

Bacheloroppgave

Gruppe 19

Eksamen SYKHB008

*Bachelor i Sykepleie.
Høgskolen Stord/Haugesund, avdeling Haugesund.
Våren 2008*

Antall ord: 11082

Innholdsliste

1 Tema.....	4
1.1 Problemstilling	4
1.1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling	4
1.1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling	5
1.2 Klargjøring av sentrale begrep	6
2 Definisjon av metode	8
2.1 Valgt metode	8
2.2 Metodens sterke og svake sider.....	9
2.3 Hvilke data benyttes	9
2.4 Hvordan innhentes data.....	9
2.5 Hvordan bearbeides data	10
2.6 Etske aspekter ved gjennomføring av prosjekt	10
3 Sykepleieteori.....	11
3.1 Presentasjon av teoretiker.....	11
3.2 Kari Martinsen sin omsorgsteori	11
3.3 Kari Martinsen sitt syn på sykepleie	12
3.4 Teoriens relevans for oppgaven	12
4 Presentasjon av teori	14
4.1 Den ikke-vestlige pasienten	14
4.1.1 Økende pasientgruppe	14
4.1.2 Kultur.....	14
4.1.3 Helse i et kulturelt perspektiv	14
4.1.4 Helse blant innvandrere	15
4.1.5 Forskjellig mestringsstil	15
4.2 Etnosentrisme og kulturel relativisme.....	15
4.3 Samarbeid mellom sykepleier og pasient	16
4.3.1 Kultursensitiv sykepleie	16
4.3.2 Kulturell trygghet	16
4.3.3 Kulturell datasamling og forhandling	17
4.3.4 Bruk av tolk	17
4.4 Hjemmesykepleie	18
4.4.1 Respekt	18
4.4.2 Omsorg	19
4.5 Kvalitet	19
4.5.1 Kvalitetsforskrift.....	19
4.5.2 Forsvarlighet.....	20
4.5.3 Livskvalitet	20
5 Drøfting.....	21
5.1 Helsetjenester til innvandrere.....	21
5.1.1 Likeverdige helsetjeneste	21
5.1.2 Tilrettelegging for å oppnå likeverdighet	22
5.1.3 Ingen særbehandling eller kulturelt differensiert tilbud	23
5.1.4 Kommunikasjon og tolk	23
5.2 Sentimental omsorg og overfor mynderi.....	25
5.3 Etnosentrisme kontra kulturel relativisme	26
5.4 Kulturell trygghet	27
5.4.1 Individ og fellesskap.....	27
5.4.2 Metode for å oppnå kulturell trygghet.....	28

5.5 Kultursensitiv sykepleie	29
5.6 Viktige faktorer i helsearbeid med innvandrere	30
5.6.1 Kulturkunnskap	30
5.6.2 Migrasjonskunnskap	31
5.6.3 Rasisme.....	31
5.7 Hjemmesykepleie eller familieomsorg.....	32
6 Konklusjon	33
7 Litteraturliste.....	34
8 Vedlegg 1	36

1 Tema

Lov om helsepersonell (1999) sier at all helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull. Dette innebærer et krav som har en juridisk, faglig og omsorgsfull dimensjon (Fjørtoft, 2006).

Innvandrerbefolkningen i Norge var 1. januar 2006, 387 000 personer. Det utgjør 8,3 prosent av Norges befolkning. 180 000 personer i Norge har utenlandskfødte foreldre, disse er ikke regnet med i statistikk over innvandrerbefolkningen. (Eriksen og Sørheim, 2006). Innvandrere som kommer fra andre vestlige land, returnerer etter en tid tilbake til eget land. Ikke-vestlige innvandrere er den gruppen som oftest kommer til Norge for å bli her resten av livet (Magelssen, 2005). Dette vil trolig føre til en økning i antallet ikke-vestlige pasienter i helsevesenet. Behovet for sykepleiere med utvidet kjennskap til ulike kulturer vil dermed også øke. Det er nødvendig å se nærmere på, og eventuelt forbedre rutiner, i møtet med pasientgrupper som mangler kjennskap til hvordan det norske helsevesenet fungerer.

De yrkesetiske retningslinjene (2007) for sykepleiere sier at en sykepleiers oppgave er å ivareta pasientens integritet. Videre blir det beskrevet at pasienten har rett til helhetlig omsorg, til å være med å ta beslutninger og til å ikke bli krenket. For kunne imøtekomme etiske retningslinjer må arbeidet vårt bære preg av kultursensitivitet og praxis sier Magelssen (2005). En sykepleier som jobber i hjemmetjenesten møter mange ulike pasienter. Møtet med pasienter som har en veldig ulik kulturbakgrunn enn en selv, kan være ekstra utfordrende og by på flere problemer. Kommunikasjon kan være vanskelig, og ofte har pasientene en veldig annerledes oppfatning av begrepene helse og sykdom enn nordmenn.

1.1 Problemstilling

Hvordan kan en sykepleier gi forsvarlig og individuell omsorg til pasienter i hjemmetjenesten som har en ikke-vestlig innvandrer bakgrunn?

1.1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling

Bakgrunnen for mitt valg av pasientgruppe er interessen for å utvikle kompetanse rundt møtet mellom sykepleier og mennesker med en fremmed kulturbakgrunn. Jeg har møtt flere pasienter som kommer fra ikke-vestlige land i min arbeidserfaring fra hjemmetjenesten. Disse møtene var ofte vanskelige fordi kommunikasjonsmulighetene var svært begrenset. Arbeidsforholdene var krevende

med tanke på knapphet av tid og mangel på kvalifisert personell. Dermed ble det ikke tid til å reflektere over forbedringsmuligheter, og eventuelt involvere andre fagpersoner som tolketjenesten. I følge media kan det se ut til at dette er et problem i flere kommuner enn bare den jeg jobbet i. Det førte til et ønske om å se nærmere på ikke-vestlige innvandrere og samhandling med sykepleier i hjemmetjenesten. Jeg vil finne ut hvordan man kan oppnå forsvarlig sykepleie, og hvordan man kan gi individuell omsorg til pasientgruppen.

Jeg har tilbrakt flere år av min barndom i Afrika, uten at jeg av den grunn kan påberope meg ekspertise av noe slag. Grunnen til at jeg nevner bakgrunnen min, er at det nok har skapt en interesse for fremmede kulturer hos meg. Forhåpentligvis også en økt toleranse og vilje til å ha et kultursensitivt, og kulturelt utgangspunkt i min fremtidige utførelse av sykepleie.

1.1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Som følge av begrensninger i tid og ord-mengde til forskning og utførelse av oppgave, har jeg måtte gjøre valg i forhold til innhold i oppgaven. Det er ikke mulig å beskrive møtet med enkeltindivider fra alle ulike kulturer som er representert i hjemmesykepleien i Norge. Jeg forsøker derfor å gi en overordnet og generell rettesnor på hvordan møtet mellom sykepleier og ikke-vestlig innvandrer kan bli positivt. Dette gjør jeg ved se nærmere på hvordan en oppnår forsvarlig sykepleie, og hvordan en kan gi en opplevelse av god og individuell omsorg. Jeg beskriver ikke spesielle kulturer eller kulturelle handlinger som egne temaer. Men det kan bli nødvendig å nevne enkelte kulturelle særpreg, for å beskrive ulike problemstillinger. Terminalomsorg til ikke-vestlige innvandrere går jeg ikke spesielt inn på i oppgaven, selv om det er en del av hjemmesykepleiens oppgaver. Jeg anser temaet som omfattende, og følte ikke det ble riktig å beskrive dette på en overfladisk måte.

Oppgaven omhandler norsk sykepleier, som for enkelhets skyld omtales som hun. Den andre parten i oppgaven er innvandrer(e), som omtales som pasienten(e). Jeg omtaler pasienter med ikke-vestlig opprinnelse i denne oppgaven. Valget av begrepet ikke-vestlig, henger sammen med at det er benyttet i mye av litteraturen som danner bakgrunnen for denne oppgaven. Dessuten syntes jeg betegnelsen gir et god inntrykk av den forskjellen det er på mennesker, uten å virke rasistisk eller diskriminerende. Jeg har i tillegg valgt å bruke ordet pasient i oppgaven, isteden for andre ord som bruker eller klient.

Det er en ekstra utfordring for sykepleier å skulle utføre profesjonell omsorg hjemme hos pasienter.

I hjemmesykepleien må sykepleier vise respekt og ydmykhet overfor det enkelte hjemms verdier, regler og tradisjoner (Fjørtoft, 2006). En nyutdannet sykepleier skal ha kjennskap til og kunne imøtekomme kommunehelsetjenestens krav til mangfoldighet, men også spesialisthelsetjenestens krav til spesialisering (Jakobsen, 2005). Settingen for samhandling i oppgaven er hjemmesykepleien, her blir sykepleier nødt til å innordne seg etter pasientenes vaner og normer i større grad enn på et sykehus. Jeg går ikke inn i detaljer angående samhandling mellom sykepleier og pasient i den enkeltes hjem, men bruker eksempler for å beskrive ting. Jeg omtaler temaet familieomsorg og ikke-vestlige innvandrere, og ser nærmere på noen av de lover og retningslinjer som gjelder for hjemmesykepleien.

Media har den siste tiden vært opptatt av innsparinger og knapphet på tid i helsevesenet. Temaet er interessant i forhold til hjemmesykepleie til innvandrere. Jeg tror at at god tid til pasienter er en viktig faktor for å skape et godt forhold til alle pasienter. Spesielt viktig er det nok i møtet med ikke-vestlige innvandrere fordi disse ofte har en annen forståelse av begrepet tid. Hanssen (2005) forklarer at tidstilknyttede situasjoner preges av det synet på tid som råder i ulike samfunn. På grunn av begrensninger i ordmengde har jeg likevel valgt å ikke diskutere dette teamet i oppgaven.

1.2 Klargjøring av sentrale begrep

- ⊕ *Migranter* er mennesker som flytter inn- og ut fra et land til et annet. Migrasjonen kan være midlertidig eller permanent. Begrepet omfatter flyktninger, asylsøkere og innvandrere, men brukes ikke om studenter og turister (Eriksen og Sørheim, 2006).
- *Innvandrere* er personer med utenlandsfødte foreldre, men arbeidsmigranter regnes normalt ikke med i denne kategorien. Begrepet innvandrere defineres ofte ulikt, og man bør vite begrepets avgrensning når det er benyttet i litteratur (Eriksen og Sørheim, 2006).
- *Ikke-vestlige land* innbefatter land fra den tredje verden og land i Øst Europa (Ingebretsen og Romøren, 2005). Mennesker som omtales som ikke-vestlige kommer fra disse landene.
- *Praxis*: «handling med innebygd refleksjon» (Magelssen, 2002, s 23).
- *Mestringsstil* er hvordan en person vanligvis og ofte gir uttrykk for atferd og tilstandslignende reaksjoner overfor nye eller vanskelige situasjoner (Beutler m.fl., sitert i Hausken, 2004).

Helse definerer man på mange ulike måter. I denne oppgaven vektlegges Peter Hjort (1982) sin definisjon av helse: «Helse er evnen til å mestre stress og tilpasse seg livets uunngåelige

vanskeligheter, sykdom, funksjonshemming, ulykker, livsproblemer, konflikter og alderdom. Helse er overskudd i forhold til hverdagens krav» (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug, 2005, s. 35).

2 Definisjon av metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» Aubert, sitert i Dalland, 2000, s. 71).

2.1 Valgt metode

For å finne svar på problemstilling og samle data til denne bachelor oppgaven, er det benyttet litteraturstudie som metode. Litteraturstudie innebærer at man fordypet seg i eksisterende litteratur om emnet man skal skrive om. Deretter velger man ut data som er relevant for egen problemstilling, bearbeider og drøfter funnene. Fordelen med litteraturstudie knyttet til denne oppgaven, er at jeg har oppdaget store mengder litteratur som også er av nyere dato. Ulempene er at det tar mye tid å lese igjennom alt, og at det er vanskelig å velge ut hva som er mest relevant for problemstilling.

Litteraturstudie er en kvalitativ metode. Det som kjennetegner en kvalitativ metode er at man forsøker å finne frem til det særegne ved det man undersøker. Datainnsamlingen gjøres i direkte kontakt med undersøkelses-objektene. Man forsøker å presentere sammenhengen og helheten i det man har undersøkt, og formidle videre en forståelse. (Dalland, 2000).

Bakgrunnen for valg av litteraturstudie som metode, var at litteraturstudie virket som den mest ideelle fremgangsmåten for å finne svar på problemstilling. En kort undersøkelse før jeg startet prosessen med å skrive bachelor oppgave, gav inntrykk av stor tilgang på litteratur om valgt emne. Av praktiske hensyn ble litteraturstudie også den lettest gjennomførbare metoden med tanke på tidsbegrensing. Utførelse av bachelor oppgaven er tidsavgrenset til ca seks uker. Under prosessen med innhenting av data ble intervju vurdert som en mulig metode. Dette kunne belyst temaet på en nær og ekte måte, men på grunn av mangel på intervjuobjekter ble dette nedprioritert.

Min førforståelse til samhandling mellom sykepleier i hjemmetjenesten og ikke-vestlige flyktninger bærer preg av egen erfaring og litteratur jeg her lest. Jeg tror at det er mangel på kunnskaper om denne pasientgruppen blant mange sykepleiere. Erfaringene mine tilsier at forbedringspotensialet er stor når det gjelder samhandlingen, men at det ikke er rasisme eller ondsinnethet som er årsaken til et eventuelt dårlig samarbeid. Årsaken til problemene er trolig mangel på kommunikasjon og følelse av maktesløshet både hos pasient og sykepleier. Håper å kunne bidra til økt forståelse og kompetanse gjennom dette litteraturstudie, både for egen del og for andre lesere.

2.2 Metodens sterke og svake sider

Litteraturstudiets sterke side er at man lærer mye gjennom å samle data som er relevant for oppgaven. Det fører også til at gjennomgangen av litteraturen bidrar til å få frem bredde rundt temaet. Andre fordeler med bruk av litteratur, er at den er tilgjengelig gjennom hele skriveprosessen. En kan gå tilbake og finne flere svar hvis det er behov for det. Litteraturstudiets svake side er at data er tolket av andre. Det vil si at man må stole på at forskning og undersøkelser er relevante, pålitelige og gyldige. En annen svakhet er at man søker i litteraturen etter det som bekrefter egne tanker om temaet. Dette kan føre til at nyanser blir utelatt.

2.3 Hvilke data benyttes

Data som benyttes i denne oppgaven er hentet fra NOVA (Norwegian Social Research). De har en internett side der man kan finne informasjon om forskere, publikasjoner og pågående prosjekter. Det er spesielt to rapporter som har vært relevante for min problemstilling; «Omsorgstjenester med mangfold?» (Ingebretsen, R. og Romøren, T.I., NOVA rapport 9/2005) og «Eldre med innvandringsbakgrunn: tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet» (Ingebretsen, R. og Nergård, T.B., NOVA rapport 13/2007). Jeg henviser også til bøker jeg har lest, litteratur fra pensum i Sykepleierutdanningen og ulike artikler jeg har funnet igjennom søk på internett.

Det har vært viktig for meg å finne de siste publikasjoner om temaet ikke-vestlige pasienter, fordi det utarbeides stadig ny kunnskap på feltet. De to forskningsrapportene fra NOVA som danner en stor del av bakgrunns litteraturen til denne oppgaven, omhandler eldre mennesker. Jeg ser likevel ikke dette som et problem i forhold til relevans til oppgavens problemstilling. Eldre mennesker er den pasientgruppen hjemmesykepleien trolig har mest med å gjøre.

2.4 Hvordan innhentes data

Dalland (2000) sier at kvalitativt orienterte metoder ofte henvender seg til utvalgte grupper eller personer man mener kan bidra med noe spesielt i undersøkelsen. Videre forklarer han at dette kalles strategisk valg, og er det motsatte av systematisk utvelgelse som normalt preger kvantitativ metode. Kjentegnet på god forskning er at man vedkjenner seg dette, og forklarer utvelgelsesprosessen både for seg selv og leser.

Et av mine strategiske valg var fag-tidsskriften «Sykepleien», der jeg har notert en økende interesse for pasientgruppen «ikke-vestlige». I artiklene som publiseres her følger det med litteraturlister. Disse så jeg nærmere på og undersøkte flere av kildene. Litteraturen som er bakgrunn for artiklene gjorde meg oppmerksom på flere relevante Stortingsmeldinger og bøker som er publisert, og som jeg henviser til i oppgaven.

Følgende databaser har jeg søkt i: Helsebiblioteket, BIBSYS, NORART (Norske tidsskrifts artikler) og NOVA (Norwegian Social Research). Søkeordene jeg brukte: Transkulturell sykepleie, tverrkulturell sykepleie, cultural care, community nurs, flerkulturelle pasienter, forsvarlig sykepleie, omsorg i sykepleien og hjemmesykepleie. Søkene gav mange treff så det var enkelt å finne stoff om temaet, men desto vanskeligere å velge hva som er mest relevant for oppgaven.

2.5 Hvordan bearbeides data

Hver artikkel og forskningsrapport jeg har kommet over, og som har virket relevant, er lest og analysert. Dette for å finne hva som er forfatters egentlige mening om temaet som er beskrevet. Jeg har forsøkt og unngå å lese og benytte kun deler av publikasjoner, av frykt for å feiltolke kilder i egen favør. Hver litteraturkilde er analysert ved at jeg skjematisk har sett på undersøkelsens formål, utvalg som er gjort, benyttet metode og resultat.

2.6 Etiske aspekter ved gjennomføring av prosjekt

Etikk og moralske handlinger er en del av hverdagen når man er arbeidstaker, men også når man er student. Jeg ser ingen negative aspekter ved gjennomføringen av denne oppgaven. Så lenge jeg overholder personvern og retningslinjer knyttet til kildehenvisning, mener jeg oppgaven vil kunne bidra med noe positivt. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007) punkt 3.4 og 3.5 blir det fremhevet at en sykepleier skal holde seg faglig oppdatert og anvende ny kunnskap i praksis. Ved å samle data og gjennomføre denne oppgaven, bidrar jeg med å oppfylle nevnte yrkesetiske retningslinje.

3 Sykepleieteori

3.1 Presentasjon av teoretiker

Kari Martinsen er født i 1943 og er utdannet sykepleier med videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Hun har magistergrad i filosofi med emnet: «Sykepleie og filosofi», og har skrevet en rekke bøker og artikler. Våren 2002 begynte hun å jobbe som professor ved Seksjon for sykepleievitenskap ved Universitetet i Bergen (Kristoffersen, 2005).

3.2 Kari Martinsen sin omsorgsteori

Martinsen (2003) legger vekt på begrepet omsorg i sin teori. Hun sier videre at kollektivismen der relasjoner og fellesskap er sentrale verdier er viktig. Hun tar avstand fra menneskesynet som fremhever enkeltmennesket. Omsorg må være verdigrunnlaget for sykepleie fordi det er en grunnleggende verdi for alt menneskelig liv. Yrkesmessig omsorg består av minst to parter, der den ene er forpliktet til å yte hjelp til den andre. En sykepleier må være villig til å sette seg inn i en pasients situasjon for å finne ut hva vedkommende trenger. Dette innebærer: «Å forsøke å tolke den andres realitet. Å gripe hva den andre erfarer, å forstå ut fra den andres horisont og å møte den andre ut fra hvordan han selv ville ha handlet i situasjonen hvis han kunne» (Martinsen, sitert i Kristoffersen, 2005, s. 66).

Martinsen mener at omsorg er en sosial relasjon som har med forståelse, fellesskap og solidaritet med andre å gjøre. Gjennom å gjøre ting for og sammen med andre, tilegner man seg en forståelse for andre mennesker. «Skal omsorgen være ekte, må jeg forholde meg til den andre ut fra en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. I dette ligger en gjensidighet, utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon» (Martinsen, 2003, s. 71). Man forventer ikke nødvendigvis noe tilbake fordi om man anerkjenner andre. En sykepleier tar seg av mennesket uten å overvurdere eller undervurdere personens evne til selvhjulpenhet. Omsorgen er uekte hvis forsøker å forandre andres situasjon uten at man anerkjenner en person. Da er det omsorg på egne forutsetninger og premisser.

Martinsen (2003) skiller mellom tre typer omsorg. Den første kaller hun balansert gjensidighet, den andre typen kaller hun uegennyttig gjensidighet og den tredje kaller hun negativ gjensidighet. Balansert gjensidighet bygger på et likeverdig forhold mellom friske voksne mennesker der man har et gi- og ta forhold. Uegennyttig gjensidighet er basert på et forhold der man ikke forventer å få noe tilbake. Den ene parten i forholdet er forpliktet til å gi mer enn den andre. Negativ gjensidighet er preget av manipulasjon. Partene i et forhold har motsatte interesser og forsøker å få mest mulig ut

av relasjonen, ofte på andres bekostning. Det er i tillegg til tre typer omsorg, tre dimensjoner ved omsorg: «et relasjonelt, et praktisk og et moralsk begrep» (Kristoffersen, 2005, s. 66).

Martinsen (2003) begrenser sin omtale av omsorg til offentlig, lønnet arbeid innenfor en sykepleiers omsorgsarbeid. Videre sier hun at helsevesenet kan deles inn i to hovedgrupper ut ifra målsetningen ved omsorgsarbeidet. Den ene hovedgruppen kan man omtale som vekstomsorg. Det er en kortsiktig, resultatorientert omsorg man finner for eksempel ved sykehus. Målet er at pasientene skal bli selvhjulpne. Den andre hovedgruppen er vedlikeholdsomsorg som er knyttet til vedlikehold, men også tilbakegang. Her er ikke målet at pasienten skal bli selvhjulpne, tvert imot ser man for seg et langvarig ofte livslangt forhold mellom pasient og helsevesen. Institusjoner for kronisk syke, hjemmesykepleie for eldre kommer innenfor kategorien vedlikeholdsomsorg. Martinsen tar avstand fra det hun kaller formålsrasjonalitet fordi det ikke er forenelig med sykepleiens omsorgstradisjon.

3.3 Kari Martinsen sitt syn på sykepleie

Kari Martinsen omtaler omsorgsarbeid og sier at denne formen for arbeid krever kunnskaper, ferdigheter og organisasjon. En sykepleier som har medisinske kunnskaper og kan sykepleie lære, blir ikke automatisk faglig dyktig. Det er nødvendig med teoretisk kunnskap i bunnen, men den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen er viktigst. Den tilegner man seg ved at man lærer av sykepleiere som har erfaring i faget. For å yte god omsorg må en sykepleier vise engasjement og innlevelse i pasienters situasjon. Samhandling skal foregå på pasienters premisser. Martinsen tar avstand fra det hun kaller overtramp og maktovergrep fra sykepleierens side. I denne sammenheng omtaler hun den sentimentale omsorg og formynderiet. Hvis en sykepleier yter sentimental omsorg, er fokus rettet mot hennes egne følelser i møtet med pasienten. Ved formynderi opptrer sykepleier som en «bedreviter», og pasienten blir ikke tatt hensyn til. Sensitiviteten overfor pasienten er i begge tilfeller fraværende, og omsorgen ytes på sykepleiers premisser (Kristoffersen, 2005).

3.4 Teoriens relevans for oppgaven

Jeg mener at Kari Martinsen omsorgsteori er relevant ved sykepleie overfor innvandrere. Hun har et kollektivistisk menneskesyn, noe som harmonerer med mange innvandreres organisering av familieliv. Hun fremhever at for å kunne yte omsorg som oppleves ekte, må man anerkjenne den andre ut i fra situasjonen den andre er i. Faglig skjønn og praktisk kunnskap sier Martinsen (siteret i Kristoffersen, 2005) er viktigere enn teoretisk kunnskap. Disse faktorene mener også jeg er viktige i

møtet med ikke-vestlige pasienter. Martinsen er også opptatt av at sykepleier skal tilegne seg kunnskaper og ferdigheter, og lære av andre som har større og bedre erfaring innen sykepleie. Denne oppgaven er et litteraturstudie der jeg forsøker å tilegne meg kunnskaper, og lære av andre med mer erfaring innen sykepleie og samhandling mellom sykepleier og innvandrerpasienter.

4 Presentasjon av teori

4.1 Den ikke-vestlige pasienten

4.1.1 Økende pasientgruppe

I Norge er det representert mennesker med opprinnelse fra mer enn 200 forskjellige land ifølge Eriksen og Sørheim (2006). Pleie- og omsorgstjenestene kommer i økende grad til å få flere ikke-vestlige innvandrere som pasienter ifølge Ingebretsen og Romøren (2005). Dermed blir det viktig å tilrettelegge tjenestene slik at også disse får et godt tilbud når det gjelder helsetjenester. Det er ikke lett å gi generelle råd om hvordan sykepleier kan utføre helsetjenester på en kultursensitiv måte. Alle har sine individuelle behov og ulike vurderinger av hvilke særtilbud som er nødvendige. Hvis man som helsearbeider og sykepleier skal kunne gi et likeverdigt tilbud til alle mennesker, kreves det forståelse og oppdatert kunnskap. Helsearbeider trenger kunnskap om ulike land og ulike helseproblemer, om kulturer og deres sykdomsforståelse (Ingebretsen og Nergård, 2007).

4.1.2 Kultur

«Kultur, eller sivilisasjon, er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn» (Tylor, sitert i Eriksen og Sørheim, 2006, s. 35). Kultur er med på å strukturere omgivelsene våre. Personlige erfaringer og kunnskaper i denne sammenheng er med å prege måten mennesker organiserer tilværelsen sin. Tilhørighet til en kultur gir seg uttrykk i kulturelle kjennetegn som for eksempel klesdrakt og religiøs praksis. Kulturen vår er ikke konstant, men utvikler seg stadig i møtet med andre mennesker. Når noen omtaler mennesker med annen kulturbakgrunn, mener de ofte mennesker med annen etnisk bakgrunn enn vår egen. En etnisk gruppe har felles språk, historie og tilhørighet (Fjørtoft, 2006).

4.1.3 Helse i et kulturelt perspektiv

Gunilla Tegren har sett nærmere på ulike menneskers og kulturers tolkning av begrepet helse. Hun fant at det er fire oppfatninger av helse som kan betraktes som grunnformer. Disse kan kort oppsummeres slik: syk/frisk, velbefinnende/lidende, balanse/ubalanse og styrke/svakhet (sitert i Brataas og Steen-Olsen, 2003). Helse er et relativt begrep, og at det ikke er bare den biomedisinske forklaringsmåten som er gjeldene. Menings- og tolkningsaspektet er sentralt i forhold til helsebegrepet. Dette er forskjellig i ulike grupper, men også i forhold til kjønn, alder, sosiale og økonomiske forhold. Noe som ansees som helsebringende i en kultur kan regnes som direkte usunt i en annen kultur. For eksempel er fedme et tegn på rikdom og sunnhet i noen samfunn, mens

tilstanden blir sett på som et stort problem i det vestlige samfunn. (Eriksen og Sørheim, 2006).

4.1.4 Helse blant innvandrere

Syed og Vangen (2003) sier i sin artikkel at det er vanskelig å stadfeste helsetilstanden til innvandrere i Norge med bakgrunn i to faktorer. Den ene faktoren er mangel på studier som tar for seg helseproblemer blant innvandrere, og at denne gruppen ofte blir utelatt i helseundersøkelser. Den andre faktoren er at resultatene i de studier som er utført peker i ulike retninger. Ingebretsen og Nergård (2007) forteller at en av de få og mest omfattende undersøkelsene på området kalles «Innvandrer-HUBRO», og ble gjennomført i Oslo i 2002. Videre sier de at de endelige resultatene ikke er ferdige, men at noe er klarlagt med tanke på helseproblemer og innvandrere: Ikke-vestlige innvandrere har dårligere selvopplevd helsestatus enn etniske nordmenn. De har også en høyere forekomst av diabetes type to, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelett lidelser og problemer med den mentale helsen.

4.1.5 Forskjellig mestringsstil

I vesten er verdier som uavhengighet og autonomi viktige, selvrealisering er sentralt aspekt. Mestringsstilen ved helseproblemer preges av selvhjulpenhet og fremming av egne behov. Forventningene til denne pasientgruppen er at de klager lite over smerter og at de er tydelige på behovet for hjelp. Pasienter med andre kulturbakgrunner har ofte en helt annerledes mestringsstil. De er sosialisert til et handlingsmønster der gjensidig avhengighet og lydighet er viktige faktorer. Mestringsstilen blir derfor avhengighet av andre, og kanskje sterkere smerteuttrykk når de opplever sykdom og helseproblemer (Ingebretsen og Nergård, 2007).

4.2 Etnosentrisme og kulturel relativisme

Det er lett å vurdere andre ut ifra ens eget ståsted. Alle gjør det, både etniske nordmenn og innvandrere. Man kan trene seg opp til å øke egen kulturforståelse. Det gjør man ved å forsøke å sette seg inn i hvordan andre tenker og handler. Forståelse og imøtekommenhet betyr likevel ikke at man nødvendigvis må være enige om alle ting. Når man vurderer fremmede tradisjoner og verdier ut i fra egen kultur, kalles det etnosentrisme. En er ikke i stand til å forstå andre kulturer, og måler alt utifra egen kulturelle målestokk og virkelighetsoppfatning (Magelssen, 2002).

Når man forsøker å ha et mindre etnosentrisk perspektiv, kan man oppnå mer kulturel relativisme.

Kulturrelativisme vil si at man forstår andre ut i fra deres egne premisser, uten at man føler seg truet av deres virkelighetsoppfatning. God kommunikasjon mellom mennesker som har ulik kultur og bakgrunn er avhengig av at man opptrer mindre etnosentrisk og mer kulturrelativistisk (Magelssen, 2002). En ren kulturrelativistisk holdning vil bety at man forsvarer kannibalisme, omskjæring av jenter, spedbarnsdrap hvis dette virket fornuftig for de som utførte handlingene. Mens en ren etnosentrisk holdning vil gjøre det vanskelig for et menneske å omgås og kommunisere med andre mennesker. Ren etnosentrisme eller ren kulturrelativisme er derfor ikke ønskelig i praksis (Eriksen og Sørheim, 2006).

4.3 Samarbeid mellom sykepleier og pasient

En sykepleier er opptatt av hvordan mennesket opplever å være syk, ikke sykdommen i seg selv. Yrkesutførelsen innebærer praktisk hjelp og pleie til mennesker som av ulike årsaker ikke klarer å ta vare på seg selv. Når det gjelder ikke-vestlige pasienter kan det bli vanskelig definere behovet for hjelp og pleie, på grunn av ulike forventninger og/eller kommunikasjonsproblemer. Hvis man er mindre opptatt av det «ekspressive» og konsentrerer seg mer om den praktiske siden av omsorgen, vil den psykososiale siden av relasjonen komme etterhvert. Man kan isteden for ord og uttrykk utføre praktiske oppgaver på en god og omsorgsfull måte. Det betyr trolig like mye for pasienten, og kan være med på å skape en god relasjon over tid (Hanssen, sitert i Kristoffersen, 2005).

4.3.1 Kultursensitiv sykepleie

For å kunne gi god sykepleie til mennesker med annen kulturbakgrunn, må man formidle trygghet og legge vekt på kommunikasjon. Sykepleier er forpliktet til å møte mennesker på en respektfull og likeverdig måte. Uansett hvilken kulturell, etnisk og religiøs bakgrunn vedkommende har. Kultursensitiv sykepleie betyr at man er oppmerksom på kulturelle forhold, og tar hensyn til disse så lang det er mulig (Fjørtoft, 2006. Magelssen, 2002)

4.3.2 Kulturell trygghet

Claus og Viken (2004) har sett nærmere på sykepleiefagets kulturelle element med den hensikt at sykepleiere kan bli tryggere i pasientrelasjoner. Videre sier de at en trygg sykepleier er bedre i stand til å ivareta en pasients individuelle behov. De omtaler Irihapeti Ramsden som den første som beskrev begrepet «kulturell trygghet i sykepleien». Kulturell trygghet betyr ikke at man skal lære seg andres språk og skikker. Det handler isteden om å ha sosialpolitisk innsikt og å gi personer

muligheten til å bevare sitt kulturelle særpreg. På New Zealand har sykepleierutdanningen siden 1992 gitt undervisning i et fag som skal lære studentene kulturell trygghet i forhold til Maoribefolkningen. Prinsippene i denne undervisningen kan benyttes i all sykepleierutdanning mener Claus og Viken. Prinsippene er satt opp som modell lik en trapp. Første trinnet går ut på at sykepleierstudenten forstår at det er en forskjell. Neste trinn omhandler kulturell oppmerksomhet som skal sette igang refleksjoner rundt egen livserfaring og virkelighetsoppfatning og hvordan dette påvirker møtet med andre. Refleksjonen leder til siste trinn som består i kulturell trygghet. Resultatet man ønsker å oppnå er at pasienten opplever at sykepleieren formidler trygghet i sin yrkesutøvelse.

4.3.3 Kulturell datasamling og forhandling

Sykepleier har ikke mulighet til å kjenne alle aspekter ved ulike kulturer og religioner hun møter i sin yrkesutførelse. Kulturelle og/eller religiøse handlinger er for noen pasienter viktige, det er nødvendig for sykepleier finne metoder å imøtekomme disse aspektene. En metode er kulturell datasamling der man forsøker å kartlegge pasientens behov i forhold til sosiokulturell sammenheng. Fokuset er pasientens kunnskaper, holdninger og helseatferd. Tilstrekkelig innsamling av data gjør det letter å skape dialog omkring eventuelle motsetninger, også kalt kulturelle forhandlinger. «Kulturelle forhandlinger benyttes når behandlingsmessige årsaker krever at pasienten endrer helseatferd eller lærer nye ferdigheter, som bryter med vedkommendes tradisjonelle oppfatninger om helse, sykdom og behandling» (Hanssen, sitert i Kristoffersen, 2005, s. 102). Sykepleier og pasient har ikke alltid samme oppfatning av kroppens funksjoner og bakgrunnen for sykdom. Innsamling av informasjon og undervisning til ikke-vestlige pasienter kan derfor være en utfordring og kreve litt ekstra tid (Hanssen, sitert i Kristoffersen, 2005).

4.3.4 Bruk av tolk

Kommunikasjonsproblemer enten de skyldes mangel på felles språk eller ulik oppfatning av kropp og sykdom, kan føre til feiltolkninger. For å unngå misforståelser og konsekvenser det eventuelt kan medføre, er det nyttig å følge rådene Ingrid Hanssen (2005) har beskrevet. Hun sier at man skal bruke en profesjonell tolk. Tolk fra familien benyttes bare når det er helt nødvendig, og barn skal aldri fungere som tolk med mindre det er krise. Man bør også undersøke hvor mye både pasienten og pårørende forstår av det norske språket, og innholdet i budskapet man forsøker å formidle.

Pasientens rett til å få tolk er omtalt i Lov om pasientrettigheter (1999) i paragraf 3-5: «Informasjonen skal være tilpasset mottakers individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn».

Magelssen (2002) mener at et viktig aspekt ved sykepleie er å kunne sette seg inn i hvordan pasienter har det og opplever ulike situasjoner. Videre sier hun at pasienten selv er den beste kilden sykepleier har. Ved mangel på felles språk vil en profesjonell tolk kunne skape en form for trygge rammer rundt samtalen. Tolken sørger også for at det blir en bedre kvalitetssikring av opplysningene man får. God kommunikasjon gjør det lettere å gi nødvendig informasjon, tilpasse et pleieopplegg og formidler trygghet til pasienten. I denne sammenheng viser Magelssen til Forvaltningsloven (1967) der paragraf 17 sier noe om å sikre måten man innhenter opplysninger på. I samme loven beskriver paragraf 11 at man skal gi opplysninger på en forståelig måte.

4.4 Hjemmesykepleie

«Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp kortere eller lengre tid» (Fjørtoft, 2006, s. 15). Tilbudet har ingen begrensning, men er tilgjengelig for alle som har behov for nødvendig helsehjelp hjemme. En hjemmesykepleier har to hovedmål. Det ene er at pasienten mestere sin hverdag i eget hjem. Det andre målet er at pasienten skal kunne bo hjemme så lenge vedkommende ønsker, og så lenge det er forsvarlig (Fjørtoft, 2006). Thome, Dyke og Hallberg (sitert i Birkeland, 2005) har som et resultat av sitt litteraturstudie trukket frem tre oppgaver som er sentrale i hjemmesykepleien. Disse er: yte individuell omsorg, å sette igang tertiærforbyggende tiltak og å gi nødvendig hjelp etter utskrivning fra sykehus.

4.4.1 Respekt

En sykepleier som jobber i hjemmesykepleien utfører omsorg i en annens hjem. Hjemmet er der man bor og dermed et symbol på verdier, selvstendighet og individualitet. Hjemmet forteller også mye om en persons kulturelle tilhørighet. Respekt for det unike og spesielle i hvert enkelt hjem, er avgjørende i forhold til relasjonen mellom sykepleier og pasient. Respekt vil si at man ser og anerkjenner hvert enkelt menneske og de tingene som er viktige for vedkommende (Fjørtoft, 2006).

4.4.2 Omsorg

Lov om helsetjenesten i kommunen (1982) sier at pleie og omsorg er en av hovedoppgavene til den kommunale helsetjenesten. I tillegg sier Lov om Helsepersonell (1999, paragraf 4) at alt arbeid som utføres av helsepersonell skal stå i samsvar med gjeldene krav til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Videre sier loven at det tas hensyn til hva som kan forventes av helsepersonalet ut i fra kvalifikasjon, arbeidets karakter og situasjonen det gjelder. Birkeland (2005) oppsummerer lovene med at alle som jobber innen helsevesenet skal vise omsorg, men i hjemmesykepleien har man et spesielt fokus på pleie og omsorg.

Ingebretsen og Nergård (2007) sier at når det er snakk om omsorgstjenester tenker man hovedsaklig på omsorg i forhold til det arbeidet som utføres. De fortsetter med å si at omsorgsbegrepet omfatter flere aspekter. I Stortingsmelding nr 25 (2005-2006, s. 39) står det at «kvalitativt gode tjenester må formidle omsorg både gjennom handling og holdning». Innholdet i begrepet omsorg, og hvordan en kan gi omsorg på best mulig måte, er omtalt på mange ulike måter. Kari Martinsen mener at: «Omsorg er det mest naturlige og det mest fundamentale ved menneskets eksistens. I omsorgen er forholdet mellom menneskene det vesentligste. Omsorg er en sosial relasjon. Men andre ord, min eksistens forutsetter andre» (Martinsen, 2003, s. 69).

4.5 Kvalitet

4.5.1 Kvalitetsforskrift

I de senere årene har kvaliteten på de offentlige velferdstjenestene vært i fokus. Kvalitet er et verdiladet og subjektivt begrep som kan defineres på ulike måter. En definisjon er: «Kvalitet handler om å gjøre de rette tingene på den rette måten til rett tid» (Fjørtoft, 2006, s. 130). I hjemmesykepleien har man en selvstendig arbeidsform som kan gjøre det vanskelig å måle og kontrollere kvaliteten på arbeidet som utføres. Fra pasientenes ståsted er tjenestene kvalitativt gode når de opplever trygghet, og føler at hjelpen de mottar er preget av respekt og omsorg. Sosial- og helsedirektoratet og fagmiljøet utarbeidet i 2005 en nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helse- og sosialtjenesten. Her beskriver man hva som er gode helsetjenester: De skal være virkningsfulle, oppleves trygge, være samordnede og preges av kontinuitet. Tjenestene skal også involvere pasientene, utnytte ressurser best mulig og fordeles rettfærdig (Fjørtoft, 2006).

I 1997 ble det utarbeidet en egen kvalitetsforskrift som gjelder pleie- og omsorgstjenestene.

Forskriften ble utvidet i 2003. Man la større vekt på pasientmedvirkning og retten til å bestemme over eget liv. Det er også lagt til et krav om at mennesker som lider av demens eller som har vanskelig for å formulere eget behov, skal få et tilrettelagt tilbud. Forskriften beskriver konkret hvilke oppgaver og innhold tjenestene skal bestå av, og hva som er kommunenes ansvar overfor pasientene (Fjørtoft, 2006).

4.5.2 Forsvarlighet

En sykepleier er underlagt flere lover som hun må forholde seg til i sin yrkesutførelse. En sentral lov er helsepersonelloven (1999) som i kapittel 2 paragraf 4 omtaler forsvarlighet. Her blir det presisert at helsepersonells yrkesutførelse skal være faglig forsvarlig. Det blir også presisert at man skal innrette seg etter egne faglige kvalifikasjoner, og eventuelt hente inn bistand eller samarbeid med annet kvalifisert personell. En annen sentral lov er pasientrettighetsloven (1999). Dens formål er å sikre at alle får lik tilgang på helsetjenester som er av god kvalitet. Man ønsker at loven skal bidra til å skape et tillitsforhold mellom pasient og helsearbeider, og at pasienter skal oppleve respekt i forhold til eget liv og integritet.

4.5.3 Livskvalitet

Helsetjenesten er ikke bare opptatt av å helbrede sykdom og forlenge liv, man ønsker også å opprettholde og forbedre pasientenes livskvalitet. I hjemmesykepleien er det mange pasienter med kroniske eller langvarige helseproblemer, som trenger hjelp over lengre perioder. Livskvalitet er derfor et viktig fokus og mål for denne instansen. Både fysiske og psykiske forhold påvirker opplevelsen av livskvalitet. Den fysiske dimensjonen innebærer blant annet opplevelsen av smerte, og evnen til å gjennomføre dagliglivets nødvendige aktiviteter. I den psykiske dimensjonen er det den indre opplevelsen av ubehag som angst og nedtrykthet som er sentral. Livskvalitet handler om menneskets subjektive opplevelse av egen tilværelse og sinnstilstand (Birkeland, 2005).

5 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen i forhold til teorien jeg presenterer, og i forhold til

Kari Martinsen sin omsorgsteori. Jeg ser nærmere på utfordringer en sykepleier står overfor når det gjelder etnosentrisme og kulturrelativisme, kulturell trygghet og hvordan opptre kultursensitivt. Det vil i hovedsak bli benyttet samme litteratur som i teoridelen, men jeg trekker inn ny litteratur der det er naturlig.

5.1 Helsetjenester til innvandrere

5.1.1 Likeverdig helsetjeneste

Stortingsmeldinger fra myndighetene og de etiske retningslinjer som gjelder for sykepleiere, vektlegger at alle pasienter har krav på et likeverdig helsetilbud. I forhold til ordet likeverdig tenker jeg at pasienter med samme pleiebehov, får helt samme omsorg og ytelse fra sykepleier. Ingebretsen og Nergård (2007) sier at likeverdig helsetjenester er når tjenestene tilpasses pasienter slik at man oppnår lik kvalitet, uavhengig av etniske, kulturelle og språklige ferdigheter. I realiteten vet jeg at det er vanskelig å gjennomføre. Det er så mange ulike faktorer som påvirker helsearbeid, at det trolig aldri kan bli helt likt for alle pasienter. Eksempler på slike faktorer er økonomiske betingelser sykepleier jobber under, tidsrammer, samarbeid med pårørende og dagsformen til sykepleier. I tillegg kan det i forhold til ikke-vestlige pasienter være problemer med kommunikasjon, og at partene har ulike forventninger til hverandre sier Hanssen (2005).

Jeg mener ikke at likeverdige helsetjenester oppnås ved at man deler opp en kake i like store deler, for å si det billedlig. Tvert i mot tror jeg at hver pasient trenger ulike størrelser på kakestykket for å bli tilfredse. Ved å tilrettelegge omsorgen og pleien som ytes slik at individuelle behov kan ivaretas, oppnås det likeverdighet i helsetilbudet. Chalanda (sitert i Kristoffersen, 2005, s. 104) mener at «det å behandle alle pasienter likt er uvitenskapelig og kan være til skade for mange pasienter». Fru Hansen og Hr Ahmed kan ha like problemer etter apopleksi cerebri og samme behov for stell, men hos Hr Ahmed må sykepleier sette av mer tid til kommunikasjon. Dette er et eksempel på individuell tilrettelegging som til tross for ujevn tidsfordeling, fører til likeverdig helsetjeneste. Aambø (2005) støtter dette synspunktet og sier at det ikke er nok at innvandrere får det samme tilbudet som en nordmann. Videre forklarer han at både nordmenn og ikke-vestlige har behov for at helsetjenestene de mottar oppleves velbegrunnet og meningsfulle. For å oppnå dette og at helsetjenestene dermed blir likeverdige, må tjenestetilbudet tilpasses den enkeltes behov, også innvandreres.

5.1.2 Tilrettelegging for å oppnå likeverdighet

Når noen nevner begrepet likeverdig helsetjenester, relaterer jeg det ofte til møtene og samhandling mellom helsepersonell og pasienter. Men det er flere faktorer som ligger til grunn for at man skal oppnå likeverdighet innen helsetjenestene, i dette tilfellet hjemmesykepleien, for ulike brukergrupper. Informasjon og kunnskaper om tjenestene er en forutsetning for at pasienter vet hvilke rettigheter de har, og hvordan de kontakte rette instans hvis de har behov for hjelp. Pasientrettighetsloven (1999) uttrykker følgende i denne sammenheng: «Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett»(paragraf 2.1 andre ledd).

Tjenestenes tilgjengelighet er en annen faktor. I denne sammenheng mener jeg at tilgjengelighet betyr fysisk tilgang til aktuelle lokaler, og at lokalene er plassert i lik avstand for alle eventuelle brukere. Det sier seg selv at det blir lenger avstand for noen til blant annet helsestasjon og lege. Et forslag til å utjevne forskjellen, er at hjemmesykepleien utarbeider en plan for hvordan de kan hjelpe pasienter med transport. Problemer i denne forbindelse kan være at sykepleiere opptrer ulikt overfor pasienter. Noen får skyss i hjemmetjenesten sine biler, andre får hjelp til å bestille taxi, mens noen blir overlatt til å klare seg selv. Kommunikasjon kan være et hinder for mange ikke-vestlige når det gjelder å uttrykke behovet for tilrettelegging av transport. Jeg tror at klare retningslinjer og avtaler i forhold til transport for pasienter i hjemmesykepleien, fører til at det blir mindre forskjellsbehandling og at alle får likt tilbud.

Den siste forutsetningen for likeverdighet, er at alle føler at de kan benytte seg av tjenestene. Med det mener jeg at alle kjenner seg velkomne, og at tjenestene tilrettelegger og imøtekommer individuelle behov. Det høres enkelt ut, men er trolig mer komplisert i praksis. Jeg ser for meg at ikke-vestlige pasienter lett kan komme i kategorien «vanskelig pasient», på grunn av store forskjeller i språk og kulturbakgrunn. Sykepleier kan isåfall opptre med en avvisende holdning, og vise mindre vilje til å imøtekomme individuelle behov. Pasienten på sin side kan føle at det er mangel på respekt og reagere med sinne, frustrasjon, trekke seg unna eller nekte å ta imot hjelp. Imøtekommenhet og vennlighet er i mine øyne en avgjørende faktorer for at relasjonene mellom sykepleier og pasient kan utvikle seg positivt, og for en optimal samhandling i hjemmesykepleien. I henhold til hvordan man kan tilrettelegge for likeverdige helsetjenester for ulike pasientgrupper, har jeg støttet meg til Ingebretsen og Nergård (2007) sine synspunkter. De mener at tre hovedfaktorer er avgjørende: Informasjon og kunnskaper om tjenestene, tilgjengeligheten til helsetjenestene og pasientenes beslutning om å motta hjelp.

5.1.3 Ingen særbehandling eller kulturelt differensiert tilbud

Ikke-vestlige innvandrere er mer sårbare når de opplever helseproblemer, blant annet på grunn av manglende kjennskap til det offentlige tilbud. I forhold til omsorgstilbudet til innvandrere ser jeg for meg to ulike fremgangsmåter. Den ene måten baserer seg på et likhetsprinsipp der helsearbeider ikke yter spesiell innsats overfor pasientgruppen. Dette begrunnes ut ifra en tankegang om at det ikke skal forekomme særbehandling av ulike grupper. I praksis vil dette likevel kunne føre til forskjellsbehandling, nettopp fordi utgangspunktet er ulikt. Den andre måten er at omsorgstjenestene har et kulturelt differensiert tilbud. Farene ved en slik organisering er at eldre med en minoritetsbakgrunn føler seg låst i en gruppe, og at det blir kulturell overfortolkning. Det vil si at kulturforskjeller brukes som en forklaring, isteden for at man fokuserer på andre viktige forutsetninger som alder, migrasjonshistorie og sosioøkonomiske forhold. Mortensen og Mortensen (sitert i Ingebretsen og Nergård, 2007) bekrefter mine meninger om fremgangsmåter i omsorgstilbudet. De påpeker også at etniske minoriteter ofte mangler kjennskap til offentlige helsetjenester, og blir derfor mer sårbare enn majoritetsbefolkningen ved helseproblemer.

5.1.4 Kommunikasjon og tolk

Jeg tror det er avgjørende med tolk i et innledende møte mellom ikke-vestlig innvandrer og sykepleier, og underveis hvis det oppstår problemer i samhandlingen. Tolken kan hjelpe til med å klarlegge forventningene til sykepleier og pasient har til hverandre, og skape trygghet for pasienten. Et best mulig tilrettelagt tjenestetilbud er avhengig av at begge parter forstår hverandre. Magelssen (2002) støtter dette synspunktet ved å si at god kommunikasjon er avgjørende for sykepleier når hun skal utføre et faglig godt arbeid. Jeg tror det er mange sykepleiere som ikke er klar over at det er helsepersonell sin jobb å bestille, og betale for tolk. I følge deler av pasientrettighetsloven (1999), helsepersonelloven (1999) og sykepleieres etiske retningslinjer (2007) er det sykepleiers oppgave og gi nødvendig informasjon til pasienter, og sørge for at de forstår det som blir sagt. Tatt dette i betraktning mener jeg at sykepleiere burde benytte tolk ved hver anledning der kommunikasjon er et hinder for forståelse.

Det krever litt ekstra tid å planlegge og gjennomføre denne typen samtale fordi det tar lengre tid å kommunisere via tolk. Denne tiden tror jeg at sykepleier sparer inn fort. Ved å bruke ekstra tid på innledende møter, eller hvis det oppstår samarbeidsproblemer, får man kartlagt behov og avklart

forventninger. Dermed oppnår man at pasienten føler at han blir respektert (4.4.1) og at kvaliteten (4.5.1) på sykepleien som ytes oppleves god. Hvis sykepleier velger å ikke benytte tolk, mener jeg hun løper en risiko. En risiko for og ikke få med seg essensiell informasjon som kan være avgjørende for at pasienten mottar riktig behandling og får dekket sine behov. Sykepleier står også i fare for å ikke utføre jobben sin forsvarlig (4.5.2). Dessuten ser jeg for meg at sykepleiers arbeid kan bli mer komplisert, og at forholdet til pasienten blir dårligere fordi man ikke forstår hverandre godt nok.

Selv om sykepleier benytter tolk kan det likevel oppstå kommunikasjonsproblemer. Jeg har erfart situasjoner der jeg var usikker på om pasienten forstod budskapet. Rett og slett fordi vedkommende ikke hadde kjennskap til «moderne utstyr» i helsevesenet. (Det dreide seg om et engangskateter i dette tilfellet). Sykepleier kan i slike tilfeller tenke kreativt, bruke seg selv, og for eksempel tegne ting eller vise frem utstyr. Andre ting sykepleier kan benytte for å skape forståelse, er pasientens pleieplan. Konkret ser jeg for meg at man på den ene siden av arket tegner pasienten og på den andre siden sykepleier. Piler eller annet mellom partene forstiller utveksling av informasjon, og gjennom «fingerspråk» forklares at her dokumenterer sykepleier informasjon som er gitt og mottatt.

Jeg er overbevist om at dokumentasjon og eventuelt en kulturell datasamling (4.3.3) er viktige redskaper for sykepleiere i samhandling med pasienter. Dahl, Heggdal og Standal (2005) støtter dette ved å si at dokumentasjon bidrar til sikkerhet og kvalitet for pasienten, det sørger også for bedre kontinuitet i sykepleien. Dessuten sier helsepersonelloven (1999) at sykepleiere har plikt til å dokumentere. Plikt og kvalitetssikring er ikke de eneste faktorene som avgjør nødvendigheten av dokumentasjon. Jeg ser for meg at ikke-vestlige pasienter med kommunikasjonsproblemer lett kan favorisere sykepleiere. Gjerne de som tar seg god tid og som viser stor vilje til å prøve og forstå. Jeg mener ikke at dette nødvendigvis er noe negativt, men det kan oppstå problemer i forhold til at noen sykepleiere kjenner pasienten bedre enn andre. Når disse ikke er på jobb, kan det føre til frustrasjon for pasienten hvis han føler at han ikke blir forstått. Dokumentasjon gjør at det er lettere å imøtekomme ønsker og behov, fordi alle sykepleiere som er involvert i pasienten har tilgang på samme informasjon.

I noen situasjoner kan det bli nødvendig med kulturelle forhandlinger (4.3.3) mellom ikke-vestlig pasient og sykepleier. Jeg mener gjennomføring av en slik samtale vil være lettere når det er tolk til stede, da partene i større grad kan være sikker på å ha forstått hverandres synspunkter. Et eksempel kan være en muslimsk dame som ikke vil bli stelt av en mannlige sykepleiere. Hanssen (2005) sier

at det ifølge muslimsk lov ikke er tillat med fysisk kontakt mellom en dame og en mann, med unntak av ektemann, far, bror eller sønn. I Norge er det vanlig at en mannlig sykepleier steller en dame og motsatt. Noen ikke-vestlige pasienter har problemer med å akseptere dette, og kan i verste fall nekte å motta hjelp. Religiøse og kulturelle forskjeller (4.1.3) fører til at sykepleier og pasient ikke forstår hverandre, de kan til og med oppleve den andre parten som urimelig. I en kulturell forhandling med tolk til stede kan sykepleier forklare sine meninger og sitt utgangspunkt, mens pasienten presenterer saken fra sitt ståsted. Jeg mener begge parter vinner på man kommer frem til en løsning. En pasient som motarbeider eller nekter å motta hjelp er et dårlig utgangspunkt for sykepleier, som er forpliktet til å yte forsvarlig (4.5.2) og god sykepleie. Pasienten på sin side er som regel avhengig av sykepleier for å få god og nødvendig helsehjelp. Med dette som utgangspunkt kan det være lettere å inngå kompromisser og justere litt på kravene slik at løsningen man kommer frem til oppleves verdig og god for begge parter.

Tolketjenesten blir altfor sjeldent benyttet i hjemmetjenesten, også Fjørtoft (2006) støtter dette. Hovedinntrykket er at de fleste innvandrere ønsker at det blir benyttet tolk, men det er også grunner som gjør at noen vegrer seg. Jeg kan tenke meg at det kan være flere faktorer som spiller inn her. Blant annet er noen innvandremiljø relativt små. Pasientene er kanskje ikke kjent med taushetsplikten, og er redde for å utlevere seg til noen som de møter igjen i andre sammenhenger. Andre igjen kan vegre seg for å benytte tolk som er av et kjønn de ikke ønsker. Magelssen (2002) nevner også de samme faktorene som mulige årsaker til at noen ikke ønsker å samarbeide med tolk. Hvis sykepleier ser at pasienten vegrer seg for noe i forbindelse med bestilling av tolk, må hun forsøke å finne årsaken og ta dette på alvor. Jeg mener at det i slike tilfeller kan være fornuftig å bruke familie som tolk, selv om dette bør unngås (4.3.4). Familien kan redegjøre for hvorfor pasienten ikke ønsker tolk og fortelle hva som gjør pasientens problem.

5.2 Sentimental omsorg og overformynderi

Sykepleier kan i noen tilfeller bli så opptatt av egne følelser overfor en pasient at sykepleien utføres på hennes premisser. Konkret eksempel fra egen opplevd praksis er en innvandrer familie der mannen trenger hjelp på grunn av apopleksi cerebri. Konen utfører alt stell og andre nødvendige gjøremål, men trenger avlastning fra hjemmesykepleien. Ved flere anledninger opplevde jeg at sykepleier unngikk å oppsøke pasienten med den forklaringen at hun ikke vil «forstyrre» familien mer enn høyst nødvendig. Den egentlige grunnen tror jeg var usikkerhet i forhold til behov og samhandling med pasienten og pårørende. Overfor samme familie opplevde jeg at en annen

sykepleier også unngikk å oppsøke pasienten. Hun begrunnet dette med at pasienten ikke hadde behov for tilsyn eller hjelp på det gitte tidspunktet. Det ovenfor nevnte eksempelet kan ses i lys av det Kari Martinsen (sitert i Kristoffersen, 2005) sier om begrepene sentimental omsorg og formynderi. Hun forklarer at sentimental omsorg ytes ut ifra hvilke følelser sykepleier har overfor pasienten, mens formynderi vil si at sykepleier mener hun vet best i visse situasjoner. Begge disse omsorgsformene tar Martinsen avstand fra fordi hun mener det er maktovergrep og et overtramp. Hun mener omsorg skal ytes på pasientens premisser, og at sykepleier skal gi omsorg uten å forvente noe tilbake.

Jeg tenker i forhold til situasjonen beskrevet ovenfor, at en sykepleier må være bevisst ansvaret hun har. Sykepleier har makt til å velge om hun vil «overkjøre» pasienten, om hun unnlater å gjøre godt for pasienten eller om hun vil vise god omsorg. Valget er sykepleiers, og valget får følger for pasienten. Jeg anser pasienten som den svake part i forholdet som omtales, og sykepleier som den sterke. Det er en ubalanse i maktforholdet fordi sykepleier sitter inne med mer kunnskaper enn pasienten, og blir dermed ansett som en autoritetsperson. Isteden for å bruke makten på en negativ måte, kan sykepleier velge å bruke makten på en positiv måte ved å vise god omsorg uten å vente noe tilbake.

5.3 Etnosentrisme kontra kulturrelativisme

Familien til ikke-vestlige pasienter involverer seg i større grad enn hva som er vanlig blant norske familier. Dette skaper situasjoner som kan oppleves vanskelige for sykepleiere i hjemmesykepleien. Familien betyr veldig mye for mange innvandrere, og det blir spesielt tydelig i kritiske situasjoner som ved sykdom eller viktige valgsituasjoner sier Eriksen og Sørheim (2006). For å beskrive hva jeg mener kan jeg bruke et eksempel: Konen i et ekteskap bruker all tid på å pleie sin syke mann og involverer seg i alt sykepleier foretar seg når hun er der. Hun har lite sosial omgang med andre, alt dreier seg om den syke ektefellen. Jeg ser for meg at sykepleiers reaksjon i dette tilfellet er at hun oppmuntrer konen til å ta en tur ut og treffe andre mennesker mens hjemmesykepleien er der. Kanskje i form av en tur på butikken eller besøk hos venner. Konen på sin side kan oppfatte signalene fra sykepleier som at pleien av mannen ikke er tilstrekkelig, og oppleve det som at hun er overflødig. Norske sykepleier tenker ut ifra sin kultur og erfaringer, at det er sunt med litt avveksling og hvile. Det er sånn nordmenn er opplært til at man kobler av og henter nye krefter. Nordmenn er heller ikke vant til at pårørende involverer seg i det meste av pleien til pasienten, det overlates vanligvis til sykepleier eller annet helsepersonell. Sykepleier vurderer ut ifra eget ståsted,

hun opptrer da til en viss grad etnosentrisk og lite kultursensitivt. Hadde det vært et åpent forhold til kulturelle forskjeller, kunne sykepleier isteden samtalt med konen angående ønsker i forhold til pleie av mannen og behov for sosial kontakt med andre.

En rent kulturrelativistisk holdning i en slik sammenheng ville vært at sykepleier ikke stilte spørsmål i det hele tatt. Hun tenker at konen gjør som hun vil, og det er sikkert en grunn for at hun ikke går ut. En sykepleier som opptrer kulturrelativistisk mener at konens handlinger ikke angår henne. «De har sin kultur, og vi har vår». Sagt med andre ord har man en «dem og vi» holdning, ikke en «oss» holdning. Sykepleier viser med en slik holdning ikke ekte omsorg. Kari Martinsen mener at ekte omsorg går ut på at man anerkjenner den andre ut ifra hans situasjon (3.2). Sykepleier kan isteden våge å erkjenne at det er andre måter å tenke og handle på i ulike situasjoner. En slik erkjennelse trenger ikke nødvendigvis oppleves som en trussel mot egen tolkninger. Når sykepleier prøver å sette seg inn og forstå konens situasjon, opptrer hun mer kulturrelativistisk. Eriksen og Sørheim (2006) kaller denne formen for innlevelse for empati. De sier videre at forståelse på tvers av kulturer og god kommunikasjon krever at man forsøker å sette seg inn i den andres virkelighet, og at man har et åpent og kulturrelativt sinn.

5.4 Kulturell trygghet

5.4.1 Individ og fellesskap

Pasientens autonomi, retten til selvbestemmelse, er et ideal det legges vekt på i helsevesenet i Norge. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere heter det at man skal respekterer pasientens rett til å selv forta valg, og at man skal fremme muligheten til å ta selvstendige avgjørelser. Jeg tror at begrepene autonomi og selvbestemmelse for noen sykepleiere tolkes som et krav til at pasienten deltar i helsehjelpen. Men autonomi betyr også rett til å velge at man ikke vil delta, eller at en ønsker at andre skal ta avgjørelser for en. Det kan være vanskelig for en norsk sykepleier å forholde seg til at andre involveres i private personlige anliggende. Vår kulturelle bakgrunn gjør at vi er opplært til individualisme. Individualisme er en sosial struktur der individene er mest opptatt av å ivareta seg selv og sin nærmeste familie sier Hanssen (2005). Ut ifra min kjennskap til temaet er det ikke naturlig å ta individuelle avgjørelser for mange innvandrere. Grunnen til dette er at mange lever i et kollektivt samfunn der de er opplært til at viktige ting avgjøres av familiens overhode eller av samlet gruppe. Hanssen (2005) forklarer at viktige kulturelle aspekter ved kollektivism er tette sosiale bånd mellom individet og familien. Jeg tror at når en sykepleier har kjennskap til hvordan

ikke-vestlige pasienter forholder seg til autonomi og kollektivism, blir det lettere å vise forståelse og få til et godt samarbeid. Et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier er i mine øyne et viktig mål for sykepleier. Det kan være mange måter å oppnå dette på, men kulturell trygghet fra sykepleiers side mener jeg er avgjørende. Trygghet i forhold til andres kultur fører til nødvendig fleksibilitet, og at sykepleier lar pasienten gjennomføre handlinger som skyldes kulturbakgrunn som oppleves viktig for vedkommende.

5.4.2 Metode for å oppnå kulturell trygghet

I møtet med ulikheter som går på individualisme og kollektivism, kan jeg som sykepleier benytte modellen Claus og Viken (2004) beskriver. For å oppnå en trygg og god pasientrelasjon erkjenner jeg først at det er en forskjell. Deretter reflekterer jeg over ulike virkelighetsoppfatning, hvilket forhåpentligvis fører til kulturell trygghet i møtet med pasienter. Jeg har selv opplevd situasjoner der en pasient, en dame av somalisk opprinnelse, virker passiv og ikke vil uttale seg om ting hun ble spurt om. Med en gang sønnen kom på besøk tok han kontakt med sykepleier og gav svar på det damen hadde fått spørsmål om tidligere. Dette startet en refleksjonsprosess blant de involverte sykepleierne. Ulike sider av kulturer, og måter å leve sammen på ble drøftet. Flere syntes det var vanskelig å ikke få direkte svar fra pasienten selv, men at sønnen skulle ta viktige avgjørelser på morens vegne. Erkjennelsen vi kom frem til var at det ikke var vår rett å bestemme, fordi pasienten tross alt er herre over eget liv. Det ble derfor besluttet å drøfte løsninger med pasienten. Blant annet foreslo vi at sønnen kunne kontaktes og være tilstede hvis en lignende situasjon ble aktuell.

Sykepleierne som mente det var vanskelig at sønnen involverte seg og avgjorde ting på morens vegne, opptrer på en måte jeg tolker som kulturelt utrygge. De er i den «første fasen» der de tenker mest ut ifra eget ståsted. De opplever det vanskelig å sette seg inn i pasientens situasjon ved å «tolke den andres realitet» som Martinsen (3.2) fremhever. Sykepleierne er preget av egen kulturbakgrunn der voksne er vant til å ta egne valg, og ikke la andre bestemme på egne vegne. Når sykepleierne er i denne fasen kan de få veiledning og hjelp fra en kollega som har mer erfaring i liknende situasjoner. Dette er i tråd med det Kari Martinsen (3.3) sier om at sykepleie læres ved å følge en mester, en sykepleier som har mer erfaring.

Diskusjoner rundt problemet fører til at sykepleierne begynner å tenke over ting. De innser at familien det her er snakk om gjør ting på en annen måte, og at sønnen opptrer som familiens overhode. Sykepleierne gjør seg opp en mening om situasjonen. Noen bestemmer seg kanskje for at

de ikke vil samarbeide med familien, overse deres måte å gjøre ting på, fortsette å gi viktige beskjeder til moren og kreve svar fra henne. Dette strider mot Martinsen sitt syn, der hun sier at omsorg må være verdigrunnlaget for sykepleieren (3.2). Verdiane til sykepleiere blir synlige gjennom deres holdninger. Å overse pasientens ønsker er i mine øyne en dårlig holdning. Sykepleierne som velger å ta hensyn til pasientens ønsker viser derimot god holdning. Dialog og samarbeid med pasienten kan gi aksept og respekt for at andre gjør ting annerledes enn en selv, sykepleier opplever kulturell trygghet. Jeg tror det er liknende situasjoner Martinsen tenker på når hun snakker om at omsorg er en sosial relasjon som har med fellesskap, solidaritet og forståelse for andre å gjøre (3.2).

5.5 Kultursensitiv sykepleie

Når det er snakk om kulturforskjeller i forbindelse med helsearbeid, ser jeg to potensielle feller sykepleier kan gå i. Det er at man gjør mennesker fra ulike kulturer mer like eller mer ulike enn de faktisk er. I møtet med pasienter som oppleves veldig ulike en selv er det lett å tenke på kultur som årsaker til eventuelle problemer, men det er ikke nødvendigvis alltid riktig. Kultur er et begrep som forklarer noe om likheter blant mennesker, men også om ulikheter sier Magelssen (2002). I denne sammenheng er det ulikhetene jeg fokuserer mest på, fordi jeg tror det er de som kan oppleves som et hinder for å utøve god omsorg og forsvarlig sykepleie.

En sykepleier kan oppleve at ønskene til pasienten ikke sammenfaller med det hun vil oppnå. Hvilken effekt som oppnås ved tiltakene sykepleier iverksetter, avhengiger av kvaliteten på kontakten mellom sykepleier og pasient sier Magelssen (2002). Det kan derfor være nyttig og nødvendig å vite litt om bakenforliggende årsaker til pasienters atferd. Det er stor tilgang på litteratur om ulike kulturers kjennetegn og om religioner. I tillegg til å lese litteratur, kan en sykepleier diskutere med kolleger som har erfaring med innvandrere, eller be arbeidsplassen arrangere kurs om temaet. Slik jeg ser det gjør sykepleier sitt beste for at samhandling med pasienten skal bli bedre ved å øke egen kunnskap. Men i et pasient-sykepleier forhold er det to parter. Derfor mener jeg at for at forholdet kan fungere best mulig, krever det at også pasienten viser velvilje til å vise åpenhet og finne løsninger. Dette er også i tråd med det Magelssen (2002) sier om rammebetingelser som må være tilstede for å oppnå kultursensitiv sykepleie.

Ved å lese litteratur og lære av andre danner en et overblikk over store grupper, men det er ikke dermed sagt at man vet alt likevel. Jeg synes uttrykket «forstå ihjel» pasienter, passer i denne

sammenheng. Sykepleieren jeg har i tankene har kanskje et oppriktig ønske om å tilrettelegge og imøtekomme ikke-vestlige pasienter, og har lest litteratur om emnet. Ønsket om å opptre kultursensitivt fører til at hun bruker kunnskap fra litteratur, men glemmer at pasienten er et unikt individ. Resultatet blir dermed at pasienten får masse uønsket oppmerksomhet, og en tilrettelagt sykepleie som han kanskje ikke er fornøyd med. Næss (sitert i Magelssen, 2002, s. 65) gir følgende råd i denne sammenheng: «Når du skal forklare et fenomen, bør du begynne med de enkleste hypotesene først. Dersom disse ikke holder, går du videre til de mer omfattende og kompliserte». En sykepleier arbeider med enkeltindivider og pårørende. Til tross for at disse kanskje er muslimer fra Somalia eller hinduer fra India, vil hver enkelt av dem ha sin egen måte å praktisere religion på, og sine individuelle behov uavhengig av kultur. Derfor synes jeg Næss sitt råd om å se på de grunnleggende tingene først, og tenke på de mer kompliserte forklaringene til slutt, er veldig nyttig i denne sammenheng.

5.6 Viktige faktorer i helsearbeid med innvandrere

Austveg (sitert i Ahlberg, Aambø og Gihle, 2007) mener at det er tre faktorer som er viktige når man jobber med helsearbeid i forhold til innvandrere: Kulturforståelse, migrasjonskunnskap og forståelse av rasisme.

5.6.1 Kulturkunnskap

Kulturkunnskap er nyttig, men begrepet kultur handler ofte om stereotypier og generalisering. Vil en nordmann for eksempel bli behandlet som «typisk nordmann» når han oppsøker helsevesenet? De fleste ønsker vel å bli møtt som individ når man opplever et individuelt problem. Det er likevel ikke til å unngå at det i flere sammenhenger faktisk er kulturelle forskjeller som man må ta hensyn til. Også da skal man tenke på at alle individer er ulike, selv de med samme kulturelle bakgrunn. Den beste måten å bruke sin kunnskap om kultur, er å stille gode spørsmål som kan løse problemer i samhandlingene. For eksempel kan spørsmålet: «Hva synes du selv?» oppfattes av en innvandrere som tegn på inkompetanse og passivitet hos helsearbeider. I stedet kan man omformulere spørsmålet og si: «Hvordan har du selv håndtert plagene du beskriver?» Kunnskaper om kultur er viktig, men man lærer vel så mye om temaet gjennom praksis. Avgjørende holdning er at både pasient og helsearbeider viser tålmodighet, og tåler at man prøver og feiler uten at det skaper misstillit i forholdet (Austveg, sitert i Ahlberg, Aambø og Gihle, 2007).

5.6.2 Migrasjonskunnskap

Migrasjon innebærer at den som kommer til Norge har forlatt hjemmet sitt. Grunnene til at mennesker flytter er mange, noen har opplevd fryktelige traumer mens andre ønsker en bedre levestandard enn de har i hjemlandet sitt. De fleste opplever likevel tap og savn i forbindelse med flyttingen. De forlater sitt sosiale nettverk og ting som gir dem bekreftelse på egen identitet og verdi. Som nevnt er en positiv side ved migrasjon er de mange nye mulighetene et nytt land kan tilby. Deriblant muligheten til å benytte trygdeordninger som gir rett til kostnadsmessig rimelig helsehjelp. Det er lett for nordmenn og bare se denne siden av historien, mye på grunn av det bildet media presenterer. At det kan oppleves som vanskelig for innvandrere å komme til Norge, er det ikke lett for mange å forstå og ta inn over seg. De negative sidene ved migrasjon kan i seg selv føre til sykdom. Innvandreren blir sårbare på den måten at belastningen ved migrasjon gjør dem lettere mottakelige for sykdom, og når de blir syke kjenner de ikke til mulighetene for å få hjelp (Austveg, sitert i Ahlberg, Aambø og Gihle, 2007). Hanssen (2005) sier i denne forbindelse at de fleste innvandrere takler innvandringsprosessen relativt bra, men at situasjonen utgjør en stressfaktor som kan gjøre personer mer utsatt for sykdom.

5.6.3 Rasisme

De færreste ønsker å bli kalt rasister og blir dypt fornærmet hvis noen bruker ordet om egen person. Det mange ikke tenker på er at rasisme kan ha flere uttrykksmåter. Den kan være konfronterende og åpenlys, men også stille og unnvikende. Unnvikende holdning eller tilbaketrekking i møtet med innvandrere er en form for rasisme og medfører at pasientene går glipp av faglig kunnskap. Utsagn som at «man gjerne vil hjelpe, men kjenner kulturen for dårlig» er ikke uvanlig. Men når ble det å forstå alt ved et menneske viktigere enn fagkunnskap og erfaring? (Austveg, sitert i Ahlberg, Aambø og Gihle, 2007). Jeg mener at hver enkelt sykepleier trenger å være bevisst egne holdninger for å kunne utføre god sykepleie til ikke-vestlige pasienter. Et råd i denne sammenheng er å snakke med kolleger om situasjoner som gjør en usikker. Da kan sykepleier unngå at frykt for å ha fordommer gjør at hun overser egne følelser. «Å legge lokk på» egne følelser tror jeg kan virke distanseskapende i relasjonen mellom ikke-vestlige pasienter og sykepleier. Når jeg opplever slike situasjoner i egen praksis hender det jeg lurer på hvordan pasienten tenker om meg, og at han sikkert synes jeg er «dum» som gjør ting på min måte. Tanken på at det er naturlig å synes at andres måter å gjøre ting på er fremmed og kanskje rart, ufarliggjør forskjellene jeg opplever. Ved å se humoristisk på situasjoner og være åpen, føler jeg at det øker toleransen for andre mennesker og deres levemåter.

5.7 Hjemmesykepleie eller familieomsorg

Før jeg gjorde litteratur undersøkelser til denne oppgaven var mitt inntrykk at familieomsorg var vanlig blant innvandrere. Det vil si at storfamilien tar seg av syke og/eller eldre. Jeg hadde en oppfatning av at dette i tillegg til å være vanlig også ble regnet som en plikt i mange kulturer. Ingebretsen og Nergård (2007) mener at slike synspunkter er basert på myter og stereotyper, og ikke er tilfellet. Videre studie har lært meg at mange eldre innvandrere lever alene og mangler dermed en familie som kan ta seg av dem. I tillegg er mange innvandrere ofte tilpasset vestlig levemåte. Dette fører til at de har jobber eller andre forpliktelser som gjør at de ikke har tid til å ta seg av syke og/eller gamle familiemedlemmer. Det kan skape splid og konflikter i familier når forventninger den hjelpetrengende har til familien ikke blir innfridd. En måte å løse dette på kan være at man gir omsorgslønn til personer som velger å ta seg av hjelpetrengende. Mulige problemer i denne sammenheng er ifølge Ingebretsen og Nergård (2007) at familien drar nytte av dette økonomisk, uten å sørge for et tilstrekkelig omsorgstilbud.

En annen løsning enn omsorgslønn, er å kombinere omsorg fra familien og motta hjelp fra hjemmesykepleien i tillegg. Dette anser jeg som en god løsning for alle involverte parter. Den hjelpetrengende får bo hjemme, er omgitt av sin familie og slipper å for eksempel måtte bo på institusjon der språk, mat og omgivelser er annerledes enn de er vant med. Familien slipper å ha eneansvaret for pleie og stell, de trenger heller ikke ha dårlig samvittighet for at de ikke innfrir eventuelle forventninger. Hjemmesykepleien møter en pasient som er i trygge omgivelser, og kan sørge for at pleie og omsorg blir utført på en kvalitativ god måte (4.5.1). Pasienten har familie rundt seg som ofte snakker bedre norsk, og kan gi beskjed hvis den hjelpetrengende ikke klarer å formidle egne behov i tilstrekkelig grad. Jamfør tidligere beskrevet skal man være forsiktig med å bruke familie som tolk. Realiteten er likevel sånn at det er vanskelig å tilkalle tolk hver gang hjemmesykepleien kommer på besøk. Familien kan derfor gi tilbakemelding om det er nødvendig med store endringer i pleieopplegget, og at man da går til anskaffelse av tolk. Eller kanskje formidler familien et ønske om små endringer som vil føre til at livskvaliteten (4.5.3) til pasienten blir bedre.

6 Konklusjon

Jeg anser det nesten som en umulig oppgave for en sykepleier å ha inngående kjennskap til hver enkelt kultur som er representert i helsetjenesten, her hjemmetjenesten. Derfor mener jeg at isteden

for å legge hovedvekten på kultur i møtet med pasienter, bør sykepleier ha fokus på individet og individuelle kjennetegn. Kulturkunnskap er likevel nødvendig for at sykepleier får forståelse for forskjeller mellom ulike mennesker. Kunnskap kan også bidra til at sykepleier føler økt kulturell trygghet og kan møte pasienter på en mer kultursensitiv måte.

Kulturell trygghet og kultursensitiv sykepleie kan synes som to sider av samme sak. Slik jeg ser det er kulturell trygghet basert på sykepleiers tanker, følelser og holdninger. Kultursensitiv sykepleie er basert på handlingene overfor pasienter med annen kulturbakgrunn enn sykepleier. Når sykepleier opplever kulturell trygghet preger dette hennes utførelse av kultursensitiv sykepleie.

For å skape en god relasjon med ikke-vestlige pasienter og sikre god datasamling, ser jeg det som nødvendig å benytte profesjonell tolk. Jeg mener at kunnskaper om andre kulturer og kommunikasjon, kan bidra til likeverdige helsetjenester, respekt overfor hverandre, livskvalitet og god omsorg med høy kvalitet. Gjensidig forståelse som fører til god samhandling mener jeg gjør at en sykepleier oppnår forsvarlig sykepleie og at pasienten føler han får individuell omsorg.

7 Litteraturliste

- Aambø (2005) I: *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter*, red. Ahlberg, N.,

- Aambø, A. og Gihle, I. Oslo, Ullevål Universitetssykehus. Tilgjengelig fra:
http://www.nakmi.no/opplastede_filer/Utfordringer_u%20bilder.pdf [Lest 01.02.08]
- Austveg, B. (2007) Institusjonelle forløpere, side 54-65. I: *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter*, red. Ahlberg, N., Aambø, A. og Gihle, I. Oslo, Ullevål Universitetssykehus. Tilgjengelig fra:
http://www.nakmi.no/opplastede_filer/Utfordringer_u%20bilder.pdf [Lest 01.02.08]
 - Birkeland, A. (2005) Studieguide i hjemmesykepleie. I: *Kompendium for sykepleierutdanningen-Haugesund*. Høgskolen Stord/Haugesund, Avdeling Haugesund, Bachelor i Sykepleie.
 - Brataas, H.V. og Steen-Olsen, T. (red.) (2003) *Kvalitet i samspill: Innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*. Kristiansand, Høyskoleforlaget.
 - Claus, I.B. og Viken, B. (2004) Generell sykepleie: Sykepleie og kulturell trygghet. I *Sykepleien*, nr 7/2004. Tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=986&categoryID=27> [Lest 20.01.08]
 - Dahl, K., Heggdal, K. og Standal, S. (2005) Sykepleiedokumentasjon. I: *Grunnleggende sykepleie, bind 4*, red. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A., s. 100-148. Oslo, Gyldendal Akademisk.
 - Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
 - Eriksen, T.H. og Sørheim, T.A. (2006) *Kulturforskjeller i praksis: Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
 - Fjørtoft, A.K. (2006) *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen, Fagbokforlaget.
 - Forvaltningsloven (1967) *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*. Tilgjengelig fra:
<http://www.lovdata.no/all/nl-19670210-000.html> [Lest 16.02.08]
 - Hanssen, I. (2005) *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
 - Hanssen, I. (2005) Interkulturell sykepleie. I: *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, red. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A., s. 78-103. Oslo, Gyldendal Akademisk.
 - Hausken, B.T. (2004) *Evidensbaserte relasjoner: En litteraturgjennomgang av temaet pasient og terapimatching*. Hovedoppgave i Psykologi, Universitetet i Bergen. Tilgjengelig fra: www.ub.uib.no [Lest 26.02.08]
 - Helse- og omsorgsdepartementet (2005-2006) Stortingsmelding nr 25. *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/Stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879> [Lest 30.01.08]

- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-004.html> [Lest 18.02.08]
- Ingebretsen, R. og Nergård, T.B. (2007) *Eldre med innvandrerbakgrunn: Tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet*. NOVA rapport 13/07. Tilgjengelig fra: http://www.nova.no/asset/2693/1/2693_1.pdf [Lest 02.02.08]
- Ingebretsen, R. og Romøren, T.I. (2005) *Omsorgstjenester med mangfold?* NOVA rapport 9/05 Tilgjengelig fra: http://www.nova.no/asset/565/1/565_1.pdf [Lest 10.02.08].
- Jakobsen, R. (2005) *Klar for fremtiden? -om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*. Oslo, Gyldendal Akademisk
- Kommunehelsetjenesteloven (1982) *Lov om helsetjenesten i kommunen*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19821119-066.html> [Lest 16.02.08]
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (2005) Om sykepleie I: *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, red. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A., s. 13-27. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: *Grunnleggende sykepleie, bind 4*, red. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A., s. 13-99. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Magelssen, R. (2002) *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo, Akribe.
- Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Oslo, Universitetsforlaget
- Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html> [Lest 17.02.08]
- Syed, H.R og Vangen, S. (2003) *Health and migrasjon: A review*. NAKMIs småskrifter nr 2/2003. Tilgjengelig fra: www.nakmi.no/tema/publikasjoner [Lest 06.02.08]
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007) *ICNs etiske regler*. Oslo, Norsk Sykepleierforbund

8 Vedlegg 1

Følgende har vært en stor inspirasjon i mine refleksjoner rundt forholdet mellom nordmenn og mennesker med annen kulturbakgrunn. Begge sidene er direkte sitat fra Magelssen (2002) side 219-

220, der hun har referert fra Ole Mathis Hetta sin forelesning (Universitetet i Tromsø 31.03.01) om interkulturell kommunikasjon:

De ti bud

1. *Du skal være bevisst ditt eget verdigrunnlag.*

Det er: Ditt verdigrunnlag er formet av din egen kulturbakgrunn og innvirker på dine valg i arbeid og fritid.

2. *Du skal ikke innbille deg at du er verdimesig nøytral.*

Det er: Norsk kulturbakgrunn er ikke andre overlegen, men du skal ikke være redd for å gi til kjenne hva du selv står for.

3. *Du skal gi andre rett til å bruke sitt eget verdensbilde og sin egen sosiale referanseramme.*

Det er: alle må bruke sin egen referanseramme til å sortere og bedømme sine inntrykk. Likevel skal du legge vekt på å bygge bro over kulturkløften ved å være villig til å lære om andre kulturer og motta impulser som kan inkorporeres i din egen kultur.

4. *Du skal ikke forutsette at mennesker fra andre kulturer kan like mye om de samme ting som du kan.*

Det er: Der er stor forskjell fra kultur til kultur på hva som betraktes som viktig å ha kunnskap om og innsikt i.

5. *Du skal huske at alle leser dine ikke-verbale signaler.*

Det er: Dine ikke-verbale signaler blir observert, tolket og mistolket, og de har ofte større troverdighet enn det du sier med ord.

6. *Du skal bruke tolk.*

Det er: Dersom du ikke er helt sikker på at du og din samtalepartner har et felles språk som begge behersker, er bruk av tolk helt nødvendig.

7. *Du skal sette av nok tid når du skal kommunisere med mennesker fra andre kulturer.*

Det er: Utveksling av meninger tar lenger tid fordi dere bruker tolk og skal prøve og forstå hverandre ut fra forskjellig kulturelt ståsted.

8. *Du skal finne ut hvilken rolleforventning din utenlandske venn/nabo har til deg.*

Det er: Roller og forventninger varierer fra kultur til kultur, og for å kunne opptre med innlevelse, deltakelse og respekt må du finne din rette rolle i forhold til den andre.

9. *Du skal stille krav til dine utenlandske venner/naboer som du gjør med dine norske, og ikke opptre som snillist.*

Det er: Undervurdering av andre kulturer gir seg utslag i snillistisk atferd overfor mennesker med en annen kulturbakgrunn. Det er rasisme og må unngås.

10. *Du skal huske at mennesker fra andre kulturer kan ha vansker med å forstå deg nettopp fordi du er norsk.*

Det er: Det er ikke *bare* utlendinger som er sære.