



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,  
Pilestredet,  
Fakultet for helsefag**

**Tittel: "Hvilken kompetanse er viktig for sykepleier å ha i møte med  
minoritetspasienter med ikke-vestlig bakgrunn?"**

**Kandidatnummer: 311**

---

**Eksamensnavn: SYBA3900**

---

**Dato: 16.03.2017**

---

**Klasse: 3A**

---

**Kull: 2014**

---

**Antall ord: 8318**

---

## **Innhold**

<b>1</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Hensikt og sykepleiefaglig relevans .....	1
1.3	Problemstilling.....	2
1.4	Avgrensning.....	2
1.5	Oppgavens oppbygning .....	2
<b>2</b>	<b>Metode.....</b>	<b>3</b>
2.1	Søk etter litteratur .....	3
2.2	Søk etter fag og forskningsartikler.....	4
2.3	Kildekritikk.....	5
2.4	Presentasjon av forskning .....	6
<b>3</b>	<b>Sykepleiefaglig referanseramme .....</b>	<b>7</b>
3.1	Kulturell Kompetanse .....	8
3.2	Kulturell trygghet.....	9
3.3	Kommunikasjon og samhandling .....	11
<b>4</b>	<b>Minoritetspasienten .....</b>	<b>12</b>
4.1	Etnisitet, kultur og helse. ....	12
<b>5</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>16</b>
5.1	Cultural Awareness.....	16
5.2	Cultural Skill.....	17
5.3	Cultural Knowledge.....	19
5.4	Cultural Engagement .....	20
5.5	Cultural Desire.....	22
5.6	Utdannelse og Kulturell kompetanse.....	23
<b>6</b>	<b>Avslutning.....</b>	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>25</b>
<b>8</b>	<b>Vedlegg.....</b>	<b>27</b>

# 1 Innledning

I innledningen vil jeg begrunne valg av tema, hensikten med oppgaven og dens sykepleiefaglige relevans, deretter presenteres problemstillingen og dens avgrensning, før jeg forklarer oppgavens oppbygning.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Mitt valg av tema for oppgaven er basert på personlige erfaringer og opplevelser i møte med mennesker i og utenfor helsevesenet, både i Norge og utlandet. I løpet av studietiden, gjennom praksis og i møter med pasienter har jeg erfart situasjoner der min egen eller andres mangel på kulturell kunnskap har ført til misforståelser og uheldige situasjoner. Møtene og opplevelsene har gjort meg mer bevisst de kulturelle forskjellene, - og likhetene når jeg møter mennesker med annen kulturell bakgrunn enn meg selv. Ved å selv ha tilknytning til en annen kultur har jeg også personlig stått i situasjoner som har skapt både forvirring, latter og frustrasjon, dette har nok mye å gjøre med mitt valg av tema.

## 1.2 Hensikt og sykepleiefaglig relevans

Etter at innvandringen fra land utenfor Europa startet på 1970-tallet, har Norge i økende grad blitt et flerkulturelt samfunn. Mennesker er kommet til Norge enten frivillig eller drevet på flukt fra eget hjemland. De har med seg en annen kultur, andre språk og erfaringer, normer og regler. Deres reaksjoner og syn på helse og sykdom kan være annerledes enn vårt eget, og som sykepleiere vil vi møte et stort mangfold av disse menneskene, ofte i sårbare situasjoner som pasienter. I disse møtene er det mange sykepleiere og andre helsearbeidere som uttrykker en følelse av utilstrekkelighet og avmakt. Ofte sitter mange med opplevelsen av å ha for liten kunnskap om pasientenes kultur til å kunne utføre god sykepleie (Magelssen, 2008).

Konsekvensene av mangelfull kunnskap og innsikt i den enkelte pasientens kultur og sykdomsforståelse, vil til syvende å sist kunne ha innvirkning på pasientens sykdom og behandlingsutfall, i negativ forstand (Alpers & Hanssen, 2008, 2011). For å kunne tilby denne pasientgruppen et helhetlig og fullverdig helsetilbud, er det avgjørende at vi som sykepleiere har kunnskap om ulike kulturer, deres syn på sykdom og behandling, deres skikker, normer

og regler. Med andre ord kreves det at vi har en kulturell kompetanse. Den kulturelle kompetansen er viktig uansett hvor en jobber som sykepleier, vi vil alltid møte på mennesker annerledes enn oss selv.

Oppgaven har til hensikt å belyse utfordringer som kan oppstå i møte mellom sykepleiere og minoritetspasienter. I gjennom oppgaven vil jeg vise viktigheten av å ha kulturell kompetanse, hva den kulturelle kompetansen innebærer og hvordan sykepleiere kan tilegne seg den kulturelle kompetansen slik at minoritetspasienten mottar pleie, omsorg og behandling på en måte som gjør at pasienten føler seg ivaretatt.

### **1.3 Problemstilling**

"Hvilken kompetanse er viktig for sykepleier å ha i møte med minoritetspasienter med ikke-vestlig bakgrunn?"

### **1.4 Avgrensning**

Oppgaven fokuserer på hvilken kompetanse som er nødvendig i møtet mellom den ikke-vestlige etniske minoritetspasient og sykepleieren som etnisk-norsk. Pasienten i oppgaven har ingen spesifikk sykdom, alder eller kjønn. Om møtet finner sted i sykehus eller sykehjem har ingen betydning i denne sammenheng, fordi jeg mener temaet er relevant uansett hvor møte mellom de to finner sted.

### **1.5 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven innledes med en metodedel med presentasjon av metoden som er brukt i oppgaven, jeg vil vise fremgangsmåten i søk etter relevant forskning og litteratur, deretter kildekritikk før en presentasjon av aktuell forskning. Under kapittel 3 og 4 presenteres den sykepleiefaglige referanserammen og teori relatert til den etniske minoritetspasienten med diskusjonen i kapittel 5. Til slutt leges det frem en konklusjon i kapittel 6. Vedlegg presenteres i de aller siste sidene, etter litteraturliste.

## 2 Metode

Metode er fremgangsmåten når vi skal samle inn data til noe vi ønsker å undersøke, det er verktøyet vi bruker i søket etter informasjon og fremgangsmåten vi velger å bruke. Ulike metoder brukes avhengig av hva en ønsker å undersøke. Kvantitative metoder gir oss data i form av målbare enheter som kan fremstilles i tall og vil ofte vise til et større, mer helhetlig bilde. Den kvalitative metoden tar for seg å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg måle. På hver sin måte bidrar begge metodene til en bedre forståelse av fenomener vi ønsker å studere eller undersøke, som hvordan vi som mennesker i grupper eller som individer samhandler og møter hverandre (Dalland, 2014). Gjennom mine søk etter litteratur og forskning har jeg vært opptatt av å finne data som gir meg innsikt og forståelse av sykepleiere og pasienters opplevelser i møte med hverandre, i møte med kultur og i møte med helse. I sin beskrivelse av den kvalitative metoden skriver Dalland (2014) at et kjennetegn ved det kvalitative er at innsamlet data tar sikte på å få frem sammenheng, helhet og forståelse. Dermed har jeg lagt vekt på det kvalitative i mine søk etter forskning på området. På samme tid kan kvantitative data gi meg god innsikt på et mer overordnet nivå, jeg har dermed ikke utelukket kvalitative undersøkelser og forskning i søkene som er gjort.

Denne oppgaven er en litteraturstudie, det vil si at allerede eksisterende litteratur og forskning relatert til tema er innhentet for å for å belyse oppgavens problemstilling. Litteraturstudien krever en grundig gjennomgang med kritisk vurdering og systematisering av innsamlet data (Thidemann, 2015).

### 2.1 Søk etter litteratur

I søket etter relevant litteratur har jeg benyttet meg av ulike fremgangsmåter. Først har jeg gjennomgått pensumlistene, deretter har jeg søkt i bibliotekets databaser. Biblioteket ved fakultetet for helsefag ved HIOA har vist seg å være en større kilde til informasjon på temaet enn jeg først antok. Ved å gjennomgå mye av den tilgjengelige litteraturen på temaet transkulturell sykepleie, kultur og helse har jeg funnet frem til flere aktuelle teorier og modeller relevante for oppgaven. I denne prosessen oppdaget jeg modellen til Dr. Josepha Campinah-Bacote for å tilegne seg kulturell kompetanse; "*The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services*", forkortet er den også kalt ASKED-modellen (Campinah-Bacote, 2015).

## 2.2 Søk etter fag og forskningsartikler

I søk etter fag og forskningsartikler har jeg brukt ulike anerkjente databaser som inneholder vitenskapelige forskningsartikler, avhandlinger og tidsskrifter. Jeg har utført både enkle søk i Google Scholar og mer avanserte søk i databaser som Cinahl eller Medline.

For å få de mest pålitelige og relevante resultatene har jeg avgrenset søkene med visse inklusjons og eksklusjonskriterier. Det har blant annet vært et mål at forskningen er utført i land med kulturelle likheter med den norske, men det har ikke vært et kriterium at forskningen er norsk, derimot helst skandinavisk eller nordisk med overføringsverdi til det norske samfunnet. Det viktigste har vært at det har vært relevant, og kan belyse oppgaven og problemstillingen. Det er også tatt hensyn til at publikasjonene er fagfelleurdert og innenfor en tidsramme av ti år. Søkeloggen nedenfor viser detaljert søkehistorikk til de artiklene som er inkludert, søkeord og hvilke databaser som er brukt. Det er derimot ikke inkludert søk som ikke førte frem til inkluderte artikler. Andre databaser der det er gjennomført søk, er Swemed+, Cochrane og pubmed.

Søkeord: Sykepleie, kulturell kompetanse, transkulturell sykepleie, minority/ethnic groups, nursing, cultural competence, transcultural nursing, culture care, theory, assesment, care.

Dato for søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Utvalgte artikler	Database
16.01.2017	Sykepleie + kulturell kompetanse	ingen	1000+	(Alpers & Hanssen, 2008, 2011)	Google / scholar
18.01.2017	Minority groups/ethnic groups AND Nursing care	Research article, peer reviewed	84	Cortis et al., 2000., Nielsen & Birkelund, 2009.	Cinahl
18.01.2017	Minority groups/ethnic groups AND Nursing care AND Cultural	Research article, peer reviewed	9	Cortis et al, 2004.	Cinahl

	competence				
25.01.17	Cultural competence, Leinigers' culture care diversity and universality, care theory, nursing.	Fagfelle vurdert, Forsk. Artikkel.	20	Gebbru & Willmann, 2009.	Cinahl

### 2.3 Kildekritikk

Ved utvelgelsen av artikler til oppgaven har jeg tatt hensyn til både når og hvor de er publisert. Årstall har vært relevant å ta hensyn til i forhold til at ny forskning kan ha kommet på banen etter publisering. Hvor forskning er gjennomført og publisert har vært aktuelt å ta i betraktning da det har vært viktig for oppgaven at forskningen har overføringsverdi til det norske samfunnet. Jeg har valgt å bruke noen av artiklene til tross for en eldre publiseringdato. Dette gjelder Cortis (et al., 2000, 2004) som er tatt med i oppgaven fordi de belyser de kulturelle utfordringene i møte med sykepleiere fra pasientenes perspektiv, det er artikler som er svært treffende i forhold til oppgavens problemstilling, jeg mener også at publikasjonsdatoen ikke vil ha noen påvirkning på oppgaven. De er også tatt med fordi det viste seg å være utfordrende å finne studier som belyste pasientens perspektiv i sammenheng med det kulturelle aspektet. Hovedvekten av oppgaven baserer seg på Studien til Alpers & Hanssen (2008), som jeg også anerkjenner er av noe eldre dato, den er likevel inkludert i oppgaven fordi den gir et nøyaktig, detaljert og forseggjort bilde av de ulike utfordringene som oppstår i møte med minoritetspasienten. Studien gir et tydelig bilde fra sykepleieres perspektiv, i motsetning til Cortis (et al., 2000, 2004).

De mest brukte bøkene i oppgaven inkluderer; *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (Kristoffersen et al., 2011), *Kulturforskjeller i praksis* (Eriksen & Sajjad, 2015) og *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (Kumar & Viken, 2010). Det er to bøker som er inkludert i oppgaven til tross for noe eldre dato; *Helsearbeid i flerkulturelt samfunn* (Hanssen, 2007) og *Kultursensitivitet* (Magelssen, 2008). De er inkludert på grunn av det utfyllende, detaljerte og relevante fagstoffet.

## 2.4 Presentasjon av forskning

Av hensyn til oppgavens ordramme er utdypende beskrivelse og informasjon om hver av de valgte forskningsartiklene vedlagt i artikkelmatrise som vedlegg. Følgende er en kortere presentasjon av både kvalitativ og kvantitativ forskning valgt for å belyse problemstillingen.

Artikkel nr. 1

*“Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter”* av Lise-Merete Alpers & Ingrid Hanssen. Denne rapporten bygger på en studie av de samme forfatterne. Studien har kartlagt sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter og identifisert ulike utfordringer i møte mellom sykepleiere og de etniske minoritetspasientene.

Artikkel nr. 2

*“Minority ethnic patients in the danish healthcare system- a qualitative study of nurses’ experiences when meeting minority ethnic patients”* av Ben Nielsen & Regner Birkelund. Studien undersøker sykepleieres erfaringer og utfordringer ved pleie til etniske minoritetspasienter ved et dansk sykehus. Gjennom kvalitative intervjuer og observasjoner blir utfordringene identifisert til tre hovedområder; Kommunikasjon, smerte, og mat & kultur.

Artikkel nr. 3

*Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses’ self-assessment of cultural competency”* av Lise-Merete Alpers & Ingrid Hanssen. Studien undersøker sykepleieres vurdering av egen kulturell kompetanse, og hva som skal til for at sykepleiere skal erverve den rette kompetansen i møte med de etniske minoritetspasientene.

Artikkel nr. 4

*“Education to promote culturally competent nursing care – A content analysis of student responses”* av Kerstin Gebru & Ania Willman.

Gjennom denne studien har forfatterne undersøkt studenters progresjon av kulturell kompetanse gjennom et treårig studieløp for sykepleiestudenter i Sverige. Studentene ble introdusert for en didaktisk modell med utgangspunkt i Leiningers kulturelle omsorgsteori og bedt om å ta stilling til to ulike caser i 1. og i 3. år av utdanningen. En markant forbedring ble



vist i studentenes kompetanse rettet mot andre kulturer enn sin egen.

Artikkel nr. 5

“*Caring as experienced by minority ethnic patients*”. Studien til J.D. Cortis viser hvordan det er et gap mellom pleien som blir utført av sykepleiere, og pakistanske pasienters forventninger til sykepleien. Studien vektlegger betydningen av å ta i bruk kulturelle datasamlinger i møte med minoritetspasienter slik at en oppnår et godt terapeutisk forhold til pasienten. Studien tar for seg pasientenes opplevelser i møte med sykepleiere.

### 3 Sykepleiefaglig referanseramme

Pasientens helse, livskvalitet og mestringsevne er sentrale mål i sykepleierens arbeid, der utgangspunktet for den sykepleiefaglige virksomheten er pasientens grunnleggende behov, pasientens opplevelse og reaksjoner av sin helsetilstand. Vårt arbeid baseres på et sykepleiefaglig verdigrunnlag, med teoretisk og erfaringsbasert kunnskap. Sykepleiens ulike ansvar og funksjonsområder er bredt, og omhandler blant annet: helsefremming, forebygging og behandling, lindring, rehabilitering og undervisning, veiledning, administrasjon og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning. Det er rettet mot kolleger, studenter, pasienter og pårørende, det er knyttet til administrasjon og utvikling av sykepleiefaget, for å nevne noe. Det er altså et bredt spekter av virkeområder (Kristoffersen et al., 2011).

Som sykepleier tar en på seg et grunnleggende samfunnsmessig ansvar og forplikter seg til noen viktige moralske verdier og idealer som nestekjærlighet og barmhjertighet. Vårt menneskesyn og våre verdier kommer til uttrykk gjennom hvordan vi velger å møte og samhandle med mennesker på. Gjennom å vise respekt og interesse for pasienten som person, handler en i overenstemmelse med de grunnleggende verdiene i sykepleien;

*«Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkeltes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettigheter og være kunnskapsbasert (...) Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket».*

(Kristoffersen et. al. 2011, s. 17).

Det kreves ikke bare klinisk basiskunnskap om menneskets grunnleggende behov og hvordan disse blir påvirket, det kreves også kunnskap om hvordan pasienten opplever helsesvikt. Dette krever at sykepleieren har både evne og vilje til å sette seg inn i pasientens situasjon (Solvoll, 2011). Innlevelse, eller empati gjør at sykepleieren kan forstå hvordan pasienten har det. Denne forståelsen legger grunnlaget for videre samhandling med pasienten, og grunnlaget for handling når samhandling ikke er mulig, for eksempel dersom pasienten er bevisstløs eller der kulturelle og språklige barrierer gjør kommunikasjonen vanskelig. Hvordan handlingene utrettes vil være av stor betydning for pasientens opplevelse, det er derfor viktig at sykepleiere evner å bruke sansene bevisst og oppmerksomt gjennom å observere, lytte og gjennom innlevelse (Kristoffersen et al., 2011).

Begrepet helse har mange ulike oppfatninger og definisjoner, i dagligtale er det sjeldent misforståelser rundt hva begrepet innebærer. Barn kan for eksempel beskrive god helse som «å ha det bra», voksne som «å kunne utføre dagligdagse aktiviteter» (Kristoffersen 2011, s. 32), Det er først når en skal gi en mer inngående beskrivelse av begrepet at redegjørelsen blir vanskelig. Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver helse som fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke frihet fra sykdom og svakhet (Kristoffersen, 2011, s.48). Dette er en bred definisjon som beskriver en utopisk idealtilstand, og som for veldig mange er urealistisk. Wrubel & Benner forholder seg til begrepet i mer subjektiv forstand, altså hvordan pasienten selv opplever det (Kristoffersen, 2011). Hvordan en opplever sin egen helse er dermed personavhengig. De ulike definisjonene av begrepet bærer preg av tiden de er fra, WHO's definisjon fra 1946 ble skrevet i en tid fylt med mye optimisme og tro på en fredelig og konstruktiv fremtid for verdens befolkning (Kristoffersen, 2011).

### **3.1 Kulturell Kompetanse**

Av Alpers & Hanssen (2013) er kulturell kompetanse definert som ulike sett av kunnskaper, ferdigheter og holdninger nødvendige hos en sykepleier for å kunne tilby kvalitet i pleie til det store mangfoldet av befolkningen. Den kulturelle kompetansen er dermed evnen til å fungere, forstå og å handle effektivt i møte med minoritetsbefolkningen, slik Viken & Magelssen

(2016: 68) beskriver det. I følge Dr. Josepha Campinha-Bacote er det å tilegne seg kulturell kompetanse en prosess der helsearbeideren kontinuerlig jobber og etterstreber evnen til å arbeide effektivt og kongruent innenfor den kulturelle konteksten til den enkelte pasient. Den kulturelle kompetansen utvikles hele tiden og er ikke noe en blir ferdig med, i følge Bacote (Sagar, 2012, s. 40).

Dr. Josepha Campinha-Bacote har utviklet en praktisk modell for å øke den kulturelle kompetansen hos sykepleiere, og som på så måte skal bidra til kongruent og helhetlig pleie. Hennes modell, *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services*, også kalt *ASKED*-modellen, er en ikke-lineær modell bestående av fem punkter som referer til hver bokstav i ASKED:

1. **Awareness:** (kulturell bevissthet): Innebærer å bli bevisst egne fordommer en har mot andre kulturer og å være reflekterer rundt sitt eget kulturelle, og profesjonelle ståsted.
2. **Skill** (kulturelle ferdigheter): Innebærer å kunne gjennomføre en vurdering av pasienten som er i tråd med pasientens kultur, samt en nøye innsamling av relevant kulturell data om pasienten.
3. **Knowledge** (Kulturell kunnskap): Viser til at en aktivt oppsøker og tilegner seg kunnskap om andre kulturer og deres syn på blant annet sykdom, helse og behandling.
4. **Engagement** (Kultur møter): Oppfordrer til direkte deltakelse i kulturelle interaksjoner og andre møter med pasienter med kulturelt forskjellige bakgrunner, med den hensikt å endre eksisterende oppfatninger om en kulturell gruppe for å hindre fordommer eller stereotypier.
5. **Desire** (lyst): Handler om at en selv har ønske om å tilegne seg kulturell kompetanse, ikke fordi en "må", men fordi det eksisterer en egen motivasjon og lyst til å øke sin egen kompetanse i møte med pasientene (Sagar, 2012: 42, Campinha-Bacote, 2002).

### 3.2 Kulturell trygghet

I arbeidet med etniske minoriteter og kultur i helse, er det to teorier fra sykepleiefaget som ofte stikker seg frem. Den ene teorien er «Culture care theory», utviklet av Madeleine Leininger på 50 tallet, den andre, «Cultural Safety» er utviklet av Irihapeti Ramsden på 80-

tallet. Teorien til Leininger blir kritisert for å legge for stor vekt på kulturen til den enkelte, og kulturen som styrende for handlinger, at hun ikke legger vekt på maktforskjellene i forholdet mellom pasient og pleier i sin «Sunrise Model», er et annet punkt hun også kritiseres for (Viken & Claus, 2009). Kumar & Viken (2010: 69) skriver at i det norske helsevesenet legges det opp til et likeverdig tilbud til alle befolkningsgrupper, men at Leininger legger opp til en særbehandling av noen grupper, derfor er Ramsdens «Cultural Safety» mer hensiktsmessig som utgangspunkt i det norske helsevesenet, og også mitt utgangspunkt i denne oppgaven.

Irihapeti Ramsden, fra New Zealand, var sykepleier med minoritetsbakgrunn, hun utviklet teorien «Cultural safety» på 80-tallet. Bakgrunnen for utviklingen av teorien var den systematiske neglisjeringen av New Zealands maoribefolkning med sine spesielle behov og kulturelle hensyn. De har gjennom historien blitt usynliggjort, undertrykt av storsamfunnet og var også spesielt sårbare i omsorgssituasjoner, noe som gjorde Ramsden opptatt av Maoriene. I samarbeid med the nursing council of New Zealand ble det utarbeidet retningslinjer for hvordan sykepleierutdanningen skal gi undervisning i «kulturell trygghet» (Claus & Viken, 2009).

I hennes tilnærming er det viktig å skape en trygg situasjon for pasienten (Viken & Magelssen, 2010). Å skape kulturelt trygge rammer for en pasient handler om å gi pasienten muligheten til å opprettholde sitt kulturelle særpreg (Claus & Viken, 2009).

Hvis sykepleiere og pasienter oppnår en kulturell trygghet, kan det føre til et bedre helsemessig utfall (Viken & Magelssen, 2010). I teorien om kulturell trygghet er det tre trinn i utviklingen mot kulturell trygghet for etniske minoritetspasienter i helsetjenesten.

**Det første trinnet, kulturell bevissthet** (cultural awareness), innebærer å forstå at det eksisterer forskjeller og at helsearbeidere er oppmerksomme på kulturforskjeller, og at disse er legitime. Det vil si at pasienter kan utrykke sin uenighet om noe, og likevel bli tatt på alvor av helsepersonell. Målet er blant annet å arbeide for en reel likestilling i tilbudet til pasientene, uavhengig av om ulikheter i kultur, meninger eller holdninger skaper vansker av noe slag (Viken & Magelssen, 2010: 71).

**Det andre trinnet, kultursensitivitet** (cultural sensitivity), vil si at sykepleiere gjennom selvrefleksjon blir mer følsomme overfor kulturelle forskjeller. Dette vil innebære at en

respekterer andres oppfatninger og meninger, men ikke at en må akseptere alle handlinger. Kultursensitivitet er også sentralt når en jobber med etniske minoriteter for at pasientene ikke skal oppleve å bli umyndiggjort eller ikke hørt, men heller gi økt kontroll over egen helse og behandling i møte med et helsevesen som kan oppleves som fremmed (Viken & Magelssen, 2010: 71-72).

**Tredje trinn**, *kulturell trygghet*, (cultural safety), er slik som pasienten definerer det selv, at kvaliteten på helsetjenestene bare kan defineres ut i fra brukerens eget perspektiv (Viken & Magelssen, 2010: 71). Kulturell trygghet er altså et resultat av de to første trinnene, og for å oppnå kulturell trygghet er det også pasienten selv som må definere hva trygghet er, slik at en arbeider målrettet for økt trygghet og mulighet til at pasienten får opprettholde sitt eget kulturelle særpreg (Claus & Viken, 2009).

### 3.3 Kommunikasjon og samhandling

Kommunikasjonsprosessen beskrives av Eide & Eide (2014) som en modell bestående av tre ledd: en avsender, et budskap og en mottaker. Eksempelvis er sykepleier avsenderen med budskapet, og pasienten er mottaker, deretter snus rollene og pasienten blir avsender. Dette er en generell og forenklet modell, og det er mer komplekst enn som så. Kommunikasjon er et komplekst fenomen med verbale og nonverbale tegn og signaler som inngår i et kommunikasjonssystem, en kode. Begrepet kode innebærer sosiale og språklige regler eller normer som en må kjenne til for å fortolke budskapet med rimelig stor sikkerhet (Eide & Eide, 2014). Dersom en tenker seg at sykepleier møter en pasient fra en annen kultur, der ingen av de behersker samme språk, vil de mangle en felles språkkode, de vil muligens kunne kommunisere non-verbalt, men også non- verbale koder kan være veldig forskjellige (Eide & Eide, 2014).

Forståelse for den andres språk og koder er en forutsetning for god kommunikasjon, optimal kommunikasjon forutsetter at vi har noen felles kulturelle referanser og forutsetninger, og slik er det ikke alltid. Jo større avstand i kultur, jo vanskeligere vil det være å kommunisere og jo mer vil det kreves av hjelperens evne til å lytte, forstå og sette seg inn i den andres måte å oppleve verden, og seg selv på (Eide & Eide, 2014).

Vår kulturelle bakgrunn, tidligere erfaringer og opplevelser preger i stor grad vår persepsjon og tolkning av verden, også i samhandlingssituasjoner, det blir som å se verden gjennom våre egne, personlige «briller», der tidligere forventninger og erfaringer om den andre preger vår kommunikasjon med den andre. Disse brillene kaller Dahl for et kulturfilter (Hanssen, 2011: 145). Kulturfilteret blir brukt både av avsender og mottaker i samhandling, og begrenser avsenderens mulighet til å forutsi hvordan mottakeren vil oppfatte budskapet, kulturfilteret slipper kun igjennom det som kan oppfattes av mottakeren. I sin egen beskrivelse av kulturfiltermodellen skriver Dahl (2013) at selv om kulturfiltrene er en del av personligheten, og noe vi bærer med oss hele tiden, så kan de tilpasses. Det kan være ved å lære nytt språk og bli kjent med nye mennesker, bli påvirket av deres kulturer ved å forsøke å forstå hverandre. «vi har evnen til å klatre over våre egne horisonter og strekke oss inn i andres» (Dahl, 2013: 91).

## 4 Minoritetspasienten

Gjennom medisinske tiltak forholder vi oss spesielt til pasientens diagnoser og symptomer, og siden effekten av tiltakene henger tett sammen med kvaliteten av relasjonen og kontakten mellom pasient og sykepleier, er det derfor viktig at vi som sykepleiere tilegner oss kunnskap som strekker seg utover pasientens aktuelle sykdom (Magelssen, 2008).

### 4.1 Etnisitet, kultur og helse.

En etnisk minoritet kan defineres som en mindre gruppe i et storsamfunn, det være seg jøder, roma (sigøynere) eller romani (tatere), det er innvandrere, flyktninger og deres barn. Selv om mye skiller disse gruppene, har de likevel enkelte utfordringer til felles, blant annet må de alle forholde seg til det norske storsamfunnet og staten, som ikke alltid tar hensyn til at de kulturelt forskjellige fra majoriteten (Eriksen & Sajjad, 2015). Minoritetene har tilknytninger til ulike kulturer, relasjoner og erfaringer fra andre samfunn, det kan innebære ulike syn på sykdom og helse der det er ulike måter å agere, eller utrykke seg på, der forventningene til behandlingsforløp eller helsepersonell er noe helt annet enn hva vi er vant med i Norge.

Innenfor et gitt kulturelt system vil behandler og pasient forstå hverandre gjennom et felles kulturelt språk og kodene de deler. Når disse kulturelle særegenhetene møter andre og fremmede kulturer kan det oppstå misforståelser og mistolkninger som kan være grobunn for frustrasjon eller misforståelser hos begge parter hvis ikke sykepleier har kunnskap om disse faktorene (Hanssen, 2011).

Flere av studiene som er presentert i oppgaven (Nielsen & Birkelund, 2009., Alpers & Hanssen, 2008, 2013, Cortis, 2004) viser at flere av de samme utfordringene går igjen i møtet mellom sykepleiere og minoritetspasienter uavhengig av hvilken etnisk bakgrunn minoritetspasienten har. Språket og de kulturelle kodene utgjør en av de store utfordringene sammen med ulike etniske gruppers tenkning om sykdom, smerteuttrykk og behandling.

Når pasientene verken forstår eller snakker samme språk som sykepleieren ansees det som et stort problem blant sykepleierne som er intervjuet i studien til Nielsen & Birkelund (2009), det samme kommer til uttrykk i studien til Alpers & Hanssen (2008). Flere uttrykker irritasjon over å måtte bruke tid på å forstå den andre, og opplever at det tar mye av tiden deres når de er opptatt og kunne brukt tiden på andre pasienter (Nielsen & Birkelund, 2009). Når språket og de kulturelle kodene er så forskjellig mellom sykepleier og pasient bør det ideelt sett brukes tolk, men i både Alpers & Hanssen (2008) og Nielsen & Birkelund (2009) sine studier sier sykepleierne at det som avgjør om de bestiller tolk eller ikke, er om de vurderer situasjonen som alvorlig eller ikke. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) sier at helsepersonell så langt som mulig skal sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen og de opplysningene som er gitt, det skal også skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, som alder, språk eller kulturell bakgrunn. Pasienter som har behov for tolk og ikke får det har i følge Alpers & Hanssen (2008) en dårligere egenrapportert forståelse av sin diagnose og behandlingsplan, ofte ønsker de at den personen de har vært i kontakt med i helsevesenet hadde forklart situasjonen for de litt bedre (Alpers & Hanssen, 2008).

Kroppsfølelse og smerteterskel kan være forskjellig hos minoritetspasienter enn hva det kan være hos etnisknorske pasienter. I både litteraturen og i flere av studiene (Alpers & Hanssen, 2008, 2013., Nielsen & Birkelund, 2009., Hanssen, 2007) vises det til at sykepleiere ofte har vanskeligheter med å bedømme smertene til pasienter med minoritets bakgrunn, og mange gir

uttrykk for smerter i situasjoner som for sykepleiere fremstår som lite smertefulle (Alpers & Hanssen, 2008). Sykepleierne blir da usikre på om pasientene har så mye smerter som det de gir uttrykk for og antar at pasientene ofte overdriver smerten, derfor opplever de det som vanskelig å bedømme smerten, noe som setter de i et tydelig dilemma (Nielsen et al. 2009). Det er lett å mistro disse pasientene fordi de ofte kan uttrykke smerten på en mer dramatisk måte enn der vi i vår kultur heller biter smerten i oss i stillhet, for eksempel smerter ved sårskift (Hanssen, 2007). Mye av bakgrunnen for dette ligger i at ulike kulturer har ulike forventningsmønstre relatert til det å ha, eller uttrykke smerte, forventningsmønstrene bestemmes av ulike kulturelle normer eller koder som er særegne for den bestemte kulturen. I enkelte kulturer kan det å lide i stillhet være idealet, i andre kan det være forventet at smertene skal uttrykkes ekspressivt og tydelig (Alpers & Hanssen, 2008). Sykepleierne kan ofte bli frustrerte over pasienter med annen kulturell bakgrunn enn deres egen dersom de ikke er i stand til å forstå deres smerteuttrykk. Spesielt hvis de anser pasientens uttrykk for smerte for å være overdrevet, kan sykepleiere til og med fornekte eller tolke smertene som oppspinn. Negative holdninger eller stereotype forestillinger kan derfor lett oppstå ovenfor disse pasientene, noe som vil som etter all sannsynlighet vil kunne ha et negativt utfall på pleien som blir gitt, og gå ut over pasientens opplevelse av pleien som blir mottatt (Alpers & Hanssen, 2008).

Tenkesettet rundt helse og sykdom er kulturelt betinget, og innad i flerkulturelle samfunn, som i Norge, finnes det mange ulike oppfatninger av helse og sykdom (Viken & Magelssen, 2010). Kleinmanns modell for helseomsorgssystemer belyser ulike syn på helse innad i et flerkulturelt samfunn. Viken & Magelssen (2010) forklarer modellen som viser tre sirkler der de delvis overlapper hverandre. Hver sirkel representerer systemer i helseomsorgssystemet; familiesektoren, den profesjonelle sektoren og den folkelige sektoren. Familiesektoren, som er den største, består av individer, familier og det sosiale nettverket der lokale kunnskaper, verdier og handlingsmønstre er i tråd med utøvelsen av helseomsorg i resten av samfunnet, det er majoritetsbefolkningen. Her foregår det mye helsefremmende og forebyggende arbeid. Den folkelige sektorens behandlere består av de som er i kontakt med overnaturlige krefter og alternativ behandling der det benyttes plantemedisin, kjerringråd osv. I det flerkulturelle Norge er det en stor andel som benytter seg av behandling med bakgrunn i den folkelige sektoren. I den profesjonelle sektoren er det helsearbeidere med formell faglig kompetanse om helse og sykdom. I Norge og i andre vestlige land er det skolemedisinen, eller



biomedisinen som utgjør det autoriserte profesjonelle helseomsorgssystemet, men enkelte alternative, eller komplementære behandlingsformer har etter hvert fått innpass i norsk profesjonell sektor, to eksempler på dette er kiropraktikk og akupunktur (Viken & Magelssen, 2010).

Når folk kommuniserer på tvers av de ulike sektorene har de ulike forklaringsmodeller på hva som gir helse og sykdom. Når helsearbeidere og pasienter møtes i flerkulturelle samfunn blir det et spørsmål om hvilken forklaringsmodell som skal brukes. I den profesjonelle sektoren er det helsearbeideren med sin formelle kompetanse og yrkesrolle som har definisjonsmakten og tar i bruk sin forklaringsmodell, noe som kan føre til at pasienten ikke tør å komme med sine egne meninger. (Viken & Magelssen, 2010). Det kan skape uenighet om fremgangsmåten eller føre til at pasienten ikke følger råd og veiledning. Det helsemessige resultatet er i følge Kleinmann være direkte avhengig av avstanden mellom deres forklaringsmodeller (Viken & Magelssen, 2010).

## 5 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg ut i fra teori, forskning og litteratur presentert i kapittel 3.0 og 4.0 diskutere problemstillingen; "Hvilken kompetanse er viktig å ha for sykepleier i møte med minoritetspasienter med ikke-vestlig bakgrunn?". Med hovedtyngden på ASKED-modellen til Campinah-Bacote vil jeg diskuteres hvordan sykepleiere kan tilegne seg den kulturelle kompetanse som er nødvendig for at de etniske minoritetspasientene skal kunne motta sykepleie på lik

### 5.1 Cultural Awareness

Awareness, eller kulturell bevissthet beskrives av Campinah-Bacote som en prosess med selvransakelse av eget profesjonelt og kulturelt ståsted, der hensikten er å bli bevisst egne fordommer og holdninger rettet mot mennesker med annen kulturell bakgrunn (Campinah-Bacote, 2015). For å kunne skape et godt terapeutisk forhold til pasienten er det en forutsetning at sykepleieren har evnen til selvrefleksjon. Gjennom å være granskende og oppmerksom i seg selv blir det lettere å kunne skille mellom seg selv og den andre. Sine egne holdninger og fordommer blir da tydeligere og lettere å identifisere. Det kan være negative holdninger rettet mot overvektige personer, eller det kan være fordommer som oppstår i møte med mennesker fra andre kulturer, der vi av en eller annen grunn lar oss provosere eller irritere. Det er selvsagt at det blir vanskelig å skape gode relasjoner til mennesker når en har et negativt utgangspunkt, preget av fordomsfulle tanker mot den andre (Solvoll, 2011).

Gjennom selvrefleksjonen og bevisstgjøringen av ens egne holdninger og fordommer er det nødvendig at sykepleieren spør seg selv om ens personlige oppfatninger og holdninger på noen måte vil kunne påvirke pasientbehandlingen (Ingram, 2011). Det er viktig og nødvendig å være seg bevisst at den måten en selv ser verden på, ikke er den universelle måten å se verden på. Et eksempel på dette kan være et hodenikk. Å nikke på hodet under en samtale er generelt sett antatt å være et non-verbalt tegn på forståelse eller bekreftelse. På den annen side kan det å nikke under en samtale bety en anerkjennelse av det som blir sagt i

samtalen, og ikke nødvendigvis at innholdet er forstått eller at en avtale er inngått (Ingram, 2011).

Selvrefleksjonen kan brukes i samhandling og samtale med pasienter gjennom bevisst tenkning over hva en føler og tenker i den gitte situasjon. En kan stille seg spørsmål som; hvilken påvirkning har det jeg sier eller gjør på menneskene rundt meg? Dersom en pasient kommer og er veldig opprørt og sint, blir det nødvendig å spørre om en selv er grunnen til pasientens fortvilelse; er det noe jeg har sagt eller gjort som har provosert frem reaksjonen, eller er det forhold ved pasientens situasjon som gjør han fortvilet? Spørsmål som dette hjelper til med å tydeliggjøre og plassere problemet (Solvoll, 2011). Å ta avgjørelser på bakgrunn av våre egen kulturelle bakgrunn er ikke bare vanlig, men også naturlig. Det som er farlig er hvis vi ikke er i stand til å se ut over vår egen kultur og kun ser i gjennom vårt eget kulturfilter. Med andre ord er det viktig at vi har en kulturrelativistisk holdning fremfor en etnosentrisk i møte med minoritetspasienter, hvis ikke kan det vanskeliggjøre samhandling og kommunikasjon (Nielsen & Birkelund, 2009). Hanssen (2011, s. 157) viser til viktig et spørsmål som Løgstrup stiller:

*Hvilken rett har vi til å påtvinge andre vår egen livsforståelse, slik at vi ut i fra vår livsforståelse innbiller oss at vi vet bedre enn den andre selv hva som er det beste for for ham?*

## 5.2 Cultural Skill

Å ha kulturelle ferdigheter innebærer at sykepleieren er i stand til å gjennomføre en datasamling av pasienten som er i tråd med pasientens kultur og som er kultursensitiv (Ingram, 2011). Ved hjelp av en kulturell datasamling samler en inn kulturell relevant data om pasienten med en systematisk gjennomgang av pasientens tro, holdning, kunnskap og sykdomsattferd (Hanssen, 2007). Cortis (et. al., 2000) viser i sin studie hvordan sykepleiere, fra et pasientperspektiv ble beskrevet som lite observante, som ”mekaniske” og at de tok lite hensyn til pasientenes kulturelle behov. Sykepleierne og pasientene viste seg også å ha ulike forventninger til pleien som skulle utføres. Pasientene hadde forventninger til pleien som ikke samsvarte med den pleien sykepleierne ga, noe som klart gikk ut over pasientenes opplevelse

av behandlingen. Forfatteren skriver at sykepleierne i studien viste liten forståelse og kunnskap om andres kulturer, hvordan de skulle samle inn data eller hvordan de kunne ta i bruk kulturell informasjon for å skape gode terapeutiske relasjoner til pasienten (Cortis et. al., 2000). Mennesker har individuelle og ulike ønsker, tanker og behov selv om en har en felles kulturell bakgrunn eller deler samme religion. Gjennom en kulturell datasamling vil sykepleieren få en større forståelse av pasienten, noe som vil kunne gjøre forholdet mer fruktbart (Hanssen, 2011). Hanssen (2007, s., 85) gjengir Tripp-Reiner sin fremgangsmåte ved en kulturell datasamling gjennom 3 faser:

Fase 1; innebærer en systematisk gjennomgang av pasientens tro, holdning, kunnskap og sykdomsatferd. Hensikten her er å klargjøre hvilke behov pasienten har på bakgrunn av den sosiokulturelle situasjonen pasienten befinner seg i. De to neste fasene baserer seg på innsamlingen fra den første.

Fase 2; I denne fasen søker en frem informasjon om religionen eller kulturen som er spesifikt knyttet opp til pasientens situasjon eller problem. Eksempelvis kan dette dreie om at kvinnelige pasienter kan få anledning til å dekke seg til for mannlige blikk når de kjøres på operasjonsstuen. Det er viktig å innhente opplysninger om hvilke tanker pasienten selv har angående sitt eget helseproblem, hvilke forventninger pasienten har til behandlingen og om pasienten tidligere har fått behandling.

Fase 3: den siste fasen innebærer å finne ut om kulturelle faktorer kan ha innvirkning på ulike behandlingstiltak. For eksempel ved kostholdsveiledning, har pasienten fått diabetes vil det være viktig å få detaljert kjennskap om pasientens kostvaner, hvem som lager maten og hvilke andre i familien som må informeres og få undervisning.

Dette er riktignok en forkortet inndeling av de ulike fasene, men de illustrerer likevel hovedtrekkene i datasamlingen. I følge Cortis (et. al. 2000) bør kulturelle datasamlinger fungere som et rammeverk for å guide sykepleiere i møte med minoritetspasientene. Det er et viktig og verdifullt redskap for å forstå pasienten, og vil dermed skape muligheten for å gi individuell pleie og omsorg på pasientens kulturelle bakgrunn. Den enkelte pasient må sees individuelt i lyset av sin kulturelle bakgrunn.

### 5.3 Cultural Knowledge

Når det oppstår mistillit mellom helsepersonell og minoritetspasienter, så er det nok så ofte fordi helsepersonell misoppfatter kulturelle normer, verdier og overbevisninger hos pasientene (Ingram, 2011). Det er ved mangel på kunnskap om ulike sykdomsforståelser, forklaringsmodeller og reaksjoner på sykdom, vil pasienten risikere å møte et helseteam som stiller seg uforstående til pasienten (Hanssen, 2011). I studien til Alpers & Hanssen (2008) oppgir nærmere 70% av de 145 sykepleierne at de opplever å ha utilstrekkelig kunnskap i møte med denne pasientgruppen, og det samme kommer frem i studien til Nielsen og Birkelund (2009). I begge studiene blir viktigheten av å inneha denne kunnskapen trukket frem, spesielt med tanke på vurdering av smerte og hvordan ulike kulturer uttrykker smerte. Som tidligere nevnt er dette et punkt mange opplever som spesielt vanskelig, og noe som skaper mye frustrasjon og usikkerhet da det setter sykepleiere i en vanskelig situasjon de føler de ikke kan håndtere på en god måte (Alpers & Hanssen, 2008).

I tillegg til problemområdene som tidligere er nevnt i teorien, blir det også trukket frem at sykepleiere mangler kunnskap om ulike kosthold og kosttilbud rettet mot ulike religiøse grupper, spesielt når det kommer til andre religioner enn islam. I følge rapporten til Alpers & Hanssen (2008), får mange pasienter med minoritetsbakgrunn servert halal-mat uansett hvilken religiøs bakgrunn de har. Det kan også være derfor mange pasienters pårørende kommer med mat til pasienten. Noe som er til stor frustrasjon for sykepleiere når det kommer mange pårørende i og utenfor visittid (Nielsen & Birkelund, 2009, Alpers & Hanssen, 2008). Felleskapsbehovet og pliktfølelsen hos mange ikke vestlige pasienter og deres pårørende fører til at pasientene forventer at de pårørende er tilstede døgnet. Orienteringen rundt et felles «vi» står sterkere enn det individuelle «jeg», og fellesskapet rundt familien er også det som fører til følelsen av å være et fullstendig menneske hos pasienten (Hanssen, 2011).

Norske sykepleiere er et resultat av et vestlig samfunn der individualistiske trekk verdsettes høyt, der den individuelle autonomien er fremtredende, og der uavhengigheten og retten til et privatliv er viktig. Hos mange etniske minoriteter derimot, er bakgrunnen ofte fra ett kollektivistisk samfunn der en tilhører en kollektiv identitet, der storfamilien er viktig for pasienten. Dermed kan alle de pårørende bli oppfattet som et hinder for den omsorgen en ønsker å yte (Hanssen, 2011).

I følge Magelssen (2008) er ikke kulturkunnskap noe en tilegner seg gjennom å gå på forelesninger eller ved å lese bøker, men gjennom observasjoner og samtaler med pasienten. I likhet med Magelssen skriver også Eriksen & Sajjad (2015) at kunnskap om pasientens egne forklaringsmodeller og hvordan den kulturelle bakgrunnen påvirker pasienten, ikke finnes i bøker eller i fasiter. Så hvordan skal en tilegne seg kunnskapen? Gjennom å ha generell kunnskap om religion, medisinske systemer og annen bakgrunnsinformasjon fra landet pasienten kommer fra kan en bruke dette som et utgangspunkt for å starte en konstruktiv dialog, og gjennom denne dialogen kan en tilegne seg verdifull kulturkunnskap som kan være relevant å vite noe om. Ved å kunne noe om pasientens bakgrunn viser man at man er interessert, noe som er en stor fordel for videre kommunikasjon (Eriksen & Sajjad, 2015).

#### **5.4 Cultural Engagement**

Campinah-Bacote (2015) beskriver det kulturelle møte som en prosess der helsepersonell aktivt oppsøker og involverer seg i interaksjoner, ansikt til ansikt med pasienter fra ulike kulturer for å motvirke eller endre på stereotype holdninger rettet mot enkelte kulturelle grupper. Gjennom møtene med pasienter fra ulike kulturer bygger sykepleieren opp kunnskap og erfaring som vil være verdifull og komme godt med i nye møter med andre pasienter, enten det er fra den samme kulturen eller ikke. Møtene vil, i følge Ingram (2011) også øke sykepleieres selvsikkerhet i pleiesituasjoner fordi en etterhvert vil tilegne seg et bredt spekter av ulike ferdigheter som kan brukes på tvers av ulike kulturelle møter. Disse ferdighetene kan være språklige eller non-verbale uttrykk, eller det kan være en forståelse for hvordan ulike pasienter ter seg i ulike situasjoner (Ingram, 2011). Stereotypier er antakelser om en sosial gruppe eller dens medlemmer, og ikke sjeldent blir de til gjennom mellommenn, og ikke gjennom egne observasjoner (Dahl, 2013), det er nettopp derfor det kulturelle møtet er viktig. Så en skaffer seg førstehåndserfaring.

På spørsmål om det er enkelte etniske minoritetspasienter det er vanskeligere å forholde seg til enn andre, svarte litt over halvparten "ja" i studien til Alpers & Hanssen (2008, s. 34), 44% svarte "nei", resten svarte blankt eller "vet ikke". Om Sykepleierne i studien har førstehåndserfaring eller ikke, kommer ikke frem. Det som derimot kommer frem er at et stort antall av disse respondentene nevner sigøynere som en spesielt krevende gruppe.

Gjennomgående var meninger om at sigøynere tilsynelatende ikke har respekt for personalet, er vanskelige å samarbeide med, tar seg til rette, krever å få gratis drosje eller ikke respekterer visittider og tar stor plass på avdelingen. På samme tid skriver en av respondentene:

*”å ikke ha forutinntatte holdninger – å møte hver pasient ift. vedkommendes situasjon og behov. Forholdene rundt er ofte med på å påvirke denne holdningen (uro/bråk ift. pårørende), og kan medvirke til at pasienten ikke kommer i fokus!!! Viktig å jobbe med i pasientgruppen!!!”* (Alpers & Hanssen, 2008, s. 25).

Det ser ut til at sykepleierne i studien til Alpers & Hanssen (2008) er i stand til å forholde seg profesjonelle nok til å ikke la sine holdninger komme i veien for arbeidet. 87% av respondentene skriver at de ikke på noen måte prøver å unngå å jobbe med disse pasientene, i følge forfatterne tilsier dette at sykepleierne i stor grad utviser en profesjonell holdning ovenfor pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, uansett indre følelser (Alpers & Hanssen, 2008, s. 26). Studien til Nielsen & Birkelund (2009) fastslår også at selv om flere av sykepleierne opplevde noen pasienter som vanskelige å forholde seg til når det kom til pasientens kulturelterte normer verdier eller vaner, så utviste de likevel en profesjonell holdning.

I Cortis (2000) sin studie, sees det fra pasientenes perspektiv, der kommer det stikk motsatte til uttrykk. Pasientene opplever å ikke bli møtt på sine kulturelle premisser, med negative holdninger og til og med oversett. En av de intervjuede pasientene innlagt på sykehus beskriver en situasjon der hun fra tid til annen kunne se sykepleieren komme inn i rommet og sette seg ned ved sengekanten til den hvite pasienten i nabosenga, noe som aldri skjedde henne. Sykepleieren kunne spørre om alt var i orden, hun svarte ja, og det var det (Cortis, 2000, s. 57). Opplevelser som dette går igjen i studien. Om dette skjer fordi sykepleieren av en eller annen grunn har noen forutinntatte holdninger mot pasienten, som i dette tilfellet har en pakistansk bakgrunn sies det ingenting om. I følge Hanssen (2011) kan sykepleiere gå så hardt inn for å vise både aksept og respekt ovenfor pasienten at de ikke våger å handle ut i fra sitt profesjonelle ståsted, noe som vil gå utover relasjonen til pasienten. En kan bli så redd for

å begå "kulturelle feil" at en lar være å behandle pasienten som et medmenneske med de samme behovene for trøst og støtte som en annen norsk pasient.

I de mellommenneskelige relasjonene er det viktig å ha en kritisk sans ovenfor egne holdninger, det er gjennom å bli kjent med den enkelte at vi får innsikt i hvordan kulturen har vært med på å forme vedkommende, hvorfor vedkommende er som han eller hun er, hvilke kulturelle faktorer som er viktige å ta hensyn til. Følgende prinsipper bør i følge Hanssen (2011, s. 157) være styrende i møte med pasienter fra andre kulturer:

- 1: *Pasienten har rett til å møte forståelse for sin sosiokulturelle bakgrunn.*
- 2: *Sykepleiere bør forstå pasientens behov og forholde seg til disse på bakgrunn av kulturelle og individuelle data om pasienten, betraktet som en unik person.*
- 3: *Det å behandle alle pasienter likt er uvitenskapelig og kan være til skade for mange pasienter.*

## 5.5 Cultural Desire

Dette punktet omhandler sykepleierens eget ønske om å bli kulturelt kompetent. For å tilegne seg den rette kulturelle kompetansen er det nødvendig å være seg kulturelt bevisst, det er nødvendig å søke etter de kulturelle ferdighetene, og kunnskapene. For å gjøre det er de kulturelle møtene uunnværlige. Det er gjennom møtene med andre kulturer og mennesker at dette kommer til, men sykepleieren må ha et eget ønske i å ville gå inn i disse situasjonene, dette er noe sykepleieren må gjøre fordi han eller hun *vill*, og ikke fordi det er noe en *må* (Campinah-Bacote, 2015). Sykepleieren må skape en indre og egen motivasjon for å søke å bli kulturelt kompetent. Ved å fokusere på fordelene ved å ha kulturell kompetanse kan dette være med på å trigge en lyst i sykepleieren dersom den ikke er der fra før. Gjennom å ha et ønske om å tilegne seg kulturell kompetanse, vil det typisk føre til flere kulturelle møter, og det vil igjen føre til en økt kulturell kunnskap og gjennom det, tilegnes de kulturelle ferdigheter og den kulturelle bevisstheten som er nødvendig for å imøtekomme det store mangfoldet av ulikheter i befolkningen (Ingram, 2011).



## 5.6 Utdannelse og Kulturell kompetanse

I studiene til Alpers & Hanssen (2011, 2008) kommer det frem at det er et generelt behov blant sykepleiere for mer kunnskap rettet mot interkulturell sykepleie og utviklingen av kulturell kompetanse. De understreker at funnene i studien i sterk grad indikerer at erfaring alene ikke er tilstrekkelig for å tilegne seg kompetansen som er nødvendig. De konstaterer at utviklingen av kulturelt kompetente sykepleiere må integreres i sykepleierutdanningen, både i teoretisk, og klinisk-praktisk forstand. Samtidig påpeker de at det kreves mer forskning og flere studier for å finne ut hvordan det best kan implementeres i utdanningen, hvilke lærermoduler eller teknikker som fungerer best, og hvordan kompetansen kan fortsette å utvikles gjennom ens yrkeskarriere (Alpers & Hanssen, 2011). I den svenske studien til Gebru & Willmann (2009) vises det hvordan sykepleierstudentene i gjennom det 3-årige løper utvikler sin kulturelle kompetanse og nysgjerrighet for temaet. I løpet av studentenes 1. År blir de introdusert for Leiningers kulturteori i sammenheng med caser de må ta stilling til. Noenlunde samme caser blir gjentatt i 3. året med en klar forbedring i hvordan casene løses. Også Gebru & Willmann (2009) indikerer i sin konklusjon at erfaring alene ikke er tilstrekkelig og foreslår bruken av didaktiske modeller basert på teori som en av tilnærmingene på veien mot kulturelt kompetente sykepleiere. På New Zealand er Irihapeti Ramsdens vei mot kulturell trygghet for pasienten en integrert del i sykepleieutdanningen, premissene i teorien har i følge Claus & Viken (2009) overføringsverdi til vårt samfunn, kan tenkes å kunne benyttes også i vår del av verden. I artikkelen til Claus & Viken tar de til orde for å styrke, og øke fokus på kulturell kompetanse i sykepleierutdannelsen (Claus & Viken, 2009)

## 6 Avslutning

Oppgavens problemstilling er: "Hvilken kompetanse er viktig å ha for sykepleier i møte med minoritetspasienter med ikke-vestlig bakgrunn?"

Den kulturelle kompetansen innebærer å tilegne seg kulturelle kunnskaper og ferdigheter i møte med mennesker med annen kulturell bakgrunn. Gjennom de kulturelle møtene skapes en

selvreflekterende og selvbevisst holdning rundt eget kulturelt ståsted som er nødvendig for å møte minoritetspasientene på deres kulturelle premisser, slik vil en kunne utøve og levere likeverdig sykepleie og helsehjelp. I denne oppgaven har jeg sett på studier som viser hvordan mange sykepleiere uttrykker en utilstrekkelighet i møte med den aktuelle pasientgruppen, jeg har sett på ulike utfordringer som har en tendens til å oppstå og hvordan dette kan føre til at pasientene kan oppleve å få et dårligere helsetilbud enn den etniske norske majoritetspasienten. Den kulturelle kompetansen kan ikke alene tilegnes gjennom arbeidserfaring, men krever også kursing og undervisning gjennom utdanning eller institusjon. For å kunne tilby pasienten kulturelt kompetent pleie og omsorg kan en ta i bruk ASKED-modellen til Campinah-Bacote, som et forslag i tilnærmingen til økt kulturell kompetanse.

I gjennom praksis i utlandet har jeg fått innblikk i helsevesen, sykdomsbilder og forklaringsmodeller som er vidt forskjellige fra hva jeg selv er vant med hjemme i Norge. Da jeg gikk i gang med denne oppgaven hadde jeg selv en forutinntatt holdning om at jeg allerede hadde mye kunnskap om temaet jeg skulle skrive om. Det ble derimot tydelig i gjennom arbeidsprosessen at det var mye jeg ikke kunne, og at temaet var større og rommet mer enn jeg var klar over. Jeg sitter igjen med mer kunnskap og med et større engasjement for temaet enn da jeg startet, og håper denne oppgaven har økt min kulturelle kunnskap, og at den forhåpentligvis vil kunne bidra til at jeg blir en bedre og mer kompetent sykepleier.

## 7 Litteraturliste

Alpers, L.-M., & Hanssen, I. (2013). Caring for ethnic minority patients. A mixed method study of nurses`self assessment of cultural competency. *Nurse Educ Today*, 34(6), 999-1004. doi: 10.1016/j.nedt.2013.12.004. Hentet fra:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004> .

Alpers, L-M., & Hanssen, I. (2008). *Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter*. 80 s. Hentet fra:

<http://www.ldh.no/forside/attachment/743?download=true&ts=13ab137e9d6>

Claus, B., I. & Viken, B. (2009). *Sykepleie og kulturell trygghet. Sykepleien*;

DOI: 10.4220/sykepleiens.2004.0030. Hentet 27.01.17 fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/sykepleie-og-kulturell-trygghet>

Cortis, J. D., (2000). *Caring as experienced by minority ethnic patients*.

*International Nursing Review*. 47 (1), 53-62. Hentet fra:

<https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=107149896&site=ehost-livem>

Cortis, J. D. (2004). Meeting the needs of minority ethnic patients. *Journal Of Advanced Nursing*, 48 (1), 51-58. Doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03168.x . Hentet fra

<https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106675742&site=ehost-live>

Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: Innføring i Interkulturell kommunikasjon*.

(2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eriksen, T. H., & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis: perspektiver på det flerkulturelle Norge* (6 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Eide, H. & Eide, T. (2014) *Kommunikasjon i relasjoner,- samhandling, konfliktløsning, etikk* (utg. 2) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gebru, K., Willman, A. (2009) *Education to promote culturally competent nursing care – A content analysis of student responses*. Nurse education Today.  
Hentet fra: DOI: [10.1016/j.nedt.2009.06.005](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.06.005)
- Hanssen, I. (2011). Interkulturell sykepleie. I Kristoffersen, N., J., Norvedt, P, Skaug, E-A. (red). *Grunnleggende Sykepleie Bind 1, sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (135-157). (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingram, R.R., (2011). *Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence*. Journal of advanced nursing. Hentet fra: DOI: [10.1111/j.1365-2648.2011.05822.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05822.x)
- Kristoffersen, N., J., (2011). Helse og sykdom. I Kristoffersen, N., J., Norvedt, P, Skaug, E-A. (red). *Grunnleggende Sykepleie Bind 1, sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (31-72). (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N., J., Notvedt, F., Skaug, A\_E., (2011). Om sykepleie I Kristoffersen, N., J., Norvedt, P, Skaug, E-A. (red). *Grunnleggende Sykepleie Bind 1, sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (15-28). (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Magelssen, R. (2008). Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene (utg. 2). Oslo: Akribe As.
- Sagar, P., L. (2012) Josepha Campinah-Bocote's «The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services and Biblically Based Model of Cultural Competence». I *Transcultural nursing theory and models: application in nursing education, practice and administration*. New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.

Thidemann. I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*.

Oslo: Universitetsforlaget.

## 8 Vedlegg

### Artikkelmatrise

#### Artikkel nr. 1

Forfatter	Lise-Merete Alpers, Ingrid Hanssen.
År	2008
Land	Norge
Rapport	Studien er utført på oppdrag av Lovisenberg Diakonale sykehus
Tittel	<i>Sykepleieres kompetanse om etniske minoritetspasienter</i>
Hensikt	Å kartlegge kompetansen til sykepleiere ved klinikk for medisin relatert til pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.
Metode	Kvalitativ og kvantitativ studie gjennom spørreskjemaer, gruppe- og individuelle intervjuer med sykepleiere og ressurspersoner.
Deltakere	145 sykepleiere.
Hovedfunn	Funnene i studien identifiserer ulike temaer sykepleiere har lite kunnskap om, og hvor det trengs mer kunnskap. Dette inkluderer blant annet kunnskap om ulike kulturelle sykdomssyn, smerteuttrykk, kommunikasjon, samhandling og kost til ulike religiøse grupper.
Relevans	Studiens relevans til oppgaven er relatert til hovedfunnene som viser sykepleiernes behov for mer kunnskap på alle av studiens tema. Studien viser til hvordan mangel på kulturell kunnskap og

	nedsettende holdninger rettet mot enkelte minoritetsgrupper vil kunne føre til et dårlig terapeutisk forhold mellom pasient og sykepleier, med negativt utfall i pasientens helsemessige situasjon.
--	---

## Artikkel nr. 2

Forfatter	Ben Nielsen & Regner Birkelund.
År	2009
Land	Danmark
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Tittel	<i>Minority ethnic patients in the Danish healthcare system- a qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients.</i>
Hensikt	Hensikten med studien er å innhente kunnskap om, og identifisere utfordringer som oppstår i arbeidet med etniske minoritetspasienter og gjennom dette bidra til et faglig fundament for dyktig sykepleie.
Metode	Studien har et eksplorativt og beskrivende design, basert på en fenomenologisk fremgangsmåte. Studien er gjennomført med kvalitative intervjuer og observasjoner.
Deltakere	4 sykepleiere
Hovedfunn	Funnene viser at sykepleiere har liten kunnskap om spesifikke kulturelle områder relatert til den enkelte minoritetspasient. Utfordringene som er identifisert er blant annet de kulturelt betingede reaksjonene på smerte, kosthold, kommunikasjon og bruk av tolk, og også at ulike sykepleiere har ulike fremgangsmåter og holdninger i møte med denne pasientgruppen.
Relevans	Studien identifiserer konkrete problemområder i møte med den aktuelle pasientgruppen og hvordan sykepleiere har ulike holdninger i arbeidet med utfordringene. Forfatterne legger også frem forslag for å imøtekomme de ulike problemområdene. Sykepleierenes egne opplevelser og meninger kommer til uttrykk i studien.

## Artikkel nr. 3

Forfatter	Lise-Merete Alpers, Ingrid Hanssen.
År	2013
Land	Norge
Tidsskrift	Nurse education today
Tittel	<i>Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency</i>
Hensikt	Å undersøke hvordan sykepleiere ved psykiatrisk og medisinsk avd. Vurderer sin egen kompetanse når det gjelder pasienter med minoritetsbakgrunn.
Metode	Kvalitativ og kvantitativ metode med fokusgruppeintervjuer og spørreskjemaer.
Deltakere	245 sykepleiere
Hovedfunn	Sykepleiere i studien antyder at de har for liten kunnskap om andre sykdoms- og behandlingsfilosofier enn den med bakgrunn i vestlig biomedisin. Det kommer frem at de opplever det som spesielt vanskelig å vurdere symptomer og smerte hos pasientgruppen. Studien viser også at erfaring alene ikke bidrar til mer kulturelt kompetent sykepleie.
Relevans	Oppgaven er relevant med tanke på at den viser at det skal mer enn erfaring til for å tilegne seg den nødvendige kulturelle kompetansen i møte med pasientgruppen. Det vises til at andre faktorer, som utdanning, bør spille en større rolle for å tilegne seg kompetanse på området. Spesifikke problemområder i møte mellom pasient og sykepleier blir klarlagt.

## Artikkel nr.4

Forfattere	Kerstin Gebru & Ania Willman
År	2009
Land	Sverige
Tidsskrift	Nurse education today
Tittel	<i>“Education to promote culturally competent nursing care – A content analysis of student responses”</i>

Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke sykepleiestudenters progresjon i løpet av et 3-årig studie, med det formålet å fremme kulturelt kongruent sykepleie.
Metode	Både kvalitative og kvantitative metoder er benyttet i studien, gjennom spørreskjemaer og ved å besvare hvordan de ville opptre i ulike caser har studentenes svar blitt analysert og sammenlignet i sitt 1.- og 3. år.
Deltakere	92 sykepleiestudenter
Hovedfunn	Funnene i studien viser en markant forbedring av studentenes kulturelle bevissthet i møte med den aktuelle pasientgruppen etter å ha blitt introdusert for en didaktisk modell basert på Madelen Leiningers teori på ethnonursing, samt Leiningers "Sun Rise Model".
Relevans	Studien er relevant fordi den viser hvordan implementeringen av kulturteori i sykepleieutdanningen fører til at studentene får økt bevissthet rundt egne holdninger, og viser mer kunnskap i forhold til hvordan en yter kulturell kongruent sykepleie ovenfor den enkelte pasient.

#### Rtikkel nr. 5

Forfatter	<i>J.D. Cortis</i>
År	2000
Land	England
Tidsskrift	International council of nurses
Tittel	<i>Caring as experienced by minority ethnic patients</i>
Hensikt	Å undersøke pakistanske immigranternes forståelse av konseptet pleie, hva de legger i ordet, hva de forventer av sykepleiere som yter pleien og om det samsvarer med pleien de faktisk motar.
Metode	Kvalitativ studie gjennom semi strukturerte intervjuer av pasientene.
Deltakere	38 pasienter med pakistansk bakgrunn.
Hovedfunn	Artikkelen viser hvordan det er et gap mellom pakistanske pasienters forventninger og forståelse av pleie og behandling, og pleien som faktisk blir utført av britiske sykepleiere. Studien viser også at det



	eksisterer et behov for økt kulturell bevissthet blant de britiske sykepleierne for å kunne oppnå et bedre terapeutisk forhold.
Relevans	Studiens relevans for oppgaven er relatert til pasientopplevelsene. Pasientene gir gjennom intervjuene uttrykk for sine opplevelser i møte med sykepleierne, dermed kommer pasientperspektivet frem. Forfatteren foreslår også verktøy sykepleiere kan ta i bruk for å yte mer kultursensitiv og individuelt tilrettelagt pleie.