Deretter presenteres begreper og problemstillinger som er av betydning i forhold til sykepleierens kulturelle utfordringer i møte med etniske minoritetspasienter. De kulturelle utfordringene er inndelt etter temaer som reflekterer funn i tidsskriftartiklene.

#### 3.1 Pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn

Eriksen og Sajjad (2011) sier at Norge hovedsakelig har to typer etniske minoriteter. Den ene er Norges urbefolkning, samene i nord. Den andre er urbane minoriteter, som inkluderer innvandrere og flyktningfamilier (s. 77). En etnisk gruppe kan defineres som «... en gruppe som innenfor et større samfunn selv betrakter seg som en gruppe i forholdet til andre, og som også blir identifisert som en egen folkegruppe av andre» (Store norske leksikon, 2019). Etnisitet handler altså ikke om objektive, men om *subjektive* forskjeller (Eriksen & Sajjad, 2011).

Urbefolkning kan defineres som «... den opprinnelige befolkningen i et område som er blitt erobret og kolonisert av andre folk. Mens denne betegnelsen viser til den opprinnelige befolkningen i et slikt område i sin helhet, kan hvert av folkeslagene (de ulike etniske gruppene) som inngår i denne helheten betegnes som *urfolk*» (Store norske leksikon, 2019). Samer defineres som «Et urfolk som har sine tradisjonelle bosettingsområder i Norge, Sverige, Finland og Russland» (Statistisk sentralbyrå, 2019). Det er ikke kjent nøyaktig hvor mange samer som finnes, fordi det ikke foretas offisiell registrering av hvem som har samisk identitet. Samer bor i hele Norge, men de mest konsentrerte bosettingene er nord for Saltfjellet. Samene i studien som er inkludert i denne oppgaven, er bosatt i Finnmark.

Statistisk sentralbyrå skiller mellom innvandrere og flyktninger. Innvandrere er definert som «... personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av utenlandske foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre (Statistisk sentralbyrå, 2019). Norskfødte med innvandrerforeldre inngår også i denne kategorien (Statistisk sentralbyrå, 2019). Ved registreringer 5. mars 2019 var det totalt 944 402 innvandrere i Norge (17,7 %). Av disse var 48,2 % av innvandrerne fra Europeiske land, 33,5 % fra Asia, 13,9 % fra Afrika, 2,8 % fra Sør- og Mellom-Amerika, 1,3 % fra Nord-Amerika og 0,2 % fra Oseania (Statistisk sentralbyrå, 2019). Det bor flest innvandrere i Oslo. Ved inngangen av 2018 utgjorde innvandrere 33 % av folketallet i hovedstaden (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2019).

Flyktning er «En person som har fått oppholdstillatelse etter søknad om beskyttelse (asyl). Brukes om dem som har fått tillatelse på humanitært grunnlag, beskyttelse, kollektiv beskyttelse, eller som overføringsflyktning» (Statistisk sentralbyrå, 2016). At en person har fått opphold på humanitært grunnlag, betyr at den har behov for beskyttelse eller er i en sårbar posisjon. Overføringsflyktninger kan defineres som «...personer som har flyktet fra hjemlandet sitt, og som blir overført til et tredje land etter et organisert vedtak, vanligvis i samarbeid med FN's Høykommissær for flyktninger (UNHCR)» (Statistisk sentralbyrå, 2019). Kollektiv beskyttelse «omfatter krigsflyktninger med familier (i Norge hovedsakelig fra Bosnia-Hecegovina) (Statistisk sentralbyrå, 2016). I Norge har 4 % av befolkningen flyktningebakgrunn, og flest er fra Somalia, etterfulgt av Syria og Irak (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2019). Utenom tidsskriftartikkelen som omhandler samer, skilles det ikke i oppgaven mellom pasienter som har innvandrer- eller flyktningebakgrunn.

Et annet begrep som ofte brukes i debatten om innvandring og utvandring er *migrasjon*. Migrasjon kan defineres som «...flytting fra et område til et annet. I demografien brukes migrasjon ofte for å betegne menneskers flytting over landegrensene, altså innvandring og utvandring. Migrasjon kan være både frivillig og tvungen, legal og illegal» (Statistisk sentralbyrå, 2019). Oppgaven min har fokus på innvandringen til Norge, ikke utvandringen fra Norge.

Innvandring eller utvandring er ikke nye fenomener i Norge (Kumar & Viken, 2010, s.41). Det er imidlertid relativt nytt med innvandring fra lav og middelinntekstland til Norge, som startet fra 1960-tallet (Kumar & Viken, 2010, s.41). Noen av de første gruppene innvandrere som kom til Norge som arbeidskraft med søken etter bedre økonomiske kår på 1960-70 tallet, var fra Pakistan og Tyrkia (Kumar & Viken, 2010, s.41). Med innvandringsstopp fra 1981, forandret sammensetningen blant innvandrere seg fra grupper hovedsakelig drevet av økonomiske motiver, til flyktninger og asylsøkere (Kumar & Viken, 2010, s.41). Fra 2000-tallet har søken etter arbeid igjen vært hovedårsak til innvandringen, med innvandring fra Øst-Europa og utvidelse av EU som hovedårsak (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2019). Av disse, utgjør polakker den største gruppen, etterfulgt av litauere og svensker (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2019).

Forståelsen av migrasjon er viktig for å kunne forstå betydningen av etnisitet for folkehelse i et flerkulturelt perspektiv (Kumar & Viken, 2010). Det er utviklet mange teorier med mål om å forklare sammenhengen mellom etnisitet, migrasjon og helse. Mange av teoriene har imidlertid begrensinger, som for eksempel at de ikke tar inn at det er ulikheter blant innvandrergupper (Kumar & Viken, 2010, s.37). Teorienes begrensinger skyldes blant annet at de baserer seg på etnosentriske antakelser (Kumar & Viken, 2010, s.37). Etnosentrisme kan defineres som «... å forstå og «måle» de andre ut fra våre egne premisser og vår egen virkelighetsoppfatning» (Magelssen, 2008, s. 20). Oppgaven vil komme nærmere inn på problemstillinger knyttet til etnosentrisme under 3.3.3 og 4.3.

Faktorer som påvirker sykelighet og dødelighet generelt i majoritetsbefolkningen, slik som genetiske, kulturelle, sosioøkonomiske, fysiske og strukturelle, gjelder også for etniske minoriteter (Kumar & Viken, 2010). Likevel er det belegg for å si at samspillet mellom faktorene er annerledes når det gjelder etniske minoriteter, og i tillegg påvirker kulturell tilpasning helseatferden (Kumar & Viken, 2010).

## 3.2 Sykepleieperspektivet

Forskning viser at immigranter kan ha økt sykdomsrisiko og ikke får tilfredsstillende helsetjenester, og dette har ført til at helsepersonells kompetanse har fått større fokus (gjengitt fra Alpers, 2018, s. 28). Forskning viser også at bedret kompetanse bidrar til at pleie og behandling blir av bedre kvalitet og dermed bidrar til å redusere ulikhetene i helsetilbudet mellom etniske minoriteter og majoritetsbefolkningen (Alpers, 2018, s. 28). Mange hevder at det at sykepleieren har såkalt kulturell kompetanse ofte ses som en forutsetning for likeverdige tjenester til innvandrergupper, men at denne typen kompetanse ikke er beskrevet konkret innen en sykepleiers kjernekompetanse (Alpers, 2018, s. 26). Hva er så kulturell kompetanse, og hvordan kan sykepleieren tilegne seg denne kompetansen?

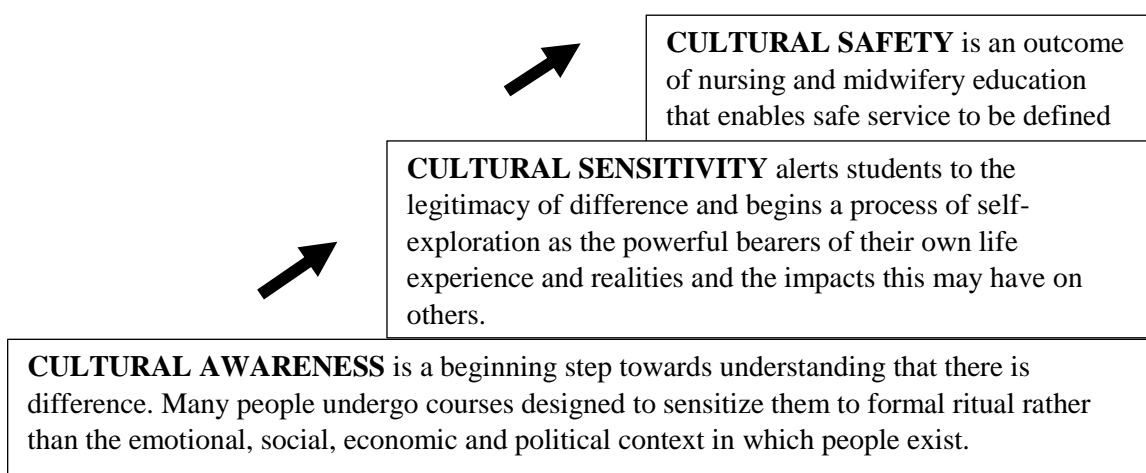
Kulturell kompetanse blir brukt om «...evnen til å forstå og fungere effektivt i møtet med minoritetsbefolkningens behov» (Kumar & Viken, 2010, s. 68). Forskningslitteraturen om kulturell kompetanse er hovedsakelig utviklet innen sykepleiefaget, ofte basert på antropologiske perspektiver. Det har blant annet blitt utviklet ulike modeller som presenterer hvilke dimensjoner begrepet kulturell kompetanse består av og hvordan helsepersonell kan oppnå slik kompetanse. Dimensjoner som utgjør grunnlaget for begrepet kulturell kompetanse kan for eksempel være «kulturell sensitivitet» og «kulturell bevissthet» (Kumar & Viken, 2010).

Et liknende begrep som kulturell kompetanse, er begrepet «Cultural Safety» (kulturell trygghet) utviklet av sykepleieteoretikeren Irihapeti Ramsden, som også inkluderer dimensjonene kulturell bevissthet og kulturell sensitivitet (Ramsden, 2002). I denne oppgaven har Ramsdens teori om kulturell trygghet blitt valgt som perspektiv for å se på hvilke kulturelle utfordringer sykepleieren har i møte med pasienter med minoritetsbakgrunn. Ramsden presenterer også en modell for hvordan sykepleierens utfordringer kan imøtekommes. Ramsden vektlegger problemstillinger som ses som sentrale i oppgavens problemstilling.

Ramsden (1946-2013) utviklet sine teoretiske perspektiver knyttet til interkulturell kompetanse i utøvelse av sykepleie fra 1980-tallet. Ramsden var sykepleier i New Zealand og har selv minoritetsbakgrunn. Hun tilhørte urbefolkningen på New Zealand, maori, en minoritet som ble kolonisert og undertrykket. Undertrykkelse og rasisme overfor maoribefolkningen har resultert i helseforskjeller sammenliknet med majoritetsbefolkningen i landet (Ramsden, 2002). Ramsden var en talsmann for forbedring av maorienes tilgang til helsetjenester og for rekruttering av maori sykepleiere (Richardson, 2010). Kulturell trygghet ble også inkludert som del av sykepleieutdanningen i New Zealand i 1990 (Richardson, 2010).

Ramsden (2002) oppsummerer kulturell trygghet som et partnerskap mellom pasient og sykepleier, karakterisert ved en prosess med forhandling og likeverdig partnerskap (s. 34). Utgangspunktet i Ramsdens perspektiv er at møter mellom sykepleier og pasient alltid er tokulturelle hvor sykepleieren møter pasienten med sin yrkeskultur som hun er sosialisert inn i. Sentralt står forestillingen om at sykepleieren som bærer av sin egen kultur og holdninger, bevisst eller ubevisst kan utøve makt (Ramsden, 2002, s. 109). Det er således sykepleierens ansvar som maktinnehaver å skape et miljø som legger til rette for at pasienten føler seg trygg i sykepleierens nærvær. Sykepleierens oppbygging av tillit i forholdet til pasienten er svært viktig (Ramsden, 2002, s. 63).

I prosessen med å oppnå kulturell trygghet, anbefaler Ramsden en trinnvis prosess, gjengitt i modellen nedenfor.



Figur 1: Prosessen for oppnåelse av kulturell trygghet i sykepleien (Ramsden, 2002, s. 117).

I prosessen skal sykepleieren bli sensitiv overfor forskjeller mellom sykepleier og pasient som blant annet er forårsaket av asymmetrisk maktrelasjon. Videre skal sykepleieren bli sensitiv i forhold til hvilke følelsesmessige, sosiale, økonomiske og politiske kontekster mennesker lever i. Sykepleieren skal bli i stand til å respektere andres verdier og holdninger (Ramsden, 2002). Det er viktig at sykepleieren gransker egne holdninger og kultur, og vurderer hvordan disse kan påvirke sykepleien som blir gitt (Viken & Magelssen, 2010, s.70). En sentral antakelse er at hvis minoritetspasienter opplever helsetjenestetilbudet som fremmedgjørende og sykepleierens holdninger som negative, er det «kulturelt utrygt» og kan hindre at minoritetspasienter får et forsvarlig helsetilbud (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018). Ramsden (2002) poengterer at det er mottakeren av helsetjenesten som skal avgjøre om sykepleien den mottar er kulturell trygg eller ikke.

Som kan ses i modellen på side 21, er det første trinnet i prosessen for å oppnå kulturell trygghet i møte med etniske minoritetspasienter **kulturell bevissthet** (cultural awareness). I dette ligger blant annet at sykepleieren blir bevisst og åpen i forhold til kulturelle forskjeller. Pasienten skal kunne uttrykke uenighet, men vil likevel bli møtt med respekt og bli tatt på alvor av sykepleieren (Viken & Magelssen, 2010, s. 70-71).

Neste trinn i prosessen, **kultursensitivitet** (cultural sensitivity), innebærer at sykepleieren gjennomgår en selvrefleksjon for å bli mer var kulturelle forskjeller (Viken & Magelssen, 2010, s. 71). Videre begynner sykepleieren en granskning av seg selv som bærer av egen livserfaring og realitet, og hvordan dette kan påvirke andre (Ramsden, 2002, s. 117).

Tredje, og endelige trinn i prosessen er oppnåelse av **kulturell trygghet** (cultural safety), som vil si et resultat av sykepleierens utvikling som muliggjør trygg helsetjeneste slik den blir definert av pasienten selv (Ramsden, 2002, s. 117).

### **3.3 Sykepleierens kulturelle utfordringer**

Gjennomgang av relevant faglitteratur samt de seks utvalgte tidsskriftartiklene, bidro til at noen spesifikke begreper og problemstillinger utkrystalliserte seg som mer sentrale enn andre. Følgende tre kategorier synes spesielt viktige: Kommunikasjon og språkbarriere (3.3.1), sykdomssyn og sykdomsattferd (3.3.2), og etnosentrisme, stereotyper, fordommer og forutinntatthet (3.3.3). Disse presenteres nedenfor, i forkant av drøftingen.

#### **3.3.1 Kommunikasjon og språkbarriere**

I møtet mellom en sykepleier og pasient, utgjør kommunikasjon en forutsetning for et godt samarbeid. All kommunikasjon mellom to parter kan på sett og vis ses som interkulturell (Dahl, 2013). Ifølge Dahl (2013) kan interkulturell kommunikasjon defineres som «...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» (s. 87). Grunnen til at enhver kommunikasjon kan ses som interkulturell, er fordi ethvert individ har sin unike kulturelle referanseramme, det vil si koder, regler og systemer som brukes som fortolkningsmønster i møtet med en annen part (Dahl, 2013). Kommunikasjonen blir likevel mer utfordrende, dess større forskjell det er mellom de kommuniserende parters kultur, ideologi, bakgrunnskunnskaper og måte å kommunisere på (Hanssen, 2016).

Den utfordringen som kanskje ses som størst ved interkulturell kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienter med minoritetsbakgrunn, er i situasjoner hvor sykepleier og pasient ikke har et felles språk (Hanssen, 2016). I en situasjon hvor språkbarrieren er stor vil den som ikke forstår lett bli mistenksom og mindre åpen, og det er fare for at nonverbal kommunikasjon og atferd kan feiltolkes (Hanssen, s.97). En minoritetspasient i en slik situasjon blir ekstra sårbar. Det at pasienten ikke kan språket, gjør det utfordrende å tilegne seg kjennskap til hvordan helsesystemet fungerer, og det kan være vanskelig for pasienten å formidle sine behov og preferanser. Sykepleieren vil være i en maktposisjon overfor pasienten fordi hun/han kjenner systemet og er en aktiv utøver av det (Hanssen, 2016). Dette er en maktposisjon sykepleieren ikke alltid er klar over. Det er derfor viktig for sykepleieren å

reflektere rundt sin egen posisjon vis-a-vis en minoritetspasient slik at situasjonen oppleves som trygg for pasienten og det tilrettelegges for en god relasjon. Dette gjøres blant annet ved å møte pasienten med åpenhet og vennlighet, både verbalt og nonverbalt (Hanssen, 2016).

Det er viktig for en sykepleier å være bevisst pasientens rettigheter i forhold til bruk av tolk. Pasientens rett til tolk er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Loven sier at pasienten har rett til å få informasjonen om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, få informasjon om mulige risikoer og bivirkninger, og at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle kultur- og språkbakgrunn. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått opplysningenes innhold og betydning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). I følge Lov om helsepersonell (2018) skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet. Dette innebærer at helsepersonell må vurdere om bruk av tolk er nødvendig for å kunne yte faglig forsvarlig helsehjelp. Loven sier også at helsepersonell skal innhente bistand fra annet kvalifisert personell hvis ens egne kvalifikasjoner ikke er tilstrekkelige.

Til tross for lovverk og tilstrekkelige økonomiske bevilgninger, har det blitt dokumentert et underforbruk av tolk i helsevesenet (Le, C., 2013, s. 11). Det kan være ulike årsaker til underforbruket, hvorav én er at helsepersonell overvurderer pasientens norskkunnskaper og dermed unnlater å bestille tolk (s. 11). Språkbarriere og mangel på bruk av tolk, kan resultere blant annet i at pasienter med minoritetsbakgrunn ikke møter til planlagt innleggelse ved sykehus (Kolbjørnsen & Engeland, 2016).

Litteraturen innen fagområdet interkulturell kommunikasjon har ofte hatt som mål å legge grunnlaget for å kunne forklare eller forutsi utfallet av ulike kommunikasjonssituasjoner, blant annet for å redusere usikkerhet og angst (Hanssen, 2016, s.85). Tanken er at en lettere kan forutsi hvordan mennesker tenker og handler utfra best mulig kunnskap om kulturene. Nordamerikansk litteratur på området har vært preget av denne tilnærmingen. Kritikken til en slik tilnærming er at den bygger på en idé om at kulturelle forskjeller kan katalogiseres objektivt, og at dette kan bidra til å gi et feilaktig stereotyp bilde av «den andre» hvor den blir redusert til et individ som tenker og handler etter et fastlagt mønster forutsatt av en bestemt



kultur (Hanssen, 2016). Kritikerne foreslår heller en dynamisk kulturforståelse, hvor en er mer opptatt av at mennesker ikke kun handler som medlemmer av en gruppe, men ut fra hvilke egenskaper, normer og verdier enkeltmennesket gjør gjeldende i hver konkrete samhandlingssituasjon (Hanssen, 2016). Kulturen skapes således mellom mennesker når de kommuniserer med hverandre (Hanssen, 2016).

### **3.3.2 Sykdomssyn og sykdomsatferd**

I ethvert helse- og behandlingssystem, er oppfatning om hva sykdom og behandling er sentralt. Kunnskapen som er utviklet i et samfunn omfatter hvordan og hvorfor sykdom oppstår, og hvem en går til for å få behandling (Hanssen, 2016). Hvilke forventninger pasienten har til behandling og tiltak, og pasientens sykdomsatferd påvirkes også av helse- og behandlingssystemet en er oppvokst innen (Hanssen, 2016).

Sykepleiere i Norge har primært sitt ståsted innen vestlig biomedisin. Eriksen og Sajjad (2011) hevder at vestlig biomedisin bygger på prinsipper om at sykdom er universell, men at det er viktig for helsepersonell å være bevisst at sykdomsforklaringer også er «...beskrivelser av verden slik den blir oppfattet og tolket av den syke og de pårørende (s. 215). Sykdom og avvik er dermed kulturelt konstruerte kategorier. Noen forskere innen flerkulturell helse mener at det er av avgjørende betydning at sykepleieren tilegner seg konkret faktakunnskap om ulike kulturer med tilhørende sykdomsforklaringer (Leininger, 2001). Ifølge Eriksen og Sajjad (2011), kan helsearbeiderens konkrete kunnskap være et nyttig utgangspunkt for dialog. De mener likevel at den aller viktigste forutsetningen for godt sykepleier-pasient samarbeid er oppbygging av et gjensidig tillitsforhold med utveksling av kunnskap og erfaring gjennom toveiskommunikasjon (s. 223-224).

Det kan være nyttig for sykepleieren å være klar over at symptomer slik som smerte kan uttrykkes forskjellig fra det en er vant til i en annen kultur (Hanssen, 2006). Sykdomsatferd er blant annet påvirket av om en er oppvokst innen et individualistisk samfunn slik de fleste norske sykepleierne er et produkt av, eller et kollektivistisk samfunn som mange av de etniske minoritetspasientene er fra (Hanssen, 2016, s.87-89). I individualistiske samfunn er det viktig

for et individ blant annet å være autonom og uavhengig. I et kollektivistisk samfunn er blant annet familie, fellesskap og gjensidig avhengighet sentralt, hvor hvert individ har sine spesifikke roller og statuser (87-89).

Et eksempel på områder hvor de to tilhørighetene kan innvirke på situasjonen, er når pasienter med bakgrunn i et kollektivistisk samfunn forventer å ha familien rundt seg døgnet rundt, og familien gjerne vil overta omsorgen for pasienten (Hanssen, 2016, s.88). Fra en sykepleiers ståsted kan familiemedlemmene ses som et hinder for sykepleien. Mestringsstil kan også være forskjellig ettersom en tilhører et individualistisk eller kollektivistisk samfunn (s.88-89). En representant for et individualistisk samfunn har ofte en mestringsstil preget av selvhjulpenhet, uavhengighet og viser tydelig hvilke behov den har (s.88-89). En pasient med en kollektivistisk tilhørighet kan ha en forventning om at de som er rundt er i stand til å «lese» ens egne behov uten at disse blir direkte uttrykt (Hanssen, 2016). Når det gjelder uttrykk for smerte og ubehag, er det en tendens at en pasient med individualistisk bakgrunn hvor selvdisciplin og uavhengighet verdsettes, vil klage mindre enn en kollektivistisk orientert pasient, som gjerne vil uttrykke smerte mer fritt (Hanssen, 2016).

Tolkning og behandling av smerte på grunn av ulik symptomatferd kan være en utfordring (Hanssen, 2016). Hanssen refererer til et eksempel hvor vestlige sykepleiere hadde en forutinntatt holdning om at fordi asiatiske kvinner ofte uttrykker smerte mer åpent, høylytt og med hele kroppen, har de en veldig lav smerteterskel. Denne typen holdninger blant sykepleiere kan medføre at pasientene ikke får tilstrekkelig med smertestillende, og at relasjonen mellom pasienten og sykepleieren blir skadelidende (Hanssen, 2006). Ifølge Hanssen (2006) kan slike sykepleierholdninger være med på å skape en situasjon hvor pasienten helst må kunne kommunisere smerte og symptomer på en måte som er forståelig eller akseptabelt for sykepleieren for å bli tatt på alvor som pasient. Minoritetspasienten kan dermed bære med seg en dobbelt byrde i møte med sykepleieren: Pasienten har utfordring med smerte, og i tillegg utfordring med å kommunisere smerten slik at den blir forståelig for sykepleieren (Hanssen, 2006).

### 3.3.3 Etnosentrisme, stereotypier, fordommer og forutinntatthet

Flere forskere med bakgrunn fra antropologi og sykepleie, understreker viktigheten for helsepersonell å være mindre etnosentriske og mer kulturellevistiske i den flerkulturelle dialogen (Kumar & Viken, 2010; Magelssen, 2008; Alpers, 2018; Dahl, 2013; Eriksen & Sajjad, 2011). Kulturellevisme kan defineres som «...å forstå de andre ut fra de andres premisser, uten at vi føler oss provosert eller truet av deres virkelighetsoppfatning» (Magelssen, 2008, s. 20). Selv om en forsøker å forstå den andre på dens egne premisser, trenger en likevel ikke være enig (Magelssen, 2008). Hovedmålsettingen er å legge til rette for forhandling og samarbeid i den flerkulturelle dialogen (Kumar & Viken, 2010, s. 62). Magelssen (2008) mener at det ikke er lett å fjerne seg fra sin egen virkelighetsoppfatning, men at det er mulig å trene seg opp (s. 20).

Stereotypier er antakelser eller generaliseringer av en sosial gruppe eller dens medlemmer, som har lett for å bli oppfattet som sanne og uforanderlige (Dahl, Ø., 2013, s. 66). Antakelser basert på stereotypier av etniske minoritetspasienter kan være et hinder for oppbygging av gode relasjoner mellom sykepleieren og pasienten (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018). Debesay & Tschudi-Madsen (2018) mener for eksempel at jo mer helsepersonell er påvirket av medienes stereotype formidling av migrantgrupper framfor kunnskap og forståelse om enkeltmenneskers hverdag og kulturell variasjon, dess større er risikoen for at møtet med pasientene er basert på skjønn, og kan medføre uforsvarlig helsehjelp (s. 15). Dahl (2013) kaller fordommer «tilstivnede» eller «frosne» stereotyper. Han hevder at hvis utgangspunktet i møtet mellom mennesker er fordommer, er det vanskelig for oss å forandre våre forutinntatte meninger om en gruppe eller en representant for gruppen (s. 69).

Leininger (2001) mener at sykepleierens kulturelle kompetanse må inneholde spesifikk etnisk kunnskap om kulturelle grupper for å kunne arbeide effektivt med pasienter fra andre kulturer. Ramsden (2002) mener at Leiningers teoretiske perspektiv medfører en risiko for at sykepleieren møter pasienten med et stereotypisk tilnærming som bidrar til å framheve forskjeller framfor likheter, og dermed skaper unødvendige barrierer i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Ramsden hevder at det er nettopp denne typen stereotype holdninger kulturell trygghet forsøker å unngå (s. 118).

## 4 Drøfting

Etter gjennomgang av tidsskriftartiklene, var det som nevnt tre kategorier kulturelle utfordringer som utkrystalliserte seg som sentrale og relevante: Kommunikasjon og språkbarriere; ulike sykdomsoppfatninger og sykdomsatferd; og etnosentriske og stereotype holdninger. Disse kategoriene ble valgt som overskrifter i drøftingen. I drøftingen vil funn fra tidsskriftartiklene diskuteres opp mot teoretiske perspektiver og problemstillinger, samt lovverk som ble presentert i litteraturgjennomgangen. Mine egne erfaringer vil også bli trukket inn.

I første delen (4.1) refereres til fem av de seks tidsskriftartiklene: Mehus et al. (2018), Alpers (2016), Alpers & Hanssen (2014), Hart & Mareno (2013) og Karacı et al. (2013). Også i andre delen (4.2) hentes inn momenter fra fem av de seks artiklene: Markey et al. (2017), Alpers (2016), Alpers & Hanssen (2014), Hart & Mareno (2013) og Karacı et al. (2013). I den siste delen (4.3) refereres til tre av de seks tidsskriftartiklene: Markey et al. (2017), Alpers (2016) og Hart & Mareno (2013).

### 4.1 Kommunikasjon og språkbarriere

Både verbal og nonverbal kommunikasjon kan forårsake misforståelse, som resulterer i mistillit i forholdet mellom sykepleier og pasient (Alpers, 2016). Noe av det mest sentrale i Ramsdens teori, er sykepleierens ansvar for å oppnå tillit i sin relasjon med pasienten (Ramsden, 2002). Tilliten utvikles blant annet ved at sykepleieren stiller spørsmål som gir pasienten valgmuligheter, og dette danner grunnlaget for respekt og forhandlinger i det Ramsden kaller et «likeverdig partnerskap» (Viken og Magelssen, 2010, s.71). Oppbygging av tillit og etablering av gode relasjoner er en viktig forutsetning både for at pasienter gjøres i stand til å medvirke og følge sykepleiers råd og at sykepleieren kan nå pasienten med nødvendig informasjon (Debesay, Tschudi-Madsen, 2018).

Selv om jeg anser Ramsdens målsetting med oppbygging av tillit og utvikling av et gjensidig partnerskap som svært viktig, er min erfaring fra to praksisperioder på sykehus at det sjeldent er tilstrekkelig tid. Sykepleieren har ofte ansvar for tre til fire pasienter per vakt, og pasientene er ofte ikke innlagt mer enn to til tre dager ved hver enkelt avdeling. Forskning fra USA viser

at det kan være spesielt krevende å utføre kulturelt kompetent omsorg i situasjoner hvor pasientens status er akutt (Hart & Mareno, 2013).

Det kan oppstå misforståelser mellom pasient og sykepleier fordi pasienten uttrykker seg nonverbalt på en måte sykepleieren ikke er vant til (Alpers, 2016). Sykepleiers forståelse for at pasienter kan kommunisere på forskjellige måter kan være mangelfull (Alpers, 2016). For eksempel forklarte en afrikansk pasient i Alpers forskning (2016) at det er vanlig i hennes kultur å gi mer høylytt respons hvis det er noe en ikke forstår. Pasientens erfaring var at å uttrykke seg på denne måten kunne bli oppfattet som aggressivitet sett fra et norsk ståsted (Alpers, 2016). En annen minoritetspasient uttrykte at selv etter 30 år i Norge, måtte hun tvinge seg selv til å se autoritetspersoner i øynene, en atferd hun visste var forventet i Norge (Alpers, 2016). Jeg mener at disse eksemplene viser hvor viktig det er for sykepleieren å ha en kultursensitiv holdning i møtet med minoritetspasienter, som anbefalt av Ramsden. I likhet med det som beskrives av Alpers, er også mine egne erfaringer fra konsultasjoner med minoritetspasienter at selv om en pasient har bodd lenge i Norge, trenger det ikke å bety at nonverbale uttrykk er umiddelbart forståelige.

Minoritetspasienter i Alpers' studie uttrykte at det var uvant for dem å motta helseinformasjon på en direkte måte (Alpers, 2016). De forklarte at i deres eget land, ville pasientens familiemedlemmer fått informasjonen først. De fleste pasientene sa at de likevel foretrakk å motta informasjonen direkte, slik at de kunne avgjøre selv hvor mye de ville informere familien, selv om det dreide seg om dårlige nyheter (Alpers, 2016). Det at minoritetspasientene er vant til at familiemedlemmene blir informert før de mottar informasjonen selv, kan reflektere at de har bakgrunn fra kollektivistiske samfunn (Hanssen, 2006). Som nevnt, karakteriseres et kollektivistisk samfunn blant annet ved individets avhengighet og tilpasning inn i et større nettverk av mennesker (Hanssen, 2006).

De samiske pasientene uttrykte også at de ikke var vant til en så direkte måte å kommunisere på som det som er vanlig i norsk helsevesen (Mehus et al., 2018). De forklarte at samer ofte ikke snakker direkte om sykdom og symptomer, og helst ikke uttrykker smerte. Pasientene forklarte at det for eksempel er ansett som privat og uhøflig å snakke direkte om kroppsfunksjoner som luftavgang og tarmbevegelser (Mehus et al., 2018).

En kan sette spørsmålstegn ved om en indirekte kommunikasjonsform som ses som passende og verdig sett fra minoritetspasientens ståsted, kan stå i kontrast til målet om brukermedvirkning nedfelt i norsk lovverk. Da tenker jeg spesielt på hvis sykepleier skulle legge opp til en kommunikasjonsform hvor helseinformasjon utveksles via pasientens familiemedlemmer, uten å inkludere pasienten direkte i avgjørelser.

At det er en språkbarriere mellom sykepleier og pasient, kan by på betydelige utfordringer i kommunikasjonen og oppbygging av et tillitsforhold som fremmer pasientens helse (Hanssen, 2016). En utfordring kan være at det eksisterer en språkbarriere som sykepleieren ikke ser som utfordring fordi pasientens norskkunnskaper blir vurdert som tilfredsstillende (Le, C., 2013). I løpet av min praksisperiode innen folkehelse, erfarte jeg flere ganger at sykepleieren overvurderte minoritetspasientens norskkunnskaper. Sykepleieren unnlot dermed å bestille tolk, noe som resulterte i misforståelser. I et tilfelle forstod sykepleieren det som at pasienten var forkjølet med tett nese, mens det senere kom fram at pasienten led av gastroøsofageal refluks med sure oppstøt.

Til tross for at de samiske pasientene synes de behersket norsk på et tilfredsstillende nivå, mente de at de ikke fikk uttrykt helsemessige nyanser og symptomer ved bruk av norsk framfor samisk (Mehus et al., 2018). De samiske pasientene følte seg spesielt sårbare når de ikke fikk kommunisere på samisk når de var syke. I en slik kontekst kan en spørre seg om det hadde vært formålstjenelig om sykepleiere som arbeider i områder med samer burde lære seg samisk. Eller at sykepleiere som arbeider i slike områder burde være samer som behersker språket.

Både sykepleiere i forskningen fra USA (Hart & Mareno, 2013) og Tyrkia (Karacıoğlu et al., 2013) anså språkbarrieren som utfordrende i sitt arbeid på sykehus. Sykepleierne anbefalte at kurs i fremmedspråk burde bli en del av sykepleieutdanningen. Basert på mine erfaringer fra Norge, er dagens sykepleiepensum såpass stort og krevende allerede, så jeg mener at det ville vært praktisk umulig å inkludere kurs i fremmedspråk.

Bruk av tolk ble tatt opp som et sentralt tema i flere av tidsskriftartiklene som har blitt benyttet i oppgaven. Som nevnt, er bruk av tolk en lovmessig rettighet pasienten har ved språklige utfordringer i helsevesenet, og sykepleier har plikt til å imøtekomme rettigheten

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). En utfordring for sykepleieren er å vurdere i hvilke situasjoner det er nødvendig å benytte tolk, spesielt i tilfeller hvor pasienten kan «litt norsk» (Le, C., 2013). En av de samiske pasientene mente at språkbarrieren bidrar til asymmetrisk maktbalanse mellom pasient og sykepleier som gjør pasienten sårbar, og at unnlattelse med å bruke tolk øker denne ubalansen (Mehus et al., 2018). Sykepleieren, som behersker majoritetens språk, kan på denne måten ubevisst utøve makt i sin relasjon med pasienten (Ramsden, 2002).

Som nevnt, er det et underforbruk av tolk i det norske helsevesenet til tross for lovverk og økonomiske bevilgninger (Le, C., 2013, s.11). Dette ble konkret bekreftet i studien blant samer (Mehus, et al., 2018). Ifølge Le (2013) skyldes underforbruket blant annet at helsepersonell og pasienter har ulik vurdering av når tolk er nødvendig. Studien til Le viste at det var mangelfull opplæring av helsepersonell både i lov og regelverk tilknyttet tolkebruk og hvordan anvende tolk (s.11). Både sykepleierne ved sykehus i Norge (Alpers & Hanssen, 2014) og i USA (Hart & Maren, 2013) fant det utfordrende å kommunisere tilfredsstillende med pasient via tolk fordi de hadde mangelfull kompetanse om hvordan de skulle bruke tolk.

Underforbruk av tolk i Norge kan også skyldes mangelfulle informasjonsrutiner mellom spesialisttjenesten og fastlegene med hensyn til enkeltpasienters behov for tolk (Le, C. 2013, s.11). Kvalitetssikringsarbeid ved Spesialsykehuset for epilepsi ved Oslo Universitetssykehus avdekket blant annet at mangel på rutiner vedrørende tolkebehov og underforbruk av tolk medførte at minoritetspasientene ofte ikke møtte opp ved innkalling til sykehusinnleggelse (Kolbjørnsen & Engeland, 2016).

Mesteparten av tolking i norsk offentlig sektor gjennomføres i dag med ukvalifiserte tolker, på tross av at myndighetene anbefaler bestilling av kvalifisert tolk for å sikre god og forsvarlig tolkning (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2018). Bruk av pasienters barn og andre familiemedlemmer skal ikke brukes som tolk (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2018). Studiet av Mehus et al. (2018), viste at familiemedlemmer og venner ble brukt som tolk overfor samiske pasienter i Finnmark. Min erfaring fra sykehus, er at pasienters pårørende, fordi de ofte er lett tilgjengelige ved sykehusinnleggelser- og opphold, ofte blir benyttet som tolk.

På sykehuset jeg hadde praksis, var det sykepleierne selv som var ansvarlig for å bestille tolk når de vurderte dette som nødvendig. Min erfaring er at det ofte var for knapp tid til å vurdere om det var behov for tolk. Det hendte at vi brukte mobiltelefon med digitale oversettelse som hjelpemiddel. Dette kan være et godt hjelpemiddel ved kommunikasjon rundt måltider og hverdagslige stellerrutiner, men det spørs om dette ville vært tilstrekkelig hvis pasienten for eksempel var i en eksistensiell krise.

Selv om jeg har praksis kun fra et sykehus i Oslo, virker det som om bevisstheten rundt bruk av tolk er i bedring. Dette skyldes blant annet at det i 2014 ble etablert en rammeavtale mellom Tolkesentralen og flere sykehus i Oslo og Akershus. Tolkesentralen leverer tolketjenester og dekker oppdrag på over 80 språk, og gir opplæring for sykehusenes ansatte. Det virker som om usikkerheten blant sykepleierne var større før denne avtalen ble etablert.

## **4.2 Ulike sykdomsoppfatninger og sykdomsatferd**

Som nevnt tidligere, kan helse- og behandlingssystemet en person tilhører påvirke en persons oppfatninger av årsak til sykdom, forventninger til behandling og pleie, samt dens sykdomsatferd. Møtet mellom sykepleier og minoritetspasient kan bli utfordrende fordi de to partene har tilhørighet i hvert sitt system (Hanssen, 2016). Utfordringen forsterkes ytterligere ved at sykepleieren ikke er tilstrekkelig bevisst eller sensitiv i forhold til sitt eget ståsted (Ramsden, 2002).

Sykepleiere både fra Irland, USA og Norge anså sine mangelfulle kulturell kunnskap som en av hovedutfordringene i møte med minoritetspasienter (Markey et al., 2017; Hart & Mareno, 2013; Alpers & Hanssen, 2014). De irske sykepleierne følte en sårbarhet og hjelpeløshet ved å ikke vite hva de kunne forvente seg i situasjonen, og var bekymret for utilsiktet å fornærme pasienten (Markey et al., 2017). De uttrykte følelse av ubehag ved å måtte spørre pasienten om deres religiøse eller kulturelle bakgrunn blant annet fordi de da blottla sin kunnskapsmangel.

De amerikanske sykepleierne mente at utfordringen lå i at de forholdt seg til pasienter med mange ulike kulturbakgrunner (Hart & Mareno, 2013). Det var således selve diversiteten av kulturer å forholde seg til som var utfordringen. De norske sykepleierne uttrykte at utfordringene mer spesifikt gjaldt deres mangelfulle kunnskap om sykdom og



behandlingsfilosofier som ikke er vestlige biomedisinske (Alpers & Hanssen, 2014). De erfarte at mange minoritetspasienter hadde forskjellige måter å forstå sykdom på og syn på sykdomsårsak, og at pasientene av og til hadde liten tiltro til helsepersonellens kunnskap. For eksempel kunne enkelte pasienter uttrykke at årsaken til deres sykdom ikke var smitte via infeksjon, men at det skyldtes at de hadde gjort noe som var galt. Sykepleierne uttrykte at de hadde mangelfull kunnskap for eksempel om hvordan de skulle håndtere at kvinner var omskåret. De synes også at de manglet mer generell kunnskap om uttrykksformer som kan være viktige for pasienter når de er på sykehuset. Sykepleiernes alder og antall år med arbeidserfaring hadde ingen betydning i forhold til følelsen av kunnskapsmangel (Alpers & Hanssen, 2014).

Så hvordan imøtekom sykepleierne utfordringene de erfarte? Markey et al. (2017) fant at til tross for at de irske sykepleierne erkjente sin mangel på kulturell kunnskap, kviet de seg for å søke etter svar og løsninger ved å spørre pasienten eller sine kollegaer. Dette skyldtes at de blant annet var redde for å bli sett på inkompetente hvis de viste sin manglende kunnskaper og ferdigheter. De fryktet avvisning fra sine kollegaer hvis de satte spørsmålsteget ved en praksis som utgjorde del av den aksepterte rutinen ved sykehuset. Studien viste også at sykepleierne fokuserte på forskjellene mellom seg selv og pasienten framfor å utforske likheter og fellesskap (Markey et al., 2017).

Med tanke på sykepleieres frustrasjon over manglende kunnskap om de varierende kulturene pasientene representerer, er det relevant å trekke inn Ramsdens perspektiv for oppnåelse av likeverdige helsetjenester (Ramsden, 2002). Ramsden mener at det ikke er avgjørende at sykepleieren har kunnskap om mange kulturer (multikulturell) slik noen interkulturelle sykepleieperspektiver framhever. I interaksjonen mellom sykepleier og pasient bør en heller vektlegge dialogen utviklet gjennom en tokulturell prosess (Ramsden, 2002, s.119). Til tross for at det anbefales å legge primærfokus på selve dialogen, kan den kulturelle kunnskapen bidra til at sykepleieren møter pasienten med et åpent sinn, og lettere kan oppklare misforståelser (Alpers, 2016). Sykepleierens kunnskap kan være basis for dialog, og for å kunne spørre relevante spørsmål knyttet til pasienters behov, oppfatninger og ønsker (Eriksen & Sajjad, 2011).

Mine erfaringer i møte med minoritetspasienter på sykehus, er at det har vært en fordel med noe kunnskap om andre sykdomsoppfatninger og sykdomsatferd enn den vestlige biomedisinske. Jeg mener at en av de største fordelene har vært at jeg har møtt pasienten med større grad av bevissthet om at mine verdier og min kunnskap ikke nødvendigvis trenger å være det eneste rette. Jeg har opplevd at ved å ha en ydmyk og spørrende holdning i møtet med noe som er annerledes, er det større sjanse for et godt samarbeid til pasientens beste. Opplevelsen har vært at ydmykhet og nysgjerrighet fra min side utelukkende har blitt sett som noe positivt fra pasientens ståsted.

Som nevnt under 3.3.2, kan det være en utfordring for sykepleieren at symptomer slik som smerte, kan uttrykkes ulikt det sykepleieren er vant til (Hanssen, 2006). Alpers (2016) viste at nesten 70 % av sykepleierne som deltok i studien ved somatisk sykehusavdeling, synes det var vanskelig å vurdere smerte hos etniske minoritetspasienter fordi disse pasientene uttrykte smerte på en annen måte enn etniske nordmenn. Vurdering av smerte syntes å være en utfordring uavhengig av sykepleierens arbeidserfaring og alder. Sykepleierne sa at noen minoritetspasienter uttrykte smerte i situasjoner som sykepleierne selv ikke anså som spesielt smertefulle, mens andre virket som hadde lært seg å ikke uttrykke smerte. De hadde også opplevd at pasienter som hadde vært utsatt for tortur, kunne vise sterke reaksjoner som sykepleierne var uforberedt på. Det kunne for eksempel skje i situasjoner hvor pasienten ble intubert eller når sykepleierne hadde på seg munnbind (Alpers, 2016).

Jeg har selv erfart en minoritetspasient etter appendisittoperasjon, som uttrykte smerte som jeg i første omgang vurderte som unormalt høyløyt. I likhet med sykepleieres reaksjoner referert i Hanssen (2006), var også min første respons at smerteatferden var overdreven. Dette er en uheldig reaksjon fordi det blant annet kan medføre at sykepleier-pasient relasjonen blir skadelidende, og at pasienten ikke får nok smertestillende (Hanssen, 2006). Hvis sykepleieren er mer kultursensitiv i sin tilnærming til pasienten, kan en unngå at pasienten må kunne kommunisere smerte og symptomer på en måte som er forståelig eller akseptabelt for sykepleieren for å bli tatt på alvor som pasient.

Forskerne i alle de seks utvalgte tidsskriftsartiklene konkluderte med at sykepleierne ikke hadde tilstrekkelig tilgang til utdanning og rådgiving for å bedre sin kulturelle kompetanse. Behovet omfattet blant annet bedret forståelse med hensyn på sykdom og behandling som er annerledes enn den biomedisinske og vurdering av symptomer hos pasienter med annen

kulturbakgrunn (Alpers & Hanssen, 2014). For å imøtekomme de kulturelle utfordringene mange av sykepleierne føler på i møte med minoritetspasienter, anbefalte flere av forskerne bak de seks tidsskriftartiklene at kulturell kompetanse i større grad enn i dag inkorporeres som en del av sykepleieutdanningen (Alpers & Hanssen, 2014; Hart & Mareno, 2013; Karacı et al., 2013; Markey et al., 2017).

### **4.3 Etnosentriske og stereotype holdninger**

Forskere med bakgrunn fra antropologi og sykepleie vektlegger viktigheten av å redusere de *etnosentriske* holdningene for best mulig resultater i møtet mellom sykepleiere og minoritetspasienter (Kumar & Viken, 2010; Magelssen, 2008; Alpers, 2018; Dahl, 2013; Eriksen & Sajjad, 2011). Som nevnt, mener Ramsden (2002) blant annet at dersom sykepleieren fokuserer på ulikhetene mellom sin egen bakgrunn og minoritetspasientens framfor likhetene, kan dette medføre en risiko for at sykepleieren får en stereotypisk tilnærming til pasienten (s.118). Hun sier at perspektivet «kulturell trygghet» skal bidra til at sykepleieren unngår denne risikoen (s.118).

Etnosentriske og stereotype holdninger kan være til stede både fra sykepleierens og fra minoritetspasientens side, og dette kan forårsake mistillit i sykepleier-pasient relasjonen (Alpers, 2016). Utfordringen skyldes blant annet at begge parter har forutinntatte eller fordomsfulle holdninger (Alpers, 2016). I følge Alpers er dette en form for «annengjøring» som kan være mer eller mindre bevisst. Gjennom «annengjøring»-prosessen, har partene tendens til å forstørre de tilsynelatende forskjellene mellom seg selv og den andre, og denne forutinntattheten kan bidra til skiller i helsehjelpen (Alpers, 2016).

I Alpers studie (2016), uttrykte minoritetspasientene at de i forkant av innleggelse på sykehus hadde stereotype holdninger til sykehuspersonalet ved norske sykehus. For eksempel uttrykte de at de hadde forventet å bli behandlet på diskriminerende og mindre likeverdige måte. Dette var noe de på forhånd hadde blitt fortalt de kunne forvente som etniske minoritetspasienter (Alpers, 2016). Ifølge Alpers, er det en tendens til at historier om dårlig behandling og diskriminering sirkulerer i det norske immigrantsamfunnet. Pasientenes erfaring fra sykehusopphold viste at deres forutinntatte holdninger som regel ikke stemte helt med virkeligheten (Alpers, 2016).

Flere av de utvalgte tidsskriftartiklene beskriver hvordan sykepleiernes etnosentriske eller stereotype holdninger kan være en utfordring i møte med pasientene (Markey et al., 2017; Hart & Mareno, 2013). De irske sykepleierne erkjente at de hadde etnosentriske, stereotype eller forutinntatte holdninger som var mer eller mindre bevisste, og at disse holdningene bidro til usikkerheten de erfarte. Tilstedeværelsen av slike holdninger ble av sykepleierne blant annet begrunnet med at kulturell diversitet var et forholdsvis nytt fenomen i Irland, og at de derfor hadde hatt begrenset med erfaring med etniske minoritetspasienter.

En kan da spørre seg om sykepleiere fra land med lang flerkulturell historie, slik som USA, i mindre grad er preget av etnosentriske og stereotype holdninger? Noen av de amerikanske sykepleierne mente at ethvert individ har stereotype holdninger, enten bevisst eller ubevisst, og dette kan representere en barriere mot å lære om eller være åpne for pasienter med annen kulturbakgrunn (Hart & Mareno, 2013). De mente at utilstrekkelig opplæring var en av årsakene til at de møtte pasientene med stereotype holdninger framfor med et tolerant og åpent perspektiv.

Ifølge Markey et al. (2017) var de irske sykepleierne genuint redde for å bli tatt for å være rasister. Samtidig uttrykte sykepleierne en manglende vilje til å utfordre sine holdninger fordi de da ville gått på tvers av en felles eksisterende forståelse mellom kollegaene. Noen av de amerikanske sykepleierne uttrykte at de var uvillige til å konfrontere og forsøke å endre sine holdninger (Hart & Mareno, 2013). De mente blant annet at pasienter fra andre kulturer og land først og fremst burde tilpasse seg den kulturen de hadde migrert til (Hart & Mareno, 2013). Markey et al. (2017) konkluderte med at kulturell kompetanse alene ikke vil gjøre sykepleierne mindre usikre og etnosentriske. De mente at det er behov for omforming av kjerneverdiene i sykepleieutdanningen som gjør sykepleierne i stand til å reflektere rundt egne personlige og profesjonelle holdninger. Dette er helt i tråd med Ramsdens modell for oppnåelse av kulturell trygghet, illustrert i figuren på side 21. Ifølge Ramsden (2002) utgjør en viktig del av sykepleierens utviklingsprosess å bli mer kultursensitiv, som blant annet innebærer en granskning av seg selv som bærer av egen livserfaring og virkelighet, og hvordan dette kan påvirke pasienten (Ramsden, 2002, s. 117).

Hart og Mareno (2013) stilte spørsmål ved om kultursensitivitet er noe som kan læres eller om det er et iboende trekk hos en person. På tross av at de ikke var sikre på om kultursensitivitet

kan læres, mente de at sykepleiers indre motivasjon for å undersøke egne verdier og oppfatninger er sentralt (Hart & Mareno, 2013). I likhet med Ramsden (2002), ville ikke Hart og Mareno anbefale en sykepleieutdanning med vekt på tilegning av kunnskap om brede kulturelle generaliseringer fordi det kan bidra til å vedlikeholde stereotype holdninger.

## 5 Konklusjon

Problemstillingen i oppgaven belyser hvilke kulturelle utfordringer sykepleiere står overfor i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Forskning som presenteres i oppgaven og som viser sykepleieres utfordringer knyttet til denne problemstillingen, drøftes med utgangspunkt i et sentralt teoretisk sykepleieperspektiv om kulturell trygghet i sykepleier-pasient relasjonen utviklet av Irihapeti Ramsden. Basert på litteratursøk og forskningsartikler ble de viktigste kulturelle utfordringene mellom sykepleier og minoritetspasienter strukturert i følgende tre kategorier: 1) Kommunikasjon og språkbarriere; 2) At sykepleier og minoritetspasienten kan ha forskjellig ståsted i forhold til ulike sykdoms- og behandlingssystemer; og 3) At sykepleier og pasient kan ha etnosentriske og stereotype holdninger.

Oppbygging av tillit og etablering av gode relasjoner er en viktig forutsetning både for at minoritetspasienter gjøres i stand til å medvirke og følge sykepleiers råd, og at sykepleieren kan nå pasienten med nødvendig informasjon. Misforståelser av verbal og nonverbal kommunikasjon kan medføre mistillit i forholdet mellom sykepleier og pasient. Sykepleiers forståelse for at pasienter kan kommunisere på en uvant måte relatert til eget kulturelt ståsted kan være mangelfull. Det at pasient og sykepleier ikke har et felles språk kan by på betydelige utfordringer i kommunikasjonen og oppbygging av et tillitsforhold som fremmer pasientens helse. På tross av at pasienter har en lovmessig rett til tolk, er det et underforbruk av tolketjenester innen norsk helsevesen. Underforbruket har flere årsaker.

Møtet mellom sykepleier og minoritetspasient kan bli utfordrende fordi de to partene har tilhørighet i hvert sitt sykdom- og behandlingssystem. Utfordringen forsterkes ytterligere ved at sykepleieren ikke er tilstrekkelig bevisst eller sensitiv i forhold til at ståstedene er forskjellige. Mangel på forståelse for forskjellene, kan medføre at sykepleier-pasient relasjonen blir skadelidende, og at pasienten ikke blir tatt på alvor. Det at sykepleieren opparbeider seg kunnskap om sykdomsoppfatninger og sykdomsatferd som er annerledes enn egne, er ingen ulempe i oppstart av dialog med pasienten. Det er likevel selve dialogen gjennom toveiskommunikasjon som er den avgjørende forutsetningen for at sykepleieren skal kunne formidle og pasienten skal kunne motta ønsket informasjon.

Etnosentriske og stereotype holdninger kan være til stede både fra sykepleierens og fra minoritetspasientens side, og dette kan forårsake mistillit i sykepleier-pasient relasjonen. I tråd med Ramsdens teori for oppnåelse av kulturell trygghet, bør det legges til rette for at sykepleieren gjøres i stand til å reflektere rundt forskjell i kulturelle ståsteder, egne personlige og profesjonelle holdninger, og hvordan dette kan påvirke pasienten.

## 6 Referanser

- Alpers, L.-M. (2018): Sykepleierens kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter. I Debesay, J. & Tschudi-Madsen, C. (Red.) *Migrasjon, helse og profesjon*. (s. 26-43). Oslo: Gyldendal.
- Alpers, L.-M. (2016): Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. *Nursing Ethics*, 25(3):313-323. DOI: 10.1177/0969733016652449
- Alpers, L.-M. & Hanssen, I. (2014): Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nurse Education Today*, <https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004>
- Dahl, Ø. (2013): *Møter mellom mennesker. Innføring i interkulturell kommunikasjon* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017): *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Debesay, J. & Tschudi-Madsen, C. (red.) (2018): *Migrasjon, helse og profesjon*. Oslo: Gyldendal.
- Eriksen, T.H. & Sajjad, T.A. (2011): *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanssen, I. (2016): Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G.H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring. Bind 3*. (3.utg.). (s. 81-103). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanssen, I. (2006): Intercultural communication in health care settings. I Dahl, Ø. Jensen, J. & Nynäs, P. (Red) *Bridges of understanding. Perspectives on intercultural communication*. (s. 141-153). Oslo: Unipub, Oslo academic press.
- Hart, P.L. & Mareno, N. (2013): Cultural challenges and barriers through the voices of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, <https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.vid.no/doi/full/10.1111/jocn.12500>
- Helsedirektoratet (2017): *Helsepersonells ansvar for god kommunikasjon via tolk*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/asylsokere-flyktninger-og-innvandrere/helsepersonells-ansvar-for-god-kommunikasjon-via-tolk>
- Helsedirektoratet (2009): *Migrasjon og helse. Utfordringer og utviklingstrekk*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2009-migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018): *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>



- Helse- og omsorgsdepartementet (2013): *Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester/id733870/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001): *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2019): *Innvandrerbefolkningen i Norge*. Hentet fra <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/innvandrere-og-integrering/innvandrerbefolkningen-i-norge/>
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2018): *Bestille tolk*. Hentet fra <https://www.imdi.no/tolk/bestille-tolk/>
- Karacuş, Z., Babadağ, R.N., Abay, H., Akyar, I. & Çelik, S.S. (2013): Nurses' views related to transcultural nursing in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 6(2), 201-207.
- Kolbjørnsen, I.E. & Engeland, L. (2016): Reduserer språkbarrierer på sykehus. *Sykepleien*. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2016.59420. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/11/sprakbarrierer-pa-sykehus>
- Kristoffersen, N.J. (2016): Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. Sykepleie – fag og funksjon. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G.H. (Red.) *Grunnleggende sykepleie* Bind 1. (3.utg.). (s. 139-191). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kumar, B.N. & Viken, B. (2010): *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kunnskapsdepartementet (2008): *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Le, C. (2013): *Når er «litt norsk» for lite? En kvalitativ undersøkelse av tolkebruk i helsetjenesten*. NAKMI rapport 2/2013. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2013/nar-er-litt-norsk-for-lite-nakmirapport-2-2013.pdf>
- Leininger, M. (eds.) (2001): *Culture Care Diversity and Universality. A Theory of Nursing*. Boston, Toronto, London, Singapore: Jones and Bartlett Publishers.
- Leseth, A.B. & Tellmann, S.M. (2018): *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Magelssen, R. (2008): *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene* (2.utg.). Oslo: Akribe.
- Markey, M., Tilki, M. & Taylor, G. (2017): Understanding nurses' concerns when caring for patients from diverse cultural and ethnic backgrounds. *Journal of Clinical Nursing*, DOI: 10.1111/jocn.13926
- Mehus, G., Bongo, B.A. & Moffitt, P. (2018): Important factors when communicating with Sami patients about health, illness and care issues. *Nordisk Sygeplejeforskning*, DOI: 10.1826/issn1892-2686-2018-04-04
- Norsk senter for forskningsdata (11. januar, 2019): *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Ramsden, I. (2002): *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipouramu*. Doktorgradsavhandling. Wellington: Victoria University of Wellington.
- Richardson, F.I. (2010): *Cultural Safety in Nursing Education and Practice in Aotearoa New Zealand*. Doktorgradsavhandling. Massey University, New Zealand.
- Statistisk Sentralbyrå (2019): *Innvandring*. Hentet fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- Statistisk Sentralbyrå (2018): *Samiske forhold*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/samisk>
- Statistisk Sentralbyrå (2018): *Samisk statistikk*. Hentet fra [https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/339026?\\_ts=16151cb7dd0](https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/339026?_ts=16151cb7dd0)
- Statistisk Sentralbyrå (2016): *Rekordmange mennesker på flukt*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/rekordmange-mennesker-pa-flukt>
- Store norske leksikon (13. mars, 2019): *Urbefolkning*. Hentet fra <https://snl.no/urbefolkning>
- Store norske leksikon (13. mars, 2019): *Etnisk gruppe*. Hentet fra [https://snl.no/etnisk\\_gruppe](https://snl.no/etnisk_gruppe)
- Store norske leksikon (11. mars, 2019): *Migrasjon*. Hentet fra <https://snl.no/migrasjon>
- Tufte, P.A. (2018): *Hvordan lese kvantitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- VID Vitenskaplige høyskole (2017): *Retningslinjer for akademisk oppgaveskriving på bachelor-, videreutdanning-og masternivå –APA*. Hentet fra <https://www.vid.no/site/assets/files/7525/retningslinjer-for-oppgaveskriving-apa-norsk-vid.pdf?lid9ac>
- Viken, B. & Magelssen, R. (2010): Kulturelle forskjeller og dialog. I *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.