



# **Sykepleiers ivaretagelse av pasientens autonomi**

Autonomi i interkulturell kontekst

Kandidatnummer: 517

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK 2016

Antall ord: 10 509

03.05.2019

**Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.  
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

# Sammendrag

**Problemstilling:** Hvilke faktorer må være tilstede for at sykepleier ivaretar pasientens autonomi i en interkulturell kontekst?

**Metode:** Litterær oppgave

**Funn:** Pasientens autonomi er et sentralt etisk prinsipp i sykepleie og et hyppig diskutert tema i interkulturell kontekst. Sykepleiers tolkning av pasientens autonomi, holdninger og kulturelle kompetanse henger sammen med ivaretagelsen av pasientens autonomi og kvaliteten på omsorgen som ytes.

**Konklusjon:** Fokus på pasientens autonomi og kulturelt tilpasset omsorg ser ut til å stamme fra samme utgangspunkt – spørsmålet om hvordan omsorg og pleie kan tilpasses til pasientens beste. Faktorer som åpenhet for ulikhet, engasjement for pasienten og bevissthet rundt egne holdninger og verdier, er sentrale i å forvalte pasienters autonomi i en interkulturell kontekst.

## Abstract

**Thesis question:** What factors need to be present in order for nurses to safeguard patient autonomy in a transcultural context?

**Methods:** Literary analysis

**Results:** Patient autonomy is an important ethical principle in nursing, and is a widely discussed topic when focusing on transcultural contexts. The nurse's interpretation of patient autonomy, attitudes and cultural competence are linked to the safe guarding of patient autonomy and the quality of care provided.

**Conclusion:** Focus on patient autonomy and culturally adjusted care both seem to stem from the same basis – the question of how care could be best fitted for the good of the individual patient. Factors like being open to alterity, a genuine interest in patients and awareness of own beliefs and values seem to be key to administer patient's autonomy in a transcultural context.

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	2
1.3 Avgrensning .....	2
1.4 Begrepsavklaring .....	3
<b>2 Metode .....</b>	<b>4</b>
2.1 Litterær oppgave .....	4
2.2 Søkestrategi .....	5
2.3 Valg av databaser .....	5
2.4 Eksklusjons- og inklusjonskriterier .....	6
2.5 Søkeord .....	7
2.6 Presentasjon av søkeprosessen .....	7
2.7 Søk etter annen litteratur .....	9
2.8 Presentasjon av funn .....	9
2.9 Kildekritikk .....	12
2.10 Ethiske vurderinger .....	13
<b>3 Teori.....</b>	<b>14</b>
3.1 Autonomi som etisk prinsipp i sykepleie .....	14
3.2 Autonomi i sykepleiepraksis .....	16
3.3 Autonomi i interkulturell kontekst .....	16
3.4 Omsorg og makt i sykepleie-pasient-relasjonen .....	17
3.4.1 Makt .....	17
3.4.2 Omsorg .....	18
3.5 Svak paternalisme i sykepleie .....	19
3.6 Sykepleie i interkulturell kontekst.....	20
3.6.1 Sykdom, kultur og omsorg .....	20
3.6.2 Sykepleiers kulturelle kompetanse .....	21
3.6.3 Sykepleiers interkulturelle kompetanse.....	22
<b>4 Drøfting .....</b>	<b>24</b>
4.1 Sykepleiers ivaretagelse av pasientautonomi i interkulturell kontekst .....	24
4.2 Autonomi som ideal i interkulturelt helsearbeid .....	26

4.3	Svak paternalisme som tilnærming i interkulturell kontekst.....	28
<b>5</b>	<b>Oppsummering .....</b>	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>33</b>



# 1 Innledning

Verden blir stadig mer globalisert og sammenvevd, og byer og bygder stadig mer multikulturelle. Dette stiller nye krav til våre helsearbeidere og –institusjoner. Som sykepleiere har vi en rekke møter med pasienter og brukere av ulik kulturell bakgrunn og overbevisninger. I hvert møte har sykepleier med seg sine egne overbevisninger, erfaringer og tanker, som kan være svært forskjellige fra pasientens. Disse kulturmøtene gjør det mulig for sykepleier å konfronteres med egne verdier og kulturelle bakgrunn, og kan slik gi grobunn til ny refleksjon og innsikt.

Sykepleiefaget har også sin kultur og dominerende verdier. De faglige verdiene kommer gjerne til uttrykk i sykepleiers møte med pasienter, derfor er også disse verdiene viktige å rette søkelys mot. Et av de sentrale idealene i det norske sykepleiefaget, og storsamfunnet for øvrig, er autonomi (Hanssen, 2004, s. 29). Autonomiidealet har lange tradisjoner i vestlige, protestantiske samfunn som Norge, og de siste tiårene har fokuset på pasientens autonomi vokst, tilsynelatende som en motvekt til et paternalistisk helsevesen (Hofmann, 2009). Dette har gjort sitt inntog samtidig med økt kulturelt mangfold i samfunnet. Følgelig har behovet og interessen for å diskutere pasientautonomi i en interkulturelle kontekst også økt (Hanssen, 2004, s. 29). Plassen disse diskusjonene har hatt kan sees som uttrykk for et ønske om å skape et helsesystem som ivaretar pasientens beste, og ser det å respektere pasientens behov og kulturell sensitivitet som viktige forutsetninger for dette (Leever, 2011, s. 560).

Jeg har organisert oppgaven i kapitler, som starter med en innledning, herunder bakgrunn for valg av tema, begrepsavklaring og avgrensning, i kapittel 1. Deretter presenterer jeg metoden og funn i litteratursøk presentert, og redegjør for valg og gangen i oppgaveskrivingen, samt kritiserer denne, i kapittel 2. I kapittel 3 redegjør jeg for relevant teori og forskning jeg har anvendt, inndelt tematisk i underkapitler. Videre drøfter jeg teori og forskning i lys av hverandre og problemstillingen i kapittel 4, før jeg konkluderer i kapittel 5.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Under studieløpet mitt som sykepleierstudent har jeg etterlenget mer diskusjon og kritisk blick på sykepleiefagets vedtatte sannheter. Etter å ha gjennomført praksiser i andre land, hvor andre sykepleiefaglige idealer var mer fremtredende, fattet jeg interesse for å lære mer

om hvordan egne overbevisninger og sykepleiefaglige bakgrunn påvirker min egen praksis og relasjoner til pasienter. Slik oppsto også et engasjement for å tilegne meg mer kunnskap om sykepleiefaglig historie. Ved flere anledninger i praksiser jeg har gjennomført i studieløpet mitt har spørsmål om autonomi og tilrettelegging for pasienters selvbestemmelse presentert seg. Dette har ført til flere frodige diskusjoner med veiledere, undervisere og medstudenter om autonomiens plass i helsefag og lovverk, og i sykepleie-pasient-relasjonen.

Som følge av diskusjonene ble det tydelig at pasientens autonomi var et vesentlig fokus for sykepleiere og helsearbeidere i møte med sine pasienter, men at det ofte var en krevende oppgave å forvalte sitt handlingsrom i tråd med pasientens ønsker, spesielt om pasienten selv ikke ønsket å være delaktig i eget behandlingsforløp, eller valgte å frasi seg sin selvbestemmelsesrett. Tilsvarende opplevelser later til å være gjeldende også andre steder, da pasientens autonomi er et mye diskutert fenomen i medisinsk og sykepleiefaglig sammenheng, spesielt relatert til interkulturelle kontekster (Hanssen, 2004, s. 29). Derfor virket dette som et aktuelt og interessant tema å undersøke nærmere.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

*Hvilke faktorer må være tilstede for at sykepleier ivaretar pasientens autonomi i en interkulturell kontekst?*

## **1.3 Avgrensning**

Oppgaven vil bære preg av at jeg har valgt å fokusere på sykepleiers ivaretagelse av pasientens autonomi, fremfor pasientens handlingsevne og forvaltning av egen autonomi. Dette valgte jeg for å gjøre oppgaven mer sykepleiefokusert, og har av samme grunn valgt å anvende Kari Martinsens begrep *svak paternalisme* som tilfører et eksempel på en konkret tilnærming sykepleier kan tilstrebe å bruke i møte med pasienter. Jeg vil følgelig også bruke Martinsens omsorgsteori som teoretisk fundament for å diskutere hvilke faktorer som påvirker sykepleiers mulighet til å ivareta pasientens autonomi i en interkulturell kontekst. For å kunne oppnå en fruktbar diskusjon har jeg fokusert på to ulike tilnærminger til kompetanse spesifikt knyttet til kultur. Som følge av autonomiidealets lange tradisjoner i vestlige, protestantiske samfunn som Norge, og er dermed også knyttet til norske kulturelle praksiser og verdier.



## 1.4 Begrepsavklaring

### *Autonomi*

Autonomi er et vidt begrep som kan forstås fra ulike perspektiver. I ren språkdrakt er autonomi sammensatt av de to greske ordene 'autos', eller 'selv', og 'nomos', som kan bety 'lov', 'styre', eller 'regel' (Hanssen, 2005, s. 110). I vestlig medisin blir autonomibegrepet gjerne brukt synonymt med 'selvbestemmelsesrett' som forstås som rett til å ta egne valg av råde over eget liv og helse (Johannessen, Molven & Roalkvam, 2007, s. 33). Paternalisme regnes gjerne som motsatsen til autonomi (Hofmann, 2009).

### *Ivareta*

Å ta vare på, ta hånd om, sikre eller verne (Rommetveit, 1993, s. 345). Her brukes ivareta som at sykepleier kan bidra til å sikre pasientens autonomi ved å tilrettelegge eller blokkere pasientens handlingsrom.

### *Interkulturell kontekst*

Dette er ikke et predefinert begrep. Jeg velger å bruke det her for å kunne omfavne alle møter mellom sykepleier og pasient som på en eller annen måte er preget av samhandling mellom personer med ulik kulturell bakgrunn. Denne forståelsen hentes fra ordets stamme *inter*, av latin, *mellom*, *blant* eller *tverr* (Bertulfsen & Gundersen, 2000).

## 2 Metode

Metoden er fremgangsmåten en systematisk benytter for å finne informasjon og kunnskap (Dalland, 2017, s. 51; Thidemann, 2017, s 76). Valget av metoden som skal anvendes burde baseres på en vurdering av hva som er det mest egnede verktøyet, eller metoden, til å besvare problemstillingen. Da må det avveies hva slags informasjon og data metoden du velger kan gi deg, og om dette er den tilstrekkelige informasjonen du trenger for å besvare oppgaven (Dalland, 2017, s. 51-52). Det finnes flere typer metoder, hvorav kvalitativ og kvantitativ er de vanligste typene. Det er nødvendig å kjenne til de ulike metodetypen for å forstå og kunne anvende forskning (Leseth & Tellmann, 2018, s. 12). Mens kvantitativ kunnskap beskrives som *forklarende*, beskrives kvalitativ som *forstående*. Kvantitativ kunnskap består av data som lar seg kvantifisere, altså data som lar seg standardisere og er målbare. Dette gir oss blant annet mulighet til å prosessere mye kunnskap i samtidig, sammenligne fenomener, studere sammenhenger og gi generalisert kunnskap som kan bidra med overordnet informasjon om et gitt fenomen (Tufte, 2018, s. 17-18). Kvalitativ forskning kan på sin side gi mer utfyllende og dypere kunnskap. Dette er mulig fordi det gjerne samles inn informasjon fra færre kilder, men informasjonen er desto mer detaljert. Her er det mer plass for nyanser og kan gi oss mer informasjon om meningssammenhenger (Thidemann, 2015, s. 78). Informasjon av kvantitativ og kvalitativ art tilfører altså hvert sitt nivå av kunnskap som kan bidra til besvarelse av en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 97).

### 2.1 Litterær oppgave

Denne oppgaven baserer seg på litterær oppgave som metode, i henhold til VID Diakonhjemmets retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie. En litterær oppgave baserer seg på forskning og teori som allerede eksisterer (Dalland, 2017, s. 207). Det er en oppgave som systematiserer nåværende kunnskap, gjennomgår denne kritisk og sammenfatter den. Kunnskapen søkes frem med utgangspunkt i en formulert problemstilling. Hensikten med oppgaven er å anvende kunnskapen til å besvare problemstillingen og gi leseren en god og oversiktlig forståelse av kunnskapen og temaet. For å klare dette er det avgjørende at det foretas en kritisk vurdering av litteraturen som velges brukt, og disse vurderingene gjør forfatteren bedre i stand til å drøfte informasjonen (Thidemann, 2015, s. 79-81).

## 2.2 Søkestrategi

Første steg i søkeprosessen var å formulere en problemstilling som skulle danne utgangspunktet for litteratursøket mitt. Deretter isolerte jeg begreper i problemstillingen som skulle inngå i søkene mine. Siden det finnes en omfattende mengde forskning og artikler på engelsk, bestemte jeg meg for at jeg ville benytte meg av engelsk som språk i søkene etter forskningslitteratur. Innledningsvis gjorde jeg søk med utgangspunkt i problemstillingen '*Hvordan kan svak paternalisme anvendes i interkulturell sykepleie?*'. Jeg oversatte begrepene '*interkulturell sykepleie*' og '*svak paternalisme*' slik jeg antok at disse ville blitt brukt på engelsk, og gjorde usystematiske søk i Google for å undersøke om begrepene var overførbare til engelsk. Søkene gjorde det klart at begrepet *transcultural nursing* brukes på engelsk, fremfor *intercultural nursing*, og at '*weak paternalism*' er et lite brukt begrep på engelsk. Derfor valgte jeg å legge til '*transcultural nursing*', samt '*paternalism*' og '*autonomy*' i søkeordlisten. Etter flere gjennomførte søk forsto jeg at det fantes lite litteratur med kombinasjon av svak paternalisme og interkulturell sykepleie, og jeg støtte på problemer med å finne klare definisjoner på interkulturell sykepleie. Derfor besluttet jeg å endre ordlyd og endte opp med den gjeldende problemstillingen. Jeg fant likevel noen overlappende treff i søk utfra begge problemstillinger og har anvendt to av disse – Hanssen (2004) og Leever (2011) – fordi disse fortsatt var relevant for den nye problemstillingen.

Det er avgjørende å være nøyaktig under datainnsamlingen, fordi lesere av oppgaven skal kunne etterprøve metoden og framgangsmåten, og få samme resultat ved forsøk på å rekonstruere prosessen (Dalland, 2017). Jeg har derfor valgt å sette opp alle utførte søk etter forskningsartikler i tabeller for å gjøre prosessen mer oversiktlig og forståelig for leseren.

## 2.3 Valg av databaser

I søk etter forskningsartikler valgte jeg å bruke søkemotoren PubMed, fordi dette gir tilgang til Medline, den mest brukte databasen for helsepersonell. PubMed er en gratisversjon av Medline og dekker hovedsakelig engelskspråklige forskningsartikler innen sykepleie, medisin og odontologi (Thidemann, 2015, s. 85). Søkemotoren har også en 'avansert søk'-funksjon som gjør det enklere å applisere inklusjons- og eksklusjonskriterier.

For innsamling av kilder til å utfylle oppgavens teoretiske grunnlag har jeg brukt søkemotoren Oria, som gir tilgang til det samlede materialet til fag- og forskningsbibliotek i Norge. Dette

gjorde tilgjengelig utlånsbart materiale som bøker, e-bøker, artikler, og dokumenter på engelsk, norsk og andre skandinaviske språk.

## 2.4 Eksklusjons- og inklusjonskriterier

Jeg satte deretter opp inklusjons- og eksklusjonskriterier for å avgrense og presisere søkene mine (Thidemann, 2015, s. 84). Kriteriene jeg brukte for søkene mine kan leses i tabellen under (Tabell 1).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artikkel skrevet på engelsk eller skandinaviske språk</li> <li>- Tekstutdrag (abstract)</li> <li>- Publiseringsdato mellom 01.01.2004 og 01.03.2019</li> <li>- Fagfelleurdert</li> <li>- En av følgende publikasjonstyper:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Classical article</li> <li>- Comparative study</li> <li>- Evaluation studies</li> <li>- Journal article</li> <li>- Meta-analysis</li> <li>- Observational study</li> <li>- Overall</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artikler på andre språk enn engelsk og skandinaviske</li> <li>- Intet tekstutdrag (abstract)</li> <li>- Publiseringsdato før 01.01.2004</li> <li>- Ikke fagfelleurdert</li> <li>- Artikler som ikke oppfyller er av følgende publikasjonstype:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Classical article</li> <li>- Comparative study</li> <li>- Evaluation studies</li> <li>- Journal article</li> <li>- Meta-analysis</li> <li>- Observational study</li> <li>- Overall</li> </ul> </li> </ul>

**Tabell 1 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Fordi PubMed ikke har filter for fagfelleurderte artikler (peer reviewed), og ble dette ikke lagt inn i avgrensningen. Jeg sjekket derfor alle relevante artikler for fagfellevurdering og forsikret meg om at alle de anvendte artikkelene er fagfelleurderte.

## 2.5 Søkeord

Med utgangspunkt i nøkkelord i problemstillingen, og usystematiske søk i Google som nevnt over, har jeg valgt å bruke søkeordene 'nurs\*', 'patient', 'autonom\*', 'intercultur\*', 'transcultur\*'. En nummerert oversikt kan leses i Tabell 2.

Søkeord nr.	Søkeord	Antall treff
#1	Nurs*	291 009
#2	Patient	3 340 271
#3	Autonom*	132 719
#4	Intercultur*	781
#5	Transcultur*	1 910
#6	#2 (intercultur*) OR #3 (transcultur*)	2 657

Tabell 2 - Nummererte søkeord

## 2.6 Presentasjon av søkeprosessen

For å finne forskningsartikler utførte jeg deretter systematiske litteratursøk i PubMed. Jeg gjennomføre innledningsvis søk for hvert av søkeordene mine slik at jeg fikk oversikt over hvor mange treff de enkelte søkeordene ga. Resultatene av dette kan ses over, i Tabell 2. For å nå flere treff, brukte jeg trunkering ved hjelp av asterisk (\*) på enden av avkortede ord. Slik får man treff på alle mulige endinger av det aktuelle ordet – 'nurs\*' vil eksempelvis gi treff på artikler som inneholder 'nursing', 'nurses' og/eller 'nurse'. Etter dette gjorde jeg innsnevrende søk som kombinerte de enkeltstående søkeordene med de søkene med like søkeord i kombinasjon. Slik forsøkte jeg å finne artikler som inneholdt en kombinasjon av nøkkelordene i problemstillingen min, og dermed kunne bidra med relevant kunnskap for å belyse denne. Under har jeg organisert søkene i rekkefølge, i Tabell 3.

Søke- nr.	Data- base	Søkeord	Antall treff	Anvendte funn
#1	PubMed	#1 (nurs*) AND #2 (patient) AND #3 (autonom*) AND #6 (intercultur* OR transcultur*)	18	- Padela, Malik, Curlin & De Vries, 2014. - Leever, 2011. - Hanssen, 2004. - Narruhn & Schellenberg, 2012.
#2	PubMed	#1 (nurs*) AND #3 (autonom*) AND #6 (intercultur* OR transcultur*)	29	- Samme som søk #1
#3	PubMed	#2 (patient) AND #3 (autonom*) AND #6 (intercultur* OR transcultur*)	37	- Samme som søk #1 og #2, i tillegg: - Aambø, 2019. - Gillon, 2015.
#4	PubMed	#8 (intercultur* OR transcultur*) AND #3 (autonom*)	79	- Samme som søk #3

**Tabell 3 – Kombinasjonssøk**

Som tabell 3 illustrerer gjennomførte jeg tre søk med forskjellige kombinasjoner. De to første søkene ga omtrent samme søkeresultat, som inkluderte de samme anvendte artiklene. Altså fant jeg de samme artiklene ved å bruke to ulike kombinasjoner av ord. Det samme gjaldt for søk #3, men her var søketreffene betydelig flere og ga også ytterligere to relevante artikler. Jeg valgte i søk #3 og #4 å ikke ha med 'nurs\*' for å kunne få større søkeresultat og undersøke om det fantes data som ikke nødvendigvis var skrevet i et sykepleieperspektiv, men som fortsatt kunne være relevant og gi innsikt i en sykepleiefaglig sammenheng.

Da jeg hadde gjennomført søkene gikk jeg gjennom alle treff og valgte ut relevante artikler basert på tittel. Som resultat av denne grovsorteringen satt jeg igjen med 13 relevante artikler, som jeg leste tekstutdraget til. Etter gjennomgangen av tekstutdrag endte jeg med seks artikler jeg anså relevant for problemstillingen.

## 2.7 Søk etter annen litteratur

Litteratur funnet utenom litteratursøkene har jeg funnet både ved håndsøk fra pensumlister i emner jeg tidligere har gjennomført ved VID, eller fra litteraturlistene i de anvendte forskningsartiklene, og ved søk i biblioteksdatabase OriA. Jeg har anvendt Kari Martinsen som sykepleieteoretisk grunnlag i oppgaven, og har til dette formålet tilstrebet å bruke kilder skrevet av forfatteren selv, eller primærkilder. Bruk av sekundærlitteratur har bidratt til å gi en mer sammenfattet og helhetlig forståelse for Martinsens teorier. Dette var til stor hjelp for å få overblikk over teorien, og mest brukt for min egen forståelse, men jeg har også inkludert Kirkevold (2006) sin presentasjon av Martinsens omsorgsteori.

Jeg har tatt i bruk fem forskningsartikler som jeg har funnet ved håndsøk fra andre forskningsartiklers litteraturliste, og/eller fra ”similar articles”-funksjonen i PubMed.

Retningslinjer og lovverk har vært anvendt i oppgaven for å belyse problemstillingen fra et normativt og juridisk perspektiv. Dette vurderte jeg som et relevant perspektiv å inkludere i oppgaven fordi fokus på pasientautonomi i sykepleie også er kulturelt og normativt betinget, og retningslinjer og lovverk danner et tydelig formulert uttrykk for normer.

## 2.8 Presentasjon av funn

Mye av litteraturen jeg har valgt er av argumenterende art, som fører til at det er nærliggende å tenke at jeg drøfter i presentasjon av funn. Dette er imidlertid ikke min intensjon og jeg vil i det følgende (i underkapittel 2.8 og kapittel 3) kun legge frem argumenter brukt av litteraturforfatterne.

**Tittel:** “An intercultural nursing perspective on autonomy”

**Forfatter(e):** Hanssen, I.

**År:** 2004.

**Relevans:** Artikkelen diskuterer autonomi i lys av interkulturell sykepleie. Undersøker sykepleieres forhold til autonomi i møte med pasienter. Utforsker hva etisk sykepleiepraksis er i interkulturell sykepleie, ved å spørre hvorvidt autonomi er et universelt prinsipp.

**Tittel: "Cultural competence – perspectives on patient autonomy and patient good"**

**Forfatter(e):** Leever, M. G.

**År:** 2011.

**Relevans:** Utforsker det moralske fundamentet i kulturell kompetanse, i lys av pasientautonomi og pasientens beste, og hvorvidt personlige verdier er forankret i kultur. Gir forslag til organisatoriske tilnærminger til kulturell kompetanse.

**Tittel: "Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics"**

**Forfatter(e):** Gillon, R.

**År:** 2015.

**Relevans:** Argumenterer for at de fire medisinsk-etiske prinsippene velgjørenhet, ikke-skade, rettferdighet og autonomi danner et godt grunnlag for en god, universell medisinsk etikk og et rammeverk for en interkulturell erklæring for moralsk utøvelse av medisin.

**Tittel: "Ethics in cross-cultural encounters – a medical concern?"**

**Forfatter(e):** Aambø, A.K.

**År:** 2019.

**Relevans:** På bakgrunn av økende fokus på autonomi og rettferdig helsetilbud til en mangfoldig befolkning, argumenterer artikkelen for at det er en tendens i vestlig biomedisin til å unnlate å se pasienten som et sosialt vesen, mangle åpenhet for ulikhet og gjør det dermed vanskelig for pasienter å ta ansvar for egen situasjon.

**Tittel: "[Re]considering respect for persons in a globalizing world"**

**Forfatter(e):** Padela, A., Malik, A. Curlin, F. & De Vries, R.

**År:** 2014.

**Relevans:** Artikkelen undersøker i hvilken grad de fire medisinsk-etiske prinsippene tilbyr en god basis for etisk medisinsk praksis på tvers av kulturer, til tross for at de er gjenstand for kritikk og revisjon.

**Tittel: "Caring ethics and a Somali reproductive dilemma"**

**Forfatter(e):** Narruhn, R. & Schellenberg, I. R.

**År:** 2012.

**Relevans:** Utforsker hvordan en relasjonell tilnærming til autonomi medisinsk etikk kan anvendes i et tverrkulturell dilemma rundt reproduktiv helse.



**Tittel: “The meaning of autonomy in nursing practice” (håndsök)**

**Forfatter(e):** Skår, R.

**År:** 2009.

**Relevans:** Undersøker hvordan autonomi forstås av sykepleiere i et rask skiftende sykepleieyrke og et internasjonalt ønske om å undersøke hvordan sykepleieyrkets kjerneverdier er i stand til å tilpasse seg disse endringene.

**Tittel: “Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative study” (håndsök)**

**Forfatter(e):** Alpers, L-M.

**År:** 2018.

**Relevans:** Utforsker hvordan kulturell ulikhet påvirker tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient. Argumenterer for at helsepersonell må ha kulturell kompetanse for å skape tillit.

**Tittel: “Pasientautonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang” (håndsök)**

**Forfatter(e):** Hofmann, B.

**År:** 2009.

**Relevans:** Artikkelen tar sikte på å nyansere og problematisere autonomi som begrep, ved å sette det inn i en historisk og filosofisk kontekst, samt knytte det til andre begreper som paternalisme og makt.

**Tittel: ”Transcultural nursing: its importance in nursing practice” (håndsök)**

**Forfatter(e):** Maier-Lorentz, M. M.

**År:** 2008.

**Relevans:** Diskuterer betydningen av interkulturell sykepleie i praksis.

**Tittel: ”Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter” (håndsök)**

**Forfatter(e):** Alpers, L-M.

**År:** 2017.

**Relevans:** Doktorgradsavhandling om hvordan helsepersonell vurderer egen kulturelle kompetanse overfor pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, og hvilke kompetansebehov de har ved pleie og behandling av pasientene.

## 2.9 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å kritisk vurdere den anvendte litteraturen og dataene i en oppgave (Dalland, 2017, s. 158). Forskningslitteratur jeg har brukt i denne oppgaven har jeg funnet på bakgrunn av egne vurderinger av søkeord, databaser, relevans for problemstillingen og tidsgyldighet. Da jeg har lite erfaring og begrenset kunnskap om dette fra tidligere må jeg ta høyde for at jeg kan ha gjort feilvurderinger jeg ikke har vært klar over. Søkeordene mine kan ha begrenset mengden, eller typen data jeg fikk tilgang på, samt at jeg kan ha oversett mulige relevante begreper i oversettelsen av disse fra norsk til engelsk. Selv om jeg opplevde søkeresultatene mine i PubMed som tilfredsstillende, anerkjenner jeg at også ved bruk av en annen, eller flere, databaser kunne fått andre resultater. Enkelte av forskningsartiklene jeg har anvendt i oppgaven er ikke skrevet fra et sykepleiefaglig perspektiv, men fra et generelt helseperspektiv eller andre helsearbeidere. Jeg har likevel valgt å anvende disse funnene fordi jeg mener de har overføringsverdi til sykepleie, men må ta høyde for at disse ikke nødvendigvis er overførbare.

Jeg har forsikret meg om at all forskningslitteratur brukt i denne oppgaven er fagfellevurdert, er tidsgyldig, er relevant for problemstillingen og tilstrebet å presentere alle funn på en redelig måte. Andre typer kilder, slik som fagbøker, har jeg funnet ved hjelp av pensumlister i fag jeg tidligere har tatt ved VID, og ved søk i Oria. Pensumlitteraturen er vurdert av høyskoleansatte med større erfaring og kunnskap om metode enn meg, og har slik fungert som en kvalitetssikring av kildene, slik jeg ser det. Jeg har likevel forsikret meg om at kilder funnet både i og utenom pensumlitteratur er skrevet av anerkjente forfattere og jeg har tilstrebet å bruke siste tilgjengelige utgave. Alle anvendte kilder i oppgaven har jeg forsøkt å overveie om kildene har urealistiske konklusjoner, og sjekke om forfatterne oppgir interessekonflikter.

De systematiske litteratursøkene har bidratt med å få en viss oversikt over forskning relevant for problemstillingen og gitt funn som belyser problemstillingen fra flere sider. Jeg har forsøkt å være bevisst i å inkludere alle funn, og ikke utelate informasjon eller data som kunne tenkes å ikke støtte oppgavens problemstilling. Jeg har tilstrebet å legge frem de anvendte data så redelig og utolket som mulig. Når det er sagt, anerkjenner jeg at all informasjon i denne oppgaven er gjenstand for min tolkning til en viss grad. Dette gjelder også for min oversettelse av engelsk litteratur til norsk. Jeg er ikke profesjonell tolk og i oversettelse av engelsk terminologi til norsk, kan det være at jeg ikke har klart å fange

helheten i begreper eller den opprinnelige forfatterens budskap. Ved bruk av engelskspråklig, internasjonal forskningslitteratur har jeg også vurdert kildenes grad av overførbarhet til norske forhold.

Gjennom oppgaven har jeg anvendt primærlitteratur så langt det har latt seg gjøre, fordi dette er det nærmeste jeg kommer en forfatters budskap og begrenser risiko for feiltolkninger. Ved bruk av sekundærlitteratur øker denne risikoen fordi det allerede er blitt tolket av andre (Dalland, 2017). Jeg har likevel valgt å inkludere Kirkevold (2006) i presentasjonen av Kari Martinsens omsorgsteori fordi jeg vurderte informasjonen som nødvendig for å kunne gi en oversiktlig gjengivelse av teorien, samt at primærkilder ikke var vanskelig tilgjengelig for meg, både online og gjennom bibliotekene ved VID eller de Deichmanske biblioteker.

## **2.10 Etske vurderinger**

Etske overveielser har en viktig plass i yrkesutøvelsen av sykepleie. Dette kan eksempelvis dreie seg om hvordan å forvalte informasjon om pasienter man møter, å forholde seg til taushetsplikt, å ivareta pasienters integritet, eller å bidra til pasientens beste under behandling. Slike etske vurderinger er et viktig hensyn også i en litterær oppgave, da man må påse at innhenting av kunnskap og informasjon ikke skjer på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2017). Det innebærer også å redegjøre for gangen i datainnhenting og bruken av data. Enkelte tilsynelatende relevante artikler jeg fant gjennom litteratursøkene fikk jeg ikke tilgang til, noe som innebærer at jeg kan ha gått glipp av relevant forskning.

I denne oppgaven har jeg tilstrebet å anvende og presentere funn så objektivt og redelig som mulig. I tillegg har jeg anvendt korrekt kildehenvisning for ikke å plagiere andres arbeid, men anerkjenne originalforfatteres bidrag.

## 3 Teori

I det følgende kapittelet vil jeg redegjøre for relevant teori som jeg videre vil diskutere i lys av forskning i drøftingsdelen. Først gjør jeg rede for ulike perspektiver på autonomi, som ideal, i praksis og dets betydning i interkulturell kontekst. Deretter beskriver jeg svak paternalisme basert på Kari Martinsens tanker og hvordan dette forstås som en sykepleiefaglig tilnærming i praksis, før jeg greier ut om Martinsens overordnede omsorgsteori og syn på makt i sykepleier-pasient-relasjonen. Videre beskriver jeg for hvordan sykdom kan være kulturelt betinget, og hva kulturelt kompetent helsearbeid kan innebære. Til slutt presenterer jeg hva kulturell og interkulturell kompetanse er og hvordan sykepleier kan tilegne seg disse kompetansene.

### 3.1 Autonomi som etisk prinsipp i sykepleie

Som ideal har autonomibegrepet lange historiske røtter i protestantiske, vestlig samfunn, og er en stor del av disse samfunnenes etikkarv (Hanssen, 2005, s. 68-69). I Norge har autonomiidealet en sterk tilstedeværelse i omsorgstjenestene og -relasjoner, både som etisk prinsipp, kulturelt fenomen og gjennom lovverket (Hanssen, 2005, s. 109-110). Denne tilstedeværelsen henger også sammen med at vestlige samfunns historisk sett har holdt individualisme og selvstendighet som idealer, og ofte tas som en selvfølge. Hofmann (2009) hevder at autonomi kan ha vokst frem som et moralsk ideal som følge av motreaksjoner til forskjellige typer formynderi, eller paternalisme, noe som later til å være tilfellet i det norske helsevesen. Autonomiidealet kan dermed tenkes å ha vokst fram som motkraft til helsepersonells paternalisme overfor pasienter, fordi det har bidratt med å utjevne en ubalanse mellom pleier og pasient ved å fokusere på pasientens integritet (Hofmann, 2009).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011) er autonomi et sentralt begrep. Retningslinjene er basert på International Council of Nurses (ICN), eller det internasjonale sykepleierforbundets, etiske kodeks som er utarbeidet på bakgrunn av internasjonalt samarbeid (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Slik er disse del av å danne et etisk fundament, ikke bare for vestlig sykepleie, men også for sykepleiere i ikke-vestlige land. I retningslinjene heter det at sykepleiere burde fremme "... pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått" (punkt 2.4) og at sykepleier "respekterer pasientens rett til å ta egne

valg.” (punkt 2.3). Punktene fremhever pasientens selvstendighet og selvbestemmelse. I punkt 2.5 trekkes det også frem at pasients rett til å velge skal respekteres, men legges til at det inkluderer ”... å frasi seg sin selvbestemmelse” (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 8).

I norsk lovverk har autonomiidealet blant annet fått plass i pasient- og brukerrettighetsloven (1999), som slår fast at

*”... pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.” (§3.1)*

I følge norsk lov har altså pasienten rett til å medvirke og dermed være autonome i avgjørelser om egen behandling. Lover er utarbeidet i samsvar med rådende normative premisser og kulturidealer, og gjør det mulig å håndheve disse normene. Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven er å sikre pasienter og brukeres rettigheter, lik tilgang på tjenester i helsesektoren, samt å stimulere tillit mellom pasienter og helsepersonell (Bachus, 2019). Noe av grunnlaget for pasient- og brukerrettighetsloven finner vi i den medisinske etikken, der den prinsippbaserte etikken er blitt sentral. De fire etisk-medisinske prinsippene (*velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet*) blir gjerne trukket fram i denne sammenheng, og er internasjonalt anerkjente etiske rettesnorer for god medisinsk praksis (Johannessen m.fl., 2007, s. 167). Autonomi, eller rett til selvbestemmelse, inngår altså som ett av fire av disse prinsippene. Prinsippene er gjenstand for diskusjon på tvers av landegrensene, og danner slik en basis for etisk refleksjon i kulturell kontekst. Følgelig er de også stadig under kritikk og revisjon. Noen fremhever at disse danner et godt etisk grunnlag for helsefaglig praksis på tvers av kulturer, om de anvendes riktig (Gillon, 2015). Autonomi har i enkelte av disse diskusjonene blitt argumentert for å være et universelt prinsipp (Hanssen, 2004, s. 28-29), mens andre derimot har stilt seg kritisk til prinsippenes universalitet (Narruhn & Schellenberg, 2012; Padela, Malik, Curlin & De Vries, 2014). Flere adresserer viktigheten av å tilstrebe en kritisk bevissthet rundt posisjonen og bruken av prinsippene i et stadig globaliserende, og dermed multikulturelt, helsevesen (Aambø, 2019).

## 3.2 Autonomi i sykepleiepraksis

Autonomi eksisterer altså som etisk prinsipp i sykepleie på flere måter. Generelt sett er norske sykepleiere også produkter av en individualistisk kulturarv, som anser selvstendighet og autonomi som idealer, og dette gjenspeiles i sykepleiefaglig sammenheng. Enkelte studier tyder på at dette kan innebære at norske sykepleiere generelt vil forvente at pasienter er så selvhjulpne og autonome som tilstanden deres tillater (Hanssen, 2018, s. 49). I tillegg til å være formet av kulturarven, blir også sykepleiere formet av de normer og idealer som dominerer i sykepleiefaget. De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er et dokument som er del av å danne etisk prinsippgrunnlag, som vi har sett over, men legger også føringer for hvordan sykepleier kan utøve en moralsk sykepleiepraksis. I retningslinjenes introduksjonen kan det leses at retningslinjene også skal være sykepleiers ”viktigste verktøy i møte med etiske spørsmål og dilemma” (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 5).

Autonomi kan også tenkes som en menneskelig kapasitet som har fått stor betydning i sykepleiepraksis, for eksempel ved at sykepleiere later til å sidestille respekt og autonomi og at sykepleiere kan ha vanskeligheter med å akseptere at enkelte pasienter velger å ikke være delaktig i eget behandlingsforløp (Hanssen, 2004, s. 28). Videre har man sett at sykepleieres oppfatning av autonomi kan ses utfra hovedsakelig fire betydninger i møte med pasienten. Disse beskrives som ’å ha en holistisk tilnærming’, ’å kjenne pasienten’, ’å vite det du vet’ og ’å våge’, og ses i sammenheng med sykepleiers evne til å være kunnskapsrik og selvsikker i møte med pasienter (Skår, 2009, s. 2226).

## 3.3 Autonomi i interkulturell kontekst

Mens individualisme og autonomiidealet har lange røtter i vestlige kulturer, har kollektivismen vært et mer fremtredende fenomen i andre kulturer. Dette skiller seg fra individualisme ved at den utvidede familie, konformitet til gruppa, og solidaritet er i sentrum, fremfor individet, selvstendighet og selvutvikling. Hvilken kultur som dominerer der mennesker vokser opp i påvirker atferd og valg ved sykdom (Hanssen, 2018, s. 44). I individualistisk perspektiv er det typisk at egenomsorg og autonomi er førende for sykepleiers relasjon til pasienten. Dette perspektivet kan bryte med en kollektivistisk orientert pasients forventninger til pleie, som i gjerne i større grad er fokusert på å ha familien tett på seg og heller ønsker å bli ivarettatt av dem. Å leve i en tydeligere gjensidig avhengighet til andre kan være et resultat av en oppvekst

i et kollektivistisk samfunn. Eksempelvis kan det for mennesker med bakgrunn fra arabiske samfunn være underforstått at man henvender seg til andre for råd og hjelp, uten at dette blir kommuniseres eksplisitt, som er en annen type mestringsstrategi enn den individualistiske man typisk finner i vestlige samfunn (Hanssen, 2004, s. 35). Det er likevel ikke slik at verden er delt i kun to ulike kulturelle retninger, men består av en mosaikk av kulturuttrykk som kan ha trekk fra begge disse retningene samtidig. Slik har også mange samfunn og individer, eller familier, innflytelse fra begge disse retningene i kultur (Hanssen, 2018, s. 45). Tradisjonelle biomedisinske modeller basert på autonomi, kulturell kompetanse og medisinsk etikk er likevel blitt kritisert for å være utilstrekkelige i møte med et kulturelt mangfoldig helsevesen (Narruhn & Schellenberg, 2012).

### **3.4 Omsorg og makt i sykepleie-pasient-relasjonen**

Kari Martinsens teorier tar utgangspunkt i sykepleier-pasient-relasjonen og omsorg som grunnleggende for sykepleien. En oversikt over dette grunnlaget ser jeg som fruktbart for å gi et mer fyldig forståelse for svak paternalisme. Derfor vil jeg i det følgende redegjøre for hennes syn på omsorg. Før dette vil jeg presentere noen perspektiver på makt, både fordi Martinsen mener makt er underliggende i en hver omsorgsrelasjon og slik kan bidra med større forståelse av hennes omsorgsteori, men også fordi makt er uløselig knyttet til autonomi (Hofmann, 2009; Martinsen, 2005).

#### **3.4.1 Makt**

Makt er et konsept med mange former og kan defineres på en rekke måter. For mange samfunnsvitenskapelige tenkere er makt det sentrale begrepet i menneskelig liv. Den franske filosofen Michel Foucault mente at "[m]akt er overalt; ikke fordi den omfavner alt, men fordi den kommer fra alle steder" (1978, s. 93, min oversettelse). Makt kan altså tenkes å finnes over alt i samfunnet, og utøves i menneskenes relasjoner til hverandre (Dahl, 2013). Mer håndfast kan makt defineres som evne til å gjennomføre viljen sin til tross for andres motvilje og til å kontrollere ressurser som kreves for å sikre et utfall (Hanssen, Helgesen & Vabo, 2011, s. 33; Weber, 2000, s. 53).

For Martinsen (2005) finnes det et element av makt i en hver sykepleier-pasient-relasjon. Derfor er det avgjørende at sykepleier er bevisst sin makt i relasjon til pasienten og er kritisk

til egen praksis og strukturene den utføres i, fordi sykepleier kan ha makt til å skape eller vende situasjoner i gitte retninger (Martinsen, 2005). Gjennom kommunikasjon og holdning kan sykepleieren påvirke pasientens livsmuligheter og har derfor et ansvar for å forvalte sin makt på en ansvarlig måte, til det beste for pasienten. Sykepleiers makt aktualiseres på flere måter. I mange deler av helsetjenesten ligger det en latent maktasymmetri i den forstand at pasienten oppsøker tjenestene fordi de har behov for hjelp, og helsepersonellet sitter på kunnskap og kyndighet til å yte nødvendige tjenester (Hofmann, 2009). Sykepleier disponerer med andre ord også en strukturell form for makt. Denne beskrives ofte som en taus form for makt, som utgjør deler av grunnlaget for individers muligheter (Hanssen m.fl., 2011, s. 35). Denne maktformen er relevant for en sykepleiers yrkesutøvelse fordi de fleste pasientmøter skjer i kontekst av at sykepleier representerer en institusjon eller tjeneste, og slik tar del i strukturer som forvalter makt (Martinsen, 2005, s. 164-165).

I følge Hofmann (2009) vil makt alltid være tilstede i situasjoner som handler om å tolke og forvalte andre menneskers verdighet. Som sykepleier står man i en særposisjon til å påvirke pasientens grad av delaktighet i egen behandling. Dette kan for eksempel dreie seg om å ta valg på vegne av pasienten, gjennom paternalisme, eller tilrettelegge for pasientens egne avgjørelser, eller autonomi. Dette gjør at både autonomi er uløselig knyttet til makt, fordi sykepleier har i sykepleie-pasient-relasjonen makt til å påvirke pasienters handlingsrom (Hofmann, 2009).

### **3.4.2 Omsorg**

Martinsen anser omsorg å være en grunnleggende del av menneskelig tilværelse, som både mennesker og samfunnene vi lever i ikke kan være foruten (Martinsen, 2003, s. II). Omsorg er en forutsetning for liv og våre relasjoner, fordi omsorgen i seg selv er relasjonell og hviler på solidaritet med andre. Omsorgens grunnleggende karakter innebærer at mennesker lever i et gjensidig avhengighetsforhold, som blir spesielt tydelig i situasjoner der det er snakk om sykdom (Kirkevold, 2006, s. 169).

I sykepleien gir omsorgen en moralsk utfordring, i følge Martinsen (2005, s. 162). Denne utfordringen springer ut av muligheten for konflikt, som ligger latent i omsorgsrelasjonen mellom pleier og pasient. De mest vanlige uttrykkene for denne konflikten ser vi i dilemmaet mellom unnlattelsessynder, i form av overdrevent fokus på pasientens autonomi, og formynderi, eller paternalisme (Martinsen, 2005, s. 157-161). Konflikten og konsekvensene



av den oppstår som følge av sykepleierens likegyldighet overfor pasienten. Hvis pleieren ikke er engasjert i pasienten, og unngår å tenke over hva som tjener pasienten best, vil likegyldigheten få større plass. For å unngå dette, må sykepleieren være engasjert i den andre, slik at omsorg for pasienten blir ekte, og gjør pasienten til deltaker i omsorgen (Martinsen, 2005, s. 160-162).

### **3.5 Svak paternalisme i sykepleie**

Svak paternalisme er et begrep mest brukt av den norske sykepleieren og omsorgsfilosofen Kari Martinsen. Dette begrepet beskriver en tilnærming til sykepleiers forvaltning av makt i sykepleier-pasient-relasjonen, på aksene mellom paternalisme og autonomi. For Martinsen (2005) er sykepleierens bevissthet rundt egen makt i sykepleie-pasient-relasjonen av betydning for kvaliteten på omsorgen som ytes. Sykepleierens evne og vilje til å navigere seg mellom det hun kaller unnlattelsessynder og formynderi, er avgjørende for å kunne yte god omsorg. Unnlattelsessynderne opptrer oftest som overdrevet fokus på pasientens autonomi, eller en stor tro på pasientens selvstendighet. Formynderiet gir seg utslag i paternalisme, ved at sykepleier tar avgjørelser på vegne av pasienten, og ikke slipper til pasientens ønsker. Når formynderi og unnlattelsessynder oppstår er det uttrykk for at den latente konflikten i omsorgen har fått 'utarte' seg, og de begge til felles at de blir til som følge av sykepleiers likegyldighet overfor pasienten. Derfor er sykepleiers oppgave å motvirke utartingen av omsorgen ved å engasjere seg faglig til beste for pasienten. Dette fører til at begge parter blir deltakere i omsorgen. Engasjementet er det som sørger for balanse mellom unnlattelsessynder og formynderi, og det er denne balansen Martinsen (2005, s. 162) kaller svak paternalisme.

Om sykepleier klarer å jobbe ut fra et prinsipp om svak paternalisme, er resultatet en praksis som tilrettelegger for pasientens deltakelse og medvirkning i egen behandling og situasjon. For å oppnå dette kreves det at sykepleier bruker sitt faglige skjønn og er bevisst sin egen makt overfor pasienten og reflekterer kritisk rundt sin egen praksis og strukturene den utføres i. Det er å bruke faglig skjønn som gjør sykepleier rustet til å vurdere pasientens situasjon og handle i dennes beste interesse, i følge Martinsen. Den faglige vurderingen gjør det mulig for sykepleieren å utvise forsvarlig maktutøvelse og slik tilrettelegge situasjonen slik at både pasient og pleieren selv blir delaktige i behandlingen (Martinsen, 2005, s. 162-163).

## 3.6 Sykepleie i interkulturell kontekst

Hver dag interagerer sykepleier med pasienter som har ulike kulturelle overbevisninger. I sitt arbeid med å tilpasse sin pleie etter pasientens behov, må sykepleier også overveie kulturelle aspekter ved pasientens behov. Det kan være vanskelig å navigere i det kulturelle landskapet, fordi dette forutsetter en viss grad av kompetanse til å identifisere og handle som følge av kulturelle faktorer. Hanssen (2005) definerer kulturelt kompetent helsearbeid som:

Helsearbeid der det utvises varhet overfor den variasjonsbredde man kan finne av menneskelige erfaringer og reaksjoner ut i fra personlighet, utdanning, sosial og økonomisk situasjon, etnisitet og kulturbakgrunn, for å nevne noe. Kulturelt kompetent helsearbeid bygger på forståelse for hvordan forskjeller på disse og andre områder kan påvirke menneskers reaksjoner og den pleie og behandling som gis (Hanssen, 2005, s. 25).

Definisjonen tar utgangspunkt i mennesket som et vesen med mengder av opplevelser og erfaringer og at kultur bare er en del av disse som er med på å forme atferd og tro. I det følgende skal jeg utrede for kulturelle betingelser for sykdom og to ulike kompetanser sykepleier kan tilstrebe å tilegne seg for å være bedre rustet til å imøtekomme kulturelle behov hos pasienten.

### 3.6.1 Sykdom, kultur og omsorg

Hvordan en pasient tolker, opplever og beskriver sine symptomer påvirkes av hvordan hen har lært å tenke om sykdom og behandling. Disse tillærte tankemåtene er et resultat av pasientens totale erfaringer og er dermed til dels kulturelt betinget (Hanssen, 2005, s. 26-33).

Oppfatningen og betydningen av sykdom og behandling er underlagt kulturelle verdier og tro (Leever, 2011). Fra et vestlig biomedisinsk perspektiv er det dominerende synet på sykdom at den er universell, at den oppfattes likt uavhengig av hvor i verden man befinner seg. Et biomedisinsk syn ligger til grunn, som blant annet innebærer at sykdom i liten grad blir ansett som et relativt begrep, selv om folk oppfatter sykdom forskjellig, basert på deres kultur og tidligere erfaringer. Siden også kulturen griper inn i menneskers tolkning av sykdom (Ingstad, 2007), er det fordelaktig om sykdom vurderes utfra konteksten den oppstår i, med de sosiokulturelle, økonomiske, politiske og religiøse forutsetninger og virkeligheter som eksisterer der (Hylland-Eriksen & Sajjad, 2015, s. 221).

I en kvalitativ studie utført i Norge fant man at sykepleierne hadde lite kunnskap om sykdoms- og behandlingsfilosofier utover den biomedisinske, og fortalte at de selv synes de hadde utilstrekkelig kunnskap om dette (Alpers, 2017). Sykdom kan forstås ut i fra flere kulturelle forklaringsmodeller, utenom den biomedisinske. I enkelte kulturer der selvet ses i sammenheng med andre mennesker, eller fellesskapet, kan sosiale eller moralske overtramp eller splid mellom familiemedlemmer eller andre mennesker i fellesskapet, ses som årsak til sykdom, og terapi praktiseres ofte kollektivt (Hanssen, 2004, s. 33). Disse kan deles i tre grupper, der sykdom ses forårsaket av andre mennesker eller utenforliggende krefter (som åndebesettelse, trolldom, eller ”det onde øyet”), seg selv (ved å eksempelvis ha ergret forfedre eller ha brutt tabu- eller renhetsregler), eller skjebnen (sykdommen er Guds vilje) (Ingstad, 2007).

### **3.6.2 Sykepleiers kulturelle kompetanse**

Siden oppfatningen og erfaringen av sykdom og behandling er underlagt kulturelle verdier og tro, er kulturell kompetanse nødvendig for sykepleier i sitt møte med pasienter. Det er kompetanse som er vesentlig for sykepleier å etterstrebe for å kunne yte god omsorg til pasienter med forskjellig kulturelt utgangspunkt fra dem selv (Leever, 2011, s. 560), og burde inngå som del av sykepleiers generelle kompetanse (Hanssen, 2016). Som profesjonsutøver er sykepleier også forpliktet gjennom et individuelt ansvar til å tilegne seg den nødvendige kompetansen for å oppnå dette (Alpers, 2017, s. 81). Kulturell kompetanse kan beskrives som en kontinuerlig prosess hvor sykepleier etterstreber å bli mer selvbevisst og klar over egne holdninger, å verdsette ulikheter og få bedre kjennskap og kunnskap om styrker som kan ligge i kulturell ulikhet (Maier-Lorentz, 2008, s. 38). Dette kan også innebære å være bevisst de dominerende oppfatningene om sykdom og behandling som ligger til grunn i storsamfunnet og stedet, eller institusjonen, der pleien utføres, å ha en forståelse av at pasienten kan ha kulturelle oppfatninger og tro som skiller seg fra de dominerende, og være kritisk til egne normer og personlige overbevisninger (Hanssen, 2005, s. 122-123). Sykepleierens personlige holdninger påvirker deres tolkninger av pasientens situasjon og kulturell kompetanse har blitt koblet til sykepleiers evne til å skape en tillitsfull relasjon til pasienter (Alpers, 2018). Kulturell kompetanse kan også tenkes som kunnskap som gjør det mulig for sykepleier å stille riktige spørsmål om en pasients behov, oppfatninger og ønsker og dermed klare å tilpasse sin

pleie deretter. Kompetansen kan hjelpe sykepleiere med å bygge selvtillit og trygghet i møte med pasienter med ulik kulturell bakgrunn (Alpers, 2018).

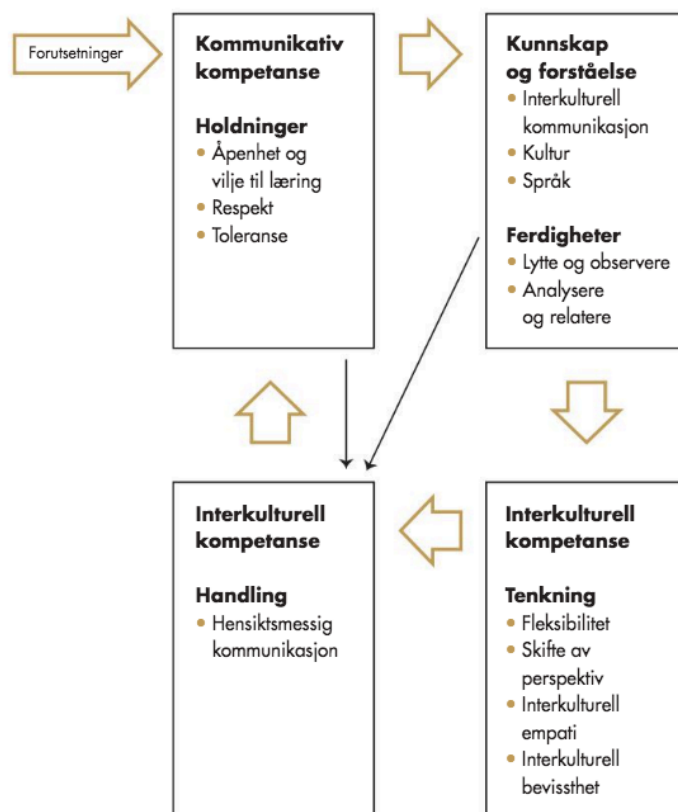
I prosessen med å utvikle kulturell kompetanse kan sykepleier ta i bruk kulturell datasamling. Dette er et verktøy som innebærer å systematisk gjennomgå pasientens holdninger, helseatferd og kunnskap (Hanssen, 2016, s. 98). Funnene ved denne datasamlingen burde føre til at behandlingen pasienten mottar resonnerer med dennes eksisterende helseatferd, så lenge den påvirker behandlingen positivt, eller nøytralt. Dette vil gi større grad av gjenkjennelse for pasienten i behandlingen, som fører til økt sjans for at behandlingsopplegget har god effekt og følges. Datainnsamlingen kan hjelpe sykepleieren med å foreta kulturelle forhandlinger, om det skulle være behov for dette, som innebærer ”å oversette og behandle kunnskap, veiledning og trossystemer fra én gruppe til en annen” (Chalanda 1995, sitert i Hanssen 2016, s. 98). Kulturelle forhandlinger kan være nyttig når det beste behandlingsalternativet for pasientens innebærer å bryte med pasientens eksisterende overbevisninger eller oppfatninger om behandling og sykdom. Dette kan for eksempel innebære at pasienten må endre sin helseatferd eller lære nye ferdigheter for å sikre god behandling (Hanssen, 2016, s. 99).

Alpers (2017, s. 81) finner at det kan være behov for spesiell og utvidet kompetanse hos helsearbeidere i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, og at å tilegne seg kulturell kompetanse er viktig for sykepleier, for å kunne yte tjenester i pasientens interesse. Hun peker på flere konkrete kunnskaper som burde inngå i dette. Dette omfatter blant annet kunnskap om sykdoms- og behandlingsfilosofier utenom den biomedisinske og om kulturelle aspekter ved symptomuttrykk hos pasienten (Alpers, 2017, s. 79-82).

### **3.6.3 Sykepleiers interkulturelle kompetanse**

Interkulturell kompetanse kan defineres som ”evnen til å tenke og kommunisere hensiktsmessig i møte med mennesker med andre tankesett og/eller kommunikasjonsstiler enn en selv” (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 14). Dette innebærer ikke bare sykepleiers evne til å kommunisere godt, men inkluderer også holdninger og atferd i møte med pasienter.

Holdninger og atferd påvirkes av hvilke kulturelle overbevisninger vi har. Ved å være bevisst verdier og grunntanker i egen kultur blir det enklere å forstå andres. Dypedahl & Bøhn (2017, s. 18) illustrerer en modell for utvikling av interkulturell kompetanse:



Figur 1 - Modell for interkulturell kompetanse (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 18, basert på Deardroff)

Modellen tar for seg hvilke holdninger, ferdigheter, tenkning og handling som inngår i interkulturell kompetanse. I boksen nederst til høyre ser vi at fleksibilitet, skifte av perspektiv, interkulturell empati og interkulturell bevissthet er viktig tenkning som muliggjør interkulturell kompetanse. Interkulturell bevissthet kan forstås som evnen til å tolke og justere egne tanker og kommunikasjon løpende, i interaksjon med andre (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 19). Ut fra modellen kan vi se at det er mange faktorer som inngår i interkulturell kompetanse. Modellen legger opp til at det å utvikle interkulturell kompetanse er en prosess, og kan utvikles over varigheten av sykepleiers yrkesliv. Et viktig moment i dette er at interkulturell kompetanse må bygge på generell kommunikativ kompetanse (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 19).

## 4 Drøfting

I den resterende delen av oppgaven vil jeg drøfte teori og forskningsfunnene opp mot hverandre, med hensikt å belyse problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 108). Jeg starter med å drøfte hvordan ulike perspektiver på autonomi kan tenkes å påvirke sykepleiers ivaretagelse av pasientautonomi i interkulturell kontekst, og knytter dette opp mot forskning om hvordan sykepleiere definerer og oppfatter pasientautonomi i praksis. Deretter drøfter jeg hvordan autonomi som grunnleggende etisk prinsipp kan tenkes å være til hjelp og hinder for godt, kulturelt sensitivt helsearbeid. Videre knytter jeg den øvrige diskusjonen til svak paternalisme som tilnærming i sykepleiepraksis, og diskuterer hvorvidt denne tilnærmingen både kan ha en veiledende funksjon i sykepleiers ivaretagelse av pasientens autonomi i en interkulturell kontekst. Avslutningsvis oppsummerer jeg ved å forsøke å synliggjøre hvordan problemstillingen er besvart gjennom drøftingen.

### 4.1 Sykepleiers ivaretagelse av pasientautonomi i interkulturell kontekst

I teorikapitlet så vi at autonomi er innvevd i sykepleiefaget både som etisk rettesnor og i praksis. Siden dette er et sentralt prinsipp i faget og det norske samfunnet for øvrig, er det nyttig å belyse hva autonomi innebærer og hvordan det praktiseres i sykepleie-pasientrelasjonen. Hanssen (2004, s. 28) har i en kvalitativ studie undersøkt sykepleiernes forhold til autonomi i møte med pasienter. Hun fant at sykepleiere kunne synes det er utfordrende å forholde seg til at enkelte pasienter velger å ikke delta aktivt i egen behandling eller ta avgjørelser knyttet til denne. Om sykepleiere anser autonomi som en overordnet verdi, kan det føre til at sykepleiere krever at pasientene er autonome, og tvinger pasienter til å ta selvstendige valg. Hanssen (2004, s. 39-40) argumenterer at det viktig for sykepleier å granske sitt syn på autonomiidealet i situasjoner der kulturelle faktorer er fremtredende. Hvis ikke, kan sykepleier påtvinge pasienten en autonomiutøvelse som er fremmed for hen. Dette kan true pasientens verdighet og integritet, og resultere i at autonomi, som har som mål å myndiggjøre pasienter til å ta egne valg, blir et prinsipp som gjør det motsatte – det blir påtvunget pasienter som ikke ønsker eller er i stand til å ta autonome valg (Hanssen, 2004, s.39-40). Et mulig utgangspunkt kan for sykepleier være å skille mellom å respektere en pasient på bakgrunn av hens evne eller vilje til å være autonom, og å respektere pasientens og

autonomien denne har, uavhengig av hvordan hen velger å bruke den (Hanssen, 2004, s. 28; Hanssen, 2005, s. 122).

Eksempelet over åpner for at det kan være nyttig for sykepleier å reflektere rundt hva autonomi egentlig innebærer i praksis. I følge Hofmann (2009) er en av de mest dominerende tolkningene av autonomi i biomedisinsk etikk at en person har rett til å ta valg, ha meninger og handle basert på personlige verdier og overbevisninger. Dette, hevder han, medfører at det er forskjell mellom å bli respektert som autonom person og å være en autonom person. Autonomi kan derved bli forstått utfra handlingsvalg, og ikke utfra egenskaper ved personen. Slik kan man tenke seg at autonome personer kan ta ikke-autonome valg, og at handlinger kan være autonome til tross for at personen selv ikke er det. Denne tolkningen får gjenklang hos Hanssen (2005) som skriver at "[m]ens det å respektere en persons autonomi utgjør en del av det å ha respekt for mennesket, er ens respekt for en person ikke avhengig av personens evne eller tilbøyelighet til å handle autonomt" (s. 122). Om vi oppsøker de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere igjen, fastslår de at pasientens rett til å velge må respekteres, inkludert pasientens valg om å frasi seg sin autonomi (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Fra sykepleierens perspektiv, fant studien utført av Skår (2009) at sykepleiere så autonomi i sammenheng med deres evne til å være kunnskapsrik og selvsikker i med pasienten. De beskrev autonomi som å 'våge', 'kjenne pasienten', 'vite det du vet', 'ha en holistisk tilnærming' (s. 2226). Teoriene om kulturell (Hanssen, 2016; Maier-Lorentz, 2008) og interkulturell kompetanse (Dypedahl & Bøhn, 2017), som de er brukt i denne oppgaven, fokuserer på sykepleiers kyndighet og fremholder at denne kulturell kompetanse vil hjelpe sykepleiere til å yte bedre, kulturelt sensitiv pleie. Det inngår i sykepleiers individuelle ansvar å tilegne seg den nødvendige kompetansen for å oppnå dette. Å jobbe med egne kunnskaper, ferdigheter, verdier og holdninger fremheves som viktig i denne sammenheng, både i litteratur om kulturell kompetanse og i profesjonsteorien (Alpers, 2017, s. 81). Alpers studie om sammenhengen mellom tillit og kulturell ulikhet mellom sykepleier og pasient, finner at å tilegne seg kulturell kompetanse kan også medvirke til at sykepleier bygger selvtillit og trygghet i møte med pasienter med ulik kulturell bakgrunn (Alpers, 2018, s. 321). Disse funnene samsvarer med Skår (2009) sine finn i studien om sykepleieres tolkning av autonomi, i den forstand at sykepleier i denne studien trakk fram selvsikkerhet i møte med pasienten og det å våge som viktige forutsetninger for autonomi. Slik kan man tenke seg at autonomiidealet og behovet for kulturell kompetanse i sykepleier-pasient-relasjonen kan utfylle hverandre,

som følge av at de begge handler om at sykepleier skal etterstrebe å ha kunnskap om pasienten, ha trygghet i egen praksis og tørre å stille de riktige spørsmålene (Alpers, 2018, s. 321; Skår, 2009, s. 2226). Aambø (2019, s. 8) poengterer at evalueringsstudier viser at trening i kulturell kompetanse fører til endring i holdninger og ferdigheter hos helsepersonell.

Leever (2011), påpeker at det har vært omfattende diskusjon om hvordan sykdom og behandling er forankret i kulturelle overbevisninger og verdier og at for å kunne skape godt helsevesen må de være lydhøre overfor disse verdiene. For sykepleiere og helsearbeidere generelt, vil dette innebære å ha kunnskap og ferdigheter som er nødvendige for å kunne imøtekomme dette i praksis. Altså, at godt helsearbeid forutsetter at helsearbeiderne har kulturell kompetanse (Leever, 2011, s. 560). Han argumenterer at autonomi og kulturell kompetanse burde henge sammen fordi respekt for pasientautonomi danner en viktig grunnstein for kulturell kompetanse (Leever, 2011, s. 562).

## **4.2 Autonomi som ideal i interkulturelt helsearbeid**

Hanssen (2004, s. 39) fremsetter at en ensformet etikk verken er mulig eller ønskelig, fordi det ville nødvendigvis innebære å tilsesette viktige kulturelle ulikheter. Slik vi så i teorikapittelet er tanken om en etikk basert på universelle prinsipper under stadig kritikk og revisjon, og enkelte ønsker å ta avstand fra denne typen etisk fundament (Narruhn & Schellenberg, 2012; Padela m.fl., 2014). Det finnes også argumenter for hvorfor og hvordan autonomi, som er et av den vestlige biomedisinske etikks grunnprinsipper, kan og burde være utfyllende for en helsefagpraksis med interkulturell kontekst, som sett i kapittel 4.1.

Gillon (2015) er en av de som har tatt til orde for å bevare prinsippmodellen basert på de fire medisinsk-etiske prinsipper. Han hevder disse danner et godt grunnlag for en god, universell medisinsk etikk hvis de anvendes på riktig måte. Likevel erkjenner forfatteren at denne modellen ikke bidrar med universelle metoder som kan hjelpe å løse overordnede etiske dilemmaer, men at de likevel gir nyttig veiledning i praksis anvendt sammen med andre medisinsk-etiske tilnærminger (Gillon, 2015, s. 111). I interkulturell sammenheng bidrar prinsippene med noen grunntanker han mener helsearbeidere på tvers av kulturer kan akseptere. Den virkelige verdien i prinsippene er at de kan bidra med et grunnleggende moralsk språk og analytisk rammeverk, som kan danne et rammeverk for en interkulturell erklæring for moralsk utøvelse av medisin (Gillon, 2015, s. 111). Dette argumentet følges av



Aambø (2019), som basert på Gillons (2015) diskusjon, hevder at prinsippene kan være gode retningslinjer for mer spesifikke etiske regler, så lenge det tas høyde for kontekst, tid, religion og politiske systemer (Aambø, 2019, s. 2).

Kritikere av en interkulturell helsepraksis, basert på de biomedisinske etiske prinsippene, hevder på sin side at dette gir et utilstrekkelig profesjonelt fundament i møte med et kulturelt mangfoldig helsevesen. Narruhn og Schellenberg (2012, s. 377-378), har undersøkt autonomiidealets implikasjoner for reproduktivt behandlingstilbud av somaliske kvinner. Forfatterne hevder at vestlig biomedisins fokus på autonomi i denne konteksten har bidratt til å skape mistillit mellom behandlere og pasienter, fordi enkelte av kvinnene bruker sin autonomi til å avstå fra de foreslåtte reproduktive intervensjonene. Som følge av dette, mener de, at prinsippet om respekt for pasientens autonomi har kommet i veien for et relasjonelt perspektiv på autonomi. For å lindre noe av mistilliten som oppstår, foreslår de en tilnærming som baseres på omsorgsetikk (*ethics of care*, min oversettelse) og tar sikte på å utvikle de relasjonelle aspektene av møtet mellom sykepleier og pasient. De mener at dette vil være nyttige verktøy i å unngå kulturell dissonans og moralsk usikkerhet hos både helsearbeidere og pasientene (Narruhn & Schellenberg, 2012, s. 377-378). Forfatterne foreslår altså en relasjonell forståelse av autonomi, som ideelt sett burde være i stand til å omfavne både kulturelle normer og individuelle overbevisninger hos pasienten (Narruhn & Schellenberg, 2012, s. 375).

Padela m.fl. (2014) argumenterer at prinsippmodellen har ført til at prinsippet om respekt for pasientens autonomi har fått forrang foran de andre og blitt det veiledende prinsippet i situasjoner der pasienten ønsker at andre skal ta avgjørelser på deres vegne. Problemet oppstår, mener de, som følge av at prinsippet anvendes med en overfladisk forståelse av pasientautonomi. Det fører til at de som skal ta avgjørelser på vegne av pasienten, eller surrogat-beslutningstakere som forfatterne kaller det, kan bli lammet av ubeslutsomhet og kan føle seg overlatt til seg selv, uten hjelp fra helsepersonells til å ta avgjørelsen. De foreslår derfor en tolkning av autonomi som er kulturelt tilpasset, som er basert på prinsippet om *respekt for personer* (Padela m.fl., 2014, s. 1). Dette prinsippet vil komme til uttrykk forskjellig i ulike kulturelle kontekster, fordi alle kulturer har ulik forståelse av, *personhood*, eller hva det vil si å være individ i samfunnet (min oversettelse) og av hva som utgjør en persons autonomi. Det forutsetter derfor at helsearbeidere har en forståelse av hvordan dette er definert i den kulturelle konteksten de operer i (Padela m.fl., 2014, s. 7). Forfatterne

argumenterer at prinsippet om respekten for personer, ledsaget av kunnskap om en gitt kulturs forståelse av hva det vil si å være individ i samfunnet, etablerer et bedre etisk rammeverk for å kunne yte gode omsorgstjenester i et globalisert og etnisk mangfoldig helsevesen (Padela m.fl., 2014, s. 1). I denne argumentasjonen later til å resonnerer med Narruhn og Schellenbergs (2012, s. 375) etterlysning av en relasjonell autonomi.

I lys av diskusjonen i dette underkapittelet (4.2), kan et sentralt spørsmål bli, slik jeg ser det, om det er mulig å finne en universell etikk på tvers av kulturer innenfor et rammeverk av etikk basert på biomedisinske prinsipper, eller om vår stadig globaliserende og kulturelt mangfoldige helsevesen krever nye tilnærminger for å sikre etisk og kulturelt sensitiv helsearbeiderpraksis? I kapittel 4.3 skal jeg trekke frem svak paternalisme som tilnærming og drøfte opp mot teori og forskning hvordan denne kan adressere disse utfordringene.

### **4.3 Svak paternalisme som tilnærming i interkulturell kontekst**

I diskusjonene over etterlyses det en kulturelt tilpasset sykepleiepraksis som tilrettelegger for pasientens tolkning og utøvelse av sin autonomi. Svak paternalisme ble trukket fram i teoridelen som en tilnærming for etisk sykepleiepraksis som balanserer pasientens autonomi, og motsatsen paternalisme. Denne balansen oppnås i følge Martinsen (2005, s. 160-165) ved at sykepleier anvender sitt faglige skjønn i relasjonen til pasienten. Skjønnen forutsetter både faglig dyktighet og analyse av den konkrete situasjonen. Det handler om å vurdere handlingsalternativer slik at det fremmer pasientens beste (Martinsen, 2005, s. 162). Et godt skjønn baserer seg på faglig kunnskap, refleksjon og evne til å bruke egne erfaringer tilpasset en gitt situasjon (Martinsen, 2005, s. 160-165). Det faglige skjønnet kan følgelig forstås som en samlebetegnelse på sykepleiers kompetanse og evne til å bruke denne. I lys av teorien og diskusjonen i 4.1, kan kulturell kompetanse ses som en del av en sykepleiers generelle kompetanse, og dermed en del av hens faglige skjønn. Dermed kan man tenke seg at kulturell kompetanse også har en naturlig plass i svak paternalisme, fordi denne kompetansen anses nødvendig for å sikre pasientens beste (Alpers, 2018; Leever, 2011).

Et kulturelt kompetent helsearbeid, slik det er beskrevet i denne oppgaven, handler om å være varsom for pasientens kulturelle identitet, uten at det blir en dominerende forklaringsfaktor. Det handler om å forstå mangfoldet av individets erfaringer, og at dette farger atferd og valg

(Hanssen, 2005, s. 25). Dette innebærer at sykepleier må sykepleier tilstrebe å være egne holdninger bevisst og verdsette ulikheter. Alpers (2018) har undersøkt hvordan kulturell ulikhet påvirker tillitsforholdet mellom sykepleier og etniske minoritetspasienter. Hun fant at sykepleiers holdninger farges av antakelser om pasientens kultur og at dette kunne føre til 'othering', eller fremmedgjøring (min oversettelse). Ulikhet i kultur og verdier mellom sykepleier og pasient kunne dermed bli kilde til mistillit. Studien konkluderer at helsepersonell må ha kulturell kompetanse fordi det hjelper å oppklare misforståelser og skape et åpent sinn, og dermed opprette tillit med pasienter som har en annen kulturell bakgrunn enn dem selv (Alpers, 2018, s. 321). Om kulturell kompetanse er en nødvendig ressurs for å skape tillit mellom sykepleier og pasient, kan det argumenteres at dette må være en integrert del av svak paternalisme. Martinsen (2005, s. 160-165) hevder at målet med svak paternalisme blant annet er å skape rom for tillit mellom sykepleier og pasient. Denne tilliten gir plass og åpenhet for pasienten å utlevere seg, og tilrettelegger for pasientens medvirkning i egen behandling og situasjon.

Martinsen (2005) understreker at en praksis drevet av svak paternalisme vanskeliggjøres av helsevesenets strukturer. Slik helsevesenet er organisert, med effektivitet som det mest tungtveiende hensynet, gjør det at rommet og tiden blir innskrenket. Det samme blir sykepleiers handlingsrom til å imøtekomme pasienten og hans behov. Aambø (2019) fremmer en tilsvarende kritikk. For ham ligger hovedutfordringen i at det vitenskapelige fokuset på det objektive som har fått dominere i vestlig biomedisin, og at dette har bidratt til at pasienter har gått fra å være "lidende subjekter til objekter som undersøkes" (s. 1). Slik oppstår et gjentakende problem med mangel på åpenhet for ulikhet, å se pasienter som sosiale vesener og ikke gi pasienter tilstrekkelig informasjon, fra helsepersonells side, og det blir dermed vanskelig for pasienter å ta ansvar for deres egen situasjon. Objektivitetsfokuset fører til at helsearbeidere får mangel på interesse og engasjement for pasienten som person, og videre ikke gir rom for ulikhet og glemmer å tilrettelegge for at pasientens evne til å ta ansvar og eierskap til egen situasjon (Aambø, 2019, s. 8). Dette står i tråd med Martinsens (2005) analyser, som trekker frem at de strukturelle forutsetningene for sykepleie-pasient-relasjonen disponerer omsorgen for å utarte seg til en usunn autonomi eller paternalisme. Svak paternalisme står i kontrast til dette, fordi det baserer seg på engasjement for pasienten (Martinsen, 2005, s. 157).

Engasjementet for pasienten oppnås ved å etterstrebe å identifisere hvilken konflikt som kan oppstå i relasjonen til pasienten (Martinsen, 2005, s. 157). Ved å klargjøre denne konflikten, kan man unngå at omsorgen utarter seg til en usunn autonomi eller paternalisme. Slik diskusjonen i kapitlene over (4.1 og 4.2) illustrerer, ligger det utfordringer, og tidvis konflikt mellom biomedisinens basis i prinsipper om individuell autonomi og god, kulturelt sensitiv omsorg. Om vi aksepterer dette premisset og behandler de to hensynene som en konflikt, også i tråd med fundamentet i svak paternalisme, hvordan kan vi unngå at konflikten fører til utarting av omsorgen? Leever (2011, s. 565) argumenterer at utgangspunktet for fokuset på og bruken av autonomi og kulturell kompetanse i sykepleier-pasient-relasjonen av det samme – pasientens beste. Det tilstrebes å tilby pasienter kulturelt tilpasset omsorg fordi det er til pasientens beste, sett fra pasientens perspektiv. Hvorvidt pasienten skiller mellom sitt eget individuelle beste, og det som er best for fellesskapet hen tilhører spiller ingen rolle, hevder han, fordi det uansett er basert på en subjektiv opplevelse av hva som er riktig eller ønskelig. Det samme gjør seg gjeldende med ivaretagelsen av autonomi, vi er opptatt av det som ideal fordi det ivaretar pasientens subjektive opplevelse av hva som er riktig, basert på hens tro og verdier (Leever, 2011, s. 565).

Selv om svak paternalisme er en tilnærming til sykepleiepraksis som skal ivareta pasientens beste, kan det tenkes at den vil kritiseres for være basert på pasientens autonomi som ideal. Slik vi så i diskusjonen i 4.2, er en praksis basert på en prinsippmodell under kritikk. Fører dette fokuset til at svak paternalisme måles utfra graden av selvstendigheten i en pasients avgjørelse? Eller om omsorgen tilrettelegges slik at pasienten kan ta avgjørelser på den måten hen ønsker? Slik jeg ser det tyder diskusjonen over på at både kulturell kompetanse og pasientens subjektive opplevelse av autonomi har plass i svak paternalisme. Leever (2011, s. 568), hevder at den sterkeste moralske begrunnelsen for å være sensitiv for pasientens kulturelle overbevisninger er forankret i respekten for pasientens autonomi og et engasjement for å tilpasse omsorgen etter det beste for pasienten. Hvis man tar utgangspunkt i at autonomi er en kulturelt betinget verdi som typisk holdes av den vestlige sykepleier, slik mine funn i forskningen tilsier, vil kulturell kompetanse hjelpe sykepleier med å være seg selv bevisst, lytte til pasientens behov og ikke overføre sine verdier til pasientens handlingsrom. På samme måte kan man tenke seg at svak paternalisme krever at sykepleier er varsom for å overføre egne verdier til pasienten, og heller lytter til pasientens behov og gir rom for at denne kan utlevere seg.

I et dette perspektivet vokser det frem, slik jeg ser det, et felles fundament for svak paternalisme, kritikere av den prinsippbaserte medisinetikken og forsvarere av den, i en interkulturell kontekst. I alle disse perspektivene er pasientens subjektive tolkning av hva som er riktig i en gitt situasjon en sentral ledestjerne for god praksis.

## 5 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg sett på hvilke faktorer som må være tilstede for at sykepleier ivaretar pasientens autonomi i en interkulturell kontekst. Utfra drøftingen i oppgaven fremkommer det en rekke faktorer som vurderes avgjørende for at sykepleier ivaretar pasientens autonomi godt i en interkulturell kontekst. Betydningen av kulturell- og interkulturell kompetanse er viktig for de fleste av stemmene i diskusjonen. Det virker som om majoriteten er enige om at denne kompetansen må inngå i sykepleiers generelle kompetanse, i den forstand at den ikke innebærer å vite mye om mange kulturer, men at sykepleier må tilstrebe å ha gi rom for pasientens tolkninger, uavhengig av hva som er årsak eller motivasjonen bak dem. Det betyr ikke at sykepleier blindt skal følge pasientens ønsker og behov i alle situasjoner, men må tilrettelegge for at det er rom for at pasienten kan ytre seg, og at sykepleier og pasient kan undre sammen om hva som er beste løsning for den gitte situasjonen.

En annen fremtredende faktor er sykepleiers forhold til egne holdninger, verdier og atferd, og hvordan dette påvirker relasjonen til pasienten. Ved å reflektere rundt egne overbevisninger kan sykepleier enklere fange opp hvordan hen påvirker pasienten, vurdere relasjonen og tilpasse sin omsorg til den enkelte pasient. Et bevisst forhold til egne verdier, i kombinasjon med faktorene nevnt over, later til å være sentralt for sykepleiers ivaretagelse av pasientens autonomi i en interkulturell kontekst.

Drøftingen viser at tolkning av pasientens autonomi og sykepleiers evne til å yte kulturelt tilpasset omsorg ofte henger sammen. Begge, når de ikke vies tilstrekkelig eller ansvarlig oppmerksomhet, kan føre til et mangelfullt og i verste fall sykeliggjørende helsetilbud. Dette gjør dem begge avgjørende i arbeidet med å sikre god, trygg og helsebringende omsorg. De påvirker altså kvaliteten på omsorgen som gis. Selv om diskusjonen over tydeliggjør forskjeller i ønsket tilnærming og etisk fundament, fremstår det for meg som at fellestrekket for diskusjonene er et ønske om at omsorg og helsetilbud skal formes etter hva som anses å være pasientens beste, der pasientens subjektive oppfatning av hva dette er i en gitt situasjon er førende. For oppnå dette, pekes det på flere felles faktorer som sykepleier, og andre helsearbeidere burde tilstrebe. Dette omfatter åpenhet for ulikhet, engasjement for pasienten og bevissthet rundt egne holdninger og verdier, som later til å være sentrale i hvordan ivareta pasienters autonomi på en god måte i en interkulturell kontekst.

## 6 Litteraturliste

- Alpers, L-M. (2018). Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative study. *Nursing ethics* 25(3), 313-323.
- Alpers, L-M. (2017). *Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter*. Doktoravhandling. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Bahus, M. K. (2019). *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Hentet 03.03.19 fra [https://snl.no/pasient- og brukerrettighetsloven](https://snl.no/pasient-og-brukerrettighetsloven)
- Berulfsen, B. & Gundersen, D. (2000). *Fremmedord blå ordbok*. (16. utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dypedahl, M. & Bøhn, H. (2017). *Veien til interkulturell kompetanse*. (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality - Volume 1: An Introduction*. Pantheon Books, New York.
- Gillon, R. (2015). Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics. *J Med Ethics* 41, 111–116. doi:10.1136/medethics-2014-102282.
- Hanssen, G., Helgesen, M., & Vabo, S. (2011). *Politikk og demokrati. En innføring i stats- og kommunalkunnskap*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hanssen, I. (2018). Helsearbeid i lys av en kollektivistisk og individualistisk organisering av samfunnet. I Debesay & Tschudi-Madsen (red.), *Migrasjon, helse og profesjon*. (1. utg., s. 44-56). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanssen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt sykepleie. I Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3*. (3. Utg, s. 81-103). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanssen, I. (2004). An intercultural nursing perspective on autonomy. *Nursing Ethics*, 11 (1), 28-41. doi: 10.1191/0969733004ne664oa
- Hofmann, B. (2009). Pasientautonomi som etisk rettesnor – en kritisk gjennomgang. *Sykepleien fagutvikling*. Hentet 09.01.19 fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/pasientautonomi-som-etisk-rettensnor-en-kritisk-gjennomgang>

- Hylland-Eriksen, T. & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ingstad, B. (2007) *Medisinsk antropologi. En innføring*. (1. utg.). Fagbokforlaget, Bergen.
- Johannessen, K. I., Molven, O. & Roalkvam, S. (2007). Godt, rett, rettferdig – etikk for sykepleiere. (1. utg.). Oslo: Akribes.
- Kirkevold, M. (2006). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Leever, M.G. (2011). Cultural competence – Reflections on patient autonomy and patient good. *Nursing Ethics* 18 (4), 560–570. doi: 10.1177/0969733011405936
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Padela, A., Malik, A. Curlin, F. & De Vries, R. (2014). [Re]considering respect for persons in a globalizing world. *Developing World Bioethics*, ISSN 1471-8731. doi: 10.1111/dewb.12045
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 07.04.19 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Maier-Lorentz, M. M. (2008). Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*, 15 (1), 37-43.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup – om etikk og sanselighet i sykepleien*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Narruhn, R. & Schellenberg, I. R. (2012). Caring ethics and a Somali reproductive dilemma. *Nursing Ethics*, 20 (4), 366–381. doi: 10.1177/0969733012453363
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 07.04.19 fra [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)
- Rommetveit, M. (1993). *Med andre ord – Den store synonymordboka*. NKS-forlaget.
- Skår, R. (2009). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2226–2234 doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02804.x
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Tufte, P. A. (2018). *Hvordan lese kvantitativ forskning?* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Weber, M. (2000). *Makt og byråkrati: essay om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.



Aambø, A. K. (2019). Ethics in cross-cultural encounters: a medical concern? *Med Humanit* (0), 1–9. doi: 10.1136/medhum-2018-011546