



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-05-2021 00:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	21-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	363
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7989
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	22
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	365

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

## **BACHELOROPPGAVE**

Kulturell kompetanse, en dagsaktuell  
utfordring og nødvendighet

Cultural competency, a challenge and necessity

**Kandidatnummer: 363 & 365**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

**Innleveringsdato: 21.05.21**

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.*

## **Abstract**

Cultural competence in home nursing is a desired and time current need, which we find so important that we want to shed light on it in this essay. Based on a meeting with a multicultural patient in an internship in home nursing, we reflect around challenges that occurred in the interaction with this patient. Cultural encounters consist of more than differences. It gives the opportunity and the challenge to build relationships where continuous processes take place. Research shows that barriers such as lack of a common language are perceived as the biggest challenge and can contribute to influencing the patient's access to health care services. Interpreters are barely used in home nursing, and this helps to maintain an unfortunate balance of power in the nurse-patient relationship.

Communication, both verbal and nonverbal, is of great importance when meeting the patient. Lack of communication and different perception of illnesses between the nurse and the patient, can affect the nurses clinical gaze. The ongoing Covid-19-pandemic have presented more challenges when it comes to communication. Especially regarding the requirements of infection preventions measures, such as keeping a physical distance to the patient. Some of the close, good communication we strive for, can be harmed by this. Research shows that teaching and training in cross-cultural communication can help strengthen both unity between colleagues, but also the nurse's cultural confidence and security in encounters with multicultural patients. To improve the nurse's cultural competence the government, universities and workplace must see this as a value and necessity.

## **Innholdsfortegnelse**

Et møte med en ny kultur .....	3
Viktige aspekter ved kultur i møte med pasienten .....	5
Sykepleieren bør være bevisst på barrierer som eksisterer i pasientmøtet.....	6
Et manglende felles språk påvirker maktbalansen .....	8
Liten bruk av tolk i hjemmesykepleien utfordrer pasientens ivaretagelse .....	9
Barrierer i hjemmesykepleien: hjelpebehov, tilgang på tjenester og språk.....	10
Verdien av samtalen og utfordringer ved kulturell kommunikasjon.....	11
Nonverbal kommunikasjon sett i relasjon til Covid-19 .....	13
Aktiv trening i tverrkulturell kommunikasjon hever den kulturelle kompetansen .....	15
Ulik sykdomsoppfatning kan svekke sykepleierens kliniske blikk.....	15
Behov for et kompetanseløft .....	18
Fremtidens behov for kulturelt kompetente sykepleiere .....	20
Litteraturliste .....	21

## **Et møte med en ny kultur**

Ifølge Statistisk sentralbyrå (2021) var det per 1. januar 2021 rundt 800 000 innvandrere bosatte i Norge, noe som tilsvarer 14,8 % av befolkningen. Det er en stor og viktig del av befolkningen som vi vil møte på mer i hjemmesykepleien. Vi står overfor en eldrebølge som krever en stor satsning i helse- og omsorgssektoren og da er det viktig at vi er bevisst på hva slags kompetanse det vil være behov for, eksempelvis kulturell kompetanse.

*“Hei, vi kommer fra hjemmesykepleien og er sykepleierstudenter.”*

*Vi får bare et smil tilbake.*

*Vi introduserer oss siden det er første gang vi møter pasienten.*

*“Vi tenkte å hjelpe deg med å varme middag i dag, går det fint?”*

*Pasienten fortsetter å smile.*

*Vi har aldri vært hos denne pasienten før og vi merker fort at han ikke forstår hva vi sier.*

*Vi deler oss og den ene går for å varme mat, mens den andre begynner å finne frem blodsukkerapparatet.*

*Pasienten strekker frem hånden, velger ut en finger og blodsuktermåling blir utført.*

*“Oi, dette var litt høyt, har du nettopp spist?”*

*Pasienten smiler og sier noe på et språk vi ikke forstår.*

*Maten er ferdig oppvarmet og vi kommer inn med den til ham.*

*Plutselig begynner pasienten å si nei og vifte med hendene.*

*Han har nemlig allerede spist.*

Dette møtet, blant mange flere, fikk oss til å undre oss over hva som egentlig påvirker vår sykepleiefaglige tilnærming til flerkulturelle pasienter. Mangel på kunnskap og følelsen av å ikke kunne utøve helhetlig sykepleie, i form av at vi ikke strakk helt til ble fremtredende. Kommunikasjonen sviktet, og vi opplevde å miste et av de viktigste virkemidlene for å oppnå en tillitsfull relasjon mellom oss og pasienten. I hjemmesykepleien kommer man tett på pasientens kultur og man kan oppleve å måtte tilpasse seg på nye måter enn man er vant til - hvert hjem er en ny kultur (Fjørtoft, 2016, s. 95). Den kulturelle dimensjonen blir ekstra tydelig når man trår inn i hjemmet til pasienten, hvor man er så nær hverandre. Dersom man mangler et felles språk og en sentral kulturforståelse blir det vanskelig å ivareta hele pasienten. Vi manglet verktøy som vi kunne bruke i møte med denne pasienten for å skape en god relasjon. For å belyse temaet kulturell kompetanse, er essay et naturlig valg for å få frem våre tanker, erfaringer og refleksjoner, i tillegg til at det gir rom for faglig argumentasjon (Bech-Karlsen, 2003, s. 17-21).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1) skal være med på å sikre at alle har “lik tilgang på tjenester av god kvalitet”. Videre sikrer International Council of Nurses (ICN) sine etiske regler for sykepleiere, at *alle* har rett på god sykepleie: “Sykepleie bygger på respekten for menneskerettighetene, herunder kulturelle rettigheter [...]. Sykepleie utviser respekt for og ytes uavhengig av alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur [...], nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status” (ICN, 2007, s. 24). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere stiller også krav til at grunnlaget for god sykepleie “skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet” (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Kulturell kompetanse i omsorgssektoren er ikke bare for de spesielt interesserte, men er et krav for å kunne gi helhetlig omsorg til den flerkulturelle pasienten. Den flerkulturelle pasienten vil i dette essayet omhandle alle etniske minoriteter i Norge.

Kulturell kompetanse er et tema mange sykepleieteoretikere har skrevet om, men vi har valgt Campinha-Bacote sin modell for å sette ord på kulturell kompetanse. Hun beskriver det som en kontinuerlig prosess, en reise og ikke en destinasjon (Campinha-Bacote, 2002, s. 181). Prosessen består av 5 steg man går ut og inn av: kulturell bevissthet, kunnskap, ferdighet, møter og ønske, og på den måten så anser man seg selv ikke som kulturell kompetent, men at man blir *mer* kulturell kompetent (Campinha-Bacote, 2002, s. 181). Dette synes vi er fint, fordi på samme måte som vi aldri blir utlærte sykepleiere, så er heller ikke kulturell kompetanse noe man blir ferdig å lære om. Det er erfaringer vi gjør oss underveis, og som blir med videre i utøvelsen av sykepleien. Vi som sykepleiere har et ansvar når vi står overfor nye utfordringer i et multikulturelt samfunn som stadig er i endring. Dermed ønsker vi å se nærmere på temaet kulturell kompetanse hos sykepleiere og hva slags rolle kommunikasjon har i sykepleierens møte med flerkulturelle pasienter i hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleien er en unik arena der vi møter mange forskjellige mennesker. Hjemmet er personlig og trygt, og forteller oss gjerne noe om historien og identiteten til pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 27). Når vi kom hjem til vår pasient fra historien så var vi gjester i hans tilværelse og når vi ikke umiddelbart fant et felles knutepunkt, eksempelvis språket, så ble vi usikker og redd for å trå feil. I verste fall kan dette føre til at vi unngår å prøve og ikke gjør noe. Så som sykepleier kan det være viktig å ha gjort seg noen tanker på forhånd om hvordan vi skal møte det nye hjemmet og den nye kulturen.

Selv om det kan være utfordrende å møte pasienten i hjemmet, så gir det oss ubeskrivelige mange muligheter til å bli kjent med pasienten i større grad. Det åpner også opp for å gjøre viktige observasjoner og kartlegginger av pasientens ressurser og behov (Fjørtoft, 2016, s.

37). I hjemmesykepleien er man hovedsakelig alene i møte med pasienten, og man må klare å ta gode selvstendige valg. Derfor er det et stort behov for fokus på kulturell kompetanse i hjemmesykepleien. Fordi når man ikke har denne viktige kompetansen, så opplever vi at det er utfordrende å opparbeide den gode relasjonen.

### **Viktige aspekter ved kultur i møte med pasienten**

I møte med en ukjent omverden kan det oppstå et kultursjokk, hvor man kan oppleve mangel på de riktige kunnskapene for å samhandle med andre (Hanssen, 2019, s. 19). Kultursjokket trenger nødvendigvis ikke bare å oppstå i det man flytter til et fremmed land, men vi kan se for oss at det også kan oppstå i møte med helsevesenet. Sykepleierens kulturkompetanse må bygge på en forståelse og generell kompetanse om hvordan man skal møte noen med en annen bakgrunn enn seg selv. I starten har sykepleieren rollen som fremmed og derfor må fokuset ligge på å møte pasienten som ethvert annet fremmed menneske - med respekt og positiv interesse (Eide & Eide, 2017, s. 361). Det er viktig at vi som sykepleiere husker på at vi faktisk er fremmede mennesker for pasienten, og bruker god tid på å lære pasienten og kjenne med fokus på bakgrunn, verdier og behov.

Det første møtet kan være utfordrende og det følte vi på i vårt møte med pasienten fra historien. Hvor mye kan vi egentlig spørre pasienten om maten, blodsukkeret og hele situasjonen? Ønsket vårt er jo ikke å fremstå påtrengende, men vi trenger også nødvendig informasjon for å hjelpe pasienten. Vi kan tenke oss at pasienten kan oppleve det som slitsomt når alle nye spør om de samme tingene, og det er begrenset hvor mye han klarer å svare. Dette fører til at vi blir mer reservert ut av respekt for pasienten.

Kultur kan være et komplekst fenomen å forstå siden det finnes mange tolkninger avhengig av hvem du spør. Det kan dreie seg om erfaringer vi mennesker gjør, som skaper en følelse av seg selv og forståelse av sine medmennesker (Jenkins referert i Hanssen, 2019, s. 15). Kultur kan også beskrives som personlige erfaringer og forskjeller vi opplever og ser i hverandre (Eriksen & Sajjad, 2020, s. 33-34), eksempelvis tro, tradisjoner, væremåte og sykdomsoppfatning. I møte med vår pasient opplevde vi en kulturell forskjell. Vi hadde et ulikt språk og en forskjellig oppfatning av helsetjenesten. Selv om de kulturelle forskjellene er der, så må vi være forsiktige med å legge kultur som årsak til alle forskjellene, for det kan nesten bli som en unnskyldning til å ikke undersøke mer (Eriksen & Sajjad, 2020, s. 35). *“Nei, vi forstår ikke hverandre fordi han kommer fra en annen kultur, sånn er det bare.”*



## **Sykepleieren bør være bevisst på barrierer som eksisterer i pasientmøtet**

*... Pasienten smiler og sier noe på et språk vi ikke forstår.*

*Maten er ferdig oppvarmet og vi kommer inn med den til ham.*

*Plutselig begynner pasienten å si nei og vifte med hendene.*

*Han har nemlig allerede spist.*

I denne situasjonen oppstår det en miskommunikasjon som fører til at pasienten får servert mat selv om han har spist. Hvorfor oppstår denne miskommunikasjonen? Er det mangel på oppmerksomhet, burde vi sett at pasienten hadde en tom middagstallerken på kjøkkenet? Er det mangel på forståelse? Ja, vi forstår jo ikke hva pasienten prøver å fortelle oss, og vi vet jo ikke om pasienten egentlig forstår oss. Det kan også være mangel på slingringsmonn og at vi rett og slett har et tunnelsyn for å få gjennomført oppdraget. Dette kan kanskje bli en felle som er spesielt lett å falle i, når man vet at i møte med denne pasienten så vil vi slite med å forstå hverandre, allerede før vi har prøvd. Kan det være at vi setter opp en vegg mellom oss og pasienten basert på en antagelse om at vi ikke vil forstå hverandre? Og vil det føre til at vi ikke gidder å prøve en gang fordi vi bare godtar at vi er forskjellige?

Gullestad (2002, s. 83) diskuterer dette med likhet og ulikhet, og at likhet oppfattes som noe positivt vi prøver å finne i hverandre for å føle oss likeverdige. Mens på den andre siden, så blir ulikhet noe fremmed hos hverandre som skaper avstand og barrierer ved at vi blir “annerledes” enn den andre. “Som en positiv verdi innebærer “likhet” ofte at det er et problem når andre mennesker oppfattes som forskjellige.” (Gullestad, 2002, s. 83). Kan dette være en form for holdning som er lett å ta med seg i møte med flerkulturelle pasienter, og som dermed gjør det lett for oss å unnskyldte at pasienten er “vanskelig”? For det er jo ikke snakk om en “vanskelig” pasient, men det er heller vi som opplever ulikheten vanskelig og mangler verktøy å møte dette med. Det kan være fristende å la kulturforskjellene være årsaken til det vanskelige i relasjonen mellom oss, selv når det er andre forhold som påvirker (Eriksen & Sajjad, 2020, s. 35). Så kanskje det er vi som skaper barrierer som ikke hadde trengt å være der i utgangspunktet?

Vi bygger opp under at det er store forskjeller mellom oss og pasienten, og lar fokuset være på “annerledesheten”. Kan det være at når vi opplever andre som annerledes enn oss selv, så blir også tilnærmingen til vedkommende annerledes - vi blir gjerne mer reserverte, tilbakeholden og ikke like inkluderende? Dette ser vi i møtet med pasienten vår. I stedet for å spørre pasienten mer utdypende om blodsukkeret og matønsker, så bare antar vi og finner oss

til rette i frykt for å havne i en utfordrende situasjon. Dette går på bekostning av brukermedvirkning som er pasientens lovbestemte rett til medbestemmelse, i både utforming og gjennomføring av tjenestene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Hvordan vi tenker og handler vil alltid påvirke menneskene vi samhandler med. For eksempel kan vi skape barrierer og distansere oss ved begrepsbruk som “de” og ikke “oss” (Brodtkorb & Rugkåsa, 2019, s. 220). Det er med på å opprettholde et skille, som gjør at vi holder oss på avstand slik at det blir vanskelig å fange opp hva pasienten trenger. Kulturell kompetanse handler blant annet om å være bevisst slik begrepsbruk og reflektere rundt bruken av den. Campinha-Bacote (2002, s. 182) trekker frem at kulturbevissthet handler om å reflektere over og anerkjenne våre egne bias, fordommer og antagelser om pasienten som oppleves annerledes enn oss.

Det kan være lett å generalisere alle flerkulturelle pasienter og glemme at det ikke er en homogen gruppe. Vi undrer oss over hvorfor vi er så redd for det ukjente, og avhengig av å sette andre i bokser? Usikkerheten og redselen for annerledesheten kan skape fordommer som kan lede til forskjellsbehandling. Rasisme er en del av den etnosentriske tankegangen, som handler om at man møter kulturer og måler dem ut ifra sin egen kultur (Eriksen & Sajjad, 2020, s. 62). Vi må heller tenke mer kulturellrelativistisk i den forstand at vi forstår den andre ut ifra hans premisser og uten at det truer vår virkelighetsoppfatning (Magelssen, 2008, s. 20). Hvis vi ikke er bevisst våre holdninger som Campinha-Bacote (2002, s. 182) trekker frem, så står man i fare for å la den etnosentriske tankemåten få mer spillerom ved at vi lar våre kulturelle holdninger være dominante og anser dem som mer riktig.

Målet er ikke å *ikke* ha noen antagelser om den vi møter, men det er å trekke de frem i lyset slik at de blir adressert. Antagelser om hvor et spesifikt navn kommer fra - hvilket land og hvilken kultur det hører til, oppstår lett. Erfaringene og opplevelsene vi alle har med oss i ryggsekken vil uansett skape disse assosiasjonene, så dermed må målet være å bli bevisst de og reflektere rundt dem slik at de ikke påvirker møtet med pasienten. Assosiasjonene man får springer febrilsk av gårde. Så før man har rukket å hilse på pasienten har man allerede dannet seg et bilde av hans historie. Det kan skape en ond spiral - et navn blir til et land, som blir til en kultur, som blir til fordommer som skaper en generalisering: “*sånn er alle der*”.

### **Et manglende felles språk påvirker maktbalansen**

Som sykepleiere i en helseutøvende tjeneste har vi allerede makt i forhold til pasienten, med tanke på at det er en klient-hjelper-relasjon (Skau, 2013, s. 31). Dette kan være i form av at vi har mye kunnskap om medisinske tilstander hos pasienten. Hjemmet er preget av uavhengighet (Fjørtoft, 2016, s. 28) og derfor kan det oppleves vanskelig å skulle få hjelp av andre til ting pasienten vanligvis klarte selv. Dette påvirker maktbalansen i stor grad, og selv om maktbalansen bør være tilnærmet lik, så kan vi se for oss at pasienten vil føle på å miste makt og kontroll over flere aspekter i livet sitt.

Når pasienten ikke mestrer språket i så stor grad, vil maktbalansen bli enda skjevere (Hanssen, 2019, s. 74), siden pasientens evne til å forme tjenesten blir redusert og oppdraget utføres mer på våre premisser. Videre skriver Hanssen (2019, s. 74) at pasienten blir mer avhengig av at vi har de riktige holdningene og evnene til å se deres ønsker og behov. Pasienten sin rettssikkerhet blir truet i form av at retten til lik helsehjelp ikke følges opp når det ikke er tilrettelagt for tilpassede helsetjenester. Det er beskrevet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-5): “Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn” og “personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen”. For å tolke dette med hensyn til pasienten vi møtte, så skulle vi ha brukt mer tid og egen personlig evne til å kommunisere vårt formål med besøket og sikret oss pasientens forståelse.

For å ivareta pasientens autonomi, også kalt selvbestemmelse (Slettebø, 2014, s. 217), er det viktig at de får muligheten til å uttrykke seg. Da er det nødvendig at vi som sykepleiere og pasientens forkjempere bruker verktøyene som finnes, herunder blant annet tolk.

Helsepersonell er pliktig til å samarbeide med andre yrkesgrupper dersom pasienten har behov for dette (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dette understrekes også av Eriksen og Sajjad: “Språkproblemer og kulturforskjeller omtales gjerne som begrensende faktorer for å kunne nyttiggjøre seg helsetjenester” (2020, s. 257). Barrieren blir opprettholdt, men av oss sykepleiere. Dette fordi vi kanskje blir for fastlåst til den verbale kommunikasjonsmåten og tenker at vi *må* snakke, fremfor å bruke kroppsspråket vårt og annen non-verbal kommunikasjon for å gjøre oss forstått.

### **Liten bruk av tolk i hjemmesykepleien utfordrer pasientens ivaretagelse**

Det burde være enkelt å benytte seg mer av tolk, men i hjemmesykepleien så er det lite brukt (Fjørtoft, 2016, s. 99). I kompetanseløftet for kommunehelsetjenesten problematiserer helse- og omsorgsdepartementet nettopp dette: “Kvalifiserte tolker brukes i liten grad, og det er mangelfulle rutiner for, og kunnskap om, bestilling, bruk og oppfølging av tolkene” (2021, s. 20). Dette gjenspeiler seg i praksisen vi hadde, hvor tolketjenesten ikke ble brukt hos vår pasient. Hvis det var viktig informasjon som måtte formidles, så gikk det gjennom pårørende. Det hadde også vært vanskelig å skulle ha med seg tolk inn i hver situasjon med pasienten, og det er ikke sikkert at pasienten hadde ønsket det. Det er invaderende nok at en fremmed sykepleier skal hjelpe deg med noe du alltid har klart selv, og hvis man da i tillegg skal ha med én til person inn i situasjonen, så kan det oppleves overveldende. Et annet aspekt er kostnaden av å bruke tolk, er kommunen villig til å dekke dette i det omfanget det er behov for? Både prismessig og ressursmessig?

Hvor mye skal vi la gå på bekostning av pasienten? Tolk er som sagt en lovfestet rettighet, i form av alle skal få tilpasset informasjon. Det blir også en etisk problemstilling når manglende bruk av tolk blir en maktutøvelse ved at vi ikke gir pasienten mulighet til å uttrykke følelser og behov, og ved at vi ikke tilrettelegger for forståelse (Hanssen, 2019, s. 75). Selv om det er lett å bruke pårørende, så blir det ikke riktig å la dem være oversetter. Pasienten har en relasjon til familien og når de brukes som tolk kan man risikere at ikke all informasjon blir formidlet. Familien kan ønske å beskytte pasienten eller pasienten kan ønske å beskytte familien (Hanssen, 2019, s. 46-47). Derfor settes det formelle krav til kvalifiserte tolker: de skal holde seg nøytral, ikke legge til eller trekke fra innhold i oversettelsen og har taushetsplikt (Helsedirektoratet, 2015). Andre faktorer som kan påvirke oversettelsen er tolkens kunnskap om vestlig biomedisin og helsesystem, men også tolkens oppfatning av pasientens forståelse av sykdomsårsaker (Hanssen, 2019, s. 75-76).

Hvordan går vi frem for å bruke mer tolk i hjemmesykepleien? Er telefontolk løsningen? Da slipper jo pasienten å møte én til person, men på samme tid så svekkes kanskje oversettelsen når tolken ikke får vært til stede og sett hverken sykepleieren eller pasienten. Kan det være det er sykepleieren som ikke benytter seg av tilgjengelig hjelpemiddel, og tenker at det er for vanskelig og tidkrevende, og dermed velger det vekk? Hjemmesykepleien er en arena som er preget av høyt tempo og tidspress, og tolk blir da en til faktor som må samkjøres med alt annet. Men kanskje det egentlig ikke er så vanskelig, men det er heller mangel på kunnskap om hva slags tilbud tolketjenesten har? Og har vi egentlig spurt pasienten om hva han ønsker?

### **Barrierer i hjemmesykepleien: hjelpebehov, tilgang på tjenester og språk**

I en nederlandsk studie (Suurmond et al., 2015) kom forskerne frem til tre hovedbarrierer eldre etniske minoriteter opplevde i møtet med hjemmesykepleien. Den første var at de selv ikke oppfattet sitt behov for hjelp, de tenkte at deres hjelpebehov eller funksjonsnedsettelse ikke var “gode nok” grunner. De opplevde også at de måtte være veldig syke for å få hjelp og at en psykisk lidelse ikke var god nok grunn til oppfølging fra hjemmesykepleien (Suurmond et al., 2015). Dette gjenspeiler seg i litteraturen, hvor det ofte blir beskrevet at ulike sykdomsoppfatning og forskjellige helse- og behandlingssystemer kan føre til at de ikke opplever et like stort behov for hjelp. Hanssen (2019, s. 105-106) presiserer dette, men også at mange eldre med kulturbakgrunn forventer å bli ivaretatt av sine barn, slik som de eldre ivaretok dem når de var barn. Når pasienten og sykepleieren har en forskjellig sykdomsoppfatning kan det oppstå utfordringer i relasjonen.

Vår opplevelse av diagnosen diabetes mellitus type 2 var annerledes enn pasienten vår. Pasienten anså diagnosen mer som “sukkersyke” og et lite hensyn han måtte ta ved å ikke spise så mye sukker. Vi vet at det er nedsatt insulinfølsomhet og utskillelse, som etterhvert kan gå over til insulinresistens (Jenssen, 2016, s. 389-394). Derfor krever diagnosen nøye oppfølging slik at pasienten ikke utvikler alvorlige senkomplikasjoner som retinopati, nefropati, nevropati og aterosklerose i små og store kar, som kan gi iskemisk sykdom (Jenssen, 2016, s. 396-397).

Hvis vi som sykepleiere er mye mer opptatt av å hjelpe pasienten med diagnosen enn det han selv mener er nødvendig, så kan det oppstå irritasjonsmomenter i relasjonen. Kanskje pasienten opplever det som invaderende at vi bryr oss så mye om tilstanden, når pasienten ikke selv gjør det? Vi får også opplevelsen av å være påtrengende når vi merker at pasienten blir irritert over vårt fokus. Det stiller oss i en vanskelig posisjon. Skal vi bygge opp under pasientens autonomi eller gjøre det vi tenker er faglig forsvarlig? Å finne balansen mellom de to polene kan være utfordrende i seg selv, men enda vanskeligere når man ikke får til den gode dialogen rundt problemstillingen. Er det nødvendigvis svart eller hvitt? Som oftest er det ikke rett eller galt, men heller vanskelig å se hverandre sine utgangspunkt for helsetjenesten.

Den andre barrieren i studien handler om å finne frem til tjenestene, hvor språket oppleves hemmende og gjør det vanskelig å navigere og forstå systemet (Suurmond et al., 2015).

Helse- og omsorgsdepartementet presiserer at man mangler kunnskap om hva slags barrierer flerkulturelle opplever når det gjelder tilgang til tjenester (2021, s. 20). Vi kan jo alle synes det er vanskelig å forstå et komplisert helsesystem, som stadig er i endring, med ulike

ansvarsfordeling mellom instansene. Det er jo ikke rart man blir forvirret. Hvor skal man egentlig starte? Man kan lett tenke seg at dersom man heller ikke forstår språket informasjonen blir gitt på, så blir det overveldende og vanskelig å navigere i systemet. Denne barrieren kan vi se for oss at mange flerkulturelle kjenner på. Suurmond et al. (2015) så dette ved at de eldre ventet på at noen andre skulle gi informasjon om tjenestene, fremfor å ta kontakt med fastlegen og etterspørre selv. Studien viser også at flere trodde at legen hadde en forventning om at familien skulle ivareta dem (Suurmond et al., 2015), og derfor tok deltakerne ikke opp hjelpebehov med legen siden legen heller ikke gjorde det.

Hvem sitt ansvar er det at informasjonen om tjenestene når ut? Det er lett å si at det er fastlegen sitt og vi håper også at det er et tema ved konsultasjonene, men i tillegg så burde det gjerne være mer skriftlig informasjon på forskjellige språk. Kanskje det også burde være en mer oppsøkende tilnærming for denne gruppen når det gjelder å få ut informasjonen? Under pandemien har vi jo sett at informasjon om smittevern og kontakt med legevakt har blitt gitt på forskjellige språk på offentlige steder (Helsedirektoratet, 2020). Så mulighetene er der, vi må bare bruke dem.

Siste hovedbarrieren i studien var å delta i selve utførelsen av hjemmesykepleien. Her var det mange som følte at de ikke fikk den hjelpen de skulle hatt fordi de ikke klarte å kommunisere sine behov (Suurmond et al., 2015). Dette er jo som vi har diskutert over en av de største barrierene, nemlig språket. Det går utover brukermedvirkningen og pasientens rett til å være med på å utforme tjenesten. Deltakerne i studien påpekte også at de var mindre fornøyde med hjemmesykepleietjenesten grunnet manglende kommunikasjon (Suurmond et al., 2015). Vet vi egentlig om vår pasient var fornøyd med det vi gjorde? Vi opplevde at det ble veldig lite diskutert i praksis hvordan pasientene opplevde tjenestene. Man kan også diskutere om pasienten har en reell mulighet til å påvirke tjenesten når det ikke er noe system for det. Hører vi kun de som roper høyest og tenker at de andre er tilfreds? Vi spurte aldri pasienten vår om hans opplevelse av tjenesten, men på samme tid så fremstod han likegyldig til det. Var han fornøyd eller klarte han ikke å formidle sine ønsker og behov?

## **Verdien av samtalen og utfordringer ved kulturell kommunikasjon**

Språket kan være den største barrieren i møte med flerkulturelle pasienter og kulturbakgrunn er en faktor som kan påvirke hvordan kommunikasjonen blir oppfattet, tolket og forstått. Derfor bør man ha med seg et kulturelt blikk inn i situasjonen. Dette presiserer Hanssen

(2019, s. 33) når hun beskriver at pasientens kulturelle bakgrunn og erfaring kan være med på å danne et annet mentalt bilde enn det sykepleieren egentlig ønsket å formidle. Videre kan det være at det ikke oppstår noe mentalt bilde i det hele tatt, fordi det vi beskriver er fremmed for pasienten (Hanssen, 2019, s. 33). Et eksempel på dette er når vi spør pasienten om han er sulten, men han forstår ikke hva det betyr og dermed ikke assosierer dette med mat.

Når vi var hjemme hos pasienten vår så opplevde vi å ikke oppnå en like god kontakt som med andre pasienter. Dette fordi at vi ikke fikk til småpraten, enkle spørsmål som "*Har du hatt en fin dag?*" ble vanskelig å stille fordi pasienten ikke forstod hva vi sa. Vi ble usikre på hvor mye vi skulle prøve og fokuset ble på den arbeidsoppgaven vi var satt til å utføre.

Hvordan følte dette for pasienten? Det er et kjent problem at mange eldre som bor alene står i fare for å bli isolert og ensomme (Fjørtoft, 2016, s. 117). En av tre eldre over 67 år bor alene, mens hos de over 80 år gjelder det mer enn halvparten (Utne, 2019). En undersøkelse fra Røde Kors (Fyhn & Lønning, 2021, s. 15) viser at 31 % som bodde alene og var over 80 år kjente på ensomhet "av og til" i mars 2020 før koronapandemien, mens et halvt år etter innføring av smittevernstiltak så var det en økning på 4%.

Ensomhet blant eldre er en viktig problemstilling å ta tak i, men den er enda mer relevant nå under pandemien hvor det er forventet å holde sosial avstand til alle. Derfor er det så viktig at man prøver å kommunisere selv om man blir usikker. Den lille samtalen kan være av stor betydning og redusere ensomhet. Trygghet og tillit er en forutsetning for å kunne skape en god relasjon (Helgesen, 2016, s. 146). Kan det på den måten være at når man blir usikker i sin rolle som sykepleier, i form av at man blir utrygg i kommunikasjonen, så kan evnen til å vise trygghet, tillit og empati bli svekket? Men igjen her, så er det kanskje vi som setter opp den barrieren? Vi kan jo vise omsorg og empati på andre måter. Vår vilje til å prøve og kommunisere, selv om det er utfordrende, vil jo pasienten oppfatte. Vi kan håpe på at pasienten oppfatter våre handlinger, store og små, som et oppriktig ønske om å vise omsorg og empati.

Slik som tillit og trygghet er med på å skape en god relasjon, så er det også grunnleggende komponenter for god kommunikasjon. Vi deler tanker, erfaringer og opplevelser på en slik måte at vi skaper en relasjon. Kommunikasjonen skal være personorientert, som vil si at man tar utgangspunkt i pasienten sine verdier, ressurser og mål (Eide & Eide, 2017, s. 16). I møte med vår flerkulturelle pasient vil det spesielt være viktig å la hans ressurser være utgangspunktet for kommunikasjonen. Kommunikasjonen er en mellommenneskelig prosess

som handler om alt fra verbal og nonverbal kommunikasjon til indirekte signaler som et blikk eller et pust (Eide & Eide, 2017, s. 31).

Forstod egentlig pasienten oss når vi spurte om han ville ha mat og sa nei på sin måte? Kanskje vi forventet oss et tydelig signal eller hodebevegelse som viste nei, og dermed overså pasientens måte å si nei på. I enkelte kulturer regnes det som uhøflig å si “nei” til en person som er eldre eller har høyere status (Hanssen, 2019, s. 42). Videre skriver Hanssen at høflighetsnormene kan være forskjellig i ulike kulturer, og pasienten kan derfor svare “ja” når de mener “nei” for å unngå og såre eller være til bry (2019, s. 42). Så kanskje pasienten ikke turte å si nei? Dette viser også at kommunikasjon er en læringsprosess som hele tiden er under utvikling i relasjonen. Jo bedre man blir kjent med hverandre, jo større evne får vi til å oppfatte, tolke og forstå pasientens signaler.

En utfordring ved kommunikasjon kan være kulturspesifikke uttrykksformer som lav- og høykontekstkommunikasjon. De skandinaviske landene har en lavkontekstkommunikasjon hvor man har en tydelig og klar uttrykksform, mens høykontekstkommunikasjon i spesielt asiatiske, arabiske og latinamerikanske land spiller på at motparten skal forstå mye mer enn det som blir sagt med ord - i tillegg kan de bytte ut ord med kroppsspråk (Hanssen, 2019, s. 41). Vi er ikke så vant til å snakke på den måten, og derfor kan det bli utfordrende når man kommer fra forskjellige kulturer og fører samtalen på to vidt forskjellige måter. Ved bruk av et mer aktivt kroppsspråk og annen nonverbal kommunikasjon, så krever det at vi er mer observante til ytringsformene som brukes i samtalen. Det vil ikke være nok å bare lytte, men vi må også se og kjenne etter.

### **Nonverbal kommunikasjon sett i relasjon til Covid-19**

Under den pågående Covid-19-pandemien har vi kjent på at det har vært ekstra utfordrende med kommunikasjon. Når vi møtte pasienten så måtte vi bruke munnbind for å hindre eventuell smittespredning. Dette hemmer naturligvis den nonverbale kommunikasjonen, men også den verbale i form av at det kan være vanskelig å høre og se hva vi sier. Mange eldre opplever å få syns- og hørselssvekkelser som en naturlig del av aldringsprosessen (Romøren, 2014, s. 31-32), når vi bruker munnbind kan dette redusere forståelsen ytterligere. Den personlige relasjonen mellom pasienten og sykepleieren blir også hemmet. Mange forteller at de ikke kjenner oss igjen bak masken og at alle ser helt like ut. Dette skaper en distanse mellom pasienten og oss, både bokstavelig i form av avstandsrestriksjoner, men også



emosjonelt. Det bekræftende og omtenksomme smilet, som vi er så glade i å gi, mister mye av sin effekt når pasienten ikke ser annet enn øynene våre.

I møte med vår pasient hvor vi ikke har et felles verbalt språk, så er det enda viktigere at vi bruker nonverbale kommunikasjonsmåter. Som følge av pandemien så står blikket og øyekontakten sterkere enn noen gang og da må vi bruke det for alt det er verdt. Vi kan vise pasienten mye med en sterk og tydelig øyekontakt - trygghet, stabilitet og ikke minst *“jeg ser deg, jeg hører deg og jeg forstår deg”*. Øye- og blikkontakt kan være annerledes fra kultur til kultur, avhengig av den enkeltes kommunikasjonsform. I nordiske land er vi mye *“flinkere”* til å vike med blikket og det kan noen kulturer oppfatte som at vi ikke er interessert i samtalen, mens noen kulturer viker med blikket ut av respekt, særlig overfor autoriteter som for eksempel helsepersonell (Hanssen, 2019, s. 36). Vi må finne balansegangen og lære vår pasient sine nonverbale uttrykk å kjenne, for å fremme en samtale med minst mulig misforståelser og støy.

Når man må holde minst 1 meter avstand til pasienten som følge av smittevernstiltak mot Covid-19 (Folkehelseinstituttet, 2021a) så hemmes den non-verbale kommunikasjonen enda mer. Bruk av smittevernsutstyr som hansker, smittefrakk, munnbind og eventuelt øyebeskyttelse brukes for å beskytte både pasienten og oss (Folkehelseinstituttet, 2021b), gjennom å bryte smittekjeden. Men det blir en enda større avstand mellom oss og pasienten. Det kan bli vanskeligere å oppfatte kroppsspråk og berøring kan oppleves fattig når vi har en gummihanske mellom oss.

Berøring er en basal del av den nonverbale kommunikasjonen, og en viktig faktor i samspillet mellom pasient og sykepleieren. Vi håndhilser på hverandre, og bryter allerede en form for barriere der ved å dele berøringen og si noe om hvem vi er, alt etter hvordan håndtrykket arter seg i den andre sin hånd. Berøring kan brukes for å oppnå kontakt, vise forståelse, empati og omsorg (Eide & Eide, 2017, s. 148), og derfor er det så trist at man må holde avstand til pasienten. Berøring må brukes med omhu etter en vurdering av situasjonen og pasienten. Hvor mye fysisk kontakt man ønsker varierer for det enkelte menneske, men også i den enkelte kultur - noen er mer kontaktkulturer enn andre og bruker berøring i større grad (Hanssen, 2019, s. 38). Ikke alle ønsker å bli tatt på, og for noen kan det oppleves som en overskridelse inn i den personlige sfæren.

### **Aktiv trening i tverrkulturell kommunikasjon hever den kulturelle kompetansen**

Studien til Filmer og Herbig (2019) hadde som mål å se nærmere på om aktiv trening i tverrkulturell kommunikasjon kunne gi en positiv påvirkning på holdning, kunnskap og oppførsel hos sykepleiere i hjemmesykepleien. De fant en klar sammenheng mellom kommunikasjon og kulturell kompetanse. Det er ikke bare nok med litteratur for å forstå pasientenes kultur, men kulturell kompetanse oppnås gjennom trening, erfaring og observasjon. Kommunikasjon vil heve den kulturelle kompetansen, og ubevisst så vil måten man møter pasienten på, indirekte påvirke den kulturelle kompetansen fordi man er mer observant på pasienten og omgivelsene (Filmer & Herbig, 2019).

Dette handler om å gå inn i situasjonen med en bevissthet på vår rolle og oss selv som utøvere, og hvordan vi bruker kommunikasjon. Når vi skal måle blodsukker hos vår pasient, så er det med utgangspunkt i en faglig begrunnelse som inneholder tanker om hvorfor vi gjør det og hvordan vi skal gjøre det. Yrkesetiske retningslinjer understreker at vi har et personlig ansvar for å holde oss faglig oppdatert på retningslinjer, lovverk og forskning, slik at sykepleien vi utøver blir faglig forsvarlig (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Hva med kommunikasjon, gjelder ikke det samme her? Er det ikke like viktig å ha et bevisst forhold til kommunikasjon, med refleksjon rundt hvordan vi møter pasienten og hvordan pasienten bør bli møtt?

Vi opplever det mangler rom for å diskutere kommunikasjon på samme måte som vi diskuterer utførelsen av prosedyrer. Veilederne våre er flinke til å rose og gi konstruktive tilbakemeldinger til oss som studenter når det gjelder praktisk håndlag. For eksempel: *“Jeg ser at du usikker på den sterile teknikken, la meg vise hvordan du kan gjøre det”*, men vi får sjeldent høre: *“Hvordan følte du det gikk med kommunikasjonen? For meg virket det som du ble veldig usikker.”* Kanskje det er ekstra vanskelig å gi tilbakemelding på kommunikasjon siden det er sterkt knyttet til oss som personlige individ?

### **Ulik sykdomsoppfatning kan svekke sykepleierens kliniske blikk**

Pasienten som vi møtte i hjemmesykepleien utviklet et diabetisk fotsår i tiden vi fulgte han opp. Såret ble oppdaget ved en tilfeldighet og det ble det en komplisert sårtilhelingsprosess. Dette fordi pasienten hadde nedsatt sirkulasjon som skyldtes ustabil blodsukkerregulering og aterosklerose (Jensen, 2016, s. 397).

Noe av det som kanskje blir verdsatt høyest og snakkes mest om som en viktig kvalitet og styrke hos sykepleiere er vårt kliniske blikk. Kristoffersen (2016, s. 156-157) forklarer dette som vår evne til å bruke sansene for å observere og innhente data om pasientens tilstand, ved bruk av syn, hørsel, lukt og berøring. Ferdigheten er basert på sykepleierens evne og vilje til å oppfatte endringer hos pasienten, med grunnlag i teoretiske kunnskaper, egne erfaringer og refleksjoner (Kristoffersen, 2016, s.156-157). Det kliniske blikket er en viktig del av vår utøvelse av helhetlig sykepleie, men blir det påvirket i vårt møte med den flerkulturelle pasienten? Hvordan kartlegger vi for eksempel smerte på en god måte når vi mangler kunnskap om smerteuttrykk i forskjellige kulturer? Ting som er kulturelt betinget kan komme til uttrykk på forskjellige måter, eksempelvis smerte – noen skriker, mens andre er opplært til å ikke vise sårbarheten i det å være smertepåvirket eller syk (Gustin, 2016, s. 231).

Vi opplevde at pasienten ikke uttrykte smerter når vi utførte sårstell, men pårørende tok kontakt og fortalte at han var smertepåvirket. Når vi var hos pasienten så smilte han alltid og fremstod fornøyd. Så da var det kanskje lett å trekke konklusjon om at han hadde det fint? Smilet oppfatter vi nesten utelukkende som et uttrykk på glede og godt humør, men i noen kulturer kan det også brukes for å skjule følelser for å ta hensyn til andre og ikke vise sin sårbarhet (Hanssen, 2019, s. 35). Her ser vi hvor viktig det er å oppnå en tillitsfull relasjon med pasienten for å oppdage endringer. Et godt klinisk blikk utvikles i samspill med pasienten.

Hvorfor oppdaget vi ikke såret tidligere? Var det pasienten som ikke hadde fått informasjon om hva diabetes kan føre til? Forstod han hva senkomplikasjoner var? Er det derfor han ikke fortalte om såret - han skjønnte ikke alvorret og konsekvensene det kan føre til? Oppfattelse av sykdom er personlig og påvirkes av religiøs og kulturell bakgrunn, utdanning og erfaring, som er med på å påvirke hvordan og om man skal søke hjelp for å ivareta sin helse (Hanssen, 2016, s. 84). Selv om pasienten gjerne etterhvert lærer seg norsk, så kan det fortsatt være utfordrende å uttrykke seg om personlige forhold som sykdom, på et annet språk enn sitt eget morsmål (Hanssen, 2019, s. 194). Når språket er vanskelig så orker kanskje ikke pasienten å formidle sine behov, og dette kan føre til engstelse og utrygghet for pasienten (Hanssen, 2019, s. 64). Vi opplevde også at vi ble utrygge når vi ikke visste om vi ivaretok pasientens behov.

Det er derfor viktig i møte med den flerkulturelle pasienten at man har gjort seg noen tanker om at situasjonsoppfatning og sykdomsforståelse kan være forskjellig fra person til person, og i de ulike kulturene. Ulik sykdomsforståelse kan påvirke vår evne til å oppfatte endringer hos pasienten. Denne faktoren er det viktig vi er bevisst på, slik at vi ikke blir preget av tunnelsyn.

Glemmer vi sykepleieprosessen? For vi er jo trent på å tenke datasamling, vurdering av behov, mål, tiltak og evaluering (Skaug, 2016, s. 341). Derfor skulle vi husket at diabetes kan føre til senkomplikasjoner, særlig i føttene, og da burde han ha fått oppfølging i form av fotstell. Her burde hjemmesykepleien undersøkt om pasienten klarte å ivareta dette selv eller lagt inn et eget oppdrag. Pasienter med diabetes har behov for daglig oppfølging i form av observasjon, stell og smøring av føttene (Mosand & Stubberud, 2016, s. 68).

Vi opplevde det som vanskelig når vi ikke klarte å fange opp pasientens behov. I etterpåklokskapens lys, så vi at vi burde ha gjort en grundigere kartlegging av pasienten. For å få en god sykepleieprosess der vi klarer å nå pasientens mål, er vi avhengig av en god relasjon mellom pasienten og sykepleieren, hvor vi må kjenne og respektere hverandre (Skaug, 2016, s. 341-342). Etter å ha bygget opp en respektfull relasjon er det lettere å kartlegge - men hvordan kartlegger vi på best mulig måte? Når det gjelder smertekartlegging har vi mange verktøy som kan brukes, men her er det viktig å velge metode med omhu. En grundig smertekartlegging inneholder lokalisasjon, kvalitet, varighet og intensitet (Torvik & Bjøro, 2014, s. 394). For å få dannet et best mulig bilde av smerten bør man se på disse faktorene så langt det går, men det må gjøres ut ifra pasientens evne til å formidle og forstå smerten.

Hos vår pasient fra historien vurderer vi det hensiktsmessig å bruke kartleggingsverktøy som ikke krever en grundig forklaring fra hverken oss eller pasienten. Vi kan bruke numerisk skala for smertevurdering, hvor pasienten kan velge mellom tall fra 0-10, der 0 er ingen smerte, og 10 er verst tenkelig smerte (Torvik & Bjøro, 2014, s. 396). Videre har vi ansiktsskalaen med bilder av ansiktsuttrykk som pasienten kan peke på (Hicks et al., referert i Torvik & Bjøro, 2014, s. 396), men denne må også vurderes med hensyn til pasientens bruk av ansiktsuttrykk og om han oppfatter dem som tegn på smerte. MOBID-2 er et smertekartleggingsverktøy som kartlegger smerter i bevegelse, og som ofte brukes hos pasienter som ikke selvrappporterer smerte (Torvik & Bjøro, 2014, s. 396). Vi kan bruke dette kartleggingsverktøyet hos pasienten og vurdere uttrykk for smerter i ansiktet og i form av lyd. MOBID-2 legger mer opp til vår subjektive oppfatning av pasientens smerte og må derfor ikke brukes utelukkende alene som kartleggingsverktøy. For hvis pasienten vår i utgangspunktet er god på å skjule smerte, så er det ikke gitt at kartleggingen med MOBID-2 er hensiktsmessig. Vi opplever det som vanskelig å finne de riktige metodene og tilnærmingen, men vi må prøve oss frem. Når relasjonen blir bedre, så vil det også være lettere for oss å kjenne igjen pasientens smerteuttrykk. Den gode grunnleggende kulturelle kommunikasjonen må ligge i bunn.

Forskning viser også at det kan være vanskelig å gi god nok smertebehandling. I Joo og Liu (2019) sin studie beskriver sykepleierne at kommunikasjon er den største barrieren og at det fører til en dårlig smertevurdering. Uten effektiv kommunikasjon er det vanskelig å oppfatte pasientens behov. Det er det samme som vi har erfart i våre pasientmøter. Videre trekker forskerne frem viktigheten av nonverbal kommunikasjon og å observere pasientens ansiktsuttrykk (Joo & Liu, 2019). Alt bunner i den gode relasjonen, slik at vi får brukt vårt kliniske blikk til å gi helhetlig sykepleie til pasienten og slik at han får muligheten til å uttrykke seg på sin måte. Dersom sykepleieren møter pasienten med en holdning om at “det går ikke” og at pasientens sykdomsoppfattelse er feil, så kan det gi en negativ forsterkning av helsevesenet som kan påvirke ønsket om å få hjelp i fremtiden.

### **Behov for et kompetanseløft**

Gjennom vårt studieløp de siste 3 årene har vi kun hatt et par dager med undervisning om kulturell kompetanse. Dette var i forbindelse med et arbeidskrav i emnet Global Health (Høgskulen på Vestlandet [HVL], u.å.a). Vi fikk en hurtig innføring om sykepleieteoretikere og deres modeller om kulturell kompetanse, men ikke noe om hvordan vi skal implementere dette i vårt arbeid, og heller ikke noe om hva som kan møte oss i praksis. Vår opplevelse er at undervisningen om kulturell sykepleie er overfladisk, og at det er et manglende fokus og samsvar på nødvendig kompetanse i praksis, sammenlignet med hva utdanningen tilbyr. Dette merket vi veldig godt i møte med vår pasient, hvor vi manglet kulturelle kommunikasjonsferdigheter.

I de emnene som vi har fulgt disse 3 årene, så er kulturell kompetanse kun nevnt i noen få emnebeskrivelser som BSSV3 (HVL, u.å.b). Her er det nevnt mest om kultur, utenom Global Health, men dette er også det faget vi har aller sist på bachelorutdanning, altså etter innlevert bacheloroppgave. Er ikke det rimelig seint? Den nye studieplanen gjeldende fra 2019, som emnebeskrivelsene tar utgangspunkt i, inkluderer kulturell kompetanse i større grad gjennom flere fag (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §2, 5, 7, 15). Her ser vi at utdanningen har fått et mer målrettet fokus mot å heve den kulturelle kompetansen, når de velger å inkludere det som krav i praksisfag, både på sykehus og i kommunehelsetjenesten, hvor vi faktisk møter pasienten (HVL, u.å.c).

Vi har et stort håp om at læringsutbyttebeskrivelsen vil tilsvare fremtidig undervisning. En fin undervisningsarena for å heve vår kulturelle kompetanse er ferdighetstrening og simulering,

som nettopp er laget for å trene på vanskelige og utfordrende situasjoner. For hvis vi kan ha simulering om den didaktiske relasjonsmodell, så kan vi også ha simulering om flerkulturelle pasienter og utfordringene i møte med dem. Her vil vi få mulighet til å prøve og feile i trygge rammer. Videre må vi bruke ressursene i hverandre og en gylden mulighet for dette er i studiegruppene. Her er det mye erfaring og kompetanse å hente og lære av hverandre. Vi er ikke en homogen gruppe som studenter - alle har forskjellig kunnskap og erfaringer man bærer med seg. Ved å ha dette som tema i studiegruppene vil man gjerne være med å sette fokus på og aktualisere utfordringene, gjennom å diskutere de i løpet av studiet.

I regjeringens plan “Kompetanseløft 2025”, setter de nå fokus på kompetanseheving i kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 20). Her legger de frem at med økt antall eldre innvandrere, vil det kreve at helse- og omsorgstjenestene må tilrettelegge individuelt for at de får gode og tilstrekkelige tjenester, herunder kompetanseheving blant ansatte om pasientenes helse, risikofaktorer og sykdomsforståelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 20). Dette er i samsvar med de utfordringene vi har opplevd i møte med flerkulturelle pasienter og som vi har adressert i essayet. Planen spesifiserer dog ikke konkrete tiltak for å oppnå hverken kompetansehevingen eller sikre de gode tjenestene, som de gjør med andre fokusområder. Så klapp på skulderen til den norske regjeringen som anerkjenner at utfordringene finnes - imponerende! Men hvordan har dere tenkt å gjennomføre det og hvor er de konkrete tiltakene som sårt trengs?

Hjemmesykepleiepraksisen gjenspeilet behovet for konkrete tiltak og kompetanseheving. Vi bemerket oss store variasjoner i bruk av internundervisning som kompetanseheving blant arbeidsstedene og tilgang på kurs for ansatte. Får de ansatte opplæring og kursing, eller er det en forventning om at vi allerede innehar denne kompetansen? Når vi tok opp hvor vanskelig det var å oppnå kontakt med pasienten vår, så opplevde vi at andre også kjente på følelsen av å ikke strekke til. De klarte heller ikke å kommunisere godt med pasientene og manglet verktøy å bruke. Tolk sa de ble brukt svært sjeldent og at de heller kommuniserte via pårørende. Når vi prøvde å få veiledning i møte med denne pasienten, ble vi ikke så veldig mye klokere - fordi svaret vi fikk var bare: “*Ja, det er vanskelig*”.

I studien til Lange et al. (2012) undersøkte de hva slags effekt undervisning og informasjon om kulturforskjeller hadde på den individuelle kompetansen hos helsepersonell. De fant at det skal mindre til enn vi tror for å øke den kulturelle kompetansen blant sykepleiere og annet helsepersonell i hjemmesykepleien. Utenom undervisning om forskjellige minoritetsgrupper, brukte de andre kostnadseffektive læringsmetoder som gruppeundervisning med spill og

tilpassede kulturelle caser og videoklipp (Lange et al., 2012). Gruppeundervisningen viste seg å skape et bedre samarbeid og samhold i personalgruppen, som gjenspeilte seg i økt kvalitet på helsetjenestene til pasientgruppen. Helsepersonellet følte de hadde opparbeid seg økt kulturell kunnskap når det gjaldt skikker, tro, religion, kostholdsvaner og familieforhold, som igjen førte til økt kulturell selvtillit og trygghet (Lange et al., 2012). Studien viser oss at dersom viljen er der så kan man sette i gang enkle tiltak som kan forbedre kompetansen på aktuelle områder. Fagdager, internundervisning eller til og med 15 minutter i pausen kan være med på å skape en bevisstgjøring på at vi trenger en endring. Er det vårt ansvar som ansatte å sette dette på agendaen, eller er det utdanningen og lederne på arbeidsplassen?

### **Fremtidens behov for kulturelt kompetente sykepleiere**

Møtet med pasienten vår berørte oss, når det ble så tydelig at vi ikke strakk til på den måten vi ønsket. Kommunikasjon er den mest naturlige ting og vi tar det kanskje litt for gitt at det skal være så lett og naturlig. Så når vi plutselig mister evnen til å kommunisere med pasienten, blir vi paralyisert og blindet for mulighetene. I løpet av praksis fikk vi over tid en relasjon til pasienten - han husket oss og vi husket han. Vårt første møte var preget av at vi kun så begrensningene det manglende språket ga oss, men etterhvert innså vi at omsorg og empati kunne formidles på andre måter. Det er også kulturell kompetanse og omsorg i å tørre og anerkjenne at vi mangler kunnskap og at vi er ærlig med pasienten om det.

For at sykepleiere i fremtiden skal være mer rustet i møte med flerkulturelle pasienter så er det nødvendig at kulturell kompetanse anerkjennes i form av konkrete tiltak. Dette kan aktualiseres gjennom regjeringens satsinger innenfor helsetjenestene, utdanningens læreplaner og arbeidsplassens fokusområde. Forskning viser at språk er den største barrieren mellom pasienten og sykepleieren, og at trening i tverrkulturell kommunikasjon hever den kulturelle kompetansen. Videre kommer det frem at bevissthet rundt holdninger og egen kulturell kompetanse er viktig, og at det bidrar til en bedre sykepleiefaglig ivaretagelse av den flerkulturelle pasienten. Fokus på kulturell kompetanseheving er ytterst aktuelt og unnskyldninger som tid, økonomi og arbeidskapasitet tar for mye plass. Fordelene med kompetent helsepersonell bør veie tyngre enn kostnadene ved å gjennomføre kompetanseheving.

## Litteraturliste

- Bech-Karlsen, Jo. (2003). *Gode fagtekster: Essayskriving for begynnere*. Universitetsforlaget.
- Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (2019). *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. (3. utg.). Gyldendal.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 181-184. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10459602013003003>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal.
- Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2020). *Kulturforskjeller i praksis: Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. (7. utg.). Gyldendal.
- Filmer, H. & Herbig, B. (2019). A training intervention for home care nurses in cross-cultural communication: An evaluation study of changes in attitudes, knowledge and behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 147-162. <https://doi.org/10.1111/jan.14133>
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2021a, 30. april). *Råd ved helse- og omsorgstjenester i privat bolig og private hjem i samlokaliserte omsorgsboliger mv*. FHI. Hentet fra 5. mai 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/tiltak-i-hjemmetjenesten/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2021b, 28. april). *Bruk av personlig beskyttelsesutstyr*. FHI. Hentet 5. mai 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/helsepersonell/personlig-beskyttelsesutstyr/>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412?q=forskrift%20om%20nasjonal%20retningslinje%20for>



- Fyhn, K. & Lønning, M. N. (2021). "Sånne små ting som å holde hender, det gjør så mye med hele deg" *Eldre menneskers hverdag under koronapandemien*. Røde kors.  
<https://www.rodekors.no/contentassets/803e39b6886f4c76a949be374af06499/eldre-menneskers-hverdag-under-koronapandemien.pdf>
- Gullestad, M. (2002). *Det norske sett med nye øyne*. Universitetsforlaget.
- Gustin, L. W. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Fagbokforlaget.
- Hanssen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 84). Gyldendal.
- Hanssen, I. (2019). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. (4. utg.). Gyldendal.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 146). Gyldendal.
- Helsedirektoratet (2015, 12. januar). *Pasient og tolk - En brosjyre om tolk i helsetjenesten*. Helsedirektoratet. Hentet 6. mai 2021 fra  
[https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/pasient-og-tolk/Pasient%20og%20tolk%20E2%80%93%20En%20brosjyre%20om%20tolk%20i%20helsetjenesten%20-%20bokm%C3%A5l.pdf/\\_attachment/inline/43aeb633-a9cd-4310-9b0f-313e7935c3ac:575ab6db63d1cce0dbe3f6e7762bb5792d15269f/Pasient%20og%20tolk%20E2%80%93%20En%20brosjyre%20om%20tolk%20i%20helsetjenesten%20-%20bokm%C3%A5l.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/pasient-og-tolk/Pasient%20og%20tolk%20E2%80%93%20En%20brosjyre%20om%20tolk%20i%20helsetjenesten%20-%20bokm%C3%A5l.pdf/_attachment/inline/43aeb633-a9cd-4310-9b0f-313e7935c3ac:575ab6db63d1cce0dbe3f6e7762bb5792d15269f/Pasient%20og%20tolk%20E2%80%93%20En%20brosjyre%20om%20tolk%20i%20helsetjenesten%20-%20bokm%C3%A5l.pdf)
- Helsedirektoratet. (2020, 6. november). *Informasjon om korona på andre språk*. Helsenorge.  
<https://www.helsenorge.no/koronavirus/informasjon-pa-andre-sprak/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Kompetanseløft 2025*. Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/sartrykk-kompetanseloft-2025-002.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.a). *Global Health and Cultural Awareness in Nursing: (BSS5)*. HVL. <https://v.hvl.no/arkiv/hvl/index.php?render=/2019-2020/emner/BSS5.json>

- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.b). *BSSV3 Samfunnsvitenskap for sykepleie i hjemmebasert omsorg, psykisk helsevern og helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid: Emneplan for studieåret 2020/2021*. HVL.  
<https://hvl.no/studier/studieprogram/emne/33/bssv3>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.c). *SYKB320P Praksisstudie, Sjukepleie ved komplekse og samansett pasienttilstandar og sjukdomsbilete i kommunehelsetenesta: Emneplan for studieåret 2021/2022*. HVL. <https://hvl.no/studier/studieprogram/emne/37/sykb320p>
- International Council of Nurses. (2007). *ICNs etiske regler for sykepleiere norsk utgave 2007*.  
[https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile?fbclid=IwAR3vKQU2c5b\\_2oODbqFF0p54Ns4gMSK9F\\_24sm85RHEXOL\\_Y7o1oUssS3II](https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile?fbclid=IwAR3vKQU2c5b_2oODbqFF0p54Ns4gMSK9F_24sm85RHEXOL_Y7o1oUssS3II)
- Jenssen, T. (2016). Diabetes mellitus. S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 389-397). Gyldendal.
- Joo, J. Y. & Liu, M. F. (2019). *Nurses' Barriers to Care of Ethnic Minorities: A Qualitative Systematic Review*. *Western Journal of Nursing Research*, 42(9), 760-771.  
<https://doi.org/10.1177/0193945919883395>
- Kristoffersen, N. J. (2016) Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 156-157). Gyldendal.
- Lange, J. W., Mager, D. R. & Andrews, N. (2012). *The ELDER expansion project: building cultural competence among long term home care workers*. *Applied Nursing Research*, 26(2), 58-62. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2012.10.003>
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene*. (2. utg.). Akribe.
- Mosand, R. D. & Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 68). Gyldendal.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 31-32). Gyldendal.
- Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp: Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Skaug, E-A. (2016) Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 341-342). Gyldendal.
- Slettebø, Å. (2014). Juridiske rammer og etiske utfordringer. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 217). Gyldendal.
- Statistisk sentralbyrå. (2021, 9. mars). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. SSB. <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef>
- Suurmond, J., Rosenmøller, D. L., el Meshabi, H., Lamkaddem, M. & Essink-Bot, M. L. (2015). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly - A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.014>
- Torvik, K. & Bjøro, K. (2014). Smerte. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 394-396). Gyldendal.
- Utne, H. (2019, 25. juni). *1 av 3 eldre bor alene*. SSB. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-eldre-bor-alene>