



# Flerkulturalitet i opplæring av helsefagarbeidere

Multiculturalism in the training of health care workers

Oddhild Peggy Bergsli

OsloMet – Storbyuniversitetet, Norge (oddhild@oslomet.no)

## Abstract

This study will focus on multicultural competence as a topic in vocational training of health care workers in upper secondary school in Norway. The research question is: How do vocational teachers practice multiculturalism in health care worker vocational education? According to OECD, multiculturalism is one of the core competencies of the 21st century. The need of healthcare professionals with expertise in multicultural sensitivity and health-communication will increase in the years ahead because this competence is essential for a good and caring professional health care. The theoretical perspective is related to a theoretical conceptual understanding of multicultural competence and to vocational didactic perspectives on health care worker vocational training.

The data collection is based on semi-structured interviews with vocational teachers. The key findings show that multicultural issues are rarely highlighted in education and that multicultural topics are rarely linked to vocationally relevant professional tasks. Topics as health-communication and diet were poorly elucidated from a multicultural perspective. There will be a need to implement various occupationally relevant multicultural issues in health worker vocational training to prepared for the multicultural professional life.

**Keywords:** multiculturalism, health care worker education, vocational teachers, health communication, diet



## Innledning

Denne artikkelen belyser hvordan flerkulturell kompetanse blir vektlagt av yrkesfaglærere i utdanningsprogrammet helse- og oppvekstfag (HO) og programområdet helsearbeiderfaget trinn 2 (vg2) på videregående skole i Norge. Flerkulturell kompetanse vurderes som en nøkkelkompetanse i det 21. århundret (OECD, 2019; Teräs & Lasonen, 2013). Læreplanene i Kunnskapsløftet 2006 (LK06), som var styrende da denne studien ble gjennomført, har et tydelig flerkulturelt perspektiv. Dette er videreført i den nye reformen, Fagfornyelsen (LK20), som ble innført for grunnskole og videregående skole høsten 2020. I vg1 helse- og oppvekstfag står det at "eit viktig føremål med opplæringa er at den skal medverke til fleirkulturell forståing på oppvekst-, helse- og sosialfeltet" (Utdanningsdirektoratet [Udir], 2016, s. 2).

Vi vil i stadig større grad møte mennesker med ulik tro, verdier og livsstil, noe som øker behovet for kunnskap om et mangfoldig samfunn. I vårt flerkulturelle samfunn utfordres etablerte væremåter og praksis ved nye måter å tenke og agere på (Lasonen & Teräs, 2016). Evne til omstilling og endring er særlig preserende innenfor helse- og omsorgsykker, spesielt for helsefagarbeidere som daglig står i direkte kontakt med pasienter eller klienter med annen land- og kulturbakgrunn. Samfunnets behov for helsefagarbeidere vil i årene fremover øke, og den flerkulturelle kompetansen kan være selve forutsetningen for en god og omsorgsfull yrkesutførelse (Hjemås et al., 2019).

Ifølge Koenen et al. (2015, s. 1) bør det være en sammenheng mellom utdanningene og arbeidslivets behov for kompetanse. De sier følgende: "The idea of competences was introduced in higher education because of the disconnection between what was taught in classes and what was needed in the labour market." Det kan være grunn til å reise spørsmål ved om det eventuelt kan være diskrepans mellom yrkesopplæringens innhold i videregående skole og samfunnets behov for helsefagarbeidere med flerkulturell kompetanse.

Studier viser at helsepersonell, som leger og sykepleiere, mener at egne utdanningsinstitusjoner ikke har gitt dem den nødvendige kompetansen om flerkulturell forståelse (Alpers, 2017; Nielsen & Birkelund, 2009). Studier av helsearbeiderfagutdanningen som belyser opplæring i flerkulturelle temaer er begrenset. Derfor kan denne studien være et bidrag inn i denne tematikken.

## Studiens design og forskningsspørsmål

Studien retter søkelyset mot opplæringens innhold og form sett fra yrkesfaglærernes perspektiv. Det betyr at flerkulturalitet eller flerkulturell kompetanse ikke er interessant i seg selv, men at søkelyset blir rettet mot hvordan yrkesfaglærerne knytter flerkulturalitet i opplæringen til temaene kultursensitivitet og

flerkulturell helsekommunikasjon. Med dette som utgangspunkt har studien følgende problemstilling: *Hvordan praktiserer yrkesfaglærere flerkulturalitet i helsearbeiderfagutdanningen?*

Med analyse av aktuelle styringsdokumenter og intervju av yrkesfaglærere med undervisningserfaring fra programområdet helsearbeiderfagutdanning i utdanningsprogrammet helse- og oppvekstfag, vil jeg videre utforske lærernes flerkulturelle kompetanse. Tema som berøres vil blant annet være tidligere yrkespraksis og utdanning, og om dette eventuelt kan spille inn på hvordan de praktiserer flerkulturalitet i sin nåværende undervisning. Dette ledet meg til følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan vurderer yrkesfaglærere sin egen flerkulturelle kompetanse?

Temaer knyttet til flerkulturalitet er nedfelt i læreplanverket for Kunnskapsløftet 2006, som denne studien relaterer seg til. Jeg ønsket derfor å undersøke på hvilke måter lærere integrerte flerkulturelle problemstillinger i sin undervisning, noe som ga følgende forskningsspørsmål:

2. Hvordan implementerer yrkesfaglærere flerkulturalitet i opplæringen?

En av helsefagarbeiderens oppgaver er blant annet å gi omsorg og veiledning til pasienter med annen land- og kulturbakgrunn og møte mennesker i ulike livssituasjoner (Udir, 2018, 2020). Det er derfor av betydning at opplæringen i helsearbeiderfaget implementerer flerkulturalitet slik at helsefagarbeidere kan gi kulturtilpasset omsorg til pasienter.

Feltbeskrivelse: Samfunnets behov og læreplanens kompetansemål

### **Samfunnets behov for helsefagarbeidere**

De fleste autoriserte helsefagarbeidere finner vi i kommunal sektor. Av totalt 55 000 årsverk i 2017, er 47 000 helsefagarbeidere, det vil si 83 prosent, i kommunal sektor (Hjemås et al., 2019, s. 48). Med økt andel av befolkningen med annen land- og kulturbakgrunn, samt økning av levealder, trenger vi flere helsefagarbeidere generelt og flere helsefagarbeidere med flerkulturell kompetanse spesielt (Blom, 2010; Kumar et al., 2010, s. 56; Telle, 2016). Dette står i kontrast til en svak nedgang i antall helsefagarbeidere som blir utdannet per år (Hjemås et al., 2019, s. 48). Ut fra Utdanningsdirektoratets statistikk ble det uteksaminert 3805 helsefagarbeidere i 2019 (Udir, 2019). Fremskrivningene av utdannede helsefagarbeidere mot 2035 viser et underskudd på 18 000 årsverk (Hjemås et al., 2019, s. 49).

## Helsearbeiderfagutdanningen

Utdanningen som helsefagarbeider i videregående skole i Norge er bygd opp etter modellen to år i skole og to år i lære. Utdanningen starter med et bredt grunnleggende videregående trinn 1 (vg1), helse- og oppvekstfag, som leder til mer spesialiserte fagområder andre år, trinn 2 (vg2), hvor helsearbeiderfaget er ett av 11 programområder. Etter fullført to år i skole (vg1 og vg2) foregår tredje og fjerde år av opplæringen i bedrift (vg3), den såkalte læretiden. Etter endt utdanning (fire år) avlegges en praktisk/teoretisk fagprøve som grunnlag for autorisasjon og som gir yrkestittel helsefagarbeider. Helsefremmende arbeid, kommunikasjon og samhandling og yrkesutøvelse er tre programfag som er gjennomgående i hele utdanningsløpet. I tillegg til fellesfag som norsk, engelsk, matematikk og naturfag, har elevene et fag som heter yrkesfaglig fordypning (YFF). Formålet med YFF er å gi elevene mulighet til å oppleve realistiske arbeidssituasjoner på ulike læringsarenaer. Opplæringen kan foregå i skole eller i ulike bedrifter, hvor elevene får opplæring i yrkesoppgaver og ulike arbeidsmåter.

## Læreplanens flerkulturelle perspektiv

I formålet for helsearbeiderfaget finner vi det flerkulturelle samfunnsperspektivet uttrykt slik: "Opplæringen i faget skal utvikle evne til å møte mennesker med ulik kulturell bakgrunn i ulike livssituasjoner og med ulik evne og mulighet for kommunikasjon" (Udir, 2018, s. 2). Opplæringen skal altså bidra til å utvikle elevens evne til flerkulturell forståelse i møte med mennesker med ulike verdier, holdninger og erfaringer. Dette indikerer at det flerkulturelle perspektivet må ivaretas i opplæringen. Helsefagarbeideren skal kunne gi råd og veiledning til hele befolkningen, uavhengig av pasientenes kulturelle bakgrunn.

Det er bare noen få kompetansemål som eksplisitt viser til flerkulturelle aspekter. I programfaget kommunikasjon og samhandling på vg1 i LK06 heter det at eleven skal kunne "grunngi og vurdere egne holdninger og veremåtar når omsorg og utvikling hos brukaren er målet, uavhengig av kultur, religion, livsførsel og funksjonsnivå hos den andre" (Udir, 2006, s. 4), og på vg2 helsearbeiderfaget skal elevene vise "respekt og toleranse for andres kulturer og tradisjoner, livssyn [...] for å fremme fysisk og psykisk helse" (Udir, 2018, s. 5). I programfaget yrkesutøvelse på vg1 skal elevene "gjere greie for utfordringar og moglegheiter som vårt fleirkulturelle samfunn representerer for yrkesutøvinga i oppvekst, helse- og sosialsektoren", og "gi døme på korleis brukaren kan stimulerast til læring og opplevingar, uavhengig av alder, kulturtilhøyring og funksjonsnivå" (Udir, 2006, s. 5). Vi ser altså et tydelig flerkulturelt perspektiv både i formålsformuleringen og i enkelte kompetansemål i programfagene. Formålet er førende for opplæringen generelt sett, noe som indikerer et flerkulturelt perspektiv også i de kompetansemål som ikke eksplisitt uttrykker flerkulturalitet.

## Tidligere forskning på det helsefaglige flerkulturelle feltet

Studier som omhandler helsefagarbeidere og flerkulturell opplæring er begrenset i en nordisk kontekst. Forskning knyttet til videregående opplæring og flerkulturelle temaer handler gjennomgående om skolefravall og valg av utdanningsprogrammer (Abrassart et al., 2020; Andersen et al., 2018; Arslan, 2019). Derimot finnes det noen studier om flerkulturalitet i profesjonsutdanninger innen sykepleie både i Norge og Danmark (Alpers, 2017; Alpers & Hanssen, 2014; Nielsen & Birkelund, 2009). Studien til Tuncel og Paker (2018) viser at helsefagstudenter fikk større forståelse for ulike flerkulturelle problemstillinger etter at de gjennomførte flerkulturelle kommunikasjonskurs.

En norsk studie av innvandrerkvinnens erfaringer med helsepersonell viser at de i liten grad opplevde kultursensitive råd og veiledning om fysisk aktivitet og kosthold knyttet til sin sykdom (Bergsli & Hellne-Halvorsen, 2020). En annen norsk studie viser at 71 prosent av somaliske kvinner ikke forstår eller greier å anvende den helseinformasjonen som gis og som er avgjørende for gode helsevalg (Gele et al., 2016). Dette kan indikere at den kommuniserte helseinformasjonen ikke alltid blir forstått og fulgt, noe som kan påvirke pasientens helse. Det er rimelig å anta at helsefagarbeideren i sin yrkesutøvelse vil møte pasienter som trenger kultursensitive råd og informasjon. Kulturkompetent omsorg og veiledning kan være med på å redusere helseforskjeller i befolkningen, hevder Blanchet Garneau (2016). Flere studier viser at helsepersonell med kunnskap om klienters/pasienters historiske og sosiokulturelle bakgrunn gir bedre kultursensitiv omsorg (Serizawa, 2007; Tayab & Narushima, 2015).

## Teoretisk forankring

Studiens teoretiske forankring knytter seg dels til teoretisk begrepsforståelse av flerkulturell kompetanse, dels til yrkesdidaktiske perspektiver på helsearbeiderfagopplæringen.

### **Flerkulturell kompetanse**

Ifølge Horntvedt innebærer begrepet flerkulturalitet mennesker med ulik etnisk bakgrunn, inkludert den norske majoritetsbefolkningen (Horntvedt, 2015, s. 46). Flerkulturell eller flerkulturalitet er begreper som kan ha ulikt betydningsinnhold basert på hvilken fagtradisjon man slutter seg til, for eksempel innen sosialantropologi, sosiologi og psykologi (Dypedahl & Bøhn, 2017, s. 16; Eriksen, 2001, s. 9–21; Kasin, 2008, s. 55). Begrepene kan også oppleves omstridt fordi det kan forutsette klare grenser mellom kulturer, noe det ofte ikke er. I denne studien forankrer jeg forståelsen av begrepene til et helsefaglig perspektiv på kultursensitivitet og flerkulturell helsekommunikasjon. Dette perspektivet indikerer at

kunnskap for andres kulturelle preferanser og måter å kommunisere på er avgjørende for gode helsevalg.

#### *Flerkulturell yrkeskompetanse*

Koenen et al. (2015) hevder at kompetansebegrepet brukes veldig ulikt. Selv definerer de det som et integrert sett av kunnskaper, ferdigheter og holdninger, og sier at en kompetansebasert utdanning er en utdanning hvor kunnskaper, ferdigheter og holdninger er integrert og utvikles gjennom arbeid med autentiske yrkesoppgaver og yrkesutfordringer. Kunnskapsdepartementets definisjon av kompetanse er: "Kompetanse er evnen til å løse oppgaver og mestre komplekse utfordringer. Elevene viser kompetanse i konkrete situasjoner ved å bruke kunnskaper og ferdigheter til å løse oppgaver" (Meld. St. 28 (2015–2016), s. 28). Weigel et al. (2007) poengterer derimot at det å inneha kompetanse ikke bare handler om å anvende kunnskap i spesifikke kontekster, men at det også handler om å kunne noe om verdimønster, flerkulturelle spenninger og samfunnsforandringer. Personlighet, som Aakernes (2020, s. 11) tilfører i sitt kompetansebegrep, er viktig for helsefagarbeiderens yrkesutøvelse. Dette kan være vanskelig å måle og dokumentere, men ikke desto mindre viktig for en helsefagarbeiders yrkeskompetanse.

#### *Kultursensitivitet*

Kultursensitivitet handler om å være følsom overfor egne og andres kulturelle preferanser, altså det å vise forståelse og respekt for andres verdier og unikhet (Qureshi, 2009, s. 209) og kompetanse til å forstå kulturelle forskjeller (Papadopoulos et al., 1998; Tuncel & Paker, 2018, s. 198). Eller som Deardorff (2006, s. 247) sier: "Knowledge of others; knowledge of self; skills to interpret and relate; skills to discover and/or to interact; valuing others' values, beliefs, and behaviors; and relativizing one's self." Dette innebærer altså en gjensidighet i møte mellom mennesker (Ohldieck, 2018, s. 23) der påvirkningene skjer begge veier, i dette tilfellet både for helsefagarbeideren og for pasienten. Qureshi (2009) påpeker at det er viktig å kunne skille mellom hva som er kulturbetinget, allmennmenneskelig og individuelt i samhandling med pasientene. Det å bli mer bevisst på egen kulturelle bakgrunn, kjenne sin egen kulturelle identitet og dens påvirkning, er av betydning for å forstå andre kulturer og derved utvikle respekt og toleranse for andre (Papadopoulos et al., 1998).

#### *Flerkulturell helsekommunikasjon*

Health literacy (HL) har kommet inn i fagterminologien de senere årene. Jenum og Pettersen (2014, s. 272) definerer HL som "personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som er avgjørende for enkeltindividets evne til å få tilgang til, forstå og anvende helseinformasjon for å fremme og ivareta god helse". Helsekommunikasjon handler altså om måter å kommunisere på som kan arte seg ulikt for ulike

kulturer. Det kan ofte vise seg at det kan være betydelig avstand mellom det helsepersonell antar at pasienter forstår og det pasientene faktisk forstår (Bellander & Karlsson, 2019; Jenum & Pettersen, 2014). Horntvedt (2015) sier at enhver kultur har tause regler og normer som former og styrer våre handlinger og måter å kommunisere på, noe som kan føre til usikkerhet og misforståelse for andre. Helsefagarbeiderens kunnskap og forståelse for ulike kommunikasjons- og væremåter kan gi grunnlag for at pasienter fra andre kulturer får en god og profesjonell omsorg. For med økende innvandrerbefolkning vil yrkesutøvelsen for kommende helsefagarbeidere forandre seg i takt med en stadig mer sammensatt pasientgruppe med ulike kulturelle koder, tankesett og kommunikasjonsstiler (Dypedahl & Bøhn, 2017; Nielsen & Birkelund, 2009). Nielsen og Birkelunds studie viser for eksempel at smerteuttrykk skapte vanskeligheter i kommunikasjon og interaksjon mellom pasient og helsepersonell. Opplæring og forståelse i forskjellige tankesett eller kommunikasjonsstiler kan være med på å hindre misforståelser i møte med pasienter (Dypedahl & Bøhn, 2017). Dette bringer studien videre til hvordan yrkesfaglæreren tilrettelegger den yrkesdidaktiske opplæringen i flerkulturalitet.

### **Yrkesdidaktisk helsefagopplæring**

Yrkesdidaktikk handler om relevante undervisnings- og læringsprosesser i både skole og arbeidsliv med vekt på kobling av og sammenheng mellom yrkesteoritisk kunnskap og praksiserfaringer (Hiim & Hippe, 2001). Det yrkesdidaktiske perspektivet avgrenses her til yrkesretting, relatert til flerkulturell kompetanse i opplæringen av helsefagarbeidere.

#### *Yrkesretting*

Yrkesopplæringens mål er at elevene skal tilegne seg grunnleggende og relevant yrkeskompetanse for sin fremtidige yrkesutøvelse (Hiim & Hippe, 2001, s. 31). For at elevene skal være i stand til å møte endringer i arbeidsliv og samfunn (Meld. St. 28 (2015–2016), s. 6), forutsettes en yrkesrettet og relevant opplæring etter samfunnets behov for kompetanse (Johansen, 2020; Kunnskapsdepartementet, 2015; Sund et al., 2009). Yrkesretting av utdanning forutsetter en systematisk analyse og kritisk vurdering av sentrale yrkesfunksjoner og -oppgaver (Aakernes & Hiim, 2019). Kultursensitiv omsorg, pleie og kosthold er viktige aspekter i å yrkesforankre helsearbeiderfagutdanningen for å gjøre den relevant og samfunnsnyttig. Dette er i tråd med Koenen et al. (2015) sin beskrivelse av hovedprinsippene ved kompetansebasert yrkesopplæring. Innholdet i opplæringen bør fra deres perspektiv bygge på og være organisert om sentrale autentiske yrkesoppgaver, som i denne sammenheng handler om kultursensitivitet. Tidligere forskning har vist at undervisningen i yrkesfagområdene kan bære preg av den enkelte lærers tolking av læreplanene, deres interessefelt og det de kan mest om selv (Hiim, 2013; Hiim & Hippe, 2001, s. 26). Dette kan føre til avstand mellom

skolekontekstens innhold og det som møter elevene i arbeidslivet. I forskningen til Bødtker-Lund et al. (2017) uttaler lærerne at de har et behov for mer oppdatert yrkesfaglig kompetanse.

I YFF kan elevene ha anledning til å møte og kommunisere med virkelige pasienter med ulik kulturell bakgrunn. Yusof et al. (2017) hevder at man oppnår best kompetanse i kulturell helsekommunikasjon når man befinner seg i virkelige interaksjoner. Ved å bruke elevenes praksiserfaringer kan praksisnære og simulerte oppgaver bidra til å koble teori og praksis sammen. Et eksempel kan være måltidsrelaterte oppgaver knyttet til flerkulturelle mattradisjoner eller omsorgsoppgaver med vekt på ulike kommunikasjonsstiler. Her kan skole og bedrift ses på som to sammenhengende læringsarenaer (Gilje, 2017; Grimen, 2008; Smeby, 2013) der elevene får utviklet sin praktisk og teoretisk helhetlige yrkeskompetanse. Det vil være interessant å undersøke om lærere trekker helsearbeiderfagelevenenes opplevelser og erfaringer med flerkulturalitet fra YFF inn i skolekonteksten og knytter teori til erfaringene de har ervervet seg.

Det kan være komplisert å lære og forstå kulturelle koder gjennom teoretisk kunnskap, i og med at det kan innebære at nyansene i de kulturelle kodene ikke kommer tydelig frem. Det kan dreie seg om å agere på en annen måte enn det den enkelte elev kjenner til når det gjelder for eksempel erfaringer knyttet til kjønn, kroppsvask og påkledning. Slike erfaringer kan stimulere eleven til refleksjon og ny kunnskap, noe som kan være med på å skape nye holdninger som inngår i helhetlig yrkeskompetanse. Dette kan være med på å utfordre eventuelle fastlåste eller endimensjonale kulturelle preferanser. Å rette oppmerksomheten mot erfaringsbaserte flerkulturelle problemstillinger i opplæringen vil kunne være med på å utvikle forståelsen av komplekse kulturelle holdninger og væremåter og dermed bidra til å utvikle den flerkulturelle kompetansen til elevene.

## Metode

### Kvalitative intervjuer

Formålet med denne studien er å få frem lærernes erfaringer med og implementering av flerkulturalitet i opplæring og hvordan denne opplæringen eventuelt gjennomføres.

Datagrunnlaget baserer seg på ti kvalitative semistrukturerte intervjuer med yrkesfaglærere på helse- og oppvekstfag hvor alle har erfaring med undervisning på helsearbeiderfagutdanningen. Intervjuene ble gjennomført på lærernes respektive skoler. Intervjuguiden ble forelagt informantene under selve intervjuet, og dreide seg om åpne spørsmål knyttet til lærernes vurderinger av egen flerkulturelle kompetanse, flerkulturelle tema som tas opp i helsearbeiderfagopplæringen og hvordan elevenes flerkulturelle praksiserfaringer integreres i



opplæringen. Intervjuene, som varte fra 60 til 90 minutter, ble tatt opp på lydfil og deretter transkribert (Postholm, 2010).

### Informanter

Studien omfatter fire ulike videregående skoler – tre i Oslo og én i Akershus, nå Viken. Skolene må betraktes som storbyskoler preget av flerkulturelle elevgrupper, der tre av skolene hadde hovedvekt av elever med annen landbakgrunn, mens den fjerde hadde hovedvekt av elever med etnisk norsk bakgrunn. Informasjon om prosjektet ble sendt til avdelingsleder ved to skoler og direkte til lærere ved de to andre skolene.

Informantene i studien fordeler seg på ni kvinnelige og én mannlig lærer. Fem av informantene var utdannet yrkesfaglærere og fem var utdannet faglærere i ernæring, helse og miljøfag, en utdanning som ble endret til yrkesfaglærerutdanning i helse- og oppvekstfag i år 2000. Alle omtalte seg selv om yrkesfaglærere. I tabell 1 er begge yrkestitler brukt. Fem av informantene hadde helsefagarbeiderbakgrunn og fem hadde en annen landbakgrunn enn norsk og omtalte seg selv som innvandrere.

Tabell 1. Oversikt over informanter, utdanningsbakgrunn, antall år som lærer og kjønn.

	Tittel/utdanningsbakgrunn	Antall år som yrkesfaglærer	Kjønn
Informant 1 (i1)	Yrkesfaglærer	1	K
Informant 2 (i2)	Yrkesfaglærer	2	M
Informant 3 (i3)	Faglærer	Ca. 30	K
Informant 4 (i4)	Faglærer	Ca. 12	K
Informant 5 (i5)	Faglærer	Ca. 20	K
Informant 6 (i6)	Yrkesfaglærer	5	K
Informant 7 (i7)	Yrkesfaglærer	1	K
Informant 8 (i8)	Faglærer	Ca. 35	K
Informant 9 (i9)	Yrkesfaglærer	6	K
Informant 10 (i10)	Faglærer	17	K

### Forskerrolle og etiske betraktninger

Som tidligere faglærer i ernæring, helse og miljøfag med undervisningserfaring fra helse- og oppvekstfag, er jeg både en insider og en outsider i feltet (Kvernbekk, 2005). Som forsker er jeg en outsider med mitt utenfrablikk, men samtidig en insider som tidligere faglærer og med kjennskap til opplæringen. Derfor har det vært viktig for meg å være bevisst at det som ikke er i overensstemmelse med egne erfaringer ikke blir oversett, tolket eller fylt ut slik at det passer med egen historie (Thagaard, 2018). Kvale hevder at forkunnskaper og

erfaringer om forskningstemaet nettopp gir grunnlag og forutsetning for gyldige tolkninger (Kvale, 1997).

Relasjonen mellom meg som forsker og lærerne jeg forsker på vil i utgangspunktet være preget av et asymmetrisk maktforhold (Kvale & Brinkmann, 2015). Kritisk blikk på mine egne verdier, holdninger, førforståelser eller interesser ble viktig for at informantenes stemme skulle bli hørt. Dette ble gjort med kontinuerlig kontroll av informasjonen, hvor lærerne gjentok eller bekreftet det som ble sagt.

Alle lærerne i studien ble informert om at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg fra studien når som helst. Samtidig ble alle lærerne anonymisert. Studien er lagt frem for Norsk senter for forskningsdata (NSD) med prosjektnr. 37670.

### **Validitet**

Denne forskningen har altså en begrenset ekstern validitet fordi den har et begrenset antall informanter og antall skoler. Men ifølge Postholm (2010, s. 164) er "validitet i kvalitativ analyse mer avhengig av mangfoldet i informasjonen og forskerens evne til å analysere enn utvalgets størrelse". Selv om studien har få informanter, har lærerne ulike undervisningserfaringer og ulik yrkesbakgrunn, noe som kan indikere rikholdig informasjon.

### **Analyse og presentasjon av dataene**

De semistrukturerte intervjuene ble transkribert, og dette ga grunnlag for kategorisering og koding som ble satt opp i meningsbærende enheter. Her ble relevante fellestrekk i materialet brukt som utgangspunkt for abstraksjon og sammenfatning i tråd med Malteruds firetrinns analysemodell (2017). Jeg har forholdt meg til systematisk tekstkondensering som metode for analysen av datamaterialet. Første trinn i prosessen var å lese gjennom de transkriberte intervjuene nøye for å få et helhetsinntrykk av lærernes fortellinger om flerkulturelle erfaringer i sine møter med pasienter og hvordan de brukte flerkulturell tematikk i undervisningen. Deretter ble dataene tematisert i meningsmønstre og likheter som grunnlag for kodifisering, som til slutt resulterte i en sammenfatning av tre kategorier med beskrivende sitater. Følgende kategorier utkrystalliserte seg: lærernes vurdering av egen flerkulturelle kompetanse, lærernes bruk av elevenes flerkulturelle praksiserfaringer og yrkesretting med vekt på flerkulturelt kosthold, flerkulturell helsekommunikasjon og kultursensitivitet.

## Resultater

### Lærernes vurdering av egen flerkulturelle kompetanse

I intervjuene med lærerne ønsket jeg å få innsikt i hvordan lærerne vurderte sin egen flerkulturelle kompetanse basert på deres tidligere yrkeserfaringer som helsefagarbeidere og fra deres tidligere utdanning. Ingen av lærerne kunne med sikkerhet huske at flerkulturalitet var blitt tematisert i yrkesfaglærerutdanningen eller faglærerutdanningen, noe som er forståelig siden det er komplisert å huske tilbake til tema som gjennomgås i løpet av et studium og er tilbakelagt i et tidsperspektiv. Men en av lærerne sier følgende: "Mulig vi hadde noe om dette i yrkesfaglærerutdanningen, men jeg husker egentlig ikke" (i2). En annen sa at "jo, jeg mener vi hadde et arbeidskrav knyttet til noe med kultur, men det er ikke noe som har festet seg i minnet" (i1).

Derimot fortalte flere om erfaringer med flerkulturelle problemstillinger fra sin egen yrkesutøvelse som helsefagarbeidere. Som yrkesutøvere skulle de håndtere utfordringer de ikke hadde kunnskap eller kompetanse om – "føltes ikke greit", sa en av informantene (i1). En lærer mente hun var heldig som etter hvert fikk delta på kurs der de tok opp ulike kulturelle væremåter, for eksempel uttrykk for glede og smerte. Hun sier følgende: "Ja, der jeg jobbet før, så hadde vi litt kursing, for der var det jo litt mer flerkulturelle pasienter" (i6). Hun fortalte at hun ble utrygg i yrkesutøvelsen da pasientene uttrykte smerte og frustrasjon på en måte hun ikke kjente. Men, fortsetter hun: "Etter hvert fikk jeg større forståelse for dette med flerkulturelle uttrykk som ble lettere å håndtere etter hvert, jeg kunne ingenting om dette i utgangspunktet" (i6). En annen lærer sier: "Jeg ble redd når pasientene uttrykte seg på en annerledes måte enn jeg selv gjør" (i5). Hun fortalte at "jeg greide ikke å håndtere pasientene på en hensiktsmessig og respektfull måte" (i5).

Noen av lærerne fortalte at de ofte ble passive tilskuere når slikt oppsto. En av lærerne husker at hun kalte dette for "opptrinn" (i9) den gangen. Hun refererte til en hendelse med en pasient som "ga fra seg masse hyl, jamret og gråt" (i9). Det var vanskelig å håndtere for personalet. Hun sa: "Mine kunnskaper om kulturelle koder var mangelfulle og muligens snevre, og det samsvarte ikke med den måten jeg hadde lært å uttrykke smerte på" (i9). Hun hadde ikke reflektert over hvordan hennes eget reaksjonsmønster generelt var, og hadde heller ikke lært om ulike tankesett eller kommunikasjonsstiler, slik som Dypedahl og Bøhn (2017) hevder er viktig for å forstå andre kulturer.

En annen lærer fortalte om sine erfaringer i forbindelse med måltidet på sykehjemmet. Dette var et tema som ikke var berørt i hennes opplæring, og dermed oppsto det hun kaller for "en vanskelig situasjon". Læreren forteller:

Det var ikke kunnskaper verken hos oss eller hos brukeren når det gjaldt kosthold, på hva de skulle spise med hensyn til sykdommen og kulturelle preferanser. Vi

visste ikke helt hva vi skulle gjøre i forhold til kostholdet, i alle fall på den tiden for meg var det ikke noe jeg hadde satt meg inn i. (i1)

Flere av lærerne forteller om lignende hendelser. En annen forteller:

Vi hadde pasienter med innvandrerbakgrunn, og når jeg nå tenker tilbake til dette, så blir jeg flau over at vi hadde så lite kunnskap. Jeg vet at vi tilpasset ikke maten, vi bestemte ikke maten, ja, vi tenkte ikke på dem, pasientene altså, som kom til oss. (i5)

For å illustrere hvor galt det kan gå, fortalte en av lærerne om en hendelse hun gjerne skulle vært foruten. De hadde en dement muslimsk pasient på avdelingen som ble gitt svinekjøtt en gang fordi de ikke kunne noe om pasientens kosthold. Dette skapte frustrasjoner og sinne hos ansatte når de oppdaget hva de hadde gjort. De diskuterte hendelsen i teamet og var enige om at dette var en uetisk og uklok handling som ikke burde forekommet.

Noen av lærernes tidligere yrkeserfaring indikerer at de har fått innsikt i flerkulturelle problemstillinger og oppnådd en viss kompetanse i flerkulturalitet. Derimot synes ikke deres tidligere utdanning å ha gitt dem slik kompetanse, verken deres fagopplæring som helsefagarbeidere eller yrkesfaglærerutdanningen. Alle var derimot enige om at dette måtte få mer plass i begge typer utdanninger.

### Lærernes bruk av elevenes flerkulturelle praksiserfaringer

På spørsmål om hvorvidt elevenes flerkulturelle erfaringer fra yrkespraksis blir diskutert, analysert og anvendt i skolekontekst, var svarene relativt like. En lærer forklarer dette slik: "Som oftest blir det en kort oppsummering av erfaringer når elevene kommer tilbake til skolen" (i4). På spørsmål om hvorvidt erfaringene blir belyst ut fra flerkulturelle perspektiver, sier en av informantene "nei, ikke i vesentlig grad, hvis ikke elevene selv ønsker å dele når vi snakker om de ulike temaene" (i10). Det var gjennomgående at elevene delte erfaringer hvis de ønsket det. Dette indikerer at elevenes erfaringer ikke settes i en flerkulturell begrepsramme, og at læreren ikke styrer opplæringen i retning av å gi elevene større innsikt i og forståelse for flerkulturelle temaer. Lærerne fortalte at det ikke var veldig mange pasienter per i dag på norske sykehjem med annen landbakgrunn enn den norske, men i hjemmesykepleien var det flere. Siden elevene i hovedsak er utplassert på sykehjem, var det hovedforklaringen på hvorfor ikke temaet ble belyst. Men lærerne syntes det var problematisk når de selv var på praksisbesøk hos elevene og observerte at helsepersonell og pasienter ikke forsto hverandre på grunn av språklige barrierer. På spørsmål om dette ble diskutert i klassen i etterkant, så var ikke det tilfellet. En lærer gir følgende refleksjoner til dette: "Ja, dette kunne være en fin anledning til å vinkle undervisningen inn på flerkulturelle problemstillinger, men det har jeg ikke tenkt på" (i8).

Lærerne kom også raskt inn på dette med lærebøker og læremateriell. De mente at læremateriellet i liten grad tematiserer flerkulturalitet, og at de dermed ikke fikk noe drahjelp herfra. Som en lærer sa: "Dermed er det lett å glemme

dette" (i7). En annen lærer sa: "Det hadde vært fint å bruke elevenes flerkulturelle praksiserfaringer og knytte disse til lærebøkens teoretiske innhold, men dette gjør vi dessverre i liten grad" (i5). Det samme uttrykte en annen lærer: "Jeg skulle ønske vi brukte elevenes flerkulturelle praksiserfaringer mer og at lærebøkene omhandlet temaet på en annen måte" (i3). Selv om vi finner det flerkulturelle perspektivet uttrykt både i formålet og i kompetansemålene i læreplanen for helsearbeiderfagutdanningen, ble ikke dette tatt hensyn til. "Jeg tror vi er veldig styrt av lærebøkene våre, det må jeg innrømme", sier en av lærerne (i2).

### **Yrkesretting med vekt på flerkulturelt kosthold, flerkulturell helsekommunikasjon og kultursensitivitet**

Dette omhandler blant annet hvordan teoretiske kunnskaper og praksiserfaringer gjøres yrkesrelevante for helsefagarbeiderens fremtidige yrkesutøvelse.

#### *Flerkulturelt kosthold*

Bli opplæringens kompetansemål i kosthold kulturtilpasset og yrkesrettet? Om dette forklarer en av lærerne at "jo, tema som halal og faste er noe vi jobber med" (i2). Videre sier en annen: "Hvis vi har elever som for eksempel er muslimer, så kjøper vi inn halal-kjøtt og bruker det i undervisningen" (i8). En annen forteller lignende: "Hvis ingen av elevene selv bruker halal-mat, så blir selvfølgelig ikke dette innkjøpt" (i6). "Men vi snakker om hva halal er da, altså vi forklarer hva ordet betyr" (i4), sier en annen. En av lærerne presiserer: "...utgangspunktet er om elevene faster og har et muslimsk kosthold, da er det lettere å forholde seg til dette" (i3). "Vi må være forsiktige også slik at vi ikke sårer elevene ved å stigmatisere kulturer", sier en annen (i10). Ut fra det lærerne fortalte, var kostholdsundervisningen kun elevsentrert, altså om elevene selv hadde for eksempel et muslimsk kosthold. Ut fra lærernes fortellinger ble undervisningen lite tilrettelagt mot elevenes fremtidige yrke. En lærer sier at "elevene får ofte bestemme selv hva vi skal lage på kjøkkenet" (i8). På spørsmål om det ble tenkt yrkesretting i lys av kulturelle tilpasninger, ble svaret "nei" (i8). Dette gjelder også norsk tradisjonsmat, rettet mot den største brukergruppen av helsetjenester. Forklaringen synes å være at elevene får stort sett selv bestemme hva de vil lage, og da er "ikke norsk tradisjonsmat populært", hevder en lærer (i6). Å bruke elevenes interesser samsvarer ikke nødvendigvis med det de møter i yrkeslivet. Lærerne ble også spurt om hvorvidt elevene lærer noe om tabuer om mat, krydder, matvaresammensetninger og sykdommer knyttet til et flerkulturelt kosthold. Her ble svaret gjennomgående nei, bortsett fra diabetes. "Vi snakker om sykdommen diabetes, da", sier en av dem (i9), og en annen sier at "det er mange fra Pakistan for eksempel som har fått denne diagnosen" (i5). "Men vi har ikke fokus på selve matlagingen og sykdommer", sier en av lærerne (i4), som også nevner stor utbredelse av diabetes blant pakistanske kvinner.

Funnene forteller at lærernes undervisning i temaet kosthold og ernæring ikke ble nevneverdig yrkesrettet og tilpasset pasientgrupper fra andre land og kulturer. Ut fra kompetansemålene i helsearbeiderfagutdanningen bør kostholdsundervisningen være yrkesrettet, men slik lærerne uttalte seg om dette, var ikke dette tilfellet. Temaet ble i hovedsak styrt av elevenes impulsive preferanser, bortsett fra halal og faste.

### **Flerkulturell helsekommunikasjon og kultursensitivitet**

Helsepersonells kommunikasjonsferdigheter kan ha store konsekvenser for pasienter med lav *health literacy*, altså pasientenes evne til å forstå og kommunisere om egen helse. Elevene vil etter all sannsynlighet møte disse pasientene i sin yrkeskarriere – derfor er det interessant å få et innblikk i hvordan lærerne berører temaet flerkulturell helsekommunikasjon. En av lærerne forteller at hun utarbeidet en elevoppgave der elevene fikk i oppgave å spille en pakistansk pasient og en norsk pasient. Hensikten med elevoppgaven var å ”bevisstgjøre elevene hvordan de kommuniserte med pasientene ut fra ulike kulturelle bakgrunner” (i9). Resultatet ble det samme hver gang – ”de etnisk norske kjente til hvordan de ville kommunisere med fru Olsen, men de er mer tilbakeholdne når de skal kommunisere med fru Ali”, forteller hun (i9). Videre forteller hun at ”jeg synes det er vanskelig å utdype ulike kommunikasjonsstiler og kultursensitivitet” (i9). En annen lærer poengterte dette slik: ”At elevene lærer om ulike kommunikasjonsstiler, er viktig kunnskap som de vil få bruk for i praksis. Derfor trener vi på ulike kommunikasjonsuttrykk ved hjelp av rollespill” (i3). Hun var en av de få som tok tak i ulike kulturelle kommunikasjonsformer. Hun erfarte at rollespill var en god metode for å få frem det flerkulturelle perspektivet.

Lærerne var enige om at elevene burde lære om ulike kommunikasjonsstiler for å hindre misforståelser. De løftet og frem en annen dimensjon hvor elevene selv slet med det norske språket, både skriftlig og muntlig, noe som førte til kommunikasjonsutfordringer, både mellom elev-lærer og elev-pasient. Dette gjør opplæringen mer komplisert, og som en lærer sa: ”Dette belyses sjelden, men er ikke desto mindre viktig å ta opp” (i5). At elevene ikke behersket det norske språket, var en av grunnene til at temaene ikke ble yrkesrettet, mente flere, samt at de ikke hadde tenkt så mye over det å bruke elevenes flerkulturelle kompetanse. Det meste ble overskygget av at flere elever ikke kunne så godt norsk. En av lærerne sier følgende:

Mange av elevene kan ikke godt norsk, dette gjelder både skriftlig og muntlig, for du må ha denne kompetansen når du jobber i yrket. Særlig det muntlige språket, da, spesielt som helsefagarbeider. Det å uttrykke seg såpass dårlig som mange av dem gjør, gjør at kommunikasjonen med pasientene blir dårlig. Det kan jo være pasienter som hører dårlig og ser dårlig. De [pasientene] som er på sykehjem, er jo sykere nå, har jeg skjönt, enn de var før, for en 10–15 år siden da jeg selv jobbet i helsevesenet. (i8)

En lærer fortalte at da hun jobbet på en skole hvor det var flere elever med annen landbakgrunn, var dette med kulturelle problemstillinger mer nærliggende å snakke om. "Ingen av de arbeidsoppgavene jeg har laget til nå, inneholder noe av dette. Dette er litt flaut, men jeg har ikke koblet flerkulturalitet til det" (i5). Om årsaken sier hun videre:

Jeg føler at på den skolen jeg jobbet før, da var det så tydelig at vi var flerkulturelle, så hadde vi det flerkulturelle som det overordnede tema. Men på den skolen jeg er nå, er vi tilnærmet en etnisk hvit skole, hvis jeg kan kalle det det, så nå er det ikke mye søkelys på det. Ikke sånn overordnet på samme vis som før, da. (i5)

Hvis flerkulturelle tema ble tatt opp i undervisningen, var det rettet mot elevene selv, ikke at de ville møte en sammensatt pasientgruppe.

Selv om det flerkulturelle samfunn er beskrevet både i overordnet del av læreplanverket og i enkelte kompetansemål, er det få av lærerne som berører temaet. En av lærerne sier at "ja, det er jo kompetansemål i læreplanen, så da tar vi det opp, men ikke slik gjennomgående i hele opplæringsløpet. Egentlig så har jeg ikke tenkt så mye over det før du sier det" (i1). Lærerne poengterer at flerkulturelle spørsmål behandles som et avgrenset tema i undervisningen, i tråd med at lærebøkene behandler dette temaet i et separat kapittel. "Ja, det blir litt oppdelt, det er ikke så integrert i hverandre, og lærebøkene viser ikke dette heller", sier en av dem (i7). Funnene viser her at lærerne tematiserte flerkulturelle problemstillinger hvis elevene selv hadde en annen landbakgrunn og selv ønsket å snakke om dette.

## Diskusjon

Med det første forskningsspørsmålet ønsket jeg å få innsikt i om lærernes vurdering av sin egen flerkulturelle kompetanse kunne spille inn og være en forklaringsfaktor for hvordan de praktiserte flerkulturelle problemstillinger i egen undervisning.

Ifølge flere forskere er det å inneha flerkulturell kompetanse noe som vil være med på å gjøre det lettere å forstå og anerkjenne annerledeshet og bidra til å gjøre kommunikasjonen mellom pasienter og helsefagarbeidere mer hensiktsmessig (Blanchet Garneau, 2016; Jenum & Pettersen, 2014; Lasonen & Teräs, 2016). Derfor er flerkulturell kompetanse viktig både for elevene og for lærerne som skal formidle kunnskapen. For å få et innblikk i dette ønsket jeg å få frem lærernes egne yrkeserfaringer og eventuelle utdanning knyttet til flerkulturalitet. For noen tiår siden var flerkulturelle problemstillinger lite vektlagt i faglærerutdanningen eller yrkesfaglærerutdanningen, noe som forklarer at noen av informantene i studien ikke har denne kompetansen fra sin tidligere utdanning. Derimot er det påfallende at heller ikke relativt nyutdannede lærere med yrkesfaglærerbakgrunn husker noe spesifikt om dette fra sin lærerutdanning som "har satt spor", slik de

beskriver det. Dette kan bety at yrkesfaglærerutdanningen ikke har vektlagt flerkulturelle problemstillinger i opplæring av yrkesfaglærerne for å utvikle lærernes flerkulturelle kompetanse, noe som kan gi implikasjoner for opplæringen av helsefagarbeidere i videregående skole. Halvparten av lærerne i studien har selv bakgrunn som fagarbeidere, og har erfaring fra blant annet sykehjem og innenfor hjemmesykepleie. Noen av dem fortalte om hvordan de opplevde manglende kunnskap og erfaringer i møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn enn de selv hadde. Dette skapte både frustrasjoner og ubehageligheter, fortalte de, som de heller ikke ønsket for sine egne elever. Likevel synes informantene i denne studien i liten grad å bruke slike erfaringer og refleksjoner over sin egen faglige utrygghet og kulturelle væremåte i undervisningen. Ifølge både Tuncel og Paker (2018) og Papadopoulos et al. (1998) bør man være sin egen kultur bevisst for å kunne forstå andre. For eksempel fortalte lærerne at de aldri hadde tenkt over hvordan de selv reagerte på for eksempel smerte eller redsel og at dette kan uttrykkes ulikt i de ulike kulturene, slik Nielsen og Birkelund (2009) beskriver danske sykepleieres møte med pasienter fra andre kulturer. Fra sin praksis som helsefagarbeidere innså lærerne at de hadde liten kunnskap om pasientene de behandlet, noe som ifølge Serizawa (2007) og Tayab og Narushima (2015) er avgjørende i omsorgsarbeid. De hevder videre at helsearbeidere bør ha kjennskap til pasientenes historiske og sosiokulturelle bakgrunn for å kunne gi kultursensitiv omsorg. Dette er vesentlig for å redusere helseforskjeller, ifølge Blanchet Garneau (2016).

Studien viser altså at lærerne har hatt lite eller ingen opplæring i flerkulturalitet fra sin fagutdanning som helsefagarbeidere eller fra sin lærerutdanning. Samtidig synes heller ikke deres tidligere yrkespraksis å ha gitt dem økt flerkulturell kunnskap og kompetanse. Dette kan forklare at lærerne ikke forankrer egen undervisning av fremtidens helsefagarbeidere til flerkulturelle problemstillinger basert på deres tidligere erfaringer eller kompetanse. Dette er i tråd med Alpers (2017) og Nielsen og Birkelunds (2009) studier om at opplæring i flerkulturell forståelse i høyere helseutdanninger er liten, noe som i neste omgang bidrar til å undergrave aktualiteten av dette temaet i opplæringen av helsefagarbeidere i videregående skole. Mangelfullt kunnskapsgrunnlag og faglig utrygghet må derfor sies å få implikasjoner for innholdet i lærernes undervisning (Hiim & Hippe, 2001).

Med det andre forskningsspørsmålet ønsket jeg å få kunnskap om hvordan lærere implementerer flerkulturalitet i opplæringen i lys av lærerplanens formål og kompetansemål i helsearbeiderfagutdanningen (Udir, 2006). Helsearbeiderfagutdanningen utdanner fremtidens helsefagarbeidere, der opplæringen i et yrkesdidaktisk perspektiv bør yrkesrettes og gjøres relevant for de utfordringer som helsefagarbeidere møter i sin yrkespraksis. Dypedahl og Bøhn (2017) hevder at fremtidens helsefagarbeidere vil møte pasientgrupper med ulike kommunikasjonsmåter og livsverdener. Studien har i denne sammenheng vektlagt hvordan



flerkulturell kommunikasjon og elevenes praksiserfaringer implementeres i opplæringen. Basert på intervjuer av de ti yrkesfaglærerne, viser studien at lærerne sjelden tar opp flerkulturelle temaer generelt i undervisningen, slik de uttaler seg om dette.

Kunnskap om *health literacy* (Jenum & Pettersen, 2014), kulturell identitet (Papadopoulos et al., 1998) og kulturell følsomhet (Lasonen & Teräs, 2016; Qureshi, 2009) fremstår som vesentlig i god pasientomsorg. Lærerne hadde ikke klare begrunnelser for hvorfor de selv ikke underviste i disse temaene for å forberede elevene på et kulturelt mangfoldig pasientgrunnlag. Ut fra teori og tidligere forskning kan det å bli presentert for andres kulturelle væremåter og livsverden gjøre at elevene reflekterer over sin egen adferd, holdninger og verdigrunnlag, noe som vil være nødvendig for å kunne utføre en god og omsorgsfull jobb (Weigel et al., 2007). Ifølge Jenum og Pettersen (2014) vil pasienter med lav *health literacy* være en del av pasientgrunnet som helsefagarbeideren vil møte i fremtiden. En viktig del av opplæringen er å forstå når pasientene er usikre på egen helseadferd (Gele et al., 2016). Derfor er det å ha kunnskap om ulike kommunikasjonsstiler, for eksempel hvordan sykdom kommuniseres i ulike kulturer, være en viktig yrkeskompetanse for en helsefagarbeider (Tuncel & Paker, 2018). En forklaring på at lærerne ikke tematiserte flerkulturell helsekommunikasjon i opplæringen er dels manglende kompetanse fra deres egen lærerutdanning, dels at de ikke omsatte og utnyttet deres tidligere yrkespraksis.

En annen forklaring er hvordan lærerne vurderte elevenes yrkespraksis fra utplassering i yrkesfaglig fordypning (YFF). De fleste elevene gjennomførte sin praksis i sykehjem, der de færreste pasienter har en flerkulturell bakgrunn. Men en viktig yrkeskompetanse dreier seg også om evnen til å omstille seg og tilpasse kunnskaper og ferdigheter til et samfunn i raske endringer (Weigel et al., 2007). I dagens samfunn arbeider de fleste helsefagarbeidere i hjemmesykepleie eller ved ulike omsorgsinstitusjoner (Hjemås et al., 2019), der pasientgrunnet om noen få år blir mer sammensatt og mangfoldig. Slike perspektiver var fraværende i lærernes opplæring.

Til tross for at noen elever hadde møtt pasienter med annen kulturell bakgrunn i sin yrkespraksis og dermed hadde erfaringer fra en flerkulturell pasientgruppe, ble ikke disse yrkespraktiske flerkulturelle erfaringene anvendt i opplæringen og delt med de andre elevene. Nettopp det å bruke elevenes erfaring fra yrkespraksis inn mot den teoretiske forankringen kan bidra til å yrkesforankre opplæringen (Gilje, 2017; Grimen, 2008; Hiim & Hippe, 2001; Yusof et al., 2017) og gjøre elevene tryggere i tilsvarende praksissituasjoner. Som Sund et al. (2009) og Hiim (2013) poengterer må yrkesopplæringen være relevant for det yrket som elevene skal praktisere i. Derfor er nettopp flerkulturelle problemstillinger viktig å tematisere i opplæringen (Gilje, 2017; Grimen, 2008; Säljö, 2014). Den flerkulturelle tilnærmingen vil også gjøre opplæringen mer samfunnsrelevant, slik Koenen et al. (2015) mener den bør være for fremtidens yrkesutøvere.

Det å dele erfaringer kan være med på å utvikle trygghet i yrkesfunksjonene slik at man kan være i stand til å ta situasjonsavhengige avgjørelser (Gilje, 2017; Hiim & Hippe, 2001).

Helsefagarbeiderutdanningen skal forberede fremtidige helsefagarbeidere til å ivareta alle pasienter, noe som indikerer at yrkespraksis og yrkesrelevans bør være fremtredende perspektiver i opplæringen. Denne studien viser derimot at opplæringen i hovedsak skjedde på elevenes premisser, noe som særlig kom frem når temaet var kosthold og ernæring, der det flerkulturelle perspektivet var fraværende, styrt av elevenes ønsker og interesser. Dette kan være med på å gi elevene både en urealistisk og en livsfjern yrkesfagopplæring, som også går på bekostning av sammenhengen mellom teoretisk kunnskap og praksis. Kostholdsfaget ble lite yrkesrelatert til yrkesfunksjoner i et flerkulturelt perspektiv, noe som kan gi implikasjoner for elevenes erfaringer av hva som ventes i yrkes-situasjoner for helsefremmende og kulturtilpasset kosthold for pasientene (Bergsli & Hellne-Halvorsen, 2020). Opplæringen i skolekonteksten rettes i liten grad mot elevenes fremtidige yrke, noe som indikerer et gap mellom det elevene lærer i skolen og samfunnets behov for kulturkompetente helsefagarbeidere (Koenen et al., 2015).

Ifølge flere forskere kan det å inneha flerkulturell kompetanse bidra til å forstå og anerkjenne annerledeshet og gjøre kommunikasjonen mellom pasienter og helsefagarbeidere mer hensiktsmessig (Blanchet Garneau, 2016; Jenum & Pettersen, 2014; Lasonen & Teräs, 2016). Videre fremholdes også kunnskap om pasientenes historiske og sosiokulturelle bakgrunn for å gi kultursensitiv omsorg for å redusere helseforskjeller (Blanchet Garneau, 2016). Derfor er flerkulturell kompetanse viktig både for elever og for lærere. Lærerne i denne studien var enten faglærere eller yrkesfaglærere. Samtidig hadde halvparten av lærerne yrkespraksis som helsefagarbeidere med erfaringer fra arbeid med flerkulturelle pasienter. En vesentlig forklaringsfaktor for mangelfull opplæring i flerkulturalitet i helsearbeiderfagutdanningen skyldes at lærerne ikke brukte sine yrkeserfaringer som helsefagarbeidere i egen undervisning og at deres utdanning var preget av lite eller ingen opplæring i flerkulturalitet. En konsekvens av dette er at lærerne, som de uttrykker det selv, manglet kunnskap og kompetanse i flerkulturalitet for egen undervisning.

## Avslutning

Problemstillingen for denne studien var: Hvordan praktiserer yrkesfaglærere flerkulturalitet i helsearbeiderfagutdanningen? Ifølge yrkesfaglærerne er ikke flerkulturalitet et tema som i stor grad blir aktualisert i helsearbeiderfagutdanningen, til tross for hva læreplanens formål og kompetansemålene viser. I helse- og omsorgssektoren vil helsefagarbeiderne møte pasienter med annen kultur- og landbakgrunn enn dem selv. Det vil derfor være et behov for å implementere

ulike flerkulturelle problemstillinger i opplæringen slik at fremtidens helsefagarbeidere er forberedt på det flerkulturelle yrkeslivet. De nye læreplanene i Fagfornyelsen (LK2020) trådte i kraft i 2020 på vg1, og har videreført de flerkulturelle perspektivene fra LK06. I internasjonal forskning er flerkulturelle tematikker vektlagt som en tverrfaglig og overførbar kompetanse. For å sikre at flerkulturalitet reflekteres i opplæring av helsefagarbeidere, viser denne studien at flerkulturelle problemstillinger bør få en styrket plass i lærerutdanninger generelt og i yrkesfaglærerutdanning spesielt som utdanner yrkesfaglærere til helsearbeiderfagutdanningen.

### Om forfatteren

**Oddhild Peggy Bergsli** er universitetslektor ved OsloMet – Storbyuniversitetet, Fakultet for lærerutdanning og internasjonale studier, Institutt for yrkesfaglærerutdanning. Hun underviser på bachelor i helse- og oppvekstfag i fagene etikk, kosthold, ernæring, helse og helsekommunikasjon og yrkesdidaktikk. Hennes interessefelt er innenfor helse- og ernæring og yrkespedagogikk i et flerkulturelt perspektiv i utdanning og yrker.

## Referanser

- Aakernes, N. (2020). *Yrkeskompetanse i spenningsfeltet mellom tradisjon og kontinuerlig endring: En undersøkelse av kompetansebehovet i mediegrafikerfaget og av hvordan lærlinger kan utvikle yrkeskompetanse gjennom opplæring i skole og bedrift*. [Doktorgradsavhandling, OsloMet – Storbyuniversitetet].
- Aakernes, N. & Hiim, H. (2019). Yrkesrelevant skoleopplæring for fremtidens mediegrafikere. *Scandinavian Journal of Vocations in Development*, 4(1), 81–108. <https://doi.org/10.7577/sjvd.3202>
- Abrassart, A., Busemeyer, M. R., Cattaneo, M. A. & Wolter, S. C. (2020). Do adult foreign residents prefer academic to vocational education? Evidence from a survey of public opinion in Switzerland. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(15), 3314–3334. <https://doi.org/10.1080/1369183x.2018.1517595>
- Alpers, L.-M. (2017). *Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter*. [Doktorgradsavhandling, Høgskolen i Oslo og Akershus]. Open Digital Archive. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/10642/5019>
- Alpers, L.-M. & Hanssen, I. (2014). Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency. *Nurse Education Today*, 34(6), 999–1004. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.004>
- Andersen, S., Rod, M. H., Holmberg, T., Ingholt, L., Ersbøll, A. K. & Tolstrup, J. S. (2018). Effectiveness of the settings-based intervention Shaping the Social on preventing dropout from vocational education: A Danish non-randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 6, Artikkel 45. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0258-8>
- Arslan, M. (2019). Educational and integration problems of immigrant Turkish youth in Germany. *International Journal of Curriculum and Instruction*, 11(1), 89–100. <http://ijci.wcci-international.org/index.php/IJCI/article/view/182/87>
- Bellander, T. & Karlsson, A.-M. (2019). Patient participation and learning in medical consultations about congenital heart defects. *PLoS ONE*, 14(7), e0220136. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220136>
- Bergsli, O. & Hellne-Halvorsen, E. B. (2020). Kvinner med innvanderbakgrunn og deres møte med helsearbeidere. *Scandinavian Journal of Vocations in Development*, 5(1), 22–45. <https://doi.org/10.7577/sjvd.3137>
- Blanchet Garneau, A. (2016). Critical reflection in cultural competence development: A framework for undergraduate nursing education. *Journal of Nursing Education*, 55(3), 125–132. <https://doi.org/10.3928/01484834-20160216-02>
- Blom, S. (2010). *Sosiale forskjeller i innvanderes helse: Funn fra undersøkelsen Levekår blant innvandrere 2005/2006* (Rapport nr. 47/2010). Statistisk sentralbyrå. [https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/181059/rapp\\_201047.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/181059/rapp_201047.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Bødtker-Lund, D., Hansen, K. H., Haaland, G. & Vagle, I. (2017). Endringsbehov i norsk yrkesopplæring? – Elevers, lærlingers og yrkesfaglæreres erfaringer med yrkesopplæring i Vg1. *Scandinavian Journal of Vocations in Development*, 2. <https://doi.org/10.7577/sjvd.2577>
- Deardorff, D. K. (2006). Identification and assessment of intercultural competence as a student outcome of internationalization. *Journal of Studies in International Education*, 10(3), 241–266. <https://doi.org/10.1177/1028315306287002>
- Dypedahl, M. & Bøhn, H. (2017). *Veien til interkulturell kompetanse* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Eriksen, T. H. (2001). *Flerkulturell forståelse* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E. & Kumar, B. (2016). Health literacy: The missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16, Artikkel 1134. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3790-6>
- Gilje, N. (2017). Profesjonskunnskapens elementære former. I S. Mausethagen & J.-C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 21–32). Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71–87). Universitetsforlaget.
- Hiim, H. (2013). *Praksisbasert yrkesutdanning: Hvordan utvikle relevant yrkesutdanning for elever og arbeidsliv?* Gyldendal akademisk.
- Hiim, H. & Hippe, E. (2001). *Å utdanne profesjonelle yrkesutøvere*. Gyldendal akademisk.
- Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T. & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarked for helsepersonell fram mot 2035* (Rapporter 2019/11). Statistisk sentralbyrå. [https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/385822?\\_ts=16c855ce368](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368)
- Horntvedt, T. (2015). *Interkulturelt helsearbeid*. Vett & viten.
- Jenum, A. K. & Pettersen, K. S. (2014). Hva betyr lav "health literacy" for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien forskning*, 3(9), 272–280. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0145>
- Johansen, E. M. (2020). Å lære å fornye. I N. Amble, O. Amundsen & M. Rismark (Red.), *Medarbeiderdrevet innovasjon* (s. 115–132). Gyldendal.
- Kasin, O. (2008). Flerkulturell: Hva er det og hvem er de? Universitetsforlaget.
- Koenen, A.-K., Dochy, F. & Berghmans, I. (2015). A phenomenographic analysis of the implementation of competence-based education in higher education. *Teaching and Teacher Education*, 50, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2015.04.001>
- Kumar, B., Oppedal, B., Blystad, H., Dalgard, S. & Vangen, S. (2010). Helse blant flyktninger og innvandrere. I Folkehelseinstituttet (Red.), *Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge* (Rapport nr. 2010:2, s. 55–58). Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvernbekk, T. (2005). *Pedagogisk teoridannelse: Insidere, teoriformer og praksis*. Fagbokforlaget.
- Lasonen, J. & Teräs, M. (2016). Teachers' intercultural competence as part of global competence. I A. G. Welch & S. Areepattamannil (Red.), *Dispositions in Teacher Education* (s. 221–233). Sense Publishers.  
[https://doi.org/10.1007/978-94-6300-552-4\\_12](https://doi.org/10.1007/978-94-6300-552-4_12)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 28 (2015–2016). *Fag – Fordypning – Forståelse. En fornyelse av Kunnskapsløftet*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/e8e1f41732ca4a64b003fca213ae663b/no/pdfs/stm201520160028000ddd-pdfs.pdf>
- Nielsen, B. & Birkelund, R. (2009). Minority ethnic patients in the Danish healthcare system: A qualitative study of nurses' experiences when meeting minority ethnic patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 431–437.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00636.x>
- Kunnskapsdepartementet. (2015). *Fremtidens skole: Fagfornyelse av fag og kompetanser* (NOU 2015:8).  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-8/id2417001/>
- Ohldieck, H. J. (2018). Fra effektiv til affektiv læring? Skjønnlitteratur og interkulturell kompetanse i fremmedspråksundervisningen. *Nordisk tidsskrift for pedagogikk & kritikk*, 4, 15–31. <https://doi.org/10.23865/ntpk.v4.879>
- Papadopoulos, I., Tilki, M. & Taylor, G. (1998). *Transcultural care: A guide for health care professionals*. Quay Books.
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- OECD. (2019). *OECD Future of education and skills 2030: Conceptual learning framework*. [https://www.oecd.org/education/2030-project/teaching-and-learning/learning/skills/Skills\\_for\\_2030.pdf](https://www.oecd.org/education/2030-project/teaching-and-learning/learning/skills/Skills_for_2030.pdf)
- Qureshi, N. A. (2009). Kultursensitivitet i profesjonell yrkesutøvelse. I K. Eide, N. A. Qureshi, M. Rugkåsa & H. Vike (Red.), *Over profesjonelle barrierer: Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge* (s. 206–228). Gyldendal akademisk.
- Säljö, R. (2014). *Lärande i praktiken: Ett sociokulturellt perspektiv* (3. utg.). Studentlitteratur.
- Serizawa, A. (2007). Developing a culturally competent health care workforce in Japan: Implications for education. *Nursing Education Perspectives*, 28(3), 140–144.

- Smeby, J. C. (2013). Profesjon og ekspertise. I A. Molander & J. C. Smeby (Red.), *Profesjonsstudie* (s. 17–26). Universitetsforlaget.
- Sund, G. H., Nore, H. & Vagle, I. (2009). Vurdering for og av læring i yrkesfag. I S. Dobson, A. B. Eggen & K. Smith (Red.), *Vurdering, prinsipper og praksis* (s. 214–135). Gyldendal akademisk.
- Tayab, A. & Narushima, M. (2015). Here for the residents: A case study of cultural competence of personal support workers in a long-term care home. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(2), 146–156.  
<https://doi.org/10.1177/1043659614545401>
- Telle, K. (Red.). (2016). *Økonomiske analyser: Befolkningsframskrivinger, 2016–2100*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2016-06-21>
- Teräs, M. & Lasonen, J. (2013). The development of teachers' intercultural competence using a change laboratory method. *Studies in Vocational and Professional Education*, 6(1), 107–134. <https://doi.org/10.1007/s12186-012-9087-8>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Tuncel, İ. & Paker, T. (2018). Effects of an intercultural communication course in developing intercultural sensitivity. *International Journal of Higher Education*, 7(6), 198–211. <https://doi.org/10.5430/ijhe.v7n6p198>
- Utdanningsdirektoratet. (2006). *Læreplanverket for Kunnskapsløftet, 2006*. (Utgått).
- Utdanningsdirektoratet. (2016). *Læreplan for helse- og oppvekstfag*.  
<https://www.udir.no/kl06/HSF1-02> (Utgått).
- Utdanningsdirektoratet. (2018). *Programområde for helsearbeiderfag: Læreplan i felles programfag Vg2 (HEA2-02)*. <https://www.udir.no/kl06/hea2-02/> (Utgått).
- Utdanningsdirektoratet. (2019). *Fag- og svennebrev: Utdanningsprogram*.  
<https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-fag-og-yrkesopplaring/fagbrev/fagbrev-utdanningsprogram/>
- Utdanningsdirektoratet (Udir). (2020). *Læreplan for vg2 helsearbeiderfag (HEA02-04)*. <https://www.udir.no/lk20/hea02-04/>
- Yusof, N., Kaur, A. & Cheah Lynn-Sze, J. (2017). Post graduate students insights into understanding intercultural communication in global workplaces. *Innovations in Education and Teaching International*, 56(1), 77–87.  
<https://doi.org/10.1080/14703297.2017.1417148>
- Weigel, T., Mulder, M. & Collins, K. (2007). The concept of competence in the development of vocational education and training in selected EU member states. *Journal of Vocational Education and Training*, 59(1), 67–88.  
<https://doi.org/10.1080/13636820601145630>