



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD101C

Predefinert informasjon

Startdato:	04-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	10-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Hjemmeoppgave		
SIS-kode:	203 BSD101C 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 10

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 6858

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 2

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

«Du er så mye mer enn det jeg bare ser»

“You are much more than what I see”

Kandidatnummer: 10

GRSD 15

HVL-FHS-IHO

Antall ord: 6857

Innleveringsdato: 10.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

Sammendrag:

Dette essayet tar for seg utfordringer knyttet til fremtidens sykehjem. I dette essayet belyser jeg utfordringer som jeg ser i sykepleierens møte med en økende andel pasienter som har innvandrerbakgrunn, ved å formidle pasientfortelling og derved illustrere noen utvalgte eksempler som berører dette temaet, med særlig hovedvekt på faktorer som jeg anser for å være viktige for sykepleierens forståelse, men som også vil prege sykepleiefaget generelt i møtet med vårt mangfoldige samfunn. Et underliggende ønske om at man kan ta lærdom fra dette er aktuelt fra min side. Som belegg for essayet har jeg tatt utgangspunkt i aktuell faglitteratur innenfor sykepleiefaget, samtidig som jeg søker ny forståelse i lys av egne refleksjoner. Som sykepleiefilosofisk forankring har jeg trukket frem Kari Martinsens sykepleiefilosofi. Hun er interessant av flere grunner, både i lys av at hun er den i Norge som i størst grad har skrevet om sykepleiens natur, og at hennes ideer har hatt stor innflytelse på den omsorgsteoretiske utviklingen av sykepleiefaget i Norge og Skandinavia.

Nøkkelord: Innvandrerbakgrunn, omsorg, forståelse, mangfoldig samfunn, relasjon, sykepleie, sykehjem, endring

Abstract:

The basis for this essay is a concern for the challenges in relation to nursing homes of the future. In this essay I seek to illustrate challenges that I identify in regard to the nurse's encounter with the increasing group of patients that have background as an immigrant. I seek to do this by imparting the patient's narrative and thereby some concrete examples that is relevant to this subject and the research question, in special regards to factors that I recognize as quite important as a basis for the nurse's understanding, but also relevant for the subject of nursing on a general basis concerning our diverse society. An underlying wish that we can learn from this is a general drive in this essay. The literature in this essay is based on relevant set books, specialized books and relevant literature within the nursing science, while I as well seek new understanding in light of my own reflections. The nursing philosophy is based on

Kari Martinsen's work, in special regard to her philosophy of caring. She is interesting for several number of reasons; she is an important author that by large has written on the subject of nursing, and her ideas have had a great deal of influence on the development of the science of nursing in both Norway and Scandinavia.

Key words: Immigrant background, caring, understanding, many-sided and multicultural society, relation, nursing, nursing homes, change

Innholdsfortegnelse

Mangfold i sykehjem, hvordan møter vi dette?	1
Pasientfortelling som har gjort inntrykk	2
Et møte med mennesket, ikke kulturen	4
Vi og «de andre»	6
Likhet og likeverd	8
Hva forstår vi, her under vår kulturelle paraply	9
Kulturell kompetanse; vi må se oss i speilet	11
Å komme de pårørende i møte	13
Møte med min egen forforståelse	16
Fortelling som kraft til å vinne erfaringer	17
Bibliografi	19

Mangfold i sykehjem, hvordan møter vi dette?

I sykehjem vil vi i fremtiden møte en økt andel mennesker med ulik kulturell bakgrunn enn det vi ser i dag. Et sykehjem kan på mange måter sies å være et speilbilde av samfunnet vårt, der mangfold er en realitet og meningene om dette mange. Normene som forplanter seg i samfunnet vil komme til uttrykk, åpenlyst eller skjult. I lys av dette har jeg en bekymring for fremtiden, og denne kan gi meg en erkjennelse av engstelse. Jeg undrer meg over i hvilken grad pasientene vil bli utsatt for unødig lidelse dersom vi sykepleiere ikke ser hvilken betydning vår forståelse har i møte med enkeltmennesker.

I fremtiden vil vi se en betydelig økning av pasienter som består av en annerledes sammensetning enn den vi har sett i sykehjem til nå. Artikkelen «Mangfoldig omsorg» bygger på en kartleggingsstudie, hvor det er gjort undersøkelser om hvordan omsorgstjenester møter mennesker med en annen kulturbakgrunn, og hvordan det planlegges å møte denne etterspørselen i fremtiden. Det fremkommer i undersøkelsen at det er store variasjoner i hvilke erfaring kommunene har med pasienter med minoritetsbakgrunn. Store byer har et større mangfold, mens små kommuner har få pasienter å vise til. Kartleggingen viser at kommunene i liten grad er forberedt på å møte mennesker med innvandrerbakgrunn, men at de likevel er opptatt av tema og ønsker å utvikle kunnskapen på dette området. Det foreligger helsepolitiske føringer der blant annet samhandlingsreformen forutsetter at kommunene skal være forberedt på å ta i mot ulike pasientgrupper for oppfølging og videre behandling når helseforetaket har gjort sitt (Klarkegg, Skraastad, & Yddal, 2013).

Gjennom årene har jeg møtt noen få pasienter som opprinnelig kommer fra et annet land enn flertallet av de pasienter jeg treffer i sykehjem i dag; en annen kultur som kan ligge fjernt fra den norske, med erfaringer som jeg har lite kunnskap om. Jeg har sjeldent følt en slik grad av utilstrekkelighet som her. Det kan også tenkes at min nysgjerrighet trigges, fordi jeg ikke helt vet årsaken til hva denne utilstrekkeligheten bunner i. Teksten vil ha et personlig preg der jeg vil benytte egne erfaringer og tanker underveis. Utdannelsen har ledet meg til en reise tilbake i tid der jeg gjenopplever tidligere møter og opplevelser gjennom litteratur. Jeg ønsker her å se frem, samtidig som jeg ser meg tilbake. Jeg ønsker å belyse hvordan vi sykepleiere påvirker i lys av ny kunnskap, oppdagelser og refleksjoner. Jeg ønsker å belyse sykepleiers

rolle i møte med pasienter som kommer fra andre kulturer, og slik kanskje bidra til økt fokus, kunnskap og faglig trygghet for sykepleier i disse møtene. Teksten min bærer også preg av sykepleier og filosof Kari Martinsen, og ved å benytte hennes tekster ønsker jeg å se sammenhenger mellom tema, erfaringer samt min forståelse av hennes tenkning. Jeg opplever at tekstene hennes kan lede meg til en ny og større forståelse.

Pasientfortelling som har gjort inntrykk

Som sykepleier vil vi også treffe pasienter med erfaringer og livshistorier som vi aldri kan forstå fullt ut. I denne pasientfortellingen trekker jeg frem en eldre dame som kom til sykehjemmet hvor jeg arbeidet. Hun hadde bodd i Norge i mange år etter flukt fra hjemlandet grunnet krig, og hun kom hit sammen med sin voksne datter og barnebarn. Pasienten hadde flere døtre som var bosatt i andre land. Mennene i familien var alle døde i hjemlandet under krigen. Pasienten har bodd sammen med sin datter disse årene i Norge, datter og barnebarn har arbeidet og gått på skole her i landet. Historien forteller at pasienten stort sett har holdt seg innendørs i årene etter hun kom til landet, og hun hadde i svært liten grad erfaring med det norske språk. Da hun kom til sykehjemmet fikk vi opplysninger om at hun hverken snakket eller forsto norsk. Vi fikk også opplysninger om at datteren ikke lenger maktet å ha sin mor hjemme på grunn av egen helsetilstand. I løpet av årene som pleier for pasienten erindrer jeg opplevelser med henne og familien som ofte gjorde inntrykk på meg.

Denne fortellingen kan forstås på forskjellige måter. Man kan registrere disse konkrete opplysningene som kan sees på som utfordringer, og dette må man forsøke å løse i utøvelsen av sykepleie. Pasienten har som nevnt utenlandsk opprinnelse, det kan tenkes at kulturen er fremmed og ukjent. Hun snakker heller ikke samme språk, hvilket vanskeliggjør kommunikasjonen. Det er utfordrende å forstå henne, og hun forstår heller ikke deg. Viktige opplysninger som man som sykepleier må ta hensyn til. Samtidig kan du se etter flere opplysninger i denne fortellingen. Du kan ved hjelp av forestilling få en erkjennelse av den lidelse som pasienten har opplevd, tapene pasienten har gjennomlevd og en brutal historie knyttet til krigen i hennes hjemland. Du kan kjenne på følelser som berører deg. Din vilje eller evne til å «se» eller «ikke se» vil avgjøre hva som rører seg ved deg, som igjen vil påvirke relasjonen mellom pasienten og deg som sykepleier. Ved å se tilbake og reflektere over hva vi

«så» og «ikke så» ønsker jeg å bruke fortelling som kraft for å oppnå større bevisstgjøring.

Å påvirkes følelsesmessig har en betydning for hvordan vi forstår pasienten sin situasjon, noe som er et viktig aspekt ved relasjonell samhandling. Når denne fortellingen berører deg vil det kunne vekke medfølelse og et ønske om å lindre. Nortvedt (2012) trekker frem moralsk sensitivitet som viktig i sykepleien, fordi vi møter pasienter som kanskje ikke kan utrykke sine opplevelser. Dette kan forklares som følelsesmessige, kognitive og erfaringsbaserte evner som farges av relasjonelle tilknytninger. Det er inntrykk samt egne erfaringer som har hatt moralsk betydning for oss. Selv om alle vil oppleve situasjoner i livet som kan hjelpe oss å kjenne igjen andre menneskers erfaringer, hevder han allikevel at noen har mer av dette enn andre. Det diskuteres også om denne evnen er medfødt eller i hvilken grad den kan læres. Nortvedt peker på et viktig poeng i denne sammenhengen. Det er i større grad enklere å være moralsk sensitiv for det kjente fremfor det ukjente, selv om han også poengterer at dette kan være ulikt (Nortvedt, 2012, s. 105).

Ved å lese denne fortellingen kan du kanskje også kjenne på engstelse og opplevelse av maktesløshet. Det kan oppleves svært utfordrende når man ikke kan gjøre noe for en annens lidelse. Det å erkjenne dette vil være viktig for at ikke problemet skal bli enda større. Her vil jeg støtte meg til Falk (2016), som også kan forklare en lysere side av denne maktesløsheten. Det at en kanskje sitter med en opplevelse av dårlig samvittighet eller skyld forklarer han dette som en fordel, og han begrunner at det man ikke kan eller bør gjøre noe med, skal man av naturlige årsaker heller ikke gjøre noe med. I denne sammenheng kan maktesløshet således også bety skyldfri (Falk, 2016, s. 29).

Jeg har forsøkt å illustrere forskjellige måter å se på. Derfor ønsker jeg også å trekke inn Martinsen (2000), som illustrerer ved hjelp av fortellingen om den barmhjertelige samaritan. Hun beskriver også hvordan vi kan se mennesker på forskjellige måter, og forklarer det som et registrerende øye som kan objektivisere å viske ut integriteten til pasienten, et menneske som da blir oss uvedkommende og fremmed. Motsatt beskriver hun hvordan vi kan være sansende med hele kroppen. Her forklarer hun et seende og deltagende øye som kan se

pasienten i sin integritet, et øye som ikke gjør forskjell, der mennesket får tre frem som betydningsfull. I mellom her forklarer hun dette «doble øyet», der hun beskriver hvordan vi sykepleiere kan finne ro til å veksle balansert mellom sansing og forståelse. Dette vil gi oss anledning til å se likheten som binder oss sammen, og gjøre oss forenelige som mennesker (Martinsen, 2000, s. 26). Slik jeg ser det, sitter jeg med en opplevelse av at denne pasienten i varierende grad ble sett i den forstand som jeg beskriver her, og jeg kan kjenne på ubehag på grunn av dette. Jeg vil derfor i teksten belyse momenter i sykepleien som vi også kunne og burde gjort annerledes.

Et møte med mennesket, ikke kulturen

Vi forestilte oss kulturelle forskjeller før pasienten kom til sykehjemmet. Hun skilte seg fra de andre pasientene med et språk som var annerledes, en klesstil som var annerledes og et ønske om mat som var annerledes. Det vi så hos henne, altså kontrastene og forskjellene gjorde at vi umiddelbart fikk forståelse av at hun var annerledes. Kulturen hennes var annerledes. Kanskje du også kan kjenne deg igjen i denne måten å tolke på. Det er en utbredt misforståelse at mange tolker det vi ser som kultur. Kulturelle uttrykksformer som klesdrakt, mat eller konkrete handlinger trenger ikke være identisk med kulturen til dette mennesket. Kultur er det vi ser med, det dreier seg om å tenke, føle og handle. Selv om det å handle inngår som et aspekt ved kultur, betyr ikke det at det er de konkrete enkeltstående handlingene til et menneske som er kulturen (Magelssen, 2008, s. 15).

Med kultur forstår vi de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn (Sitert i Eriksen og Sørheim 1999. s. 33).

Mennesker er fra et land, by, sted eller bygd. Kultur er en abstraksjon og et analytisk begrep etter Thomas Hylland Eriksen og Torunn Arntsen Sørheim sin definisjon som jeg benytter meg av her for å forklare hva kultur er (Magelssen, 2008, s. 58). Alle mennesker har en kultur, derfor trekker jeg inn Martinsen (2012) som også forklarer kultur i forhold til oss sykepleiere. Hun beskriver kultur som noe vi bærer med oss, med vår kropp, i bevegelse, i

håndlag og vårt blikk. Dette forklarer hun som menneskeskapt normer, regler, ritualer og mønstre av meninger og kunnskap. I denne sammenheng belyser hun også et annet fenomen som ikke er menneskeskapt, som trer frem som noe sårbart som uttrykker seg gjennom kulturelle ytringer i situasjoner vi er i. Dette betegner hun som før-kulturelle fenomen (Martinsen, 2012, s. 14). Slik jeg forstår det før-kulturelle fenomen kan det forklares som en tilbakeholdenhet, der det spontane kan oppstå mellom meg og pasienten, om jeg er mottakelig. Det er her mulighetene ligger: til å ta i mot inntrykk som treffer meg og som dermed kan føre til at jeg kan være tydende og sansende tilstede, med en åpenhet som kan forstå, med hele meg.

Jeg beskriver tendensen vi hadde til å kaste oss ut i fastlåste kulturforklaringer, det gjorde vi også om det oppsto utfordringer underveis i oppholdet. Jeg sitter med en oppdagelse av å være «på tynn is» om jeg benytter kulturforskjeller som årsaksforklaring. Her tenker jeg på min egen utilstrekkelighet som jeg beskriver innledningsvis, det kan tenkes at virkeligheten er mer kompleks enn det jeg ser. Kultur er stadig i endring, men dette eksempelet viser at vi ilegger kulturen så stor vekt at vi reduserer den til en fastlåst enkeltfaktor. Vi ser ikke etter fellestrekk hos denne pasienten, men etter kontrastene som fører til at vi mister det sammensatte bildet. Dette kan betegnes som kulturisme, som også kan sies å være en systemisk diskriminering som fører til en annengjøring. Vi betegner pasienten som «annerledes» på bakgrunn av våre stereotype forestillinger som igjen bidrar til fordommer. Vi kategoriserer i fastlåste båser etter grupper vi plasserer i (Dahl, 2013, s. 72).

Ved å stille spørsmål om vi er på vei til å gli i vårt syn på mennesker, belyser Kari Martinsen også dette i hennes teori (Martinsen 2000), der hun spør om vi har fått en umoralsk kultur som er gått over i en normalitet. En annengjøring som fører til at vi reduserer den andre til noe mindre enn det de er. Vi gjør den andre til et objekt som fører til en uaktsom behandling. Dette betegner hun som en skamløs opptreden satt i system. Vi gir kulturen og normene så stor plass at den andre blir oss fremmed (Martinsen, 2000, s. 66). Med dette forstår jeg at det er noe som kan resultere i at jeg mister muligheter. Jeg tillater ikke å la meg berøre og dermed forstår jeg ikke, fordi kulturen hindrer meg i å være oppmerksom.

Vi og «de andre»

Jeg har beskrevet kultur som noe som dreier seg om å tenke, føle og handle. Våre avklaringsforsøk på kultur er gjerne preget av «de med deres» og «vi med våres». Det er viktig å være oppmerksom på innhold og betydning av ord vi bruker når vi omtaler mennesker. Ordet innvandrer kan være negativt ladet, og ikke presist dersom vi ser bort fra betydningen det har om mennesker som har innvandret fra et annet land. Ved å benytte en så stor sekkekategori som vi ofte gjør i dagligtalen er vi med på å bidra til at den stereotype forestillinger om «de andre» blir forsterket. Ord som fjernkulturelle og fremmedkulturelle formidler en virkelighetsforståelse av at noe er fjernt og fremmed. Det er makt i språk. Som sykepleiere må vi forstå at det også ligger en maktsymmetri i ordene vi bruker, og vi definerer på våre premisser. Pasientene blir sett på med våre øyne, det norske tas for gitt (Magelssen, 2008, s. 141). I et fellesskap trekkes det alltid grenser, uansett om det er nasjonale, formelle eller uformelle fellesskap. Det varierer hvilke likheter og forskjeller som blir lagt vekt på, men felles er at noen er innenfor og noen er utenfor. Som en del av majoriteten i Norge er det vi som har definisjonsmakt. Vi behøver ikke å lytte til minoritetens krav om vi ikke ønsker, samtidig som minoritetene må forholde seg til krav og lover fra oss (Dahl, 2013, ss. 214-216). Det er en utfordring å kunne leve side om side som likeverdige mennesker med respekt for forskjeller i et multikulturelt samfunn. Der vi har respekt for forskjellene og ikke forsøker å omvende hverandre til det vi mener er en utgave av «det rette» (Heap, 1990, s. 339). Pasienten i pasientfortellingen var en eldre dame som således også var del av en minoritetsgruppe. Med dette forstår jeg at det kan ha ført til at hun opplevde en «dobbel sårbarhet», dette fordi hun var marginalisert både i lys av at hun var gammel og fremmed.

I lys av ny kunnskap blir klassifikasjon relevant, jeg drar grenser ut i fra hvilken sosial sammenheng jeg befinner meg i. Jeg ønsker å møte pasienten i en likeverdig relasjon, samtidig ser jeg at jeg bidrar til det motsatte ved å klassifisere et annet menneske. Ved å gi pasienten en opplevelse av å «ikke høre til», er jeg med på å bidra til å lage et større skille. Jeg forstår også at jeg i noen sammenhenger er raskere til å dra disse grensene enn andre ganger. Som sykepleier er det viktig at vi forstår at dette påvirker, det kan være fordomsfullt selv om vi gjør dette i ubevissthet. Når vi klassifiserer gjør det noe med vår inntrykksdannelse. Det skjer en stereotypifisering ved at vi plasserer mennesker i grupper

etter kjennetegn, og det vil ha en påvirkning på hvordan vi møter dette mennesket (Renolen, 2008, s. 203). I lys av dette tenker jeg at forståelse vil være svært sentralt for oss sykepleiere. For å tydeliggjøre hva vi selv forstår trenger vi en større bevissthet omkring hvordan vi snakker om og med hverandre. Slik kan vi kanskje bidra til å styrke pasientens opplevelse av «å høre til» i større grad.

Når Martinsen (2003) beskriver omsorg i sykepleie peker også hun på hvordan vi kategoriserer når vi oppfatter andre mennesker. Hun sier at vi mister muligheten til å ta opp moralske spørsmål, noe som igjen kan føre til at fornuften krymper eller blir omtolket til en kalkulerende rasjonalitet. Dermed vil de moralske spørsmålene bli borte, og dialogen ikke eksisterende. Hun beskriver hvordan vi med makt bidrar til at svake grupper holdes nede. Der vi ut i fra et kollektivistisk menneskesyn rettferdiggjør en moralsk uansvarlig maktutøvelse mot minoriteter fordi vi begrunner det som fordelaktig for flertallet i samfunnet. Her forteller hun at fornuften vår er halvert i den forstand at følelsene våre er koblet ut, og i hennes forklaring på hvorfor moralske spørsmål blir borte i vårt moderne samfunn, så peker hun på at formålsrasjonalitetens etikk deler oss i to. På den ene siden blir vi rasjonell men ufølsom, på den andre siden emosjonell, men da ikke rasjonell. For at moralen både skal bli emosjonell og rasjonell, forutsetter det at vi stiller grunnleggende moralske spørsmål, hvilket hun setter som et krav til oss sykepleiere (Martinsen, 2003, s. 54). Slik jeg forstår dette kravet som Martinsen stiller her, så fordrer det at vi evner å leve oss inn i den andre sin situasjon, slik at vi baserer våre handlinger ut i fra det som føles riktig, men samtidig som at fagkunnskaper og erfaringer også skal være innlemmet i dette.

Likhet og likeverd

En viktig side ved menneskeverdet er likeverd. I en politisk sammenheng kan vi si at menneskets likeverd er en sosial konvensjon, her melder det seg også en fundamental likhet som er mer enn bare en konvensjon. Denne fundamentale likheten setter et skille mellom hva folk gjør, og hva folk er. Hva mennesker er kan ikke verdsettes på samme måte som resultater etter hva folk gjør kan. Mennesket vil få en instrumentell verdi, og ikke en egenverdi om vi måler mennesker etter hva de er, det er slik vi kan krenke og fornedre. Den fundamentale likheten ligger i bunn, dette som er en menneskelig tilværelse (Christoffersen, 2011, s. 106-107). Rettferdighetsprinsippet bygger på tanken om likebehandling, noe som går lang tilbake til Aristoteles sin tid. Norsk Sykepleierforbund har som et av sine satsingsområder mål om å fremme internasjonal forståelse og solidaritet, og kjempe for et samfunn bygget på flerkulturell forståelse og likeverd. Helse- og omsorgsdepartementet kom i 2013 ut med en nasjonal strategi om innvandreres helse. Dette bygger på målet om likeverdige helse og omsorgstjenester, -god helse for alle. Et viktig mål for et inkluderende og likeverdig samfunn, for den enkelte og for samfunnet generelt, uavhengig av etnisitet, kultur, språk og religion. Regjeringen vil legge til rette for en mer brukerorientert helse og omsorgstjeneste, dette vil kreve nytenkning og omstilling. Skal en lykkes ser en her behov for opplæring, praktiske tiltak og kultur og holdningsendringer (Helse og omsorgsdepartementet, 2013-2017).

Pasienten som jeg refererer til bodde på et sykehjem, og i lys av at sykehjem ofte er preget av hierarkiske tankesett kan dette sies å stå i motsetning til en likeverdig samhandling (Skau, 2013, s. 54). Vi må derfor forstå og alltid være bevisst på denne «dobbelte funksjon» vi har i forhold til makt og hjelp. Dette fører til at relasjonen alltid er preget av en mangel på dette grunnleggende likeverdet (Skau, 2013, s. 61). Vi kan bruke makt på en god måte, og ved å ha en bevissthet rundt at maktaspektet skaper ulikheter, kan vi forstå betydningen dette vil ha i relasjoner. Selv om vi ønsker å etablere en likeverdig og symmetrisk relasjon med pasienter og kolleger vil alltid dette grunnleggende asymmetriske maktforholdet være til stede. Denne pasienten tilhørte en minoritetsgruppe i tillegg, og derved kan dette forsterke det asymmetriske maktforholdet, fordi de fleste andre tilhørte den dominante kulturen i samfunnet. Da stilles det desto større krav til at vi sykepleiere viser respekt for annerledeshet og forståelse for mangfold (Skau, 2013, s. 56).

I sykepleiesammenheng vil et slikt prinsipp være til hjelp som generelle handlingsregler for å unngå forskjellsbehandling. Det kan fungere som et bindeledd mellom vår allmenmoral og etiske teorier (Nortvedt, 2012, s. 98). Samtidig vil jeg her understreke at det ikke betyr at alle skal behandles likt. Det å behandle likt kan i noen sammenhenger både være uetisk og urettferdig. Derfor vil dette likhetsprinsippet forutsette tilpasning til den enkelte og samtidig fordre en saklig begrunnelse for valgene vi tar. Jeg har tidligere i teksten påpekt måten vi plasserer etter kategoriene «vi» og «de andre». Med dette perspektivet forstår jeg at vi også har en annen og kanskje lang vei å gå, før dette et tilsynelatende likestilte samfunnet vårt kan sies å være likestilt. Så lenge vi har perspektivet «vi» og «de andre» kan samfunnet vårt vanskelig betegnes som et likestilt samfunn. Et likeverdige samfunn nærmer vi oss kanskje i større grad om vi ser på «dem av oss» fremfor «vi» og «de andre».

Hva forstår vi, her under vår kulturelle paraply

Noe av det første jeg bemerket meg med da pasienten kom til avdelingen var utfordringer knyttet til åndelig omsorg. Pasienten var muslim, og selv hadde jeg begrenset kunnskap om religionen. Religion påvirker på mange måter, derfor er det viktig å undersøke hva som har betydning for akkurat denne pasienten. Sett i ettetid kan det tenkes at jeg opplevde religionen som fremmed, at det var årsaken til at jeg satt med en opplevelse av og ikke klare å møte henne her. Ved å se på dette fra et annet perspektiv nå kan vi fint ivareta pasientens åndelige behov, selv om vi har begrensede kunnskaper om den aktuelle religion. Her tenker jeg at det vil være viktig som sykepleier å få en forståelse for hva som er betydningsfullt for akkurat henne, som igjen kan bidra til et godt menneskemøte. Pasienten vil da kunne føle seg møtt på sine behov, noe som kan skape mening eller trøst i hennes tilværelse. Essensen tenker jeg er at vi må øve oss på å tørre å være der, også om det er i taushet der vi kanskje mangler felles språk. Som sykepleier vil vi møte mange forskjellige mennesker, det kan være pasienter som har en klar religiøs forankring eller andre som ikke har et avklart forhold til tro. Behov for å stille eksistensielle spørsmål kan være til stede uansett. Det vil være nyttig som sykepleier å ha et reflektert syn på hva som er mine verdier og hva som er den andres verdier for å vite hvordan jeg skal møte pasientens behov. Religion og livssynsspørsmål vil dannes gjennom ulike tradisjoner i den kulturen vi tilhører, og gjennom vår personlighet. Åndelig omsorg handler om mye mer enn bare religion, det handler jo også om hvordan vi tar i mot hverandre, om tillitt og relasjoner i møte med den andre. Bruk av tid og vilje til å lytte er vesentlig når vi

skal bidra til at pasienten opplever det som et godt møte. (Kristoffersen, Breievne, & Nordtvedt, 2011, s. 280).

For denne pasienten var to forhold særlig viktig, nemlig kjønn og situasjoner der pasienten måtte avkles. For pasienten ville det være problematisk å bli stelt av en mann, og dette medførte diskusjoner internt blant de ansatte på avdelingen. Utsagn som «slike hensyn kunne vi ikke ta» var noe som var tilbakevendende, samt «også etnisk norske eldre personer ønsker å bli stelt av pleier som har det samme kjønn». Diskusjonene resulterte i at noen ganger ble det tatt individuelle hensyn, andre ganger ikke. Restriksjoner i den muslimske tro forteller at berøring og samkvem mellom menn og kvinner av motsatt kjønn ikke er akseptert, dersom ikke dette er innad i familie og slekt. Derfor er det ønskelig at for eksempel kvinnelige pasienter blir stelt av kvinnelige helsepersonell (Hanssen, 2005, s. 177).

«Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket». (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Når ønsket ikke ble tatt hensyn til kan jeg vanskelig betegne dette som annet enn krenkelse av pasientens integritet. De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er tydelig og ment som en rettesnor i vårt etiske arbeid. Jeg får også vansker med å forklare dette som en «nødvendig krenkelse» fordi jeg ser flere muligheter i avdelingen som kunne bidra til at denne krenkelsen ble unngått. Som sykepleier ønsker vi å hjelpe, ikke krenke, allikevel hender det at det skjer. Det kan sees på som et paradoks. Det kan handle om mange ting, manglende kunnskap, manglende etisk bevissthet eller manglende evne til å se verden fra den andres perspektiv (Skau, 2017, s. 39). I en sykepleier-pasient sammenheng kan personlig kompetanse enten begrense eller åpne for mulighetens rom. Det er den personlige kompetansen som bestemmer hvordan vi forvalter makt som ligger i rollen vår. For at denne sentrale delen av vår personlige kompetanse skal utvikles må vi være villig til å arbeide med oss selv (Skau, 2013, s. 143).

Dette eksempelet får meg til å sitte igjen med en undring. Ønskene til pasienten ble gjort kjent, noe som førte til blandede reaksjoner hos personalet. Jeg vil prøve å snu blikket over på oss, for å forsøke å forstå hvorfor vi ikke alltid samhandlet med pasienten her. Vi vet at vi uttrykker våre holdninger og personlige verdier gjennom våre handlinger. Holdningene våre kan være farget i så stor grad at refleksjon over egne verdier og dokumentert kunnskap kommer i bakre rekke. Det som i utgangspunktet kan høres harmløst ut kan allikevel være forkledd rasisme.

Jeg beskriver dette fordi jeg opplevde det som vanskelig, kanskje jeg kjente på avmakt og motløshet. Jeg vil derfor støtte meg på Martinsen (2012) som beskriver hvordan tvetydige kulturelle normer og maktforhold kan spille inn. Vi kan ikke gjøre det som allerede er gjort om igjen, men vi kan arbeide med situasjonen i etterkant. Det kan gi oss et kritisk blikk på situasjonen og denne kulturen som former normene våre. Her trekker hun inn den gyldne regel som en etisk treklang som kan benyttes som refleksjon. Vi kan se situasjonen fra andre synsvinkler, noe som kan gi oss mulighet til å se om igjen. Hun forklarer hvordan tyding og refleksjon i samtaler kan frembringe ny forståelse. En samtale som gir oss anledning til å bringe inn skjønnsmessige vurderinger. Ved å dele erfaringer kan vi bringe tankene inn i andre baner. En slik samtale kan også lede oss til å våge å vise sårbarhet, samt at det vil bidra til en pleiekultur som går i en retning der pasientene blir beskyttet mot ansvarsløshet og ansvarsforflyktigelse (Martinsen, 2012, ss. 66-67).

Kulturell kompetanse; vi må se oss i speilet

For å belyse hvordan vi sykepleiere kan tilegne og utvikle vår kulturelle kompetanse løfter jeg frem firestegsmodellen til Papadopoulos, Tilki og Taylor (2006). Her vil det være en glidendeovergang mellom stegene som forklares som en prosess for å utvikle og definere egen evne til å utøve god omsorg til enkeltmennesker ut i fra behov, oppførsel og kulturell overbevisning. Første steget i modellen er å gå i oss selv for å forstå. Vi vil alle ha forutinntatte holdninger som vil påvirke vår tilnærming og oppfatning av andre, og dette er vi nødvendigvis ikke bevisst på selv. Vi må derfor utforske våre normer og verdier for å forstå hvordan dette preger måten vi ser og påvirker omgivelsene våre. Neste steg i modellen er

erfaring gjennom samhandling med mennesker fra andre kulturer, samtidig som vi må tilegne oss kulturell kunnskap gjennom ulike fagområder. Det tredje steget er kultursensitivitet, en kulturelle kommunikativ kompetanse der vi også forstår at det er ulike verdier, normer og regler innenfor de spesifikke kulturene. Siste steget i modellen forklares som summen av disse tre stegene i forkant. Altså bevissthet, kunnskap og sensitivitet, at vi benytter dette i praksis og refleksjoner (Hillestad, 2013, ss. 157-158).

Modellen kan benyttes som en retning for å forstå hva vi sykepleiere behøver for å utvikle vår kulturelle kompetanse i møte med ulike kulturer i sykehjem. Mye kan læres, mye kan erfares, men først og fremst forteller denne modellen meg at vi må starte med å granske oss selv og vår egen forståelse for å utvikle kulturell kompetanse. Da kreves det en grundig undersøkelse av egne verdier, og som en konsekvens av dette må vi kanskje også regulere vår egen atferd. Jeg vil trekke frem professor i sosialantropologi Thomas Hylland Eriksen (2010) som jeg syntes har et godt poeng i denne sammenheng. Han forklarer at det er i møte med andre vi kan få anledning til å oppdage hvem vi selv er (Eriksen, 2010, s. 256).

Som sykepleier vil det være et uoppnåelig mål å sette seg inn i alle momenter ved ulike kulturer. Ethvert samfunn eller kultur vil ha generaliserende trekk som vi danner oss bilder av, det er likevel ikke fasiten på hvordan dette mennesket lever med sin kultur. Kunnskap om pasientens kultur er et godt redskap for å møte pasienter på en god måte, samtidig er det viktig å vite at et hvert menneske har sin unike bakgrunn og kulturhistorie. Kulturkompetanse er forutsetning for å forstå individuelle behov, pasienten må få være seg selv med sin forståelse, sitt livssyn, sine tanker, kunnskaper og holdninger (Hanssen, 2005, s. 17). Som sykepleier må vi ha noe kunnskap om ulikheter i de forskjellige kulturene. Vi må vite noe om hva variasjonene kan gå ut på, for slik å kunne stille de riktige spørsmålene. Det kan være på konkrete tema som for eksempel kosthold, sykdomsforståelse eller ulike måter å uttrykke smerte på. Det er viktig å understreke at det kan være store individuelle forskjeller. En systematisk kulturell datasamling med hensikt i å lære pasienten å kjenne er et viktig redskap. Slik kan vi sykepleiere få vite noe hvilke sosiokulturell sammenheng pasienten befinner seg i, og dermed bli i stand til å tilpasse aktuelle sykepleietiltak (Hanssen, 2005, s. 85).

En gruppe forskere på Sykehuset Innlandet ved avdeling for religionspsykologi arbeider i disse dager med å implementere et kulturformuleringsintervju til klinisk bruk for helsevesenet. I dette intervjuet er det også inkludert tro, livssyn og eksistensiell omsorg. Poenget med intervjuet er og utforske pasientens egen forståelse av helse, sykdom og ressurser, og det er utarbeidet et kjerne intervju med 16 spørsmål som er formulert slik at det gir pasienten mulighet til å fortelle, og dermed få fokuset over på pasientens perspektiv. Deretter kan en velge å gå inn i 12 ulike moduler for ulike aldersgrupper og kulturer om man ønsker for å «borre» mer i dette (Folkehelseinstituttet, 2015). Dette verktøyet anser jeg for å kunne være nyttig i møtet med vår pasient i sykehjemmet. En kulturell datasamling som kunne ledet oss til kunnskap om kulturelle faktorer, om hva som var viktig for akkurat henne. Jeg ser at dette kunne bidratt til at sykepleien vi utførte ville blitt mer pasientsentrert, og kanskje ført til at pasienten fikk styrket sin opplevelse av mestring, tilhørighet og mening.

Å komme de pårørende i møte

Etter at pasienten hadde bodd på sykehjemmet en periode, ønsket hennes datter at morens rom skulle ommøbleres. Det ble båret inn en stor sovesofa på hennes rom, og datteren forklarte at hennes søster, som bodde i utlandet, ønsket å bruke sine ferier sammen med sin mor. Hun ønsket å komme i sommerferien og bo sammen med hennes mor på hennes rom. Jeg hadde vakt denne ettermiddagen, og dette var en ny problemstilling for meg, selv om jeg allerede da hadde arbeidet mange år på sykehjem. Jeg så for meg ulike potensielle utfordringer og problemstillinger knyttet til dette, og fordi jeg forventet motforestillinger fra mine kolleger, så kvitte jeg meg for å bringe dette på bane. Det var flere enn meg som opplevde dette som fremmed og utfordrende, og det ble mange diskusjoner på vaktrommet. Ikke alles kommentarer var like gjennomtenkt eller vennligsinnede når problemstillingene ble drøftet. Mine kollegers kommentarer representerte en bred skala, der det på den ene side var kommentarer som omhandlet bekymringer knyttet til praktiske forhold og gjennomførbarhet, til kommentarer som var på den usaklige delen av skalaen, som at «hun [pasientens datter, min anm.] får ta inn på hotell som oss andre når vi skal på ferie» og helt usaklige kommentarer som «dette er et tjuvaktig folkeslag». Jeg erindrer en følelse av lettelse over at sommeren lå måneder frem i tid, at jeg kunne skyve dette fremfor meg en stund.

Da sommeren kom var det ennå ikke fattet noen beslutning angående dette oppholdet. Datterens ferie nærmet seg, og vi var midt i ferieavviklingen på sykehjemmet. Det var opp til oss som var på arbeid om å påvirke denne avgjørelsen. I den grad man kan her si heldigvis, så møtte vi utfordringer i forhold til kommunikasjon med pasienten i en periode i forkant. Det ble gitt tillatelse til at datteren kunne bo med sin mor, fordi vi i vår argumentasjon la vekt på denne gyldne muligheten til å bli bedre kjent, og som en mulighet til å lette våre utfordringer i forhold til utfordringene med kommunikasjon med pasienten på grunn av språkvanskene. Hver sommer i syv år bodde datteren sammen med sin mor på sykehjemmet. Mange fine øyeblikk for pasienten og hennes datter, fine øyeblikk for oss som arbeidet i avdelingen også. Jeg er glad vi ikke tok dette fra dem.

I denne fortellingen fordret det at vi som arbeidet i avdelingen var villig til å tenkte nytt for å ivareta de individuelle behov. Dersom jeg snur litt på dette, så kan jeg fort forestille meg at dette kunne bli satt en stopper for, med konsekvenser som hadde fratatt de mye, kanskje mer enn jeg kan forestille meg. En skremmende tanke. Det er ikke tvil om at noen av disse utsagnene i diskusjonene var rasistiske, andre igjen var kanskje mer innpakket. Hverdagsrasisme er kanskje vanskeligere å sette fingeren på nå som rasisme. Det sier jeg på bakgrunn av at det tidligere gjerne i større grad gikk på hudfarge, mens det nå kanskje oftere blir satt i kontekst med religion og kultur. Motstand mot innvandring kan uttrykkes på mange måter, og det kan ha rot i forestillinger som ikke behøver å stemme med virkeligheten (Hafstad, 2017, s. 156). Som sykepleier skal vi skape trygghet, likevel kan det hende at det motsatte skjer, vi skaper avmektighet og mennesker blir krenket. Sett fra en annen side så kan det også være et uttrykk for en forsvarsposisjon om vi utaler at vi absolutt ikke er rasister. Vi har alle fordommer på forskjellige områder. For å komme fordommer til livs vil et viktig steg på veien være å innrømme det, samtidig som vi må etablere en holdning der vi snakker sammen om dette. Først da er det mulig å få til en holdningsendring. I lys av dette er ikke essensen hvordan vi behandler «de andre», men snarere ut i fra hvilke holdning vi gjør det (Hanssen, 2005, s. 102).

Som sykepleiere skal vi være åpen for andre. Det å se på oss selv i lys av miljøet vi arbeider i er nødvendig for å utvikle forståelse for andre, enten det er pasienten, pårørende eller andre vi samhandler med (Garsjø, 2003, s. 95). En tanke som slår meg, vi er kanskje ikke alltid så fleksible som vi liker å tro selv. Vi kan kanskje i større grad fokusere i en retning mot «hva trenger de» mere enn «hva kan vi gi». Nå viser jo denne fortellingen at vi var fornøyd med utfallet, pasienten, datteren og de fleste som jobbet i avdelingen. Jeg tenker at vi vil ta dette med oss videre som en positiv erfaring som kan prege oss neste gang vi opplever noe som kan relateres til denne hendelsen. Dette er ikke en fasit for hvordan det vil gå i en lignende situasjon, vi kan heller ikke legge opp til at alle kan ha pårørende boende hos seg. Likevel vil individuelle vurderinger der vi streber etter å yte hjelp på pasientens premisser bidra til at vi kan fjerne oss noe fra denne likhetsideologien som handler om at «vi sørger for like tjeneste for alle» og heller forsøker å retter fokuset vårt i retning mot det individuelle og unike (Hanssen, 2005, s. 152).

Det kan være et stort fellesskapsbehov og pliktfølelse hos mange ikke vestlige pasienter og deres pårørende. Dette kan føre til at noen familier ønsker å ivareta omsorgen for sin pasient eller at noen pasienter kanskje forventer å ha familien rundt seg i stor grad. De kan være mer orientert mot det felles «vi» enn mot det individuelle «jeg». En sykepleier med en individualistisk kulturbakgrunn kan kanskje se på pasienten og pasientens familie som to adskilte enheter. Pasienter med innvandrer bakgrunn kan kanskje være mer orientert mot det som betegnes som familiebasert omsorg, ettersom et familiemedlems sykdom er et felles anliggende og tradisjonelle behandlere forholder seg til hele familien når pasienten behandles (Hanssen, 2011, ss. 143-144).

Møte med min egen forforståelse

I dette arbeidet kommer jeg naturligvis ikke unna begrepet forforståelse. Jeg forstår at jeg blottlegger min uvitenhet ved å beskrive at jeg tolket det vi ofte opplevde med denne pasienten som kulturforskjeller. Dette jeg forsto som en «sannhet» på bakgrunn av erfaring, eller snarere manglende kunnskap. Jeg ser også tydelig, og må dermed erkjenne at dette bidrar til å «farge meg» i møte med denne pasienten. Det å møte på egen forforståelse kan oppleves både ubehagelig og nyttig. Ubehagelig fordi jeg nå ser at det er noe jeg vanskelig kan komme helt fri fra, det vil skje igjen og igjen. Ubehagelig også fordi jeg kan kjenne på uvitenhet og fordommer jeg ikke har vært bevisst på selv. Nyttig fordi jeg blir klar over at jeg ikke forstår, dermed kan jeg få nye oppdagelser som kan justere forståelsen min til det bedre. Nyttig også fordi jeg kan få mulighet til å forstå hvordan dette påvirker meg.

Pasienten hadde flere døtre, og gjennom årenes løp ble vi godt kjent. Jeg opplevde selv at jeg hadde et godt forhold til dem. Jeg sitter likevel igjen med en opplevelse av at jeg fikk et tettere bånd til den ene datteren. Dette forsto jeg da som naturlig, og det kan handle om personlighet, kjemi og væremåte. Denne forståelsen kan godt stemme, jeg forstår også at det ikke er sikkert, dersom jeg nå skal prøve å se tilbake. Denne datteren hadde et typisk vestlig uttrykk i klær og væremåte, mens de andre døtrene hadde ikke det. Her dukker det opp en litt ubehagelig tanke. Kan det virkelig tenkes at disse forskjellene gjorde noe med min væremåte? At jeg åpnet mer opp for hun som jeg oppfattet som mer lik meg, eller motsatt der jeg ubevisst stengte mer igjen der jeg oppfattet ulikheter? Kanskje denne forforståelsen min skapte en barriere slik jeg har beskrevet at jeg tolket ulikhetene. Om dette så er tilfelle, bunner det kanskje i min egen utrygghet for det som er ukjent. Kanskje det fører til at jeg er raskere med å trekke meg tilbake. Jeg har lyst å tro og håpe at det ikke er tilfelle, men det vekker litt uro så jeg klarer ikke å slå det helt fra meg.

Det å legge merke til andres særtrekk er naturlig og nødvendig, slik kan vi gjenkjenne hverandre. Vi kan alle registrere kjennetegn hos andre mennesker uten at vi nødvendigvis vurderer det som negativt eller positivt. Det er først når vi ilegger disse kjennetegnene en viss type mening eller anser det for å være kulturelle særtrekk det vil bli problematisk. Vi har da

en tendens til å ilegge disse særtrekkene ufordelaktige egenskaper, noe som gir oss et negativt bilde. Vi bidrar til å ekskludere (Hanssen, 2005, s. 102). Her vil jeg trekke inn Martinsen (2012) som også trekker frem dette ytre som fremtredende for forståelsen vår. Hun forklarer forforståelse som en kunnskap vi bærer med oss inn i situasjoner, sammen med vår livshistorie og pleiekulturen vi er en del av. Hun forklarer sansing som gir oss en selvstendig adgang til verden, men som allikevel er flettet sammen med forståelse. Hun beskriver det som et avstandsskapende element i en relasjon, og som dermed kan skygge for sansingen. Slik jeg forstår henne her så er dette en avstand som også kan gi meg rom til en ny forståelse, men at da må jeg være mottakelig for inntrykkene som treffer meg for at jeg skal kunne se det betydningsfulle i dette (Martinsen, 2012, s. 16).

I etterkant kan jeg selv kjenne på egen usikkerhet når jeg oppdager egne fordommer. Usikkerhet fordi jeg ikke nødvendigvis er klar over det selv. Det kan gi meg erkjennelse av utilstrekkelighet og en eksistensiell angst som kan føre til at jeg trekker meg og blir stående i fastlåsthet. Her kan jeg få nytte av Falk (2016) som forklarer denne angsten som også kan føre til at vi ser verden på nytt, det kan forstås som en sunnhet som også kan være utviklende og bidra til vekst. Vi kan få øynene opp for gamle vaner som kan føre til nye erkjennelser (Falk, 2016, s. 17). I lys av denne tenkningen kan jeg derfor snu litt på dette, og jeg kan få oppdagelse av nytte. Jeg kan se på det som utgangspunkt for selvinnsikt og kritisk refleksjon som kan føre til bevisstgjøring. Jeg kan se på det som mulighet for å utvikle meg.

Fortelling som kraft til å vinne erfaringer

Avslutningsvis ønsker jeg å trekke inn Martinsen (2003), som illustrerer for leseren ved å benytte fortellinger i sine tekster. Hun beskriver også hvordan vi sykepleiere kan benytte fortelling som redskap, en fortelling som kan gi oss selv og våre kollegaer muligheter. Vi kan få ny innsikt i noe som har gjort inntrykk. Hun forklarer hvordan vi kan se muligheter som åpner seg, om hvordan vi kan få en felles forståelse for hva som er kloke og riktige fremgangsmåter. En fortelling som gir oss anledning til å fortolke situasjoner, finne gode handlingsalternativ og vinne nye erfaringer (Martinsen, 2003, s. 157).

Jeg kan se på utdannelsen som starten på en reise som aldri vil ta slutt. Arbeidet med denne teksten har vært en vekker for meg. Ved å knytte tidligere opplevelser til litteratur, får jeg mulighet til å oppdage og vinne erfaringer på nytt, og således også anledning til å se på en annen måte. Opplevelsene mine har ført til refleksjoner, og dermed bevisstgjøring som jeg kan være glad for nå i ettertid. Min opplevelse av utilstrekkelighet, som jeg satt med innledningsvis, bunner kanskje også i dette gapet jeg formidler i teksten. Et gap mellom hvordan jeg opplevde at vi så pasienten, og det litteraturen har fortalt meg gjennom utdannelsen. Eksemplene jeg har valgt å belyse er ikke i kategorien Martinsen (2003) betegner som heltefortellinger. Et bevisst valg, selv om det kan kjennes krevende å vise meg selv frem slik. Det er slik jeg kan lære. Jeg håper denne teksten også har gitt deg muligheter, kanskje det har gitt deg rom for refleksjoner, og derved nye oppdagelser. Dersom dette er tilfelle, kan også du se på det som et fint utgangspunkt for utvikling. Kanskje kan dette være et bidrag til større faglig trygghet for oss sykepleiere, som forhåpentligvis vil prege oss i en god retning i møte med fremtidens mangfold i sykehjem.

Bibliografi

- Bech-Karlsen, J. (2011). *Gode fagtekster: Essayskriving for nybegynnere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: Innføring i interkulturell kommunikasjon* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eriksen, T. H. (2010). *Små steder-Store spørsmål: Innføring i sosialantropologi* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Falk, B. (2016). *Å være der du er* (2. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Kulturformidlingsintervjuet*. Hentet April 1, 2019 fra fhi.no: <https://www.fhi.no/publ/2015/kulturformuleringsintervjuet-cfi-dsm-5/>
- Garsjø, O. (2003). *Institusjon som hjem og arbeidsplass*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hafstad, K. (2017). Det fremmede. I I. M. Lid, T. & T. Wyller (Red.), *Rom og etikk* (ss. 149-165). Oslo: Cappelen Damm.
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hanssen, I. (2011). Interkulturell sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., ss. 135-157). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Heap, K. (1990). *Samtalen i eldreomsorgen* (4. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013, August 19) *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle: Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester/id733870/>
- Hillestad, A. H. (2013). Tverrkulturelt samarbeidprosjekt om kvalitetsutvikling i sykehjem. I Å. Bergland, & I. Moser (Red.), *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre* (ss. 156-168). Oslo: Cappelen Damm.
- Klarkegg, L., Skraastad, M., & Yddal, E. B. (2013, 1 25). *Sykepleien.no*. Hentet fra <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/1115973.pdf?c=1410453533>
- Kristoffersen, J. N., Breievne, G., & Nordtvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I J. N. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., ss. 246-293). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene* (2. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og Kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Cappelen Damm.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelsen av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruyter, K., & Wyller, T. (2011). *Profesjonsetikk: Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (2. utg.). (S. A. Christoffersen, Red.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp: Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser; Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg.). Oslo: Cappelen Damm.