



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: **SYKSB 3001**

Emnenavn: **Sykepleie, fagutvikling og forskning
(Bachelor oppgave).**

Vurderingsform: **Hjemmeeksamen.**

Kandidatnummer: **41**

Leveringsfrist: **23.02.12.**

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: **Ordinær eksamen.**

Fagansvarlig (Veileder): **Aina Skorpen**

Bachelor oppgave



Bilde: www.google.com

En verdig død til
asylsøkere

Veileder: Aina Skorpen

Kull 2009

STORD

Sammendrag

I 2010 kom det 10064 nye asylsøkere til landet, noen av disse har eller kommer til å få en alvorlig sykdom som vil ende med døden. Helsepersonell må være forberedt på å ta i mot disse pasientene og på hvordan vi kan gi dem en verdig død i Norge.

Litt av bakgrunnen for valg av tema er et møte jeg hadde med en døende asylsøker, der det var mye usikkerhet. Hvilke helserettigheter har asylsøkere?

FN konvensjonen har satt opp mange punkt som forteller hva den døende har rett på, blir disse punktene begrenset når det er snakk om en asylsøker? Jeg ønsker å tilegne meg og leserne av denne oppgaven, teoretisk kunnskap om dette emnet gjennom problemstillingen: Hvordan kan sykepleie i hjemmetjenesten bidra til at asylsøkere får en verdig død?

Metoden som er benyttet i denne studien er kvalitativ, litteraturstudie. Dette består av en systematisk gjennomgang av relevant forskning og teori. Det ble gjort søk i CINAHL og Ovid Nursing med hovedvekt på søkeord: asylum seeker, homecare, dignified death. Det ble funnet 4 relevante artikler. Funnet i oppgaven var at pasienten må få lindret symptomer, dekket de åndelige og kulturelle behovene og det sosiale og miljøet rundt pasienten må være på plass. Hjemmesykepleie får ekstra utfordringer når asylsøkeren er alene uten familie rundt, bruken av tolk er viktig og helsepersonell må bli viten om hva helsehjelp en asylsøker har rett på. FN konvensjonen sine punkt om hva en døende har rett på skal bli fulgt, men enkelte begrensinger blir det når en snakker om en asylsøker.

Summary

In 2010 there were 10,064 new asylum seekers that came to Norway, some of these people have or will get a serious illness that ends with death. Health professionals must be prepared to meet these patients and know how to give them a dignified death in Norway.

The reason for this topic was because of an encounter with a dying asylum seeker and there I saw much uncertainty. What are the health rights of asylum seekers? UN has set up the conversion of points that will tell what the dying rights are, but will these following points have limits when it comes to an asylum seeker? I would therefore like to dedicate myself and the readers of this paper, theoretical knowledge through the issue? How can nurses in home care help to ensure that asylum seekers are given a dignified death?

The method used in this study is qualitative, literature study. This consists of a systematic review of relevant research and theory. There were searches in CINAHL and Ovid Nursing with an emphasis on keyword: asylum seekers, home care and dignified death. It was found four relevant articles. The result of these was that the patient need relieved symptoms, covered the spiritual and cultural needs and the social and environment around the patient must be in place. Home care is additional challenges when the asylum seeker is alone with no family around, the use of interpreters is important and health professionals must be knowledge of what health care an asylum seeker is entitled to. The UN's point about what the dying rights are should be followed, but some restrictions will occur when having to deal with an asylum seeker.

Innholdsliste

Sammendrag	
1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning og presisering	2
1.4 Oppgavens oppbygning	2
2.0 Teori	3
2.1 Sykepleieteori: Madeleine Leininger	3
2.2 FNs erklæring om den døendes rettigheter	4
2.3 Asylsøker	5
2.3.1 Hvilke helserettigheter har asylsøkere i Norge?	5
2.4 Hjemmesykepleie	6
2.4.1 Bo forhold	7
2.4.2 Hjemmesykepleie til døende pasienter	7
2.5 Døden i sentrale religioner	8
2.6 Verdig død	9
3.0 Metode	10
3.1 Hva er en metode?	10
3.2 Valg av metode	10
3.3 Kildekritikk	11
3.4 Etisk vurdering	11
3.5 Litteratursøk og valg av litteratur	12
4.0 Resultat	14
4.1 Presentasjon av forskningslitteratur	14
4.1.1 "Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers"	14
4.1.2 "Cross-cultural beliefs, ceremonies, and rituals, surrounding death of a loved one"	15
4.1.3 "Nursing interventions to promote dignified dying in four countries"	16
4.1.4 "Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker"	17
5.0 Drøft	18
6.0 Avslutning	26
Litteraturliste	27
Vedlegg 1 Resultattabell	29

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helsearbeidere kan i sitt arbeid møte mennesker fra ulike kulturer og etniske grupper. Disse gruppene kan ha svært forskjellige tanker og behov, noe som kan føre til andre forventninger og atferd enn de norske helsearbeidere er vant til å møte (Hanssen 2005).

Norge er gjennom flyktningskonvensjonen forpliktet til å gi beskyttelse til personer som med rette frykter forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller medlemskap i en spesiell sosial gruppe. I 2010 var det 10064 personer som søkte asyl i Norge, da kom det asylsøkere fra 155 land, fire land peket seg ut, over halvparten i fra Afghanistan, Eritrea, Somalia og Irak (www.udi.no).

De medisinske behovene til asylsøkere er ofte komplekse på grunn av multiple medisinske problemer, språk og kulturelle barrierer, manglende kunnskap til helsevesenet og generell helse analfabetisme. Helsepersonell føler seg ofte ikke kompetent til å handtere disse særskilte behovene på grunn av manglende ferdigheter om flyktingers unike helsetilstand (Johnson mfl 2008).

Grunnen til mitt valgt av tema var gjennom min praksis i hjemmesykepleien. Der møtte jeg en kvinne som hadde en kreft diagnose som gjorde at hun ikke hadde lenge igjen og leve.

Kvinnen var en asylsøker som bodde på et asylmottak uten familie rundt seg. Det ble fort ekstra utfordringer rundt hvordan vi best kunne hjelpe denne kvinnen. Mange spørsmål dukket opp; Hva helse hjelp har hun rett på? Kan hun få plass på en institusjon? Hvem betaler om dette ble tilfelle? Er et asylmottak et verdig sted å dø på? Et lite rom, med mye støy fra trafikken der pasienten ikke hvilt seg. Kan vi flytte hun til et asylmottak med forsterket avdelinger? Skal hun dø uten familie rundt seg? Hva sier hennes kultur? Trenger hun noen å snakke med utenom hjemmesykepleien? Skaffe tolk?

Dette møtet satt en vekker i meg og all usikkerheten rundt omstendighetene så jeg viktigheten med dette tema.

1.2 Problemstilling

Som hovedproblemstilling har jeg valgt: Hvordan sykepleie i hjemmesykepleien kan bidra til at en asylsøker får en verdig død.

- *Hvordan kan sykepleie i hjemmetjenesten bidra til at asylsøkere får en verdig død?*

I tillegg så har jeg en del problemstilling: *Hvilke rettigheter til helsehjelp har en asylsøker?*

1.3 Avgrensning og presisering

I denne oppgaven har jeg valgt å ha utgangspunkt på asylsøkere. Med videre fokus på de som ligger for døden. Jeg har ikke tenkt å ta utgangspunkt i en bestemt pasientgruppe. Diagnose, alder og kjønn spiller med andre ord ingen rolle. Som sykepleiere er vi nødt til å forholde oss til alle, uansett bakgrunn. Oppgaven går ikke inn på en bestemt kultur. Oppgaven går ikke inn i medikamenter, behandling eller symptomer. Oppgaven nevner det grunnleggende som smertelindring, godt leie, eliminasjon, ernæring osv, men legger ikke hovedvekten på dette.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven starter med innledning der bakgrunnen for tema, avgrensning og problemstillingen blir presentert. I teoridelen blir det dratt frem relevant teori om asylsøkere, hjemmesykepleie, kultur, Madeleine Leininger og verdig død. Metodekapitlet tar for seg hva metode er og min søkeprosess blir beskrevet. I resultatdelen blir 4 forskningsartikler presentert og i drøftingsdelen vil forskningsartikler og faglitteratur diskuteres og drøftet opp mot problemstillingen. Oppgaven ender med avslutning og en litteraturliste.

2.0 Teori

2.1 Sykepleieteori: Madeleine Leininger

Den amerikanske sykepleieteoretikeren har vært en pioner på området sykepleie og kultur. Det var Leininger som utviklet den første sykepleieteorien som systematisk fokuserer på omsorg i et kulturelt perspektiv. Leininger belyser at menneske er formet i en kulturell kontekst der man lærer verdier, holdninger og livsformer som kontrollerer konsernets tenkning, handling og atferdsmønster. Den kulturelle bakgrunnen kan være viktig for pasienten og gjenvinne helse. Omsorg er kjernen av sykepleie, Leininger belyser at omsorg er antatt å være distinkt, dominant, samlende og sentralt fokus i sykepleie. En kur kan behandles effektivt uten omsorg, men omsorg kan også eksistere uten kurering. Omsorg er avgjørende for trivsel, helse, tilheling, vekst og opplevelse i møte med døden (Leininger & McFarland 2006).

Leininger sin sykepleieteori involverer diskusjoner om hva det er å bry seg. Hun utviklet konseptet med transkulturell sykepleie, der kulturelle faktorer i sykepleiepraksis bringes inn i diskusjonen om hvordan en best kan ivareta dem som trenger pleie (George, 2002). Leininger definerer transkulturell sykepleie som ” *et formelt studie- og praksisfelt hvor det fokuseres på kulturelt betingende omsorgsverdier, forestillinger og handlingsmønstre blant individer/grupper fra bestemte kulturer, i den hensikt å kunne gi kulturelt tilpasset omsorg til folk*”. Transkulturell sykepleie bygger på Leininger teori «Culture Care Theory», som belyser omsorgsforskjellene og – likheter i ulike samfunn. Culture Care- teorien anvendes for å studere hvordan sosiale og kulturelle faktorer, etno historie, språk, virkelighetsoppfatning og miljø kan påvirke omsorgsresultatet.

Teorien erkjenner at det er sammensatte faktorer som påvirker mennesket. Som en veiviser for sykepleietenkning, -forskning og -praksis har Leininger utviklet «Sunrise» -modellen. Den visualiserer hvordan ulike livs områder virker inn på individ, grupper, samfunn, familie, og institusjoner i forskjellige helsesammenhenger. Ifølge denne modellen har transkulturell sykepleie tre handlingsalternativer: (1) å opprettholde, (2) å tilpasse eller (3) å omskape sykepleien og/eller pasientens kultur, så omsorgen som blir gitt bidrar til helse, velvære og tilheling eller til å møte uførhet og død på en meningsfull måte (Magelssen, 2004).

2.2 FNs erklæring om den døendes rettigheter

FN har utarbeidet en erklæring om den døendes rettigheter («The Bill of Rights»). Disse rettighetene omhandler mange av de sentrale verdier i livets slutfase. Vurderingene og anbefalingene i denne utredningen er i stor grad basert på disse.

Erklæringen gjengis i det følgende:

- *Jeg har rett til å bli behandlet som et levende menneske til jeg dør.*
- *Jeg har rett til å få død i fred og med verdighet.*
- *Jeg har rett til å beholde et håp selv om målet for det endrer seg.*
- *Jeg har rett til å slippe å dø alene.*
- *Jeg har rett til å forvente at menneskekroppen blir behandlet med verdighet etter døden.*
- *Jeg har rett til smertelindring.*
- *Jeg har rett til å bli behandlet av slike som kan opprettholde et håp selv om målet for det endrer seg.*
- *Jeg har rett til å gi uttrykk for mine tanker og følelser omkring min forestående død på min egen måte.*
- *Jeg har rett til å delta i avgjørelser som gjelder behandling av meg.*
- *Jeg har rett til å forvente kontinuerlig medisinsk behandling og omsorg selv om målet endrer seg fra helbredelse til lindring.*
- *Jeg har rett til å få ærlige svar på mine spørsmål.*
- *Jeg har rett til å få hjelp av og for min familie til å akseptere min død.*
- *Jeg har rett til å bevare min individualitet og ikke dømmes for mine valg selv om de går imot andres oppfatninger.*
- *Jeg har rett til å drøfte og gi uttrykk for mine religiøse og/eller åndelige (eksistensielle) opplevelse uansett hva de måtte bety for andre.*
- *Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølelse, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe meg å møte min død (NOU, 1999: 2 kapittel) 5, verdier og holdninger).*

2.3 Asylsøker

En asylsøker er en person som på egen hand søker beskyttelse etter flyktningkonvensjonens bestemmelser. Norge er gjennom flyktningkonvensjonen forpliktet til å gi beskyttelse til personer som med rette frykter forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller medlemskap i en spesiell sosial gruppe. Mennesker som kommer til Norge for å søke om beskyttelse, har en lovfestet rett til et sted å bo mens de venter på at søknaden skal behandles. Å bo på et asylmottak er frivillig, de aller fleste velger å benytte seg av tilbudet. Hva slags mottak asylsøkere får tilbud om plass på, avhenger av hvor de er i søknadsprosessen og om de har spesielle behov. I 2010 var det 10064 personer som søkte asyl i Norge, da kom det asylsøkere fra 155 land, fire land peket seg ut, over halvparten i fra Afghanistan, Eritrea, Somalia og Irak (www.udi.no)

2.3.1 Hvilke helserettigheter har asylsøkere i Norge?

I henhold til norsk lov har helsevesenet samme ansvar for helsetjenester til asylsøkere som til den øvrige befolkningen, både når det gjelder primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern (Brunevatne 2006).

- Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 *står det at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialhelsetjeneste i og utenfor institusjon* (Molven 2009). En asylsøker som bor på et asylmottak vil regnes fast bosatt, asylsøkere har gjennom dette rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten som enhver borger. Dersom asylsøkeren har opphold på en kommunal institusjon blir dette kommunens ansvar. Et eksempel: et barn som er asylsøker, uten foreldre, plassert på avlastningsbolig i kommunen, er kommunalt ansvar. Men her dekker UD eller RTV utgifter forbundet hjelpemidler til barnet. Finansiering av behandlingen av asylsøkere følger alminnelig regler om finansiering, sphi § 5-2 *De regionale helseforetakets behandling og reiseutgifter skal dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion*. (Behandlingshjelpemidler, 2009).

- Hvis avslag på asyl?

Hvis en asylsøker har fått avslag på søknaden om asyl så feller retten til å yte spesialisthelsetjenesten bort. Merk at dette ikke gjelder øyeblikkelig hjelp (ø-h) etter at spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 sier at *enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den*

kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder oss. Bestemmelsen om ø-h kommer således til anvendelse på alle personer som er pasienter etter pasientrettighetsloven, uavhengig om personen har fått avslag på søknad om opphold i Norge. Finansieringen til ø-h pasienter som har fått avslag på asyl er mer problematisk. Når en asylsøker har fått endelig avslag på asyl, kan han/hun fremdeles ha refusjonskrav for helsetjenesten etter folketrygdeloven kapittel 5 for perioden frem til vedkommende faktisk forlater landet, dette innebærer at helseforetaket kan kreve utgifter til ø-h dekket av trygden (Behandlingshjelpemidler, 2009)

- **Fastlege**

Asylsøkere har rett til fastlege, men det er kjent at fast legeordningen ikke fungerer godt til denne gruppen på grunn av manglende personnummer eller "D-nummer" som de må få hos fastlegen. Den nødvendige førstegangs helseundersøkelse blir ofte avlyst og det er ofte dårlige rutiner med tolkebestilling (Brunevatne 2006).

- **Tolk**

I pasientrettighetsloven § 3-5 stilles det krav at *"Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte"*. De som gir helsehjelp og den informasjonsansvarlige må gjennom formen tilrettelegge informasjonen. I samtaler med pasienter som er minoritetsspråklige må de skaffes tolk dersom det er nødvendig for å de skal forstå informasjonen (Molven 2009). Hvis to aktører ikke har samme språk er bruk av tolk nødvendig. Det er ikke nok at den som oversetter kan brukbart norsk. Tolk er et fag. Bruk helst profesjonell tolk, som behersker tolketeknikk og medisinsk terminologi (Brunevatne 2006).

2.4 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er en viktig del av dagens helsetjeneste. Hjemmesykepleiens pasienter er blitt sykere og mer pleietrengende. Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende når svekket helse, sykdom eller alderdom eller livssituasjon gjør at en behøver hjelp i lengre eller kortere tid. Det er ingen begrensinger knyttet til alder eller sykdom. Hjemmesykepleien må ha en helhetlig tilnærming med fokus på miljømessige, psykososiale, økonomiske, kulturelle og personlige faktorer som påvirker den enkeltes og families helsestatus (Fjørtoft 2006).

I følge kommunehelsetjenesteloven § 2-1 står det at ”*enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg*. Bestemmelsen innebærer at befolkningen har et minst krav på hjemmesykepleie (Molven 2009).

2.4.1 Bo forhold

Pasienter bor i mange forskjellige boliger, med ulik grad av tilrettelegging. Noen har store, romslige eneboliger, mens andre har små, trange leiligheter. Hva slags bolig den enkelte bor i, er vesentlig for hjelpebehovet og for hva som er mulig å legge til rette (Fjørtoft 2006).

Asylsøkere har langvarig opphold i asylmottak, og er en betydelig stressfaktor. Her bor mennesker tett innpå hverandre. Ofte må mennesker som ikke har felles språk, dele kjøkken, toalett og oppholdsrom (Brunevatne 2006).

2.4.2 Hjemmesykepleie til døende pasienter

Å ha omsorg for døende pasienter i hjemmet er både emosjonelt og faglig krevende.

Det skal legges til rette for at alvorlig syke og døende skal kunne velge hvor de vil være den siste tiden. Alvorlig syke og døende kan være mennesker i alle aldre og livs faser: barn, voksne og eldre. Omsorg for alvorlig syke og døende angår ikke bare pasienten, men involverer hele familien. Målet er lindrende behandling og best mulig livskvalitet.

I hjemmesykepleien betyr dette at vi kan følge noen pasienter over tid, mens andre ganger kan det være mer kortvarig. I den terminale pleien er det nødvendig med kontinuerlig symptomregistrering og dokumentasjon for å gi god nok lindrende behandling, vurdere smerte, kvalme, uro, evaluere tiltak og følge videre Aktuelle somatiske symptomer som kan forekomme i denne fasen, er tretthet, smerte, anoreksi og nedsatt appetitt, kvalme, obstipasjon, tørste, tørre slimhinner og pustebesvær. Dette er plager som gjerne forsterker hverandre, og som kan gi mye lidelse. I tillegg kan sluttfasen medføre angst, frykt, ensomhet og følelse av meningsløshet. Mennesker i denne fasen trenger å føle bekreftelse at de fremdeles er til, og har behov for å møtes med respekt, omsorg og empati. Livets skal oppleves meningsfullt og verdifullt tross begrenset levetid og funksjonstid (Fjørtoft 2006).

2.5 Døden i sentrale religioner

Buddhister er ikke avhengig av spesielle ritualer ved dødsfall. Dødsøyeblikket er viktig for buddhistene, derfor ønsker den dødende ikke legemiddelbehandling som kan sløve bevisstheten, de ønsker å dø ved bevissthet slik at han kan ta avskjed med dette livet på en verdig måte.

Hinduer ønsker å dø med flest mulig familie, slekt og venner til stede. Stellet kan bli gjort av familie eller pleiepersonell. Den som steller bør være av samme kjønn. Den døde skal under stellet være vendt mot solnedgangen. Hvis det er mulig så skal den døde stelles med litt vann fra den hellige elva Ganges. De ønsker å kremes fortes mulig og at asken skal bringes tilbake til India og strøs på Ganges.

Jøder legger stor vekt på at døden er forbundet med fred og hvile, og ut i fra denne oppfatningen er de motstandere av obduksjon. Den avdøde stelles på vanlig måte av pleiepersonell eller de etterlatte hvis de ønsker det. Skikken er at menn steller menn og kvinner steller kvinner. Armene legges rette langs siden. I kisten legges litt jord fra Israel. Begravelsen finnes sted så fort som mulig, men helst ikke på sabbat eller annen jødisk helligdag. Blant ortodokse jøder er det vanlig å våke over den avdøde helt frem til begravelsen, dette ordner de selv.

Katolikker har ritualer med å gi den dødende nattverd for siste gang og salve han med den siste olje. Den katolske presten budsendes til dødende katolikker når de syke eller pårørende ber om det.

Muslimer har ofte et sterkt ønske om å få dø i hjemmet. Hvis det er mulig så ønsker de å dø på enerom på institusjon. De døende kan ønske besøk av en religiøs leder, imanen, for å samtale, be og lese høyt fra Koranen. Muslimer er vanligvis imot obduksjon fordi de mener kroppen tilhører Gud og derfor ikke skal røres. Muslimer har tradisjonelt hatt spesielle ritualer ved vask og stell av døde slik det er forskrevet i Koranen. Både menn og kvinner vaskes av sine ektefeller eller av andre av samme kjønn. Vaskeseremonien krever praktiske forholdsregler for å kunne bli gjennomført på best mulig måte. Mange mennesker er til stede, seremonien krever mye vann og kan ta tid. Den avdøde skal plasseres slik at ansiktet vender mot mekka. Muslimene ønsker at en avdød skal berøres minst mulig av en ikke- muslim. De

ønsker derfor at en bruker hansker under disse prosedyrene. Mange muslimer sendes tilbake til hjemlandet for å begraves der (Mathisen 2005).

2.6 Verdig død

*«Du har en verdi blott og bart ut fra det faktum at du er. Verdien din er der og krever respekt ikke for det du gjør, det du kan eller det du vet, Men blott og bart fordi du er.»
Jenny Green*

På et generelt grunnlag så definerer det amerikanske Institute of Medicine en god død som:

Fri fra unngåelig smerte og lidelse for pasienter, familier og omsorgsgivere; i generelt samsvar med pasienters og familiers ønsker; og i rimelig overensstemmelse med kliniske kulturelle og etiske standard (sitert Hanssen (2005) side 90).

Det å yte omsorg av høy kvalitet i livets slutfase krever kunnskap til og forståelse for pasientens ønske og behov, og det kan man oppnå gjennom god kommunikasjon med pasientens selv og dennes familie. Den døende opplever angst og bekymringer, smerte og lidelse som krever omsorg som er meningsfull og støtter opp under personens verdier og livsvalg. De verdier, oppfatninger og tradisjoner som har hatt betydning og gitt trøst for personen tidligere i livet, blir enda viktigere i situasjoner som har med liv og død og gjøre. En viktig ting å vite, er hvordan nettopp denne pasienten definerer en ”god død” i sin situasjon (Hanssen 2005).

Med asylsøkere som er stilt over alvorlig sykdom og forestående død er det viktig å være ekstra lydhør overfor pasientens og de pårørendes ønsker. Pårørende bør spørres og brukes, de er den beste kilden til informasjon om pasientens kultur. Ved å ta pårørende med på råd kan vi bedre bidra til at pasienten får en verdig død og at de pårørende etterpå kan leve med tapet på en god måte (Brunevatne 2006).

3.0 Metode

3.1 Hva er en metode?

Metoden hjelper oss til å samle data som vi trenger for å løse problemstillingen (Dalland, 2007).

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, 2007, s. 83).

Det er mange forskjellige metoder, metode valget til en studie forteller oss hvordan vi skal få frem mest mulig relevant kunnskap, eller etterprøve kunnskaper og påstander.

Vi skiller mellom kvantitativ orienterte og kvalitativ orienterte metoder. Den kvantitative metoden former informasjon om til målbar enhet som dermed gir oss muligheten til å finne gjennomsnitt og prosent av en større mengde. Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp meninger og opplevelse som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland 2007).

3.2 Valg av metode

I oppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode, ettersom det satt etter rettingslinjene til høyskolen.

Litteraturstudie betyr at man tar utgangspunkt i litteratur som allerede eksisterer.

En litteraturstudie kan ifølge Forsberg og Wengström (2003) defineres slik; *”Et litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde”.*

Litteraturhistorie skal bestå av bakgrunn, formål, problemstillinger og innsamlingsmetode.

Litteraturen er informasjonskilde, på samme måte som respondenten er informasjonskilde ved intervjuer. Dette innebærer at den litteraturen som brukes i litteraturbakgrunnen ikke kan være den samme som ”innsamlingslitteraturen” (Olsson & Sørensen, 2003).

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om kilden er valid. Det vil si og karakterisere og vurdere de kildene som benyttes. Hensikten med kildekritikk er å gi leseren del i de refleksjonene forfatteren har gjort seg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder problemstillingen. (Dalland 2007).

Mine kriterier for å finne forskningsartikler var at de måtte være valide og omhandle temaet mitt. Jeg har prøvd å bruke artikler som ikke er eldre enn 2005. Artikkelen jeg har brukt i denne oppgaven er hentet i fra Nurse Education Today, International journal of palliative nursing, Pediatric nursing og Oncology Nursing Forum. Disse er kvalitetsberømte og jeg anser derfor disse som sikre kilder. Det er viktig at artikkelen er godkjent av en etisk komité. Videre har jeg hentet relevant pensum litteratur og annen faglitteratur fra HSH biblioteket på Stord.

3.4 Etisk vurdering

Dalland (2007) legger frem at etikk handler om de normene som presenterer riktig og god livsførsel. Etske utfordringer kan oppstå i alle ledd av en undersøkning, både i planleggingsfasen, gjennomføringen og i formidlingene av de resultatene en finner. Ulike etiske aspekter må en alltid ta hensyn til i en litteraturstudie. Forskerens arbeid skal ivaretas, og skal ikke tolkes på en annen måte enn de forfatteren fremstiller i teksten. Forskerens arbeid skal enn heller ikke ta æren for, derfor er det viktig å huske på rett kildehenvisning.

Når jeg henter litteratur så må referanser og årstall må alltid oppgis korrekt, på denne måten kan ikke jeg ta æren for noe som ikke er mitt og i tillegg ivareta forfatterens arbeid på en god måte. Forskningsartikkelen som blir valgt ut må også undersøkes og forsikres at de er godkjente for utgivelse før jeg bruker dem.

3.5 Litteratursøk og valg av litteratur

Litteratursøking har som mål å få et bilde av hva som allerede er skrevet innenfor det problemområdet vi har tenkt å arbeide med. I oppgave arbeidet er det viktig å være åpen for nye ideer. Dette er på grunn av at vår egen forståelse kan være begrenset mens litteraturen kan bidra til å åpne flere perspektiver (Dalland, 2007).

Søke prosessen min har vært omfattende, krevende og til tider frustrerende.

Mye av grunnen til det er at det ikke er skrevet så mye om asylsøkere, mye av det som kom opp om asylsøkere handlet for det meste om psykiatri og mye var skrevet på begynnelsen av 90 tallet. Men etter mye søk har jeg kommet frem til fire gode artikler.

Ved fremgangsmåte for søk og valg av litteratur har jeg brukt databaser via biblioteket sine sider på www.hsh.no. Databasene jeg har søkt i er: Ovid Nursing og Cinahl, har kikket innom SveMed+ men uten funn. Cinahl er den databasen jeg har brukt mest, tilfredsstillende søk ble kun funnet gjennom Cinahl.

Søke ord og søkeprosessen min har vært slik til nå:

Søk i Cinahl 5.1.2012			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat (antall)
S1	Asylum seekers		361
S2	Cultural		31262
S3	Nursing		416141
S4	S1 and S2 and S3		11
S5	S1 and S2 and S3	Publisert: 2005 -2011	3
S6	Cultural understanding		3283
S7	Death		55620
S8	S6 and S7		147
S9	S6 and S7	Publisert 2005- 2011 + Full tekst	26
S10	Dignified death		79
S11	S10	Publisert 2005 – 2011 + Full tekst	25
S12	Home care		47335
S13	End of life care		7695
S14	S12 and S13		17
S15	S12 and S13	Publisert 2005 -2011 + Full tekst	4

- Fra CINAHL: søk nr S5 ble artikkelen **“*Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers*”** (2010) skrevet av Suurmond J, Seeleman C, Rupp I, Goosen S, Stronks K valgt ut.
- CINAHL: I søk nummer S9 ble det også funnet en artikkel, heter **“*Cross-cultural beliefs, ceremonies and rituals surrounding death of a loved one*”** (2006) skrevet av Lobar S, Youngblunt J-A, Brooten D valgt ut.
- CINAHL: Søk nummer S11 ble artikkelen **“*Nursing Interventions to promote dignified dying in four counties*”** (2007) funnet. Skrevet av Coenen A, Doorenbos A, Wilson S.
- CINAHL: Søk nummer S15 ble artikkelen **“*Providing palliative and end- of- life care in the community: the role of the home-care workers*”** (2010) skrevet av Delvin, M & McIlpatrick valgt ut.

Jeg har vurdert disse artiklene som relevant for min oppgave fordi de omfatter asylsøkere og hva kompetanse sykepleiere har om asylsøkere, noe som er kjempe viktig. Artikkel nummer to handler om tro, seremonier og ritualer rundt dødsfall, dette er relevant siden asylsøkere kommer i fra et annet land med en helt forskjellig kultur. Nummer 3 handler om verdig død og nummer 4 handler om rollen til hjemmesykepleien når de har en terminal pasient. Inkluderingskriteriet mitt var at de skulle være i fra 2005-2012, alle artiklene ble sjekket for metodedel, resultat, diskusjon og referanseliste. De ble og sjekket om de var godkjent i en etisk komité. Det viktigste av alt var å se om artiklene var av relevans, noe jeg mener alle er.

4.0 Resultat

Her presenterer jeg fire forskjellige forskningsartikler som belyser ulike relevante forhold ved problemstillingen min, og som jeg videre skal bruke i drøftedelen i bacheloroppgaven min.

4.1 Presentasjon av forskningslitteratur

4.1.1 "Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers"

Forfattere: Jeannine Suurmond, Conny Seeleman, Ines Rupp, Simone Goosen og Karien Stronks.

År: 2010

Tilgjengelighet: Nurse Education Today

Type artikkel: Kvantitativ

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om den generelle kompetansen er tilstrekkelig i møte med asylsøkeres særskilte omsorgsbehov.

Det er en kvantitativ studie der det er brukt en triangulerings metode. Først spørreskjema, så intervjuer. Utvalget til denne studien var sykepleiere som jobber på et asylmottak. 89 sykepleiere fylte ut spørreskjema og 6 grupper fra forskjellige asylmottak ble intervjuet. Studien fant sted i Nederland. Litt om resultatet: For å møte asylsøkernes særskilte omsorgsbehov så burde helsearbeiderene vite litt hvordan den politiske situasjonen i hjemlandet er. Hvilke typer sykdommer og infeksjoner som er vanlige i landet personen kommer i fra. Forklare asylsøkere hvordan helsesystemet i det landet de befinner seg i nå fungerer. Forklare dem at det som blir fortalt er konfidensielt og at det ikke virker inn på søknaden deres, på denne måten kan de kanskje åpne seg opp mer og fortelle viktig informasjon om helsen deres. Evne til å få et tillitsforhold, lytte, ikke dømme, respektere.

4.1.2. "Cross-cultural beliefs, ceremonies, and rituals, surrounding death of a loved one".

Forfattarar: Sandra Lobar, JoAnne Youngblunt, Dorothy Brooten

År: 2006

Tilgjenglighet: Pediatric Nursing

Type artikkel: Kvalitativ

Er en kvalitativ forskningsartikkel skrevet av. Hensikten med denne artikkelen var å beskrive praksis rundt dødsfall til en kjær av Europa, Asia, Mellom-Amerika og Sør Amerikanske familier som bor i USA. I studien var utvalget master -sykepleierstudenter med forskjellige kulturelle bakgrunner som ble intervjuet om deres erfaringer med døden, ritualer og seremonier i deres familier eller deres venner. 14 kvinnelige master-sykepleiestudenter. I alderen 25- 54 år. Gjennomsnitt 14,6 år som utdannet sykepleiere. 5 mørkhudet, 4 hvit non – Hispanic, 3 hvite hispanic og 2 asiatiske. Fem var født i USA, 3 i Jamaica, og de siste i fra Thailand, Filippinene Nicaragua, Cuba, Trinidad og Guyana. Religionene deres er: katolske, baptist, episkopal, jødiske, hinduistiske og buddhistiske. Resultatene var at oppfatninger om døden og dødende er felles på tvers av kulturer og religion. Ved dødsfall utføres seremonier som tillater dem å be, å snakke og minnes deres kjære. Generell respekt for døende familiemedlemmer, som vel som den avdøde, og beskyttelse av sjelen, var av mest betydning for alle deltakerne og deres familier.

4.1.3 “Nursing interventions to promote dignified dying in four countries”

Forfattarar: Amy Coenen, Ardith Doorenbos og Sarah Nilson.

År: 2007

Tilgjenglighet: Oncology Nursing Forum

Type artikkel: Kvalitativ

Hensikten med denne artikkelen var å beskrive sykepleie intervensjoner for å fremme en verdig død. Er identifisert av sykepleiere i fire land. I studien ble det brukt et Cross-sectional undersøkelses design. Undersøkelsen ble sendt til USA, Etiopia, Kenya og India. Det totale utvalget ble 560 sykepleiere. 32 % svarprosent fra USA, 63 % svarprosent i fra India, 72 % i fra Kenya. I Etiopia svarte 14 stk, men kunne ikke brukes på grunn av politiske hendelser i landet som hindret datasamlingen. Det var litt variasjoner i funnene fra de fire forskjellige landene, men alle representerte de tre hovedkategoriene, sykdomsrelaterte bekymringer, spirituelle og religiøse og det sosiale. Sykepleierne i alle landene var enig at den største sykdomsrelaterte bekymringene var å redusere symptom og fremme komfort. De hyppigste bemerket symptom som krever lindring var smerte, etterfulgt av dyspné og kvalme. Det er også viktig å ta med de psykologiske og åndelige aspekter som støtter enkeltpersoner i å opprettholde verdighet. Ved å oppmuntre autonomi og kontroll ved at pasienten er med i beslutningene ved behandlingen og pleiens for å forbedre verdighet. Alle sykepleierne var fokuset på tilstedeværelsen av en åndelig mentor: prester, pastor, eller åndelige ledere. Den nest hyppigst sykdomsrelaterte bekymringen var sosial- verdighet. Familien og deres støtte er viktig. Familien må inkluderes, og forklares pasientens tilstand. Det siste punktet går på det sosiale og miljømessige tiltak for å fremme verdig død. For eksempel et hjemmekoselig miljø, besøk, favoritt musikk og tente lys.

4.1.4”Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker”

Forfattarar: Margaret Devlin & Sonja McIlfatrick.

År: 2010

Tilgjenglighet: International Journal of Palliative Nursing

Type artikkel: Kvalitativ

Hensikten med undersøkelsen var å få kunnskap om hvilken rolle hjemmebaserte omsorgsarbeidere har i den lindrende og terminale omsorgen. Oppgaven har en blandingsmetode, fase en bestod av en cross-sectional undersøkelse. Spørreskjema bestod av både kvalitative og kvantitative spørsmål. Fase to ble et satt opp en fokusgruppe med et målrettet utvalg av samfunnet. 236 spørreskjema ble sendt ut, 69 (29 %) ble fult ut. Alle som var med i studien var kvinner i en alder av 22-69 år. De ble funnet at hjemmebaserte omsorgsarbeidere anses palliativ og den terminal-omsorg som en viktig del av deres rolle, og at det var mer stressene enn rutinearbeid, var det likevel veldig givende. Hjemmesykepleien gir et betydelig bidrag til å møte det helhetlige behovet til pårørende og pasienter som trenger palliativ behandling ved omsorgen ved livets slutt. De viktigste oppgavene i hjemmetjenesten ved palliativ omsorg er å snakke og lytte til pasienten og familien. Noen av de mer negative sidene var ukontrollert smerte hos pasienten, pustevansker og andre problemer som oppstår ved slutten. Ufordringer som dukket opp var psykiske og kommunikasjons problemer, for eksempel som å takle tapsfølelsen og håndtere vanskelige spørsmål og mangel på tid. Det kom også frem at livskvaliteten til pasienten ble bedre hvis det var kontinuitet i personalet.

4.1 Oppsummert forskning

Hovedfunnene i disse studiene er at når en har en asylsøker som pasient så er det viktig å prøve å få et tillitsforhold, lytte og respektere. Respektere at andre har en annen tro og verdier. Hjemmesykepleien har en viktig og mer krevende roller når de tar seg av en døende i hjemmet, det å sørge for at pasienten er lindret for symptomer er viktig og at pasienten blir lyttet til og tatt hand om. I tillegg til å holde kontinuitet i personalet for å kunne gi en trygghet til pasient og familie. Når det er snakk om en døende fra en annen kultur så er det viktig å følge ritualer og seremonier. Møte med åndelig mentor er viktig i mange religioner og kulturer. For å få til en verdig død så må tre punkt være på plass, symptomer må lindres så

godt som det lar seg gjøre både fysisk og psykisk, det åndelige behovet må bevares og det sosiale og miljøet rundt pasienten må dekkes.

5.0 Drøft

Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe meg å møte min død (FN).

Som sagt innledningsvis er bakgrunnen for valget av tema et møte jeg hadde med en døende kvinnelig asylsøker, der jeg fort oppfattet mye usikkerheten rundt hennes omstendigheter.

Blant annet dukket spørsmålet om hvilke rettigheter har asylsøkere i Norge? Da denne kvinnen videre ble sendt på et 14 dagers opphold på et sykehjem for hvile, oppstod det flere problemer; Hvem skal betale oppholdet?

UDI? Kommunen? Mottaket? Sykehjemmet?

UDI opplyser at i 2010 kom det 10064 nye asylsøkere til Norge. Problemstillingen min ble med andre ord svært aktuell, da det er en stor mulighet for at noen av disse kan bli pleietrengende, og få en sykdom de kan dø av. Vi som helsepersonell må være forberedt å ta i mot slike pasienter, både på sykehjem, i hjemmesykepleien og på sykehus. Blant annet må vi ha kunnskap om hvilken helsehjelp asylsøkere har rett på og hvor en kan få tak i tolk. I tillegg må vi ha grunnleggende kulturell kompetanse i forhold til hvordan vi kan gi dem en verdig død i Norge?

På bakgrunn av denne kvinnen og asylsøkere generelt vil jeg derfor fokusere på hvilke muligheter og begrensinger det er rundt å kunne gi en asylsøker en verdig død. FN

konversjonen har som sagt satt opp flere punkt om hva døende har rett på, og hva som skal til for å få en verdig død.

Punktene blir tatt opp i denne oppgaven opp til flere ganger og det kan bli interessant å se om punktent til FN konversjonen lettere blir begrenset når det er snakk om en asylsøker som skal dø i Norge? Eller har det ikke noe betydning?

I prosessen med å skrive denne oppgaven kom jeg til å tenke på hvordan vi i løpet av vår 3-årige utdanningsløp har blitt forberedt på å tilpasse oss det kulturelle mangfoldet vi står ovenfor i Norge i dag. Gjennom disse 3 årene har ordet "kultur" knapt blitt nevnt. Jeg kan selvsagt ikke snakke for alle sykepleieutdanningene i landet, men jeg mener bestemt at dette

er et emne det må bli mer fokus på. I denne oppgaven min har jeg valg en pioner innenfor sykepleie teori, jeg ble kjempe overasket når jeg satt meg inn i hennes teorier og kunnskaper, hvorfor har ikke en så dyktig og relevant teoretiker blitt nevnt med et ord i sykepleieutdanningen min? Hun er kjempe aktuell i dagens samfunn! Jeg har oppfattet at Madeleine Leininger enda ikke er ”satt på kartet” i Norge og på sykepleieutdanningene. Dette merket jeg spesielt da jeg søkte etter litteratur av Leininger, alt var på engelsk. Innenfor sykepleievidereutdanninger i Norge fikk jeg bare et treff som omhandler emnet kultur; en videreutdanning i telemark som het ”kultur for helse”.

Målet med denne videreutdanningen var å tilegne seg sentral kunnskap fra fagområdet kultur og helse for å få innsikt i ulike sider ved samspillet mellom kultur og helse på individ- og lokalsamfunnsnivå. Studiet søker å imøtekomme samfunnets krav til kunnskaper om sammenhengen mellom kultur, trivsel og helse (Høgskolen i Telemark).

Dette er ikke en ren sykepleieutdanning, men har lærere, politi, kulturarbeider og ulike instanser innenfor helsesektoren som målgruppe. Dette kan være en indikasjon på hvor viktig dette tema er, da det er aktuelt innenfor så mange yrkesretninger.

FN konvensjonen sine punkt om de døende rettigheter har heller ikke blitt nevnt med et ord gjennom sykepleieutdanningen min. Her er det også forbedringspotensial. Disse punktene gjelder alle; Meg og deg. Eldre og barn. Hiv positive, kreftsyke, rusmissbrukere, ja absolutt alle sammen.

Det er mye kunnskap og informasjon som skal gis til sykepleiestudentene på kort tid, så noe må prioriteres og læreplaner må følges. Men kanskje prioritene skulle vært annerledes? Bør vi ikke prioritere etter hvordan samfunnet er og hva man kommer til å møte? Kanskje burde Madeleine Leininger sin handlingsalternativ nr 3 innføres i pensum i sykepleieutdanningen. Med andre ord å omskape utdanningen ved å få inn litt mer teori om ulike aspekt innenfor kulturer.

Madeleine Leininger har satt opp en modell som ble utviklet for det formål å gi best mulig kulturelt bestemt omsorg. Transkulturell sykepleie er:

”et formelt studie- og praksisfelt hvor det fokuseres på kulturelt betingende omsorgsverdier, forestillinger og handlingsmønstre blant individer/grupper fra bestemte kulturer, i den hensikt å kunne gi kulturelt tilpasset omsorg til folk”

Teorien sier at dette er et praksisfelt som sier noe om det er kulturelle forskjeller i hvordan mennesker ser og utøver omsorg på.

Effektiv omsorg er den ultimale sykepleieroppgaven. Sykepleie har en direkte samhandling med pasienten, og derfor er kunnskap og forståelse av pasientens verdier, skikker, tro og pasientens kultur viktig for å kunne gi den beste omsorgen. Leiningers «Sunrise» modell av kulturell omsorg kan sees som en soloppgang. Magelssen (2004) forklarer «Sunrise» modellen som en modell som visualiser ulike livs områder som virker inn på individ, familie, institusjoner og samfunn i ulike helsesammenhenger.

Leininger har satt opp tre handlingsalternativer som kan bidra til at omsorgen bidrar til helse, velvære og tilheling. Tre punkter som er enkle å ta i bruk.

- Å opprettholde.
- Å tilpasse seg
- Å omskape sykepleien/ og/ eller pasientens kultur.

Brunevatne (2006) påpeker at en asylsøker som er kommet til Norge og venter på svar på søknaden om asyl har rett til helsehjelp, og de har de samme rettigheter som en norsk statsborger. Begrensningene i helsehjelpen til asylsøkere skjer når asylsøkeren får avslag på asyl. Da er det blant annet økonomiske begrensninger som står for tur. Det kommer også frem i studien til Suurmond mfl (2010) hva helsepersonell bør vite for å kunne gi best mulig hjelp til asylsøkerne. Helsepersonell bør vite hvilken situasjon det er i hjemlandet til asylsøkeren, hvilke infeksjonens sykdommer som er i deres hjemland osv. Dette er ikke så relevant for hjemmesykepleien når det er snakk om en terminal pasient, men artikkelen belyser også noe mer relevant som at helsepersonell som arbeider med asylsøkere må ha en evne til å få et tillitsforhold, kunne lytte og respektere. Da er selvsagt kunnskap om pasientens bakgrunn avgjørende.

Jeg har rett til å bli behandlet som et levende menneske til jeg dør (FN)

I hjemmesykepleien kan en møte på mange utfordringer i møte mennesker med forskjellige diagnoser, historier, situasjoner og sykdom med både god og dårlige prognoser. I møte med døende pasienter kan det for eksempel være en utfordring i forhold til at pasienten skal få dø på en fredfull og verdig måte i hjemmet sitt. Devlin & McIlpatrick (2010) har funnet ut at sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten ser på arbeidet som mer stressende enn vanlig rutinearbeid, men at de har en viktig og givende rolle.

I studien kom det frem at de viktigste oppgavene til de i hjemmetjenesten er å snakke og lytte til pasienten og familien.

I møte med en døende asylsøker, så er det ekstra utfordringer. Problemstillingene man må konfronteres med i forhold til pasienten personlig går blant annet på språk, at man har en annen kultur å forholde seg til, bo forhold, og om de er alene uten familie. Videre kommer spørsmålene om rammene rundt pasienten; Er hjemmesykepleien forberedt på å ta i mot slike pasienter? Har de nok kulturelle kunnskaper i bunn for å ta seg av en pasient fra en annen kultur som skal dø? Er fastlegen og sykehusene forberedt til å samarbeide med hjemmesykepleien rundt en døende asylsøker? Er tolk lett tilgjengelig? Er alt på plass?

Som sagt kan en begrensning for sykepleierne i hjemmetjenesten være boforholdene til asylsøkerne. Å hjelpe og pleie en terminal pasient på et lite rom på et asylmottak kan være vanskelig. Kanskje er pasienten alene på rommet? Men noen rom kan være opp til 5 personer. I tillegg så kan det hende at asylmottaket har felles kjøkken. Hvordan skal hjemmesykepleien forholde seg til det? Kan pasienten flyttes til et bedre "lokal"? Det blir vanskelig å løse disse problemene uten å tenke på spørsmålet om økonomi.

I forhold til kvinnen jeg møtte i praksis løste vi utfordringene ved at hun fikk en leilighet som UDI betalte den siste tiden hun levde. Heldigvis. Dette var en lettelse for pasienten som endelig fikk hvile, og det var en lettelse for hjemmesykepleien som endelig følte de kunne gi hun den pleien hun behøvde og trengte. Så muligheter for en løsning var heldigvis tilstedeværende, men krevde mye arbeid, og det er tidkrevende og vanskelig da det var mange ledd å gå gjennom. Hvorfor skal det være så vanskelig? Det tyder på at systemet ikke er forberedt.

I forhold til språkproblemene kan det oppstå mange missforståelser og dårlig kommunikasjon. Tolk er sykepleierens eneste mulighet for verbal kommunikasjon med asylsøkeren, profesjonell tolk kan og bør brukes. Om dette ikke lar seg gjøre kan man benytte seg av familie og pårørende av pasienten, til samme formål. Om dette blir nødvendig er det viktig at

sykepleier er bevisst på at i noen kulturer er det vanlig og skåne og filtrere informasjonen til pasienten.

Bruk helst profesjonell tolk, som behersker tolketeknikk og medisinsk terminologi (Brunevatne 2006). Igjen spør jeg, er tolk lett tilgjengelig? Blir det en begrensning at tolk kan være vanskelig å få tak i?

Vi må også huske at mye kan formidles uten ord. Berøring, kroppsspråk, ansiktsuttrykk og stemmens klang kan formidle omsorg, vennlighet og respekt.

Samme hvor pasienten kommer i fra, så er omsorg til pasienten grunnleggende. Dette er det viktigste aspektet i samband med en døende pasient. Madeleine Leininger belyser så fint at, ingen kur uten omsorg, men omsorg kan også eksistere uten kurering. Leininger beskriver videre at omsorg er avgjørende for trivsel, tilheling, helse, vekst og opplevelse i møte med døden. Leininger har satt opp tre handlingsalternativer som sykepleiere kan og bør følge i samband med asylsøkere og andre med en annen kulturell bakgrunn. Punktene Leininger har satt opp er å opprettholde, å tilpasse seg eller å omskape og/eller pasientens kultur. På denne måten så bidrar sykepleie til at omsorgen blir bedre til pasienten.

Jeg har rett til smertelindring (FN)

For at pasienten skal få en verdig død er det viktig at det grunnleggende er på plass. Pasienten skal være smertelindret, ha godt leie, få kvalmestillende ved behov osv. Vi må sørge for at de fysiologiske behovene er dekket. Psykiske problemer som uro, angst er også vanlig, dette må sykepleierne også prøv å få kontroll over og slik at pasienten har en så god slutt som mulig. Når pasienten er lindret og har det ”godt”, så må det kulturelle behovene stå i fokus.

Artikkelen til Coenen mfl (2007) beskriver det åndelige aspekt som skal hjelpe pasienten i å opprettholde verdigheten. Her vil artikkelen ha frem at pasienten kanskje trenger en åndelig mentor til stede, da er det viktig at sykepleier fokuserer på at pasienten får en prest, pastor, eller en åndelig leder om ønskelig. Har pasienten familie rundt seg så kan de nok hjelpe til eller ta ansvar for at pasienten får tilgang til dette, da de er mer kjent med de religiøse lederne og hvor de holder til. Er pasienten alene så er det hjemmesykepleien som må ta tak for å prøve å gi pasienten et besøk av en åndelig mentor. Dette kan bli en lett og kjapp sak for hjemmesykepleien og få til, men kan også bli problematisk. Er man i store byer så er åndelige mentorer mer tilgjengelig. Men på landet kan det være mer problematisk å få til siden de ikke

er så tilgjengelig. Det er viktig at sykepleier for det første er klar over hva religion pasienten faktisk har. Artikkelen belyser videre om sosiale og miljømessige tiltak som fremmer en verdig død. Her er det snakk om miljøet rundt, sette på en favoritt sang, tenne litt lys og gjøre det mest mulig behaglig for pasienten.

Jeg har rett til å få død i fred og med verdighet (FN)

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere:

- 2.9 Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidra til en naturlig og verdig død (NSF, 2011).

For at pasienten skal få en verdig død så må de tre hovedkategoriene, symptom lindring, spirituelle og religiøse og det sosiale være på plass i følge artikkelen skrevet av Coenen mfl (2010). Det er viktig at symptomer får lindring, både fysisk og psykisk.

Institute of medicine har en fin definisjon på hva som er en verdig død:

”Fri fra unngåelig smerte og lidelse for pasienter, familier og omsorgsgivere; i generelt samsvar med pasienters og familiers ønsker; og i rimelig overensstemmelse med kliniske kulturelle og etiske standard ”

Vi har flere store religioner i verden vår i dag, vi er nok mest vant til den kristne religionen siden det er statsreligionen i Norge. I møte med en døende er det omsorg som teller.

Madeleine Leininger belyser så fint at, ingen kur uten omsorg, men omsorg kan også eksistere uten kurering.

Ved et dødsfall med en asylsøker så er det viktig at hjemmesykepleien legger til rette det de kan for at pasienten får de ritualene som er etter pasientens religion. Det er nok en betryggelse for pasienten og familien at hjemmesykepleien vet litt hva ritualene er for denne pasienten. Da tilpasser sykepleierne seg. I mange tilfeller er det nok familien som tar seg av ritualene. I en artikkel skrevet av Lobar mfl 2006, går de inn i forskjellig tro, seremonier og ritualer rundt dødsfall. I artikkelen kom viktigheten av at pasienten får død i tråd med deres egen kultur og tradisjon frem. Ved dødsfallet er med andre ord generell respekt for den avdøde og familien.

Jeg har rett til å forvente at menneskekroppen blir behandlet med verdighet etter døden (FN)

Det er ikke bare FN som understreker dette med menneskekroppen etter døden, også de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie har dette som punkt:

2.12 Sykepleieren viser respekt for den døde kropp (NSF, 2011)

Mange religioner har, som sagt ovenfor, ritualer som er viktige og hellig for dem. I mange religionene er det bestemt hvem som skal stelle pasienten etter pasienten er død, hvilken retning pasienten skal snues i stellet, hvordan pasientens hender skal ligge i kista, om de skal kremes, hva de skal vaskes med, eller salves inn i. Også her er bistand fra familie viktig, og bør brukes om mulig. Vi bør i tillegg sette oss inn i religionen og hva deres prosedyre er ved dødsfall, for eksempel gjennom litteratur. På denne måten viser vi at vi bryr oss om å respektere pasientens tro og kultur. Her kommer handlingsalternativet til Leininger inn, vi tilpasser oss pasienten og familien.

Hvis det er slik at religionen sier at helsepersonell ikke skal stelle, så er det fortsatt viktig at sykepleierne setter seg inn i stellet og prosedyren rundt dødsfallet. For å komme med noen eksempler ønsker ikke buddhister legemidler på slutten, da de ikke ønsker å bli sløvet ned i død øyeblikket. Dette er kjempe viktig at sykepleier og lege vet om, for dette er meget viktig for pasienten. Jøder har som skikk at armene skal legges ned til siden i kista, i motsetning til å la armene være foldet på brystet, slik som er vanlig i kristensammenheng. Kanskje disse forskjellige ritualene og skikkene også bør tas opp i utdanningen?

I noen kulturer er det vanlig med veldig mye besøk, av familie, naboer, venner osv.

Leininger skriver i sitt handlingsalternativ nummer 3 – omskaping: systemet vårt og rutiner kan nok omskapes til tider. Ved dødsfall der pasienten har besøk av stor familie, så kan for eksempel sykehjem og sykehus legge til rette at pasienten kan få et større rom og enerom. På denne måten så bruker vi handlingsalternativ nummer 2 også, vi tilpasser oss etter pasienten og familiens behov.

Hva hvis asylsøkeren er helt alene i landet?

Jeg har rett til å slippe å dø alene (FN)

I følge FN sine rettigheter til døende så har alle rett til å slippe å dø alene. Om det er snakk om en asylsøker som ikke har noe familie rundt seg, så er det opp til hjemmesykepleien å passe på at asylsøkeren ikke dør alene. Her kommer det en stor begrensning og utfordring. Det som kan bli problematisk da det ikke lar seg gjøre at hjemmesykepleien kan sitte hos den døende hele tiden, alle hjemmesykepleierens pasienter har bare rett til maks antall timer i uken til hjelp. Her blir hjemmesykepleien bremsert fordi de ikke har lov å være der hos pasienten døgnet rundt. Hva skjer med pasienten da? Må pasienten flyttes? Og hvis det er tilfelle, hvor? Hvis pasienten for eksempel skal flyttes til et sykehjem for å dø der, hvem skal da betale oppholdet hvis pasienten ikke har penger til det selv? På et sykehjem så er det pasientene selv som betaler for oppholdet. Når det er usikkert hvem som skal betale, så blir sykehjem en begrensning, vet man hvem som tar regningen så er dette en god mulighet for pasienten og kanskje den som passer best for pasienten når pasienten skal dø alene uten familie. Man har jo alltid sykehus, men sykehusene nå til dags vil ha pasienten ut i fra sykehusene fortas mulig. For en døende pasient kan ligge døende lenge, men det er en mulighet. Jeg vil derfor konkludere med at hvis hjemmesykepleien skal ha en døende asylsøker hjemme så er hjemmesykepleien avhengig av familie eller venner rundt pasienten. Familien gir dem en mulighet til å få det til.

Oppsummert, hvordan kan sykepleie i hjemmetjenesten bidra til at asylsøkere får en verdig død? Pasienten må ha det så godt som mulig, de må føle seg trygg og ha de grunnleggende i bunn som smertelindring, kvalmestillende, leie osv. De må få dø i tråd ritualer innenfor deres religion og kultur, dette gjelder også etter dødsfallet. Det er også enkelte begrensninger; I følge FN sine rettigheter så har ikke pasienten lov å dø alene, så det blir en stor oppgave for hjemmesykepleien om asylsøkeren er alene i landet, kanskje også uoppnåelig. For å møte pasienten sine kulturelle behov så er familien gull verdt, de kan religionen og kulturen, de vet hva som skal til og hvor åndelig mentor holder til og ikke minst de kjenner pasienten. Familien er en kjempe stor mulighet for at pasienten skal få en verdig død, for det viktigste av alt er at den døende har familie og omsorg rundt seg ved døden, dette øker også tryggheten.

6.0 Avslutning

Litteraturen og forskningen forteller oss viktigheten om å ha kunnskap om kulturell sykepleie. Den fortellers oss hvordan omsorgen kan bedres ved hjelp av å opprettholde, tilpasse og omskape oss til pasienten og kulturen for å kunne gi best pleie og omsorg.

Asylsøkere som kommer til landet er uttrygge på grunn av usikkerhetene om å få bli i landet, språket, kulturen og et helsesystem som er nytt for asylsøkerne. Når en asylsøker blir dødssyk i Norge, så har asylsøkeren rett på behandling. Hjemmesykepleien må hjelpe asylsøkeren på lik linje som alle andre. Her må hjemmesykepleien tilpasse seg pasienten sin kultur, tro og verdier. Bruken av tolk er viktig, en vil ha minst mulig missforståelser og bedre kommunikasjonen. Etter hvert så klarer kanskje hjemmesykepleien og kommunisere med pasienten på egen hand, en kommer langt med kroppsspråk og kanskje noen norske og engelske gloser.

Sykepleieutdanningen våres er god, men kan nok forbedres ved å ha noen ekstra forelesninger på kultur, hvordan møte pasienter fra en annen kultur og hvordan ta seg av dem når de skal dø. Madeleine Leininger og teoriene hennes bør absolutt brukes mer og må bli ”satt på kartet” i Norge og i utdanningen. Hennes modell på transkulturell sykepleie og hennes «Sunrise» modell er noe alle sykepleiere bør vite om. Hennes tre handlingsalternativer kan vi kommer langt med i møte med pasienter fra en annen kultur.

Litteraturliste

- Behandlingshjelpemidler (2009) Asylsøkere og behandlingshjelpemidler – rettigheter og svar.
(hentet 27.1.2012) <http://www.behandlingshjelpemidler.no/article.php?id=12>
- Behandlingshjelpemidler (2009) Spesialisthelsetjenestens plikter overfor asylsøkere
(hentet 27.1.2012) <http://www.behandlingshjelpemidler.no/article.php?id=128>
- Brodtkorb, E. & Rugkåsa, (2009) Mellom mennesker og samfunn.
Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag as
- Brunevatne, R. (2006). Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As
- Coenen, A. Doorenbos, Z.A, Wilson. A. S (2007)
Nursing interventions to promote dignified death in four countries.
Oncology nursing forum vol 34, No 6. (Hentet Chinal 5.1.2012).
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*.
Forfattarna och Bokförlaget Natur och Kultur. Stockholm.
- George, J,B (2002). Nursing theories. The base for professional nursing practice.
New Jersey: Person Education Inc.
- Hanssen, I.(2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As
- Hva er en asylsøker? www.udi.no (hentet: 8.1.2012).
- Høgskulen i telemark (2011). Kultur og helse – videreutdanning
<http://fagplaner.hit.no/content/view/full/24043> (hentet 14.2.2012)
- Johnson, D.R, Ziersch, A.M, Burgess, T, (2008) *I don't think general practice should be the frontline: experience of general practitioners working with refugees in South Australia*. Australia and New Zealand Health Policy 5,20.
- Leininger M, M & McFarland M (2006) *Culture care diversity and universality. A worldwide Nursing theory*. Sudbury: Jones and Bartlett publishers.
- Lobar, L.S, Youngblunt, M. J, Brooten D, (2006) *Pediatric Nursing, vol 32*
Cross- cultural beliefs, ceremonies, and rituals surrounding death of a loved one
Hentet fra: Chinal (5.1.2012)
- Magelssen, R (2004) Hva sier begrepet «transkulturell sykepleie» om virkelighetsoppfatning?
Sykepleien.no (Hentet 31.1.2012).
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=118240

- Mathisen, J. (2005) Livets avslutning
I: Kristoffersen N, J. Nortvedt F. Skaug E-A (2005)
Grunnleggende sykepleie. Oslo: Norsk Gyldendal Forlag AS. Bind 3. Kap 22.
- Molven, O. (2009) *Sykepleie og jus* (3 utg). Oslo: Gyldendal Forlag AS
- Norsk sykepleieforbund (NSF) (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Brosjyre)
Oslo: Norsk sykepleieforbund.
- Nou. (1999) Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syk og døende.
www.regjeringen.no (hentet 22.1.12).
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003) *Forskningsprosessen:
Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Suurmond, J. Seeleman, C. Rupp, I. Goosen, S. Stonks, K (2010).
Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers.
Nurse Education Today vol 30. (Hentet fra Chinal 5.1.2012).

Vedlegg 1 Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<p>Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers.</p> <p>Jeannine Suurmond Conny Seeleman Ines Rupp Simone Goosen Karien Stronks</p> <p>2010</p>	<p>Er den generelle kompetansen tilstrekkelig i møte med asylsøkeres særskilte omsorgsbehov.</p>	<p>Kvantitativ studie der det er brukt en triangulerings metode. Først spørreskjema, så intervjuer.</p>	<p>Sykepleiere som jobber på et asylmottak. 89 sykepleiere fylte ut spørreskjema. I tillegg ble 6 grupper fra forskjellige asylmottak intervjuet. Studien fant sted i Nederland.</p>	<p>For å møte asylsøkernes særskilte omsorgsbehov så burde helsearbeiderene vite litt hvordan den politiske situasjonen i hjemlandet er. Hvilke typer sykdommer og infeksjoner som er vanlige i landet personen kommer i fra. Forklare asylsøkere hvordan helsesystemet i det landet de befinner seg i nå fungerer. Forklare dem at det som blir fortalt er konfidensielt og at det ikke virker inn på søknaden deres, på denne måten kan de kanskje åpne seg opp mer og fortelle viktig informasjon om helsen deres. Evne til å få et tillitsforhold, lytte, ikke dømme, respektere.</p>

<p>Cross-cultural beliefs, ceremonies, and rituals surrounding death of a loved one.</p> <p>Sandra L. Lobar JoAnne M Youngblunt & Dorothy Brooten.</p> <p>2006</p>	<p>Hensikten var å beskrive praksis rundt dødsfall til en kjær av Europa, Asia, Mellom-Amerika og Sør Amerikanske familier som bor i USA.</p>	<p>En kvalitativ studie der master - sykepleierstudenter med forskjellige kulturelle bakgrunner ble intervjuet om deres erfaringer med døden, ritualer og seremonier i deres familier eller deres venner.</p>	<p>14 kvinnelige master-sykepleiestudenter. I alderen 25- 54 år. Gjennomsnitt 14,6 år som utdannet sykepleiere. 5 mørkhudet, 4 hvit non – Hispanic, 3 hvite hispanic og 2 asiatiske. Fem var født i USA, 3 i Jamaica, og de siste i fra Thailand, Filepinene Nicaragua, Cuba, Trinidad og Guyana. Religionene deres er: katolske, baptist, episkopal, jødiske, hinduistiske og buddhistiske.</p>	<p>Resultatene var at oppfatninger om døden og dødende er felles på tvers av kulturer og religion. Ved dødsfall utføres seremonier som tillater dem å be, å snakke og minnes deres kjære. Generell respekt for døende familiemedlemmer, som vel som den avdøde, og beskyttelse av sjelen, var av mest betydning for alle deltakerne og deres familier.</p>
<p>Nursing interventions to promote dignified dying in four countries.</p> <p>Amy Coenen Ardith Z. Doorenbos Sarah A. Wilson</p> <p>2007</p>	<p>Hensikten var å beskrive sykepleie intervensjoner for å fremme en verdig død. Er identifisert av sykepleiere i fire land.</p>	<p>Kvalitativ studie med et Cross-sectional undersøkelses design. Undersøkelsen ble sendt til USA, Etiopia, Kenya og India.</p>	<p>Det totale utvalget ble 560 sykepleiere. 32 % svarprosent fra USA, 63 % svarprosent i fra India, 72 % i fra Kenya. I Etiopia svarte 14 stk, men kunne ikke brukes på grunn av politiske hendelser i landet som hindret datasamlingen.</p>	<p>Det var litt variasjoner i funnene fra de fire forskjellige landene, men alle representerte de tre hovedkategoriene, sykdomsrelaterte bekymringer, spirituelle og religiøse og det sosiale.</p>

<p>Providing palliative and end-of-life care in the community: the role of the home-care worker.</p> <p>Margaret Devlin Sonja McIlfatrick</p> <p>2010</p>	<p>Hensikten var å undersøke hvilken rolle hjemmebaserte omsorgsarbeidere har i den lindrende og terminale omsorgen.</p>	<p>Mixed methods. Fase en bestod av cross-sectional undersøkelse. Spørreskjema bestod av både kvalitative og kvantitative spørsmål. Fase to ble det satt opp en fokusgruppe med et målrettet utvalg av samfunnet.</p>	<p>236 spørreskjema ble sendt ut, 69 (29 %) ble fult ut. Alle som var med i studien var kvinner i en alder av 22-69 år.</p>	<p>De ble funnet at hjemmebaserte omsorgsarbeidere anses palliativ og den terminalomsorg som en viktig del av deres rolle, og at det var mer stressene enn rutinearbeid, var det likevel veldig givende.</p>
--	--	---	---	--