

## **Kulturell kompetanse i hjemmetjenesten**

TAM THI MINH DO  
KANDIDATNUMMER: 605  
ANTALLORD: 15056

**VEILEDER**  
Kari Sundsli  
Mariann Fossum

**Universitetet i Agder, 2019**  
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap  
Institutt for folkehelse, idrett og ernæring





## SAMMENDRAG

**Introduksjon:** Økning i antallet ikke-etniske norske pasienter i hjemmetjenesten har ført til behov for kulturell kompetanse hos hjemmesykepleiere. Manglende kulturell kompetanse hos hjemmesykepleiere kan og har skapt utfordringer som diskriminering, dårlig helsetjeneste og kommunikasjon med disse pasientene. Hensikten med denne studien er å få kunnskap om hjemmesykepleiere sin kulturelle kompetanse i utvalgte kommuner i fylker i Sør-Norge.

**Problemstilling:** Hvilken kulturell kompetanse har sykepleier i hjemmetjenesten i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn?

**Metode:** Deskriptiv tverrsnittstudie ble utført. For datainnsamling ble det brukt et spørreskjema som inneholder fem underdimensjoner med fastsatte svarkategorier for å kartlegge utvalgets kulturelle kompetanse. Svarprosenten var 32% som består av 66 hjemmesykepleiere av begge kjønn i alderen fra 21 eller eldre. Det ble tatt sumskåre for alle under dimensjoner, Cronbach's  $\alpha$  testen ble utførte, signifikansnivå ble satt til  $p < 0,05$ .

**Resultater:** Utvalget hadde høy sumskåre på kulturell bevissthet og sensitivitet, kulturell holdning og på selvevaluering. Gjennomsnittskårene for dimensjonen personsentrerte kommunikasjon og praksis-orientering var noe lavere.

Alphakoeffisient for kulturell bevissthet og sensitivitet var .636, kulturell holdning .760, personsentrert kommunikasjon .720, praksis-orientering .330, selv-evaluering .825.

**Konklusjon:** Sykepleierne svarer at de har god kulturell bevissthet og sensitivitet, kulturell holdning og selvevaluering, men det ble funnet noe lavere gjennomsnittskåre for dimensjonen personsentrert omsorg og kommunikasjon.

Spørreskjemaet trenger videre testing i den norske konteksten.

**Nøkkelord:** Kulturell kompetanse, hjemmesykepleier, minoritetspasienter, spørreskjema.



## ABSTRACT

**Introduction:** The increase in the number of non-ethnic Norwegian patients in home care has led to the need for cultural competence in the home nurse. Lack of cultural competence in the home nurse can and has created challenges such as discrimination, poor health service and communication with these patients. The purpose of this study is to examine the cultural competence of home nurses in district in South Norway.

The research question: What cultural competence do home nurses have when tending to patients of minority ethnicities?

**Methods:** Descriptive cross-section study was carried out on the present study. For data collection, a questionnaire with five subdimensions with scale rating was used to map the cultural competence of home nurses. The sample size was 66 (32%), consisting of both male and female home nurses aged from 21 or older. The total sum score was taken for all subdimensions, Cronbach –  $\alpha$  tested was performed, significance level was set to  $p < 0.05$ .

**Results:** The results showed that home nurses had high average score on cultural awareness and sensitivity, cultural behavior and on self-assessment. Sum score of terms for the dimension of person-centered communication and practice orientation were somewhat lower. Alpha coefficient for cultural awareness and sensitivity was. 636, cultural behavior. 760, person-centered communication. 720, practice orientation. 330, self-assessment. 825.

**Conclusion:** The nurses have good awareness and sensitivity, cultural behavior and self-assessment, while it was found lower average score for dimension in person-centered care and communication.

The questionnaire needs further examination in Norwegian context.

**Key words:** Cultural competence, home nurse, minority patients, questionnaire.



## FORORD

Denne masteroppgaven har vært utført ved Fakultet for helse- og idrettsvitenskap ved Universitet i Agder i perioden fra august 2018 til mai 2019.

Å arbeide med denne masteroppgaven har for meg vært en spennende og givende prosess som jeg satt stor pris på, tross det faktum at oppgaven gav meg tidvis mye frustrasjon og tok en betydelig del av hverdagen.

Når jeg kaster blikket tilbake til da jeg først begynte med studien ser jeg at det er mange som har ofret sin dyrebare tid i deres travle hverdager for at jeg skal kunne følge studien. Jeg vil dermed benytte denne anledningen til å takke alle, spesielt mine familier med min dypeste takknemlighet, uten dere hadde jeg ikke klart å komme langt.

Til deg, min kjærligste mann, tusen takk for at du hele tiden har stått ved meg og med meg gjennom alt.

Til mine elskede unger, Raphael, Faustina og Marie, jeg vet at dere savner mammaen deres og snart vil dere få henne “tilbake”! Beklager for at jeg til tider har forsvunnet helt inn i “master-boblen”, men vi skal få mer kvalitetstid sammen. Det lover jeg!

Tusen takk til mine veileder, Kari Sundsli og Mariann Fossum, for deres støtte, veiledning og konstruktive tilbakemeldinger. Jeg vil også takke Bjørge Herman Hansen for gode innspill i slutfasen.

En stor takk til sykepleierne som har tatt seg tid til å besvare spørreskjema i deres hektiske arbeidsdager, uten deres innsats hadde ikke dette vært mulig.

Til sist, men ikke minst, takk til alle dyktige og inspirerende forelesere på masterstudiet.

Universitet i Agder, mai 2019

*Tam Minh Thi Do*



## Innhold

DEL 1 .....	1
INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
DEL 2 .....	3
TEORETISK BAKGRUNN.....	3
BEGREPSAVKLARING.....	3
2.1 Etnisk minoritet.....	3
2.2 Hjemmesykepleiers profesjonsrolle .....	4
2.3 Sykepleiers profesjonskompetanse.....	5
2.4 Hjemmesykepleie og brukere av tjenesten .....	6
2.5 Kultur .....	7
TEORIER OM KULTURELL KOMPETANSE, OG KULTURELLE FAKTORER SOM PÅVIRKER HELSE OG OPPFATTELSE AV HELSETJENESTEN.....	8
2.6 Definisjoner av kulturell kompetanse .....	8
2.7 Grunnleggende forståelse av konseptet kulturell kompetanse .....	9
2.8 De viktige underdimensjoner av kulturell kompetanse i denne undersøkelsen.....	11
2.9 Faktorer som påvirker helsen, oppfatningen av helsen og helsetjenester .....	14
DEL 3 .....	17
METODE.....	17
3.1 Begrunnelsen for valg av studiens design .....	17
3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.....	18
3.3 Forskningsinstrument – spørreskjemaet.....	19
3.4 Datainnsamling.....	20
3.5 Dataanalyser .....	22
3.6 Ivaretagelse av forskningsetikk.....	24
DEL 4 .....	26
RESULTATER .....	26
4.1 Demografiskinformasjoner om utvalget .....	26
4.2 Resultater av Cronbach's alpha analyse .....	28
4.3 Gjennomsnittet av sumskårene for dimensjonene i spørreskjemaet.....	29
DEL 5 .....	40
DISKUSJON .....	40
5.1 Hvilke forståelser har sykepleierne om kulturell bevissthet og sensitivitet?.....	40
5.2 Hvilken forståelse har sykepleierne om kulturell holdning?.....	42
5.3 Hvilke forståelser har sykepleierne om personsentrert omsorg og kommunikasjon?.....	44
5.4 Drøfting av frafallet.....	46



5.5 Drøfting av resultatene fra Cronbach's alpha testene. ....	46
5.6 Studiens begrensninger.....	47
KONKLUSJON.....	48
Referanseliste.....	50

#### VEDLEGG

1. Spørreskjema
2. Informasjonsskriv til avdelingsleder
3. Informasjonsskriv til sykepleier
4. Søknad til FEK
5. Søknad til NSD

#### TABELLER

- Tabell 1: Karakteristiske trekk ved respondentene
- Tabell 2: Oversikt over Cronbach's alphakoeffisienter av dimensjonene.
- Tabell 3: Svarfordeling i antall, prosent, gjennomsnitt og SD for kulturell bevissthet og sensitivitet.
- Tabell 4: Svarfordeling i antall, prosent, gjennomsnitt og SD for kulturell holdning.
- Tabell 5: Svarfordeling i antall, prosent, gjennomsnitt og SD personsentrerte kommunikasjon.
- Tabell 6: Svarfordeling i antall, prosent, gjennomsnitt og SD praksis-orientering.
- Tabell 7: Svarfordeling i antall, prosent, gjennomsnitt og SD selv-evaluering.



## DEL 1

### INNLEDNING

#### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Økt globalisering og migrasjon har gitt mennesker fra ulike verdensdeler en unik mulighet til å erfare nye og fremmede kulturer. Samtidig genererer det også behov for kulturell kompetanse hos profesjoner som jobber med eller for personer med annen kulturell bakgrunn (Bøhn & Dypedahl, 2009). Den økende migrasjonen vil sannsynligvis føre til en økning i antallet ikke-etniske norske pasienter i helsevesenet. Arenaen for arbeidet til sykepleiere er hjemme hos pasienten, og når antallet ikke-etniske norske pasienter øker, vil sjansen for at hjemmesykepleiere møter de også øke.

Når sykepleieren ankommer hjemmet til disse pasientene, vil man være i direkte kontakt med en annen kultur, da i form av symboler og leveregler på nært hold. Det sies at når kulturer “møtes” kommer likheter samt ulikheter mellom kulturene tydeligere fram (Eriksen, 1997). Ulike oppfatninger om sykdom og livsstil kan tolkes slik at pasienter med minoritetsbakgrunn har en annerledes oppfatning om blant annet helse- og omsorgstjenester enn norskfødte. Disse oppfatningene kan skape utfordringer for helsepersonell og pasient i kommunikasjon mellom helsetjenester. Det mangler ikke studier som rapporterer om diskriminering, dårlig helsetjeneste og kommunikasjonsutfordringer som forekommer i hjemmetjenesten med minoritetspasienter. Hovedgrunnen til dette er mangelfull kulturell kompetanse hos hjemmesykepleierne, som forhindrer dem i å forstå pasientene og dermed gjør det vanskelig å få til et godt samarbeid mellom pasientene og hjemmesykepleierne (Debesay, Harslof, Rechel, & Vike, 2014; Likupe, 2014; Peckover & Chidlaw, 2007; Shepherd et al., 2018). *Morgendagens omsorg* påpeker også at kommunale omsorgstjenester ikke har vært tilstrekkelig oppmerksom på pasientens kulturelle behov, og uttrykker at det bør settes fokus på dette området (Helse - Og, 2013).





Bøhn og Dypedahl påstår at kulturell kompetanse er grunnleggende for å kunne fungere godt i et mangfoldsamfunn. Kulturell kompetanse gjør oss bedre i stand til å forholde oss til ulikheter mellom kulturer (Bøhn & Dypedahl, 2009). Økt kulturell kompetanse hos helsepersonell gir også gode pasientopplevelser, og bidrar til å redusere ev. forskjellsbehandling av pasienter (Beach et al., 2005; Weech-Maldonado et al., 2012). Gode pasientopplevelser bidrar til å etablere gode relasjoner og kommunikasjon med helsepersonell (Swedberg, Chiriac, Törnkvist, & Hylander, 2012). En god relasjon legger til rette for god samhandling mellom pasient og helsepersonell (Breitholtz, Snellman, & Fagerberg, 2013), og god kommunikasjon kan relateres til positive pasientopplevelser og etterlevelser (Santana et al., 2018). Arbeidet som hjemmesykepleier utfører bør preges av kultursensitivitet. Behovet for kulturell kompetanse blant hjemmesykepleiere er dermed viktig og nødvendig i vårt mangfoldige samfunn. Kulturell kompetanse kan bidra til at pasientenes hverdag blir meningsfull og at helsetjenesten de mottar oppleves som positiv (Helse - Og, 2013).

## *Presentasjon av studiens hensikt og problemstilling*

Med et utgangspunkt i tematikken kulturell kompetanse blant sykepleiere i hjemmetjenesten, ønsker jeg i denne studien å finne ut mer om hjemmesykepleiere sin kulturelle kompetanse.

Hensikten med denne studien er å kartlegge hjemmesykepleiere sin kulturelle kompetanse.

Problemstilling:

***Hvilken kulturell kompetanse har sykepleier i hjemmetjenesten i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn?***



## DEL 2

### TEORETISK BAKGRUNN

Empirisk forskning kan aldri være helt objektiv eller nøytral. Det er fordi forskeren er et menneske og kan ikke være helt verdinøytral. Forutsetningene avhenger av forskerens utdanningsbaserte førforståelse og visse sosialbaserte fordommer (Jacobsen, 2015). Jeg har valgt mitt teoretiske perspektiv og ståsted med utgangspunkt i teoriene som jeg redegjør for i dette kapitlet.

Kapitlet inneholder to deler. Den første delen er begrepsavklaring der jeg gjør rede for begrepet etnisk minoritet, hjemmesykepleiers profesjonsrolle, sykepleiers profesjonskompetanse, og hva hjemmesykepleie er, samt brukere av tjenesten. Den andre delen handler om teorier innen kulturelle kompetansekonsepter, og ulike faktorer ved kultur som kan påvirke minoritetspasienters helse, og deres oppfatninger av helse og helsetjenester og omsorg.

### BEGREPSAVKLARING

#### 2.1 Etnisk minoritet

Etnisk minoritet refereres ofte til en menneskegruppe eller et folkeslag med felles opphav innen geografi, kulturtradisjoner og språk, og som utgjør et mindretall av en landbefolkning (Bhopal, 2004; Båtnes & Egden, 2012; Eriksen, 1997). Etnisitet omfatter mange aspekter ved et menneske som f.eks. menneskets identitet og bakgrunn. Etnisitet er menneskets grunnleggende kategori for hvem man er i forhold til andre, enten på gruppenivå eller på individnivå. Det vil si at etnisitet oppstår i relasjoner med andre mennesker, hvor møtet dreier seg om opphav og hvilken subgruppe man tilhører som f. eks religion, by eller landsby (Båtnes & Egden, 2012). Det viktigste aspektet ved etnisitet er at den ikke har sammenheng med biologi, men er sosialt og kulturelt definert. Dermed kan etnisitet være flytende og endres over tid ettersom sosial interaksjon mellom mennesker er dynamisk (Bhopal, 2004).



I Norge blir minoritet omtalt som tre hovedkategorier: urbefolkninger, nasjonale minoriteter og innvandrere. De nasjonale minoritetene gjelder eks. jøder, kvener (finsk-ættede/norsk-finske), romfolk (sigøynere), romanifolk (tater/de reisende) og skogfinner. Samer betegnes som urbefolkning (Eike, Forsetlund, Kirkehei, Vist, & Nasjonalt kunnskapssenter for, 2010). Innvandrere eller migranter defineres som nyankommet i landet av nyere historisk tid, og dette inkluderer også deres barn og barnebarn selv om de blir født i Norge. Dette ligger i definisjonen til Statistisk sentralbyrå som sier at dersom ens foreldre og besteforeldre er innvandrere, regnes en også som innvandrere (Eriksen, 1997; Statisk sentralbyrå, 2018). I dag har Norge ca. 916 625 innvandrere (Statisk sentralbyrå, 2018), og er den største minoritetsgruppen i Norge (Eike et al., 2010).

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på innvandrerggruppen, delvis på grunn av at jeg er selv en innvandrer. Jeg kommer til å bruke innvandrere og migranter om hverandre for å gi litt variasjon i språk.

## 2.2 Hjemmesykepleiers profesjonsrolle

Hjemmesykepleiers profesjonsrolle kan beskrives som den som har ansvaret for den daglige pleie, behandlings- og omsorgstilbudet i pasientens hjem. Arbeidet innebærer å behandle, lindre og å gi pleie og omsorg, samt å ha fokus på helsefremming, forebygging og rehabilitering. Hjemmesykepleier har i tillegg funksjoner som å støtte, undervise, informere og veilede pasienter og pårørende slik at den enkelte pasient kan få opplevelse av mestring i hjemmet (Brataas, 2011; Elster & Hegerstrøm, 1995).

Sykepleierrollen kan utfordres når arbeidet foregår i pasientenes hjem. Når hjemmesykepleier kommer inn i hjemmet er vedkommende en profesjonell yrkesutøver, men samtidig også en besøkende. Hjemmesykepleier må derfor vise respekt og forståelse for pasientens og pårørendes valg og ønsker. Pasienten har selvråderett, både juridisk og praktisk sett, i sitt hjem. Hjemmesykepleier må være bevisst på balansegangen mellom hva de mener er best for pasienten, og hva pasienten selv mener er det beste (Birkeland & Flovik, 2018).



## 2.3 Sykepleiers profesjonskompetanse

Fjørtoft mener at den viktigste og mest avgjørende ressursen i hjemmesykepleien er den ansatte og deres kompetanse. Den kompetente fagpersonen er avgjørende og en forutsetning for god kvalitet på tjenesten. Hun mener videre at den enkelte sykepleier har et ansvar for sin egen kompetanse og videreutvikling av den (Fjørtoft, 2016).

Greta Marie Skau beskriver begrepet kompetanse som del av kvalifikasjonene: ferdigheter, evner og kunnskaper som en person innehar, og som gjør at personen er kvalifisert til en bestemt oppgave eller stilling, samtidig som den gir den personen myndighet eller rett til å handle innenfor det gjeldende området. Skau mener at kompetanse bare har mening i en sammenheng eller i forhold til noe, f. eks en bestemt oppgave, funksjon eller yrkesrolle (Skau, 2017). Forfatteren deler kompetansebegrepet inn i tre aspekter: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Disse tre aspektene er fremstilt i en trekantmodell, hvor de er gjensidig avhengig og påvirker hverandre. De kommer til uttrykk samtidig i menneskenes handlinger (Skau, 2017).

### **Teoretisk kunnskap**

Ifølge Skau inneholder teoretisk kunnskap: faktakunnskaper og allmenn, forskningsbasert viten. Sykepleieteori, anatomi, tverrkulturell kommunikasjon og juridiske rammer er eksempler på teoretisk kunnskap som anses som viktige for sykepleier (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018; Skau, 2017). Teoretisk kunnskap kan vi tilegne oss på ulike måter, f.eks utenat lært (Skau, 2017).

### **Yrkesspesifikke ferdigheter**

Dette omfatter de praksisferdigheter, teknikker og metoder som kreves av bestemte yrker. Yrkesspesifikke ferdigheter for sykepleier kan f. eks være å stelle sår, sette sprøyte eller gi pasienter hjelp til personlig hygiene (Skau, 2017), utøve sykepleie tilpasset kultur/religion og tverrkulturell kommunikasjon (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018).

### **Personlig kompetanse**

Personlig kompetanse referer til hvem vi er som personer i forhold til oss selv og i samspill med andre. Den handler om *“hvem vi lar andre få være i møtet med oss, og om hva vi har å gi på et mellommenneskelig plan”* (Skau, 2017, p. 60). Personlig kompetanse er unik fordi



den er erfaringsbasert, og noe vi tilegner oss ved at vi erfarer noe og reflekterer over erfaringen. Kunnskapsformen er særlig viktig i yrker hvor samspill mellom mennesker er viktig, som f. eks i sykepleieryrket. Fordi den er ofte *“avgjørende for hvor langt man vil kunne nå med sine teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter”* (Skau, 2017, p. 61). Personlig kompetanse for sykepleier er f.eks. evnen til å leve seg inn i andres ståsted, å vise empati, og å være oppmerksomt til stede i møtet med pasienter og pårørende (Skau, 2017).

Personlig bevisstgjøring er et viktig prinsipp for utviklingen av personlig kompetanse. Bevisstgjøringen innebærer å være oppmerksom på *“hva vi selv gjør, hvordan vi reagerer i ulike situasjoner, og hvilke tilbakemeldinger – verbale og nonverbale- vi får fra andre”* (Skau, 2017, p. 169). Det innebærer å reflektere over erfaringer og tilbakemeldinger, alene og sammen med andre (Skau, 2017).

En god fagperson bør utvikle alle de tre sidene av sin kompetanse av sin yrkesutøvelse. På denne måten holder vedkommende en god etisk standard og stiller høye kvalitetskrav til egen innsats (Skau, 2017).

## 2.4 Hjemmesykepleie og brukere av tjenesten

Sykepleie i hjemmet har en lang og sterk historisk tradisjon. Tjenesten har vært anliggende for frivillige, humanitære og kristne organisasjoner. I dag er den et offentlig ansvar og omfattes som en del av kommunehelsetjenesten (Elster & Hegerstrøm, 1995). Hjemmesykepleie er et pleie- og omsorgstilbud til hjemmeboende som på grunn av svekket helse, livssituasjon eller alderdom trenger helsefaglig hjelp i kortere eller lengre tid. Arbeidsoppgavene innenfor den kommunale hjemmesykepleietjenesten er mangfoldig og varierer, hvilket kan omfatte all hjelp fra sårstell, personlig hygiene til avanserte medisinske prosedyrer (Fjørtoft, 2016).

Pasientene som mottar hjemmesykepleie kan være personer som har kroniske sykdommer, personer med funksjonsnedsettelse, eldre personer som bor hjemme og som har ulike omsorgsbehov. Personer som mottar tjenesten har krav på å få dekket sine grunnleggende behov og mulighet til å ivareta sin egenomsorg. Dette forutsetter en *“helhetlig tilnærming med fokus på miljømessig, psykososiale, økonomiske, kulturelle og personlige faktorer som påvirker den enkeltes og familiens helsestatus”* (Fjørtoft, 2016, p. 15). Den kulturelle



dimensjonen er ekstra tydelig når sykepleier kommer inn i et hjem og det daglige livet, fordi hjemmet forteller mye om pasienters kulturelle tilhørighet. Hjemmet gjenspeiler pasientenes kulturelle bakgrunn som lukt av maten og krydder, symboler og gjenstander i huset (Fjørtoft, 2016).

## 2.5 Kultur

En tradisjonell og mest gjenkjennelig forståelse av kultur er at den består av skikker, tenkemåter, væremåter, verdier, vaner, ferdigheter og kunnskaper i en folkegruppe. Disse elementene ønskes å overføres og bevares av kommende generasjoner. Kultur er menneskeskapt og er kontekstuelle, noe som vil si at den ikke er medfødt, men er tillært gjennom sosialiseringprosessen. Dermed kan kultur endre seg over tid (Bøhn & Dypedahl, 2009; Båtnes & Egden, 2012; Eriksen, 1997).

Kultur referer med andre ord til en bestemt levemåte som omhandler hvordan mennesker i et samfunn lever sammen og samhandler med hverandre. Den legger grunnlag for blant annet hva som oppfattes som riktig og galt i samfunnet, og hvordan mennesker oppfatter seg selv og verden (Burnard & Gill, 2009; Viken & Kumar, 2010). På denne måten regulerer kultur vår adferd gjennom å fortelle oss hvordan vi skal og kan oppføre oss (Bøhn & Dypedahl, 2009).

Kultur omfatter historie, religion, verdier, sosial organisering og språk til en gruppe av mennesker som ønsker å videreføre disse elementene fra generasjon til generasjon. Slik som gamle historier gjenfortelles fra generasjon til generasjon av en bestemt kultur for å skape en følelse av tilhørighet, og bygge identitet ved at de dreier seg om kulturens opprinnelse, de viktige premisser, samt høydepunkter som medlemmene burde være stolte av (Samovar, Porter, McDaniel, & Roy, 2017).

Et av de viktigste elementene i kultur er språket, da den legger grunnlag for vår forståelse og meninger om verden og våre medmennesker. Den utgjør en vesentlig rolle for medlemmers mulighet for å kommunisere, formidle informasjon, dele følelser, opplevelser eller ideer. I tillegg til dette er de tekniske sidene ved ulike språk avgjørende for å skape tydelige skillelinjer mellom kulturer (Burnard & Gill, 2009).



Kulturen er ikke statisk, men den er i stadig endring og skapes forløpende av interaksjonen mellom mennesker (Eriksen, 1997). I en sosialiseringssprosess menes her interaksjonen mellom menneskene, der kulturen påvirkes og endres i lik grad som menneskene blir påvirket og endret av sosialiseringssprossen (Burnard & Gill, 2009). Det sies at etter et kulturmøte er man ikke helt den samme som man var på forhånd. Møtet påvirker og endrer vår forforståelse, og dermed endres også våre kunnskaper, tanker, og verdier (Eriksen & Sajjad, 2015). Dermed er kultur, som i likhet med mennesker, i kontinuerlig utvikling og forandring (Burnard & Gill, 2009).

## TEORIER OM KULTURELL KOMPETANSE, OG KULTURELLE FAKTORER SOM PÅVIRKER HELSE OG OPPFATTELSE AV HELSETJENESTEN

### 2.6 Definisjoner av kulturell kompetanse

Før jeg begynner å redegjøre for kulturell kompetanse i helseperspektivet, vil jeg si litt om bakgrunnen for utviklingen av konseptet. Forhåpentligvis tilfører det en forståelse av hvorfor og hvordan kulturell kompetanse utvikles.

Kulturell kompetanse hos helsepersonell har fått mye oppmerksomhet i de siste årene (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018). Kulturell kompetanse er dypt forankret i sosial og politisk kontekst fra 60- og 70-tallet, hvor borgerrettigheter krever respekt og rettigheter for alle borgere i samfunnet uavhengig av kulturell bakgrunn, samt et ønske om å viske ut rasisme og forskjellsbehandling av folkeslag i samfunnet (Campinha-Bacote, 2019). I kjølvannet av borgerrettighetsbevegelsen rettes det fokus mot kulturell kompetanse blant helsepersonell, da det rapporteres om at pasienter med minoritetskulturbakgrunn ikke alltid har tilgang til de helsetjenester de har krav på. Kvaliteten av helsetjenesten som de mottar er ofte dårlig, og det er forskjellsbehandling av disse (Shepherd et al., 2018). Utviklingen av kulturell kompetanse innenfor helsesektoren er for å unngå eller forminske disse utfordringene som oppstår på grunn av kultur- og språkforskjeller. Kulturell kompetanse er ment til å gjøre helsepersonell i stand til å etablere og opprettholde en god og effektiv relasjon med pasienten, samt å utforme og tilrettelegge helsetjenestetilbud av høyeste kvalitet



uavhengig av pasients kulturbakgrunn (Jongen, McCalman, Bainbridge, & Clifford, 2018; Paul, Hill, & Ewen, 2012; Walker & Barnett, 2007).

Det finnes i litteraturen ulike nyanser av definisjonen til kulturell kompetanse (Shen, 2015). Blant annet blir kulturell kompetanse definert som bevissthet, kunnskap og forståelse om egen kultur og pasients kultur, aksept av og respekt for kulturelle forskjeller, åpenhet for kulturelle møter, og tilpasning av omsorg for å være kongruent med pasientkultur (Purnell, 2002). En annen beskrivelse av kulturell kompetanse refererer til helsepersonellens evne, ferdighet, kunnskap, verdi og holdning til å utforske og forstå kulturelle faktorer som påvirker pasientenes verdier, forståelse og adferd som relaterer til helse og helsetjenester (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018; Jongen et al., 2018; Paul et al., 2012; Walker & Barnett, 2007). Josepha Campinha-Bacote definerer kulturell kompetanse som en pågående prosess hvor sykepleier kontinuerlig tilstreber for å oppnå evner og ferdigheter, svarende til viljen til å utføre helsetjenester innenfor pasients kulturelle kontekst (Campinha-Bacote, 2002, 2011a).

## 2.7 Grunnleggende forståelse av konseptet kulturell kompetanse

Ulike konsepter av kulturell kompetanse har blitt introduserte i løpet av tiårene (Shen, 2015). Blant annet har vi den mest kjente konseptet av Madeleine Leininger, Transcultural nursing (TCN), som legger vekt på kunnskap om pasientens ulike kulturtradisjoner som relaterer til sykdom og behandling. Hun mener at kunnskapen om ulike kulturtradisjoner er en ressurs som kan bidra til at sykepleier blir i stand til å yte en helhetlig omsorg til minoritetspasienter. (Leininger, 2002). Leininger sin tilnærming har blitt kritisert for å ikke ta hensyn til at kulturer er dynamiske og i stadig utvikling, og dessuten bidrar den til at stereotype syn på kulturer kan føre til at man overser individuell variasjon hos pasienter (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018).

En annen kjent sykepleieteoretiker som har bidratt til utviklingen av kulturell kompetanse er, men med litt annerledes innfallsvinkel, Irihapeti Ramsden. Hennes modell kalles for: Cultural safety (CS). Den har et hovedfokus på sykepleierens evne til å anerkjenne og respektere enkeltindividets ulikhet. Formålet med tilnærmingen er å oppnå kulturell trygghet når det utføres pleie og omsorg. Dette kan oppnås ved å utføre tjenesten på en måte som er definert av pasienten selv (Southwick & Polaschek, 2014). Denne tilnærmingen er utviklet i





bikulturell kontekst hvor hun legger vekt på asymmetriske maktforhold mellom pasienter med minoritetsbakgrunn og helsepersonell. I motsetning til Madeleine Leininger sin modell, mener Ramsden at generell kunnskap om kulturtradisjoner ikke er tilstrekkelig fordi pasienter med samme etnisitet kan ha ulike kulturtradisjoner (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018; Viken & Kumar, 2010).

Helsepersonell må bevisstgjøres på at det finnes forskjeller i levekår og kjennetegn til den sosiale, følelsesmessige og politiske konteksten pasienter lever i. Disse opplysningene kan fås fra pasienten og pårørende som har relevant informasjon om den enkeltes situasjon. Viken og Kumar mener at denne tilnærmingen forutsetter brukermedvirkning og dialog med pasienten (Viken & Kumar, 2010).

En tredje modell av kulturell kompetanse tilhører Joshua Schwarz m.fl. Modellen inneholder 5 komponenter: kulturell bevissthet og sensitivitet (cultural awareness/sensitivity), kulturell holdning (behavior), praksis-orientering (practice orientation), personsentrert kommunikasjon (patient-centered communication), og selv-evaluering (self-assessment) (Schwarz et al., 2015). Deres hovedintensjon var å utvikle et konsept med formål å fungere som et instrument for ulike spørreskjema. Dette instrumentet er designet for å kunne benyttes av ulike helseprofesjoner for å vurdere den kulturelle kompetansen deres (Schwarz et al., 2015).

Fellestrekk for de kulturelle kompetansmodellene er at de fokuserer på helsepersonellens holdninger og kunnskaper i forhold til kulturell variasjon. Konseptene fremhever verdier og egenskaper som er forutsetningene i det mellommenneskelige samspill mellom helsepersonell og pasienter med annen kultur (Campinha-Bacote, 2002, 2011a; Leininger, 2002; Southwick & Polaschek, 2014).

Videre i arbeidet kommer jeg primært til å benytte Joshua Schwarz m.fl., sin teori om kulturell kompetanse fordi jeg mener at den er relevant i forbindelse med innholdet i spørreskjemaet som benyttes i min studie.

## 2.8 De viktige underdimensjoner av kulturell kompetanse i denne undersøkelsen

I denne undersøkelsen består kulturell kompetanse av fem underdimensjoner: kulturell bevissthet og sensitivitet, kulturell holdning, personsentrert kommunikasjon, praksisorientering og selv-evaluering. Hver av disse underdimensjonene skal beskrives mer i detalj videre i kapitlet.

### *Kulturell bevissthet og sensitivitet*

Dimensjonen omfatter bevissthet og sensitivitet aspekter av kulturell kompetanse konsept. Det refereres til hjemmesykepleiers kunnskap om bevissthet og sensitivitet for kulturuttrykk, holdninger og atferd hos ulike pasientgrupper, for eksempel forskjeller i språk, religion, kostvaner og helse- og omsorgspraksis (Schwarz et al., 2015).

Ragnhild Magelssen mener kulturell sensitivitet og bevissthet handler om å kunne se og forstå kulturelle likheter og ulikheter hos pasienter med minoritetskultur. Dette gjelder også for å kunne se og forstå kulturforskjeller, også innad i en etnisk gruppe (Magelssen, 2008), fordi pasienter kan ha ulik religion, kjønn, tro og sosiale klasser (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018; Viken & Kumar, 2010). Den nederlandske professoren, Hofstede, mener at hvert individ i ett og samme samfunn kan ha ulike kulturer som nasjoner, kjønn, religion og sosial klasse (Hofstede, Hofstede, & Minkov, 2010).

Magelssen mener videre at ved å kunne se likheter og forskjeller i møtet med pasienter med minoritetsbakgrunn kan bidra til å fjerne barrierene som oppstår på grunn av kulturulikheter. Disse barrierene kan være språk, væremåter, og kommunikasjonsmåter (Magelssen, 2008). Kultursensitivitet og bevissthet i forhold til ulike kulturtradisjoner innebærer dessuten å ha forståelse for og å være oppmerksom på at kulturelle faktorer kan påvirke pasientens helse og også være avgjørende for hvordan pasienten oppfatter og oppsøker helsetjenester. Ved å være oppmerksom på ulikheter og likheter fra forskjellige kulturelle tradisjoner, kan være hjelpende for sykepleier å gjøre vurderinger og handlinger som er akseptabel for både pasienten og dem selv (Magelssen, 2008).



## *Kulturell holdning*

Kulturell holdning kan beskrives som hjemmesykepleiers erfaring med og kunnskap om ulike kulturer som da kan uttrykkes i handlinger og holdninger. Dette tilegner de ved å engasjere seg i å skaffe informasjon og kunnskap som bidrar til å øke deres forståelse for pasientenes kulturelle behov og preferanser (Schwarz et al., 2015).

Kulturell holdning kan referere til komponenten *kulturell kunnskap* og *kulturell evne* i Josepha campinha-Bacote sin modell. Hun beskriver disse komponentene som en prosess hvor helsepersonell utvikler sine evner til å finne og skaffe seg relevant kunnskap og informasjon om den enkelte pasient, og tar hensyn til pasientenes kulturelle behov i vurderingen og tilretteleggingen. Det er viktig å ha kunnskap om ulike kulturelle og etniske grupper, blant annet om pasientens historiske, geografiske og sosiokulturelle bakgrunn, og om forskjellige oppfatninger om helse og sykdom og hvordan de påvirker atferd (Campinha-Bacote, 2002, 2011a; Debesay & Tschudi-Madsen, 2018).

## *Personsentrert kommunikasjon*

Personsentrert kommunikasjon handler om hvordan hjemmesykepleier inkorporerer pasientenes tro, kultur, følelser og forventninger i dialog med sine etniske minoritetspasienter (Schwarz et al., 2015). Skau beskriver dette som et personlig aspekt, hvor hun referer til vår personlige væremåte og den vi er som kommuniserende personer, slik kommunikasjonen ytrer seg i samspill med andre. Dette aspektet inneholder også vår personlige kunnskap om kommunikasjon, hvor innsikt i teorier og bearbeidet livserfaring flyter sammen til en kommunikativ helhet (Skau, 2017).

Personsentrert omsorg er betegnelsen som brukes til å beskrive omsorg- og helsetjenester som er utviklet for å ivareta pasientenes behov, ressurser, preferanser, og pasientens aktive deltakelse og samarbeid innen omsorg, pleie og behandling (Hobbs, 2009; Meer et al., 2018; Viken & Kumar, 2010). Det innebærer at sykepleie har og viser respekt for pasientenes verdier, preferanser, kulturelle og uttrykte behov. De må forholde seg til pasienten som et sosialt og kulturelt forankret menneske, noe som vil si at pasienten har kulturell tilknytning, og ulike holdninger, verdier og oppfatninger om liv, helse og helsetjenester (Brataas, 2011; Meer et al., 2018).



Personsentrert kommunikasjon handler også om å informere, veilede og å utdanne pasienten om deres egen helsesituasjon, helsetjenester, personlige faktorer og andre forhold av betydning for helse og livskvalitet på kort eller lang sikt. Dessuten innebærer det å informere om f. eks hvilken behandling eller undersøkelse som er tilgjengelig, hvordan det gjøres, og konsekvenser av undersøkelsen. God informasjon bidrar til forutsigbarhet i situasjoner, som har stor betydning for pasientens mestring og opplevelse av kontroll og legger grunnlag for medvirkning og informert samtykke (Brataas, 2011; Meer et al., 2018).

Følelsesmessig støtte “*emotional support*” er et annet viktig aspekt i personsentrert kommunikasjon, spesielt når pasienter overveier og velger helsetjenester. Å være støttende for pasientene i slike situasjoner kan bidra i beslutninger, og gi trygghet og større tilfredshet med tjenesten. Dessuten kan slik støtte gi positiv innvirkning på pasientens mestring og normalisering av følelsetilstand (Brataas, 2011; Meer et al., 2018). Forutsetninger for å kunne gi god og relevant informasjon, støtte, og veiledning, bør informasjonen om pasienten innhentes. Informasjonen om pasienten kan innhentes gjennom kartlegging av personlige faktorer, handlemåter, biografi og forhold i hjem og nærmiljø (Brataas, 2011).

Personsentrert kommunikasjon innebærer dessuten å involvere både pasient og pårørende til enhver tid under behandlingsforløpet. Dette betyr at sykepleier bør spørre og lytte til pasientens behov og preferanser. På denne måten kan sykepleier vinne pasientens og pårørende sin tillitt, som igjen videre kan bidra til å tilrettelegge for god relasjon og samhandling (Luckmann, 1999).

### *Praksis-orientering*

I dimensjon fire i min undersøkelse handler det om hvordan hjemmesykepleier praktiserer personsentrert omsorg. En personorientert praksis omfatter hjemmesykepleiers bevissthet og sensitivitet overfor pasientpreferanser. Hjemmesykepleier inkluderer pasientenes kulturelle behov og kontekster i handlinger, samt hjemmesykepleiers vilje til å tilpasse seg pasientpreferanser, og å praktisere atferd som er tilpasset pasientens behov og verdier, og hjemmesykepleiers respons til individuelle pasientvalg og preferanser (Schwarz et al., 2015). I denne dimensjonen kan vi referere til Josepha Campinha-Bacote sine beskrivelser av komponenten *kulturelle ønsker*, hvor hun referer til fleksibilitet og åpenhet i møter med



minoritetspasienter. Hun viser også til å ha respekt og å akseptere forskjeller i kulturer, samt å være villig til å lære om kulturer (Campinha-Bacote, 2002, 2011a).

Denne dimensjonen handler også om maktforholdet mellom helsepersonell og pasienter (Schwarz et al., 2015). Magelssen mener at i en pasient-sykepleierrelasjon, kan det være skjev maktfordeling mellom de to partene. Det er som oftest hjemmesykepleierne som har makt til å si noe om hvordan sykdom identifiseres, forstås og behandles, fordi de vanligvis har mer kunnskap om helse og omsorg. Minoritetspasienter kan føle seg mer avmaktet hvis de i tillegg ikke behersker majoritetsspråket (Magelssen, 2008).

### *Selv-evaluering*

Selv-evaluering er den femte viktige komponenten av modellen. Det refereres til hjemmesykepleiers refleksjoner over ens tro, verdier og holdninger. Det er imidlertid forskjell på bevissthet og sensitivitet som nevnt i dimensjon 1. Når bevisstheten og sensitivitet fokuserer på pasienters kulturelle bakgrunn, fokuserer selvevaluering på hjemmesykepleiers egen kultur, tro, verdier, og holdninger (Schwarz et al., 2015).

Det hevdes at når man reflekterer over sin egen kultur og holdninger kan bidra til å forhindre både bevisste og ubevisste negative stereotyper om pasienter med annen kulturbakgrunn (Schwarz et al., 2015). Faren ved å ha negative stereotype holdninger er at slike holdninger har en tendens til å kategorisere alle pasienter fra en og samme kultur i en ramme, da det ligger forventninger om at disse pasientene handler og tenker likt. Når helsepersonell mangler bevissthet på dette, kan det være til hindring for kulturelt kompetent pleie og omsorg. Dessuten med slike holdninger risikerer helsepersonell å vurdere pasienter med annen kulturellbakgrunn ut ifra sin egen kultur, perspektiv og standard. Dette kalles for etnosentrisme (Campinha-Bacote, 2002, 2011a).

## 2.9 Faktorer som påvirker helsen, oppfatningen av helsen og helsetjenester

Kultur legger ikke bare grunnlag for hvordan mennesket oppfatter virkeligheten, men kultur er også grunnleggende for oppfatning av helse, sykdom, god og dårlig helse- og



omsorgstjenester, i tillegg kan kultur påvirke menneskets beslutninger som angår helse og omsorg (Kersey-Matusiak, 2015; Walker & Barnett, 2007).

## *Oppfatninger om sykdom og lidelse i ulike kulturer*

Ulike kulturer har også ulike tilnærminger for hvordan sykdom og lidelse skal helbredes, og dermed også ulike tolkninger i henhold til årsaker, symptomer og signaler til sykdom og lidelse. Dette er avgjørende for hvordan mennesket oppsøker og benytter seg av helsetjenester (Walker & Barnett, 2007). For eksempel i Han, som er en kinesisk forklaringsmodell av sykdom og behandling, er mennesket deler av universet og helsen vår er påvirket av to motkrefter, *yin* og *yang*. Helsen er opprettholdt når det er balanse mellom disse kreftene, og når sykdom forekommer vil det si at balansen mellom kreftene er forstyrret. Helbredelsen av sykdommen vil være å gjenopprette balansen (Holland & Hogg, 2001).

Den kinesiske forklaringsmodellen om både sykdom og behandling er annerledes enn den biomedisinske forklaringsmodellen som har stor påvirkning i det norske helsevesenet (Stiftelse for, 2015). Ifølge den biomedisinske forklaringsmodellen er lidelse og sykdom påvisbare, og fokuserer vanligvis på den syke kroppsdelen. Den er evidensbasert og bygger på anvendt vitenskap for å gi helsepersonell i klinisk praksis og helseplanlegging best mulig kunnskapsgrunnlag (Holland & Hogg, 2001).

Det hevdes at når helsepersonell og pasienters forklaringsmodeller og oppfatninger om sykdom og lidelser er forskjellige, kan det ha en direkte påvirkning på pasientens helsemessige resultat, ved at begge parter ikke kan sette seg inn i en kontekst som er meningsfull for dem (Eriksen & Sajjad, 2015).

## *Religion, tro og kostvaner*

Religion og tro påvirkes mye av kultur, og kan være grunnleggende for oppfatningen av helse, sykdom, gode og dårlige helse- og omsorgstjenester. De kan være avgjørende faktorer når det kommer til å ta avgjørelser for vår helse og omsorg (Kersey-Matusiak, 2015; Walker & Barnett, 2007). For noen kulturer kan sykdom og lidelse forklares av f. eks patogene organismer, aldring eller livsstil, men i andre kulturer kan de samme sykdommene og lidelsene oppfattes som en straff av deres gud eller av overnaturlige krefter. I enkelte kulturer kan sykdom og lidelse anses som offergave til deres gud (Holland & Hogg, 2001).

Noen religiøse praksiser kan by på utfordringer i forbindelse med hjemmesykepleie, f. eks kan besøkstider av hjemmesykepleier komme i kollisjon med pasientenes bønnetid (Fjørtoft, 2016).

Kultur og religion har i tillegg en innvirkning på hvordan folk oppfatter ulike typer mat og ernæring som skadelig eller protektivt for helsen, og dermed påvirkes folkets valg av mat og ernæring (Napier et al., 2017). F.eks. mennesker som tror på forklaringsmodellen *yin og yang* vil balansere sine mat- og ernæringsinntak ved spise like mange varme retter som kalde retter. Dette vil bidra til å balansere energien i deres kropp (Holland & Hogg, 2001).

Noen religioner betrakter enkelte typer mat som urent, f. eks Islam, som betrakter svinekjøtt som urent. Mennesker som tilhører religionen Hinduisme spiser ikke oksekjøtt, fordi kuer anses som hellig for dem (Holland & Hogg, 2001).

### *Forventninger og oppfatninger av helsepersonell og helsetjenester blant minoritetspasienter*

I enkelte kulturer har helsepersonell en mer autoritær stilling enn i Norge, og pasientene er vant til at helsepersonell tar avgjørelser uten å involvere dem. Dette gir en opplevelse av at helsepersonell er erfarne og kompetente. I enkelte samfunn får pasienter som ikke stiller spørsmål angående sitt forløp en totalt sett bedre behandling. Pasienter som er vant til denne typen relasjon i sitt hjemland kan ha de samme forventninger og oppfatninger av norske helsepersonell. I det norske helsevesenet legges det vekt på brukermedvirkning og pasientsentrert kommunikasjon, hvor pasientene anses som likeverdige parter som skal høres på og bør aktivt involveres i dialogen. Pasientene har krav og rett til å velge helsetjenesten og å medvirke den helsetjenesten som de mottar (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018).



## DEL 3

### METODE

I denne delen av oppgaven kommer jeg til å gjøre rede for studiens design, instrumentet som benyttes i min studie, og datainnsamling. Det vil etterfølges av beskrivelser av statistiske analyser som er brukt til å analysere datamaterialet, og etiske aspekter.

#### 3.1 Begrunnelsen for valg av studiens design

I et hvert forskningsprosjekt kreves det nøye gjennomgang og vurdering av forskningsdesignet for å sikre en gyldig og pålitelig kunnskap som kan etterprøves. Forskeren må gjennom sitt forskningsprosjekt besvare spørsmål om hvordan noe faktisk forholder seg i eller til virkeligheten. Det man ønsker å undersøke er avgjørende for om man skal bruke et kvantitativt- eller en kvalitativt forskningsdesign (Olsson, Sörensen, & Bureid, 2003). Valget av design baserer seg på studiens hensikt og problemstilling. Jeg har valgt en kvantitativ forskningsstrategi med et tverrsnittsdesign, fordi jeg mener at dette kan gi meg muligheter til å samle data fra en stor gruppe respondenter, og dermed muligheter for god bredde og oversiktskunnskap (Lund, Fønnebø, & Haugen, 2006) over sykepleiers forståelse av kulturell kompetanse. Kjennetegnet med tverrsnittstudier er å kunne fange opp flere fenomener på et gitt tidspunkt, det vil si designet får frem øyeblikksbildet av et eller flere fenomener men på et relativt overfladisk nivå (Tufte, 2018).

Et tverrsnittsdesign er velegnet i undersøkelser hvor man ønsker å kartlegge fenomener, fordi det gir muligheter for å jobbe med et bredest mulig utvalg. I tillegg kan en tverrsnittstudie gi oss en pekepinn på sammenheng mellom fenomener, og funnene fra en god tverrsnittstudie kan gi et godt grunnlag for videre forskning. Dessuten er den en kostnadseffektiv forskningsmetode å gjennomføre (Polit & Beck, 2018). Jeg mener derfor designet kan være formålstjenlig for mitt prosjekt da den kan bidra til å gi svaret på min problemstilling.





### 3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Ut ifra studiens hensikt og problemstilling mener jeg at sykepleier i hjemmetjenesten er populasjonen som jeg ønsker å studere. Utvalget vil bestå av kommunale hjemmesykepleiere, som etter min mening kan ha informasjon som kan bidra til å svare på min problemstilling

Det var totalt sju kommuner i Sør-Norge som ble invitert til å delta i studien. Oversikten over hvor mange soner hver kommune har, og telefonnummeret til sonene fant jeg på kommunenes hjemmeside. Jeg velger å gjøre undersøkelsen i store, mellomstore og små kommuner, fordi jeg ønsker at resultatene også skal kunne relatere til andre kommuner. Emil Kruuse kaller denne metoden for geografiske stikkprøver. Begrepet referer til studie hvor deltakerne blir rekrutterte fra forskjellige geografiske lokaliteter (Kruuse, 2007).

Variasjonene i deres forståelse av kulturell kompetanse er interessant for meg å undersøke. Siden jeg er interessert i variasjon og bredde, setter jeg ikke krav i forhold til hvilken kulturell bakgrunn hjemmesykepleierne har. Det settes ikke krav om ansiennitet og dermed heller ikke krav om at utvalget skal ha praksiserfaring med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Jeg går ut ifra at sykepleierne ikke nødvendigvis må ha erfaring med disse pasientene for å inneha kulturell kompetanse. Dette begrunner jeg med at kunnskap kan baseres på teori og/eller praksiserfaring (Olsen, 1998), og dermed kan sykepleiernes kulturelle kompetanse baseres på enten teori og/eller praksiserfaring. Derfor har det heller ikke blitt undersøkt hvor mange minoritetspasienter som benytter hjemmetjenesten i disse kommunene.

Studien inkluderer de som jobber i fulltidsstillinger, deltidsstillinger, er fast ansatt eller er i vikariat. Utvalget kan ha et stort aldersspenn som kan variere fra 20-årene og opp til over 60 år.

Studien er imidlertid avgrenset til kommunale hjemmetjenester, den omfatter ikke private hjemmetjenester.

### 3.3 Forskningsinstrument – spørreskjemaet

Spørreskjemaet som brukes i min studie er i originalen på amerikanskengelsk og inneholder 48 strukturerte påstander med tilhørende fastsatte svaralternativer, i tillegg til 7 spørsmål om bakgrunnsinformasjon. Spørreskjemaet ble oversatt til norsk og inneholder nøyaktig samme antall påstander som den originale versjonen, imidlertid inneholder den kun 5 spørsmål om bakgrunnsinformasjon. Spørsmålet som tatt bort er: *“The country I’m practicing nursing in is”* og *“Country of Origin is”*. Det som gjenstår av spørsmål om bakgrunnsinformasjon er praksiserfaring, alder, kjønn, nåværende rolle/stilling, utdanningsnivå (se vedlegg 1).

Spørreskjemaet inneholder fem dimensjoner som er ment å være hovedelementer ved kulturell kompetanse. Hovedelementene er: kulturell bevissthet og sensitivitet, kulturell holdning, personsentrert kommunikasjon, praksis-orientering, selv-evaluering. Hver dimensjon inneholder ulike antall påstander med svaralternativer som er presenterte i en fem-punkt Likert-skala (se vedlegg 1). Likert-skala går fra *“helt enig”* til *“sterkt uenig”*, hvor *“verken enig eller uenig”* regnes som nøytralt midtpunkt (Watt Boolsen, 2008).

Dimensjonen 1 – *kulturell bevissthet og sensitivitet* har 11 påstander (nr. 1-11). Alle påstander har fem like svarkategorier: Helt enig, Enig, Verken enig eller uenig, Uenig, Sterkt uenig. Se vedlegg 1.

Dimensjon 2 – *kulturell holdning* har 16 påstander i denne delen (nr.12-27), og har samme svaralternativer som første dimensjonen. Se vedlegg 1.

Dimensjon – 3 *personsentrert kommunikasjon* med sine tre påstander (påstander nr.28-30). Denne dimensjonen har ikke samme svaralternativer som andre dimensjonene, fordi påstandene ikke er lagt opp til å ha samme svaralternativene. Det er gitt fire svar alternativer for denne dimensjonen, som rangeres fra: Veldig ofte, Ofte, Sjelden, Aldri. Se vedlegg 1.

Dimensjon – 4 *praksis-orientering* har 9 påstander (nr.31-39), og har samme svarkategorier som er gitt for dimensjon 1, 2 og 5. Se vedlegg 1.

Dimensjon – 5 *selv-evaluering* inneholder 11 påstander (nr.40-48), og har samme svarkategorier som er gitt for dimensjon 1, 2 og 4. Se vedlegg 1.

### *3.3.1 Oversettelsen av spørreskjemaet*

Oversettelsen av spørreskjemaet fra engelsk til norsk ble utført av en ekspertgruppe og gjøres i to steg som anbefalt: fram-oversettelse og tilbake-oversettelse (Swaine-Verdier, Doward, Hagell, Thorsen, & McKenna, 2004; Tsang, Royse, & Terkawi, 2017). Dette betyr at spørreskjemaet første ble oversatt til norsk og deretter tilbake til engelsk. Disse stegene er anbefalt å gjennomføre for å avdekke mulige feile oversettelser som gjør at innholdet blir forandret. Tilbakeoversettelsesversjonen skal vise at innholdet samsvarer med originalen versjonen (Swaine-Verdier et al., 2004; Tsang et al., 2017).

I følge en av mine veiledere ble spørreskjemaet testet av tre uavhengige sykepleier etter tilbake-oversettelsen, for å avdekke mulige bias som misforståelse eller uklare formuleringer i oversettelsen. I tillegg har denne testen hensikt å undersøke om hvor lang tid det tar for dem å fullføre spørreskjemaet. Dette er for å estimere hvor lang tid respondenter kommer til å bruke på å gjennomføre spørreskjemaet. Tiden det tok for disse sykepleierne å fullføre spørreskjemaet var ca. 15 minutter. Det ble registrerte ingen bias eller uklare formulering under testingen.

## 3.4 Datainnsamling

I likhet med studiedesign er det viktig å velge en mest mulig tilegnet metode for å samle inn data som kan gi svar på forskningsspørsmålet. I et tverrsnittstudie er det vanlig å bruke strukturerte spørreskjemaer (Thrane, 2018). Formålet med spørreskjemaene er at de skal bidra til å lede forskeren til et gyldig og pålitelig svar for det forskeren ønsker å undersøke (Lund et al., 2006).

### *3.4.1 Utførelsen av undersøkelsen*

Alle avdelingsledere i hjemmetjenesten i de utvalgte kommunene ble kontakte av meg per telefon for å informere om studien og for å spørre om de ville delta. Dessuten spurte jeg alle avdelingene om tillatelse til å komme på besøk og å informere om studien, men de fleste takket nei, og andre lot være å svare på spørsmålene. Det var totalt 34 soner, hvor av 30 soner samtykket til å delta, mens 4 soner takket nei til deltakelsen.



Avdelingsledere som sa ja til å delta på vegne av deres sykepleier, fikk tilsendt en e-post med et “Informasjonsskriv til avdelingsleder” (se vedlegg 2), et “Informasjonsskriv til sykepleier” (vedlegg 3) og en link til spørreskjemaet. Det estimerte ca. 15 minutter for respondentene å svare på spørreskjemaet. Spørreskjemaet ble laget i et program, Surveyxact, som tilbys av leverandør, Ramboll. Leverandøren har tilknytning til universitet.

Det ble enighet om at avdelingslederne skulle videresende “Informasjonsskrivet til sykepleier” og linken til spørreskjemaet til aktuelle sykepleiere i deres soner. Det var opp til avdelingslederne å vurdere og velge ut hvilke sykepleiere som kunne inkluderes i undersøkelsen. Jeg deltok ikke i utvelging av sykepleier og utdeling av spørreskjema. Dette ville også si at jeg ikke hadde oversikt over hvor mange sykepleiere som jobbet i disse sonene, og hadde heller ikke direkte kontakt med disse sykepleierne. Jeg hadde bare oversikt over hvor mange som fikk tilsendt forespørselen via lederne, og hvor mange som responderte på spørreskjemaet. Ved å respondere på spørreskjemaet ble det registrert som samtykkeerklæring fra respondentene. Dette stod klart og tydelig på forsiden av spørreskjemaet og i informasjonsskrivet til dem.

Rekrutteringsprosessen begynte i midten av november 2018 og avsluttet 07 januar 2019. I utgangspunktet hadde jeg beregnet å bruke ca. 1 måned tid fra utsending av forespørselen til innsamlingen av data. Men på grunn av det var noen avdelinger som ønsket å ha litt mer tid da det nærmet seg julehøytiden, ble fristen utvidet til 07 januar 2019.

Det ble sendt ut en påminnelse på epost til avdelingslederne to uker etter første henvendelsen. Det hevdes at det er en passelig tidsavstand å sende påminnelse på (Kruise, 2007). Responser på påminnelsen var stort sett positiv. Noen av avdelingslederne sa at de skulle legge tiden til å svare til arbeidsdager, slik at sykepleierne hadde mulighet til å gjennomføre spørreskjemaet. To avdelinger spurte om de kunne få lengre tid, og som nevnt hadde jeg utvidet fristen slik at de også kunne være med i studien. Noen avdelingsledere sa at de skulle minne sykepleierne på dette, men mer kunne de ikke gjøre. Dessverre mistet jeg noen avdelinger, da de hadde mye å gjøre, selv om de sa ja ved første henvendelsen.

Det ble ikke sendt ut flere påminnelser etter den første, da jeg fikk inntrykk fra avdelingslederne at de hadde gjort det de kunne for å oppfordre sykepleierne til å delta, resten ligger i frivilligheten til sykepleierne.



### 3.5 Dataanalyser

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 25 dataprogrammet for å utføre statistiske analyser av innhentet datamaterialet.

Datamaterialet ble overført fra SurveyXact programmet til SPSS-programmet, deretter ble svaralternativene kodet og inverterte. For dimensjon 1, 2, 4 og 5 ble svarkategoriene Likert-skala kodet fra 1 til 5: Helt enig = 5, Enig = 4, Verken enig eller uenig = 3, Uenig = 2, Sterk uenig = 1. Mens svarkategoriene fra dimensjonen 3 ble kodet fra 1 til 4: Veldig ofte = 4, Ofte = 3, Sjelden = 2, Aldri = 1.

Svaralternativene til påstander Q1, Q2, Q5, Q8, Q31, Q32, Q33, Q34, Q35 og Q39 ble inverterte i skala retningen for å sikre at de drar i samme retningen som andre svaralternativene (Bryman & Cramer, 2005).

Svarene fra respondentene vil bli presentert med frekvens og prosentfordeling på hver påstand. Normalfordelingen ble sjekket på hver påstand (Christophersen, 2006).

Det var totalt 202 sykepleiere som fikk forespørselen, dessverre var det kun 84 sykepleiere som responderte. Frafallet er ca. 59%, svarprosent er ca. 41%. Det ble deretter undersøkt mønsteret av missing-data på hver respondenter og på alle påstander, og det var kun variabel «Kjønn» som ikke har missing-verdier. Blant påstander som har mest missing-verdier er påstander (Q40 til 48) som tilhører dimensjonen fem, selv-evaluering. Det er viktig å gjøre nøye vurderinger av hvordan missing-data skal håndteres, da dette har betydning for resultater i videre analyser. Stort antall enheter med missing-verdier kan dessuten redusere statistisk validitet og ytre validitet. Det fins ikke konkrete retningslinjer for hvor mange missing-verdier som kan godtas, men det er ønskelig å utnytte informasjon fra flest mulig enheter. Å inkludere enheter som har fra, og over, 40% missing-verdier må man blant annet begrunne ut fra hvor mange enheter dette gjelder, antall påstander i spørreskjemaet (Christophersen, 2006).

Dataanalysen viste at av 84 respondenter var det 53 (63%) som fullførte spørreskjemaet, mens 31 (37%) ikke fullførte. Av de 31 som ikke fullførte, var det 18 respondenter som hadde en svarprosent på under 56%, disse ble ikke inkludert videre i analysen, og regnes som frafallet. Det er fordi jeg mener at det er litt for lite informasjon å hente ut fra disse respondentene. Antall gjenstående spørsmål som de ikke besvart utgjør for stor usikkerhet til at det kunne tas

med videre i analysen (Christophersen, 2006). Det nye antallet respondenter som inkluderes videre i analysen er 66 av 202 sykepleiere som fikk forespørselen, dette betyr at den nye svarprosenten er 32%.

Cronbach's alpha analyse ble utført for å vurdere hvor pålitelig instrumentet er. Hensikten var å undersøke i hvilken grad påstandene samvarierer i forhold til hverandre. Cronbach's alpha analyse brukes som oftest til å måle indre konsistens mellom variabler for å se i hvilken grad de korrelerer med hverandre. Resultatene fra analysen er gjerne oppgitt i alpha-koeffisient som går fra 0 til 1. Hvis det god konsistens i skårene vil alphaverdien være høy og går mot 1, hvis det derimot er liten eller ingen konsistens vil den ha en lav alphaverdi som går mot 0. En høy alphaverdi betyr at variablene måler samme egenskap, noe som indikerer god reliabilitet, i tillegg sier alphaverdien noe om nøyaktigheten av svarene man får fra undersøkelsen. Gode alphaverdier sier dessuten noe om at det ikke er innbyrdes konflikter i påstandene, og at disse påstandene tilhører inn under de komponentene som de ble satt i (Cohen, Manion, Morrison, & Bell, 2011; Polit & Beck, 2018). Dette er ønskelig i dette tilfellet, fordi vi vil forsikre at påstandene til hver dimensjon i spørreskjemaet skal måle det samme, slik at svarene fra påstandene skal kunne si noe om dimensjonen som de hører til.

I mitt arbeid valgte jeg å vurdere resultatene fra Cronbach's alpha test opp mot disse kriteriene:

- > 0.90 - meget høy reliabilitet
- 0.80-0.90 - høy reliabilitet
- 0.70-0.79 - reliabelt
- 0.60-0.69 - marginal reliabilitet
- < 0.60 - uakseptabel lav reliabilitet

(Cohen et al., 2011)

Det er anbefalt at alphaverdien bør ligge på omkring 0.70 og oppover for at reliabiliteten skal være tilfredsstillende (O'Donoghue, 2012; Tufte, 2018).

Når det gjelder dimensjonen om praksis-orientering ble det gjort et forsøk på å fjerne påstand 36, 37 og 38 for å se hvor mye alphakoeffisienten for hele dimensjonen økte i verdi. Dette fordi dimensjonen hadde en svak alphakoeffisient som ikke var innenfor et akseptabelt nivå (Cohen et al., 2011). De nevnte påstandene hadde en alphakoeffisient som var høyere enn den totale koeffisienten for dimensjonen. Resultatene etter fjerningen av disse påstandene viste at

koeffisientsverdien økte for hele dimensjonen fra .330 til .606. Det ble i tillegg forsøkt å fjerne påstand 33, da påstanden hadde en koeffisientsverdi på .613 etter fjerningen av de tre nevnte påstandene. Koeffisientsverdien for hele dimensjonen økte marginalt fra .606 til .610. Selv om det ble gjort et forsøk på å fjerne de nevnte påstandene for å øke alphaverdien til hele dimensjonen, har jeg valgt å inkludere dem videre i oppgaven.

Det ble ikke utført faktoranalyse for begrepsvalidering fordi studien ikke oppfyller kriteriene for å utføre testen. Blant annet var utvalgsstørrelsen i studien ikke stor nok til å utføre analysen. Det er anbefalt minst fem respondenter per variabel, og ikke mindre enn 100 respondenter per analyse. Studien har bare totalt 66 respondenter, dermed vil den ikke oppfylle disse kravene (Bryman & Cramer, 2005).

Til sist ble sumscore av variabler utført da det var relevant i denne undersøkelsen (Bryman & Cramer, 2005), fordi det gir oversikt over hovedtendensen i sykepleiernes forståelse av hver komponent i kulturell kompetanse. Alle påstandene til de fem komponentene i spørreskjemaet ble tatt med i summeringen. Det ble tatt gjennomsnitt av sumskåringen for hver skala. Resultatene presenteres i gjennomsnitt med 95% konfidensintervall (CI), standardavvik (SD), og variasjonsbredden som viser høyeste og laveste skår. SD vil vise hvordan enhetene samlet avviker fra gjennomsnittet, mens CI viser hvor sannsynlig gjennomsnittet ligger for utvalget innenfor intervallet pluss/minus 1,96 standardfeil av gjennomsnitt (Bryman & Cramer, 2005). Signifikant nivået ble satt til  $\rho=0,05$  (O'Donoghue, 2012).

### 3.6 Ivaretagelse av forskningsetikk

Forskningsetikk handler om normer, verdier, forskningsskikk i utførelsen av undersøkelser. Det er forskers retningslinjer som fører forskere i vurderingen om ny kunnskap vil komme til gode og ikke til skade for samfunn og/eller individ, om ny kunnskap er verdifullt eller ubrukelig, de viser forsker hva som er rett og galt og dermed hva som bør eller ikke bør gjøres (Olsson et al., 2003).

Det er viktig å ivareta konfidensialitet, taushetsplikt og anonymitet for de som deltar i forskningsprosjekt slik at de ikke kan gjenkjennes eller identifiseres (Olsson et al., 2003).



Utsendingen av spørreskjemaet ble gjort av avdelingslederne, dermed blir ingen personlige emailadresser til respondentene registrert hos meg. Dette bidrar til å bevare deres anonymitet. Det er ingen andre som har tilgang til datamaterialet.

Samtykket er et grunnleggende krav som må oppfylles i enhver forskningsundersøkelse (Olsson et al., 2003). I informasjonsskrivet til sykepleierne står det tydelig at ved å respondere på skjemaet vil det anses som samtykke til å delta i studien. Samtidig står det at de kan når som helst i prosjektet kan trekke samtykket tilbake.

Studien er søkt og godkjent av Fakultetets etikkomité (FEK) i UIA, referansekode MSG1431918. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), referansekode 620905.





## DEL 4

### RESULTATER

I dette kapitlet skal jeg presentere resultater fra analysene som ble gjort på bakgrunn av problemstillingen, og deskriptiv statistikk for utvalget og de enkelte spørsmålene.

#### 4.1 Demografiskinformasjoner om utvalget

Totalt deltok 66 av 202 sykepleiere som fikk forespørsel i studien, dette gir en svarprosent på 32 %. Antall kvinnelige sykepleiere utgjorde 61 av 66, hvilket tilsvarer 92%. Andelen av mannlige sykepleiere var 5 og utgjorde 8% av deltakerne.

Det var 12 (18%) som var i aldergruppen 21-30, 22 (33%) i aldergruppen 31-40. For aldergruppen 41-50 var antallet 14 (21%), og aldergruppen 51-60 har andelen på 16 (24%). Til sist var det kun 2 (3%) som var >60 år.

Når det gjaldt utdanningsnivå til sykepleierne, viste resultatet at over halvparten 51 (77%) hadde bachelorgrad, men 10 (15%) tok videreutdanning, 3 (4%) hadde mastergrad, og 2 (3%) hadde annet utdanningsnivå.

Over halvparten av respondentene hadde arbeidsstilling som sykepleier 41 (62%), 13 (19%) hadde arbeidsstilling som gruppeleder. 6 (9%) var leder med personalansvar. 4 (6%) hadde arbeidsstilling som fagsykepleier.

Resultatet viste at de fleste har lang praksiserfaring, de fleste av sykepleierne 43 (65%) har over 10 år med praksiserfaring, men 13 (19%) har 5-10 år praksiserfaring. Andelen som har praksiserfaring under 1 år og andelen som har praksiserfaring på 3-4 år var like 2 (3%), men 6 (9%) har praksiserfaring mellom 1-2 år.

Oppsummering av bakgrunnsopplysninger om utvalget presenteres i tabell 1 nedenfor.



Tabell 1: Karakteristiske trekk ved respondentene (n=66)

Karakteristiske	n	(%)	Karakteristiske	n	(%)
<b>Kjønn</b>			<b>Nåværende rolle/stilling</b>		
Mann	5	8	Sykepleier	41	65
Kvinne	61	92	Gruppeleder	13	19
<b>Alder</b>			Leder med personalansvar	6	9
21-30	12	18	Fagsykepleier	4	6
31-40	22	33	Spesialsykepleier	1	1
41-50	14	21	Annet (teamkoordinator)	1	1
51-60	16	24	<b>Praksiserfaring – antall år</b>		
> 60	2	3	1. <1 år	2	3
<b>Høyeste grad av utdanning</b>			2. 1-2 år	6	9
Bachelor	51	73	3. 3-4 år	2	3
Videreutdanning	10	15	4. 5-10 år	13	19
Mastergrad	3	4	5. >10 år	43	65
PHD	-	-			
Annet (vennligst spesifiser)	2	3			

## 4.2 Resultater av Cronbach's alpha analyse

For å vurdere hvor pålitelig instrumentet er har det blitt utført reliabilitetsanalyser for å undersøke i hvilken grad spørsmålene korrelerer med hverandre. Analysen er utført for hver enkelt påstand i skjemaet.

Resultater fra analysen viser at koeffisienten for hele dimensjonen om kulturell bevissthet og sensitivitet var .636 (11 påstander). Koeffisientsverdien var ikke særlig høy, men innenfor et akseptabelt område (Cohen et al., 2011). For dimensjonen om kulturell holdning var koeffisientsverdien .760 (16 påstander), og var innenfor et akseptabelt nivå (Cohen et al., 2011). Koeffisienten for dimensjonen om personsentrert kommunikasjon var .720 (16 påstander). Koeffisientsverdien viser en akseptabel reliabilitet når man vurderer det opp mot kriteriene som nevnt i dataanalysekapittelet (Cohen et al., 2011). For dimensjonen om selv-evaluering var koeffisienten for hele dimensjonen .825 (9 påstander). Koeffisientsverdien viser en høy reliabilitet når man vurderer det opp mot kriteriene som nevnt i dataanalysekapittelet (Cohen et al., 2011).

Dimensjonen om praksis-orientering hadde det svakeste resultatet. Koeffisienten for hele dimensjonen var .330 (9 påstander). Koeffisientsverdien var veldig lav og er ikke innenfor et akseptabelt nivå (Cohen et al., 2011). Etter et forsøk på å fjerne påstand 33, 36, 37 og 38 for å se hvor mye alphakoeffisienten for hele dimensjonen økte i verdi, viste resultatet at ved fjerningen av påstand 36, 37 og 38 en økning av alphakoeffisienten for hele dimensjonen, der alphakoeffisienten ligger innenfor et akseptabelt nivå, men at ved fjerning av påstand 33 observerte man ikke særlig økning i alphaverdien for dimensjonen sammenlagt.

Tabell 2: Oversikt over resultatene fra Cronbach's alpha testene av de fem dimensjonene.

Dimensjon	Cronbach's – $\alpha$ verdi
Kulturell bevissthet og sensitivitet	.636
Kulturell holdning	.760
Personsentrert kommunikasjon	.720
Praksis-orientering	.330
Selv-evaluering	.825

### 4.3 Gjennomsnittet av sumskårene for dimensjonene i spørreskjemaet

Resultater fra analysene viser at alle dimensjonene har noen missing-verdier. Dimensjon 1, 2 og 3 har alle fullførte besvarelser, men skala 4 og 5, derav skala 5, har flest kritiske mangler og færrest fullførte besvarelser. Totalt kan sumskårene for dimensjonene variere fra 45 til 225. Gjennomsnittsverdiene i kan i prinsippet variere fra 1 til 5 for skalaen 1, 2, 4 og 5, men dimensjon 3 kan variere fra 1 til 4. Stigende gjennomsnittsverdi betyr økende grad av enighet. Det er viktig at gjennomsnittstallene leses i sammenheng med svarfordelingen, da viktige nyanser kan skjule seg bak den forenklingen kun ett enkelt tall gir.

Kommentarene for dimensjon 1, 2, 4 og 5 har svarprosent og antall for “Helt enig / Enig” og “Uenig / Sterkt uenig” blitt satt sammen for å tydeliggjøre tendensene i svarene. “Verken enig eller uenig” oppfattes som et relativt nøytralt svar. På samme måte har dette blitt gjort med dimensjon 3, der svarprosent for “Ofte / Veldig ofte” og “Sjelden / Aldri” har blitt satt sammen i kommentarene.

#### *Gjennomsnittet av sumskårene for dimensjonen om kulturell bevissthet og sensitivitet*

Total sumskåre for denne dimensjonen kan i prinsippet variere fra 11, som er den laveste sumskåren, til 55 som er den høyeste sumskåren. Desto høyere sumskårepoeng som går mot 55, desto høyere grad av enigheten i påstandene. Resultater viser at utvalget hadde sumskåre som varierte fra 35, som er lavest sumskåre, til 52 som er den høyeste skåre, der antall respondenter var 66. Gjennomsnittskåren for dimensjonen var på 4,04 [CI 95%], SD 0,31.

I påstanden om at etnisk opprinnelse er den viktigste faktoren for å kunne bestemme en person sin kultur (påstand 1), viste svarene at 11 (16%) var helt enig / enig, men det var over dobbelt så mange, 27 (40%), som var uenig / sterk uenig om at etniske opprinnelse har den sentrale rollen i bestemmelsen av en person sin kultur. Andelen som besvarte verken enig eller uenig var 28 (42%). Gjennomsnittet var 3,24, SD 0,79.



Påstand 2 handler om stereotypier, der sykepleierne ble spurt om personer med felles kulturell bakgrunn tenker og handler likt eller forskjellig. Halvparten 45 (68%) sa seg uenig, til sammenligning med et beskjedent antall som var enig, 4 (6%). 16 (24%) svarte verken enig eller uenig. Gjennomsnittet var 3,78, SD 0,78.

Når det gjelder påstand 3 om kultur har innvirkning på helse og helsetjenester, svarte hele 44 (82%) at de var enig om at kulturen påvirker helse og helsetjenester. Kun 4 (6%) var ikke enig, der 8 (12%) var verken enig eller uenig. Gjennomsnittet var 3,86, SD 0,80.

Hele 55 (83%) mente at aspekter ved kulturelt mangfold må vurderes for et hvert individ (påstand 4). Kun 1 (1%) ikke var enig, mens 10 (15%) var verken enig eller uenig. Gjennomsnittet var 4,13, SD 0,72.

Opptil 96,9% var ikke enig om at når de visste om en persons kultur, trenger de ikke å vurdere personens personlige preferanser for helsetjenester (påstand 5). Kun 1 (1%) som svarte enig, og 1 (1%) var verken enig eller uenig. Gjennomsnittet var 4,29, SD 0,58.

Påstand 7 handler om hvorvidt enkeltmennesker kan identifisere seg med flere kulturer. Der var så mange som 57 (86%) enig, sett opp mot kun 1 (1%) som ikke var enig. 8 (12%) var verken enig eller uenig. Gjennomsnittet var 4,16, SD 0,69.

Hele 64 (98%) var enig i at folk fra ulike kulturer kan definere begrepet helsetjenester på forskjellige måter (påstand 9), men ingen av respondentene var uenige. 1 (1%) var verken enig eller uenig. Gjennomsnittet var 4,27, SD 0,48.

Påstand 10 om at å ha kjennskap til ulike kulturer bidrar til å styre deres arbeid med enkeltpersoner og familier, har nesten samme svarprosent og fordeling som påstand 9. 64 (95%) mente at de var enige, mens 3 (4%) var verken enig eller uenig. Man registrerte ikke noen som svarte uenig. Gjennomsnittet var 4,26, SD 0,54.

Tabellen 3: Oppsummering av frekvensfordelingen av svarene for de enkelte påstander i dimensjonen.

	Helt enig n (%)	4 n (%)	3 n (%)	2 N (%)	sterk uenig N (%)	sum %	mean (SD)	Antall svar
<b>Q1.</b> Etnisk opprinnelse er den viktigste faktoren for å kunne bestemme en persons kultur	1 (1,5)	10 (15,2)	28 (42,4)	26 (39,4)	1 (1,5)	100	3,24 (0,79)	66
<b>Q2.</b> Personer med en felles kulturell bakgrunn tenker og handler likt	-	4 (6,1)	16 (24,2)	35 (53,0)	10 (15,2)	98,5	3,78 (0,78)	65
<b>Q3.</b> Kultur har innvirkning på helse og helsetjenester	9 (13,6)	45 (68,2)	8 (12,1)	2 (3,0)	2 (3,0)	100	3,86 (0,80)	66
<b>Q4.</b> Aspekter ved kulturelt mangfold må vurderes for hvert individ	21 (31,8)	34 (51,5)	10 (15,2)	1 (1,5)	-	100	4,13 (0,72)	66
<b>Q5.</b> Hvis jeg vet om en persons kultur, trenger jeg ikke å vurdere personens personlige preferanser for helsetjenester	-	1 (1,5)	1 (1,5)	42 (63,6)	22 (33,3)	100	4,29 (0,58)	66
<b>Q6.</b> Åndelig, eksistensielle og kulturelle oppfatninger har betydning for mange kulturelle grupper.	16 (24,2)	45 (68,2)	4 (6,1)	-	-	98,5	4,18 (0,53)	65
<b>Q7.</b> Enkeltmennesker kan identifisere seg med flere kulturer	21 (31,8)	36 (54,5)	8 (12,1)	1 (1,5)	-	100	4,16 (0,69)	66
<b>Q8.</b> Språkbarrierer er den eneste utfordringen for nyankomne innvandrere til Norge	-	-	2 (3,0)	40 (60,6)	24 (36,4)	100	4,33 (0,54)	66
<b>Q9.</b> Jeg forstår at folk fra ulike kulturer kan definere begrepet helsetjenester på forskjellige måter	19 (28,8)	46 (69,7)	1 (1,5)	-	-	100	4,27 (0,48)	66
<b>Q10.</b> Jeg tror at det å ha kjennskap til ulike kulturer bidrar til å styre arbeidet mitt med enkeltpersoner og familier	20 (30,3)	43 (65,2)	3 (4,5)	-	-	100	4,26 (0,54)	66
<b>Q11.</b> Jeg liker å jobbe med folk som har en annen kulturell bakgrunn enn meg	14 (21,2)	31 (47,0)	19 (28,8)	1 (1,5)	-	98,5	3,89 (0,75)	65



### *Gjennomsnittet av sumskårene for dimensjonen om kulturell holdning*

Total sum for kulturell holdning kan variere fra 16 til 80, hvorav 16 er den laveste skår, og betyr sterkt uenig, og 80 er den høyeste skår som betyr helt enig. Resultatene viser at sumskårene for denne dimensjonen varierer fra 48, som laveste, til 74 som høyeste skår, der antall respondenter er 66. Gjennomsnittet av sumskårene var 3,76 [CI 95%], SD 0,28.

Under påstand 12, 13, 14, 15, 16 og 17, som handler blant annet om å søke etter informasjon om pasientkultur med betydning for helse og omsorg, svarte et høyere antall at de var enig enn uenig. Se tabell 4. Svarfordelingen på påstanden 14 skiller seg imidlertid ut fra de forutnevnte påstandene. Her svarte 33 (50%) at de ikke er enig i at de har ressursbøker, fagbøker og annet materiell tilgjengelig for å hjelpe dem å lære om brukere og pårørende fra forskjellige kulturer. 12 (18%) var enige. 21 (31%) var verken enige eller uenige. Gjennomsnittet var 2,64, SD 0,83.

Ved utspørring om man unngår å plassere mennesker i grupper for ikke å lage stereotyper (påstand 18), mente 47 (86%) at de var enige i sammenlignet med 2 (3%) som ikke var enige. 7 (10%) var verken enig eller uenig. Gjennomsnittet var 3,97, SD 0,61.

Påstand 19, hvor de ble spurt om de gjenkjenner mulige utfordringer for hjemmetjenesten som mennesker kan støte på, svarte 58 (88%) at de var enige, mens ingen svarte uenig. 7 (11%) svarte verken enig eller uenig. Gjennomsnittet var 4,00, SD 0,47.

Når sykepleierne ble spurt om de løste utfordringer knyttet til kultur og om de fant måter å tilpasse brukertjenester og pårørende sine preferanser (påstand 21 og 24), svarte over halvparten 51 (77%) for påstand 21, og 59 (89%) for påstand 24, at de var enig. Det ble ikke registrert noen som svarte uenig. Resten svarte verken enig eller uenig, 15 (22%) for påstand 21, og 6 (9%) for påstand 24.

Nesten alle, 61 (92%), svarte at de gjerne tar imot tilbakemeldinger fra brukere, pårørende (påstand 22) og kollegaer (påstand 23) om hvordan de forholder seg til medmennesker fra forskjellige kulturer. 5 (7%) var verken enig eller uenig. Ingen svarte uenig. Dette gjelder for begge påstandene. Gjennomsnittet var 4,15, SD 0,53 (påstand 22), 4,14 SD 0,52 (påstand 23).

Tabell 4: Oppsummering av frekvensfordelingen av svarene for enkelte påstander i dimensjonen.

	Helt enig N(%)	4 N (%)	3 N (%)	2 N (%)	Sterk uenig N(%)	sum %	Mean (SD)	antall svar
<b>Q12.</b> Jeg inkluderer spørsmål om kultur når jeg gjør en kartlegging av brukers situasjon og hjelpebehov.	5 (7,6)	26 (39,4)	31 (47,0)	4 (6,1)	-	100	3,48 (0,73)	66
<b>Q13.</b> Jeg søker informasjon om kulturelle behov når jeg gjør meg kjent med nye brukere	2 (3,0)	34 (51,1)	26 (39,4)	4 (6,1)	-	100	3,52 (0,66)	66
<b>Q14.</b> Jeg har ressursbøker, fagbøker og annet materiell tilgjengelig for å hjelpe meg å lære om brukere og pårørende fra forskjellige kulturer	-	12 (18,2)	21 (31,8)	30 (45,5)	3 (4,5)	100	2,64 (0,83)	66
<b>Q15.</b> Jeg benytter ulike kilder for å lære om andre menneskers kulturarv	1 (1,5)	28 (42,4)	24 (36,4)	12 (18,2)	-	98,5	3,28 (0,78)	65
<b>Q16.</b> Jeg ber brukere og pårørende om å fortelle meg om deres egne oppfatninger på helse og sykdom	2 (3,0)	49 (74,2)	13 (19,7)	2 (3,0)	-	100	3,77 (0,55)	66
<b>Q17.</b> Jeg ber brukere og pårørende fortelle om deres forventninger til helsetjenestene	8 (12,1)	46 (69,7)	10 (15,2)	1 (1,5)	-	98,5	3,94 (0,58)	65
<b>Q18.</b> Jeg unngår å plassere mennesker i grupper for ikke å lage stereotyper	9 (13,6)	48 (72,7)	7 (10,6)	2 (3,0)	-	100	3,97 (0,61)	66
<b>Q19.</b> Jeg gjenkjenner mulige utfordringer for hjelpen fra hjemmetjenesten som ulike mennesker kan støte på.	7 (10,6)	51 (77,3)	7 (10,6)	-	-	98,5	4,00 (0,47)	65
<b>Q20.</b> Når jeg oppdager en utfordring knyttet til kultur i møte med brukere, prøver jeg å finne en løsning på dette.	9 (13,6)	53 (80,3)	4 (6,1)	-	-	100	4,07 (0,44)	66
<b>Q21.</b> Når bruker eller pårørende gjør meg oppmerksom på utfordringer knyttet til kultur løser jeg dette.	6 (9,1)	45 (68,2)	15 (22,7)	-	-	100	3,86 (0,55)	66



	Helt Svar N%	4 N%	3 N%	2 N%	Sterkt uenig N%	Sum %	Mean (SD)	Antall svar
<b>Q22.</b> Jeg tar gjerne imot tilbakemeldinger fra brukere og pårørende om hvordan jeg forholder meg til andre med ulik kulturbakgrunn.	15 (22,7)	46 (69,7)	5 (7,6)	-	-	100	4,15 (0,53)	66
<b>Q23.</b> Jeg tar gjerne imot tilbakemeldinger fra kollegaer om hvordan jeg forholder meg til andre fra forskjellige kulturer.	14 (21,2)	47 (71,2)	5 (7,6)	-	-	100	4,14 (0,52)	66
<b>Q24.</b> Jeg finner måter å tilpasse tjenestene mine til mine brukere og pårørendes preferanser.	8 (12,1)	51 (77,3)	6 (9,1)	-	-	98,5	4,03 (0,47)	65
<b>Q25.</b> Jeg dokumenterer kulturelle vurderinger	3 (4,5)	30 (45,5)	30 (45,5)	3 (4,5)	-	100	3,50 (0,66)	66
<b>Q26.</b> Jeg dokumenterer tilpasningene jeg gjør med brukere og deres pårørende	6 (9,1)	43 (65,2)	14 (21,2)	2 (3,0)	-	98,5	3,82 (0,63)	65
<b>Q27.</b> Jeg lærer av mine kolleger om mennesker med ulik kulturell bakgrunn	9 (13,3)	49 (74,2)	4 (6,1)	2 (3,0)	1 (1,5)	98,5	3,97 (0,68)	65

### *Gjennomsnittet av sumskårene for dimensjonen om personsentert kommunikasjon*

Sumskårene for denne dimensjonen kan variere fra 3 til 12, der et høyt tall opp mot 12 indikerer pasienter og pårørende som oftere inkluderes i avgjørelser. Et lavt tall ned mot 3 tyder på liten eller ingen inklusjon av verken pasient og/eller pårørende i avgjørelser. Analysen viser at sumskårene for denne dimensjonen varierer fra 3, som er lavest, til 12, som er den høyeste, der antall respondenter er 66. Resultatet viste et gjennomsnitt på 2,85 [CI 95%], SD 0,47. Litt over halvparten 57,5% mente at de ofte eller veldig ofte inkluderer pasienter i diskusjon og valg av behandling. 42,5% mente at de sjelden eller aldri inkluderer pasienter i en slik samtale.

Påstand 28 og 29 hadde nesten samme svarprosentfordeling, 55 (83%) svarte at de ofte gir bruker og deres pårørende mulighet til å velge og ha kontroll over behandlingen. 11 (16%) for påstand 28, og 9 (13%) for påstand 29, mente at de sjelden eller aldri gir slike muligheter til deres brukere og pårørende.

Det var liten forskjell i antallet mellom respondentene som mente at de ofte, 35 (53%), spør pasienter og deres pårørende om å ta ansvar for deres behandling der det finnes mangefoldige behandlingsalternativer, versus respondentene som mente at de sjelden eller aldri, 27 (40%), gjør dette. Gjennomsnittet var 2,61, SD 0,64.

Tabell 5: Oppsummering av frekvensfordelingen av svarene for de tre påstandene i dimensjonen

	Veldig ofte N(%)	Ofte N (%)	Sjelden N (%)	Aldri N (%)	Sum %	Mean (SD)	Antall svar
<b>Q28.</b> Det finnes mange behandlingsalternativer. Hvor ofte gir du bruker og deres pårørende anledning til å velge når en beslutning skal taes?	11 (16,7)	44 (66,7)	10 (15,2)	1 (1,5)	100	2,98 (0,62)	66
<b>Q29.</b> Det finnes mange behandlingsalternativer. Hvor ofte gjør du en innsats for å gi bruker og pårørende kontroll over behandlingen?	5 (7,6)	50 (75,8)	8 (12,1)	1 (1,5)	97,0	2,92 (0,51)	64
<b>Q30.</b> Når det er mange behandlingsalternativer, hvor ofte spør du pasienten og deres familie om å ta ansvar for deres behandling?	4 (6,1)	31 (47,0)	26 (39,4)	1 (1,5)	93,9	2,61 (0,64)	62

### *Gjennomsnittet av sumskårene for dimensjonen om praksis-orientering*

Total sumskår for denne dimensjonen kan variere fra 9 til 45, der lave tall ned mot 9 indikerer uenig eller sterk uenighet med påstandene. Høye tall opp mot 45 gir indikasjon på enighet med påstandene. Analysen viser at sumskårene varierer fra 27, som er lavest, til 40 som høyeste, der antall respondenter er 65. Gjennomsnittet av sumskårene var 3,57 [CI 95%], SD 0,33.



Når de ble spurt om det er helsepersonellet som er den som bør få bestemme hva som blir snakket om i besøket (påstanden 31), svarte 40 (60%) at de var uenig. Det ble registrert noen som svarte enig 4 (6%), men en god del 21 (31%) var verken enig eller uenig.

For påstanden 32 som handler om at pasientene ikke trenger å vite alt om sin helsetilstand svarte over halvparten 52 (78%) at de var uenig, men 1 (1%) svarte helt enig, der resten 12 (18%) svarte verken enig eller uenig.

Tilsvarende svarmønster ble registrert for påstand 33, hvor de ble spurt om pasientene bør stole helt på helsepersonellet og ikke forsøke å finne ut om sin egen helsetilstanden på egenhånd. Her svarte 35 (53%) at de var uenig. Det ble registrert noen som svarte enig 5 (7%), men en god del 23 (34%) var verken enig eller uenig.

Det var ikke store skiller mellom de som var enige, 30,3% (n=20), og de som ikke var enige, 37,8% (n=25) om at bruker og deres pårørende bør behandles som om de er kollegaer med hjemmesykepleier, like i makt og status (påstand 36). 25,8% (n=17) svarte verken enig eller uenig. Gjennomsnittet var 2,92, SD 1,01. Standardavviket noe høyere hvis en sammenligner med de andre påstandene i dimensjonen.

Når det gjelder påstand 39, svarte 78,8% (n=52) uenig i at det er ikke så viktig å kjenne brukeren og pårørende sin hjemkultur og bakgrunn for å kunne behandle brukeren sin sykdom, til sammenligning med 3% (n=2) som var enige. 13,6% (n=9) var verken enig eller uenig med påstanden. Gjennomsnittet var 3,89, SD 0,60.

Tabell 6: Oppsummering av frekvensfordelingen av svarene for enkelte påstander i dimensjonen

	helt enig N (%)	4 N (%)	3 N (%)	2 N (%)	sterk uenig N (%)	sum %	mean (SD)	antall svar
<b>Q31.</b> Helsepersonellet bør bestemme hva som blir snakket om under et besøk	-	4 (6,1)	21 (31,8)	38 (57,6)	2 (3,0)	98,5	3,58 (0,66)	65
<b>Q32.</b> Det er ofte best for bruker og pårørende at de ikke har en fullstendig forklaring på brukers medisinske tilstand	1 (1,5)	-	12 (18,2)	28 (42,4)	24 (36,4)	98,5	4,14 (0,83)	65
<b>Q33.</b> Bruker og deres pårørende bør stole på hjemmesykepleiers kunnskap og ikke prøve å finne ut om brukerens tilstand på egenhånd	2 (3,0)	3 (4,5)	23 (34,8)	30 (45,5)	5 (7,6)	95,5	3,52 (0,84)	63
<b>Q34.</b> Når helsepersonell stiller mange spørsmål om en bruker og hans/hennes familiebakgrunn, blander de seg for mye inn i personlige forhold	-	-	25 (37,9)	34 (51,5)	4 (6,1)	95,5	3,67 (0,60)	63
<b>Q35.</b> Hvis helsepersonellet er svært dyktige når det gjelder diagnose og behandling, er det ikke så viktig hvordan de forholder seg til bruker og deres pårørende	-	-	1 (1,5)	28 (42,4)	35 (53,0)	97,0	4,53 (0,53)	64
<b>Q36.</b> Bruker og deres pårørende bør behandles som om de er kollegaer med hjemmesykepleier, like i makt og status	3 (4,5)	17 (25,8)	17 (25,8)	22 (33,3)	3 (4,5)	93,9	2,92 (1,01)	62
<b>Q37.</b> Når bruker og hans/hennes familie er uenige med hjemmesykepleier, er dette et tegn på at hjemmesykepleieren ikke har deres respekt og tillit	-	-	13 (19,7)	45 (68,2)	5 (7,6)	95,5	2,13 (0,52)	63
<b>Q38.</b> En pleieplan/tiltaksplan kan ikke lykkes hvis den står i konflikt med brukerens og pårørendes verdier og livsstil.	10 (15,2)	39 (59,1)	9 (13,6)	4 (6,1)	1 (1,5)	95,5	3,84 (0,83)	63
<b>Q39.</b> Det er ikke så viktig å kjenne brukerens og pårørendes kultur og bakgrunn for å behandle brukerens sykdom	-	2 (3,0)	9 (13,6)	46 (69,7)	6 (9,1)	95,5	3,89 (0,60)	63



### *Gjennomsnittet av sumskårene for dimensjonen om selv-evaluering*

Sumskåre for denne dimensjonen varierer mellom 9 til 45, som i dimensjon 4. Lave tall ned mot 9 indikerer uenig eller sterkt uenig med påstandene. Høye tall opp mot 45 gir en indikasjon på enighet med påstandene. Analysen viser at sumskårene har en variasjon på 32 som er den laveste, til 44, som er den høyeste, der antall respondenter er 61. Analysen viser en total gjennomsnittsverdi på 4,25 [CI 95%], SD 0,34.

Svarmønstret for påstandene i denne dimensjonen har en forholdsvis lik fordeling. For eksempel har påstand 41 et likt mønster som for påstand 42, der 59 (89%) og 60 (90%) i rekkefølge, var enig med at som helsepersonell har en mulighet til å fremme et vennlig miljø for sine brukere og deres pårørende. Ingen svarte uenig, men 2 (3%) påstand 41, 1 (1%) på påstand 42 var verken enig eller uenig.

Alle svarte enige 92,4% (n=61) med at de forsøker å vise stor respekt for brukerne og deres pårørende (påstand 43). Man registrerte ingen som svarte uenig, eller verken enig eller uenig. Gjennomsnittet var 4,51, SD 0,50.

Alle svarte enig, 92,4% (n=61) med at bruken av gode mellommenneskelige ferdigheter er svært viktig i arbeidet med bruker og de pårørende (påstand 48). Ingen svarte uenig, eller verken enig eller uenig. Gjennomsnittet var 4,62, SD 0,49.

Tabell 7: Oppsummering av frekvensfordelingen av svarene for enkelte påstander i dimensjonen

	Helt enig N (%)	4 N (%)	3 N (%)	2 N (%)	Sterk uenig N (%)	Sum %	Mean (SD)	Antall svar
<b>Q40.</b> Som helsepersonell forstår jeg hvordan man reduserer kommunikasjonsbarrierer med brukere og deres pårørende	- -	36 (54,5)	21 (31,8)	3 (4,5)	1 (1,5)	92,4	3,51 (0,67)	61
<b>Q41.</b> Jeg har en positiv kommunikasjonsform med brukere og pårørende	11 (16,7)	48 (72,7)	2 (3,0) -	- -	- -	92,4	4,15 (0,44)	61
<b>Q42.</b> Som helsepersonell har jeg mulighet til å fremme et vennlig miljø for mine brukere og deres pårørende	15 (22,7)	45 (68,2)	1 (1,5) -	- -	- -	92,4	4,23 (0,46)	61
<b>Q43.</b> Jeg forsøker å vise stor respekt for brukerne og deres pårørende	31 (47,0)	30 (45,4)	- -	- -	- -	92,4	4,51 (0,50)	61
<b>Q44.</b> Som sykepleier vurderer jeg alltid mine ferdigheter når jeg jobber med ulike brukere og deres pårørende	21 (31,8)	36 (54,5)	4 (6,1) -	- -	- -	92,4	4,28 (0,58)	61
<b>Q45.</b> Jeg forsøker å etablere et genuint tillitsforhold til mine brukere og deres pårørende	20 (30,3)	39 (59,1)	2 (3,0) -	- -	- -	92,4	4,30 (0,53)	61
<b>Q46.</b> Jeg gjør mitt ytterste for å forstå de unike forholdene til hver bruker og deres pårørende	17 (25,8)	41 (62,1)	3 (4,5) -	- -	- -	92,4	4,23 (0,53)	61
<b>Q47.</b> Jeg verdsetter livserfaringene til hver enkelt av mine brukere og deres pårørende	26 (39,4)	34 (51,5)	1 (1,5) -	- -	- -	92,4	4,41 (0,53)	61
<b>Q48.</b> Bruken av gode mellommenneskelige ferdigheter er svært viktig i arbeidet med min bruker og de pårørende	38 (57,6)	23 (34,8)	- -	- -	- -	92,4	4,62 (0,49)	61



## DEL 5

### DISKUSJON

Jeg har valgt å drøfte hovedfunnene basert på de fem dimensjonene fra spørreskjemaet, og som jeg mener kan bidra til besvarelsen av min problemstilling.

**Hvilken kulturell kompetanse har sykepleier i hjemmetjenesten i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn?**

#### 5.1 Hvilke forståelser har sykepleierne om kulturell bevissthet og sensitivitet?

Ulike kulturer har ulike verdier, kunnskaper og oppfattelser som uttrykkes i menneskenes holdninger og adferd (Bøhn & Dypedahl, 2009; Båtnes & Egden, 2012; Eriksen, 1997). Det er viktig at sykepleiere har et bevisst og sensitivt forhold til minoritetspasientenes kultur, fremhever sin aksept av og respekt for kulturelle forskjeller, og viser åpenhet for kulturelle møter og tilpasning av omsorg for å være kongruent med pasientenes kultur (Purnell, 2002). Funnene fra studien viser at sykepleierne har en relativt høy gjennomsnittsskåre for å være bevisst og sensitiv på kulturelle faktorer og behov. Med en gjennomsnittsskåre på 4,04 [CI 95%], SD 0,31, kan det tolkes som et godt tegn på at sykepleierne viser at de er oppmerksomme på likheter og ulikheter mellom kulturer i møte med minoritetspasienter. Det er viktig for hjemmesykepleierne, men også for pasientene og pårørende, å være åpne for hverandres kulturer. På denne måten kan det bidra til å gjøre det lettere for hjemmesykepleierne å vurdere og igangsette behandlings- og helsetiltak som kan aksepteres av begge partene (Holland & Hogg, 2001; Magelssen, 2008).

Kultur kan beskrives som rigid, stabilt, og som noe man ønsker ivaretatt videre. I vår tidsalder med internett, mobil og andre kommunikasjonskanaler, blir muligheten til å videreføre kultur stadig bedre. Migranter kan f. eks abonnere på TV-kanaler fra sitt hjemland, eller ha jevnlig kontakt per telefon, eller via «skype» med familie og bekjente. I tillegg har vi netthandel som



åpner for muligheten til innkjøp av gjenstander som symboliserer den aktuelle kultur. Når en stadig får påminnelser i form av lyd og bilde vedrørende sin egen kultur, tillates det lettere å bevare samt videreføre den personlige kulturarv (Båtnes & Egden, 2012). Hvis vi setter kultur inn i denne kontekst, er det ikke urimelig å si at den aktuelle pasient kan ta med seg sin kultur til en hver plass, og at det da videre kan være på sin plass å be om tilrettelegging slik at kulturtradisjoner også kan ivaretas i pasientens nye hjem. Det er viktig at sykepleierne reflekterer over at minoritetspasientene, i likhet med de selv, også har en kulturell bakgrunn som verdsettes og ønskes videreført.

Funnene indikerer i tillegg at sykepleierne viser god forståelse for at kultur påvirker helse og bruken av helsetjenester. F. eks i påstand 3 og 9, der sykepleierne ble spurt om kultur har en innvirkning på hvordan pasienter oppfatter helse- og omsorgstjenester, svarte 54 (82%) i påstand 3, og 65 (99%) i påstand 9, at de var enig. Kultur er en avgjørende faktor når det kommer til hvordan mennesker tar avgjørelser for egen helse og omsorg, og for hvordan vi oppsøker helsetjenester (Kersey-Matusiak, 2015; Walker & Barnett, 2007). En studie utført i Afrika avdekket hvordan kultur legger grunnlag for hvordan blant annet gravide kvinner søker og benytter seg av helsetjenester. De fleste av kvinnene oppsøkte eldre i landsbyen for svangerskapsråd og øvrige helsetips før de eventuelt henvendte seg til de lokale helsetjenester (Roberts et al., 2017).

Samstemte svarmønstre for påstand 5 og 7 kan indikere at sykepleierne har en god forståelse for at minoritetspasienter fra ett og samme samfunn kan ha ulike kulturelle verdier i form av religion, kjønn, generasjon, og sosial klasse. Bøhn og Dypedahl mener at et hvert individ som eksisterer innenfor en samfunnkultur også tilhører delkulturer som f. esk yrkeskultur og religion kultur (Bøhn & Dypedahl, 2009). Det er dermed fullt mulig for medlemmer i ett og samme samfunn å ha forskjellige kulturelle variasjoner (Eriksen & Sajjad, 2015). Ann-Kristin Fjørtoft sier noe lignende i sin henvendelse til hjemmesykepleiere, og oppfordrer til å være oppmerksom på akkurat dette ved hjemmebesøk hos pasienter. Hun sier at: *“hvert nytt hjem representerer et møte med en ny kultur, og hver ny bruker må få fremstå som den personen han eller hun er, og ikke bare som en representant for sin kultur.”* (Fjørtoft, 2016, p. 96).



## 5.2 Hvilken forståelse har sykepleierne om kulturell holdning?

Resultatene viste at sykepleierne hadde en gjennomsnittskår på 3,76 i kulturell holdning, der gjennomsnittet ligger omkring 3, og kan bety at respondentene var verken enig eller uenig om å skaffe kulturell informasjon og kunnskap som kan bidra til å øke deres forståelse for pasienten sitt kulturelle behov og preferanse. I følge forutnevnte teorier, fremstår det som at sykepleiers erfaringer med å skaffe seg kulturell kompetanse er et viktig element i møte med minoritetspasienter. Kunnskap om ulike kulturelle og etniske grupper, blant annet om pasientenes historiske, geografiske og sosiokulturelle bakgrunn, og om forskjellige oppfatninger om helse og sykdom og hvordan de påvirker atferd, kan bidra til å ivareta pasientenes kulturelle behov i vurderingen og tilretteleggingen (Campinha-Bacote, 2002, 2011a; Debesay & Tschudi-Madsen, 2018).

Det er viktig å ha kunnskap om de ulike etniske minoritetene og deres helserisiko samt livsstil, da det kan bidra til riktig fordeling og planlegging av framtidens helsetjenester i tillegg til prioritering av ressursbruken (Viken & Kumar, 2010). Et eksempel på ulike helserisiko hos ulike folkegrupper, er en studie som ble utført i Norge i 2018 som viser at det er etniske forskjeller relatert til vekt hos barn mellom 4 og 5 år. Funnene fra studien viser at barn fra Midtøsten og Nord-Afrika har nesten dobbelt så høy risiko for overvekt sammenlignet med barn fra Europa til sammenligning. Barn med Sør-Asiatisk bakgrunn har derimot en dobbelt så høy risiko for undervekt sammenlignet med barn fra Europa (Toftemo et al., 2018). Slik informasjon og kunnskap er verdt å innhente da dette kan bidra til å foreta riktig valg av ressursbruk, men også for å forebygge fremtidige konsekvenser som medfølger.

Skau mener en god fagperson bør utvikle alle de tre sidene (yrkesspesifikke ferdigheter, teoretisk kunnskap, personlig kompetanse) av sin kompetanse i sin yrkesutøvelse. Dette for å holde en god etisk standard (Skau, 2017). Det betyr også at sykepleierne bør søke etter å få en kunnskapsbase om minoritetspasienters tro og kulturelle verdier knyttet til helse, forekomst og sykkelighet hos enkelte grupper, og effektivitet av behandling for enkelte grupper. Det vil kreves av sykepleierne at man setter seg inn i pasientenes virkelighetsoppfatning i et forsøk på å forstå hvordan pasienten oppfatter sin helsetilstand og sykdom, og for å forstå pasientenes handlinger. Pasient og pårørende er viktige informasjonskilder man bør nyttiggjøre seg av. Det å skaffe seg informasjon om den aktuelle pasientkultur og bakgrunn kan bidra til å øke forståelsen rundt deres problemer og behov (Campinha-Bacote, 2002, 2011a).



Da sykepleierne ble spurt om de unngikk å plassere mennesker i grupper for ikke å lage stereotypier, svarte 47 (86%) at de var enige. 2 (3%) var ikke var enige og 7 (10%) var verken enig eller uenig. Gjennomsnittet var 3,97, SD 0,61. Resultatene støttes av funn fra forskning der det ble funnet at helsepersonell kategoriserte minoritetspasientene, og at dette påvirket kvaliteten på sykepleiernes helsetjenester (Cooper et al., 2012; Fitzgerald & Hurst, 2017; Kouta C, 2016). I et flerkulturelt møte bør man ikke bare se på etnisitet som er den viktigste forklarende årsak til en persons handlinger, men i følge Eriksen og Sajjad bør hele personens kontekst tas med i betraktningen for å forstå personens handlinger. Ved å kun se på en person sin etniske bakgrunn kan det i mange tilfeller føre til at personen blir satt i en bestemt posisjon, og som vil låse dem i noe som hun/han kanskje ikke hører til i (Eriksen & Sajjad, 2015). Ut i fra påstanden til Eriksen og Sajjad, samt den forutnevnte forskningen, kan det tolkes slik at det er ønskelig at alle sykepleierne skulle ha svart at de unngår å plassere mennesker i grupper ut ifra etnisk bakgrunn. Resultatene fra undersøkelsen viste at to ikke var enig. Det er viktig å huske at dette ikke sier noe om de to sykepleierne som kategoriserer sine pasienter etter etnisitet, til tross for at de svarte uenig på påstanden. Det kan tas som et tegn på at området trenger mer undersøkning og fokusering, og eventuelt tiltak som kan bidra til å øke sykepleiernes kunnskap og oppmerksomhet vedrørende stereotypier. Et av tiltakene kan være søking etter kulturelle opplysninger om minoritetspasienter. Campinha-Bacote mener at man ved aktiv søking for kulturell informasjon, kan en på mange måter bidra til å øke kulturell kunnskap. Økt kulturell kunnskap kan videre hjelpe til med å redusere personlige antakelser, som ofte baseres på egne oppfatninger og normer, og som kan føre til en annen tolkning eller forventning til pasientens situasjon (Campinha-Bacote, 2002, 2011a).

Sykepleierne viser en god evne til åpenhet og til å ta imot tilbakemeldinger fra kolleger, pasienter og pårørende (påstand 22 og 23). De er i tillegg fleksible i henhold til å løse problemer av kulturell karakter, og til å tilpasse tjenester etter pasientenes behov (påstand 21 og 24). Ingen svarte uenig på disse påstandene. Skau (2017) mener at å ta imot, å være oppmerksom på samt å reflektere over tilbakemeldinger fra andre kan bidra til å videreutvikle den personlige kompetansen da dette bevisstgjør handlinger og deres reaksjoner i ulike situasjoner (Skau, 2017).

### 5.3 Hvilke forståelser har sykepleierne om personsentrert omsorg og kommunikasjon?

Jeg finner at sykepleierne var verken enig eller uenig i spørsmålet om personsentrert omsorg og kommunikasjon. Dimensjon 3 om personsentrert kommunikasjon skår 2,85, dimensjon 4 om praksisorientering har gjennomsnittskår på 3,57. Personsentrert kommunikasjon og omsorg er en av de overordnede mål i det norske helsevesenet. Der står det blant annet at alle befolkningsgrupper skal få likeverdige helsetjenester, og at pasienter har rett til å involveres og medvirke i enhver relatert helsebeslutning (Helse - Og, 2012). Ut ifra dette formålet kan det ligge en antakelse om at det er ønskelig å ha en høyere gjennomsnittskår på disse dimensjonene. Forskingen tilsier imidlertid at det er mange utfordringer tilknyttet praksisen av pasientsentrert omsorg (Fox & Reeves, 2015; Moore et al., 2017). Blant annet ble det trukket fram i studien om utfordringer som tradisjonell praksis og strukturer som ikke legger til rette for å utøve personsentrerte omsorg, samt skeptiske og stereotype holdninger fra helsepersonell (Moore et al., 2017).

Kan disse utfordringene brukes som en del av forklaringen på hvorfor skårene ikke er høyere for utvalget? I sykepleieutøvelsen innebærer personsentrert omsorg å imøtekomme pasienten som et aktivt og selvstendig individ, og med relasjoner og forankringer i omgivelsene. Pasienten anses som en person med full kapasitet til å ta autonome beslutninger, men dette forutsetter at de får informasjon, veiledning og utdanning omkring deres helsesituasjon, helsetjenester, personlige faktorer og andre forhold av betydning for helse og livskvalitet på kort eller lang sikt (Brataas, 2011; Meer et al., 2018). Informasjon og veiledning bør i tillegg tilpasses på et individuelt plan (Rademakers, Delnoij, Nijman, & de Boer, 2012). Det kreves nok mye innsats av sykepleierne i deres utøving av personsentrert omsorg. Et videre spørsmål er da om det er tilrettelagt som f. eks tid til rådighet, og eller om sykepleierne har kunnskapskapasitet til å utføre personsentrert omsorg og kommunikasjon?

Påstand 36, hvor sykepleierne ble spurt om brukere og deres pårørende bør behandles som om de er kollegaer med hjemmesykepleier, lik i makt og status, svarte 25 (37%) uenig mot 20 (30%) enig. Resten var verken enig eller uenig. I en pasient-sykepleierrelasjon, kan det være skjev maktfordeling mellom de to partene. Magelssen mener at i et pasient-sykepleierforhold, sitter som oftest makten hos sykepleierne. Forklaringen var at de har mer kunnskap om helse og omsorg, og dermed har større makt til å kunne si hvordan sykdom identifiseres, forstås og

behandles. Hun mener videre at minoritetspasienter kan føle seg mer avmaktet hvis de i tillegg ikke behersker majoritetsspråket (Magelssen, 2008).

Kan resultatet tolkes som at det forekommer en ubalanse av maktfordelingen mellom disse sykepleierne og pasientene? Ut i fra utvalgsstørrelsen og andre svakheter ved studien bør man være forsiktig med å trekke noe konklusjon. Det er imidlertid et poeng som kanskje er verdt å ta med. Det er at enkelte minoritetspasienter er mer vant til å forholde seg til helsepersonell som har en autoritær stil, og dermed er vant til å være den som ikke skal ta avgjørelser. Dette gir dem en opplevelse av helsepersonell som erfarne og kompetente (Debesay & Tschudi-Madsen, 2018). Hvis man ser ut fra dette perspektivet, kan man kanskje si at det enkelte ganger er mer riktig av sykepleierne å være autoritær overfor pasienter som foretrekker det, men at det for andre pasienter som ønsker å ha påvirkning i hvordan deres helsetjenester bør være, kanskje er mer riktig av hjemmesykepleierne å være mer partneraktig. Uavhengig av valget som foretas, bør det være individuelt tilpasset. Campinha-Bacote sa at sett fra personsentrert omsorg og kulturell kompetent omsorg, har disse forståelsene som felles mål, å behandle og å se hver pasient som et unikt individ med ulike behov. Å være kulturelt kompetent kan bidra til å legge til rette effektiv personsentrert omsorg (Campinha-Bacote, 2011b).

Til tross for at sykepleierne skåret lavt på personsentrert omsorg og kommunikasjon, skåret de høyt på hvordan de forholder seg til og behandler sine pasienter og pårørende. Med en gjennomsnittsverdi på 4,25 [CI 95%] i dimensjonen for selv-evaluering, er dette den høyeste gjennomsnittsskåren for utvalget. Dette kan være en indikasjon på at sykepleierne har en god refleksjonsevne over sine holdninger og verdier i møte med minoritetspasienter. I helsearbeidet med minoritetspasienter er det viktig å ha i tankene at både hjemmesykepleier og pasienter er kulturbærere, og derfor kan bli påvirket av hverandres kultur. Når disse partene møtes, har de i utgangspunktet ingen felles plattform, og da virker kultur ifølge Thomas Hylland Eriksen, som et usynlig kontaktmiddel som gjør kommunikasjonen mellom menneskene mulig til tross for ulike kulturbakgrunn (Eriksen & Sajjad, 2015).

## 5.4 Drøfting av frafallet

Mitt ønske var å kunne rekruttere flest mulige sykepleiere i hjemmetjenesten fra de aktuelle kommunene. Antall sykepleiere som fikk forespørselen var 202, men dessverre var det kun 84 som responderte. Som nevnt tidligere ble 18 respondenter ekskludert i videre analyse på grunn av et stort antall påstander som ikke ble besvart, og dermed regnet som frafalt. Fraffallet er 68%, svarprosent er 32%.

Svarprosenten er viktig i enhver spørreundersøkelse, for den kan ha en effekt på undersøkelseskvaliteten. En høy svarprosent er ønskelig og er ofte assosiert med en høy resultatsikkerhet som er mer representativ for interessepopulasjonen. Motsatt kan en lav svarprosent gi skjevhet og dermed et usikkert resultat som kanskje ikke er representativt for populasjonen (Lund et al., 2006).

Det er flere studier som rapporterer at svarprosenten synker betydelig, spesielt når det gjelder nettbaserte spørreundersøkelser der utvalget er helsepersonell (Burke & Hodgins, 2015; Clark et al., 2011). Det kan være mange grunner til hvorfor en person ikke ønsker å delta, men en av flere mulige årsaker til fraffallet i mitt prosjekt er trolig tidspunktet da spørreskjemaet blir sendt ut. Det ble sendt ut ved jul og nyttår. Dette kan ha påvirket svarprosenten (Kruuse, 2007). Noen avdelingsledere var i tillegg også på ferie da jeg kontaktet dem, men de sa at de skulle informere om dette når de kom tilbake. Dette førte til at utsendingen av spørreskjemaet ble ytterligere forsinket. Det ble diskutert med veilederne om man skulle utvide det geografiske for å få opp antall deltakere, men på grunn av tidsrammen besluttet jeg å ikke utvide. Samtidig er jeg klar over at med et høyt fraffall gir undersøkelsen et svakere grunnlag til å trekke konklusjon om utvalget, på grunn av at feilmarginen er større.

## 5.5 Drøfting av resultatene fra Cronbach's alpha testene.

Resultatene fra Cronbach's alphatester viste at dimensjonen om kulturell bevisst og sensitivitet ligger akkurat innenfor grensen for et akseptabelt område (Cohen et al., 2011). Med et koeffisient .636 er det stort avvik sammenlignet med resultatene fra en tidligere studie med bruk av et lignende spørreskjema, og hvor forskerne fikk en alphaverdi .791 (Schwarz et al., 2015).



Resultatene for dimensjonen om holdning, personsentrert kommunikasjon og selv-evaluering var noe høyere, og alle var innenfor det akseptable nivået. Det er viktig å bemerke alphakoeffisiensverdien, .760, til dimensjonen holdning er innenfor reliabilitet når man vurderer opp mot kriteriene for en akseptabel reliabilitet, men det er stort avvik sammenlignet med et tidligere studie også med bruk av et lignende spørreskjema der forskerne fikk en høy alphaverdi på .926 (Schwarz et al., 2015).

Resultatene er svakest for dimensjonen om praksis-orientering, og var ikke innenfor et akseptabelt nivå (Cohen et al., 2011). Det har som nevnt blitt utprøvd å fjerne påstand 36, 37 og 38, og da økte koeffisiensverdien betraktelig og var akkurat innenfor det akseptable nivået. Dette kan tyde på at skårene for disse påstandene ikke korrelerer med total skårene av de øvrige påstandene som hører til under dimensjonen sammenlagt (Ulleberg & Nordvik, 2001). Som tidligere nevnt har jeg valgt å inkludere dem videre i analysen fordi jeg mener at utvalgsstørrelsen i studien er for lite til å gi godt nok grunnlag for å fjerne disse påstandene.

Den andre grunnen er at resultatet fra min studie ikke samstemte med et tidligere resultat fra en studie som testet indre konsistens av et lignende spørreskjema ved hjelp av Cronbach's alphatest. Da fikk forskerne alphaverdien .722, der antall respondenter var 242 (Schwarz et al., 2015). Det foreligger indikasjon på at dimensjonen bør revideres og sjekkes ut for om disse påstandene kan passe til den norske konteksten. Det ble ikke funnet tilsvarende undersøkelser som brukte det samme spørreskjemaet, tross grundige litteratursøk. Selv om det finnes en studie som validerte et lignende spørreskjema (Schwarz et al., 2015), kan det imidlertid ikke bekreftes at det var det eksakt samme spørreskjema som ble brukt i min studie. Det anbefales dermed å undersøke mer om validitet og reliabilitet av spørreskjemaet, også i den norske konteksten.

## 5.6 Studiens begrensninger

En svakhet ved studien er som nevnt et for stort frafall og en liten svarprosent, 32%, da dette kan gi en utfordring med å trekke en god konklusjon ut i fra dataene, og at den kan svekke den eksterne validiteten. Det bør dermed ikke trekkes mer ut av funnene enn det er belegg for.



Det er imidlertid første gang spørreskjemaet som ble brukt til å samle inn dataene i undersøkelsen, testes ut med et utvalg fra en norsk kontekst blant sykepleiere i hjemmetjenesten. Ut i fra resultatene fra Cronbach's testen det kan tyde på at spørreskjemaet har potensielle forbedringsområder. Videre validering av spørreskjemaet i den norske konteksten med et større utvalg er kanskje nødvendig.

Forskningsdesignet har også noen svakheter. Svakheter ved en tverrsnittstudie er at vi ikke kan si noe om årsakssammenheng mellom fenomenene på grunn av mange faktorer som ikke er blitt justert i en tverrsnittstudie som, f.eks. i en randomisert kontrollert studie (RCT) (Politt & Beck, 2018). En annen svakhet med en tverrsnittstudie er at vi ikke får gått i dybden og sett på de individuelle variasjonene, dermed blir funnene noe overfladisk (Watt Boolsen, 2008)

## KONKLUSJON

Mitt ønske med denne studien var å kartlegge hjemmesykepleiernes kulturelle kompetanse, der hovedforskningsspørsmål var *Hvilken kulturell kompetanse har sykepleiere i hjemmetjenesten i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn?*

Kulturell kompetanse i min studie omfatter fem dimensjoner: kulturell bevissthet og sensitivitet, kulturell holdning, personsentrert kommunikasjon, praksis-orientering og selvevaluering. Gjennom resultatene har jeg fått indikasjon på at sykepleierne har høy bevissthet og sensitivitet om kulturforskjeller, og om ulike kulturelle faktorer som kan påvirke minoritetspasientenes oppfatninger om helse og helsetjenester. Når det gjelder kulturell holdning, viser sykepleierne et fleksibelt forhold til å løse problemer som er kulturelt relatert, og tilpasser tjenester etter pasientenes behov, selv om det muligens kan foreligge en indikasjon på at stereotypier forekommer blant sykepleierne. I dimensjonen om selvevaluering, viser sykepleierne i gjennomsnittet en god refleksjonsevne over sine egne holdninger og verdier når de møter minoritetspasienter.

Gjennomsnittet for dimensjonen om personsentrert kommunikasjon, og dimensjonen om praksis-orientering, tyder på at sykepleierne var verken enig eller uenig i påstandene til



dimensjonene. Ut ifra forskningen og litteraturen syns det å ha et høyt gjennomsnitt på disse områdene ønskelig, og det kan dermed diskuteres om funnene i denne studien er en indikasjon på sykepleierne ikke har den ønskelige kunnskap innenfor disse områdene. Det kan også være en indikasjon på at det ikke er tilrettelagt for at sykepleierne skal kunne yte personsentrert omsorg og kommunikasjon i deres arbeidsdag. Det oppstår dermed flere spørsmål som hva som hindrer og hva som kan legges til rette for at sykepleierne skal kunne å yte personsentrert omsorg for minoritetspasienter. I tillegg bør det stilles spørsmål om hvordan og hvilke tiltak som bør gjøres for å kunne øke sykepleiernes forståelse for hvordan de kan yte personsentrert omsorg i en flerkulturell kontekst. Området bør dermed utforskes mer.

Det er nødvendig å validere spørreskjemaet i den norske konteksten, og eventuelt forbedre for å tilpasse vår kontekst.





## Referanseliste

- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., . . . Cooper, L. A. (2005). Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care, 43*(4), 356-373.
- Bhopal, R. (2004). Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. In (pp. 441): BMJ Publishing Group Ltd.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Brataas, H. V. (2011). *Sykepleiepedagogisk praksis : pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Breitholtz, A., Snellman, I., & Fagerberg, I. (2013). Older people's dependence on caregivers' help in their own homes and their lived experiences of their opportunity to make independent decisions. *International Journal of Older People Nursing, 8*(2), 139-148. doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00338.x
- Bryman, A., & Cramer, D. (2005). *Quantitative data analysis with SPSS 12 and 13 : a guide for social scientists*. London: Routledge.
- Burke, M., & Hodgins, M. (2015). Is 'Dear colleague' enough? Improving response rates in surveys of healthcare professionals. *Nurse researcher, 23*(1), 8. doi:10.7748/nr.23.1.8.e1339
- Burnard, P., & Gill, P. (2009). *Culture, communication and nursing*. Harlow: Pearson Education.
- Bøhn, H., & Dypedahl, M. (2009). *Veien til interkulturell kompetanse*. Bergen: Fagbokforl.
- Båtnes, P. I., & Egden, S. (2012). *Flerkulturell forståelse i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society, 13*(3), 181.
- Campinha-Bacote, J. (2011a). Coming to Know Cultural Competence: An Evolutionary Process. In (pp. 42-48).
- Campinha-Bacote, J. (2011b). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *Online journal of issues in nursing, 16*(2), 5.
- Campinha-Bacote, J. (2019). Cultural Competemility: A Paradigm Shift in the Cultural Competence versus Cultural Humility Debate-Part 1. *The online journal of issues in nursing, 24, No. 1*. doi:10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20
- Christophersen, K.-A. (2006). *Databehandling og statistisk analyse med SPSS* (3. utg. ed.). Oslo: Unipub.
- Clark, M., Rogers, M., Foster, A., Dvorchak, F., Saadeh, F., Weaver, J., & Mor, V. (2011). A randomized trial of the impact of survey design characteristics on response rates among nursing home providers. *Evaluation and the Health Professions, 34*(4), 464-486. doi:10.1177/0163278710397791



- Cohen, L., Manion, L., Morrison, K., & Bell, R. C. (2011). *Research methods in education* (7th ed. ed.). London: Routledge.
- Cooper, L. A., Roter, D. L., Carson, K. A., Beach, M. C., Sabin, J. A., Greenwald, A. G., & Inui, T. S. (2012). The associations of clinicians' implicit attitudes about race with medical visit communication and patient ratings of interpersonal care.(Report)(Author abstract). *The American Journal of Public Health, 102*(5), 979. doi:10.2105/AJPH.2011.300558
- Debesay, J., Harslof, I., Rechel, B., & Vike, H. (2014). Facing diversity under institutional constraints: challenging situations for community nurses when providing care to ethnic minority patients.(Report). *70*(9), 2107.
- Debesay, J., & Tschudi-Madsen, C. (2018). *Migrasjon, helse og profesjon*. Oslo: Gyldendal.
- Eike, M. C., Forsetlund, L., Kirkehei, I., Vist, G. E., & Nasjonalt kunnskapssenter for, h. (2010). *Effekt av tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenester til etniske minoriteter : en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk*. In Rapport fra Kunnskapssenteret, Vol. nr 24-2010.
- Elster, E., & Hegerstrøm, T. (1995). *Kommunale hjemmetjenester : mangfold og muligheter*. Oslo: TANO.
- Eriksen, T. H. (1997). *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Eriksen, T. H., & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis : perspektiver på det flerkulturelle Norge* (6. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fitzgerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics, 18*(1), 19. doi:10.1186/s12910-017-0179-8
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Fox, A., & Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care, 2015, Vol.29*(2), p.113-118, 29(2), 113-118. doi:10.3109/13561820.2014.954284
- Helse - Og, O. (2012). *St.meld. 10 God kvalitet - trygge tjenester : kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten* (Vol. 10(2012-2013)). Oslo: Departementenes servicesenter.
- Helse - Og, O. (2013). *St.meld. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg*. In: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hobbs, L. J. (2009). A Dimensional Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Research, 58*(1), 52-62. doi:10.1097/NNR.0b013e31818c3e79
- Hofstede, G. H., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: software of the mind : international cooperation and its importance for survival* (Rev. and expanded 3rd ed. ed.): United States: McGraw-Hill USA.
- Holland, K., & Hogg, C. (2001). *Cultural awareness in nursing practice and health care : an introductory text*. London: Arnold.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.



- Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., & Clifford, A. (2018). *Cultural Competence in Health: A Review of the Evidence*. Singapore: Springer Singapore, Singapore.
- Kersey-Matusiak, G. (2015). *Kulturkompetent omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Kouta C, V. M. a. R. V. (2016). Improving the Cultural Competence Level of Community Nurses through an Intervention. *J Fam Med*. doi:<http://austinpublishinggroup.com/family-medicine/fulltext/jfm-v3-id1088.php>
- Kruuse, E. (2007). *Kvantitative forskningsmetoder : i psykologi og tilgrænsende fag* (6. udg. ed.). København: Dansk psykologisk Forl.
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192. doi:10.1177/10459602013003005
- Likupe, G. (2014). *Communicating with older ethnic minority patients* (Vol. 28).
- Luckmann, J. (1999). *Transcultural communication in nursing*. Albany, N.Y.: Delmar Publishers.
- Lund, T., Fønnebø, B., & Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Oslo: Unipub.
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet : om å finne likhetene i forskjellene* (2. utg. ed.). Oslo: Akribe.
- Meer, L., Nieboer, A., Finkenflügel, H., Cramm, J., Erasmus School of Health, P., & Management. (2018). The importance of person-centred care and co-creation of care for the well-being and job satisfaction of professionals working with people with intellectual disabilities.
- Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 662-673. doi:10.1111/scs.12376
- Napier, A. D., Michael, D., Michael, K., Rebecca, L., Eduard, P., Emilia, S., & Felicity, T. (2017). Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making. In: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- O'Donoghue, P. (2012). *Statistics for sport and exercise studies : an introduction*. London: Routledge.
- Olsen, R. H. (1998). *Klok av erfaring? : om sansning og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Olsson, H., Sörensen, S., & Bureid, G. (2003). *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Paul, D., Hill, S., & Ewen, S. (2012). Revealing the (in)Competency of "Cultural Competency" in Medical Education. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 8(3), 318-328. doi:10.1177/117718011200800307
- Peckover, S., & Chidlaw, R. G. (2007). The (un)-certainties of district nurses in the context of cultural diversity. *J Adv Nurs*, 58(4), 377-385. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04247.x
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed. ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.



- Purnell, L. (2002). The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing, 13*(3), 193-196. doi:10.1177/10459602013003006
- Rademakers, J., Delnoij, D., Nijman, J., & de Boer, D. (2012). Educational inequalities in patient-centred care: patients' preferences and experiences. *BMC health services research, 12*(1), 261. doi:10.1186/1472-6963-12-261
- Roberts, J., Hopp Marshak, H., Sealy, D. A., Manda-Taylor, L., Mataya, R., & Gleason, P. (2017). The Role of Cultural Beliefs in Accessing Antenatal care in Malawi: A Qualitative Study. *Public Health Nursing, 34*(1), 42-49. doi:10.1111/phn.12242
- Samovar, L. A., Porter, R. E., McDaniel, E. R., & Roy, C. S. (2017). *Communication between cultures* (9th ed. ed.). South Melbourne, Vic. Australia: Wadsworth/Cengage Learning.
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. In (Vol. 21, pp. 429–440).
- Schwarz, J. L., Witte, R., Sellers, S. L., Luzadis, R. A., Weiner, J. L., Domingo-Snyder, E., & Page, J. E. (2015). Development and Psychometric Assessment of the Healthcare Provider Cultural Competence Instrument. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 52*. doi:10.1177/0046958015583696
- Shen, Z. (2015). Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing: A Literature Review. In (Vol. 26, pp. 308–321). Los Angeles, CA.
- Shepherd, S. M., Willis-Esqueda, C., Paradies, Y., Sivasubramaniam, D., Sherwood, J., & Brockie, T. (2018). Racial and cultural minority experiences and perceptions of health care provision in a mid-western region. In (pp. 33).
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Southwick, M., & Polaschek, N. (2014). Reconstructing marginality: a new model of cultural diversity in nursing. *The Journal of nursing education, 53*(5), 249. doi:10.3928/01484834-20140415-01
- Statisk sentralbyrå. (2018). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Stiftelse for, h. (2015). *Slik oppsummerer vi forskning : håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. In. Retrieved from [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/2015\\_handbok\\_slik\\_oppsummerer\\_vi\\_forskning.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/tema/brukererfaring/2015_handbok_slik_oppsummerer_vi_forskning.pdf)
- Swaine-Verdier, A., Doward, L. C., Hagell, P., Thorsen, H., & McKenna, S. P. (2004). Adapting quality of life instruments. *Value in Health, 7*(1), S27-S30. doi:10.1111/j.1524-4733.2004.7s107.x
- Swedberg, L., Chiriac, E. H., Törnkvist, L., & Hylander, I. (2012). Patients in 24-hour home care striving for control and safety. *BMC Nursing, 11*, <xocs:firstpage xmlns:xocs=""/>. doi:10.1186/1472-6955-11-9
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode : en praktisk tilnærming*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.



- Toftemo, I., Jenum, A. K., Lagerlav, P., Jullusson, P. B., Falk, R. S., & Sletner, L. (2018). Contrasting patterns of overweight and thinness among preschool children of different ethnic groups in Norway, and relations with maternal and early life factors. *BMC Public Health*, 18(1). doi:10.1186/s12889-018-5952-1
- Tsang, S., Royse, C. F., & Terkawi, A. S. (2017). Guidelines for developing, translating, and validating a questionnaire in perioperative and pain medicine. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 11(5), S80-S89. doi:10.4103/sja.SJA\_203\_17
- Tufte, P. A. (2018). *Hvordan lese kvantitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Ulleberg, P., & Nordvik, H. (2001). *Faktoranalyse*. Trondheim: Tapir.
- Viken, B., & Kumar, B. N. (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforl.
- Walker, P., & Barnett, E. (2007). *Immigrant Medicine* (1 ed.): Elsevier Health Sciences.
- Watt Boolsen, M. (2008). *Spørgeskemaundersøgelser : fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Weech-Maldonado, D. R., Elliott, D. M., Pradhan, D. R., Schiller, D. C., Hall, D. A., & Hays, D. R. (2012). Can Hospital Cultural Competency Reduce Disparities in Patient Experiences With Care? *Med Care*, 50 *Advances from the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®) Project*, S48-S55. doi:10.1097/MLR.0b013e3182610ad1



## VEDLEGG 1 SPØRRESKJEMA

Kjære hjemmesykepleier!

Du inviteres til å delta i en undersøkelse om kulturell kompetanse i hjemmetjenesten. Din deltakelse er viktig fordi det vil hjelpe oss til å få økt kunnskap om hjemmesykepleie, og på den måten bidra til å forbedre utdanning og praksis innenfor hjemmesykepleien. Din respons på dette spørreskjemaet er ditt informerte samtykke til deltakelse i denne undersøkelsen. Du kan når som helst avslutte å svare på spørreskjemaet hvis du på noe som helst tidspunkt føler det ubehagelig å svare. Det vil ta ca. 15 minutter å fullføre spørreskjemaet som utføres elektronisk via systemet "SurveyXact". Spørreskjemaet er lagret elektronisk, og det er kun forskeren som vil ha tilgang til linken. Ingen personlige data om deg vil bli inkludert i resultatene.

### Demografi

\*Kjønn: Kvinne Mann

\*Alder: 21-30 31-40 41-50 51-60 > 60

\*Høyeste grad av utdanning:

Bachelor Videreutdanning (vennligst spesifiser) Mastergrad PHD

Annet (vennligst spesifiser)

\*Nåværende rolle/stilling:

Sykepleier Spesialsykepleier Leder med personalansvar Gruppeleder  
Fagsykepleier

Annet, spesifiser:

\*Praksiserfaring – antall år: <1 år 1. 1-2 år 2. 3-4 år 3. 5-10 år 4. >10 år

### Skala 1: Kulturell bevissthet og sensitivitet

Q1 Etnisk opprinnelse er den viktigste faktoren for å kunne bestemme en persons kultur

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Sterkt uenig

Q2. Personer med en felles kulturell bakgrunn tenker og handler likt

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Sterkt uenig

Q3. Kultur har innvirkning på helse og helsetjenester

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Sterkt uenig

Q4. Aspekter ved kulturelt mangfold må vurderes for hvert individ

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Sterkt uenig

Q5. Hvis jeg vet om en persons kultur, trenger jeg ikke å vurdere personens personlige preferanser for helsetjenester

Helt enig Enig Verken enig eller uenig Uenig Sterkt uenig

Q6. Åndelig, eksistensielle og kulturelle oppfatninger har betydning for mange kulturelle grupper.



Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q7. Enkeltmennesker kan identifisere seg med flere kulturer

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q8. Språkbarrierer er den eneste utfordringen for nyankomne innvandrere til Norge

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q9. Jeg forstår at folk fra ulike kulturer kan definere begrepet helsetjenester på forskjellige måter

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q10. Jeg tror at det å ha kjennskap til ulike kulturer bidrar til å styre arbeidet mitt med enkeltpersoner og familier

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q11. Jeg liker å jobbe med folk som har en annen kulturell bakgrunn enn meg

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

### Skala 2: Kulturell holdning

Q12. Jeg inkluderer spørsmål om kultur når jeg gjør en kartlegging av brukers situasjon og hjelpebehov.

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q13. Jeg søker informasjon om kulturelle behov når jeg gjør meg kjent med nye brukere

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q14. Jeg har ressursbøker, fagbøker og annet materiell tilgjengelig for å hjelpe meg å lære om brukere og pårørende fra forskjellige kulturer

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q15. Jeg benytter ulike kilder for å lære om andre menneskers kulturarv

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q16. Jeg ber brukere og pårørende om å fortelle meg om deres egne oppfatninger på helse og sykdom

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q17. Jeg ber brukere og pårørende fortelle om deres forventninger til helsetjenestene

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q18. Jeg unngår å plassere mennesker i grupper for ikke å lage stereotyper

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q19. Jeg gjenkjenner mulige utfordringer for hjelpen fra hjemmetjenesten som ulike mennesker kan støte på.

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig



Q20. Når jeg oppdager en utfordring knyttet til kultur i møte med brukere, prøver jeg å finne en løsning på dette.

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q21. Når bruker eller pårørende gjør meg oppmerksom på utfordringer knyttet til kultur løser jeg dette.

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q22. Jeg tar gjerne imot tilbakemeldinger fra brukere og pårørende om hvordan jeg forholder meg til andre med ulik kulturbakgrunn

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q23. Jeg tar gjerne imot tilbakemeldinger fra kollegaer om hvordan jeg forholder meg til andre fra forskjellige kulturer

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q24. Jeg finner måter å tilpasse tjenestene mine til mine brukere og pårørendes preferanser

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q25. Jeg dokumenterer kulturelle vurderinger

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q26. Jeg dokumenterer tilpasningene jeg gjør med brukere og deres pårørende

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

Q27. Jeg lærer av mine kolleger om mennesker med ulik kulturell bakgrunn

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig

### Skala 3: Personsentrert kommunikasjon

Q28. Det finnes mange behandlingsalternativer. Hvor ofte gir du bruker og deres pårørende anledning til å velge når en beslutning skal taes?

Svært ofte    Ofte    Sjelden    Aldri

Q29. Det finnes mange behandlingsalternativer. Hvor ofte gjør du en innsats for å gi bruker og pårørende kontroll over behandlingen?

Svært ofte    Ofte    Sjelden    Aldri

Q30. Når det er mange behandlingsalternativer, hvor ofte spør du pasienten og deres familie om å ta ansvar for deres behandling?

Svært ofte    Ofte    Sjelden    Aldri

### Skala 4: Praksis-orientering

Q31. Helsepersonellet bør bestemme hva som blir snakket om under et besøk

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig    Uenig    Sterkt uenig







Q44. Som sykepleier vurderer jeg alltid mine ferdigheter når jeg jobber med ulike brukere og deres pårørende

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig                      Uenig                      Sterkt uenig

Q45. Jeg forsøker å etablere et genuint tillitsforhold til mine brukere og deres pårørende

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig                      Uenig                      Sterkt uenig

Q46. Jeg gjør mitt ytterste for å forstå de unike forholdene til hver bruker og deres pårørende

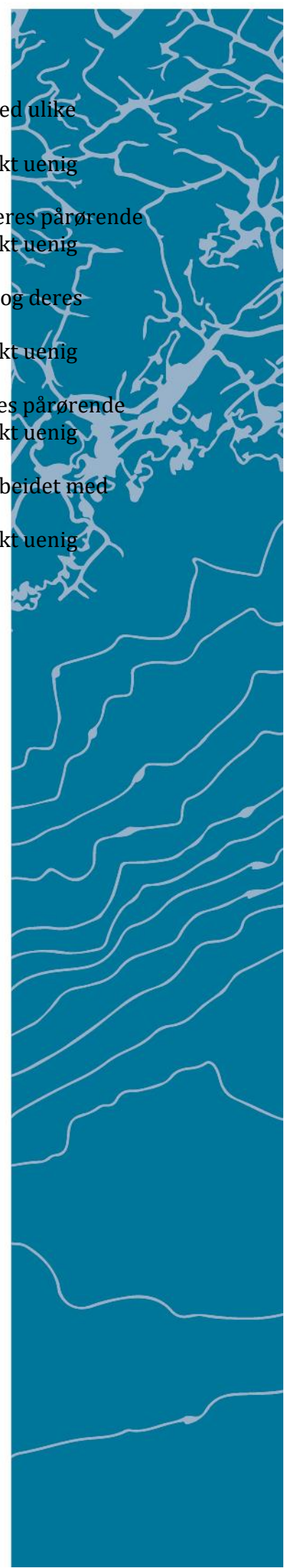
Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig                      Uenig                      Sterkt uenig

Q47. Jeg verdsetter livserfaringene til hver enkelt av mine brukere og deres pårørende

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig                      Uenig                      Sterkt uenig

Q48. Bruken av gode mellommenneskelige ferdigheter er svært viktig i arbeidet med min bruker og de pårørende

Helt enig    Enig    Verken enig eller uenig                      Uenig                      Sterkt uenig





## Til avdelingsleder

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Kulturell kompetanse i hjemmetjenesten»

Vi henvender oss først og fremst til deg som er avdelingsleder, for å spørre om sykepleiere ved din avdeling kan delta i mastergradsprosjektet «Kulturell kompetanse i hjemmetjenesten»

Dette er en pilotstudie som inngår i masteroppgaven til student Minh Tam Thi Do, ved Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder.

#### Hensikten med prosjektet.

Studien har til hensikt å kartlegge hjemmesykepleieres kulturelle kompetanse. Undersøkelsen vil hjelpe oss til å få økt kunnskap om hjemmesykepleie og slik bidra til å forbedre utdanning og praksis innenfor hjemmesykepleien. Problemstillingen vi ønsker å undersøke er: «*Hvilken kulturell kompetanse har sykepleier i hjemmetjenesten i møte med pasienter som har etnisk minoritetsbakgrunn?*»

#### Studiens omfang og utvalg av deltakere.

Denne studien strekker seg fra høsten 2018 til våren 2019. Avsluttet dato for prosjektet er 31.08.2019. Prosjektet har en internasjonal samarbeidspartner. Et større antall deltakere vil kunne gi et godt utgangspunkt for kvaliteten til denne studien, og et mulig grunnlag for å kunne antyde konklusjoner fra datamaterialet. Derfor skal det inkluderes fem kommuner fra Agderfylkene som skal være med i dette prosjektet. Alle avdelingsledere for hjemmetjenesten i disse kommunene vil bli kontaktet på epost av oss. Utvalget av deltakere til denne studien er **sykepleier som utfører hjemmebesøk hos pasienter**. De som deltar skal svare på et elektronisk spørreskjema som vil ta ca. 15 minutter. Vårt mål er å kunne få tilsammen ca. 200 deltakere med i studien, men dette er ikke noe absolutt grense. Om det er flere som ønsker å delta, er vi veldig takknemlig for det.

#### Hva skjer med innsamlede opplysninger?

Deres svar vil bli lagret elektronisk, og det er kun vi som forskere som har tilgang til datamaterialet. Etter slutt-datoen, 31.08.2019, vil datamaterialet bli slettet.



## Hva vil dette ha å si for deg som avdelingsleder?

Vi ber om hjelp fra deg som leder til å sende en e-post til sykepleiere ved din avdeling. Når du har fått oversikt over aktuelle deltakere (sykepleiere), ber vi deg om å distribuere e-posten med informasjonsskrivet og en elektronisk lenke som inneholder spørreskjemaet.

Sykepleieren samtykker til deltakelse ved å klikke på lenken og kommer da direkte inn på spørreskjemaet. Det vil være ca. 2 ukers svarfrist fra sykepleier mottar din mail med informasjonsbrevet og lenken, til hun/han må svare på spørreskjemaet. Vi ber i tillegg om at du sender oss antallet på hvor mange sykepleiere som har fått tilsendt en mail med informasjonsskriv og lenke til spørreskjema. Slik kan vi ha oversikt over svarprosenten.

For å holde oss til fastsatt frist for å delta i undersøkelsen, samt for å gi deg og deltakerne tid til å vurdere deltakelse i studien, har vi satt av 2 uker fra tidspunktet vi sender ut denne forespørselen og informasjonen om studien, til vi får svar fra deg. Vi håper dette er tilstrekkelig tid til å vurdere hvem som er aktuelle for deltakelse i studien, og tid nok til å informere dem om studien. Vi vil gjerne komme til avdelingene for å informere om studien hvis det er mulig. Avdeling(er) som ikke svarer innen 2 uker vil få en påminnelse etter dette. Om det skulle skje at vi ikke får respons fra avdelingen(e), må vi gå videre med avdelingene som har gitt oss tillatelse. Vi håper selvfølgelig at så mange som mulig vil være med å delta!

## Frivillig deltakelse.

Det er frivillig å delta i studien. De som sier ja til deltakelse, har rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert. De kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke samtykket til å delta i studien uten at dette vil få noen negative konsekvenser. I tillegg kan de som trekker seg fra studien kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Dette kan de gjøre ved å ta kontakt med oss på kontaktinformasjonen som oppgis i informasjonsskrivet til sykepleier.

Tusen takk for deres tid og oppmerksomhet!

Med vennligst hilsen

Masterstudent

Minh Tam Thi Do

[mtdo16@student.uia.no](mailto:mtdo16@student.uia.no)

Førsteamnuensis

Veileder og prosjektansvarlig

Kari Sundsli

[kari.sundsli@uia.no](mailto:kari.sundsli@uia.no)

Professor

Veileder

Mariann Fossum

[mariann.fossum@uia.no](mailto:mariann.fossum@uia.no)



## **Vil du delta i forskningsprosjektet:**

### **Kulturell kompetanse i hjemmetjenesten**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge sykepleieres kulturelle kompetanse i hjemmetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om formålet med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette er en pilotstudie som inngår i en masteroppgave. Studien har til hensikt å kartlegge hjemmesykepleieres kulturelle kompetanse. Undersøkelsen vil hjelpe oss til å få økt kunnskap om hjemmesykepleie og slik bidra til å forbedre utdanning og praksis innenfor hjemmesykepleien. Problemstillingen vi ønsker å undersøke er: Hvilken kulturell kompetanse har sykepleier i hjemmetjenesten i møte med pasienter som har etnisk minoritetsbakgrunn? Et stort antall deltakere vil gi et godt utgangspunkt for kvaliteten til denne studien, da det kan gi grunnlag for å kunne trekke en mulig konklusjon av datamaterialet. Derfor skal det inkluderes fem kommuner fra Agderfylkene som skal være med i dette prosjektet: Vårt mål er å få ca. 200 respondenter, men dette er ikke noe absolutt grense. Om det er flere deltaker som ønsker å delta, er vi veldig takknemlig for det.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Institutt for helse- og sykepleievitenskap ved Universitet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får du denne henvendelsen fordi du er ansatt som sykepleier i hjemmetjenesten. I denne undersøkelsen henvender vi oss til ca. 200 sykepleier i innenfor den kommunale hjemmetjenesten. Vi har valgt å inkludere kun sykepleiere, som utfører hjemmebesøk hos pasienter, i vårt utvalgt. Alle andre yrkesroller i hjemmetjenesten utelukkes.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

I denne studien benytter vi spørreskjema som er oversatt fra engelsk til norsk. Spørreskjemaet inneholder 48 spørsmål. Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema. Det vil ta deg ca. 15 minutter. Opplysningene som samles inn er f. eks om



utdanning, jobb ansiennitet, kjønn, alder og arbeidsstilling. I tillegg samles det opplysninger om dine møter med pasienter som har en annenkulturell bakgrunn når du er på hjemmebesøk. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk.

## **Utsending av og svarfristen på spørreskjemaet.**

Spørreskjemaet vil bli sendt ut til deg på epost. Responderingstiden er beregnet til to uker fra spørreskjemaet sendes ut til innsamling av data.

## **Det er frivillig å delta.**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert og slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dette kan du gjøre ved å ta kontakt med oss på email eller telefon. Kontaktinformasjonen finner du lenger ned i dette skrivet.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil kun bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Spørreskjemaet er lagret elektronisk og det er kun vi (to veiledere og en student) som har tilgang til linken. Dette er for å sikre at ingen andre skal få tilgang til opplysningene. Det er ingen personlige opplysninger om deg som vil bli nevnt i masteroppgaven, slik at du vil ikke bli gjenkjent i masteroppgaven. Det som blir opplyst i masteroppgaven er en oppsummering av alle svarene fra deltakerne. Og hvis f. eks det er mange som har samme mening/svar om et spørsmål så vil dette kunne trekkes fram for å gjøre oppgaven mer interessant, men det vil ikke oppgis om hvem eller hvor svaret er fra.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.08.2019. Datamaterialet vil bli slettet permanent.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,



- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitet i Agder, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Institutt for helse- og sykepleievitenskap ved Universitet i Agder ved veilederne:

Kari Sundsli tlf. nr.: 37 23 33 36 eller på e-post: kari.sundsli@uia.no

Mariann Fossum tlf. nr.: 37 23 37 56 eller på e-post: mariann.fossum@uia.no

Student: Tam Do mobil nr.: 99 16 91 04 eller på epost mtdo16@uia.no

- Vårt personvernombud: Ina Danielsen tlf. nr.: 452 54 401 eller på epost: ina.danielsen@uia.no

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost personvertjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Takk for din tid og oppmerksomhet!

Med vennlig hilsen

Kari Sundsli og Mariann Fossum

Prosjektansvarlige (veileder)

Minh Tam Thi Do

Mastergradsstudent



## Søknad til FEK

### Prosjektopplysninger

#### 2.1 Hensikt med forskningsprosjektet

Hensikten med studien er å kartlegge hjemmesykepleiers kulturelle kompetanse. Problemstillingen i studien er: «Hvilken kulturell kompetanse har sykepleier i hjemmetjenesten i møte med pasienter som har etnisk minoritetsbakgrunn?»

#### 2.3.2 Beskriv hvorfor disse personene skal inkluderes

For å forholde oss til studiens hensikt, er det ønskelig å inkludere sykepleiere som utfører helsetjenester til hjemmeboende pasienter. Siden dette er en pilotstudie planlegger vi å rekruttere ca. 200 hjemmesykepleier fra fem kommuner i Agderfylkene: Mandal-, Lillesand-, Grimstad-, Kristiansand-, og Vennessla kommune. Det er kun sykepleiere som har hjemmebesøk hos pasienter som vi er interessert i og som blir kontaktet.

#### 2.5 Gi en begrunnelse for dine metodevalg

Dette er en kartleggingsstudie, slik at det å kunne gå i bredden i stedet for å gå i dybden for å avdekke omfanget av situasjonen, er ønskelig i dette tilfellet. På bakgrunn av dette valget er det hensiktsmessig å bruke en kvantitativ forskningsmetode for å finne svar på studiens hensikt og problemstilling. Elektronisk spørreskjema vil være formålstjenlig i dette tilfellet, da jeg kan nå ut til mange informanter. I tillegg mener jeg at dette er en mer kostnadseffektiv metode å samle inn data på enn f.eks spørreskjema i papir og utsending med frankert post.

#### 3.2 Hvilke risikofaktorer kan oppstå ved gjennomføring av prosjektet? Beskriv eventuelle tiltak.

Det anses at risikofaktorer/ulempes ved gjennomføring av prosjektet er minimale, da det ikke er påkrevd at deltakerne skal oppgi personlige opplysninger som kan være identifiserbare. Vi har valgt å benytte SurveyXact for å innhente data. SurveyXact er et verktøy for elektroniske spørreundersøkelser som er utviklet av leverandør Ramboll, og har tilknytning til Universitetet. SurveyXact lagrer ikke IP-adresser fra respondenter, slik at det er umulig å spore tilbake til dem. Opplysningene behandles konfidensielt. Den tekniske gjennomføringen av spørreskjemaundersøkelsen foretas av SurveyXact. Datamaterialet vil bli overført til SPSS for å analysere, slik at datamaterialet og respondentenes emailadresser oppbevares separat og kan

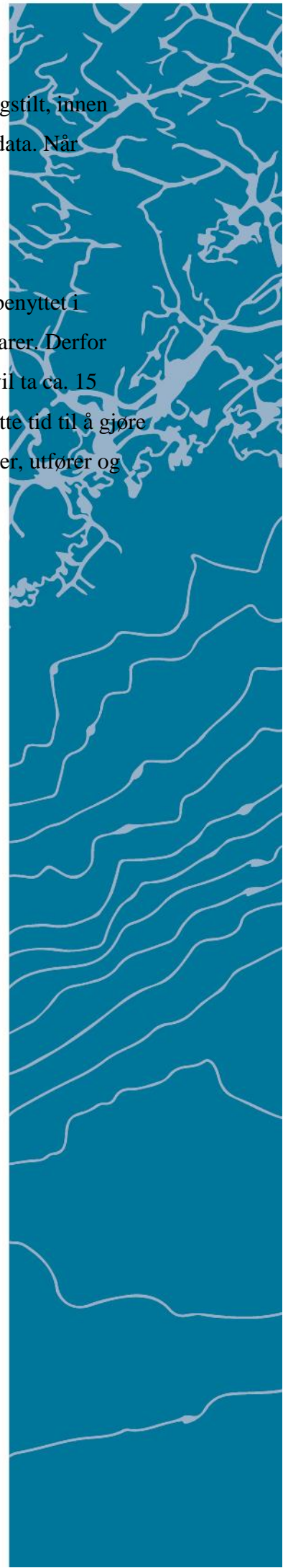




ikke knyttes til hverandre. Opplysningene anonymiseres når prosjektet er ferdigstilt, innen 31.08.19. Det er kun veilederne og jeg som masterstudent, som har tilgang til data. Når studien avsluttes skal dataene slettes permanent.

### **3.3 Forsvarlighet**

Når undersøkelsen har et kvantitativt design og verktøyet SurveyXact ønskes benyttet i studien, mener jeg at deltakerne ikke utsettes for noen form for ulemper eller farer. Derfor mener jeg at det er forsvarlig å gjennomføre dette prosjektet. Spørreskjemaet vil ta ca. 15 minutter å fullføre. Dette kan ansees som ulempe for deltakerne da de må avsette tid til å gjøre dette. Fordelen med studien er at deltakerne kan bli mer bevisst på hva de tenker, utfører og erfarer av sykepleie når de har ansvar for pasienter fra en annen kultur.





## Søknaden til NSD

### Prosjektinformasjon

#### Prosjekttittel

Kulturelle kompetanse i hjemmetjenesten

#### Prosjektbeskrivelse

Hensikten med denne undersøkelsen er å kartlegge sykepleieres kulturelle kompetanse i kommunal hjemmetjenesten.

Problemstillingen for studien er: Hvilken kulturell kompetanse har sykepleier i hjemmetjenesten i møter med pasienter som har etnisk minoritetsbakgrunn?

Metode: Det er fem kommuner som omfattes i studien, og målet er å kunne rekruttere ca. 200 deltakere. Alle kommunale hjemmetjenester i disse kommunene vil få en henvendelse av oss.

Avdelingsledere ved disse sonene skal få tilsendt en e-post av oss med en begrunnelse på hvorfor de har fått denne henvendelsen. I e-posten sendes det med et informasjonsskriv til lederne med mer utfyllende informasjon om studien (se vedlegg), et informasjonsskriv til sykepleier, og link til spørreskjemaet (se vedlegg). I e-posten blir lederne bedt om å distribuere disse (informasjonsskriv til sykepleier og lenke til spørreskjemaet) videre til aktuelle sykepleiere. Vi kommer ikke til å få opplysning om hvem av sykepleierne i disse sonene som skal motta forespørselen om deltakelse fra avdelingslederne. Vi får kun oversikt over hvor mange sykepleiere som har fått denne fra sin avdelingsleder. Dette er for at vi skal kunne regne ut svarprosenten. Når vi får inn respons fra deltakere vil vi også få med deres email-adresse, men vi får ikke vite hvilke soner eller kommune disse hører til.

Elektronisk spørreskjema er laget i et program, Surveyxact, som tilbys av leverandør, Ramboll. Leverandøren har tilknytning til vår institusjon (Universitet i Agder), og ved innlogging trengs det brukernavn og passord. Det vil si for å få tilgang til datamaterialet trengs innlogging med brukernavn og passord. I dette tilfellet er det kun vi forskere (to veileder og en masterstudent) som har tilgang til datamaterialet. Surveyxact lagrer ikke IP-adresser til respondenter, slik at det ikke kan spores tilbake dem.

Det vil bli sendt ut en påminnelse til avdelingsledere som ikke responderte ved første henvendelsen. Men det kan ikke sendes ut påminnelse til sykepleier da vi ikke har oversikt over hvem de er.



Analysen: av datamaterialet skal utføres i SPSS-programmet som vi får tilgang til ved å kople til universitets sitt nettverk. Ved å overføre datamaterialet fra Survey til SPSS, vil svarene lagres separat fra respondentenes emailadresse. På denne måten kan ikke svarene bli knyttet til emailadressene, slik at man ikke vet hvems svar som tilhører hvilket emailadress.

I vår studie skal vi ikke representere resultatene på individ nivå, og dermed trenger vi heller ikke å vite hvem som har svart hva. Dette betyr at emailadressene skal slettes så fort som mulig etter at datamaterialet er blitt overførte til SPSS.

Selv om studenten skal analysen datamaterialet på sin egen PC, trengs det allikevel brukernavn og passord for å kunne logge inn på PC-en òg for å tilkople til nettverket.

Prosjektet starter august 2018, og anslår å ha en sluttdato: 31.august 2019. Etter denne datoen skal datamaterialet slettes permanent, det skal ikke brukes videre i andre prosjekt eller formål.

## **Begrunn behovet for å behandle personopplysningene**

Med personopplysningene vil vi kunne kartlegge sykepleiernes kulturelle kompetanse fordelt på kjønn, aldersgrupper, utdanningsnivåer og jobberfaringer. Dette vil gi oss et mer detaljert bilde over deres kulturelle kompetanse. Vi mener derfor at det er nødvendig å ta med disse opplysningene, da det kan være med å svare på problemstillingen.

## **Utvalg 1**

### **Beskriv utvalget**

Det er kommunale hjemmesykepleier som er utvalget i denne studien. Vi begrenser oss ikke til hvilken kulturell bakgrunn de har, da vi mener at dette kan berike våre funn. Vi setter ikke krav på ansiennitet i forhold til hvor lenger sykepleier har jobbet i hjemmetjenesten, fordi vi mener at dette kan gi oss interessante informasjoner om hvordan sykepleierne som lange erfaringer i hjemmetjenesten hvor de tar seg av pasienter med etniske minoritetsbakgrunn kontra sykepleier som har kortere erfaringer med det. Vi inkluderer også de jobber fulltid deltidsstilling, fastansatt og vikariat. Utvalget vårt kan ha et stort aldersspenn, da vi har valgt å inkludere alle ferdige utdannet sykepleier som utfører hjemmebesøk hos pasienten med etniske minoritetsbakgrunn i de valgte kommunene.

### **Rekruttering eller trekking av utvalget:**

Avdelingsledere i hjemmetjenesten i utvalgte kommunene skal få tilsendt en e-post av oss med en begrunnelse på hvorfor har de fått denne henvendelsen. Noen ledere oppgir sin e-post adresser på kommunens offentlige nettsider, disse lederne vil få henvendelsen direkte av oss.



Mens lederne som ikke oppgir sine mailadresser i kommunens nettside, vil bli kontaktet via kommunens felles mailadresse. I e-posten sendes det med et informasjonsskriv til lederne med utfyllende informasjon om studien (se vedlegg), et informasjonsskriv til sykepleier (se vedlegg), og lenke til spørreskjemaet (se vedlegg). I e-posten blir lederne bedt om å distribuere disse (informasjonsskriv til sykepleier og lenke til spørreskjemaet) videre til aktuelle sykepleiere. Dvs. vi har ikke oversikt over hvilken sykepleiere som mottar forespørsel, vi har kun oversikt over hvor mange som får tilsendt forespørselen via lederne, og hvor mange som responderer på spørreskjemaet. Rekruttering skjer via avdelingslederne.

### **Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?**

Når deltakere velg å respondere på spørreskjemaet regnes det som samtykkeerklæring om deltakelse. Dette står tydelig i informasjonsskrivet til dem. Dersom deltakerne ønsker å trekke tilbake sitt samtykke, kan de ta kontakt med oss på email eller telefon når som helst under prosessen. Kontaktinformasjonene oppgis i informasjonsskrivet.

### **Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?**

Deltakerne kan få innsyn, retting eller sletting ved å ta kontakt med oss. Kontaktinformasjonen finnes i informasjonsskrivet til dem.