



# Kulturutfordringer i sykepleiefaget

**HØYSKOLEN DIAKONOVA**

*Bachelor i Sykepleie*

**Modul 11: Bacheloroppgave**

**Kandidatnummer:** 227

**Antall ord:** 10291

**Dato:** 26.05.2017

**Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?**

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

**JA, jeg tillater (sett kryss)**

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning.....</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	4
1.2 Problemstilling .....	5
1.3 Hensikt og sykepleiefaglig relevans. ....	5
1.4 Avgrensing .....	6
1.5 Begrepsavklaring.....	6
1.6 Oppgavens oppbygning.....	7
<b>2. Metode .....</b>	<b>8</b>
2.1 Metodebeskrivelse .....	8
2.2 Litteratursøk og valgt forskningslitteratur .....	8
2.3 Kildekritikk.....	13
2.4 Annen kildekritikk.....	16
2.5 Forfatters forståelse.....	17
<b>3. Teori.....</b>	<b>18</b>
3.1 Madeleine Leiningers teori.....	18
3.2 Kulturbegrepet .....	19
3.2.1 Kulturell bevissthet .....	19
3.2.2 Kultur, helse og sykdom.....	20
3.3 Stereotypering og fordommer .....	23
3.4 Sykepleierperspektivet .....	24
3.5 Kommunikasjon .....	25
3.5.1 Bruk av tolk.....	26
3.6 Presentasjon av aktuelle lover.....	27
<b>4. Drøfting av problemstillingen.....</b>	<b>29</b>
4.1. Hvilken rolle spiller sykepleiers fordommer, holdninger og verdier.....	29
4.2 Utfordringer i møte med etnisitet og kultur.....	31
4.2.1 Kultur og kollektivistisk tankegang .....	31
4.2.2 Kulturell kunnskap.....	32
4.2.3 Kultur og sykdomsforståelse.....	34
4.3 Kommunikasjon og bruk av tolk.....	35
<b>5. Konklusjon .....</b>	<b>39</b>

**“If you judge people, you have no time to love them.”**

**— Mother Teresa**

## 1. Innledning

I dette kapittelet vil jeg legge frem bakgrunn for valg av tema, problemstillingen og oppgavens hensikt, samt gi en avgrensing, begrepsavklaring og en kort presentasjon av oppgavens oppbygging.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema.

I de senere år har innvandringen til Norge økt. Sist oppdatert 17. mars 2017, melder statistisk sentralbyrå at 13,8% av Norges befolkning representerer den etniske minoritetsgruppen. Dette har gitt Norge et stort kulturelt mangfold. Spesielt de siste årene har flyktingestrømmen økt til flere land i Europa, der i blant Norge. Dette har ført til at det i dag bor 883751 personer med innvandrerbakgrunn i Norge, i forhold til 655170 personer for bare fem år siden (statistisk Sentralbyrå, 2017).

Fra begynnelsen av det 21. århundret har vi sett en radikal forandring av en verden som blir knyttet tettere sammen. Kommunikasjon og handel har gjort at verdensdelene blir koblet sammen i større grad enn tidligere. I følge FN sine statistikker viser det seg at over 240 millioner mennesker lever utenfor sitt fødeland i dag. Dette tallet har vokst jevnlig siden 1960-tallet, og vil fortsette å stige (Eriksen & Sajjad, 2015).

Møtene med mennesker fra en annen kulturell bakgrunn er noe av det som gjør sykepleieryrket spennende (Hanssen, 2016). Jeg har stor interesse innenfor valgt tema. Jeg har selv reist mye og bodd i utlandet i perioder. Der har jeg fått kjenne på kroppen hvordan det er å være en etnisk minoritet. I løpet av mine praksisperioder har jeg vært i møte med flere pasienter fra ulike land og kulturer. Her har jeg observert og erfart at den etniske minoritetspasienten ofte blir en ”byrde” på avdelingen. Pasienten er ofte vanskelig å kommunisere med, noe som fører til frustrasjon for både sykepleier og pasient. Jeg mener at det er alt for lite undervisning om kulturell kompetanse og de utfordringene en møter på i møte med den etniske minoritetspasienten i løpet av studiet. Ved å kartlegge noen av utfordringene i møte med denne pasientgruppen, kan en se på hvilke områder en trenger mer undervisning og kompetanse. Dette for å gi

denne pasientgruppen et likeverdig helsetilbud og møte, som en hvilken som helst pasientgruppe i Norge. Personlig ønsker jeg også å øke min kulturelle kompetanse, som jeg ønsker å ta i bruk i mitt yrkesliv som sykepleier.

## 1.2 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleier bidra til at den etniske minoritetspasienten opplever seg ivaretatt?*

## 1.3 Hensikt og sykepleiefaglig relevans

Som sykepleier møter en på alle mulige typer pasienter, dette inkluderer også den etniske minoritetspasienten. Mangel på interkulturell kompetanse (se begrepsavklaring) kan skape problemer i forholdet mellom sykepleier og pasient (Bøhn & Dypedahl, 2009). Et av grunnlagene for utførelse av sykepleie er de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Der står det i 2.3 at sykepleieren skal ivareta den enkeltes pasients behov for helhetlig omsorg. Videre i 2.4 at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet for å kunne ta selvstendige avgjørelser. Dette ved å gi pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og sørge for at informasjonen som er gitt har blitt forstått (Brinchmann, 2012).

Vi bor i en verden som en kan hevde ”stadig blir mindre”, og i et land med mangfold av kulturer (Bøhn & Dypedahl, 2009). Plikten til å yte likeverdig helsehjelp er blant annet forankret i kommunehelsetjenesteloven § 1 og helseforetaksloven § 1. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse skriver at en migrantvennlig helsetjeneste verdsetter mangfold ved å godta at mennesker fra ulike bakgrunner er i prinsippet likeverdige medlemmer av samfunnet (Helsedirektoratet, 2009). Med dette ønsker jeg å finne ut av hvordan sykepleier kan hjelpe minoritetspasienten til en opplevelse av ivaretagelse på sykehus.

## 1.4 Avgrensning

I oppgaven velger jeg å fokusere på pasienten med etnisk minoritetsbakgrunn utenfor Europa, innlagt på sengepost på sykehus. Pasienten er voksen, enten mann eller kvinne, og har ingen bestemt sykdom. Pasienten er førstegenerasjonsinnvandrere og er ikke flytende i det norske språket.

Jeg ønsker å fokusere på den helhetlige kulturforskjellen som preger pasienten.

Jeg fant mye relevant teori innenfor tema, men for å avgrense oppgavens omfang har jeg valgt å belyse følgende: holdninger og fordommer hos sykepleier, kommunikasjon og kultur. Jeg velger å ikke gå inn på en rekke relevante temaer som pasientens alder, kjønnsroller, tidsbruk, verdiforskjeller, ulike kulturer, religion, kosthold, pasientrollen, forskjellige sykdommer og opplevelse av smerte. Jeg finner ikke det diakonale perspektivet relevant for min problemstilling (Modulprogram 11). Jeg har valgt å ta med familiens rolle der jeg finner det relevant, men går ikke i dybden. Jeg har også valgt å definere noen aktuelle begreper i teksten og noen i begrepsavklaringen.

## 1.5 Begrepsavklaring

Interkulturell kompetanse kan forklares som evnen til å utøve god og hensiktsmessig kommunikasjon med mennesker som har en annen kulturell bakgrunn (Bøhn & Dypedahl, 2009).

Etniske minoriteter er en gruppe som er i mindretall i et storsamfunn. Denne gruppen er politisk relativt avmektig. Etniske minoriteter i Norge kan være samefolket, flyktninger, innvandrere og deres utvidede familie (Eriksen & Sajjad, 2015).

Transkulturell sykepleie har blitt definert som et formelt studie og utførelse av sykepleie. Fokuset er på omsorg, forskjeller og likheter av forskjellige trosretninger, verdier og forskjellige kulturelle livsstiler som skal forsørge meningsfull helsehjelp til alle type mennesker (Leininger & McFarland, 2002).

Holisme beskrives som helhetsforståelse av menneske og er en livsoppfatning som vil si at alle deler av menneskets natur må ivaretas (Odland, 2012).

## **1.6 Oppgavens oppbygging**

Denne oppgaven innledes med en metodedel hvor jeg presenterer litteraturstudiet jeg har valgt, med en gjennomgang av funnene jeg har valgt å bruke i oppgaven. Til slutt kommer en vurdering av kildene i form av kildekritikk. I teoridelen vil jeg presentere relevant litteratur, sykepleieteori, lover og etiske retningslinjer. I drøftningsdelen legges det frem bruk av egne refleksjoner og tanker rundt problemstillingen ut i fra forskning og teori. Avslutningsvis konkluderer jeg med mulige forbedringer og resultater fra drøftningen.

## 2. Metode

I metodekapittelet vil jeg gi en beskrivelse av hvordan jeg har jobbet med oppgaven. Jeg presenterer mine forskningsfunn og søkemetoden for hvordan jeg har funnet disse, samt at jeg tar for meg kildekritikk.

### 2.1 Metodebeskrivelse

I følge Dalland (2012) er metode det redskapet vi kan bruke i møte med noe vi vil utforske eller finne ut av. Metoden hjelper oss til å samle inn den informasjonen vi trenger til det vi ønsker å undersøke.

For å finne svar på problemstillingen min har jeg valgt å gjøre et litteraturstudium. Denne metoden vil gi meg en oversikt over hvilken kunnskap som allerede eksisterer. Et litteraturstudium er en systematisk gjennomgang av litteraturen som allerede finnes rundt en valgt problemstilling eller problemområde. Deretter utføres en kritisk gjennomgang av kunnskapen fra skriftlige kilder, og en sammenfatning av dem med drøftning og en avsluttende konklusjon (Dalland, 2012).

Tradisjonelt er det to forskningsmetodiske retninger; en kvalitativ tilnærming og et kvantitativ tilnærming. Kvalitativ metode går ut på å fange opp opplevelse og meninger som ikke lar seg måle eller telles. Det er en dybdemetode som tar sikte på å formidle forståelse. Kvantitativ tilnærming går ut på å gi mer konkret data i form av målbare enheter (Dalland, 2012).

### 2.2 Litteratursøk og valgt forskningslitteratur

Gjennom denne oppgaveskrivingen har jeg samlet data og benyttet meg av både pensumlitteratur og en del valgfri litteratur som jeg fant på skolen. For å finne relevante artikler benyttet jeg meg av sykepleien.no, Swemed+, og PubMed. Jeg så også på tidligere bacheloroppgaver innenfor tema for inspirasjon. Kriteriene jeg satt for hvilke forskningsartikler jeg brukte var basert på hvilken relevans artiklene hadde for oppgaven. De skulle passe for problemstillingen og være innenfor avgrensingen.



Samtidig så jeg på hvor gammel forskningen var, og om dette hadde noen påvirkning på kvaliteten på studiet.

Lovene jeg brukte ble søkt opp på lovdatas hjemmesider, og relevant statistikk fant jeg på statistisk sentralbyrå.

*”Minority ethnic patients in the Danish healthcare system- a qualitative study of nurses experiences when meeting minority ethnic patients”* (Nilsen & Birkelund, 2009).

Denne artikkelen fant jeg på SweMed+. Jeg brukte søkeordene ”minority , ethnic and patients”. Der kom det opp 17 treff. Jeg gjorde en rask gjennomgang av artiklene før jeg valgte denne artikkelen som relevant for oppgaven. Jeg fant det spesielt interessant at det var et studie som var utført i et skandinavisk land.

Artikkelen tar utgangspunkt i et kvalitativ studie, hvor fire sykepleiere med minst fem års arbeidserfaring ble intervjuet og observert. Bakgrunnen for studiet var å undersøke sykepleierens erfaringer og opplevelse i møte med den etniske minoritetspasienten, for å deretter utvikle et fundamentalt grunnlag for grundig utførelse av sykepleie til den etniske minoritetspasienten. Det kom frem at sykepleierne fokuserte på utfordringer ved kommunikasjon, smerte, matvaner og kultur.

Spesielt språkutfordringer var nøkkelen til miskommunikasjon, irritasjon og overbruk av ressurser. Samtidig var det store utfordringer ved bruk av tolk. Istedenfor å bruke tid på å innkalle en tolk ble familien brukt, der i blant barn.

Resultatet av forskningen viser at sykepleierne som var med i undersøkelsen har forskjellige holdninger overfor pasientene, som påvirket hvordan møtet med dem ble. Det kom blant annet frem at etniske minoritetspasienter har et annet syn på sykdom enn etnisk danske pasienter, og at dette skapte misforståelser mellom sykepleier og pasient. Det ble anbefalt at avdelingen burde skrive ut noen felles ”regler” for å bedre omsorgen og behandlingen til denne pasientgruppen.

*”Meeting the needs of minority ethnic patients”* (Cortis, 2004).

Denne artikkelen fant jeg på PubMed. Jeg brukte søkeordene: ”minority ,ethnic patients and needs.” Jeg fikk opp 391 treff. For å korte det ned la jeg til ”nursing”, og

fikk 75 treff. Der kom det mange artikler som var retta mot områder jeg ikke ville gå inn i, så jeg la til ordet "Hospitale". Der fant jeg en artikkel som het "Caring as experienced by minority ethnic patients." Jeg så at den ikke var aktuell, men i sidelinjen var det en liste over liknende artikler, og da kom jeg over den utvalgte.

Dette er en kvalitativ studie hvor 30 sykepleiere ble intervjuet og observert. Bakgrunnen for artikkelen var å undersøke sykepleierens erfaringer og opplevelse ved å utøve sykepleie til den pakistanske pasienten i Storbritannia. Resultatet av undersøkelsen viser at det er et større behov for å utvikle holistisk sykepleie til etniske minoritetspasienter. Kulturbegrepet er en mangel i den holistiske tankegangen til sykepleierne, som bunner i mangel på forskning og undervisning. Samtidig kom det frem at kulturforskjeller kan skape både irritasjon og misforståelser. Blant annet familie og venners rolle i pasienten sykdomsfase. Også denne forskingen viste at språkproblemer, matvaner og smerteopplevelse var noen av hovedutfordringene i møte med minoritetspasienten. Videre kan jeg sammenligne resultatet av forskningen med andre forskningsresultat innenfor samme tema.

*"Educational needs of nurses when nursing people from different culture in Ireland"* (Tuohy, McCarthy, Cassidy & Graham, 2008).

Denne artikkelen fant jeg på PubMed med å bruke søkeordene "Nurses, education, need, patients, Europe." Jeg fikk 110 treff. Jeg ønsket å finne ut om det var noen forskning om utdanning hadde noe å si for sykepleiers møte med den etniske minoritetspasienten. Jeg fant fort ut at det var få artikler som tok utgangspunkt i utdanning om den etniske minoritetspasienten på sykehus. Så da jeg så denne overskriften og leste introduksjonen fanget den oppmerksomheten min.

Irland har i likhet med Norge hatt en kraftig økonomisk vekst siden 1980-tallet. Dette har blant annet forårsaket en kraftig vekst av immigranter. Dette er en kvalitativ forskning som inkluderer sju sykepleiere. Målet var å finne ut hvilke kunnskapsbehov som trengs i møte med den etniske minoritetspasienten.

Det var en rekke funn i undersøkelsen. Språkvansker, fordommer mot minoritetspasienten og kulturforskjeller kom frem som hovedutfordringene. En av sykepleierne utalte at når du ikke forstår en pasient, blir fokuset på problemet og

pasientens diagnose istedenfor på pasienten selv. Her og viser det seg at det er et problem å få tak i tolk. Når det var problemer med å få tak i tolk, ble familien brukt, dette inkluderte også barn.

Resultatet av undersøkelsen viser at konseptet kulturell bevissthet ikke er et nytt tema i seg selv, men har et stort utviklingspotensial på sykehus. Spørsmålet som ble stilt var om det er rett å påtvinge minoritetspasientene den irske kulturen? Videre kom det frem at helsevesenet hadde utfordringer med å gi god kulturell kunnskap til sykepleierne. Noe som er en viktig faktor for å møte pasientene på en holistisk måte, uavhengig av etnisitet.

*”Transcultural nursing: Its importance in nursing practice”* (Maier-Lorentz, 2008). Denne artikkelen fant jeg på PubMed ved å bruke søkerdene ”transcultural nursing”. Jeg fikk 3616 treff. Jeg ønsket å finne en artikkel om Madeleine Leiningers transcultural nursing-teori. I sidemargen under søket var det en kategori som heter ”related searches”, hvor jeg fant linken til den brukte utartikkelen. Der var jeg nede i 59 treff. Jeg valgte denne artikkelen fordi den var relevant i forhold til det jeg ønsket å finne. Andre artikler i samme treff handlet mer om pasientgrupper fra spesifikke forskjellige land eller var rettet mot jordmor eller intensivavdelinger.

Den valgte artikkelen tar for seg viktigheten av transcultural nursing, og utfordringene i møte med den etniske minoritetspasienten. Videre identifiserer den de faktorene som definerer transcultural nursing. Leilinger mener at begrepene berøring, stillhet, avstand og nærhet og forskjellige sykdomsforklaringer er kulturelt betinget, og sykepleier trenger kunnskap om begrepene for å kunne utøve god individuell sykepleie.

Resultatet av undersøkelsen viser at transkulturell sykepleie er essensielt i utførelsen av god sykepleie på bakgrunn av den stadig voksende pasientgruppen. Med bakgrunn i mangelen på kunnskap om denne pasientgruppen, må sykepleierne ha en åpen holdning og interesse for å utvikle seg innenfor feltet. Det er fortsatt behov for videre forskning for å utvide kunnskapsbasen innenfor tema. Spesielt innenfor sykepleiers kunnskap om forskjellige kulturelle perspektiver.

*”Når pasienten snakker lite Norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester” ( Le, Kale, Jareg, Nirmal & Kumar, 2013).*

Denne artikkelen fant jeg igjennom databasen SweMed+. Jeg brukte søkeordet ”innvandrere”, og fikk 401 treff. Da jeg la til ”pasienter” kom jeg ned til 29 treff. Artikkelen kom høyt opp på listen og overskriften fanget oppmerksomheten min.

Artikkelen er basert på et kvalitativt studie som ble utført ved to fokusgruppeintervjuer. Den ene fokusgruppen bestod av fem voksne pasienter fra Vietnam, som hadde vært pasienter ved Oslo Universitetssykehus. Den andre fokusgruppen bestod av seks helsearbeidere fra samme sykehus. Dette var en lege, en psykolog, to sykepleiere, en jordmor og en sosionom. Alle de fem pasientene hadde behov for tolk, noe som ikke ble benyttet. Artikkelen tar for seg behovet for tolketjeneste i helse og omsorgssektoren, og hvorfor det fortsatt er underbruk av tolketjeneste. Det er helsearbeideren alene som tar vurderingen av behovet for tolk på sykehus, og det viser seg at pasientene sjelden har informasjon om egne rettigheter. Samtidig viser det seg at helsepersonellet sliter med å finne tilstrekkelig informasjon om de tilbudene som finnes.

Resultatet av undersøkelsen viser at helsevesenet bryter helselovgivning og prinsippene innenfor likeverdige helsetjenester på grunn av det store underforbruket av tolketjeneste på sykehus. Videre burde de ansatte fått bedre opplæring i hvordan å kontakte og ta i bruk tolketjenesten. Dette vil også trolig endre personalets holdinger til bruk av tolk. Dokumentasjon og obligatoriske vurderinger burde videre blitt pålagt for å ivareta pasientsikkerheten ved bruk av tolk.

Jeg har også valgt å inkludere en fagartikkel fra sykepleien.no i oppgaven, der jeg har tatt ut noen viktige momenter som bygger opp under annen valgt teori.

*”Generell sykepleie: Hva sier begrepet transkulturell sykepleie om vår virkelighetsoppfatning” (Magelssen, 2009).*

Denne fagartikkelen fant jeg på sykepleien.no ved å bruke søkeordene ”transkulturell sykepleie”. Der fikk jeg fem treff. Jeg gjenkjente forfatteren av artikkelen, og visste dermed at det var en troverdig kilde. Artikkelen fokuserer på Leiningers teori om transkulturell sykepleie.

*”sykepleiere trenger flerkulturell kompetanse”* (Rødal, 2009).

Denne fagartikkelen fant jeg ved å bruke søkeordet ”flerkulturell kompetanse”. Jeg fikk opp 14 treff. Forfatteren er selv sykepleier og har mye erfaringer rundt tema som omhandler den flerkulturelle pasienten.

## 2.3 Kildekritikk

Dalland (2012) understreker at man må bruke kildekritikk for å fastslå om en kilde er troverdig eller sann. Dette gjøres ved å lese den aktuelle kilden med et kritisk blikk, og å vurdere kilden som blir benyttet nøye. Når jeg har lest relevant forskning har jeg stilt følgende kriterier: Relevans for tema, pålitelighet, gyldighet, når aktuell forskning ble gjort og hvordan jeg kan overføre relevant forskning til mitt litterære studie. Mange av artiklene er fra andre vestlige land hvor kulturen innad i landet og sykepleierkulturen kan være noe annerledes enn i Norge. I hvor stor grad dette faktisk preger forskningsresultatet er usikkert, men jeg vil nevne det som en mulig forstyrrelse.

*”Minority ethnic patients in the Danish healthcare system- a qualitative study of nurses experiences when meeting minority ethnic patients”* (Nilsen & Birkelund, 2009).

Denne undersøkelsen fra Danmark tok utgangspunkt i et lite kvalitativt studie med fire deltakere. Dette kan være en svakhet i og med at det er en liten gruppe i forhold til antall ansatte på et sykehus. Samtidig var fem års arbeidserfaring et av kriteriene for å delta i undersøkelsen, noe som betyr at intervjuobjektene har mye relevant kunnskap og arbeidspraksis.

Undersøkelsen indikerte at problemets omfang ikke nødvendigvis var sykepleierrelatert, men linket til et generelt perspektiv av integrering i samfunnet. Denne påstanden drar fokuset bort fra et sykepleiefaglig fokus, men jeg mener likevel at det kan være en nyttig innfallsvinkel til problemstillingen. Selv om forskningen ble

gitt ut i 2009 ser jeg på den som relevant i tiden vi er i nå, i og med at antallet minoriteter har økt siden 2009 i Skandinavia.

*”Meeting the needs of minority ethnic patients”* (Cortis, 2004).

Denne undersøkelsen gjaldt den pakistanske pasienten som en gruppe. Selv om jeg ikke har valgt noen spesifikk etnisk gruppe, omtaler artikkelen viktige temaer innenfor min valgte problemstilling. En svakhet er at forskningen er fra 2004, og det kan ha skjedd endringer etter dette. Samtidig ligner artikkelen på forskningen jeg brukte fra Danmark, med noen års mellomrom. Jeg ønsket derfor å se om det var noen store forskjeller i resultatet, både i forhold til landegrenser, og det tidsrommet forskningen ble utført i. Undersøkelsen ble utført av 30 sykepleiere, fra tre forskjellige kliniske settinger, noe som gir undersøkelsen et stødig underlag. Ettersom resultatet er i samsvar med andre artikler jeg fant, ser jeg på den som en troverdig kilde.

*”Educational needs of nurses when nursing people from different culture in Ireland”* (Tuohy, Mccarthy, Cassidy &Graham, 2008).

Denne undersøkelsen tok også utgangspunkt i få intervjuobjekter, noe som kan være en svakhet. På den andre siden jobbet sykepleierne på forskjellige avdelinger på sykehuset, noe jeg syntes var interessant. En annen motforestilling til undersøkelsen er at datainnsamlingen bare var innhentet fra én region. Det er dermed mulig at resultatet på undersøkelsen hadde vært forskjellig i andre deler av landet.

Undersøkelsen på likhet med de tidligere nevnte er utført utenfor Norge, noe som kan spille inn på resultatet og dermed min konklusjon. Sett bort i fra det, har Irland mange likhetstrekk med Norge når det kommer til økonomisk vekst og flyktningstrøm.

*”Transcultural nursing: Its importance in nursing practice”* (Maier-Lorentz, 2008).

Denne artikkelen som omhandler Leiningers transkulturell sykepleieteori, tar ikke utgangspunkt i et tradisjonelt forskningsbasert studie, men viser til Leiningers egen forskning på tema. På bakgrunn av dette satte jeg spørsmålstegn ved om det var en troverdig forskning. Etter samtale med både veileder og bibliotekar kom jeg frem til at på bakgrunn av at artikkelen er fagfellevurdert anser jeg den som en troverdig og god kilde. I og med at artikkelen er fra 2008 kan forskningen innenfor selve teorien ha utviklet seg, men jeg så likevel tematikken i artikkelen som relevant for oppgaven.

*”Når pasienten snakker lite Norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester” (Le, Kale, Jareg, Nirmal & Kumar, 2013).*

Denne undersøkelsen tok utgangspunkt i å intervju pasienter som alle hadde vært innlagt på sykehus, og som alle hadde hatt behov for tolk, men ikke fått det. Jeg syntes det var spennende å ta for meg en forskning sett fra både behandler og pasientens ståsted. Artikkelen er utført i Norge, noe som styrker artikkelens relevans. Kritikverdige er artikkelens fokus som er veldig spisset på et tema som allerede blir stadfestet i tittelen ” underforbruk av tolk”. Dette forteller meg at problemstillingen blir generalisert til å være en absolutt, selv om undersøkelsen blir utført på kun ett sykehus.

All forskningen jeg har brukt i oppgaven er kvalitativ. Dette kan være en svakhet fordi utvalget av kandidater er lite, og man kan ikke måle hvor representativt dette er i det store bildet. Det er ikke mulig å generalisere resultatene, siden studiene er individu- og kontekstavhengige. Men på den andre siden kan jeg måle de kvalitative studiene som har samme utgangspunkt opp i mot hverandre. Den kvalitative forskningen går også i dybden med den hensikt å finne utdypende svar på problemstillingen.

Samtidig er forskningen jeg har brukt i tidsrommet fra år 2004 til 2013. Det er vanskelig å si om dette har noe å si for svaret på problemstillingen. Men ettersom jeg gjenkjenner mange av problemstillingene som kommer frem i forskningen, i tillegg til at pensumlitteraturen peker på de samme temaene, ser jeg på det som troverdige kilder også i dag.

## **2.4 Annen kildekritikk**

Jeg har benyttet meg av pensumlitteratur fra bachelorstudiet i sykepleie ved Høyskolen Diakonova. Her fant jeg litteratur som omhandlet den etniske minoritetspasienten. Siden disse bøkene er akseptert som pensumlitteratur ved Høyskolen ser jeg på de som troverdige kilder.

Ellers har jeg brukt annen relevant litteratur som jeg fant på skolen.

”Transcultural nursing” (Leininger & McFarland, 2002).

Dette er den tredje og siste utgaven av denne boken. Den reviderte utgaven går helt tilbake til 2002, noe som kan være en svakhet for teorien om transkulturell sykepleie som har vært i utvikling siden da. Likevel er dette den største og mest sammensatte presentasjonen av transkulturell sykepleie som noen gang er skrevet. Det at Leininger selv er en av forfatterne gir meg en primærkilde, noe som er en styrke for oppgaven. Fordi det er en engelsk tekst, vil jeg stille meg kritisk til min egen oversettelse. Jeg kan ha mistolket, og oversettelsen blir dermed ikke helt korrekt. På den andre siden er det en fordel å lese boken på det originale språket den blir utgitt på. I en oversettelse omformuleres og gjenskapes en skrevet tekst, dette kan føre til at noe av budskapet forsvinner.

”Kultursensitivitet, om å finne likhet i forskjellene” (Hanssen, 2008).

Dette er den andre og siste utgaven av denne boken. Selv om utgaven er ni år gammel, anser jeg denne som relevant fordi utgaven ikke har blitt oppdatert. Boken inneholder viktige og oppdaterte temaer som kunnskap om kultur og holdning, kommunikasjon, tolk og hvordan Norge blir berørt av migrasjon og innvandring.

”*Profesjonsøvelse og kulturelt mangfold- fra utsikt til innsikt*” (Otterstad, 2008).

Dette er første og eneste utgave av denne boken som også er ni år gammel. Boken er rettet mot flere profesjoner enn sykepleie. Selv om boken er rettet mot flere yrker, var det et kapittel som het ”flerkulturell sykepleie”. Dette kapitlet var relevant for oppgaven, og i tillegg setter forfatteren ord på en rekke viktige begreper.

”*Minoritetsperspektiver i sosialt arbeid*” (Østby, 2011).

Dette er første og eneste utgaven av boken som ble utgitt for seks år siden. Målgruppen for boken var blant annet studenter ved helse og sosialarbeiderutdanninger, samt andre velferdsutdanninger. En av bokens tre hovedområder, ”livsløp, sårbarhet og likeverdige tjenester”, stakk seg ut som et implementerende tema for oppgaven. Fordi boken er gitt ut av Universitetsforlaget, anser jeg den som troverdig.



## 2.5 Forfatters forståelse

Som forfatter av denne bacheloroppgaven stiller jeg meg kritisk til mitt eget engasjement knyttet til tema. Jeg må hele tiden passe på å ikke ha for sterke meninger knyttet til mine egne opplevelser og tanker rundt tema. Jeg stiller meg også kritisk til min oversettelse ved bruken av engelske forskningsartikler, selv om jeg anses å være relativt sterk i det engelske språket.

### 3. Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere den teorien jeg har valgt å bruke i oppgaven. Jeg begynner med å legge frem Leiningers sykepleierteori, som har relevans for tematikken i oppgaven. Deretter tar jeg for meg kulturbegrepet, helse og sykdom, sykepleiers stereotypering og holdninger, sykepleiefaglig relevans, kommunikasjon og tolkebruk. Avslutningsvis presenterer jeg aktuelle lover.

#### 3.1 Madeleine Leiningers teori

Madeleine Leininger (1925-2012) var en amerikansk sykepleier og antropolog. Hun har forsket og skrevet mye om transkulturell sykepleie, og hvilken relevans den har for utøvelsen av sykepleie og for sykepleieutdanningen. På 1950-tallet begynte Leininger å utvikle en sykepleieteori kalt ”Transcultural nursing”, og var senere den første sykepleieren til å utvikle noe som ble kalt ”Cultural care theory”. Denne teorien omhandler det kulturelle perspektivet på omsorg (Leininger & McFarland, 2002).

Leininger mente at omsorg er selve kjernen og et sentralt fokus i sykepleie på tvers av kulturer. Omsorg er helt nødvendig for helse, velvære, helbredelse, vekst og opplevelsen i møte med døden. Samtidig oppdaget Leininger at kulturforståelse var avgjørende i møte med mennesket, i og med at kultur er noe som kjennetegner mennesket. Et av hovedformålene med transkulturell sykepleie er å fremme og opprettholde menneskets behov for kulturell omsorg. Samtidig har formålet vært å forberede en ny generasjon av sykepleiere som har kunnskap, er sensitive, kompetente og trygge i rollen med å pleie mennesker som har forskjellige levemåter. Dette inkluderer trosretninger og verdier (Leininger & McFarland, 2002).

Sykepleiere som er forberedt på å møte den etniske minoritetspasienten, kan lettere identifisere hvilke behov som er til stede, og dermed forsørge de behovene. Leininger skriver at kultursjokk, mangel på trygghet, og begrenset kunnskap ikke er uvanlig blant sykepleiere og helsepersonell når det kommer til møte med den etniske minoritetspasienten (Leininger & McFarland, 2002). Leininger legger vekt på at det finnes både likheter og forskjeller mellom ulike grupper. Sykepleier skal kunne bruke

flerkulturell kompetanse til å utøve god hensiktsmessig og helhetlig sykepleie til individer, deres familie, grupper og samfunn med minoritetsbakgrunn. I følge henne er kulturkunnskap nødvendig for å kunne ha en sensitiv holdning overfor pasienten (Leininger & McFarland, 2002).

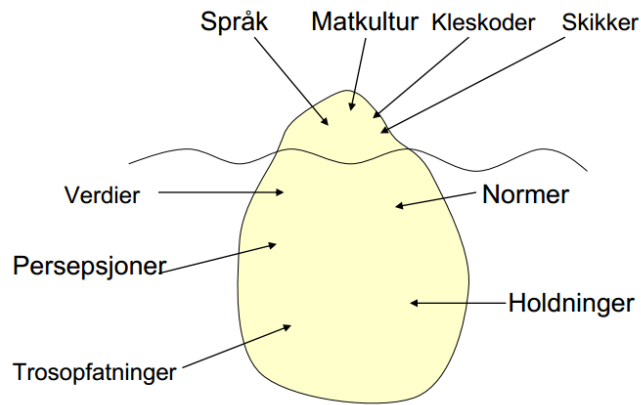
## 3.2 Kulturbegrepet

Kulturbegrepet kan være vanskelig å definere, og det finnes ikke en universell enighet om hva kultur er. Man kan krysse kulturgrenser ikke bare geografisk, men også ved å bevege oss i det sosiale landskapet. Jeg har valgt å belyse Magelssen (2008) sin definisjon på kultur: *”De kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn.”* Denne definisjonen er relevant for oppgaven, og Magelssen ser på kulturbegrepet som noe som rommer både tanker, handlinger og følelser.

### 3.2.1 Kulturell bevissthet

Mennesker tolker kultur på forskjellige måter, og selv mennesker fra samme kulturelle bakgrunn kan handle på ulike måter. Begge parter kan ofte rettferdiggjøre sine handlinger ut i fra samme kulturelle verdier (Magelssen, 2008). Mange nordmenn har den formening at innvandrere i Norge skal tilpasse seg den norske kulturen så fort som mulig og ”bli en av oss” (Rødal, 2012).

Hver enkelt minoritetspasient må slippe å bli møtt som en representant for sin kultur eller folkegruppe. Han eller hun må få tillatelse til å få være seg selv med sitt livssyn, tro, kunnskap, forståelse og verdier (Hanssen, 2007). Det er ikke umiddelbart lett å forstå hvordan usynlige elementer i en kultur er med på å påvirke samhandlingen og kommunikasjonen. For å illustrere disse forskjellene, kan man se kultur som et isfjell. De elementene som er synlige ligger over vannoverflaten, mens de mentale elementene ligger skjult under overflaten.



(Bøhn & Dypedahl, 2015).

I motsetning til Skandinavia hvor vi lever i et individuelt samfunn, tilhører mange etniske minoriteter et kollektivistisk samfunn. Et kollektivistisk samfunn er en sosial organisasjon med sterke bånd mellom individet og den utvidede familie (Hanssen, 2007). Skandinaviske besøkende forlater som regel rommet når pasienten skal få fysisk behandling eller pleie. Voksne fra vestlig bakgrunn har sjelden folk rundt seg døgnet rundt, med mindre situasjonen er svært kritisk. Dette er i motsetning til den etniske pasienten der ”vi”-begrepet er svært sterkt. Familien ønsker eller er pliktet til å være tilstede med pasienten under sykehusoppholdet døgnet rundt. Familien ønsker å ivareta pasientens behov og utøve omsorg. Det er ikke alltid lett for den skandinaviske sykepleieren å forholde seg til pasientene som til stadighet er omkranset av besøkende. Dette kan komme i veien for det vi lærer om å gi god individuell sykepleie til hver enkelt pasient (Hanssen, 2007).

Dersom sykepleier viser at hun eller han har kunnskap om den etniske minoritetspasientens kulturelle bakgrunn og religion, vil dette være med på å møte den enkelte pasient med omsorg, respekt og forståelse. Dette vil bidra til et positivt møte med helsevesenet (Hanssen, 2007).

### 3.2.2 Kultur, helse og sykdom

I Sosial og Helsedirektoraters veileder ”Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger” står det; *”Helsetjenesten skal søke å verne om innvandrers helse med respekt for hvert enkelt egenart, kulturelle og religiøse bakgrunn og søke å styrke den enkeltes mulighet for egenomsorg”* (Magelssen, 2008).

Begrepet "helse" er opprinnelig et gammelnorsk ord og betyr sunnhet. Helsebegrepet defineres av Eide & Eide (2012) som fravær av sykdom og lidelse, samt positive kvaliteter som opplevelse av helhet, framgang og lykke.

Sykdomsbegrepet kan variere, og dermed kan det kan være nyttig å ha kunnskap om skillet mellom de engelske begrepene; disease og illness for å forstå pasienten (Eriksen & Sajjad, 2015). Disease henviser til en spesifikk sykdom eller en svekket funksjon i de biologiske eller psykologiske prosessene (Hanssen, 2007). Når legen stiller diagnosen, er det fordi han har funnet frem til en disease (Eriksen & Sajjad, 2015). Illness henviser til den subjektive opplevelsen, altså opplevelsen pasienten har av det å være syk, og dette former sykdomsopp-levelsen og atferden.

Alle kulturelle grupper har sine meninger og teorier på det som forårsaker disease. Noen kulturer fokuserer like mye på illness-begrepet som på disease-begrepet. Personens sykdomsopplevelse blir like viktig som den objektive sykdomstegnene (Hanssen, 2007). Uansett om man er opptatt av spesifikke symptomer, eller generelle følelser i kroppen som gir mindre spesifikke symptombeskrivelser, utgjør symptomene en kulturell kategori. Eksempelvis blir diagnosen depresjon i Kina kategorisert som en somatisk sykdom, mens den i den vestlige verden blir kategorisert som en psykologisk tilstand. Hvordan en forholder seg til sykdommen varierer, ettersom en har forskjellig sykdomsforståelse og oppfatning om sykdomsårsaken. I tillegg er opplevelse av sykdom alltid individuell (Hanssen, 2007).

De forskjellige oppfatningene av sykdom må sees i sammenheng med den religiøse, sosiale, kulturelle, politiske og økonomiske konteksten de opptrer i (Eriksen & Sajjad, 2015). Synet en har på sykdom er altså nært knyttet til personens kulturbakgrunn, religion, livssyn, utdanning og personlige erfaringer. Hvert individs tolkning og kulturelle forståelse av sin egen sykdom kan til og med påvirke den fysiske reaksjonen på medisinsk behandling (Hanssen, 2007).

Psykiatriske og somatiske symptomer er stort sett tilegnet gjennom læring. Fra vi er små utvikler vi et mønster for hva vi legger vekt på om vi ikke føler oss vel. Dette innebærer hvilke symptomer en legger merke til og hvilke en overser, og hvordan en

reagerer på symptomene. Dette har en sammenheng med ulike sykdomsforklaringer. Forskjellige kulturer har forskjellige oppfatninger om hva som forårsaker sykdom.

Antropologen og legen Cecil Helman, gjengitt av Eriksen & Sajjad (2015), forteller om fire kategoriske sykdomsforklaringer:

1. Årsaken forårsakes av det enkelte individs valg. Eksempelvis dårlig kosthold, røyking og alkohol.
2. Sykdomsårsak finnes i naturen. Klimaendringer, bakterier, virus, allergier og miljøforurensinger.
3. Sykdomsårsak i den sosiale verden. Sykdomsårsaken skyldes på andre mennesker. Eksempelvis om noen får migrene etter å ha vært i en sosial setting. Her kommer også de som mener de har fått sykdommen på grunn av svart magi eller trolldom forårsaket av andre.
4. Sykdomsårsak som grunner i den overnaturlige verden. Dette innebærer å få en sykdom av Gud eller djevelen, andre ånder eller forfedre. Dette tar bort menneskets skyld for egen sykdom

Helsepersonell og pasient kan ha to forskjellige oppfatninger av hva sykdom er. Det kan være lett å ta sin kulturelle behandlingsform og syn på sykdom som en selvfølge. Videre kan pasienten og sykepleieren ha to forskjellige forventninger til sykdomsforløpet, og dette kan skape usikkerhet for begge parter. En norsk sykepleier i møte med en minoritetspasient forteller at hun har erfart at pasienten ikke forstår viktigheten av å stå opp av sengen og å komme seg i aktivitet. Fra pasienten sin side var hun syk, så dermed ville hun ligge og hvile og bli pleiet i sengen (Hanssen, 2007). Den indiske forskeren Bhanunmathi, gjengitt av Hanssen (2007), sier at pasientatferden blir påvirket av om pasienten kommer fra en ”passiv” eller ”aktiv” orientert kultur. Om det er en passiv orientert kultur lar pasienten seg pleie av familiemedlemmer og helsepersonell uten å bidra mye selv.

Det som er viktig for helsearbeidere å vite er hvordan å få tilgang til eller kunnskap om den etniske pasientens trossystem. Dette innebærer hvilke tanker pasienten har rundt tema sykdom og behandling. Ved å ha kunnskap om pasientens bakgrunn viser en også interesse og forståelse for pasienten, noe som kan føre til en god sykepleier-pasient dialog (Eriksen & Sajjad, 2015).

Helsepersonell bør også i langt større grad ha en oppfatning av eget syn på sykdom, og begrunne årsaken for behandlingen. Dette kan bedre pasientens forutsetninger for å ivareta god egenomsorg (Eriksen & Sajjad, 2015). Med mindre sykepleiere har forståelsen av at pasienten har en annen tankegang og forventning enn seg selv, kan pasientundervisningen mislykkes og behandlingsresultatet bli dårligere enn hva det ellers kunne ha vært (Hanssen, 2007).

### 3.3 Stereotyper og fordommer

Mange med minoritetsbakgrunn har en opplevelse av at deres kulturelle bakgrunn og hudfarge fører til at mennesker generaliserer og usynliggjør dem. Det fortelles at de blir møtt ut i fra stereotyper som blir gitt på bakgrunn av hudfarge, navn eller klesdrakt. Østeby (2011) definerer stereotypering som hvordan vi tenker om, generaliserer og kategoriserer hverandre. Det vil si at det bildet vi har av en spesiell gruppe fryses fast.

Stereotyper kan deles inn i to kategorier; normative og personlige. Normative stereotyper omhandler de gruppene man har en stereotypisering av uten å ha en direkte kontakt med gruppen. Personlige stereotyper er generaliseringer som er basert ut ifra egne erfaringer. Utfordringen med stereotypisering er at vi ender opp med å ta avgjørelser og valg basert på de forventningene vi har som ikke stemmer overens med virkeligheten. Om en har en generell negativ holdning til en gruppe mennesker og prøver å skjule det, er det stor sjanse for at holdningen vil påvirke ens oppførsel, og dermed stemningen og dialogen (Bøhn & Dypedahl, 2009).

Det er en glidende overgang mellom stereotypisering og fordommer. Bøhn og Dypedahl (2013) definerer fordommer som emosjonelle negative reaksjoner på andre typer mennesker. Fordommer er ofte følelsesbettinget og sitter dypere en stereotypisering. En av de største utfordringene på vei mot interkulturell kompetanse er hvordan vi deler inn mennesker i kategorier, for eksempel ”vi”, ”oss” og ”dem”-grupper. Stereotypisering og fordommer kan plassere andre mennesker i en fastlåst ”dem-gruppe” (Bøhn & Dypedahl, 2009).

For helsearbeidere kan det være svært lett å stereotypisere pasienter som har vanskeligheter med å forholde seg til vestlig behandlingspraksis. Disse pasientene kan bli sett på som vanskelige pasienter. Helsearbeidere kan dermed få vanskeligheter med å gi tilstrekkelig god behandling til den etniske minoritetspasienten (Hanssen, 2007).

Debesay (2008) skriver at sykepleiere bør gå inn seg selv og granske sine fordommer og holdninger ovenfor etniske minoriteter. Individuer fra ulike etniske minoritetsgrupper kan ha identiteter som de veksler på i forskjellige kontekster. Eksempelvis kan de være glade i norsk mat og norske tradisjoner selv om de går kledd i hjemlandets tradisjonelle klær. Derfor er skjematisk fremstilling og statisk tilnærming til andre kulturer viktig for å avsløre viktige nyanser som sykepleier er avhengig av å kjenne til for å tilrettelegge individuell oppfølging av den etniske minoritetspasienten. Sykepleier bør ha en bevisst holding til egne fordommer og tanker om den etniske pasienten for å bli klar over hvordan dette påvirker den etniske minoritetspasienten som er innlagt på sykehus. Sykepleieren kan gjennom selvrefleksjon og gransking av egne holdninger være med å bidra til å få innsikt i etniske minoritetspasienters situasjon (Debesay 2008).

### **3.4 Sykepleierperspektivet**

Sykepleie omhandler ivaretagelse av pasientens helse, livskvalitet og mestring. Behovet for sykepleie oppstår når sykdom, alder eller ytre hendelser fører til at personen ikke lenger kan ivareta sine egne grunnleggende behov, samt der egne ressurser ikke strekker til for å fremme helsen. Sykepleieren skal bidra til å bedre pasientens håndtering og opplevelse av egen situasjon. Sykepleier skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, ivareta retten til forsvarlig og omsorgsfull hjelp, samt ivareta medbestemmelsesretten og retten til å ikke bli krenket (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016).

Norsk Sykepleierforbunds retningslinjer for sykepleiernes grunnleggende verdiforutsetninger beskrives slik:



*“Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert”*. NSF (2011) har utviklet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som omhandler sykepleierens forhold til pasienten, pårørende, arbeidsstedet, kollegaer og samfunn (Brinchmann, 2012).

Mot slutten av 1970-årene ble de fire etiske prinsipper lagt frem av en medisinsk etisk kommisjon. Hvert av prinsippene blir definert som en plikt. (1) Plikten til å ikke skade, (2) Plikten til å gjøre godt mot andre, (3) Plikten til å ta hensyn til autonomi, altså retten til selvbestemmelse, (4) Plikt til å behandle alle rettferdig. Mange helsearbeidere har stor nytte av denne prinsippbaserte måten å tenke på når det kommer til refleksjoner rundt etiske spørsmål (Brinchmann, 2012).

### **3.5 Kommunikasjon**

Eide og Eide (2012) definerer kommunikasjon som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Tegn og signaler kan være både nonverbale og verbale, og de henger ofte sammen. Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk som går ut i fra kroppen. Dette kan være ansiktsuttrykk og kroppens holdning. Nonverbal kommunikasjon avslører ofte spontane reaksjoner (Eide & Eide, 2012). Ikke-verbal kommunikasjon mellom mennesker fra forskjellige kulturer kan ofte føre til misforståelse og irritasjon. Det er viktig å være observant på at de nonverbale signalene en sender kan oppfattes som sjenerende eller provoserende for andre (Bøhn & Dypedahl, 2009).

Verbal kommunikasjon er ordene vi formulerer med munnen (Eide & Eide, 2012).

Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er svært viktig. Observasjoner sykepleier foretar seg kan lett feiltolkes ettersom pasientens atferd kan være flertydig. Kommunikasjon er derfor avgjørende. Uten kommunikasjon kan man ikke samle nødvendige opplysninger om pasienten og dens subjektive opplevelse av sin situasjon (Dahl & Skaug, 2011).

Som sykepleier inngår man i en rekke ulike relasjoner. Noen relasjoner kan være utfordrende. God kommunikasjon kan være med å bidra til å løse etiske problemer i møte med pasienten (Eide & Eide, 2012). Når en skal skape et godt møte med en pasient, forutsetter dette at helsearbeideren legger til side egne fordommer, og forholder seg til alle slags pasienter. Dette innebærer å møte pasienten med empati, omsorg og respekt. Det er fort gjort å kommunisere med et kritisk blikk, og dette er hverken hjelpende eller rettferdig. Den beste hjelpen til forandring er å møte pasienten der den er, anerkjenne den andre fullt og helt, samt møte den andres premisser med bekreftende kommunikasjon (Eide & Eide, 2012).

Det er viktig at sykepleieren har en tydelig kommunikasjon, finner problemstillingene og får formidlet hvordan en kan bistå og hjelpe pasienten til å få løst problemet (Magelssen, 2008). I noen kulturer sier ikke pasienten i fra når pasienten ikke forstår helsepersonellet fordi de er fra kommunikasjonssamfunn hvor en skal respektere det autoritære helsepersonellet (Eriksen & Sajjad, 2015).

Selv om vi i den vestlige verden er fra et samfunn der et nei er et nei, kan en ikke gå ut i fra at alle samfunn er like direkte i talen (Bøhn & Dypedahl, 2009).

### **3.5.1 Bruk av tolk**

Når helsearbeider og pasienten ikke har felles språk er det bruk for tolk. Om en ikke har tilgang til tolk er det ikke bare den verbale kommunikasjonen som er i fare, men kvalitetssikringen av arbeidet vårt. Da står pasientsikkerheten i fare (Magelssen, 2008). Manglende språkkompetanse hos pasienten kan føre til at pasienten opplever skam, sorg og frustrasjon. På grunn av manglende språkkompetanse mestrer ikke pasienten de naturlige oppgavene og rollen han eller hun tidligere har hatt. Når personen i tillegg er syk, føler smerte og er redd, synker denne språkkompetansen. I disse møtene med pasienten er det viktig at vi ”gyldiggjør” pasienten sitt språk. På eget språk kan pasienten utrykke seg fritt og føle seg som en komplett person (Magelssen, 2008).

Norske myndigheter oppfordrer til bruken av tolketjeneste på norske sykehus. Det er helsepersonellet og ikke pasienten som har ansvaret for at tolketjenesten er entydig og forståelig. Et av de viktige aspektene ved god sykepleie er å se situasjonen fra

pasienten sin side. For å få dette til må vi innhente informasjon fra pasienten. Når en ikke snakker samme språk må vi kvalitetssikre denne datasamlingen ved å skape trygge rammer, slik at pasienten kan gi den informasjonen vi trenger gjennom en dyktig og profesjonell tolk. Vi må også sikre oss at pasienten har fått den informasjonen som trengs (Magelssen, 2008).

Loven oppgir ingen generell plikt for bruk av tolk, men noen ganger er det likevel behov for tolk for å oppfylle lovens krav (se Pasientrettighetsloven, kapittel 3 § 3-5, i neste avsnitt). Tolken skal være anonym, opptre profesjonelt og bare gjengi det som blir sagt i samtalen, uten å komme med egne innspill. Sykepleier skal videre henvende seg til pasienten og ikke tolken (Hanssen, 2016). I yrkesetiske retningslinjer for tolker står det at tolker verken skal trekke fra eller legge til i en samtale. Videre skal de holde seg nøytrale. Dette kan føre til utfordringer hvor tolken ikke sier i fra om pasienten ikke har forstått budskapet (Hanssen, 2016).

Det finnes forskjellige tolketjenester: Fremmøtetolking, tolk over telefon, bildetelefon eller tv-tolking, nødtelefon og oversettelse av skriftlig materiale (Magelssen, 2008).

### **3.6 Presentasjon av lover**

Her presenteres noen punkter fra Pasient- og brukerrettighetsloven som er relevant i forhold til problemstillingen. Lovens formål er å sikre at befolkningen får lik tilgang og god kvalitet på tjenester ved å gi brukere og pasienter rettigheter ovenfor helse- og omsorgstjenesten. Videre skal lovens bestemmelser fremme tillitsforholdet mellom pasient og brukere, og helse- og omsorgstjenesten. Den skal fremme sosial trygghet, ivareta respekten for den enkelte pasientens liv, integritet og menneskeverd (Pasientrettighetsloven, kapittel 1 § 1-1).

Pasientene har rett på informasjon fra helse- og omsorgstjenesten om de helse- og behandlingmessige opplysningene personen trenger for å kunne ivareta sin rett (Pasientrettighetsloven, kapittel 2 § 1-1b). Pasienten har rett å medvirke ved valg mellom forsvarlige behandlingsmetoder, og at denne medvirkningen skal tilpasses enkeltindividets evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal også så langt

som mulig utformes sammen med pasient. Dette inkluderer å ta hensyn til brukers meninger om utformingen av helsetilbudet (Pasientrettighetsloven, kapittel 3 § 3-2).

Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, informasjonen skal tilpasses individuelle forutsetninger som modenhet, alder, erfaring, kultur og språkbakgrunn. Helsepersonell skal sikre seg at informasjonen er forstått. (Pasientrettighetsloven, kapittel 3 § 3-5).

Helsehjelpen kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det er et rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Pasienten må få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og hva helsehjelpen inneholder (Pasientrettighetsloven, kapittel 4 § 4-1).

## 4. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg presentere drøftingen av problemstillingen: Hvordan kan sykepleier bidra til at den etniske minoritetspasienten opplever seg ivaretatt? Jeg drøfter ut i fra valgt teori og forskning, samt egne erfaringer og tanker. Jeg fokuserer på sykepleiers holdninger, fordommer og verdier, utfordringer ved etnisitet og kultur og kommunikasjon.

### 4.1 Hvilken rolle spiller sykepleiers fordommer, holdninger og verdier?

Det er ingen stor hemmelighet at det kan være utfordrende og ressurskrevende å jobbe med gruppen minoritetspasienter, men dette betyr ikke at de ikke skal få de helsetjenestene de har rett på. Derimot betyr det at sykepleier må tilrettelegge for god kommunikasjon, og jobbe med sine egne holdninger og sin egen oppfattelse av pasientgruppen (Debesay, 2008). Mange nordmenn har den formening at innvandrere i Norge skal tilpasse seg den norske kulturen så fort som mulig, og ”bli en av oss” (Rødal, 2012). Men i følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, er det sykepleierens ansvar å møte alle pasienter med respekt og verdighet (Brinchmann, 2012). Da må en spørre seg selv om det er den ”norske” formen for høflighet vi skal møte pasienten med, eller om utfordringen blir å møte minoritetspasienten med høflighet på deres kulturelle prinsipper (Rødal, 2012). For så vidt kan vi videre spørre oss om det er rett å påtvinge et annet menneske vår kultur (Tuohy, Mccarthy, Cassidy &Graham, 2008).

Det hevdes at det er lett å dømme i samsvar med vår kulturelle forståelse, som videre kan hindre oss i å forstå andre kulturer. Sett i et slikt lys kan det å tilegne seg kulturell forståelse skape et bedre forhold til pasienten, og forbedre kommunikasjonen (Nilsen & Birkelund, 2009). Dette forankres i sykepleierens grunnlag som sier at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, ivareta retten til forsvarlig og omsorgsfull hjelp, samt ivareta medbestemmelsesretten og retten til å ikke bli krenket (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016).

Om en trekker frem en av de fire etiske prinsippene: plikten til å behandle alle rettferdig/retten til lik behandling, forteller det oss at minoritetspasienten har rett på lik behandling som den etnisk norske pasienten. Men det kan diskuteres om det er mulig å tilrettelegge for lik behandling for alle, da forskjellige pasienter har forskjellige behov uavhengig av etnisitet (Brinchmann, 2012).

Som mennesker har vi en tendens til å sette folk i ”båser” eller dele folk inn i ulike kategorier. Stereotypisering kan få oss til å ta avgjørelser angående pasienten på bakgrunn av forventninger som ikke er reelle, og det er en kort vei til å utvikle fordommer (Bøhn & Dypedahl, 2009). Dette står i samsvar med mange minoritetsgruppers egne opplevelser som forteller at spesielt hudfarge, navn og klesdrakt får nordmenn til å generalisere og usynliggjøre dem (Østby, 2011). Når vi skal møte pasienten må vi granske oss selv om det er noe som potensielt stenger for det gode sykepleier-pasient forholdet (Debesay, 2008).

Det er rimelig å si at våre verdier og vårt menneskesyn kommer til uttrykk i måten vi møter og samhandler med mennesker på (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016). På den ene siden kan vi si at vi har noen automatiske holdningsmessige reaksjoner i møte med pasienten, som opptrer i form av følelser. På den andre siden har vi muligheten til å kontrollere disse holdningsmessige reaksjonene. Eksempelvis føler en seg ikke for å være vennlig, prøver en likevel å framtre som vennlig og uttrykke vennlighet. Dette går ut på å opptre profesjonelt overfor pasienten, som er spesielt viktig for pasientens opplevelse av ivaretagelse (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016).

Helsearbeidere kan lett stereotypisere minoritetspasienter som har vansker med å forholde seg til vestlig behandlingspraksis. Disse pasientene kan dermed bli sett på som vanskelige pasienter, og det kan bli utfordrende å gi tilstrekkelig god behandling. Dette går i mot Pasientrettighetsloven Kap. 3 § 3-2 som blant annet sier at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom forsvarlige behandlingsmetoder, og at tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes med pasienten. En kan da spørre seg selv om hva forsvarlig behandlingsmetode er.

## 4.2 utfordringer ved etnisitet og kultur

Kulturbegrepet er vanskelig å definere, og dette kan ha sammenheng med at mennesker tolker kultur på forskjellige måter. Til og med mennesker fra samme kulturelle bakgrunn kan handle forskjellig, og dermed rettferdiggjøre handlinger ut i fra samme verdigrunnlag (Magelssen, 2008). Sett i et slikt lys er det ikke rart at det er et utfordrende felt å jobbe innenfor. For å ivareta minoritetspasienten må han eller hun slippe å bli møtt som en representant for sin kultur eller folkegruppe. Men hvert individ må få være sitt unike selv (Hanssen, 2007). Jeg vil si meg enig med Hanssen (2016) som sier at møtene med mennesker fra en annen kulturell bakgrunn er noe av det som gjør sykepleieryrket spennende. Men samtidig som det kan være spennende, er det også rimelig å si at det er utfordringer i møtet med minoritetspasienten, noe jeg vil se videre på i neste avsnitt.

### 4.2.1 Kultur og kollektivistisk tankegang

En av disse utfordringene tar utgangspunkt i pårørendes rolle. Forskningen fra Danmark konstaterte at minoritetspasientene ofte fikk mye besøk fra familie og venner, og at dette brakte en stor utfordring for avdelingen (Nilsen & Birkelund, 2009). Mange minoritetsgrupper stammer fra kollektivistiske samfunn, i motsetning til Skandinavia hvor vi lever i et individuelt samfunn (Hanssen, 2007). Det er ikke alltid like lett for den norske sykepleieren å forholde seg til pasienter som stadig er omkranset med besøkende. På den ene siden ønsker en at pasienten skal oppleve følelsen av "fullstendighet" som besøkende bringer. På den andre siden kan det komme i veien for det vi lærer som god, individuell sykepleie til den enkelte pasient (Hanssen, 2007). For så vidt kan vi hevde at den norske kulturelle normen er for besøkende å forlate pasientrommet når pasienten skal få fysisk behandling eller pleie. Dette er i motsetning til mange etniske grupper hvor familien ønsker å ivareta pasientens behov og gi omsorg (Hanssen, 2007).

Jeg har selv opplevd at mye besøk av slekt og venner har skapt misnøye og utfordringer på avdelingen jeg var på i praksis. Om en innfører strengere visittider og begrensinger, kan dette få pasienten til å føle seg utrygg uten familien rundt seg

(Hanssen, 2007). Jeg har på den andre siden opplevd det motsatte, hvor vi i samtale med pasienten forstod det slik at det ikke var kulturelt akseptert at hun skulle be familie og venner om å gå, men at pasienten gjerne ønsket ro og hvile. Pasienten selv har ikke tillatelse til å be besøkende om å gå, fordi dette er kulturelt uakseptabelt (Hanssen, 2007). I denne situasjonen kom vi frem til at sykepleieren måtte be familie og slekten om å forlate sykehuset. Dette kan være vanskelig for familie å forstå i og med at det er pårørende som i mange land har ansvar for stell og pleie av den syke pasienten, også på sykehuset (Hanssen, 2007).

Min egen erfaring fra praksis forsterkes av en forskning utført i England hvor sykepleierne hevdet at behovet for å besøke sin slektning på sykehuset var mer en obligasjon enn en omsorgshandling (Cortis, 2004). utfordringene sykepleier har i møte med pasienten og dens familie er å forstå den kulturelle plikten familiemedlemmene har til å besøke pasienten. Familiemedlemmene er med for å gi den syke pasienten trygghet, respekt og medfølelse (Magelssen, 2008).

#### **4.2.2 Kulturell kunnskap**

Kulturell kompetanse defineres som en pågående prosess helsearbeidere er i for å være bevisst sine egne holdninger, sette pris på likheter og ulikheter, og få økt kunnskap om styrkene i kulturelle forskjeller (Maier- Lorentz, 2008). Det er rimelig å si at kulturell kompetanse ikke handler om at sykepleier skal kunne alt om alle kulturer, eller at hele fokuset til stadighet skal være på rase og etnisitet. Pasientgruppen kan ikke sees på som en ensartet gruppe (Hanssen, 2007).

Sykdomsbegrepet betyr som sagt forskjellige ting i forskjellige kulturer. For å kunne ivareta etniske minoritetspasienter på sykehus er det noen utfordringer disse pasientene har som sykepleiere burde være klar over. På den andre siden må en samtidig passe på hvordan en deler mennesker inn i forskjellige kategorier som ”vi”, ”oss” og ”dem”. Etniske minoriteter kan fort bli fastlåst i ”de- gruppene” (Bøhn & Dypedahl, 2009). Derfor er skjematisk fremstilling og tilnærming viktig for å avsløre viktige nyanser som sykepleier er avhengig av for å kjenne til og tilrettelegge for den individuelle pasienten (Debesay, 2008).



Sosial og Helsedirektoraters veileder stadfester at helsetjenesten skal søke å verne om innvandreres helse med respekt for hvert individ og med hensyn til kulturell og religiøs bakgrunn. I tillegg skal en styrke den enkeltes mulighet for egenomsorg (Magelssen, 2008).

For å imøtekomme dette kreves det at sykepleieren har utdypet kunnskap om kultur, og har evnen til å bruke denne kunnskapen. Videre vil denne kunnskapen være med på å møte den enkelte pasienten med omsorg, respekt og forståelse, noe som igjen bidrar til å gjøre møtet med helsevesenet positivt. Det gir da pasienten en opplevelse av ivaretagelse (Hanssen, 2007).

Pasientens oppfattelse av egen situasjon, sykdom, helse og behandling kan være svært annerledes enn sykepleiers syn. Leiningers teori om transkulturell sykepleie beskriver nettopp dette; omsorgsforskjeller og likheter i forskjellige samfunn. Teorien anvendes for å studere hvordan kulturelle og sosiale faktorer, språk, virkelighetsforståelse og miljø kan påvirke resultatet av omsorg (Magelssen, 2009). Leininger sier videre at omsorg er essensen i sykepleie, og hun har utviklet begrepet kulturelt tilpasset omsorg. Hun presiserer at siden omsorg er kulturelt betinget, må det dermed baseres på forskningsbasert kunnskap for å kunne gi tilstrekkelig god omsorg til mennesker fra forskjellige kulturer (Rødal, 2012).

Magelssen (2009) setter spørsmålsteget ved Leiningers utsagn, hvor hun hevder at i enkelte tilfeller kan det være helsebringende å hjelpe pasienten til å løsrive seg fra kulturens nett. Videre sier hun at Leiningers har et dårlig definert kulturbegrep som kan føre til en vridd virkelighetsoppfatning der kultur blir noe statisk og uforanderlig. Jeg vil si meg enig med Magelssen, der hun uttrykker ønsket om å bytte ut begrepet ”transkulturell sykepleie” med ”kultursensitiv sykepleie”. Bakgrunnen for dette har grunnlag i refleksjonen over virkelighetsoppfatningen der vi anerkjenner at alle mennesker er forskjellige. Det sentrale fokus blir å finne meningen bak de konkrete forskjellene og å finne det felles menneskelige. Til tross for forskjeller finnes det også likheter. Når vi anerkjenner det faktum vil vi skape en atmosfære hvor likeverd og symmetriske maktrelasjoner, gjensidig læring og integrering blir mulig (Magelssen, 2009).

### 4.2.3 Kultur og sykdomsforståelse

For å møte pasienten med forståelse kan det være nyttig å ha kunnskap om begrepene disease og illness. Begrepene tar utgangspunkt i spesifikke sykdomstegn (disease) og symptomene eller opplevelsen av sykdom (illness) (Hanssen, 2007). Med grunnlag i hva en legger vekt på i de forskjellige kulturene vil jeg hevde at kunnskapen om begrepene gir oss en større forståelse av pasienten. Dette kommer tydelig frem i eksempelet der depresjon i Kina blir sett på som en somatisk sykdom, mens det i den vestlige verden blir kategorisert som en psykologisk lidelse. Det er likevel viktig å påpeke at opplevelsen av sykdom alltid er individuell (Hanssen, 2007).

Forskning utført i Danmark viser oss at etniske minoritetspasienter har et annet syn på sykdom enn etnisk danske pasienter (Nilsen & Birkelund, 2009).

Forståelsen av sykdom og behandling har mye å si for pasientens atferd i en sykdomsfase, og hvilke forventninger en har til behandlingen. Derfor kan det være nyttig at sykepleier kjenner til noen av sykdomsforklaringene som finnes i de forskjellige kulturene (Eriksen & Sajjad, 2015). Konsekvensene av at en ikke har noen kunnskap kan være at pasienten møter et uforstående helseteam. Dette vil jeg hevde er det motsatte av det som er målet, nettopp det at pasienten skal oppleve seg selv som ivaretatt. En kan også hevde at med mindre sykepleiere har forståelsen om at pasienten har en annen tankegang og forventning enn seg selv, kan pasientundervisningen mislykkes og behandlingsresultatet bli dårligere enn hva det ellers kunne ha blitt (Hanssen, 2016).

Litteraturstudiet jeg har gjennomført forteller at sykdomsforståelsen er nært knyttet til personens kulturelle bakgrunn. Sett i et slikt lys er det rimelig å si at kunnskap om kulturforskjeller spiller en stor rolle, da synet på sykdom ser ut til å ha innvirkning på kroppens fysiske reaksjon på den medisinske behandlingen (Hanssen, 2007). Fra vi er barn utvikler vi et mønster for hvilke symptomer vi legger vekt på, og hvordan vi reagerer på disse symptomene (Eriksen & Sajjad, 2015). Alle kulturelle grupper har sine meninger og teorier på det som forårsaker "disease" (Hanssen, 2007).

Dersom en på sykehus skal ivareta en etnisk minoritetspasient som ser sykdomsårsaken grunnet i troldomskunst eller forbannelse fra forfedre, er det en

forutsetning at sykepleier tar denne oppfatningen på alvor, da det har stor påvirkning på pasientens opplevelse av egen situasjon. Det er derfor rimelig å si at de forskjellige oppfatningene av sykdom må sees i sammenheng med de religiøse, sosiale, kulturelle, politiske og økonomiske kontekstene de opptrer i (Eriksen & Sajjad, 2015).

Maier-Lorentz (2008) sier i sin artikkel at kulturelt kompetente sykepleiere vil vise mer respekt for den enkelte pasient sin sykdomsforståelse, og dermed være i stand til å utøve god individuell sykepleie. Derimot har ofte pasienten og den som pleier to forskjellige oppfatninger av hva sykdom er. Det er lett for begge parter å ta sin behandlingsform og syn på sykdom som en selvfølge. Dette kan skape usikkerhet, forvirring og frustrasjon. Et eksempel på dette er pasientkulturer der pasienten har den oppfatning at når man er syk må man ligge i sengen til man blir frisk. Forskeren Buanunmathi forklarer denne pasientatferden som en ”aktiv” eller ”passiv” orientert kultur (Hanssen, 2007).

Min erfaring rundt dette tema forsterker denne påstanden. Jeg har møtt flere pasienter fra ”passiv orienterte kulturer”, hvor pasienten ønsket å ligge i sengen til han ble frisk. Dette gjaldt også på kirurgisk avdeling der mobilisering er en stor del av behandlingsplanen. Om pasienten motsier seg vestlig behandling, kan ikke helsepersonell påtvinge pasienten helsehjelp. Dette er forankret i Pasientrettighetsloven kapittel 4 § 4-1. *Helsehjelpen kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det er et rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Pasienten må få nødvendig informasjon om sin helsetilstand og hva helsehjelpen inneholder.* På bakgrunn av dette er god kommunikasjon med pasienten spesielt viktig. Dette bringer meg videre til neste avsnitt som omhandler viktigheten av kommunikasjon og bruk av tolk.

### **4.3 Kommunikasjon og bruk av tolk**

Eide & Eides (2012) definisjon på kommunikasjon som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter, danner grunnlaget for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Uten kommunikasjon kan man ikke samle de subjektive opplysningene fra

en pasient, eller formidle de nødvendige beskjedene man må gi (Dahl & Skaug, 2011). Om man ikke kan kommunisere med pasienten bryter det også pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 § 3-5 som sier: *Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, informasjonen skal tilpasses individuelle forutsetninger som modenhet, alder, erfaring, kultur og språkbakgrunn. Helsepersonell skal sikre seg at informasjonen er forstått.*

Når man ikke snakker samme språk legger man ekstra merke til den nonverbale kommunikasjonen, altså de spontane reaksjonene fra kroppen. Nonverbale signaler kan være svært varierende i forskjellige kulturer. Det er viktig at sykepleier er bevisst sitt eget kroppsspråk, slik at ikke de nonverbale signalene man sender blir sjenerende eller provoserende for pasienten (Bøhn & Dypedahl, 2009). Ikke desto mindre må man møte pasienten med empati, omsorg og respekt, hvor man anerkjenner pasienten i stedet for å kommunisere med et kritisk blikk (Eide & Eide, 2012).

En gjenganger i resultatet fra forskningen jeg har tatt for meg viser at språkproblemer er en av hovedutfordringene i møte med den etniske minoritetspasienten. I forskningen fra Danmark kommer det frem at språkutfordringer skaper både irritasjon, er tidskrevende, og krever ressurser som ofte ikke er tilgjengelig. Derimot kommer det frem i samme studie at sykepleierne på den aktuelle avdelingen vegrer seg for å bruke tolketjeneste. Istedenfor å tilkalle tolk brukes heller pasientens familie. Om det er alvorlige temaer som skal tas opp med pasienten, som et fatalt utfall av en sykdom, er det ofte legen som forteller at sykepleieren må skaffe en tolk. Det viser seg også at pasienten heller ikke sier i fra når informasjonen som blir gitt ikke blir forstått (Nilsen & Birkelund, 2009).

Det er flere situasjoner hvor en opplever at pasienten nikker med hodet og sier ja, når det er åpenlyst at han eller hun ikke forstår hva helsepersonellet sier, rett og slett fordi pasienten er i et kommunikasjonssamfunn hvor en skal respektere det autoritære helsepersonellet (Eriksen & Sajjad, 2015). Selv om vi i den vestlige verden er fra et samfunn der et nei er et nei, kan en ikke gå ut i fra at alle samfunn er like direkte i talen. Dette understreker at behovet for kulturell forståelse er avgjørende for å forstå pasienten (Bøhn & Dypedahl, 2009).

I en undersøkelse gjort i Irland sier sykepleierne at det er en utfordring å få tak i tolk, og nesten en umulighet å få den samme tolken til å komme tilbake flere ganger. Det å få samme tolk tilbake flere ganger ble sett på som en viktighet for å skape trygghet og kontinuitet for pasienten (Tuohy, Mccarthy, Cassidy & Graham, 2008). På den andre siden skal tolken være anonym, opptre profesjonelt og bare gjengi det som blir sagt i samtalen, uten å komme med egne innspill. Sykepleier skal videre henvende seg til pasienten og ikke tolken (Hanssen, 2016). I samme undersøkelse kom det frem at kommunikasjonsproblemer forårsaker at pasienten blir sett på som et problem istedenfor en person. Derfor er tolketjeneste spesielt viktig med tanke på å finne personen bak problemene (Tuohy, Mccarthy, Cassidy & Graham, 2008).

Det er bekymringsverdig å se mangelen i bruken av tolketjeneste i de forskjellige forskningsartiklene jeg har tatt for meg. Spesielt bekymringsverdig er mangelen på tolk der en jobber med etniske grupper hvor familien ser det som en plikt å skjerme pasienten fra triste og vaskelige nyheter. Om familien blir bedt om å være tolk, står pasienten i fare for å ikke få innsikt i egen situasjon (Hanssen, 2007). Det er videre lovpålagt for helsepersonell å forsikre seg om at informasjonen gitt pasienten er forstått. (Pasientrettighetsloven, kapittel 3 § 3-5). Magelssen (2008) stadfester at ved mangel på tolk er det ikke bare den verbale kommunikasjonen som står i fare, men også kvalitetssikringen av arbeidet og pasientsikkerheten er i fare. Videre hevder hun at å jobbe med tolk bringer med seg mange utfordringer og er noe som må læres.

I Norge er dagens rutine for tolkebruk i helsetjenesten lagt opp slik at det er helsearbeideren som alene tar vurderingen om det er behov for tolk. Dette gir pasientene mindre innflytelse i og med at det ikke er selvsagt at de vet hvilke rettigheter de har. Sett i et slikt lys burde innføring av standardiserte rutiner for dokumenterbare og obligatoriske vurderinger av tolkebehovet være en nødvendighet for å ivareta pasientens behov ( Le, Kale, Jareg, Nirmal & Kumar, 2013). Dette forsterkes med spesialhelsetjenesteloven Lov 1999-07-02 nr.61, § 3-4a som tydeliggjør at institusjonen må ha gode systemer som sikrer kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Norske myndigheter oppfordrer på den andre siden bruken av tolketjeneste (Magelssen, 2008).

For at den etniske minoritetspasienten skal oppleve seg som ivaretatt vil jeg hevde at det er en selvfølge at pasienten får muligheten til å gjøre seg forstått og forstå. Som tidligere nevnt kan manglende språkkompetanse hos pasienten føre til skam, sorg og frustrasjon. Her har vi en mulighet til å gyldiggjøre pasientens språk ved bruk av tolketjeneste. En kan hevde at et av de viktigste aspektene ved god sykepleie er å se situasjonen fra pasienten sin side, noe som krever innhenting av informasjon, og å skape tillit (Magelssen, 2008).

Avslutningsvis vil jeg nevne en av problemstillingene ved bruk av tolketjeneste. I yrkesetiske retningslinjer for tolker står det at tolker skal verken trekke fra eller legge til i en samtale, samtidig som de skal holde seg nøytrale. Dette kan føre til at budskapet som sykepleier gir pasienten ikke fanges opp når det ikke blir forstått, uten at tolken gir beskjed om dette. Vi ser ved dette at det enda er stort potensial for utviklingen av profesjonelle tolker som kan brukes som brobyggere mellom forskjellige kulturer (Hanssen, 2016).

## 5. Konklusjon.

Jeg ser at det er mange faktorer som spiller inn ved ivaretagelse av den etniske minoritetspasienten på sykehus, men det å gi et entydig svar på problemstillingen er vanskelig. Dette har grunnlag i at kultur er et komplekst begrep. Det er derfor spesielt viktig at sykepleier har større kompetanse innenfor begrepet ”kulturutfordringer i sykepleiefaget”. Personlig skulle jeg ønske at det var en kompetanseheving innenfor tema, gjerne i grunnutdanningen.

Økt kompetanse kan være med å forhindre pasientens opplevelse av manglende ivaretagelse, samt redusere misstolkninger, krenkelse, negative holdninger og missforståelser mellom sykepleier og pasient.

Det er vist at relevant utdanning og undervisning for sykepleiere i møte med den etniske minoritetspasienten på sykehus er avgjørende for å ivareta pasientens behov (Tuohy, Mccarthy, Cassidy & Graham, 2008).

God kontakt med pasienten er videre viktig for kartlegging og oppdagelse av pasientens grunnleggende og kulturelle behov. Jeg vil spesielt påpeke at en ikke skal pålegge en pasient fra en kulturgruppe behov som ikke i utgangspunktet eksisterer ved å generalisere og stereotypere pasienten på forhånd (Hanssen, 2007).

Det er særdeles viktig for sykepleier å granske sine egne holdninger og fordommer knyttet til kultur og minoritetspasienten. Pasienten må sees som et unikt individ (Debesay, 2008). Dersom man kan få sykepleiere til å se verdien i å granske sine egne holdninger og oppfattelse av kultur tror jeg det vil være med å utvikle reflekterte sykepleiere med et større fokus og engasjement ved å ivaretagelse av etniske minoritetspasienter innlagt på sykehus.

Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er svært viktig. Når det ikke er felles språk er det helt avgjørende med en kompetent og dyktig tolk (Magelssen, 2008). Selv om Norske myndigheter oppmuntrer til bruken av tolk skulle jeg ønske at alle sykehus hadde faste tolker ansatt i det tverrfaglige arbeide til en hver tid. Og at tolketjenesten ble sett på som like viktig i det tverrfaglige arbeidet som fysioterapeut, sosionom og ergoterapeut. Dette vil løse mange missforståelser og unødvendige frustrasjoner både for pasient og sykepleier.

Avslutningsvis vil jeg sitere Leininger, ”kulturell kompetanse har stor betydning for fremtidig sykepleie.



## Litteraturliste

- Brinchmann, B.S. (2012). *De fire prinsippers etikk*. I B.S. Brinchman, (Red.). *Etikk i sykepleien*. (3.utg. s.81-96 ). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bøhn, H., Dypedahl, M. (2009). *Veien til interkulturell kompetanse*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Cortis, J.D. (2004). *Meeting the needs of minority ethnic patients*. 2004 Oct; 48(1):51-8. DOI:[10.1111/j.1365-2648.2004.03168.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03168.x)
- Dahl, K. & Skaug, E. A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I I N.J, Kristoffersen, F, Nortvedt, E.A Skaug, & G.H Grimsbø, (Red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2. utg. s.337-372 ) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Debesay, J. (2008). *Flerkulturell sykepleie: fra utsikt til innsikt*. I A.M Otterstad. (Red.). *Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold- fra utsikt til innsikt*. (s.108-127). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, T.H & Sajjad.T.A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis, perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide & Eide. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanssen, I. (2007). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Helsearbeid på tvers av forståelsesrammer og forventninger*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Hanssen, I. (2016). *Sykepleie i et flerkulturelt samfunn*. I N.J, Kristoffersen, F, Nortvedt, E.A Skaug, & G.H Grimsbø, (Red.). *Grunnlegende sykepleie, bind 3* (3.utg. s.81-100). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2009). *Migrasjon og helse- utfordringer og utviklingstrekk*. IS-1663 <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2009-migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk>
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A., & Grimsbø, G.H. (Red.). (2016). *Hva er sykepleie? Grunnlegende sykepleie, bind 1*. (3.utg s.15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J., & Nortvedt, P. (2016). *Pasient og sykepleier- Verdier og samhandling*. I N.J Kristoffersen, F, Nortvedt, E.A Skaug & G.H Grimsbø. (Red.). *Grunnlegende sykepleie, bind 1* (3.utg. s. 89-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kumar, B.N. & Viken, B. (red.). (2010). *Kulturelle forskjeller og dialog. Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s.59-78). Bergen: Fagbokforlaget.
- Le, C., Kale, E., Jareg, K., & Kumar, B. N. (2013). Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(10), 999 1005.  
[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=335170&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=335170&a=2)
- Leininger, M., & McFarland, M.R. (2002). *Transcultural nursing, Concepts, theories, research & practice* (3.utg.). McGraw-Hill. Medical publishing division.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. LOV-1999-07-02-63 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Maier-Lorentz, MM. (2008). *Transcultural nursing: Its importance in nursing practice*. 15(1):37-43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19172978>

- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet, om å finne likhetene i forskjellene*. (2.utg.). Oslo: Akribe AS.
- Magelssen, R. (2009). *Generell sykepleie: Hva sier begrepet «transkulturell sykepleie» om vår virkelighetsoppfatning?*  
<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/generell-sykepleie-hva-sier-begrepet-transkulturell-sykepleie-om-var>
- Nielsen, B., & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system - a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 431-7.  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x>
- NSF (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.  
[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Odland, L.H. (2012). *Menneskesyn*. I H. Brinchman, B.S. (Red.). *Etikk i sykepleien*. (3.utg. s.24-40). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rødal, C. (2009) *Sykepleie trenger flerkulturell kompetanse*.  
<https://sykepleien.no/forskning/2012/03/sykepleiere-trenger-flerkulturell-kompetanse>
- Skaug, E.A. (2016). *Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie*. I N.J, Kristoffersen, F, Nortvedt, E.A, Skaug, & G.H Grimsbø. (Red.). *Grunnlegende sykepleie, bind 1*. (3.utg. s.337- 372). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statistisk sentralbyrå (2017). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*.  
<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar>
- Tuohy, D., McCarthy, J., Cassidy, I., & Graham, M.M. (2008). *Educational needs of nurses when nursing people from different cultures in Ireland*. 55(2):164-70.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18477100>

Østby, L. (2011). *Sånn er de*. I B, Berg, T.A Ask. (red.). *Minoritetsperspektiver i sosialt arbeid*. (s.57-72 ) Oslo: universitetsforlaget.