

Bacheloroppgave



Figur 1

Hva kan vi som sykepleiere gjøre for at pasienter som ikke er etnisk norske skal få en fullverdig sykepleie?

Kandidat nummer: 60

SYKHB3001

Antall ord: 6910

Bachelor i Sykepleie

Høgskolen Stord/Haugesund avd. Haugesund

Februar 2009

Sammendrag

Vi som helsearbeidere møter ofte mennesker som kommer fra ulike kulturer og etniske grupper. Disse menneskene har kanskje andre tanker og behov, noe som kan gjøre at det dukker opp andre forventninger og atferd enn det vi som norske helsearbeidere er vant til å møte. Problemstillingen jeg arbeidet ut i fra var ”Hva kan vi som sykepleiere gjøre for at pasienter som ikke er etnisk norske skal få en fullverdig sykepleie?” Hensikten og målet med denne oppgaven var å synliggjøre hvor viktig det er å ha kunnskaper også om dette temaet, og hvor viktig det er å være bevisst i våre holdninger ovenfor pasienter som ikke er etnisk norske. Litteraturstudie ble brukt som metode hvor jeg da samlet inn og fordypet meg i eksisterende kunnskap og forskning om emnet. . Resultatene viser at det er laget flere modeller og skrevet ulike teorier om emnet, men at de ikke er blitt skikkelig testet ut. Med andre ord så trenger man å teste ut teoriene i praksis for å kunne få skikkelige tilbakemeldinger om hva som kan være årsakene til de ulike dilemmaer som ofte oppstår i møte med fremmedkulturelle pasienter.

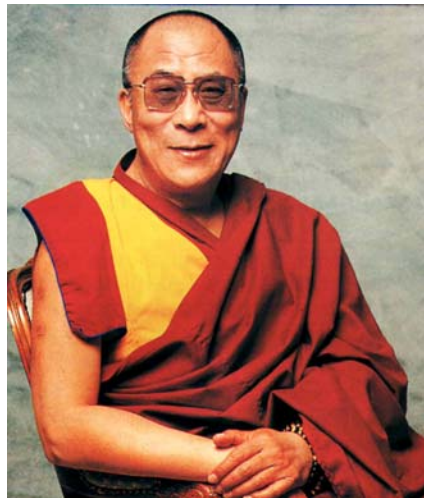
Summary

We often meet people from different cultures and ethnic groups when we´re working in the healthcare service. These people may have other thoughts and needs, and this can lead to different expectations and behaviour that we´re not used to meet. My question was “What can we do as nurses to be able to provide complete care for patients that are not ethnic Norwegians?” My purpose and goal was to show how important it is to also have knowledge about this topic, and how important it is to be conscious of our attitude towards these patients. Literature study was used as method. I collected and studied present knowledge and research about this topic. The result shows that several models and theories are made, but they aren´t fully tested out yet. Therefore we need to test these out in practice to be able to get possible answers to the different dilemmas that often occur working with patients from different cultures.

Dalai Lama (1998) sier:

”Når jeg møter nye mennesker, forsøker jeg alltid å møte dem med utgangspunkt i det mest basale, i det som vi har felles. Vi har alle en fysisk kropp, et sinn og følelser. Vi er alle født på samme måte, og vi skal alle dø. Vi ønsker alle et lykkelig liv, og vi har ikke lyst til å lide. Når jeg ser på dem jeg møter, på denne måten, og ikke understreker forskjellene som faktisk er der, for eksempel at jeg selv er tibetaner eller at jeg har en annen hudfarge, religion og kulturell bakgrunn enn dem, gir jeg meg selv mulighet til å møte den andre som om det var meg selv. Når jeg forholder meg til en fremmed på denne måten, opplever jeg at det blir mye lettere for oss å kommunisere og utveksle tanker”

(Ragnhild Magelsens oversettelse 2008, s.17)



Figur 2

Dalai Lama

Innhold

Sammendrag	i
Summary	i
1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstillingen	2
1.3 Avgrensing.....	2
2.0 Metode	2
2.1 Definisjon av metode	2
2.2 Valg av metode og begrunnelse	3
2.3 Relevans og pålitelighet	3
2.4 Kvalitetskriterier og kildekritikk	4
2.5 Forskningsetiske overveielser	4
2.6 Litteratursøkeprosessen.....	5
3.0 Teoridel.....	6
3.1 Etske aspekter ved tverrkulturell sykepleie	6
3.2 Aktuelle definisjoner relatert til ikke etnisk norske	7
3.3 Helse, kultur og sykdom	8
3.4 Presentasjon av Madeleine M. Leiningers teori om kulturbasert omsorg.....	9
3.5 Kommunikasjon.....	9
3.6 Trygghet, omsorg og samarbeid.....	11
4.0 Funn og drøfting	13
4.1 Påvirker pasientens oppfatninger, forventninger og sykdomsatferd, sykepleierens omsorg og behandling ovenfor pasienten?	13
4.2 Godt samarbeid og trygghet hos pasienten.....	15
4.3 Kulturell datasamling.....	16
4.4 Etnosentrisme eller kulturrelativisme?	17
4.5 Kommunikasjonsbarrieren	17
5.0 Avslutning.....	19
6.0 Kilder.....	I

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi som helsearbeidere møter ofte mennesker som kommer fra ulike kulturer og etniske grupper. Det kan være mennesker som tilhører vårt lands urbefolkning, samene, turister som har måttet få behandling under oppholdet, eller mennesker som har immigrert til Norge. Disse menneskene har kanskje andre tanker og behov, noe som kan gjøre at det dukker opp andre forventninger og atferd enn det vi som norske helsearbeidere er vant til å møte (Hanssen, 2007).

Når man arbeider innenfor et flerkulturelt helsearbeid bør man ha kunnskaper om ulike livssyn og verdensoppfattelser. Slik som syn på hvordan sykdom oppstår og bør behandles, hva som kan forårsake problemer og misforståelser når mennesker fra ulike kulturer møtes. Også i noen grad hvordan man kan løse problemene, eller enda bedre, hvordan vi kan unngå dem (Hanssen, 2007).

I min praksis har jeg vært borti situasjoner hvor jeg både har sett og opplevd at det er stor mangel på kunnskap på dette området. Jeg velger å tro at det er flere enn meg som har vært borti pasienter som kommer fra andre kulturer og som ikke mestrer det norske språket, enten det er gjennom praksis som studenter, eller i jobbsammenheng. Mange av dem som har vært borti dette, har kanskje kommet opp i ”vanskelige” situasjoner, spesielt med tanke på kommunikasjon. Dette har gjort at jeg ønsker å synliggjøre for andre hvor viktig det er å ha kunnskaper også om dette temaet, og hvor viktig det er å være bevisst i våre holdninger ovenfor pasienter som ikke er etnisk norske. Jeg håper på å kunne nyttiggjøre den kunnskapen jeg tilegner meg ved å utføre denne fordypningsoppgaven, slik at jeg dermed kan styrke både meg selv, men også andre. Det å forstå helse og sykdom i et kulturelt perspektiv er en stor utfordring, derfor ville jeg lære mer om emnet.

Fokuset mitt i denne oppgaven skal rettes mot hva vi som sykepleiere kan gjøre for at det skal oppstå mindre kommunikasjonsproblemer, og hva vi kan gjøre for at samarbeidet og behandlingen av ikke etnisk norske pasienter, skal være likestilt med pasienter som er født og oppvokst i Norge. Trygghet er noe som skal være sentralt i oppgaven. Begrepene omsorg og

respekt kommer også til å bli berørt i oppgaven, men det er trygghet som skal være mitt perspektiv i denne oppgaven.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Hva kan vi som sykepleiere gjøre for at pasienter som ikke er etnisk norske skal få en fullverdig sykepleie?

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven velger jeg å skrive generelt om pasienter som ikke er etnisk norske, dette innebærer at jeg ikke velger meg ut bestemte pasientgrupper som for eksempel barn og unge, akutt syke, eldre, kreftsyke pasienter eller pasienter med psykiatriske lidelser, men at jeg skriver generelt om ikke etnisk norske pasienter uansett alder, tilstand og diagnose. Jeg vil også nevne at enkelte av disse tilstandene vil påvirke pasientens tilstand, noe som også kan gjøre kommunikasjonen enda vanskeligere. Noen eksempler kan jeg komme litt innpå, men oppgaven spesifiserer seg ikke på en bestemt gruppe. Som sykepleiere er vi nødt til å forholde oss til alle, uansett bakgrunn, jeg kommer heller ikke til å ta for meg en bestemt kultur. Jeg har også valgt å ikke ta med andregenerasjonsinnvandrere da disse er født i Norge og det er mest sannsynlig at de mestrer det norske språket, jeg fokuserer også lite på pasienter innenfor psykiatrien.

2.0 Metode

2.1 Definisjon av metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2008, s.83).

Metoden hjelper oss til å samle inn den informasjonen som vi trenger for å løse problemstillingen. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå fram for å skaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2008). Videre skriver Dalland (2008) at vi kan skille mellom kvalitativt orienterte og kvantitativt orienterte metoder. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan la seg tallfestes eller måles, mens de kvantitative metodene former informasjonen om til målbare enheter som dermed gir oss muligheten til å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde.

2.2 Valg av metode og begrunnelse

I denne oppgaven kommer jeg til å bruke litteraturstudie som metode, dette går ut på å samle inn og fordype seg i eksisterende kunnskap og forskning om emnet. Litteraturstudie er en kvalitativ metode, men man kan analysere og bruke både kvantitative og kvalitative artikler. Data velges ut etter relevans for problemstillingen. Begrunnelsen for valg av metode er at den er ideell i forhold til problemstillingen og at det også er et krav at metoden skal være litteraturstudie. Litteraturstudie er også den mest praktiske metoden med tanke på tidsbegrensingen.

I kvalitative studier handler resultatene ofte om å skildre noe slik at det oppstår nye tanker av betydning, dermed danner dette, sammen med struktur og teoritilskudd, underlaget for resultat kvalitet (Olsson og Sørensen, 2006).

Forskningsresultater fra et randomiserte og kontrollerte studier har vist seg til å være det beste underlaget for å utvikle rekommandasjoner for medisinsk praksis (Forsberg og Wengström, 2008).

2.3 Relevans og pålitelighet

Et grunnleggende krav til dataene som brukes er at de skal være gyldige. Dette betyr at de skal være relevante for problemstillingen, og at de skal være innsamlet på en pålitelig måte. Det må ikke finnes unøyaktigheter i de ulike leddene i prosessen (Dalland, 2008).

Når man leter etter gode forskningsartikler er det viktig å vurdere kvaliteten på artikkelen. Den må være klart framstilt, forskeren må synliggjøre de sosiale sammenhengene, og

resultatene må være klart formulert. Resultatenes gyldighet og overførbarhet må tolkes med sunn fornuft. Det er nødvendig med kritisk vurdering av forskningsartiklene, og forskningsmetoden må stå i forhold til forskningsspørsmålet eller hypotesen (Markussen, 2004).

Det kreves at forskning må være preget av objektivitet for å kunne bli troverdig, dette er i følge både det kvantitative og det kvalitative forskningsperspektivet. Forskeren må redegjøre for teorier og argumentasjon på en måte slik at forskningen kan bli forstått av andre. Selve forskningen skal gjennomføres systematisk og den skal ha et vitenskapelig fundament. All forskning har som mål ved hjelp av systematiske strategier å komme fram til ny og anvendbar kunnskap (Olsson og Sørensen, 2006).

2.4 Kvalitetskriterier og kildekritikk

Kildekritikk er nødvendig for å fastslå om en kilde er troverdig. Hensikten er å gi leseren del i de refleksjonene som du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har med tanke på problemstillingen. Kildekritikk skal også vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til dataene som blir brukt i oppgaven (Dalland, 2008).

Når man skal bruke en kilde er det en fordel å bruke primære kilder framfor sekundære, da dette kan hindre at vi overfører mulige feiltolkninger og unøyaktigheter (Dalland, 2008).

I min oppgave har jeg prøvd å bruke litteratur som ikke er eldre enn 10 år, dette for å sikre en mest mulig oppdatert litteratur om emnet. Dette er også en veiledning fra Høgskolen Stord/Haugesund.

2.5 Forskningsetiske overveielser

Etikk er et sentralt begrep som er viktig å ha med seg i det daglige livet, men også når man skriver oppgaver som dette. Dalland (2008) skriver at etikken skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler. Det finnes ikke noe grunnlag for å skille mellom forskningsetikk, yrkesetikk og personlig etikk. Man må passe på å ikke bekoste enkeltpersoners integritet og velferd når man forsker for å vinne ny kunnskap (Dalland, 2008).

Det er viktig med konfidensialitet og taushetsplikt for å sikre personer som er med i undersøkelser slik at uvedkommende ikke skal kunne få fatt i innsamlet materiale. Det finnes særbestemmelser om taushetsplikten. Den informasjonen som forskeren får fram ved en datainnsamling skal behandles med konfidensialitet, slik at den ikke blir spredd slik at personer eller situasjoner kan gjenkjennes. Anonymitet vil si at datamaterialet er anonymisert slik at verken forskeren eller uvedkommende kan identifisere enkeltpersoner (Olsson og Sörensen, 2006).

Man skal alltid henviser til riktig kilde når man bruker informasjon og litteratur i oppgaven, aldri gjengi andres tanker som sine egne (Dalland, 2008). Forsberg og Wengström (2008) skriver at det er uetisk å kun bruke artikler og bøker som kun støtter for vårt eget syn. Videre sier Dalland (2008) at når man gjør rede for bruk av kilder så innebærer det å takke for hjelpen.

Det er viktig at vi følger retningslinjene når man gjengir en kilde, og jeg har valgt å bruke Harvard-metoden i denne oppgaven. Dalland (2008) skriver at denne metoden er den mest anerkjente og brukte metoden innenfor samfunnsvitenskaplige fagområder.

Selv om vi utfører en litteraturstudie og ikke skal forske selv, er det viktig å ta hensyn til etikken.

2.6 Litteratursøkeprosessen

Alle de opplysningene vi samler inn er grunnlaget for hele oppgaven, og uten gode nok holdepunkter i dataene, kan vi ikke belyse problemstillingen godt nok. I tillegg til at materialet må være fyldig, så må det også være så relevant og gyldig som mulig. For å klargjøre behovet for data er vi nødt til å analysere hvilke spørsmål problemstillingen reiser (Dalland, 2008). Forsberg og Wengström (2008) skriver at det er nødvendig å gjøre seg kjent med den litteraturen som finnes om temaet, det er også lurt å avgrense problemstillingen slik at søket ikke blir for omfattende.

Jeg søkte i følgende databaser: BIBSYS, SveMed, Ovid, ProQuest, Evidence Based Nursing, Tidsskrift for Norsk Lægeforening Sykepleien, og internettssidene regjeringen.no og forskning.no. Jeg har brukt følgende norske søkeord: *tverrkulturell sykepleie, helse og kultur, kulturell omsorg, transkulturell sykepleie, innvandring og helse*. Engelske søkeord:

transcultural nursing, cultural nursing, respect, multicultural nursing. BIBSYS er en felles bokkatalog for norske Universiteter og Høgskoler, gjennom dette fikk jeg bestilt både bøker og artikler som skolen ikke hadde.

Jeg fant mange treff da jeg søkte, men det var ikke alt som var relevant, det var heller ikke alt som jeg syntes var bra nok. Noen av søkeordene gav svært få treff, men andre gav flere. Det var flere treff på de engelske søkeordene enn de norske. Jeg har valgt å skrive om tverrkulturell sykepleie, men jeg skal ha hovedvekt på kommunikasjon, samarbeid og behandling, derfor valgte jeg bort artikler og litteratur som går utover dette. Å finne gode forskningsartikler som kun gikk ut på kommunikasjon, samarbeid og behandling var litt vanskelig, fant mange artikler som inngikk i psykiatrien, men siden jeg ikke skal skrive om dette så valgte jeg dem bort.

Det har vært viktig å finne nyere artikler som er skrevet i forhold til dette temaet da det stadig utarbeides nye kunnskaper om dette på grunn av den økende innvandringen. Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer er også relevant for denne oppgaven.

3.0 Teoridel

3.1 Etiske aspekter ved tverrkulturell sykepleie

Et menneske er mer enn dets kulturelle eller etniske identitet, det er et unikt individ som ikke bare kan bli sett på som et medlem av en gruppe. Etiske problemer og dilemmaer som er vanskelige oppstår ofte når man møter pasienter fra andre kulturer. Våre holdninger og verdier formidles gjennom vår kommunikasjon og samhandling med hverandre (Hanssen, 2007).

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det skrevet at ”sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter” (2007, s.7). Det står også skrevet i disse retningslinjene at ”sykepleie utviser respekt for og ytes uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, seksuell legning, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status” (2007, s.26), og

at ”sykepleieren skal i sitt arbeid søke og skape et miljø der menneskerettighetene og enkeltmenneskets, familiens og samfunnets verdier, skikker og tro respekteres (2007, s.27).

3.2 Aktuelle definisjoner relatert til ikke etnisk norske

Innvandrere: Bjertnes (2001) skiller mellom ”førstegenerasjonsinnvandrere og andregenerasjonsinnvandrere, hvor de først nevnte er personer uten norsk bakgrunn, de er født i utlandet av to utenlandske foreldre. Andregenerasjonsinnvandrere er født i Norge av to utenlandske foreldre” (Hanssen, 2007, s.18).

Flyktning: ”En flyktning er en person som har måttet flykte på grunn av fare for sitt liv og helse. Dette kan skyldes personens religiøse tro, etnisk tilhørighet, politiske meninger eller lignende” (Wikipedia, 2009).

Asylsøker: ”Asylsøkere er personer som spontant ankommer et annet land uten på forhånd å være anerkjent som flyktning. Bakgrunnen for søknaden om asyl bunner oftest i politiske, etniske og religiøse årsaker” (Wikipedia, 2009).

Migrasjon: ”Migrasjon betyr folkevandring, eller inn- og utvandring” (Wikipedia, 2008).

Etnisitet: ”Etnisitet er en kollektiv identitet knyttet til forestillinger om kulturelt fellesskap som følge av (oftest) et antatt felles opphav. Etnisitet er forhold mellom grupper som oppfatter seg selv, eller blir oppfattet av andre grupper, som kulturelt særpregede” (Wikipedia, 2009).

Kultur: Det finnes mange ulike definisjoner om dette begrepet. Jeg velger å bruke Richard Jenkins (1997) definisjon: ”Kultur er ikke noe som folk ”har”, eller noe de ”tilhører”. I stedet er det komplekse repertoar som mennesker erfarer, bruker, lærer og ”gjør” i sine daglige liv, og innenfor disse konstruerer de løpende en følelse av seg selv og en forståelse av sine medmennesker” (Hanssen, 2007, s.16).

Flerkulturell: ”Et sosiologisk og kulturteoretisk uttrykk med skiftende innhold og verdiladning. Det henviser bl.a. til hvordan det offentlige håndterer et samfunn med mange etniske bakgrunner, og toleranse for kulturelle forskjeller innenfor en stat” (Wikipedia, 2008).

Interkulturell: Dette begrepet referer til konsentrasjonen og de mange likhetene mellom ulike kulturer. Formålet er å bygge på det de har til felles (Wikberg og Eriksson, 2008).

Etnosentrisme: ”Det å forstå og ”måle” de andre ut fra våre egne premisser og vår egen virkelighetsoppfatning” (Magelsen, 2008, s.20).

Kulturrelativisme: ”Det å forstå andre ut fra de andres premisser, uten at vi føler oss provosert eller truet av deres virkelighetsoppfatning” (Magelsen, 2008, s.20).

3.3 Helse, kultur og sykdom

Wikberg og Eriksson (2008) skriver at siden verden, men også sykepleie blir bare mer og mer flerkulturell, er det viktig å inkludere interkulturelle aspekter i all sykepleie og omsorgsteorier.

Begrepet helse kan man definere på mange ulike måter. Jeg velger å bruke Peter Hjort (1982) sin definisjon: ”Helse er evnen til å mestre stress og tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter, sykdom, funksjonshemming, ulykker, livsproblemer, konflikter og alderdom. Helse er overskudd i forhold til hverdagens krav” (Kristoffersen, 2006, s.35).

Virkelighetsoppfatninger er individuelle. Noen forstår andre ut fra de andres premisser uten at de føler seg provosert eller truet av deres virkelighetsoppfatning (kulturrelativisme, Magelsen 2008), mens andre forstår og ”måler” de andre ut fra våre egne premisser og vår egen virkelighetsoppfatning (etnosentrisme, Magelsen 2008).

Måten en person har lært å tenke angående sykdom og behandling har betydning for hvordan en oppfatter og erfarer sine symptomer, hvordan en vurderer sykdommen og hva slags benevnelse man gir den. Hvordan en situasjon oppfattes og hvordan følelser blir uttrykt, varierer fra en kultur til en annen. Forskning viser at sykdomsopplevelsen er i stor grad påvirket av personens følelsesmessige reaksjon på, kunnskapene om og vurderingen av symptomene, selv om mange symptomer på sykdom er fellesmenneskelig, uansett sosial og kulturell bakgrunn (Hanssen, 2007). Ingrid Hanssen (2007, s.30) viser til Arthur Kleinman som sier at ”symptomer utøver en sterk sosial innflytelse på den sykes opplevelse av sykdommen gjennom at de utgjør merkelapper som man tolker situasjonen ut ifra”. Personen bruker den forklaringsmåten som er tilgjengelig for han i hans spesifikke kulturelle, historiske og personlige kontekst. Hvordan en person forholder seg til en sykdom varierer fra person til

person ettersom man har forskjellig oppfatning om sykdomsårsaken. Dette kan også framkalle andre symptomer da den syke kan sies å konstruere sine symptomer ut fra de forventningene de har til det å lide av den aktuelle sykdommen (Hanssen, 2007).

3.4 Presentasjon av Madeleine M. Leiningers teori om kulturbasert omsorg

”The goal of transcultural nursing is to discover and creatively use culturally based research knowledge in order to provide culturally congruent care to people of diverse cultures” (Leininger og McFarland, 2006, s.iii).

Madeleine Leininger mener at omsorg (”care”) er kjernen i sykepleie, videre sier hun at det er ingen kur uten omsorg, men omsorg kan også eksistere uten kurering. Som skrevet over er Leiningers mål med hennes teori å bruke forsknings resultater om kulturell omsorg for å fremme spesifikk og eller generell omsorg. Omsorgen skal være trygg og til fordel for alle mennesker uansett kultur. Med det menes å kunne ivareta deres helse, velvære, og tilheling, slik at vi kan hjelpe de alle uansett vansker eller død (Leininger, 2006).

3.5 Kommunikasjon

Kommunikasjonsproblemer stammer ofte fra manglende felles sosial forståelse og ulik bruk av verbal symbolikk (Hanssen, 2007). Lewis (2000) skriver at ”kommunikasjon kan ikke ses løst fra den sosiale, historiske og kulturelle kontekst som samhandlingen foregår i og som utgjør de rammer de kommuniserende parter fortolker budskapets meningsinnhold innenfor” (Hanssen, 2007, s.44). Videre skriver Ingrid Hanssen (2007) at det er personens kulturelle og personlige filter som bestemmer hvordan budskapet som sendes blir tolket, og i noen tilfeller også hvilken kanal som velges, om man velger å sende budskapet muntlig, skriftlig eller på en nonverbal måte. På samme måte blir mottakeren fortolkning av budskapet påvirket av hans personlige og kulturelle filter. Kommunikasjonen blir desto vanskeligere når det er større forskjell mellom partenes kultur, ideologi, bakgrunnskunnskaper og personlige formuleringssett. Ragnhild Magelsen (2008) skriver at i et flerkulturelt samfunn er vi fremmede for de fleste, vi er ikke innstilt på å dele våre tanker og følelser i våre korte møter med ”de andre”. Dermed blir det opp til partene å tolke hverandre, og tolkningen skjer ut fra den enkeltes egen bakgrunn og ut fra det den enkelte har sett. Vi ser som oftest kontrastene

best - det som skiller seg ut - det som er annerledes. Folk tenker, føler og handler forskjellig, og mange av forskjellene er kulturbetinget (Magelsen, 2008). For pasienter som ikke kjenner til språket eller hvordan helsevesenet fungerer, kan møtet mellom pasient og helsepersonell bli traumatisk og skape forvirring. Kommunikasjonsproblemer begrenser muligheten til å formidle egne tanker og følelser til menneskene rundt seg, usikkerhet og misforståelser kan føre til at pasienten blir sosialt isolert. Dette kan ha negativ innvirkning på både fysisk og psykisk helse (Hanssen, 2007). Ragnhild Magelsen (2008) skriver at når man stiller krav om gjensidig deltakelse i kommunikasjonen mellom alle involverte parter, er en nødt for å skape en atmosfære preget av trygghet og respekt. Det er vårt ansvar som profesjonelle sykepleiere å legge til rette for at dette skal la seg gjøre. Videre skriver hun at det er en fordel om vi prøver å fjerne oss noe fra vår egen virkelighetsoppfatning når vi ønsker å komme i dialog med mennesker fra en annen kultur. Hvis vi bruker et mindre etnosentrisk perspektiv på kommunikasjonen enn det vi kanskje er vant til, kan vi få et mer kulturrelativt perspektiv. Å bruke et kulturrelativt perspektiv går ut på å prøve å forstå den andre ut fra den andres logikk og perspektiv. Når vi prøver å forstå den andre, så gjenspeiler det en holdning der vi respekterer den andre. Magelsen (2008) referer til Seim (2001) som skriver at sykepleie innebærer nær kontakt med andre mennesker, og personlig kontakt betyr følelsesmessig nærhet både til seg selv og andre (Magelsen, 2008). Det å ta både kulturelle og individuelle hensyn i den informasjonen man gir pasienten er med på å vise respekt for integritet og menneskeverd etter pasientrettighetslovens intensjon (Hanssen, 2007).

Hvis ikke språkkunnskapene strekker til for å forstå og bli forstått, er vi nødt til å ta i bruk assistanse, vi trenger hjelp av en tolk (Hanssen, 2007). Spence og Hanssens forskning (1999) viser at bruken av profesjonelle tolker varierer mye fra sykehus til sykehus. Enkelte avdelinger tar i bruk profesjonelle tolker ved behov, mens andre gjør det sjeldent. Selv om helsearbeiderne beskriver kommunikasjonen som svært vanskelig å håndtere, er det få som gjør noe for å få hjelp til dette (Hanssen, 2007). Det viser seg at på sykehus både i Norge og andre land blir familietolker ofte tatt i bruk. I følge sykepleiere er en av grunnene at pasientens familie mener at de kan og vil håndtere situasjonen selv, og at de ikke vil ha inn noen "utenfra". Helsearbeidere finner også at enkelte pasienter og deres familier blir fornærmet når de blir tilbudt profesjonell tolk, de føler at det er et tegn på at deres beherskelse av det aktuelle språket ikke anses som god nok (Murphy, 1990, Elverdam, 1991, Spence, 1999, Hanssen, 2002 I: Hanssen, 2007). Den viktigste årsaken til at familietolker blir tatt i bruk er kanskje at det oppleves som den enkleste og mest lettvinte løsningen for

helsearbeideren (Hanssen, 2007). Andesnæs m.fl. (2000) skriver at det er viktig å være klar over at tolkning ikke bare handler om å overføre ord fra ett språk til et annet, det handler like mye om å fortolke et budskap i en gitt kontekst og overføre dette til et annet språk, slik at budskapet får samme meningsinnhold for budskapets mottaker som for den som sender budskapet (Hanssen, 2007).

Sosial- og Helsedirektoratet viser til et rundskriv fra UDI; ”ut fra Stortingsmelding 39s mål om likestilling mellom nordmenn og innvandrere som det bærende element i innvandrerpoltikken skal tolking anses som et nødvendig verktøy for at det offentlige skal kunne yte sine tjenester til innvandrere på samme måte som til nordmenn” (UDI, 23/94 TIA, I: Magelsen, 2008, s.153).

I følge pasientrettighetsloven (1999) § 3-2 ”skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen”. Videre står det i samme paragraf at ”informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene” (jf. § 3-5 i pasrl, 1999). § 4 i helsepersonelloven (1999) skal ”helsepersonell innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell”.

3.6 Trygghet, omsorg og samarbeid

I sykepleien er det vanlig å se på trygghet som et viktig behov. I følge Maslow er trygghet behovet for forutsigbarhet og beskyttelse. Om man kun ser på trygghet som et behov stenger man ofte for andre tolkninger. Trygghet kan ses på som savn, det kan være noe vi lengter etter, eller noe som kan gi oss ro i tilværelsen (Thorsen, 2006). Rolf Thorsen (2006, s.15) skriver at ”trygghet er relasjonell, den står alltid i forhold til noe”. Videre skriver han at ”hvis en ser på trygghet som en væren, så viser det til noe mer enn indre trygghet. Den indre tryggheten kan man ha med seg helt fra barndommen og for de fleste av oss så kan den vakle litt i perioder” (Thorsen, s.23).

Trygghet kan være forskjellig fra person til person. Noen ganger kan tryggheten bli en grunnstemning i livet, mens andre ganger et lite øyeblikk av ro og glede (Thorsen, 2006).

Kerstin Andersson skiller mellom ”tre hoveddimensjoner ved trygghet: trygghet som følelse, indre trygghet og ytre trygghet. Den indre tryggheten er en indre tilstand som framkommer ved en positiv oppvekst og i en forankring i et livssyn. Den ytre tryggheten knyttes til våre relasjoner til omverdenen. Disse dimensjonene påvirker hverandre gjensidig, vår indre trygghet vil påvirke hvordan vi opptrer i relasjoner med andre mennesker, og motsatt” (Rolf Thorsen, 2006, s.28).

Ingrid Hanssen (2006) skriver at når språkbarrierene er store, betyr det spesielt mye at en er vennlig og åpen. Blikket og smilet kan uttrykke vennlighet, åpenhet og omsorg. Hvis pasienten på den måten oppfatter at sykepleieren ”vil meg vel”, kan han eller hun bli tryggere i situasjonen. Hanssen (2007) skriver også at trygghet overfor helsearbeideren og situasjonen er nødvendig i enhver pasient – helsearbeider -samtale, og det er spesielt viktig når man benytter seg av tolk.

For å skape en atmosfære preget av trygghet og respekt, må sykepleieren bære preg av ”praxis”. Vi bør drive løpende refleksjon og kritisk tenkning om oss selv. Det vil si om vår egen status og rolle, om det faglige innholdet i sykepleien, og om våre egne holdninger. Gjennom faglig veiledning i form av ”praxis” kan man få gjort oss ferdige med våre frustrasjoner, og samtidig få en avlastning for våre følelser og opplevelser, og kanskje også oppleve personlighetsmessig vekst og modning (Magelsen, 2008).

Rolf Thorsen (2006) skriver at det å skape en trygghet mellom sykepleier og pasient, er første skritt mot et godt samarbeid mellom sykepleieren og pasienten.

Wikberg og Eriksson (2008) skriver at man ikke kan separere begrepene omsorg og kultur, disse begrepene skal stå sammen. Den ontologiske dimensjonen er universal og uavhengig av en spesifikk kultur eller kontekst. Omsorg er kjærlighet, empati og en moralsk ”plikt”. Omsorg er også tverrkulturell, og det er i forholdet mellom sykepleier og pasient at omsorgen blir formet. Målet med omsorg er at den tar sikte på å fremme helse og velvære.

Det er ofte vanskelig å være åpen for andres tenkning om man har en dyp forankring i sin egen kultur og tro. Det kan hende at pasientens tenkning, tro, forventninger og atferd ikke stemmer overens med sykepleierens. Det er derfor viktig i slike situasjoner å slå fast at

pasienten ikke nødvendigvis alltid "har rett". Samtidig har pasienten alltid rett til å bli respektert for sine meninger og oppfatninger. Sykepleieren må kanskje forhandle med pasienten om hvilke tiltak som skal tas i bruk, og eventuelt sette grenser dersom pasientens atferd ovenfor sykepleieren skulle være krenkende (Hanssen, 2006).

4.0 Funn og drøfting

4.1 Påvirker pasientens oppfatninger, forventninger og sykdomsatferd, sykepleierens omsorg og behandling ovenfor pasienten?

Som nevnt tidligere blir personens sykdomsatferd påvirket av vedkommendes kulturbakgrunn, livssyn, utdanning og personlige erfaringer. Dersom sykepleieren og pasienten kommer fra ulike kulturelle bakgrunner kan dette føre til ulike problemer. Pasienten kan føle at en blir møtt av et uforstående helseteam som er ut av stand til å hjelpe. Metodene og teknikkene vi bruker i "vestlig behandling" kan også virke fremmed og skremmende for en pasient som har en annen kulturbakgrunn. Hvordan en person beskriver sine symptomer er ofte også relatert til hvordan en oppfatter situasjonen og årsaken til ens helsetilstand. Dette kan føre til at vi ofte kommer over symptomer og beskrivelser som er fremmede, dermed er det en ekstra stor fare for feildiagnosering (Hanssen, 2007). Hvis man ignorerer viktige kulturelle forskjeller, verdier og forventninger, kan også dette ofte lede til feildiagnoseringer, dårlig omsorg, usamarbeidsvillige pasienter og frustrasjon hos de ansatte (Curren, 2006). Hvis man er klar over dette på forhånd og har litt kunnskaper, er det kanskje lettere å være åpne for "nye" symptomer og beskrivelser. Kanskje kan dette være med på å hindre unødvendige og uheldige feildiagnoseringer hos denne utsatte pasientgruppen.

Kulturell omsorg er et fenomen som er viktig for å kunne identifisere og fremme både sykepleie og helse. Omsorg er en sterk ressurs som må til for å kunne forstå helheten av menneskets væremåte med tanke på helse og sykdom i hele verden (Leininger, 2006). Når helsearbeideren og pasienten har forskjellig kulturell bakgrunn kan forventningene deres og sosiale standarder angående behandlings- eller omsorgsprosessen være forskjellig. Dette kan gjøre forholdet mellom dem vanskelig. Både helsearbeider og pasient tar sin kulturs behandlingsform som en selvfølge. Når man møter andre personer som har andre oppfatninger og forventninger enn en selv, kan det ofte oppstå en følelse av usikkerhet. Når slike

situasjoner oppstår blir vi ofte usikre på hvordan vi skal håndtere situasjonen. Videre skriver Hanssen (2007) at hvis pasientens oppfatninger og forventninger ikke stemmer overens med sykepleierens, er det viktig at vi aksepterer slike ulikheter. Respekt for pasienten, og det han eller hun står for, er en forutsetning for å oppnå en god samhandling. Samtidig skal ikke dette være et hinder for at sykepleieren kan si seg uenig i pasientens synspunkter (Hanssen, 2007). Vi må i sammen med pasienten prøve å finne løsninger på de situasjonene der oppfatningene og forventningene kolliderer. Vi må ikke glemme at pasientens eventuelle religion og deres mulighet til å praktisere den, kan ha stor innvirkning på pasientens opplevelse av situasjonen. Den personlige og kulturelle tolkningen av sykdommen kan til og med påvirke den fysiske reaksjonen på medisinsk behandling (Hanssen, 2007). Det å sette seg ned sammen med pasientene og holde av litt ekstra tid til dem, kan være med på å gi de en mer positiv opplevelse av situasjonen. Kanskje klarer vi da å komme fram til løsninger sammen, slik at ikke forventningene kolliderer.

Uten kompetanse om kulturell omsorg kan ikke en sykepleier gi pasienten en fullverdig sykepleie. Når pasienter fra en annen kultur er villig til å bli kjent med den ”nye” kulturen er dette med på å påvirke omsorgen. Grunnen til dette er at til mer integrert pasienten er i den ”dominante” kulturen, jo lettere er det å akseptere sykepleien. På samme måte blir det da lettere for sykepleieren å gi en pleie som er tilfredsstillende. Hvis sykepleieren strever for å bli kulturell kompetent er mulighetene for forståelse av interkulturell omsorg mye større. Da er det også en større sjanse for at pasienten opplever en omsorg som fremmer både helse og velvære (Wikberg og Eriksson, 2008). Gebru, Khalaf og Willman (2008) skriver også at kulturell forståelse er veldig viktig for utviklingen av helse. I tillegg er det viktig å vite og forstå konsekvensene av migrasjon. Arthur Kleinman (1984) hevder at ”noe av det viktigste helsearbeidere kan lære av det interkulturelle perspektivet, er en vid forståelse av sykdom og omsorg, og at vår vestlige måte å tenke på bare utgjør ett av mange medisinske systemer rundt om i verden” (Hanssen, 2007, s.98).

Det å være åpen for andre kulturer og forventninger er viktig. En slik holdning bør alle sykepleiere ha. Av og til kan man møte på forventninger som det ikke er mulig å tilfredsstille, og da kan det kanskje bli litt vanskelig å gi en omsorg og pleie som pasienten er fornøyd med.

4.2 Godt samarbeid og trygghet hos pasienten

Et menneske er alltid mer enn dets kulturelle eller etniske identitet, det er et unikt individ som ikke kan reduseres til "bare" et medlem av en gruppe (Hanssen, 2007).

Kulturelt kompetent helsearbeid må bygge på en forståelse for hvordan livssyn, etnisitet og kulturbakgrunn kan påvirke menneskers reaksjoner og den pleie og behandling som gis. Helsearbeidet som utføres kan ikke kalles kompetent dersom vi ikke er opptatt av den individuelle personligheten til pasienten og hans eller hennes personlige kunnskaper, sosiale og økonomiske situasjon. Disse faktorene påvirker pasientens reaksjoner på den pleien og behandlingen som gis. Det kan ofte være lett å stereotypere pasienter som har problemer med å forholde seg til vår behandlingspraksis og dermed se på dem som "vanskelige" pasienter. Kunnskaper om dette kan hjelpe oss som helsepersonell til å være åpen for mulige forskjeller og ha en utforskende holdning overfor hvilke behov og forventninger den enkelte pasient kan ha. Påvirkningen av dette gjør det mulig at vi kan møte disse pasientene på en best mulig måte i samarbeid med pasienten selv (Hanssen, 2007). Samarbeidet mellom pasienten og sykepleieren øker, og pleien kan bli mer effektiv hvis pasienten forstår at sykepleieren kjenner til deres tenkemåte og historie (Nordahl, 2008). Å ha kunnskaper om tverrkulturell sykepleie, sykdomsutførelsen og mulige årsaker til denne atferden, kan være med på å styrke samarbeidet mellom sykepleier og pasient. Dette kan framkalle en trygghetsfølelse hos pasienten.

Hvordan en pasient opplever trygghet avhenger av om pasienten føler at han eller hun har kontroll over situasjonen. Det er naturlig å tenke seg til at når en pasient blir lagt inn på et sykehus og er omgitt av fremmede mennesker, der både miljøet og rutinene er ukjente, at pasientens følelse av trygghet mangler. Jo mindre kontroll pasienten opplever å ha, jo viktigere er det at vi som står rundt gir ham eller henne trygghet. Det at pasienten har en fast helsearbeider å forholde seg til er med på å gi en økt følelse av trygghet hos pasienten (Hanssen, 2007). Siden det er så forskjellig fra person til person hva en legger i begrepet trygghet, er det vanskelig å vite hva som skal til for å oppnå denne tryggheten hos pasienten. Det er kanskje sjeldent at en pasient som er hospitalisert klarer å oppnå en følelse av kontroll. Hvis vi blir flinkere til å gi god nok informasjon, og klarer å oppnå et godt samarbeid sammen med pasienten, kan dette være med på å gi han eller henne en følelse av trygghet.

Rolf Thorsen (2006) skriver at det som gjør ett menneske trygt, er ikke sikkert at vil gjøre alle mennesker trygge. Vår ydmykhet og væremåte blir dermed viktig.

Det er viktig å inkludere interkulturell omsorg i utdannelsen til sykepleiestudenter slik at den kulturelle kompetansen og motivasjonen for å pleie pasienter fra andre kulturer blir forbedret (Wikberg og Eriksson, 2008). Kulturell kompetanse kan være med på å styrke samarbeidet mellom sykepleier og pasient, i tillegg til at det kan gjøre at sykepleieren blir mer trygg på møtet med den ikke etnisk norske pasienten.

4.3 Kulturell datasamling

Ingrid Hanssen (2007) skriver at en kulturell datasamling er en systematisk gjennomgang av pasientens tro, holdninger, kunnskaper og sykdomsattferd. Hensikten er å lære pasientens behov å kjenne. Ved en slik gjennomgang blir helsearbeideren i stand til å tilpasse aktuelle tiltak. Ingrid Hanssen (2007) bruker Tripp-Reimers (1989) framgangsmåte ved en kulturell datasamling. Først samler helsepersonellet inn generelle data for å få et helhetlig bilde av pasienten og hans eller hennes situasjon. Dette for å finne ut av hvilke områder som krever ekstra datasamling. Deretter søkes det etter informasjon av religiøs og kulturell karakter som er spesifikke for pasienten, relatert til det aktuelle problemet eller situasjonen. Den siste fasen i datasamlingen går ut på å få kjennskap til kulturelle faktorer som kan virke inn på helsearbeiderens tiltak.

Viser også til Madeleine Leiningers "Sunrise-modell". Denne modellen illustrerer et holistisk og gestaltisk syn på kultur og omsorg. Den viser ulike faktorer som er med på å forme menneskets syn på omsorg og helse, som teknologiske, religiøse, filosofiske og sosiale forhold, politikk, økonomi og utdanning (Nordahl, 2008).

Den kunnskapen vi tilegner oss ved å utføre en slik datasamling kan være med på å bygge en bro mellom pasient og helsearbeider (Hanssen, 2007). Å ha en kulturell datasamling som fast prosedyre i arbeid med ikke etnisk norske pasienter, kan være med på å avverge ulike misforståelser mellom sykepleier og pasient. I så fall er den med på å komme fram til ulike tiltak som kan være passende for akkurat denne pasienten.

Gebbru, Khalaf og Willman viser til en studie hvor det kommer frem at i de fleste sykepleiedokumentasjonene som ble gjennomgått, og som omhandlet pasienter fra en annen

etnisk minoritet, inneholdt lite eller bare delvis informasjon om deres etniske bakgrunn. Dermed kunne man ikke utarbeide en god nok kulturell datasamling (Gebru, Khalaf og Willman, 2008). Dette viser bare at det er et stort behov for å ta i bruk en kulturell datasamling.

4.4 Etnosentrisme eller kulturel relativisme?

Ragnhild Magelsen (2008) skriver at mindre etnosentrisme og større kulturel relativisme betyr å være villig til å tenke litt utenfor sin egen virkelighet. Eliason (1993) hevder at etnosentrisme kommer av manglende kunnskaper eller kontakt med andre kulturer (Hanssen, 2007). Men er en kulturel relativ holdning alltid etisk riktig? Videre skriver Hanssen (2007) at svaret er både ja og nei. En slik holdning er riktig fordi alle kulturer må regnes som likeverdige, de fleste kulturer er utviklet for å gi menneskene regler for hvordan de skal omgås hverandre, og for å skille rett og galt. Dermed har alle kulturer mye positivt å bidra med. Men på en annen side har også alle kulturer sine negative sider som ikke kan aksepteres bare fordi de er "kultur". Man klarer nok ikke å legge sin egen forståelse til side, men man er nødt til å ha en viss ydmykhet. Dermed blir man mer bevisst på at en ikke kan avgjøre hva som er rett og hva som er galt. Man kan si at det er viktig med en kulturel relativistisk åpenhet kombinert med en sunn kritisk sans, som ikke er kulturuavhengig. Ragnhild Magelsen (2008) skriver at med mindre etnosentrisme og større kulturel relativisme kan man bidra til en mer symmetrisk relasjon i dialogen enn det som ofte er tilfellet når helsearbeidere og pasienter kommuniserer. Da blir det lettere å snakke "med hverandre" og ikke bare "til den andre". Dialogen kan da bidra til en atmosfære av trygghet og respekt, og at vi kan bli i stand til å se likhetene i forskjellene, og på sikt kunne legge til rette for endring (Magelsen, 2008). Som helsearbeider tenker jeg at jeg vil velge et eklektisk menneskesyn, hvor jeg bruker det som jeg mener er det mest respektfulle i den aktuelle kulturen.

4.5 Kommunikasjonsbarrieren

En viktig side ved sykepleie er å se situasjonen fra pasientens perspektiv. Hvis vi skal innhente oss kunnskap og opplysninger om pasientens opplevelser, er det som regel best å gå

til kilden selv. Det vil si å snakke med den enkelte pasient. Det er viktig å la pasienten få komme til ordet. Dette kan også være med på å bidra til at pasienten føler seg både sett og trygg (Magelsen, 2008).

Kommunikasjonsbarrieren fører ofte til en opplevelse av sosial isolasjon. I tillegg kommer følelsen av isolasjon som samvær med fremmede mennesker fører med seg. Kommunikasjon er den største stressfaktoren siden det er gjennom kommunikasjon man lærer å forstå sine medmennesker og det som er ukjent i miljøet og kulturen. Sosial støtte og et godt sosialt nettverk er viktig. Hvis man mangler dette, øker risikoen for sykdom og det hemmer den rehabiliterende prosessen (Hanssen, 2007).

Videre skriver Ingrid Hanssen (2007) at mye av betydningsinnholdet i kommunikasjon ofte går tapt, når en person skal oversette tankene sine fra et språk til et annet. På samme tid overfører en ofte verdiene og symbolene fra sitt eget språk til det nye språket. Dette kan dermed skape misforståelser. Kommunikasjonsproblemene har gjerne tre hovedårsaker. Partene har ikke noe felles språk, pasienten og eller pårørende behersker helsearbeiderens språk i noen grad, men klarer ikke å nyansere det, eller at partene snakker samme språk, men bruker ikke de samme symbolene.

Bruken av profesjonell tolk viser seg som oftest at det forekommer langt sjeldnere enn hva behovet er. Mange helsearbeidere synes å akseptere språkproblemene som noe uunngåelig, noe som da fører til at de gjør lite for å forandre dem. Kvaliteten på familietolker varierer sterkt, og det viser seg at i mange tilfeller at språkferdighetene til familietolkene er utilstrekkelige. Ulike områder som synes å skape tolkningsproblemer når man ikke benytter seg av en profesjonell tolk, kan være det at vi kjenner verken tolkens språklige kvalifikasjoner eller hans eller hennes forståelse av vestlig medisinsk tenkning. Man vet heller ikke om alt blir oversatt. Pasienten kan også se det som sin oppgave å skjerme tolken mot visse typer informasjon, og på samme måte kan også tolken se det som sin oppgave å skjerme pasienten mot informasjon som kan være vanskelig. For å redusere angst er det viktig at vi klarer å oppnå en trygghet hos pasienten, både ovenfor sykepleieren og de enkelte situasjonene han eller hun kan komme opp i. Hvis man ikke klarer å få tak i en profesjonell tolk som kan være tilstede, kan man i de fleste kommuner få opprettet telefontolkjetjeneste (Hanssen, 2007). Ragnhild Magelsen (2008) skriver at fordelene med telefontolkning er at den ivaretar anonymiteten på en god måte. Videre skriver hun at vi ivaretar både pasienten og kvalitetssikringen av arbeidet vårt dersom vi benytter oss av en profesjonell tolk. Dette

skaper også en trygg ramme slik at det er mulig for pasienten å kommunisere med oss gjennom tolken. Hvis vi ikke tilkaller en profesjonell tolk, oppstår det ikke bare verbale kommunikasjonsproblemer, men hele kvalitetssikringen av arbeidet vårt kommer i fare (Magelsen, 2008).

Det er vår plikt som sykepleiere at vi skal innhente hjelp fra andre dersom dette er nødvendig (jf. helsepersonelloven 1999, § 4). Det betyr at vi skal tilkalle en profesjonell tolk når dette trengs. Selv om man bruker tolk er det viktig at vi lar pasienten komme til ordet da dette kan være med på å skape et godt forhold mellom sykepleier og pasient.

5.0 Avslutning

Litteraturen forteller oss hvor viktig det er å ha kunnskaper om kulturell sykepleie. Jeg finner det vanskelig å tro at det er mulig for en sykepleier å ha kjennskap til hver eneste kultur man kan møte på gjennom å jobbe i helsetjenesten. Slike kunnskaper er viktige, men man trenger ikke kunne alt om hver eneste kultur. Gjennom en kulturell datasamling lærer man pasienten å kjenne, og ut fra den kan man komme fram til hvilke forventninger og hvilke behov pasienten har. Dette forutsetter at datainnsamlingen er gjort på en skikkelig måte. Deretter kan man i fellesskap med pasienten komme fram til passende tiltak som gjør at pleien blir tilfredsstillende. For å kunne sikre et godt samarbeid og en god datasamling må vi benytte oss av en profesjonell tolk dersom dette er nødvendig.

Hvis sykepleier og pasient forstår hverandre og har et åpent sinn om hverandres kulturbakgrunn, er dette med på å danne et godt samarbeid. Videre kan det kanskje skape en trygghetsfølelse hos pasienten. Dette er med på å gi denne pasientgruppen den respekten og omsorgen de har rett på.

Det er skrevet masse litteratur om tverrkulturell sykepleie, og Leiningers teori støtter opp mye av denne litteraturen. Samtidig som mye av litteraturen forteller oss om hvor lite vi kan om tverrkulturell sykepleie, viser forskning at man allikevel bør ha en viss kunnskap om dette da man kommer inn på emnet i løpet av utdannelsen. Forskning viser også at det er laget flere modeller og skrevet ulike teorier om emnet, men at de ikke er blitt skikkelig testet ut. Med andre ord så trenger man å teste ut teoriene i praksis for å kunne få skikkelige tilbakemeldinger om hva som kan være årsakene til de ulike dilemmaer som ofte oppstår i møte med fremmedkulturelle pasienter.

6.0 Kilder

Curren, D.A. (2006) Culture Care Needs in the Clinical Setting I: *Culture Care Diversity and Universality – A worldwide Nursing Theory*. Leininger, M. & McFarland, M.R. 2nd Edition. Jones and Bartlett Publishers, Inc.

Dalland, O. (2008) Metode og oppgaveskriving for studenter. 4.utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Figur 1. (u.år). Hentet 10.februar 2009 fra <http://images.biip.no/user/profile/image/63373423982.jpg>.

Figur 2. Dalai Lama [bilde] (u.år). Hentet 10.februar 2009 fra <http://www.hollywoodtoday.net/wp-content/uploads/2008/05/dalailama.JPG>.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2008) Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur och Kultur.

Gebru, K., Khalaf, A. og Willman, A. (2008) Outcome analysis of a research-based didactic modell for education to promote culturally competent nursing care in Sweeden – a questionnaire study. *Scand J Caring Sci*; 2008; 22; 348-356.

Hanssen, I. (2006) Interkulturell sykepleie I: *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. (red.) Kristoffersen, Nortvedt og Skaug. 1.utgave, 2.opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hanssen, I. (2007) Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. 3.utgave, 2.opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell av 7.februar 1999 nr.64. Hentet 16.februar 2009 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>.

Kristoffersen, N.J. (2006) Helse og sykdom I: *Grunnleggende Sykepleie Bind 1*. (red.) Kristoffersen, Nortvedt og Skaug. 1.utgave, 2.opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Leininger, M.M. (2006) Culture Care Diversity and Universality Theory and Evolution of the Ethnonursing Method I: *Culture Care Diversity and Universality – A Worldwide Nursing Theory*. Leininger, M.M. og McFarland, M.R. 2nd Edition. Jones and Bartlett Publishers, Inc.

- Magelsen, R. (2008) Kultursensitivitet – Om å finne likhetene i forskjellene. 2.utgave, 1.opplag. Akribe AS.
- Markussen, K. (2004) Forskningslitteratur: Lesing og vurdering av forskningsartikler. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=981> [lest 12.01.09]
- Nordahl, H. (2008) Kulturkunnskap inn i sykepleien. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=20695&categoryID=30> lest 22.01.09]
- Olsson, H. og Sörensen, S. (2006) Forskningsprosessen – Kvalitative og kvantitative perspektiver. 1.utgave, 2.opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter av 7.februar 1999 nr.63. hentet 16.februar 2009 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>.
- Thorsen, R. (2006) Trygghet I: *Grunnleggende Sykepleie Bind 3*. (red.) Kristoffersen, Nortvedt og Skaug. 1.utgave, 2.opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007). Hentet 11.februar 2009 fra <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>
- Wikberg, A. & Eriksson, K. (2008) Intercultural caring – an abductive model. *Scand J Caring Sci*; 2008; 22; 485-496.
- Wikipedia (2009) Wikipedia- Den Frie Encyklopedi. Hentet 5.februar 2009 fra <http://no.wikipedia.org/wiki/Hovedside>.