

# BACHELOROPPGÅVE

## Brutalitet og varsemnd

”Korleis forstå enkelte sjukepleiarar sine handlingar på sjukehus i Zambia?”

av

Lina Hagen Hæreid  
Kandidatnummer: 20

Emne: Bachelor i sjukepleie

Emnekode: SK 152

Innlevering: November 2016

Rettleiar: Aud Berit Fossøy

Ord: 6939



## **Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Brutalitet og varsemnd – ”Korleis forstå enkelte sjukepleiarar sine handlingar på sjukehus i Zambia?”) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Kandidatnummer: 20

Namn: Lina Hagen Hæreid

JA  NEI

## Samandrag

**Tittel:** Brutalitet og varsemnd

**Bakgrunn for val av tema:** Kvinna gret og hadde sterke smerter, men ingen trøsta henne. Ingen heldt ho i handa og gav ho trøstande ord. Legen kommenterte at kvinna hadde gjort noko dumt, og blei gjort til latter framfor resten av personalet. Der låg ho og gret utan at nokon av sjukepleiarane tok henne i forsvar. Kvifor blir det slik? Har dei zambiske sjukepleiarane andre etiske verdiar enn det eg har, og er dette noko som er representativt for alle sjukepleiarar i Zambia, eller var dette eit unntak? I løpet av min praksis i Zambia kom eg opp i situasjonar som eg følte ikkje samsvarde med kva vi lærer om etikk i Noreg, noko eg syns er viktig for å kunne forstå seg på ut i frå at dagens samfunn blir meir prega av fleire kulturar.

**Problemstilling:** "Korleis forstå enkelte sjukepleiarar sine handlingar på sjukehus i Zambia?"

**Framgangsmåte:** I denne oppgåva er det utført litteraturstudie, ved å sjå på relevant teori frå forskingsartiklar og retningslinjer frå International Council of Nurses og NSF. I tillegg er det brukt litteratur frå pensum, pålitelege oppslagsverk på internett og egne erfaringar i frå min praksis i Zambia.

**Oppsummering:** For å kunne forstå seg på enkelte sjukepleiarar sine handlingar i ein ny kultur, er det viktig å få kjennskap til den nye kulturen ein møter. Kva som er grunnen til at sjukepleiarar handlar i strid med etiske retningslinjer, kan ha årsak i økonomiske tilstandar, organisering av institusjonen, normer og verdiar, religion, hierarki, kultur og kulturforskjellar.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innleiing</b> .....	<b>1</b>
1.1 Grunngeving av val av tema og problemstilling.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	1
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	2
1.4 Oppgåva sin disposisjon.....	2
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>3</b>
2.1 Kva metode har blitt brukt?.....	3
2.2 Søkeprosessen.....	3
2.3 Kjeldekritikk.....	3
<b>3.0 Teori</b> .....	<b>5</b>
<b>3.1 Zambia</b> .....	<b>5</b>
<b>3.2 Kva er kultur?</b> .....	<b>5</b>
3.2.1 Å forstå andre.....	6
3.2.2 Kulturelle konflikter.....	7
3.2.3 Religion.....	7
3.2.4 Hierarki.....	7
<b>3.3 Etikk</b> .....	<b>7</b>
3.3.1 Velgjerdsprinsippet.....	8
3.3.2 Ikkje skade-prinsippet.....	8
3.3.3 Autonomiprinsippet.....	8
3.3.4 Rettferdighetsprinsippet.....	9
3.3.5 Barmhjertighetsprinsippet.....	9
<b>3.4 Yrkesetiske retningslinjer</b> .....	<b>9</b>
<b>3.5 Forskingsartiklar</b> .....	<b>10</b>
3.5.1 "Ethics, culture and nursing practice in Ghana".....	10
3.5.2 "Student exchange for nursing students: Does it raise cultural awareness? A descriptive, qualitative study".....	10
3.5.3 "Topics Norwegian Nursing Students are Concerned with during Clinical Placement in an African Country: Analysis of Reflective Journals".....	10
3.5.4 "Practice what you preach: Nurses perspectives on the code of ethics and service pledge in five South African Hospitals.....	11
<b>4.0 Drøfting</b> .....	<b>12</b>
<b>4.1 Situasjon nummer ein</b> .....	<b>12</b>
4.1.1 Analyse og drøfting.....	12
4.1.2 Møte med ny kultur.....	12
<b>4.2 Situasjon nummer to</b> .....	<b>14</b>
4.2.1 Analyse og drøfting.....	14
4.2.2 Økonomi.....	15
<b>5.0 Oppsummering og konklusjon</b> .....	<b>17</b>
<b>6.0 Bibliografi</b> .....	<b>18</b>



## 1.0 Innleiing

### 1.1 Grunngeving av val av tema og problemstilling

Kvinna gret og hadde sterke smerter, men ingen trøsta henne. Ingen heldt ho i handa og gav ho trøstande ord. Legen kommenterte at kvinna hadde gjort noko dumt, og blei gjort til latter framfor resten av personalet. Der låg ho og gret utan at nokon av sjukepleiarane tok henne i forsvar. Kontakten mellom sjukepleiar og pasient i Zambia er noko forskjellig ifrå Noreg. På den eine avdelinga møtte vi brannskada barn med sterke smerter som låg i fleire timar utan at noko blei gjort for å roe dei ned eller dempe smertene. Sjukepleiarane utførte sårstell på barna og gjekk vidare til neste pasient. Kvifor blir det slik? Har sjukepleiarane andre etiske verdiar enn det eg har, og er dette noko som er representativt for alle sjukepleiarar i Zambia, eller var dette eit unntak? I løpet av praksisen møtte eg på fleire situasjonar eg følte ikkje samsvarde med kva vi lærer om etikk i Noreg, noko eg syns er viktig å kunne forstå seg på ut i frå at dagens samfunn blir meir prega av fleire kulturar.

### 1.2 Presentasjon av problemstilling

Praksisen på zambiske sjukehus spriker frå ideal. Ut i frå erfaringar gjennom praksis i Zambia har eg sett og høyrte ting som eg ikkje har forstått meg på. Gjennom diskusjon ynskjer eg å finne ei forklaring på kvifor det blir slik. Problemstillinga mi er dermed følgjande:

”Korleis forstå enkelte sjukepleiarar sine handlingar på sjukehus i Zambia?”

Grunna lite treff på forskning om sjukepleiarar og etikk i Zambia, valte eg å bruke forskingsartiklar som tek utgangspunkt i land sør for Sahara. Sidan dette er land som også er fattige utviklingsland vil eg påstå at forskinga har overføringsverdi. Eg vil trekke inn egne erfaringar frå min praksis i Zambia, og drøfte det opp i mot teori og egne erfaringar frå Noreg. Den første situasjonen omhandlar teieplikta og korleis helsepersonell stiller seg til den. Den andre situasjonen handlar om hierarki. Begge situasjonane vil eg drøfte opp i mot teori som særleg omhandlar kultur, og korleis kulturforskjellar kan verke inn på mitt syn som norsk sjukepleiarstudent på sjukehus i eit utviklingsland. I tillegg vil eg trekke det opp i mot kva ressursar ein har til rådighet, dei yrkesetiske retningslinjene, forskingsartiklane og kva vi lærer om etikk i Noreg.

### **1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling**

I problemstillinga mi ser eg på korleis etiske prinsipp vert nytta i relasjon mellom pasient og pleiar. Eg vil legge fokuset på kva eg har erfart i Zambia, men bruke forskingsartiklar frå utviklingsland sør for Sahara som er prega av ein ikkje-vestleg kultur. Deretter vil eg ta for meg eksempel frå praksisen min i Livingstone og Mwandu. Eg vil trekke fram situasjonar som eg følte ikkje stemmer overeins med det vi har lært om etikk i det norske sjukepleiarstudiet, og prøve å argumentere for og i mot årsakene til at det vert handla som dei gjer. Eg vil òg legge vekt på fattigdom, struktur og rutinar på arbeidsplassen. Grunna avgrensa omfang av oppgåva, har eg valt å ikkje leggje vekt på forskjellar på kjønnsrollene i det zambiske sjukehus.

### **1.4 Oppgåva sin disposisjon**

I denne oppgåva har eg valt å starte med ein teoridel for å gjere greie for informasjon om Zambia. Sidan problemstillinga mi går ut på å forklare korleis eg som norsk sjukepleiarstudent kan forstå meg på kvifor dei zambiske sjukepleiarane handlar som dei gjer, har eg valt å gå inn på kva kultur er, forklare kulturelle forskjellar, hierarki og litt om religion. Fleire av episodane eg har erfart i praksis på Zambiske sjukehus har også vore i strid med kva vi lærer om etikk i Noreg, og eg har derfor valt å gå igjennom nokre av dei ulike etiske prinsippa som vert mest vektlagt i den norske sjukepleiarutdanninga. Deretter har eg forklart kva dei yrkesetiske retningslinjene er, og presentert funna frå forskingsartiklane eg har brukt. I drøftingsdelen vil eg trekke fram ulike eksempel frå praksisen min i Zambia som omfattar etikk. Eksempela vil eg drøfte opp imot teorien eg har brukt.

## 2.0 Metode

### 2.1 Kva metode har blitt brukt?

For å finne svar på problemstillinga har eg nytta litteraturstudie, som blir bygd opp på skriftlege kjelder (Dalland, 2013, s.223). Eg kombinerer litteraturstudie og teori med erfaring frå praksis. Sidan faget etikk baserer seg på dei same etiske retningslinjene i sjukepleiestudiet i Zambia og Noreg, har eg brukt både internasjonal og norsk litteratur.

### 2.2 Søkeprosessen

Bakgrunnsstoffet baserer seg på forskingsartiklar om etikk, kulturell forståing og sjukepleie i Zambia. Databasar på Høgskulen i Sogn og Fjordane sine heimesider er brukt for å finne fram til forskingsartiklar som grunnlag for denne oppgåva. "Academic Search Elite" er den databasen som gir best treff på søkeorda som er brukt for å finne relevant teori. Frå "Academic Search Elite" er det mogleg å hente artiklar frå andre relevante databasar som "Cinahl", "Cinahl with full text" og "Medline". Søkeord som "Zambia" gav lite treff, men søkeord som "Africa" og "Sub-Sahara" gav fleire treff. Engelske søkeord som "Zambia" + "ethics" + "nurse" gav ikkje særlege relevante treff. Søkeorda "Africa" + "nursing" + "ethics" gav 385 treff. To av artiklane i dette søket var relevante for denne oppgåva.

Etter å ha sett litt korleis det fungerte i praksis i Zambia, brukte eg andre søkeord for å sette erfaringane mine opp mot relevante forskingsartiklar. Fleire ulike søkeord gav ikkje relevante treff, men søkeord som "nursing" + "confidentiality" + "africa" gav 124 treff. Ein artikkel her var relevant for denne oppgåva. På siste søket vart det søkt etter "nursing" + "student exchange" + "cultural awareness" med 25 treff som resultat. Den siste artikkelen til oppgåva vart funnen i dette søket. Ved ein gjennomgang av fleire artiklar viste det seg at ikkje alt kunne brukast og enda opp med fire aktuelle artiklar som grunnlag for mitt svar.

### 2.3 Kjeldekritikk

I litteraturstudien vert det brukt mange forskjellige kjelder. Det er viktig å vera kritisk til kjeldene ein brukar, fordi det er tilgang på mykje informasjon. Det som er mest aktuelt og relevant i høve problemstillinga er trekt ut. I tillegg til forskingsartiklane er det stort sett brukt sekundærlitteratur. Sekundærlitteratur er litteratur som er omarbeida og presentert av ein anna enn den eigentlege forfattaren og original språket. Det kan vera ein viss fare for at sekundær litteraturen blir gjengitt



med eit litt anna innhald og meining, som kan medføre at sjølve budskapet har blitt endra (Dalland, 2013, s.72-73).

Ved val av aktuelle artiklar til oppgåva er det brukt nokre kriterium for å finne dei artiklane som passar best for å kunne svare på problemstillinga. Følgjande kriterium er brukt: kor gammal artiklane har vore, kva type tekst, kven artikkelen er skriva for, kven som har skriva teksten, og kor relevant artikkelen har vore for å kunne svare på problemstillinga. Alle artiklane som er brukt er under 5 år gamle, noko som er viktig å sjå etter for å bekrefte om artikkelen fortsatt har verdi som kjelde. Nokre fagfelt er stadig under rask utvikling, noko som kan føre til at kunnskapen fort kan bli utdatert. Andre fagfelt som ikkje er i like rask utvikling kan fortsatt ha eldre kjelder med stor betydning (Dalland, 2013, s.76-77). Eg har også kontrollert kva metode som er nytta artiklane, og gjort greie for kvar dei er publisert. Ettersom eg ikkje fann nokon forskingsartikkel om mitt tema på norsk, har eg berre nytta meg av engelske artiklar. Difor har eg måtta oversett artiklane sjølv for å finne budskapet i teksten. Dette kan vera med på å påverke budskapet, føre til misforståing og at eg presenterer innhaldet feil i forhold til kva forfattaren har gjort.

"Ethics, culture and nursing practice in Ghana" er ein artikkel av Andres & Donkor, som er publisert i 2011. Tema for artikkelen er korleis sjukepleiarar i Ghana reagerer på etiske og kulturelle problem i deira praksis. "Student exchange for nursing students: Does it raise cultural awareness? A descriptive, qualitative study" er ein artikkel av Bohman & Borglin, publisert i 2014. Her vil dei finne ut kva oppfatningar og erfaringar studentane hadde før og etter praksis. "Topics Norwegian Students are Concerned with during Clinical Placement in an African Country: Analysis of Reflective Journals" er skriva av Hovland, Johannessen & Steen, publisert i 2014. Tema for artikkelen er å finne ut kva studentane bekymra seg over på utveksling til afrikanske land. "Practice what you preach: Nurses perspectives on the code of ethics and service pledge in five South African Hospitals" er skriva av Phakoe, Rispel & White, publisert i 2015. Budskapet med artikkelen er å finne ut kva syn sjukepleiarane har til ICN sine etiske retningslinjer og moderne etisk praksis. Nærare presentasjon kjem i teoridel under del 3.5.

## 3.0 Teori

### 3.1 Zambia

Zambia er eit ekstremt fattig land som ligg sør i Afrika, og har rundt 15,7 millionar innbyggjarar. Omtrent 75 % av Zambia sin befolkning vert rekna som kristne. Dei resterande 25 % er tilhøyrande til tradisjonell og lokale religionar (Zambias befolkning, 2015). I 2010 levde 74,3 % av befolkninga under Sameinte Nasjonar (heretter omtalt som SN) si fattigdomsgrense. SN si fattigdomsgrense vil seie at eit menneske lever på under 1,25 USD per dag, som tilsvarar ca. 10 NOK. SN sitt mål er å halvere dette talet, og er ein del av tusenårsmåla som skulle vore gjennomført til år 2015 (Ekstrem fattigdom i Zambia, 2016). Innbyggjarane i den afrikanske regionen står for ein fjerdedel av verdas sjukdomsbilete, men har berre tilgang på 3 % av verdas helsepersonell og under 1 % av verdas finansielle ressursar. Helsetenestene i Zambia skal i utgangspunktet vera gratis og tilgjengeleg for alle, men i 2011 blei det berre brukt 4,8 % av bruttonasjonalprodukt på helse, medan målet for 2015 var å bruke 15 % (Enggjorm, Lie, Scheel & Schmidt, 2011).

### 3.2 Kva er kultur?

Kultur er eit ord som blir brukt i fleire ulike samanhengar med ulike betydingar. Kultur kan brukast om arv og minne, aktivitetar, reiskap og gjenstandar, åndsliv og produkt av dette, ein måte å leve på eller være på, og kultur som meiningsfellesskap. Kultur er ikkje noko som kan avgrensast, men ein kan sjå på det som at menneske er kulturelle blandingsprodukt. I boka til Dahl blir det trekt fram at vi har kulturelle kodar ut i frå kva kultur ein høyrer til. Desse kulturelle kodane er med på å bidra til kvifor vi handlar som vi gjer. Dette er ofte umedvitne kodar som vi tek forgitt, der vi handlar og forstår situasjonar utan å tenke over kva kodar vi brukar. Ein kan ofte sjå på måten ein helsar på kvarandre i ulike land som ein kulturell kode som varierer frå område til område. Dei kulturelle kodane kan også variere frå arbeidsplassen, heimen, skulen, treningssenteret og koret (Dahl, 2013, s.34-39).

Kle, musikk, handlingar, åtferd, mat, skikkar og pyntegjenstandar er ein del av kulturen som er synleg for andre, synlege kulturelle ytringsformer. Ofte vil ein lure på kva som er årsaken til desse kulturelle ytringsformene. Kvifor går nordmenn i bunad på 17.mai? For å forstå handlingane må ein trenge bak ytringsformene, noko ein kan gjer ved å sette seg inn i verdiar, normer, tankemåtar, religion, prioriteringar og ting som ikkje utan vidare er synlege. For å forstå kvifor nordmenn går med bunad på 17.mai, må ein sjå på historia til Noreg, og undersøke kva verdi dette har for nordmenn. Bunaden

gir uttrykk for verdier som er djupe; kvar bunaden er i frå og kva tilknytning ein har til staden den er i frå, tradisjon, fest, kvalitet og godt handarbeid, og kva personleg historie ein har til bunaden.

Nordmenn kan reagere når dei ser ei muslimsk kvinne som er tildekt, og assosiere det med kvinneundertrykking, ufriheit og underdanighet. Ein muslimsk mann som ser den same kvinna vil kanskje assosiere det med respekt, blygsel og ærbarheit. Ein kan lese dei kulturelle ulikskapane forskjellig frå kva utgangspunkt ein har (Dahl, 2013, s. 35-37).

Når menneske frå ulike kulturar kommuniserer med kvarandre, ber dei med seg ei rekke kulturelle syn, verdier og forståingsnøklar som er ulike frå den eine kulturen til den andre. Menneske har forskjellige utgangspunkt og tradisjonar, noko som påverkar korleis vi tolkar og oppfattar situasjonar ulikt (Dahl, 2013, s.42-43). Etnosentrisme dreier seg om at ein ser verda ut i frå sin eigen ståstad. Ved møte med ny kultur ser ein på sine egne verdier, eigen kultur og seg sjølv som den beste, mest avanserte, naturlegaste og rikaste. Ved etnosentrisk livshaldning blir eigen kultur brukt som målestokk på andre. Det motsette av etnosentrisme er kulturrelativisme. Det dreier seg om forståelsen for andre kulturar, der alle tolkar og oppfattar situasjonar ut i frå sin eigen kultur. Ved eit kulturrelativistisk syn brukar ein ikkje sin eigen kultur som målestokk for andre. Alle handlingar, utsegn og fenomen vert forstått i forhold til lokal kontekst og samanheng. Empati kan tolkast som forsøk på å vera open og sjå, lære og lytte mest mogeleg for den andre sine forutsetningar, og sjå korleis ting ser ut "frå innsida" med andre sitt blikk (Dahl, 2013, s. 73-74).

### 3.2.1 Å forstå andre

Gjennom eit liv samlar vi opp store mengder erfaringar gjennom våre omgivadar. Personar som lever i same kultur, kan få dei same oppfatningane av situasjonar etter kva dei har erfart frå omgivnadane deira. Når personar frå to ulike kulturar møtest, vil ein dermed kanskje ikkje ha same oppfatning av ulike situasjonar. Som nordmann vil ein kanskje forstå kvifor ein anna nordmann assosierer påske med hyttetur, kvikklunsj, appelsin, sol, snø og ski. Ein som kjem frå Kina vil nok ikkje kunne forstå kvifor nordmenn har denne assosiasjonen. Frå tidlegare erfaringar skapar vi mentale skjema som vi brukar for å konstruere og sende meldingar, ta imot og forstå andre sine meldingar. Når to personar frå same kultur, i dette tilfellet to nordmenn, kommuniserer om påske og hyttetur, treng ein ikkje å beskrive ein kvar handling i detalj for å bli forstått. Vi har erfaringar gjennom omgivnadane våre som hjelper oss til å forstå kva den andre meiner (Dahl, 2013, s.272-273). Vi har kulturelle verdier som ofte er meir synleg for den som kjem utanfrå, enn for den som lev innanfor fellesskapet. Forskar Geert Hofstede har lagt fram fire kulturelle verdier som kan ha felles tendensar i ulike land. Ein av desse verdiane dreier seg om kor stor grad det er akseptert at maktfordelinga i

institusjonar og organisasjonar er ulikt fordelt. (Dahl, 2013, s.49).

### **3.2.2 Kulturelle konflikter**

Kulturelle konflikter kan førekomme når den eine eller begge partar har utilstrekkeleg forståing for kvarandre sin kultur. Manglande evne til empati og manglande vilje til å setje seg inn i den andre sin situasjon eller posisjon kan dermed vere grunn til kulturkonflikter. Dette kan skape direkte misforståingar, mistru til motiv og manglande forståing av argument og posisjonar. Ofte når ein møter kulturelle konflikter, kan ein tenke at det er kulturen som er bakgrunnen for konflikten. Det ein ikkje tar med i betraktning, er at det som oftast er utilstrekkeleg forståing som ligg bak konflikten, og ikkje sjølv kulturen. Dette kan vere motsetningar mellom interesser, verdiar, relasjonar og makt (Dahl, 2013, s.286-289).

### **3.2.3 Religion**

Religion er ofte å sjå i kulturelle samanhengar, og det kan ha både positive og negative verknader ved sjukdom. Dei positive verknadene kan vera at religion gir mening til liding, bidreg til trygghet og sikkerheit, og bidreg til mestring av kronisk sjukdom og sviktande helse. Det er derfor svært viktig at helsearbeiderar alltid viser omsyn til pasienten sin religion og mogelegheit for å praktisere den, sidan det kan ha stor innverknad på vedkommande sin oppleving av situasjonen (Hanssen, 2005, s.26-27).

### **3.2.4 Hierarki**

Hierarki kan definerast som noko som skal rangerast i forhold til kvarandre, og er med på å skape eller utgjere sosial ulikheit. Det som pregar eit hierarkisk samfunn er at det er stor forskjel mellom topp og botn. Det kan også vera mange underordna i forhold til dei overordna, som er på topp og bestemmer. Sosial ulikheit og hierarki er noko ein kan finne i dei aller fleste samfunn. Kor strekt samfunnet ber preg av hierarki, kan sjåast på kva som skil folk og folk sine moglegheiter til å endre sin sosiale plassering og kommunikasjon på tvers av trinna. Graden kor sterkt prega samfunnet er av hierarki, varierer ut i frå kvar ein er (Tjora, 2015).

## **3.3 Etikk**

Etikk vert ofte tolka som læra om moral, der ein vektlegg moralske verdiar, normer og holdningar. Føremålet med etikken er korleis ein bør handle. Her ser ein gjerne på kva som er rett eller galt, god eller dårleg, og tillateleg eller utillateleg (Sagdahl, 2015). Kari Martinsen er ein norsk sjukepleiefilosof som tek for seg teori om det etiske og filosofiske grunnlaget for sjukepleie. I teorien sin legg Martinsen vekt på at omsorg handlar om relasjon mellom to menneske, der relasjonen bygger på

felleskap, solidaritet og gjensidigheit utan forventning om å få det same igjen. Omsorg vert vist gjennom handlingar i praksis (Kirkevold, 2014). Etikkk er svært sentralt og viktig for utøving av sjukepleie, fordi sjukepleie er noko ein utøver i moralsk og etisk verksemd (Nortvedt, 2012, s.11). Prinsipp som er viktige i utøving av sjukepleie er velgjerd, ikkje skade, respekt for autonomi, barmhjertigheit og rettferdigheit (Nortvedt, 2012, s. 95-99).

### **3.3.1 Velgjerdsprinsippet**

Eit grunnleggande fundament i sjukepleie og alt helsearbeid, er å handle i pasientens beste interesse. Som sjukepleiar i Noreg lærer ein at ein skal følgje velgjerdsprinsippet, som dreier seg om nettopp dette. Ein skal jobbe for både å ville og etter beste evne gjera det som er best for pasienten, og det pasienten ynskjer. I Noreg er velgjerdsprinsippet også lovpålagt, der det vert uttrykt i Helsepersonellova. Velgjerdsprinsippet handlar ikkje berre om at ein skal gjera det beste for enkeltpersonar, men ein skal også sjå heile situasjonen og skape mest mogeleg velferd og helsegode for flest mogeleg personar ut i frå kor knappe ressursar ein har. Det vert også sett krav i velgjerdsprinsippet at ein skal kunne vise innleving for korleis andre menneske sin situasjon er, og at vi skal oppfylle dei krava som følgjer, aktivt delta og ta ansvar for andre si livsskjebne (Nortvedt, 2012, s.96).

### **3.3.2 Ikkje skade-prinsippet**

Ikkje skade-prinsippet kan ein forklare som kva ein ikkje skal gjera mot pasienten, og det vert rekna som eit prinsipp som skal beskytte pasienten mot dårleg praksis og feilbehandling. Prinsippet dreier seg også om at ein skal minimalisere pasienten sin smerte og ubehag, der ein må tenke på lindring og ivaretakande omsorg. Dette vil seie at i situasjonar der ein må gjere handlingar og prosedyre som kan gjere vondt for pasienten, må ein utføre dei så varsamt og skånsamt som mogeleg for å minimalisere at pasienten opplever ubehag og smerte. Ikkje skade-prinsippet kan ein dermed sjå på som eit prinsipp for skånsamheit og omtanke i pleiehandling, og godt sinnelag og handlag. Med andre ord seier det noko om korleis du skal oppføre deg, vise empati og være varsam, og kva du ikkje skal utsette pasienten din for (Nortvedt, 2012, s.96-97).

### **3.3.3 Autonomiprinsippet**

Autonomiprinsippet kan forklarast med at kvart menneske skal ha mogelegheit til å bestemme over seg sjølv og sin behandling, der menneske vert rekna som eit sjølvbestemmande (autonomt) vesen. Autonomiprinsippet vert rekna som det viktigaste prinsippet for utøving av sjukepleie, der ein skal la pasienten, dersom han eller ho er kompetent til det, sjølv få bestemme over eiga behandling og pleie, inkludert retten til å nekte hjelp (Nortvedt, 2012, s.97-98).

### 3.3.4 Rettferdighetsprinsippet

Rettferdighetsprinsippet er eit prinsipp som bygger på at pasientar skal ha den same retten på omsorg avhengig av deira pleiebehov og medisinske behov. Dette på trass av deira sosiale status, kjønn, rase, familie og det sosiale nettverket. Rettferdighetsprinsippet tek også for seg at ein skal prioritere riktig med tanke på bruk av ressursar, og ta omsyn til samfunnet sine bruk av ressursar (Nortvedt, 2012, s.98-99).

### 3.3.5 Barmhjertighetsprinsippet

Barmhjertighet er eit ideal som dreier seg om at ein skal yte spontan og nødvendig omsorg ovanfor personar som umiddelbart treng det. Det vert også lagt vekt på at ein skal vera venleg og god. Barmhjertighetsprinsippet vert også forbunde med kristendommens nestekjærleik. I dag ser ein på prinsippet som ei påminning om at ein kan ta individuelle omsyn til den enkelte pasienten, også når ein står i situasjonar der det er vanskeleg å prioritere (Nortvedt, 2012, s.99).

## 3.4 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar er norske retningslinjer utvikla av Norsk

Sjukepleiarforbund, der dei beskrive sjukepleiarane sin profesjonsetikk og legg fram kva som skal til for å utøve god sjukepleiepraksis. Dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar er noko som bygger på prinsippa i International Council of Nurses (heretter omtalt som ICN) sine etiske reglar, og menneskerettighetene som er laga av SN. Grunnen for at yrkesetiske retningslinjer har vorte oppretta, vert forklart med at menneske sjølv og respekten for det enkelte menneske sitt liv og verdigheit skal prege sjukepleiarane sin praksis. Sjukepleiefaget skal også basere seg på omsorg, barmhjertigheit og respekt for menneskerettighetane. Det vert også lagt vekt på kva ein skal strekke seg etter for å sikre ein god praksis som sjukepleiar, med tanke på møte med pasienten, pårørande, medarbeidarar, arbeidsplass og samfunnet. Den fundamentale plikta i sjukepleiarane sitt arbeid vert også beskrive som å fremme helse, førebygge sjukdom, lindre liding og sikre ein verdig død. Under punkt 2. "Sjukepleiaren og pasienten" i dei yrkesetiske retningslinjene kjem det også fram at sjukepleiaren skal ivareta pasienten sin verdigheit og integritet, der ein har rett på heilheitleg sjukepleie, rett til å vera medbestemmande og retten til å ikkje bli krenka. I ICN sine etiske reglar for sjukepleie vert det også vektlagt at ein skal vise respekt og yte sjukepleie uavhengig av alder, hudfarge, tru, kultur, funksjonshemming eller sjukdom, kjønn, seksuell legning, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I følgje Timothy Daka, jordmor ved sjukehuset i Livingstone, fortel han i ein samtale at sjukepleiarane i Zambia får nøye og god opplæring om etikk i Zambia. Han fortel også at sjukepleiarane si undervisning tek

utgangspunkt i yrkesetiske retningslinjer utvikla av General Nursing Council of Zambia, som igjen tek utgangspunkt i ICN sine etiske reglar.

## **3.5 Forskingsartiklar**

### **3.5.1 "Ethics, culture and nursing practice in Ghana"**

Studiet er gjennomført for å fastslå korleis sjukepleiarar i Ghana reagerer på etiske og kulturelle problem i deira praksis. Det blei føretatt kvantitativ metode, der dei intervjuar 200 sjukepleiarar. Sjukepleiarane vart introduserte for nokre ulike situasjonar, der dei skulle velje om dei var einige, ueinige eller usikre på valet som var gjort i det etiske dilemmaet. Studiet tek for seg ulike situasjonar som er tatt utgangspunkt ut i frå dei etiske retningslinjene til ICN. Ut i frå undersøkinga viste det seg at sjukepleiarane som deltok ikkje alltid valde det alternativet som stemmer overeins med dei yrkesetiske retningslinjene. Det blei også konkludert med at det kulturelle miljøet, institusjonen og religion spela inn i dei etiske dilemma (Andrews & Donkor, 2011).

### **3.5.2 "Student exchange for nursing students: Does it raise cultural awareness? A descriptive, qualitative study"**

Studiet er gjennomført i Sverige i 2013, der dei intervjuar 9 sjukepleiarstudentar som enten skal eller har vore på utveksling. Målet med studiet var å finne ut av kva svenske sjukepleiarstudentar sine oppfatningar og erfaringar før og etter utveksling var. Forfattarane grunn gav årsaken til studie med at sjukepleiarar har for lite kulturell kompetanse og kulturell bevisstheit, og at dette er noko som blir meir og meir viktig ferdigheit som sjukepleiar. I artikkelen kjem det fram ein påstand at europeiske sjukepleiarstudentar har for liten kunnskap når det kjem til møte med eit multikulturelt samfunn. I studiet kom det fram at sjukepleiarstudentane som deltok på utveksling viste betre forståing for kulturelle ulikskapar, og at dei utvikla seg til å bli sterkare både fagleg sett og personleg (Bohman & Borglin, 2014).

### **3.5.3 "Topics Norwegian Nursing Students are Concerned with during Clinical Placement in an African Country: Analysis of Reflective Journals"**

Denne forskingsartikkelen handlar om norske sjukepleiarstudentar på utvekslingsprogram i Afrika. Elevane var plasserte i tre ulike land, Sør-Afrika, Botswana og Tanzania. Dei 197 studentane som deltok har skriva til saman 350 refleksjonsnotat der dei skildrar ulike situasjonar frå sin praksis. Desse notata blei delt opp under 7 kategoriar: mangel på omsorg, dårleg administrativ fordeling, mangelfull kommunikasjon, inkompetanse, positive opplevingar, utilstrekkeleg hygiene og fattigdom. Det kjem tidleg fram i artikkelen at dei norske sjukepleiestudentane ser på utøvinga av arbeidet til dei

afrikanske sjukepleiarane som negativt, og dei vert sett under negative kategoriar. I studiet blir det også peika ut at det på den andre sida også kan ha noko med studentane sin mangel på kulturell kompetanse og tendens til å vera fordomsfulle ovanfor dei lokale sjukepleiarane (Hovland, Johannessen, & Steen, 2014).

#### **3.5.4 "Practice what you preach: Nurses perspectives on the code of ethics and service pledge in five South African Hospitals**

Forskningsartikkelen er frå Sør-Afrika, der dei har teke for seg fem ulike sjukehus med 69 sjukepleiarar. Formålet med forskinga er å svare på kva sjukepleiarane sin oppfatning av ICN sine etiske retningslinjer og deira syn på moderne etisk praksis. Undersøkinga føregjekk i form av spørjeundersøking, der dei tok for seg ein skala for å rangere svara. Konklusjonen i artikkelen var at ved å fortsette med undervisning om etikk og påpeike systemmanglar i helsesystemet, ville ein styrke sjukepleiaren sin faglege utvikling og avgjerslene deira til å svare på etiske spørsmål (Phakoe, Rispel & White, 2015).



## 4.0 Drøfting

### 4.1 Situasjon nummer ein

*På ein legevisitt deltok det ein mannleg lege, ein kvinneleg sjukepleiar og fem sjukepleiarstudentar. Rommet legevisitten føregjekk på var stort, og utan verken skiljeveggar eller gardiner for å kunne gje pasientane privatliv. Legen og sjukepleiaren som hadde legevisitten saman tok for seg pasient for pasient, der dei snakka høglydt om kva sjukdom pasientane var innlagde for. På den eine fødeavdeling møtte vi ei dame som hadde måtta tatt keisarsnitt ved fødselen, fordi ho hadde ei stor kjønnsvorte som gjorde det umuleg å føde vaginalt. Rundt henne låg det fleire pasientar med store auge og lytta til kva som vart fortalt under legevisitten. Legen ville også ta med seg pasienten inn på eit eige undersøkingsrom for å vise alle sjukepleiarstudentane korleis kjønnsvorta såg ut, for læringsutbyttet sin del. Dette var sjukepleiaren ueinig i, og sa at ein måtte skjerme henne for det. Når legen skulle gå igjennom resten av diagnosane til pasienten, viste det seg at ho også hadde HIV. Når legen skulle forklare oss dette, blei han plutsleg veldig redd for å snakke høgt, og kviskra det slik at ingen uønskte skulle høyre diagnosen. Eg hadde litt vanskar med å høyre kva han sa, og spurte legen og sjukepleiaren om dei kunne gjenta det. Då skreiv sjukepleiaren det ned på eit ark, og både sjukepleiaren og legen starta å forklare oss kva teieplikt var, kor utruleg viktig det var med teieplikt, og at ein måtte prøve å halde pasientane sine diagnosar mest mogeleg skjult for dei andre pasientane.*

#### 4.1.1 Analyse og drøfting

Denne situasjonen fekk meg for det første til å tenke kvifor legen handla som han gjorde. I den eine augeblinken kunne han stå og brette ut om diagnosar som er veldig intime framfor ei heil avdeling, og i den andre augeblinken måtte han skrive ned ein anna diagnosen på papir. Legen og sjukepleiaren visste veldig godt kva teieplikt var, så kvifor blei den eine diagnosen behandla med teieplikt og ikkje dei andre? Ein grunn for dette kan vera at HIV kanskje vert sett på som tabubelagt diagnose i Zambia, og at legen følte det gikk under teieplikta. Men kvifor blei ikkje dei andre diagnosane inkludert under teieplikta? Er det slik at ein må ha svært alvorlege diagnosar for at dei skal bli skjerma av teieplikta?

#### 4.1.2 Møte med ny kultur

Når ein møter ein ny kultur, vil det vera naturleg at ein kjem opp i ulike situasjonar ein ikkje forstår seg på. For å forstå handlingane må ein trenge bak ytringsformene, noko ein kan gjere ved å sette seg inn i verdiar, normer, tankemåtar, religion og prioriteringar, og ting som ikkje utan vidare er synlege.

Vi har ulike kulturelle kodar ut i frå kva kultur ein høyrer til, noko som igjen fører til at vi tolkar og oppfattar situasjonar ulikt (Dahl, 2013). Forsking har tidlegare vist at norske sjukepleiarstudentar på utveksling i afrikanske land har for lite forståing for kulturelle forskjellar (Hovland, Johannessen, & Steen, 2014). Korleis kan eg som norsk sjukepleiarstudent dermed forstå meg på desse handlingane?

Etter å ha deltatt på legevisitt på firemannsrom på sjukehus i Noreg, har eg sjølv sett at det kan vera vanskeleg med å få skjerma all informasjon om pasienten. Det kan vera trøgt om plassen, gardiner som forheng og tett på andre pasientar. Ein snakkar slik at pasienten sjølv får med seg kva som blir sagt, men nokre tynne gardiner kan ikkje hindre at pasienten i nabosenga får med seg akkurat den same informasjonen. I fleire tilfelle frå sjukehus i Noreg opplevde eg pasientar som låg og lytta til legevisitten i nabosenga, for så å spørje naboen om når han/ho fekk reise heim, eller kva undersøkingar ein skulle på i dag. På den andre sida prøver legane og sjukepleiarane heile tida å skjerme så godt dei kan at konfidensiell informasjon ikkje kjem ut, og tek heller med seg pasientane inn på eit eige rom dersom dei skal ta opp sårbare tema. Dette kan dermed vera ei utfordring i Noreg. Men er dette noko zambiske sjukepleiarar også ser på som ei utfordring? Eg fekk ikkje inntrykk at det var eit problem for dei zambiske sjukepleiarane, i deira auge overhaldt dei teieplikta med å skrive ned at kvinna hadde HIV, i staden for å seie det slik at pasientane i nabosenga kunne få det med seg. Kva då med legen, held han teieplikta då han snakka høgt om kvinna si kjønnsvorte?

I følge ICN sine etiske reglar, som både zambiske og norske yrkesetiske retningslinjer tek utgangspunkt i, skal sjukepleiarar ivareta pasienten sin verdigheit og integritet, rett til å vera med å bestemma og retten til å ikkje bli krenka (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Er dette tilfellet i strid med ICN sine etiske reglar, eller er det berre slik ein skal godta på grunn av normene på sjukehuset? I Noreg lærer vi på sjukepleiestudiet at vi skal handle i pasienten si beste interesse, som kjem fram i velgjerdsprinsippet. Ein skal jobbe for å ville og etter beste evne gjera det beste for pasienten, og det pasienten ynskjer (Nortvedt, 2012). Det syns eg den zambiske sjukepleiaren stod opp for då legen spurte om han kunne få ta med seg pasienten inn på eit eige undersøkingsrom og vise kjønnsvorta til alle sjukepleiarstudentane. Sjukepleiaren viste at ikkje alle tenkjer likt på avdelinga, og at det var rom for andre alternativ. Til slutt får ein likevel ein krenka pasient, men kanskje ikkje i like stor grad som det kunne vore dersom ein ikkje hadde hatt den enkelte sjukepleiaren som sa nei.

For å forstå meg på desse handlingane har det vore viktig for meg å spørje i ettertid av hendelsen kvifor ting blir gjort på denne måten. Handlar det om økonomi? Hierarki? Religion? Normer og verdiar? Kultur? I følge svensk forskning om sjukepleiestudentane som var på utveksling, viste dei at europeiske sjukepleiarstudentar har for liten kunnskap om kultur i møte med eit multikulturelt

samfunn. Resultatet i forskinga viste at ein fekk betre forståing for kulturelle ulikskapar etter utveksling (Bohman & Borglin, 2014). Sjølv føler eg at eg har fått betre forståing, men nokre handlingar til enkelte sjukepleiarar kan framleis vera vanskeleg å forstå. Det har vore viktig for meg å prøve å vise empati for sjukepleiarane, og sjå på situasjonar eg har vore usikker på med eit kulturell relativistisk syn (Dahl, 2013). Etter å ha spurt sjukepleiarane eller diskutert saman med medstudentar har eg sjølv trekt litt konklusjonar, der eg ser at oppførselen til enkelte helsepersonell handlar mykje om normene og verdiane ved dei ulike avdelingane. Det har vore fleire episodar der eg ikkje har forstått kvifor og korleis ein sjukepleiar kan handle som ho gjer. Det er derimot veldig godt å sjå at sjukepleiaren også vernar pasienten med autonomiprinsippet, som dreier seg om at mennesket skal få vera eit sjølvbestemmande vesen, og sjølv få bestemme over eiga behandling og pleie (Nortvedt, 2012). Ved å hindre legen i å bruke kvinna for å utnytte læresituasjonen og vise fram kjønnsvorta hennar, fekk sjukepleiaren beskytta kvinna mot ei handling ho kanskje ikkje ville gjennomført frivillig.

## 4.2 Situasjon nummer to

*På den eine kirurgiske avdelinga vi hadde praksis på, deltok vi på ein legevisitt der det var rundt fem legar, tre sjukepleiarar, og femten sjukepleiarstudentar. Pasienten vi var på visitt til låg på eit rom med 23 andre pasientar. Pasienten var ei gravid kvinne i 30-åra. Ho hadde skadd seg då ho sat på lasteplanet til ein lastebil. Lastebilen køyrde i høg fart, og ho fekk ei maistønne over foten. Dette resulterte i amputasjon av halve fotsåla, altså forfotregionen og tåregionen. Under legevistten stod legane og sjukepleiarane og forklarte alle studentane korleis skaden hadde skjedd og korleis tilstanden var no. Kvinna låg med sterke smerter, ropa og gret medan legane og sjukepleiarane såg på såret hennar. Såret såg ut som eit opent kjøttsår, der det ikkje var gjort noko forsøk på å sy saman huden for å unngå infeksjon. Då den eine sjukepleiaren tok av bandasjen på såret, byrja kvinna å skrike enda meir. Då kommenterte ein av legane at "dette er Afrika, tenk å vere så dum å sitte på lasteplanet fullt med tønner". Resten av personalet og studentane braut ut i latter, medan ho fortsatt låg i senga og skreik.*

### 4.2.1 Analyse og drøfting

Dette var ei hending som sjokkerte meg veldig, eg har aldri før opplevd at det blir gjort narr av ein pasient. Korleis det er mogeleg å gjere narr av ein pasient når ho ligg med sterke og tydelege smerter? I møte med ny kultur kan det oppstå kulturelle konflikter fordi ein har utilstrekkeleg forståing for den andre parten sin kultur (Dahl, 2013). Kvifor reagerte eg så forskjellig frå dei andre som deltok på legevisitten? Å forstå andre frå ein annan kultur kan vera krevjande fordi vi ikkje har

dei same erfaringane. Personar som lever i same kultur vil meir sannsynleg ha ei meir lik oppfatning av situasjonen enn meg som kjem frå ein heilt anna kultur (Dahl, 2013). Dette kan vera med å forklare kvifor dei lo medan eg vart sjokkert, men kvifor blei det ikkje gjort noko for at pasienten kunne få betre smertelindring?

#### 4.2.2 Økonomi

Zambia er eit av verdas fattigaste land, noko som også pregar korleis sjukehuset kan fordele sine ressursar (Zambias befolkning, 2015). Afrika står for ein fjerdedel av verdas sjukdomsbilete, men har berre tilgang på 1% av verdas finansielle ressursar (Enggjorm, Lie, Scheel & Schmidt, 2011). Det at ein har så lite tilgang på økonomiske ressursar var noko vi kunne merke godt på sjukehusa i Zambia. Medisinar var ikkje noko sjølvfølgje å få når ein hadde behov for det. Dette kan forklarast ut i frå normene på avdelinga, der dei hadde faste tidspunkt for utdeling av medisinar, som blei strengt følgt opp. Dersom det var tomt for medisinar, så var det tomt, og ikkje noko ein kunne gjere noko med. Ettersom 74,3 % av Zambia sin befolkning lev under SN si fattigdomsgrense, var det heller ikkje enkelt for pasientane å skaffe medisinar på eigenhand (Ekstrem fattigdom i Zambia, 2015). Rettferdigheitsprinsippet peikar ut at ein skal prioritere riktig med tanke på bruk av ressursar, og ta omsyn til samfunnet sin ressursbruk (Nortvedt, 2012). Dette prinsippet er noko ein kan sjå at dei zambiske sjukepleiarane var vande med å handle ut i frå. At kvinna i denne situasjonen ikkje fekk smertelindring, trur eg kan ha årsak i den økonomiske situasjonen i landet. Å kjenne til den økonomiske tilstanden i landet har vore med på å gi meg ei betre forståing for kvifor sjukepleiarane ikkje kan yte meir for å lindre smertene. Noko eg framleis ikkje klarer å forstå, er kvifor det var greitt å le av denne kvinna som låg der i sterke smerter? Er dette brot på omsorg?

#### 4.2.3 Etikk

Kari Martinsen påpeikar i sin omsorgsteori at omsorg handlar om relasjon mellom to menneske, og at det vert vist gjennom handlingar i praksis (Kirkevold, 2014). Sjukepleiarane ved legevistitten var der for å hjelpe pasienten med sårstell og delta under legevisitten. Men kvifor lo dei av henne? Er dette etisk rett? Etikk dreiar seg om kva som er rett eller gale (Sagdahl, 2015). Som nemnt tidlegare vert sjukepleiarane i Zambia på same måte som i Noreg lært opp etter ein edel sjukepleieetikk, og har strenge føringar ut i frå ICN sine etiske reglar. Denne situasjonen følte eg sjølv bryt med fleire av dei etiske prinsippa og reglane vi lærer om gjennom studiet. Barmhjertighetsprinsippet går ut på å gje nødvendig hjelp til personar som treng det. Eg kan ikkje sjå at ho vart teke vare på i høve til barmhjertighetsprinsippet, ettersom ho låg i senga med sterke smerter og skreik, utan at det blei gjort mykje for å hjelpe ho (Nortvedt, 2012). På den andre sida veit vi at den økonomiske situasjonen set ein stoppar for kor mykje medisinsk utstyr ein kan bruke. Som sjukepleiar kjem vi opp i

situasjonar der vi må tenke på lindring og ivaretakande omsorg. Dette vil også innebere at vi må vise empati og vere varsam, noko som ikkje-skade prinsippet bygger på (Nortvedt, 2012). Denne situasjonen følte eg gjekk langt over streken samanlikna med kva vi lærer i Noreg om etikk, der vi har stor vekt i utdanning på korleis vi skal oppføre oss ovanfor pasientar. Dette er noko eg tenkjer ikkje er greitt, og langt i frå å vise empati. Eg trur dette vert akseptert på ein anna måte på sjukehuset i Zambia på grunn av hierarkiet, normene, verdiane og økonomiske tilhøve.

I tillegg vil eg påstå at situasjonen strir mot kva ICN sine etiske reglar representerer. Dei legg vekt på at ein som sjukepleiar skal sikre god praksis blant anna i møte med pasienten, medarbeidarar og arbeidsplassen. Sjukepleiaren skal ta vare på pasienten sin verdigheit og integritet, og retten til ikkje å bli krenka. Vi skal vise respekt og yte sjukepleie uavhengig av kva situasjon pasienten er i (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I dette tilfellet oppfatta eg situasjonen som overtramp av dei etiske reglane. Eg opplevde at pasienten blei krenka og helsepersonalet ikkje viste respekt for pasienten, og det var ingen som unnskyldte seg i etterkant av episoden. Kva er det som gjer at enkelte sjukepleiarar gjer slike avgjersler i etiske dilemma?

I følgje forskning om sjukepleiarar i Ghana, viser det seg at sjukepleiarar ikkje alltid vel det handlingsalternativet i etiske dilemma som stemmer overeins med ICN sine etiske reglar. Det kulturelle miljøet, institusjonen og religionen er med å påverke kva val ein tek (Andrews & Donkor, 2011). I følgje forskning utført i Sør-Afrika vil meir undervisning om etikk styrke sjukepleiarar si avgjersle til å svare på etiske spørsmål (Phakoe, Rispel & White, 2015). Ut i frå denne hendinga kan det sjå ut til at både arbeidskulturen og institusjonen sine normer og verdiar har vore med å påverka. Ein av dei kulturelle verdiane som Hofstede har presentert, dreier seg om korleis det er akseptert med ei skeiv maktfordeling i institusjon (Dahl, 2013). Dette kan vere noko som vert lettare akseptert på grunn av eit hierarki som kan gi sosial ulikheit også internt på avdelinga mellom legar, sjukepleiarar og sjukepleiarstudentar (Tjora, 2015). Religion kan ha stor innverknad på korleis pasienten si oppleving av situasjonen er (Hanssen, 2005). Erfaringar frå praksis gav meg inntrykk av at religion også verkar inn på måten sjukepleiarane handlar og tenkjer på, og at dette er ein del av verdigrunnlaget deira.

## 5.0 Oppsummering og konklusjon

Eg har i denne oppgåva sett på korleis eg som norsk sjukepleiarstudent kan prøve å forstå meg på enkelte sjukepleiarar si handling på sjukehus i Zambia. Eg har komme opp i situasjonar som har fått meg til å lure ekstra på kvifor nokre sjukepleiarar handlar som dei gjer. Som student frå eit anna land er det mykje ein kan sjå i løpet av praksisen som ikkje er daglegdags i norske sjukehus. Zambia er eit land der det i 2011 blei brukt 4,8 % av brutto nasjonalprodukt på helse i landet. Målet for 2015 var at 15 % av BNP skulle gå til helse. Eg såg tydeleg at sjukehuset ikkje har tilgang på dei same økonomiske midlane som vi har i vesten. Dette er dessverre noko som ofte kan gå ut over pasientane sitt sjukdomsforløp.

Først og fremst vil eg presisere at dei to situasjonane eg har presentert, er situasjonar der eg reagerte på korleis dei etiske reglane til ICN blei oversett, og at det er slett ikkje slik i alle situasjonar. Dessverre er det slik eg har møtt nokre sjukepleiarar og helsearbeidarar som handlar i strid med ICN sine etiske reglar, men på langt nær alle. Dei ulike handlingane til sjukepleiarane kan også ha årsak i økonomien ved sjukehuset. Det er klart det blir vanskeleg å fordele nokre få gram med smertestillande på ei avdeling med 24 pasientar, der dei aller fleste har store behov for smertestillande. Eg har komme opp i situasjonar eg reagerte på, som har vore prega av kulturelle forskjellar. Ved starten av praksisen min stilte eg meg ein del spørsmål, om sjukepleiarane hadde andre etiske verdiar enn meg, og om dette var noko som representerte alle sjukepleiarar i Zambia. Eg har konkludert med at enkelte handlingar hjå nokre sjukepleiarar er handlingar eg ikkje kan forsvare. Det er derimot mange situasjonar ein kan sjå bakgrunnen for kvifor dei har handla som dei gjer. Dette er ofte på grunnlag av økonomiske tilstandar, organisering av institusjonen, normer og verdiar på avdelingane, religion, hierarki, kultur og kulturforskjellar. Det har vore både utfordrande og spennande å møte ein ny kultur på denne måten, men det har òg gitt ei veldig god og lærerik erfaring.

## 6.0 Bibliografi

- Andrews, L. D. & Donkor, N.T (2011). Ethics, culture and nursing practice in Ghana. *International Nursing Review*, 58, 109-114. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2010.00852.x.
- Bohman, D. M. & Borglin, Gunilla. (2014). Student exchange for nursing students: Does it raise cultural awareness? A descriptive, qualitative study. *Nurses Education in Practice*, 14 (2014), 259-264. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.11.006>
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker – Innføring i interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ekstrem fattigdom i Zambia. (2016). *Globalis*. Henta frå [http://www.globalis.no/Land/Zambia/\(show\)/indicators/\(indicator\)/478](http://www.globalis.no/Land/Zambia/(show)/indicators/(indicator)/478)
- Enggjom, H., Lie, S. O., Scheel, I. B. & Schmidt, G. (2011). Gode helsetjenester forutsetter et fungerende helsesystem. *Tidsskriftet for den norske legeforening*. 131:1663-6. DOI: 10.4045/tidsskr.11.0746
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hovland, O. J., Johannessen, B. & Steen, J. J. (2014). Topics Norwegian Nursing Students are Concerned with during Clinical Placement in an African Country: Analysis of Reflective Journals. *International Journal for Human Caring* 2014; 18(3): 7-14. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=e2dd2502-613b-426b-8093-9424a7c6af%40sessionmgr1>

Kirkevold, M. (2014). Sykepleieteori. *Store Medisinske Leksikon*. Henta frå <https://sml.snl.no/sykepleieteori>

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Oslo: NSF.

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Phakoe, M., Rispel, L. C. & White, J. (2015). Practice what you preach: Nurses perspectives on the code of ethics and service pledge in five South African hospitals. *Global Health Action*, 8: 26341. DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.26341>

Sagdahl, M. (2015). Etikk. *Store Norske Leksikon*. Henta frå <https://snl.no/etikk>

Tjora, A. (2015). Hierarki. *Store Norske Leksikon*. Henta frå <https://snl.no/hierarki>

Tjora, A. (2015). Sosial ulikhet. *Store Norske Leksikon*. Henta frå [https://snl.no/sosial\\_ulikhet](https://snl.no/sosial_ulikhet)

Zambias befolkning. (2015). *Store norske leksikon*. Henta frå [https://snl.no/Zambias\\_befolkning](https://snl.no/Zambias_befolkning)



