

MISJONSHØGSKOLEN

SYKEPLEIE TIL MUSLIMSKE PASIENTER MED AFRIKANSK BAKGRUNN

ERFARINGSBASERT MASTER I INTERKULTURELT ARBEID

MIKA-316

av

ELISABETH FOLLESØY SOLÅS

STAVANGER

DESEMBER 2014

Innhold

Forord.....	5
1 Innledning.....	6
1.1 Tema.....	6
1.2 Problemstilling og avgrensning.....	6
1.3 Motivasjon med et lite hjertesukk	8
1.4 Begrepsforklaring.....	8
1.5 Valg av metode.....	9
1.6 Kilde til teori og oppgavestruktur.....	10
1.7 Personlige erfaringer	11
2 Metode	13
2.1 Feltarbeid før masteroppgave.....	13
2.2 Valg av metode.....	14
2.3 Før-intervju.....	16
2.4 Dybdeintervju.....	18
2.5 Faglitteratur.....	20
2.6 Etiske betraktninger	20
2.7 Transkripsjon	21
2.8 Analyse og tolkning	22
3 Migrasjon og Helse.....	24
3.1 Globalisering.....	24
3.2 Migrasjon.....	25
3.3 Etikk i møtet med afrikanske pasienter.....	26
3.4 Likeverdig helsetjeneste.....	27
4 Den afrikanske muslimske pasienten.....	30
4.1 Familierelasjoner og kollektivismen.....	30
4.2 Ære og skam	30
4.3 Bakgrunnen til somaliske pasienter	31
4.4 Klassisk medisinsk skolesystem	32
4.5 Medisinske praksiser innen islam.....	33
4.5.1 Unanimedisin.....	34
4.5.2 Koran-medisin	34
4.5.3 Profetens medisin.....	36
4.6 Den tradisjonelle afrikanske medisinpraksisen.....	36

4.7	Ukjente diagnoser	38
4.8	Sykdom i kulturelt perspektiv.....	39
5	Interkulturell kompetanse.....	41
5.1	Definisjoner	41
5.2	Sykepleie i Norge.....	42
5.3	Hermeneutikk.....	43
5.4	Interkulturell kommunikasjon.....	43
5.5	Tidsforståelse	45
6	Migrasjon og Uhelse.....	48
6.1	Migrasjon og ny hverdag.....	48
6.2	Norsk helsesystem.....	50
6.3	Uhelse og stigmatisering	52
6.4	Likeverdige helsetjenester	53
6.5	Oppsummering.....	56
7	Sykepleier til afrikanske muslimske pasienter	57
7.1	Sykepleieres forkunnskaper	57
7.2	Autonomi, individualitet og kollektivt samfunn.....	61
7.3	Anerkjennelse og skam.....	63
7.4	Besøkende	64
7.5	Biomedisin kontra andre medisinske praksiser.....	66
7.6	Oppsummering.....	69
8	Interkulturell utfordring i Spesialisthelsetjenesten.....	71
8.1	Forstå seg selv gjennom «de andre».....	71
8.2	Kommunikasjonsutfordringer	72
8.3	Tid.....	76
8.4	Oppsummering.....	78
9	Sammendrag	80

Forord

Takk til kollegaer og pasienter gitt meg en større horisont og gjort meg mer tolerant overfor ulikheter.

Takk til mine nærmeste, min mann og mine to sønner, som har gitt mamma tid og rom til videreutdanning og master.

En stor takk går til min kloke og tålmodige veileder Jan Opsal, du har åpnet mange dører ...

1 Innledning

1.1 Tema

Temaet for denne oppgaven er sykepleie til pasienter med andre forklaringsmodeller knyttet til helse enn den biomedisinske. Kleinman definerer dette som *et sett forestillinger som inneholder forklaringer på et eller flere av følgende fem tema: Sykdomsårsaken, utbruddet av symptomer, patofysiologien, sykdomsforløpet (alvorlighetsgraden og sykerollen) og behandlingen* (sitert i Magelssen, 2005, s. 46). Sykepleiere som jobber med flerkulturelle pasienter har personlig erfaring med hvordan spesialisthelsetjenesten møter denne pasientgruppen. Sykepleiernes opplevelse av utfordringer kan vise veg til løsninger, som igjen bedrer mulighetene for at likeverdig helsehjelp oppnås.

I Norge har man en grunnleggende holdning til at alle skal behandles likt. Denne likhetstankegangen blir utfordret når samfunnets innbyggere i økende grad har flerkulturell bakgrunn. Utfører man samme tjenestene likt overfor alle, vil noen systematisk få et dårligere tilbud. Likeverdige helsetjenester innebærer et mål om at tjenester tilrettelegges for enkeltindividets ulike hensyn og behov (Helsedirektoratet, 2009, s. 34-46).

1.2 Problemstilling og avgrensning

Hvilke refleksjoner har sykepleiere ved Stavanger Universitetssykehus i forhold til kulturelle aspekter, og sykepleie til muslimske pasienter med afrikansk bakgrunn?

For å finne svar på problemstillingen har jeg valgt å se nærmere på tre hovedtemaer:

1. Forutsetninger for møtet mellom sykepleier og pasient med fokus på globalisering, migrasjon og likeverdige helsetjenester.
2. Bakgrunnen for pasientens for-forståelse
3. Sykepleierens for-forståelse og refleksjoner

Temaet for masteroppgaven; sykepleie til pasienter med annen forklaringsmodell knyttet til helse, er omfattende og sammensatt. For å kunne tilfredsstillende de formelle krav som «erfæringsbasert master i interkulturelt arbeid» har satt, må oppgavens omfang avgrenses. I første omgang ble det besluttet at undersøkelsen skulle omfatte sykepleiere som jobber i spesialisthelsetjenesten med somatiske og ikke psykiatriske lidelser.

I begynnelsen av prosjektet var hovedfokus på ikke-vestlige pasienter. Etter hvert så jeg at det var hensiktsmessig å fokusere på en mindre gruppe, betegnelsen ikke-vestlige ble for omfattende. Sykepleierne i undersøkelsen nevnte ofte somaliske pasienter spesielt, de snakket også om tradisjoner og kulturelle kjennetegn ved pasienter som har muslimsk tilknytning. Det ble derfor naturlig å fokusere spesielt på pasientgruppen med disse kjennetegnene i problemstillingen og i oppgaven. Selv med en slik begrensning har det vært vanskelig å få en fullgod oversikt, da pasientgruppen er omfattende og har store individuelle forskjeller. Det er i tillegg stor forskjell på om en person nylig har ankommet Norge, eller om de har bodd lenge i landet.

Begrensning for problemstillingen kunne med fordel fokusert på en mindre gruppe pasienter. Jeg var inne på tanken om å bare fokusere på somaliske pasienter, men et nærmere litteratursøk viste at dette ville bli vanskelig. Det mangler tilsynelatende norsk forskning på denne gruppen mennesker knyttet til helse, og utenlandsk litteratur vil ikke ha samme relevans i dette prosjektet. Jeg bestemte meg derfor for å fortsatt ha fokus på muslimske afrikanske pasienter. Pasientgruppen er stor og har store variasjoner, dette har ført til at noen viktige temaer har fått lite omtale. Omtalen av utfordringer som sykepleierne opplevde knyttet til denne pasientgruppen hadde blitt mer utfyllende, hvis det hadde vært klart før intervjuene at det var afrikanske, spesielt somaliske, pasienter oppgaven skulle handle om. Deriblant hadde problemstillinger rundt omskjæring av kvinner og klantilhørighet vært naturlig å omtale som egne temaer. Intervjuene som ble brukt i undersøkelsen inneholdt ingen spesifikke spørsmål om disse emnene, og sykepleierne omtalte disse temaene i liten grad. Samtidig er temaene så omfattende at det ville vært en utfordring å integrere dem. Svarene sykepleierne har gitt har i stor grad vært styrende underveis for fokus og valg av teori. Oppgaven har vært en dynamisk prosess som begynte med et bestemt tema, og derfra utviklet seg til det den har blitt i dag: Et møte med sykepleiere som jobber i spesialisthelsetjenesten, og fokus på utfordringer og opplevelser de har med muslimske pasienter med afrikansk bakgrunn.

1.3 Motivasjon med et lite hjertesukk

I forkant av prosjektet jobbet jeg ut ifra en hypotese om at norske sykepleiere har for lite kunnskap om ikke-vestlige innvandrere. Pasientene lever med overbevisningen om at deres egen virkelighetsforståelse er den riktige, på samme måte som sykepleierne. Forskjellig oppfatning av sykdom og helse blir ikke kommunisert, fordi man mangler forståelse for ulikhetene og for hverandres syn. Motivasjonen for å skrive masteroppgave var å synliggjøre utfordringene til sykepleiere, deretter finne forklaringer og eventuelt løsninger på utfordringene. Undersøkelsene er utført i liten skala på et bestemt sykehus, men det er ikke utenkelig at problemstillingene i denne oppgaven også er aktuelle for sykepleiere i resten av Norge.

For en sykepleier som er Vestlands-basert kan det virke som alt nasjonalt fokus på faglig arbeid med ikke-vestlige innvandrere er sentrert rundt hovedstadsområdet og aktiviteter der. Dette kan til tider skape frustrasjon da man føler seg litt alene (vel og merke med en og annen ildsjel som medsammensvoren), om fokuset på ikke-vestlige pasienters ve og vel. Oslo-regionen har den største andelen av Norges ikke-vestlige befolkning (Statistisk Sentralbyrå, 2013), det vil derfor være naturlig at det er mer fokus på temaet og arbeidsfeltet i disse områdene. Men Rogaland er faktisk befolket med den nest største andelen av Norges ikke-vestlige befolkning (Statistisk Sentralbyrå, 2013): Hvor blir det av fokuset på, for ikke å snakke om den økonomiske bevilgningen for, resten av Norges «likeverdige-helsetjenester-satsning»?

1.4 Begrepsforklaring

For å tydeliggjøre forskjeller har det vært uunngåelig å bruke en «oss-dem» omtale av norske sykepleiere og muslimske pasienter med afrikansk bakgrunn. Det er en overhengende fare for at noen blir støtt av måten pasientgruppen blir omtalt, fordi oppgaven kan virke kategoriserende og problematisere pasientenes bakgrunn. Dahl (2013) sier at *stereotypi er kategorisering av mennesker eller grupper av mennesker som har enkelte fellestrekk (s. 66)*. Videre blir det forklart at stereotyper har lett for å bli oppfattet som sanne og uforanderlige,

selv om man ikke har førstehåndserfaring med personene som omtales. Stereotypier forbindes ofte med noe negativt, men stereotypi er også positivt i den forstand at det forenkler omgivelsene til mennesker.

Samhandling er et mye brukt ord i denne oppgaven. Det er et relativt omfattende begrep som er hentet fra offentlige dokumenter som også benytter ordet i utstrakt grad. Eksempel på dette er Helse- og omsorgsdepartementet (NOU, 2005:3) som omtaler samhandlingen i helsetjenesten som et mangfold av aktiviteter hvor ulike aktører deltar for at pasienten skal oppnå et tilpasset helsetilbud. Dette er samhandling mellom instanser på et overordnet nivå, mens i oppgaven blir fokus på samhandling det som foregår mellom sykepleier og pasient på individnivå. Et tilsvarende ord som kunne blitt benyttet istedenfor er samarbeid, men begrepet samhandling favner noe videre og ble derfor valgt.

1.5 Valg av metode

Metoden min ble valgt i direkte forlengelse av en konkret profesjonserfaring. Jeg ble bedt om å holde foredrag på arbeidsplassen min, lungepoliklinikken ved Stavanger Universitetssykehus, på bakgrunn av min videreutdanning *erfaringsbasert master i interkulturelt arbeid*. Foredraget skapte engasjement og jeg ble oppmuntret til å holde foredrag på flere andre avdelinger. Jeg besluttet tidlig å benytte foredrag som en del av undersøkelsen i forkant av egen masteroppgave. Jeg la mye arbeid ned i forberedelser til hvert foredrag som alle omhandlet fire forhåndsbestemte temaer. På hver avdeling ble det gjennomført korte før-intervjuer og disse var styrende for innholdet i foredraget og hvordan de fastsatte temaene ble vektlagt. Disse før-intervjuene er ikke en del av materialet til min oppgave, men er en viktig del av forberedelsene til foredragene og dermed indirekte til oppgaven.

Denne oppgaven er basert på en kvalitativ undersøkelse, der informantene er seks sykepleiere som hadde vært tilstede på et av mine foredrag. Ingen av dem hadde deltatt i før-intervjuene. Sykepleierne som deltok på intervju var strategisk utvalgt ut fra at de jobber på avdelinger som ofte har muslimske pasienter med afrikansk bakgrunn. Forventningene fra min side var at sykepleierne hadde meninger om temaer som ble aktualisert og ikke stilte seg likegyldige. Tatt i betraktning at de hadde relevant yrkeserfaring og hadde vært tilhørere på et foredrag om det aktuelle temaet. Intensjonen med undersøkelsen var å se nærmere på utfordringer knyttet

til den aktuelle pasientgruppen, i arbeidshverdagen til sykepleiere ansatt på Stavanger Universitetssykehus. I følge Holme og Solvang (1996, s. 85-93) er kvalitativ metode foretrukket når man ønsker å studere et fenomen i dybden og lage en teori.

Forskningsprosessen og resultatene man kommer frem til skjer ved at teori og empiri utveksles mellom forsker og undersøkelsesenhet.

1.6 Kilde til teori og oppgavestruktur

Mangelfull teoriformidling på sykepleierutdannelsen understøttes av Magelssen (2012) sin undersøkelse: *Hva lærer fremtidige sykepleiere om Migrasjon og helse? – En kartlegging av bachelorstudiet i sykepleie i Helse Sør-Øst*. Denne rapporten i tillegg til: *Veiviseren for undervisning av helsepersonell i migrasjon og helse* av Bregård og Hjelde (2013) ble benyttet som kilder i arbeidet med utformingen av temaer til foredraget. Begge kildene er hentet fra NAKMI som står for nasjonal kompetansesenter for migrasjonshelse. Denne organisasjonen arbeider for å fremme kunnskap om helse og omsorg for innvandrere og deres etterkommere i Norge. NAKMI ble opprettet i 2003 av Helse- og omsorgsdepartementet, og administreres av Oslo Universitetssykehus. NAKMIs oppdragsgiver er Helsedirektoratet (www.nakmi.no). Forskning og litteratur presentert gjennom NAKMI danner et viktig bilde av hvilke områder i helsearbeid det er søkelys på for migranter i Norge.

Litteratur benyttet for å besvare problemstillingen er i hovedsak utformet av norske forskere og forfattere som har fokus på sykepleiefaget og profesjonens forankringer. Spesielt to forfattere har hatt stor betydning for gjennomføringen av denne oppgaven:

- Ingrid Hanssen er sykepleier, hun har mange års praktisk og teoretisk erfaring fra feltet interkulturelt helsearbeid. Hun har gitt ut boken *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (2005), som har vært essensiell informasjonskilde til denne oppgaven. I tillegg har hun gitt ut doktorgradsavhandling «Facing differentness» (2002) som omhandler dilemmaer i møtet mellom norske sykepleiere og pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn.
- Ragnhild Magelssen er sykepleier og sosialantropolog, hun har lang erfaring fra kultursensitivt arbeid både i Norge og andre land. Hun jobber for tiden i Oslo kommune i avdeling for migrasjonshelse. Magelssen har gitt ut boken

Kultursensitivitet, om å finne likhetene i forskjellene (2005), boken er senere gitt ut i en revidert utgave (2008).

Når det gjelder ytterligere kilder relatert til afrikanske pasienters helse- og sykdomsforståelse, er det i hovedsak benyttet litteratur fra utenlandske forfattere, deriblant antropologene Arthur M. Kleinmann, John S. Mbiti og E.E. Evans-Pritchard.

Tredje til og med femte kapittel i oppgaven danner det teoretiske rammeverket, mens kapittel seks til og med åtte, beskriver sykepleiernes uttalelser og drøfter disse. Vedlegg: før-intervjuene, dybde-intervjuene og samtykkeskjema fra NSD (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste). I oppgaven blir det referert til det opprinnelige avsnittet med parentes og nummer på avsnittet for å unngå gjentakelser av teori.

1.7 Personlige erfaringer

Som barn bodde jeg på en misjonsstasjon like ved et sykehus i N'gaoundere, i Kamerun. Det var alltid mye liv og røre utenfor sykehuset, nesten som en egen liten verden. Salgsboder med mat og snurrepiperier langs vegen, helbredere av ymse slag på bakrommet og en og annen «marabo» (heksedoktor) hvis situasjonen tilsa det. Vi ungene elsket å henge rundt *sykehusveien* som vi kalte plassen. Som barn reflekterte jeg ikke over forskjellene mellom biomedisin og tradisjonell medisin, jeg gjorde betraktninger og syntes ofte at ting var skummelt. Spesielt «maraboen» var forbundet med mystikk og tabu-belagte temaer. «Han» har jeg hatt mang et mareritt om gjennom oppveksten der jeg ser for meg demoner som danser og masker som svever rundt meg. I voksen alder har jeg undret meg over ulike opplevelser og ting som skjedde på *sykehusveien*. Jeg tror bakgrunnen min har gitt meg større forståelse for ulike oppfatninger av sykdomsforståelse og ulike behandlingsmetoder.

Jeg har yrkeserfaring fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling, fra infeksjonsmedisinsk avdeling og som tuberkulosekoordinator på lungepoliklinikken ved Stavanger Universitetssykehus. Gjennom min yrkesutførelse har jeg møtt mange pasienter med bakgrunn fra Afrika og andre ikke-vestlige kulturer. Jeg har på mange måter oppsøkt disse pasienten og har alltid vært opptatt av deres vilkår i spesialisthelsetjenesten. Dette henger sammen med at jeg finner det utfordrende og interessant og jobbe med pasienter som tenker annerledes enn meg selv. Det gir meg nye perspektiver og en utvidet forståelse i forhold til ting som jeg tar for en selvfølge.

Gjennom yrkeserfaring og refleksjoner i forhold til vilkår for pasientgruppen, ser jeg behov for en økt kompetanse rundt fagfeltet «ikke-vestlige pasienter». Jeg begynte på masterstudiet *erfaringsbasert master i interkulturelt arbeid* på bakgrunn av et ønske om å utvikle spesialkompetanse i møtet med ikke-vestlige pasienter.

2 Metode

2.1 Feltarbeid før masteroppgave

Gjennom egen profesjonsutøvelse som sykepleier har jeg sett hvor viktig det er med kompetanse rundt hva som gir en god samhandling. Selv om man har erfaring og er kunnskapsrik, føler man av og til at man ikke strekker til. Egen refleksjon og samtale med andre rundt tilsvarende situasjoner gjør at man kan bli bedre i en lignende situasjon.

Den opprinnelige planen for masterprosjekt var pasienter med ikke-vestlig bakgrunn, som hadde gjennomgått behandling for latent tuberkulose. Jeg ønsket å se på måten behandling av latent tuberkulose ble gjennomført, ofte med DOT som betyr direkte observert terapi (beskrevet i Folkehelseinstituttets tuberkuloseveileder, 2014, kap, 9.2.1). Praksisen med å gjennomføre DOT ved behandling for latent tuberkulose er grunnlag for debatt i det norske fagmiljøet. Jeg ønsket å få del i pasientens opplevelse, for å gjøre deres ønsker til en aktiv del av debatten. Prosjektet var krevende å få til fordi informantene var tidligere pasienter som er beskyttet av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, kap. 3-6.). Dette fordret at flere aktører som; Stavanger Universitetssykehus og NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) måtte godkjenne prosjektet i forkant. 47 brev med forespørsel om å delta på muntlig intervju, ble sendt ut. Etter seks uker hadde ingen meldt seg til å stille på intervju, og undersøkelsen måtte derfor avlyses.

På bakgrunn av at jeg var student på masterstudie interkulturelt arbeid på Misjonshøgskolen i Stavanger, ble jeg spurt om å holde et foredrag på lungeavdelingen der jeg selv var ansatt. Denne avdelingen hadde mange ikke-vestlige pasienter, og bestillingen var et foredrag med fokus på den flerkulturelle pasienten. Det var ingen lett bestilling tatt i betraktning en tidsramme på 45 minutter, og mange potensielle emner. To publikasjoner som jeg nylig hadde lest sto som mulige utgangspunkt for valg av temaer til videre utdyping. Den ene var *Hva lærer fremtidige sykepleiere om Migrasjon og helse? – En kartlegging av bachelorstudiet i sykepleie i Helse Sør-Øst* av Magelssen (2012). Den andre publikasjonen het: *Veiviseren for undervisning av helsepersonell i migrasjon og helse* av Bregård og Hjelde (2013). Begge lest på www.nakmi.no sine nettsider. Temaene på foredragene ble følgende:

1. Generelt om den ikke-vestlige eller flerkulturelle pasienten
2. Familiebasert kontra individbasert samfunnsstruktur

3. Ulik tidsforståelse
4. Ulike medisinske systemer og ulik sykdomsforståelse

Emnene ble valgt på bakgrunn av anbefalinger fra NAKMIs publikasjon og veiviser, med unntak av «ulik tidsforståelse». Dette temaet ble valgt ut ifra egne opplevelser i møtet med ikke-vestlige pasienter, og ny kunnskap og forståelse tilegnet gjennom videreutdanning.

På mitt første foredrag var det både leger og sykepleiere tilstede. Foredraget skapte engasjement, og jeg ble oppmuntret til å holde foredrag på flere andre avdelinger i tillegg. Avdelingssykepleier snakket varmt om foredraget på et internt møte for ledere på sykehuset. Dette førte til at «snøballen begynte å rulle» og det kom flere henvendelser om å holde foredrag om temaet «flerkulturelle pasienter». Etter erfaringene med feltarbeidet som ikke ble noe av, var det avgjørende å skape en et nytt prosjekt som med sikkerhet kunne benyttes til feltarbeid. Jeg overveide derfor tidlig å benytte foredrag som en del av undersøkelsen i forkant av egen masteroppgave. Da ville tiden brukt på forberedelser til foredrag, oppleves nyttig på flere måter enn faglig påfyll for ansatte. Jeg har til sammen holdt syv foredrag, seks på ulike avdelinger på Stavanger Universitetssykehus, og på en fagdag for kommuneansatte i Rogaland som jobber i tuberkuloseomsorgen. Det sistnevnte er kortere enn de andre og har mindre teori, mer som en generell innføring. Dette foredraget ligger tilgjengelig på internett: <http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/lungeseksjonen/Documents/fagdag%200605%20-%20Kulturelle%20utfordringer%20i.pdf>

2.2 Valg av metode

Før undersøkelser i forkant av masteroppgave, var det nødvendig å avgjøre i hvilken form undersøkelsen skulle foregå. Regien på undersøkelsen og hva som var målet med prosjektet avgjorde om undersøkelsen skulle ha en kvalitativ eller kvantitativ tilnæringsmåte. Holme og Solvang (1996, s. 73) sier at *både den kvalitative og den kvantitative tilnæringsmåten har som sikte å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler innenfor dette*. Videre sier de (s. 141-148) at kvantitativ metode tar sikte på å gjøre data og tall om til statistiske analyser. Dette blir tolket av forskeren til en fellesnevner som ideelt sett bør kunne tallfestes.

Kvantitative undersøkelser er preget av struktur og har et standardisert opplegg. Resultatene av kvantitative undersøkelser tar sikte på representativitet for en større gruppe. Kvalitativ metode er ifølge Holme og Solvang (1996, s. 82-93) en forskningsmetode som brukes for å undersøke og beskrive menneskers opplevelse og erfaringer. Det finnes forskjellige måter å komme frem til ny kunnskap; eksempelvis gjennom skjult eller åpen observasjon, gjennom dokumentstudier og ulike typer intervjuer. Kvalitativ metode er foretrukket når man ønsker å studere et fenomen i dybden og lage en teori. Det er ikke meningen at man skal komme frem til resultater som har en allmenngyldig karakter. Forskningsprosessen og resultatene man kommer frem til skjer ved at teori og empiri utveksles mellom forsker og undersøkelsesenheter.

Det har vært et ønske å benytte intervju som datainnsamling for å få ny kunnskap gjennom å høre andres syn om et emne. Målet har ikke vært å utføre en undersøkelse som kan danne grunnlag for statistikk, eller baseres på et stort antall informanter. Det har tvert imot vært å se nærmere på den enkelte sykepleier og deres forhold til ikke-vestlige pasienter i den norske spesialisthelsetjenesten. Ønsket var å få et innblikk i sykepleieres erfaringer, holdninger og refleksjoner for å skaffe empiri, og om mulig utforme teori. Prosjektet ble derfor gjennomført med kvalitativ metode, der intervju har dannet den største delen av datagrunnlaget.

Intervjuene som ble gjennomført har fått betegnelsene før-intervju og dybde-intervju, og ble henholdsvis gjennomført før og etter foredragene. Der kun dybde-intervjuene er benyttet som referanser i oppgaven. Foredragene (2.3) var referanserammer til temaene informantene ble bedt om å utdype under intervjuene. Det har vært en nærhet mellom prosjektansvarlig og informant som ikke kan fornektes. En faktor som kan påvirke undersøkelsen er at alle involverte er kolleger som jobber på samme sykehus. Muligheten er tilstede for at noen kan oppleve forventninger om deltakelse som et press. Dette er forsøkt unngått ved å kontakte potensielle informanter på en minst mulig personlig måte. Alle har blitt kontaktet med forespørsel via SMS, der muligheten for avslag har vært uforbeholden.

Personer som har bidratt i undersøkelsen i form av dybde-intervju, har rett på personvern ifølge Personopplysningsloven (2000). For å imøtekomme dette ble prosjektet registrert i NSD. Informantene har fått informasjon om hva prosjektet går ut på, og at det er frivillig å delta i undersøkelsen. Det vil ikke få konsekvenser å trekke seg fra prosjektet uansett tidspunkt. De som har blitt sitert vil få muligheten til å lese gjennom det aktuelle avsnittet før oppgaven blir publisert. Samtlige har signert på en samtykke erklæring godkjent av NSD.

Sykepleiere som faggruppe er underlagt taushetsplikt, og dette har vært et fokus gjennom hele undersøkelsen. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011, kapittel 2.6) sier følgende: *sykepleieren ivaretar pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger*. Spørsmål i intervju-guiden er vurdert i forhold til dette, for å unngå at sykepleieren kommer i konflikt med taushetsplikten. Intervjuene ble avsluttet med forespørsel om en pasienthistorie som har gjort spesielt inntrykk. Her ble det presisert spesielt, at informanten måtte fokusere på at historien ikke kan føre til gjenkjennelse av omtalt person.

2.3 Før-intervju

Før foredragene ble 2 - 5 tilfeldig utvalgte sykepleiere intervjuet på avdelingene der jeg skulle holde foredrag. Intervjuene var korte og fokus var hvilke utfordringer de hadde knyttet til ikke-vestlige pasienter. Intervjuene ble gjennomført i løpet av arbeidsdagen og varte fra 5 til 15 minutter hver. Utgangspunktet var en intervjuguide som bestod av fire spørsmål og det ble laget stikkord undervegs i samtalen. Jeg jobbet på dette tidspunktet som tuberkulosekoordinator, og yrkesutførelsen medførte rådgivning og regelmessig kontakt med ulike avdelinger. Dermed var det naturlig å ha dialog med sykepleiere rundt omkring på sykehuset. Flere av før-intervjuene ble gjennomført spontant etter samtale om tilrettelegging rundt pasienter som angikk rollen som tuberkulosekoordinator. Før-intervjuene ble brukt som grunnlag for hvilke temaer som ble mest vektlagt i foredragene, og er derfor del av indirekte bakgrunnsmateriale til masteravhandling. Det er ingen sitater fra disse intervjuene i oppgaven, heller ingenting nedskrevet i form av navn eller annet materiale i etterkant. Informantene til før-intervjuene er ikke de samme som til dybde-intervjuene.

Erfaringer i forbindelse med før-intervjuene var i hovedtrekk at ulike avdelinger hadde forskjellige utfordringer. Etter en gjennomgang viste det seg at svarene kunne deles inn i to hovedkategorier; sykepleiere som jobbet på sengeposter og sykepleiere som jobbet på poliklinikker. Personalet på sengeposter var i hovedsak opptatt av utfordringer knyttet til pårørende og antall besøkende til ikke-vestlige pasienter. De fleste hadde kunnskap om praktiske utfordringer som for eksempel bestilling av tolk til fremmedspråklige pasienter, og at muslimer ønsker halal-mat. Mange nevnte også at det er problematisk for en muslimsk mann å vise seg naken overfor en kvinne og vise versa. Det var generelt liten kunnskap om ulik tidsforståelse og ulik sykdomsforståelse blant personalet på sengeposter. På spørsmål om

potensielle forbedringsområder, svarte flere at det var mangel på tid til tilrettelegging for ikke-vestlige pasienter.

Personalet som jobbet på poliklinikker hadde fokus på andre utfordringer enn personalet på sengeposter i forhold til ikke-vestlige pasienter. Mange i denne gruppen opplevde det som vanskelig at pasientene ikke møtte opp til avtalt tid. I tillegg ble språkbarrieren tatt opp spesielt som en utfordring. Mange opplevde det som vanskelig å ha god kommunikasjon til tross for bruk av tolk. Det var noe kunnskap om ulike sykdomsforståelse, men liten kunnskap om ulike tidsforståelse blant personalet på poliklinikker. De som hadde kunnskaper om ulike sykdomsforståelse hadde hatt praksisopphold i utlandet som student. På spørsmål om potensielle forbedringsområder, svarte flere at de ønsket mer kurs og undervisning om ikke-vestlige pasienter.

Før-intervjuene dannet et grunnlag for hvilke utfordringer de ulike avdelingene hadde relatert til pasienter med ikke-vestlige bakgrunn, og avgjorde fokus på tema i foredragene. Foredragene danner et bakteppe til besvarelsene i dybdeintervjuene. Det er derfor naturlig å presentere kort innholdet i foredragene: Foredragene startet med et fokus på hvem som regnes som flerkulturelle. Temaet ble vektlagt for å starte en refleksjon rundt tankene «oss-dem» konstellasjonen, der hovedformålet var å formidle at alle er individer. Deretter ble faglig forankring presentert i form av Spesialisthelsetjenesteloven (1999, kap. 1-1. punkt 3) og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, kap. 3-5.). Det ble reflektert rundt begrepet likeverdig helsearbeid, og hva dette begrepet kan innebære. Utfordringer i forhold til forskjellig syn på sykdom og helse tatt opp; magi, trolldom og fire ulike medisinske praksiser ble aktualisert. Andre aspekter det ble fokusert på under foredraget var ulike oppfattelser av tid. Det ble også lagt vekt på viktigheten av kommunikasjon, og det å benytte tolk. I hvert foredrag ble det delt en egenopplevd episode med ikke-vestlige pasienter som en avslutning. Historiene var ulike ved hvert foredrag og skapte ulike grunnlag for refleksjon. Samtalen i etterkant ble en forlengelse av foredragene der tilhørerne kunne komme med egne tanker og meninger.

2.4 Dybdeintervju

I etterkant av foredragene ble det gjennomført seks dybdeintervjuer med sykepleiere som alle hadde vært tilstede og hørt på et eller to av foredragene mine. Alle som ble spurt om å delta, var sykepleiere som jeg kjente til fra inneværende og tidligere arbeidsforhold. Dalland (2000, s. 131) kaller dette for et *strategisk valg* av intervjupersoner. Det er ingen mannlige sykepleiere som har deltatt i undersøkelsen, kun kvinnelige. Dette var ikke et valg fra min side, men henger sammen med lavt antall mannlige sykepleiere på de aktuelle avdelingen, anslagsvis 10 prosent totalt. En kan derfor ikke si at utvalget har vesentlig kjønnsmessig ubalanse. Det strategiske utvalget bestod kun av norske sykepleiere hvilket var utilsiktet og skyldes mangel på tilgang av andre typer informanter. En sykepleier med kulturell bakgrunn fra Afrika, kunne potensielt tilført nye momenter og forklaringer til oppgaven. Alle som ble spurt om å delt i undersøkelsen jobber på avdelinger med tilsynelatende høyt antall ikke-vestlige pasienter. Forventningene var derfor at sykepleierne hadde meninger om temaer som ble aktualisert, og ikke stilte seg likegyldig. Alle informantene er anonymisert i form av fiktive navn og en kort introduksjon:

- Anne er i førtiårene og har jobbet med ikke-vestlige pasienter i mer enn ti år. Hun er ansatt på en poliklinikk.
- Beate er i trettiårene og har mer enn ti års erfaring med ikke-vestlige pasienter. Hun er ansatt på en poliklinikk.
- Cecilie er i trettiårene og møter ofte ikke-vestlige pasienter i sin arbeidshverdag. Hun er ansatt på en poliklinikk.
- Dina er i slutten av tyveårene og jobber på en sengepost som ofte har ikke-vestlige pasienter. Dina har vært i praksis i Afrika når hun var sykepleierstudent.
- Ellen er i slutten av tyveårene og jobber på en sengepost som ofte har ikke-vestlige pasienter. Hun har vært i Afrika når hun var sykepleierstudent.
- Frøydis er en sykepleier i førtiårene som har jobbet med ikke-vestlige pasienter i mer enn ti år. Hun er ansatt på en poliklinikk, og var den første informanten i feltarbeidet. I etterkant ble det tydelig at svarene i litt for stor grad var fargelagt av meg som intervjuperson. Det ble forsøkt å unngå stillhet, og Fiona ble nærmest «hjulpeløst» videre med rettledning eller alternative svar. Valget ble, etter en avveining i forhold til kvalitet, å ikke ta med sitater fra dette intervjuet. Arbeidet med intervjuet var likevel

ikke bortkastet da det fungerte som et pilotintervju, og gav verdifull refleksjon og kompetanse.

Intervjuene ble gjennomført en stund etter at sykepleierne hadde hørt på foredraget, alt fra to uker til to måneder i etterkant. Vi møttes utenom arbeidstid med unntak av to intervjuer, og de varte i 30 til 45 minutter. Det ble benyttet båndopptaker under intervjuene for å gjøre det lettere å fokusere mest mulig på det sykepleieren fortalte. Intervjuene bestod av åtte spørsmål som ble forsøkt utformet på en måte som gjorde at informanten i størst mulig grad kunne reflektere og komme med egne tolkninger. Dalland (2000, s. 130-131) sier at et kvalitativt intervju fører to mennesker sammen til samtale om noe de begge to er opptatt av. Videre blir det sagt at partene påvirker hverandre gjennom spørsmål og svar. Dette er ikke å regne som en feilkilde, men heller en forutsetning for et kvalitativt intervju. Den mellommenneskelige interaksjonen kan brukes aktivt, og føre til et vellykket forskningsintervju. En erfaring i etterkant av dybde-intervjuene var at de sykepleierne som kjente meg relativt godt på forhånd, ser ut til å ha å svare mer utfyllende og selvstendig. Dette var kanskje en tilfeldighet, men motsatt av det som var antatt på forhånd. Kanskje hadde det også noe med fremtreden til meg som intervjuperson å gjøre. Det er mulig at en mer veletablert relasjon gjorde det lettere å skape en fortrolig situasjon som virket stimulerende.

Etter å ha fulgt intervjuguiden samvittighetsfullt gjennom de første to intervjuene, ble det klart at noen spørsmål var formulert på en vanskelig måte. De fire siste intervjuene har derfor en noe annerledes ordlyd i forhold til spørsmålsformuleringen på et par spørsmål, spørsmålene har likevel samme innhold. Alle intervjuene er ment til å danne grunnlag for refleksjon. Det har derfor ikke vært fokus på å holde informanten strengt innenfor rammene spørsmålene danner. Hvis informanten har kommet med egne refleksjoner og utdypet disse, har dette blitt oppmuntret. Noen intervjuer har som en følge av dette utviklet seg til lengre samtaler enn andre. Hvilket igjen har vært avhengig av sykepleierens evne til refleksjon og vilje til å utdype disse i løpet av intervjuet.

2.5 Faglitteratur

Litteratur benyttet for å besvare problemstillingen er i hovedsak utformet av norske forskere og forfattere. Dette har vært et bevisst valg for å se nærmere på hva det norske fagfeltet formidler om problemstillinger knyttet til ikke-vestlige pasienter. Et viktig moment for undersøkelsen er faggruppen oppgaven retter seg mot. Oppgaven tar ikke mål på seg å produsere resultater med allmenngyldig karakter, den er ment å vise spesifikke utfordringer i arbeidshverdagen til norske sykepleiere. Med dette som bakgrunn har det vært et poeng å finne frem til kilder som har fokus på sykepleiefaget og profesjonens forankringer. I tillegg til norsk litteratur, har andre kilder vært pensum i løpet av *erfaringsbasert master i interkulturelt arbeid*. Når det gjelder ytterligere kilder relatert til afrikanske pasienters helse- og sykdomsforklaring, er det i hovedsak benyttet litteratur fra utenlandske forfattere. Det har vært vanskelig å begrense søket, da det er lett å tenke at alt er potensielt viktige momenter i besvarelsen. Medvirkende faktorer for avgrensning i litteratursøket, har vært råd fra veileder og referanser fra kilder som synes aktuelle.

2.6 Etske betraktninger

Ved å ha gjennomført foredrag i egen regi med fremtidige informanter som tilhørere, er noen av premissene lagt i forhold til temaer og «beste praksis». Dette kan til en viss grad være styrende for svarene i intervjuene, og spørsmålet som følger deretter er om undersøkelsen har god nok kvalitet. Produseres ny kunnskap og forståelse, eller er svarene til informantene kopi av kunnskapen til den prosjektansvarlige? Ifølge De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) betyr habilitet at det kan være forhold som gjør at en person mangler tillit, eller ikke har evnen til å være upartisk i en sak. Det har blitt forsøkt redegjort for prosessen med forberedelse og fremføring av foredragene. Utgangspunktet for intervjuene er også fremlagt for at leser selv kan vurdere disse spørsmålene. Det er klart at rammen rundt undersøkelsen har hatt en innvirkning på innholdet i intervjuene. Men i intervjusamtalene har sykepleierne uten unntak tilført meg som intervjuperson ny kunnskap. I tillegg har svarene til hver enkelt sykepleier vært ulike i forhold til ordlyd og hvilke temaer de fokuserer på. Dette kan forstås dithen at til tross for å ha hørt «samme» foredrag, blir tolkningen av budskapet og relevansen i forhold til egen arbeidshverdag forskjellig fra person til person, og derfor av betydelig faglig interesse.

I løpet av gjennomføringen av prosjektet med forberedelser og gjennomføring av masteroppgave, har flere etiske dilemmaer dukket opp. Spesielt det å utføre feltarbeid med egne kolleger på egen arbeidsplass, har krevd ettertanke og refleksjon. Selv om alle informantene var sykepleiere på lik linje som meg, har jeg selv tatt videreutdanning på fagfeltet interkulturell kompetanse. Jeg som intervjuer var dermed i besittelse av mer fagkunnskap enn de fleste av mine kollegaer, og hadde dermed en form for profesjonsmakt. Maktaspektet i en undersøkelse krever ettertanke hos den som gjennomfører undersøkelsen. Jakobsen (2006, s. 145) sier at *makt er i seg selv verken positivt eller negativt – det er måten makten brukes på som enten fører til maktbruk eller maktmisbruk*. I tillegg til ubalanse i maktforholdet basert på ulik kunnskapsmengde, dannet foredragene basis for informantene. Dette kan være potensielt hinder til oppriktige og selvstendige svar. Jeg har utøvd makt ved å bestemme hvilke emner det skulle undervises i. Foredragene har trolig lagt føringer for informantenes svar, til tross for at foredragene har vært relativt korte. Informasjonsmengden formidlet i løpet av 35 – 50 minutter er begrenset. Målet med foredragene var å gi en viss oversikt slik at informantene kunne reflekterte videre på egenhånd.

2.7 Transkripsjon

Det er benyttet opptak under intervjuene med sykepleierne. I etterkant av hvert intervju har det blitt gjennomført en transkripsjon. Dette har tatt mer tid enn først antatt, og har krevd noen praktiske og etiske overveielser. Transkripsjonen har for det meste vært nøyaktig det samme som sykepleieren har sagt. I noen tilfeller har personene hatt en tendens å starte setningen med fraser som «liksom det atte», eller lignende. Da disse uttrykkene antas å ikke ha betydning for budskapet til informanten, har disse blitt fjernet. Dette støttes av Kvale og Brinkmann (2010, s. 187-196) som sier at: *Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen*. De sier videre at hvis man gjengir ordrett hva en person har sagt i et muntlig intervju, vil det bli en kunstig konstruksjon som hverken passer inn i en muntlig eller skriftlig stilform. En intervjusamtale som transkriberes fra muntlig til skriftlig form, gjør det lettere å få struktur slik at man kan foreta en analyse og tolkning av materialet.

2.8 Analyse og tolkning

Prosessen med foredragene og intervjuene i etterkant har ført til en bedre forståelse i forhold til hvilke kunnskaper sykepleierne etterspør. Svarene sykepleierne gav i intervjuene har hatt en direkte innvirkning på valg av problemstilling. I fire av seks intervjuer falt det naturlig å spørre tilleggsspørsmålet: Hvilken pasientgruppe føler du det er mest utfordrende å jobbe med? Svarene var «afrikanske pasienter, spesielt somaliske», hvilket førte til endring i problemstillingen fra å skulle handle om ikke-vestlige pasienter, til å fokusere spesielt på afrikanske pasienter. Denne innsnevringen av fokusområde førte til at det ble lettere å finne spesifikk og relevant litteratur til besvarelsen. Refleksjon i etterkant viser at noen av spørsmålene i intervjuet ville blitt formulert annerledes, hvis det hadde vært klart på forhånd at oppgaven skulle handle om afrikanske pasienter spesielt.

Analysen skal hjelpe oss til å finne ut hva intervjuet egentlig har å fortelle. Tolkningen skal vise oss hva det vi har fått vite, betyr (Dalland, 2000, s.152). Kvale og Brinkmann (2010, s. 199) minner om at *begrepet metode betyr opprinnelig veien til målet*. Gjennom prosessen med analyse av innsamlet materiale har det blitt fokusert på hva informantene har meddelt. Til tross for et klart utgangspunktet og tema for oppgaven, har vegen og målet forandret seg litt undervegs. Dalland (2000, s. 152-159) sier at et sentralt grunnlag for analyse og tolkning er at man først ser på helhetsinntrykket av samtalen. Videre sier han at man bør se på om de enkelte svarene stemmer overens med dette. Etter gjennomgang av intervjuet, merker man seg temaene som er tatt opp. Eventuelt nye temaer som tilføres, eller utelates bør også kommenteres. Dallands råd er forsøkt fulgt som en mal for analyse og tolkning i gjennomgangen av intervjuene.

Helhetsinntrykket av intervjuene gir inntrykk av at sykepleierne er usikre på mange aspekter ved sykepleieomsorg for pasienter med ikke-vestlig bakgrunn. De viser interesse for ny kunnskap og er åpne for endringer i egen yrkespraksis. Temaer fra foredraget som var relevante for en sykepleiers arbeidspraksis, virket som de fleste husket og hadde tatt i bruk. Dette tolker jeg som at teori fra foredragene som gav mening for den enkelte, ledet til at sykepleierne dannet egne historier og refleksjoner som ble presentert i intervjuene. Selv om muslimske pasienter med afrikansk bakgrunn blir omtalt som en homogen gruppe under intervjuene, virker det ikke som dette er en allmenn oppfatning. Sykepleierne beskriver

pasientene de møter med spesielle kjennetegn og individet omtales i større grad, enn kulturell bakgrunn, i pasienthistoriene.

3 Migrasjon og Helse

3.1 Globalisering

Globalisering som begrep viser både til komprimeringen av verden og intensiveringen av bevisstheten om verden som helhet (Robertsen, 1992, sitert i Hylland Eriksen, 2008, s. 17)

Den første januar 2014 var det 633 100 innvandrere i Norge, i tillegg kommer 126 100 norskfødte med innvandrerforeldre. Disse har bakgrunn fra 221 ulike land, og såkalt selvstyrte områder. 97152 personer kommer fra Afrika, 242699 kommer fra Asia (inkludert Tyrkia). Innvandrere fra Polen er Norges største innvandrergruppe. Innvandrere utgjør 14,9 prosent av totalbefolkningen i Norge i dag (Statistisk sentralbyrå, 2014). Hylland Eriksen (2008, s. 154-155) sier at ikke alle som flytter til nye land, gjør dette frivilling. Noen er tvunget til å migrere på grunn av krig, politisk uenighet og dårlige levekår i landene de kommer fra. Globalisering medfører økt migrasjon hvilket skaper flere utfordringer, deriblant en ny type sårbarhet. Et eksempel på denne sårbarheten er at spredning av smittsomme sykdommer blir et internasjonalt problem. Scholte (2005, s. 288-289) peker på at økt migrasjon mellom ulike land har ført til en akselerasjon i spredning av sykdommer. Han trekker frem HIV og AIDS, kolera, malaria og tuberkulose som eksempler. AIDS viruset førte alene til at 20 millioner mennesker døde, og ytterligere 10 millioner ble foreldreløse i 2001. I tillegg til de sykdommene som allerede er nevnt, er det i dag en fryktet sykdom kalt ebola som herjer i Vest-Afrika. I februar 2014 ble det meldt om et større utbrudd i Guinea som senere spredde seg til nabolandene Sierra Leone og Liberia. Dette utbruddet er ifølge Folkehelseinstituttet (2014) så langt det største rapporterte utbruddet. Videre blir det fortalt at denne sykdommen ble beskrevet for første gang i 1976. Det er en alvorlig sykdom med høy dødelighet der 40-90 prosent av pasientene dør i tidligere utbrudd. Ebola ble tidligere kalt ebola hemoragisk feber, og forekommer som regel i avsidesliggende landsbyer i Sentral- og Vest-Afrika, nær tropisk regnskog. Ved utbrudd rammes særlig familiemedlemmer og helsepersonell som har behandlet syke, turister er lite utsatt for smitte. Ebola er en sjelden sykdom, også i områdene hvor det pågår utbrudd.

Det er nødvendig med internasjonalt samarbeid for å få til rettferdig ressursfordeling, og styrke menneskers helse globalt. Mangel på rettferdig fordelingen av goder og ressurser påvirker verdenssamfunnet i henhold til økt migrasjon og globalisering. Mennesker flytter til

land med velstand og muligheter til å skape en god levestandard. Økt globalisering påvirker samfunnsutviklingen både på politisk, sosialt og helsemessig plan i alle land. Verdens Helseorganisasjon kom i 2008 med en sluttrapport som konkluderte med at sosial rettferdighet i form av levekår, er avgjørende for et menneskes liv og død. Et beskrivende eksempel på ulike levekår er at en jente født i Norge forventes å bli 82 år, mens en jente født i Botswana forventes å bli 43 år gammel. Utjevning av ulikheter i sosiale helseforskjeller vil påvirke den globale helsen i stor grad (Helsedirektoratet, 2009, s. 14-19).

3.2 Migrasjon

Økende migrasjon gir nye muligheter for folk og samfunn. I takt med større informasjonsflyt og økende transportmuligheter er migrasjonen blitt mer mangfoldig. Migrasjon har sammenheng med behovet for arbeidskraft, økonomisk og demokratisk utvikling, handel, integrering, menneskerettigheter og samfunnssikkerhet. De fleste flytter i håp om å oppnå et bedre liv (Helsedirektoratet, 2009, s. 14). Norge har noe færre innbyggere med innvandrerbakgrunn enn det som er gjennomsnittet i andre OECD-land (Organisation for Economic Cooperation and Development består av trettifire land, hvorav de fleste er europeiske). Tall fra Statistisk Sentralbyrå tyder på at den økende migrasjonen Norge opplever, kommer til å fortsette. Nye og enklere kommunikasjonsmåter i form av penger, transport og internett, har ført til lettere flyt av mennesker og ideer over landegrensene. En økende migrasjon åpner muligheter for et transnasjonalt perspektiv, der begrepet «vi» innebærer et større mangfold (Helsedirektoratet, 2009, s. 15-19). Som et resultat av økt migrasjon møter norske helsearbeidere flere pasienter med blant annet afrikansk kulturbakgrunn. Det kan være vanskelig å vurdere, forstå og pleie en pasient med ikke-vestlig bakgrunn fordi de er vant til en annen sykdom- og behandlingspraksis enn en skandinavisk helsearbeider. I tillegg til ulike forståelsesrammer, har man ofte kommunikasjons utfordringer som gjør samhandlingen ekstra utfordrende (Hanssen, 2005, s. 15-25). Disse temaene er deler av den store sammenhengen som utgjør helheten i forhold til problemene sykepleiere i spesialisthelsetjenesten møter når de hjelper pasienter fra Afrika. Tematikken kultur og sykdomsforståelse blir tatt opp mer utførlig i løpet av oppgaven.

3.3 Etikk i møtet med afrikanske pasienter

Norges befolkning har sammenlignet med andre land en liten andel mennesker med innvandrer bakgrunn. Dette forandrer ikke realiteten at også ikke-vestlige personer har behov for helsehjelp når de blir syke. Vår etiske plikt som norske helsearbeidere er å behandle alle likt, og jobbe mot at alle opplever samme behandlingsresultat. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) sier følgende:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter. Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients integritet, herunder retten til en helhetlig omsorg, retten til være med besluttende og retten til ikke å bli krenket.

Sykepleieren arbeider for et ressursmessig grunnlag som muliggjør en faglig og etisk forsvarlig sykepleie, tilpasset den enkelte pasients særegne situasjon.

Handlingene våre blir påvirket av de menneskene vi omgås med forteller Hanssen (2005, s. 97-123). Videre sier hun at måten vi oppfører oss på, holdningene våre og tradisjonene er selvfølgelig for oss. Det er i møtet med personer fra andre kulturer som tenker annerledes, at vi blir klar over at noen tenker ulikt oss selv. Holdninger og verdier formidles når mennesker kommuniserer og samhandler med hverandre. Kommunikasjon er viktig i forhold til forståelse, men vil også kunne påvirke pasientens rett på autonomi. Autonomi blir av Tanøy (1999, sitert i Johannessen, Molven og Roalkvam, 2007, s. 317) definert som: *en moralsk begrunnet selvbestemmelsesrett. I dag er dette en rett som tilkommer alle voksne og moralsk myndige personer. Å være myndig betyr at man selv kan ta ansvar for eget liv og eget beste – forutsatt at man vet hva som er godt og dårlig, nyttig og skadelig for en selv.* Sykepleiere i Norge er opplært til å tilrettelegge for at pasienter skal oppleve autonomi. Personlig karakteristika, sosial intelligens og utdanning er antagelig medvirkende i forhold til hvor stor grad en person klarer å benytte seg av autonomi. Johannessen, Molven og Roalkvam (2007) sier at autonomibegrepet er et av de mest brukte uttrykkene i bøker som omhandler medisinsk etikk. De forklarer videre at det ansees som en grunnleggende forutsetning for å kunne snakke om moral. Autonomi kan forklares som opplevelse av uavhengighet, begrepet omtales også som selvbestemmelsesprinsippet. Det setter en barriere i forhold til at pasienter kan «overkjøres» av helsepersonell, som lett kan skje når pasienter er svekket av sykdom.

Makt er en asymmetrisk relasjon mellom to eller flere personer ifølge Hanssen (2005, s. 97-123). Hun sier videre at når noen har mer makt enn andre, kan det skyldes at noen har gitt

dem lov til å ha det. *Innen helsevesenet er helsearbeideres makt i relasjon til pasienten stor, ettersom de både kjenner «systemet» og er utøver av det* (s. 105). Alle kan potensielt utøve makt overfor andre, men ikke alle har midler til å kunne gjøre noe med en eventuell asymmetrisk situasjon de lever i. Det motsatte av makt er avmakt. Avmakt er en følelse mennesker kan oppleve når de møter hindringer og motgang i livet som de ikke evner å endre, eller gjøre noe med. For eksempel er det mange asylsøkere som opplever situasjoner med tortur og fengsling, hvilket gjør det umulig for dem å endre egen livssituasjon. Det finnes ulike former for makt som kan være aktuelle i denne sammenheng, deriblant normmakt, modellmakt og kommuniseringsmakt. Normmakt er de etiske verdiene som er skrevne og uskrevne i et samfunn. Modellmakt er den makten som eksempelvis sykepleiere har i forhold til kunnskap om sykepleie. Kommuniseringsmakt utøves av de som er i stand til å formidle og gjøre noe med informasjon som de mottar. Eksempelvis sykepleiere som tolker den medisinske terminologien, formidler videre og agerer ut ifra pasienters symptomer og prøveresultater.

3.4 Likeverdig helsetjeneste

Alle mennesker bosatt i Norge skal tilbys likeverdige helsetjenester – uavhengig av etnisitet, kulturell eller religiøs tilknytning, seksuell orientering, funksjonsevne, kjønn eller alder. Det er grunn til å tro at dagens tjenester ikke fungerer like godt for alle. Hvis helsetjenestene i større grad var tilpasset mangfoldet i befolkningen, ville flere ha bedre utbytte av helsetilbudet (Helsedirektoratet, 2009, s. 34). I Norge har man en grunnleggende holdning til at alle skal behandles likt. Denne likhetstankegangen er blitt utfordret nå når samfunnets innbyggere i økende grad har flerkulturell bakgrunn. Utfører man samme tjenestene likt overfor alle, vil noen systematisk få et dårligere tilbud. Likeverdige helsetjenester innebærer et mål om at tjenester tilrettelegges for enkeltindividets ulike hensyn og behov. Konkrete tiltak i forhold til tilrettelegging er bruk av tolk og oversette brosjyrer slik at man har tilgang på informasjon på flere språk. Andre konkrete tiltak er å ansette minoritetsrådgivere i kommunene som kan hjelpe med råd og veiledning. I tillegg skal det etableres individuell plan for personer som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester. Som en oppsummering sier Helsedirektoratet at det er behov for mer forskning til migrasjon og helse,

spesielt med tanke på hvordan helsetjenesten innretter seg praktisk og hvordan den faktisk fungerer (Helsedirektoratet, 2009, s. 34-47).

Det har de siste årene vært et større fokus på et inkluderende og likeverdig samfunn i Norge. Deriblant har Helse- og omsorgsdepartementet og Barne,- Likestillings,- og Inkluderingsdepartementet gitt ut en strategi med tittelen *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Her er det lagt vekt på at en likeverdig helse- og omsorgstjeneste er en av forutsetning for å nå målet om likeverdighet blant norske borgere generelt. Det blir i utgivelsen spesifisert hvordan regjeringen har planer om å nå sitt mål ved å satse på flere områder, blant annet fokus på forskning og kunnskapsutvikling. Dette for å oppnå at helsepersonell på alle nivåer skal ha kunnskap om ulike innvandrersgrupperes sykdomsforekomst, og eventuelle kulturelle utfordringer. Kunnskap ansees som viktig for å sikre innvandrere en likeverdig helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen vil sørge for økte økonomiske midler til NAKMI for at denne instansen skal kunne styrke kapasiteten (Helse- og omsorgsdepartementet og Barne,- Likestillings,- og Inkluderingsdepartementet 2013).

Flere store institusjoner jobber aktivt med å imøtekomme regjeringens fokus på et likeverdig og inkluderende samfunn. Deriblant Oslo Universitetssykehus som har satt seg det mål å være ledende i arbeidet med likeverdige helsetjenester for alle pasienter, og i den forbindelse har utviklet en *strategi for likeverdige helsetjenester og mangfold 2011 – 2015*. Her blir begrepet likeverdige helsetjenester definert, forutsatt lik tilgang, kvalitet og resultat, på denne måten:

Ved å legge til rette for likeverdige helsetjenester gis alle pasienter likeverdig tilgang til omsorg og behandling. Tjenestene skal være av like god kvalitet til alle brukere, og målet er resultatlikhet for de med samme sykdomsbilde.

Et reelt likeverdig behandlingstilbud innebærer at pasienter med ulike behov og forutsetninger i blant behandles ulikt, tilpasset den enkeltes livssituasjon, kulturelle og religiøse bakgrunn og kommunikasjonsferdigheter. Likebehandling av mennesker med ulike forutsetninger gir sjeldent likt resultat. Tjenesten må derfor tilrettelegges for den enkelte (2011:3).

Spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å yte likeverdige helsetjenester. Dette er presisert i Spesialisthelsetjenesteloven (1999) i paragraf 1-1 der det står at man skal: *bidra til et likeverdig tjenestetilbud*. Magelssen (2012) mener at likeverdige helsetjenester handler om å gi pleie og omsorg til alle pasienter slik at helsehjelpen gir like godt resultat for den enkelte. Videre sier hun at for å oppnå like godt resultat kan det hende at det ikke er godt nok å utføre

identiske tiltak overfor hver pasient. Faktorer som religiøs tilknytning, kjønn, språk og livserfaring er med på å bestemme hvordan man best kan ivareta en pasient for å oppnå likeverdig helsetjeneste.

4 Den afrikanske muslimske pasienten

4.1 Familierelasjoner og kollektivism

Et av de mest slående trekkene ved det muslimske samfunnet er hvor viktig familien er. Familieenheten regnes som hjørnesteinen og medlemmene er kollektivistisk orientert. Det vil si at både som individ og som del av det kollektive, står man i et gjensidig forpliktende forhold til hverandre (Opsal, 2004, i: Hugaas, Hummelvoll og Solli, 2004, s. 219). For en person med muslimsk tro er det å stifte familie den eneste legitime livsformen, alle har plikt til å inngå ekteskap. En kvinnes rolle er å utføre arbeidsoppgaver i hjemmet, og mannen er sosialt og rettslig overordnet henne. Mannen har som primæroppgaver å være forsørger og familiens overhode. Bakgrunnen for mannens posisjon i familien henger sammen med Allah sin rolle som en streng, men omsorgsfull far. Barn er viktige for muslimske familier, både gutter og jenter lever et beskyttet liv frem til femårs alderen. Etter dette forventes økt selvstendighet og man begynner å behandle kjønnene forskjellig. Gutter lærer hva som forventes av en mann i form av rollemønstre og at han skal beskytte familiens kvinner. Jentene på sin side blir opplært i husstell og å passe yngre barn i familien. Gutter har høyere verdi økonomisk fordi eiendom og penger følger den mannlige delen av familien. Det er strenge begrensninger i måten en kvinne kan omgås andre menn, og mange kvinner blir derfor fulgt av et mannlige medlem av familien når hun skal ut av huset. I følge islamsk lov kan hun ikke komme i fysisk kontakt med andre menn enn hennes ektemann, far, bror eller sønn (Hanssen, 2005, s. 163).

4.2 Ære og skam

Uttrykket «å tape ansikt» er en måte å beskrive at noen blir stilt i forlegenhet, eller har mistet anseelse. Metaforen kommer fra Kina og sier noe om evnen til å opprettholde en persons verdighet og status som er en viktig egenskap i dette landet. Det er kulturelle forskjeller på dette området som betegnes som lavkontekstkulturer og høykontekstkulturer. I lavkontekstkulturer er man opptatt av å gå rett på sak og legger vinn på å være ærlig. Lavkontekstkulturer er ofte individbaserte. Menneskene som lever i en slik kultur er opptatt av å presentere en virkelig side av seg selv som er reel, og ikke bedre enn sannheten. Det

innrømme feil og ha evnen til å si nei, blir sett på som en styrke og en god personlig egenskap. I individualistiske kulturer går individets interesse foran det som er gruppens interesse. Det motsatte av dette er en kollektivistisk kultur. Her går gruppens interesser foran individets, og individet defineres ut ifra fellesskapet. Mange kollektivistiske kulturer preges av høykontekst-kommunikasjon. Det vil si at man i stor grad benytter ikke-verbale måter å kommunisere på. Harmoni og lojalitet ansees som viktig, og man strekker seg lang for å opprettholde en god tone og ivareta eget og andres ansikt utad. Begreper som ære og skam er knyttet til det å tape ansikt. En såkalt ære- eller skamkultur er vanlige i kollektivistiske samfunn. Her er man opptatt av hvordan individet fremstår overfor andre. Ære er noe kollektivt, det samme er skam. Hvis et medlem av en gruppe gjør noe som medfører skam, blir dette problematisk for hele gruppen. Det motsatte av ære og skam kultur, er kulturer som er opptatt av skyld og samvittighet. I skyld- og samvittighetskulturer er det individet som selv vurderer om en handling er god og riktig. Handlingen i seg selv vurderes, ikke medmenneskers fordømmelse av den (kilde til hele avsnittet: Bøhn og Dypedahl, 2009).

4.3 Bakgrunnen til somaliske pasienter

Ved inngangen til 2013 var det 171 600 personer med flyktningebakgrunn bosatt i Norge. De utgjorde 3,4 prosent av Norges befolkning, og 28,9 prosent av alle innvandrere i Norge. Somalia har nå passert Irak som den største gruppen med personer med flyktning bakgrunn (Statistisk Sentralbyrå, 2013). De fleste Somaliere er sunni-muslimer, og mange lever av jordbruk eller er nomader. I det somaliske samfunnet er klantilhørighet viktig. Klan er en gruppe mennesker som regner seg selv som slektninger gjennom mannslinjen. De ulike klanene har forskjellig rang i samfunnet, og er ofte internasjonalt knyttet sammen med medlemmer i ulike land (Engebriksen og Fuglerud, 2009, s. 37-60). Ferske tall fra Statistisk Sentralbyrå sier at det var 35.912 personer med somalisk bakgrunn i Norge 1. januar 2014. Fangen (2008, s. 41-70) forteller at de fleste somaliere som kommer til Norge er flyktninger. Videre forklarer hun at de har flyktet fra politisk motivert vold, forfølgelse og materiell nød. De som har bodd i Somalia før borgerkrigen brøt ut i Nord Somalia i 1988, idealiserer sitt hjemland og ønsker ofte vende tilbake. Dette har vist seg vanskelig da landet fremdeles er preget av politisk uro, dårlig infrastruktur og mangel på sosiale systemer som skole og helsevesen. Når det gjelder menneskers helse sier Utlendingsforvaltningens fagenhet for

landinformasjon (2014) at standarden på helsetjenestene i Somalia, er blant de aller verste i Afrika sør for Sahara. Dette skyldes årelang konflikt, stor fattigdom og naturkatastrofer. Det finnes ikke et helseforsikringssystem og offentlige sykehus er finansiert av internasjonale organisasjoner. Samordning og regulering innen helsesektoren er ikkeeksisterende, og dette har bidratt til ulikheter i tilgangen til grunnleggende helsetjenester mellom by og land.

4.4 Klassisk medisinsk skolesystem

I den vestlige delen av verden praktiseres den såkalte skolemedisinen, også kalt biomedisin. Brenna (2007, s. 76-85) omtaler fire ulike medisinske systemer i verden; skolemedisin, ayurvedisk medisin, unani-tibb og kinesisk medisin. Videre sier hun at disse fire måtene å tenke sykdom og helse på er svært ulike og krever nærmere forklaring for at helsepersonell skal ha bedre forståelse for pasienter med ulik helsebakgrunn. Eksempler på alternativ medisin er blant annet kinesisk medisin som er knyttet til Taoisme og kinesisk filosofi der balanse mellom motpolene Yin og Yang er sentralt. En annen alternativ medisinsk praksis er ayurvedisk medisin som bygger på en hinduistisk virkelighetsforståelse. Mennesker som tilhører dette medisinske systemet er opptatt av kosthold, musikk, astrologi, språk, åndelighet, balanse og flere andre ting. Man har fokus på det forebyggende perspektivet, å være i harmoni og kroppens likevekt og balanse. I tillegg til åpenbare ulike sykdomsforklaringer, er en av hovedforskjellene tankegangen rundt mennesket fysiske og psykiske behov. I mange samfunn og religioner ser man på kropp og sjel som en helhet med behov for lik oppmerksomhet i forhold til behandling. Oppfatningen er at negative tanker og holdninger til livet kan føre til uhelse i form av hodepine, magesmerter eller andre lidelser. Med andre ord vil det som gjør følelsesmessig vondt, også kunne påvirke fysisk helse. Den psykiske helsen påvirker den generelle helsen til et individ i stor grad, og utgjør derfor en stor del av utredningen når noen er syke. I Vesten derimot behandler man kroppen og sjelen som to separate ting. Det er aksept for at de to tingene påvirker hverandre, men helsetjenesten er likevel systematisk delt inn i somatisk og psykiatriske lidelser som igjen har ulike behandlingsinstitusjoner.

Ingstad (2007, s. 63-82) forklarer at biomedisin er basert på et naturvitenskapelig verdensbilde. Videre sier hun at dette medisinske systemet har en posisjon som en universell anerkjent sannhet, det blir derfor blir overlegen de andre medisinske systemene. Mye av grunnen til dette er biomedisinens støtte gjennom Verdens Helseorganisasjon (WHO) og dens

organisatoriske nettverk til verdens helseministerier. Ifølge Brenna (2007, s. 83) baserer biomedisin sin diagnostisering på undersøkelser som påviser sykdom, eksempelvis blodprøver, kirurgi, vitale målinger, temperatur og flere andre undersøkelser. Videre sier hun at det i utstrakt grad blir brukt medisinsk teknologi i form av mikroskop, røntgenmaskiner i diagnostisering og overvåkingen av syke pasienter. Psykiatri og sosialmedisin er også medisinske områder som regnes med innenfor begrepet skolemedisin. Man skiller på kroniske- og ikke-kroniske lidelser i skolemedisin, og man har et forebyggende og helsefremmende perspektiv. Alle som jobber innenfor skolemedisin har helsemedisinsk utdanning, de jobber på offentlig godkjente helseinstitusjoner. I følge Lian (2007, s. 93) er man innenfor skolemedisinens praksis opptatt av en økonomisk og effektiv behandling av pasienter. Dette blir videre forbundet med at alle somatiske sykehus i Norge innførte innsatsstyrt finansiering den 1. juli 1997. Hensikten med dette tiltaket var å øke sykehusenes behandlingsaktiviteter og ha økt fokus på behandlingseffektivitet.

4.5 Medisinske praksiser innen islam

Ordet «Islam» betyr hengivelse eller overgivelse til Gud, muslimer oppfordres til å la troen gjennomsyre alt som foregår i livet (Bøhn og Dypedahl, 2009, s. 19). Koranen er muslimenes hellige bok og de troende delt inn i to hovedgrupper som kalles sunnimuslimer og sjiamuslimer. I følge Khader (2000, s. 285-286) er det å besøke familiemedlemmer og andre bekjente som er syke, ansett som en religiøs plikt for en som er troende muslim. Han fortsetter med å si at dersom man ikke går på besøk, kan dette sende signaler om at man har forårsaket sykdom gjennom ond magi. I tillegg til at et sykebesøk er bevis for ikke utført ond magi, er det en måte å bekrefte solidaritet og lojalitet innad i familien. Jo flere av familiemedlemmene som kommer på besøk, jo større er anerkjennelsen overfor den syke. Det er også forventet at de besøkende har med seg gaver til pasienten når de kommer.

Muslimer forholder seg til flere medisinske praksiser, som det kan være hensiktsmessig og dele inn i kategoriene: Unanimedisin, Koranens medisin og Profetens medisin.

4.5.1 Unanimedisin

Unani-medisin i Pakistan og de arabiske landene har røtter i den gamle greske medisinen, men har gjennomgått forandring idet den er blitt tatt opp som en del av den islamske lære (Leslie, sitert i; Ingstad 2007, s. 46). Unani-tibb er basert på en gresk medisinsk, der hovedårsakene til sykdom er ubalanse mellom varme - kulde, fuktighet - tørrhet eller manglende matlyst. I tillegg kan bli rammet av onde ånder, eller oppleve at noen kaster det onde øyet på én. Man operer med fire kroppsvæsker som har sammenheng med hver sitt organ, naturelement og temperament: Milt har sammenheng med jord og melankoli, hjerne og blære har sammenheng med vann og vemod, hjertet har sammenheng med luft og blod mens lever har sammenheng med ild og gul galle. I Unani-tibb skiller man ikke mellom kropp og psyke, begge deler ansees å utgjøre en helhet for mennesket. Det som i biomedisin diagnostiseres som psykiatriske lidelser, vil i denne praksisen som regel ansees som en somatisk lidelse. Ofte gjør behandlerne, hakimer, sin diagnostisering ut fra pulstaking (Hanssen, 2005, s. 160-169).

4.5.2 Koran-medisin

I følge Ghaznawi (1977, i: Athar, 1993, s. 107-122) har Koranen en helbredende effekt i seg selv. Videre blir det forklart at Koranen virker på mennesker ved å redusere stress, den kan øke sirkulasjonen og den har også en forbedrende effekt på immunforsvaret. I følge Athar (1986: i Athar, 1993, s. 123-127) sier koranen i liten grad noe direkte om medisinsk forskning, men er mer fokusert på å formidle retningslinjer i forhold til helse og behandling av sykdommer. Disse retningslinjene er knyttet til de fem søyler, eller grunnpilarer, i islam.

Opsal (2004, i: Hugaas, Hummelvoll og Solli, 2004, s. 213-228) har sagt følgende om koranens forskrifter knyttet til helse:

- *Rituell renhet* (s. 224) er for en muslim nødvendig for å bevare sjelens renhet. Måten dette blir gjennomført på er at ansikt og hender vaskes i rennende vann før mat, bønn, og etter toalettbesøk. Hvis ikke det er tilgang på vann, kan man benyttet sand å vaske seg med. Har en positiv innvirkning på fjerning av forurensing og overføring av smittsomme sykdommer.

- *Bønn* (s. 224) gjennomføres fem ganger daglig hvis dette er fysisk mulig. Bønnen ansees som like viktig åndelig sett som å spise og sove, den kan gjennomføres hvor som helst bare hodet er vendt mot Mekka. Fredag er muslimenes helligdag, da er det vanlig å samles til fellesbønn i moskeene.
- *Diett* (s. 220) for en muslimsk person, er mat forbundet med streng diett der man skiller mellom rene og urene matvarer. Eksempelvis er all mat som inneholder svin forbudt. Ting som kan skade kroppen som alkohol er forbudt i islam. En muslim skal kun spise kjøttprodukter som er halal. Det vil si at dyret som skal slaktes vender hodet mot Mekka før hovedpulsåren i halsen skjæres over, og handlingen utføres i Allahs navn. Det er et poeng at blodet skal renne fritt, for en muslim bør unngå å spise blod eller blodmat.
- *Faste* (s. 221) muslimer har en måned i året da de faster fra soloppgang til solnedgang, denne tiden kalles ramadan. Personer som er syke kan ifølge Koranen unntas regelen om å faste. Fasten avsluttes med en høytid id al-fitr (s. 223) som tilsvarer norsk julefeiring.

Hvis en person blir syk kan dette skyldes mange bakenforliggende årsaker. Personen kan ha blitt berørt av en ond ånd, eller blitt kastet «det onde øyet på». Muslimer tror at alle mennesker er omgitt av *jinner*, ånder, som kan inneha både positive og negative egenskaper. Uansett årsaken til sykdom, vil den syke oppsøke en spesielt utvalgt person. For en muslim med tradisjonell bakgrunn kan dette være: Allah gjennom Koranen, Mullaen som tolker Koranen eller familien representert gjennom et mannlig overhode. Disse vil i mange tilfeller forordne amuletter med koran-tekster (Opsal, 2005, kap. 12) som har beskyttende funksjoner, og be spesielle bønner for pasienten. Guds navn har i seg selv en helbredende kraft, det er vanlig at koranen blir lest høyt for den syke som et ledd i behandlingen. I tillegg har en lege stor autoritet i helsespørsmål fordi hans handlinger styres av Allah, Gud. Alle troende muslimer har plikt til å ta vare på sin egen helse, og man kan ikke bli helbredet uten å tro og at man praktiserer bønn. Ifølge islam viser Allah kun barmhjertighet til personer som følger hans forskrifter. Man er derfor påpasselig med å legge til rette for at pasienter kan gjennomføre rituell renhet, bønn, diett og retningslinjer knyttet til barsel og livets slutfase (Hanssen, 2005, s. 166-190).

4.5.3 Profetens medisin

I tillegg til Koranens medisinske lære, er Profeten Mohammed sine uttalelser knyttet til helse viktig for en muslim. Khader (2000, s. 79-80) sier at muslimer ser på Mohammed som en person som levde et optimalt islamsk liv. Videre forklares det at alle muslimer ønsker å leve etter Mohammeds retningslinjer og har han som forbilde. Fortellinger om Mohammed er nedskrevet i *hadith* (s. 79) som i religiøs sammenheng er en samling fortellinger. Disse har utgangspunkt i utsagn fra Mohammed eller hans nærmeste, i tillegg til avgjørelser og handlinger som har blitt tatt i konkrete situasjoner. Khader (2002, s. 278-290) forklarer at behandlingsformer innenfor «profetisk medisin» (s. 281) er basert på elementer hentet fra *hadith*. Videre blir det fortalt at Mohammed mente at det er fire tiltak som kan forebygge og helbrede sykdom: honning, årelating, kopping og å bli brent med ild. I tillegg til disse tiltakene spiller astrologi og alkymi en viktig rolle i profetens medisin. Ahmed (2000, sitert i Hanssen, 2005, s. 166) referer til en uttalelse av profeten Mohammed der han sier at *det finnes en kur for enhver sykdom utenom en – alderdom*. Hanssen (2005, s. 166-177) sier at dette er en uttalelse som legger et ansvar på den syke til å finne et botemiddel. Videre blir det sagt at pasienten bør søke hjelp hos profesjonelt personell, men det er kun «Den aller høyeste helbreders hender» (s.166) som kan helbrede sykdom.

4.6 Den tradisjonelle afrikanske medisinpraksisen

Islam kom til Afrika med muslimske handelsmenn som reiste langs kysten og handelsruter som gikk gjennom kontinentet. I løpet av tusen år har islam smeltet sammen med urgammel afrikansk tradisjon og medisinsk forståelse. Islam har tilpasset seg de lokale forholdene samtidig med at de lokale tradisjonene gradvis har endret sin samfunnsstruktur. Eksempel på dette er at i områder i Vest-Afrika vektlegger man troen på forfedre og islam i like stor grad (Hanssen, 2005, s. 169-190). Mange afrikanske pasienter følger en kombinasjon av islamsk medisinsk praksis og tradisjonell afrikansk medisin. Dette medfører medisinske praksiser med variasjoner som er uendelig forskjellige og komplekse. For å se kunne beskrive deler av denne kompleksiteten blir det her forsøkt å fremstille noen måter å praktisere medisin i Afrika beskrevet av anerkjente antropologer.

Den afrikanske pasientens sykdomsforståelse innebærer en dimensjon den norske sykepleieren i liten grad forholder seg til. Dette at årsaken til sykdom, lidelse og dårlig helse

kan skyldes hekseri og trolldom, er for mange ukjent og uhørt. En anerkjent britisk antropolog Evans-Pritchard (1976, s. 18-25) studerte Azandefolket som bor i Afrika i land omkring Den Sentralafrikanske Republikk. Han var opptatt av deres tro og overbevisninger, og hvordan dette påvirket dem i hverdagslivet. Heksekraft og magi spilte en tilsynelatende viktig rolle i disse menneskenes hverdag. Det påvirket alle livsprosesser fra fødsel til død, og ble brukt som forklaringer på de fleste hendelser. Kun hvis en person hadde brutt et tabu eller hadde oppført seg umoralsk, ble det ikke forklart med heksekraft eller magi. Til tross for Azandenes tro på hekseri, oppfattet de ting rundt seg i like stor grad som alle andre. Deres forklaringer på noe en Vestlig person ville referert til som uhell eller uflaks, ville en Azande forklart med hekseri eller trolldom. Når en person fra Azande folket antok at han var blitt utsatt for hekseri, oppsøkte han orakler eller heksedoktorer som kunne hjelpe han. Personene i studien hadde i liten grad reflektert over begrepet sannhet og opprinnelse av magien som var blitt utøvd.

En annen forfatter som i likhet med Evans-Pritchard beskriver afrikanske menneskers forhold til magi og heksekraft er John S. Mbiti (1989, s. 189-198). Han bygger på informasjon fra hele Afrika sør for Sahara. Mbiti sier at alle afrikanere som har vokst opp i tradisjonelle omgivelser vil ha en viss kjennskap til magiske krefter, hekseri og mystiske fenomener. Kunnskap om ritualer blir spredd via historier og anekdoter som fortelles fra gammel til ung, eller i grupper der flere er samlet. De som forholder seg til denne virkeligheten mener at det er magisk kraft i ord, spesielt de som blir uttalt av en eldre person. Ord og setninger foreldre sier til barna sine kan forhindre at vonde ting skjer med barna deres, som en slags lykkeformel. En medisinmanns ord ansees å være spesielt potente, ofte viktigere enn selve medisinene han gir til pasienten, eller eventuelle ritualer han utfører. Mennesker kan reise lange avstander og ofre store summer penger eller flere husdyr, for å få velsignelse eller helbredelse av medisinmenn som har rykte på seg for å ha stor kraft. De magiske kreftene i samfunnet kategoriseres under god- og ond magi. God magi utføres hodesaklig av spesialister som medisinmenn, spåmenn eller regnmannen som får det til å regne. De bruker kreftene sine til å behandle sykdom, advare mot uheldige hendelser og forutse ond magi. Det er vanlig blant afrikanere å dekorere hjemmet sitt, eller bære en eller annen form for lykkeamulett som er magisk forsterket av en mektig medisinmann eller heksedoktor. Mange mener at det er selve amulettene som innehar en kraft i seg selv, mens andre ser på objektet som en gjenstand som symboliserer en kraft som kommer fra Gud. Det være seg en gudommelig kilde, de kristnes Gud eller muslimenes Allah. Gud gir enten direkte kraft gjennom gjenstanden, eller at ånder representerer Gud

gjennom gjenstanden. Gjenstanden kan miste sin kraft med tiden, den må da fornyes eller velsignes på nytt. Når det gjelder bruken av lykkebringende gjenstander ser man at det er en slags sammensmelting mellom overtro og religion. I motsetning til god magi og lykkebringende gjenstander finnes det ond magi. Dette kan brukes til å skade andre mennesker eller ødelegge deres eiendeler. Magien kan utføres blant annet ved at man lager en dukke som ligner på den man vil ramme, og at man deretter brenner eller stikker nåler inn i dukken (Mbiti, 1989, s. 189-198). Trollmenn eller kvinner som utfører ond magi er fryktet i lokalsamfunnet. Eksempler på dette kan være en mor som har mistet sitt barn i malaria. Hun vil ikke slå seg til ro med at en mygg har tatt livet av barnet hennes. Hun vil også se etter hvem som kan ha kastet trolldom på henne, eller hennes barn, slik at det ble rammet og døde av malaria. Årsaker til at noen utfører ond magi kan være mange, men blant annet sjalusi eller uvennskap. Virkeligheten for en afrikaner med tradisjonell en bakgrunn, er at ting ikke bare skjer av seg selv, det er en kraft bak hendelsen som i de fleste tilfeller tillegges magiske krefter.

4.7 Ukjente diagnoser

Helsedirektoratet (2009) har laget en kort oversikt over sykdommer som regnes som sjeldne blant nordmenn, men som forekommer hyppig i noen innvandrergupper. Her blir sykdommer som laktose-intoleranse, alkoholintoleranse, sigdcelleanemi, thalassemi nevnt. I tillegg omtales infeksjonssykdommer som tuberkulose, hepatitt, malaria, aids, tarmparasitter og resistente mikrober etter overdreven bruk av antibiotika. Informantene i intervjuene mener det er viktig at norske sykepleiere har kunnskaper om både tuberkulose og HIV:

- Tuberkulose: I følge Almås (2001, 2. 1091-1098) skyldes tuberkulose en bakterie som kalles *Mycobacterium tuberculosis*. Videre fortelles det at tuberkulose kan oppstå i alle organer i kroppen, ca to tredjedeler av tuberkulosestilfellene i Norge er lungetuberkulose. Lungetuberkulose er en sykdom som kan smitte andre via luftbårne partikler, og den krever lang antibiotika behandling. Økt migrasjon og reisevirksomhet blant folk generelt gjør det nødvendig for Norge å se på tuberkulose i et globalt perspektiv. Symptomene på tuberkulose kan være mange og varierte. Langvarig hoste med hemoptyse, feber og nettesvette, nedsatt matlyst og vekttap er noen av symptomene sykepleieren bør være oppmerksom på. Hvis man mistenker at en pasient

har lungetuberkulose skal pasienten isoleres på luftsmitteisolat inntil diagnosen er avkrefte, eller man har oppnådd adekvat behandlingsresultat.

· Hiv/AIDS: I følge Almås (2001, s. 1103-1109) er HIV/AIDS en relativt nyoppldaget sykdom som ble registrert første gangen i USA i 1981. HIV er forkortelse for humant immunsviktvirus som virker ved å ødelegge kroppens eget immunforsvar. AIDS skyldes samme viruset som HIV, det er en samlebetegnelse på infeksjoner og kreftformer som oppstår når immunforsvaret er nedbrutt av HIV. Medisinsk behandling kan gi en pasient et langt liv og god livskvalitet, men det finnes ingen helbredende behandling. HIV smitter via kroppsvæsker som eksempelvis blod, sæd og morsmelk og er en lite smittsom sykdom, men det regnes likevel som en allmennfarlig smittsom sykdom.

4.8 Sykdom i kulturelt perspektiv

Kultur er et begrep som kan forklares på mange ulike måter. Arne Martin Klausen definerer kultur som: *de ideer, verdier, regler, normer, koder og symboler som et menneske overtar fra den foregående generasjon, og som man forsøker å bringe videre – oftest noe forandret – til den neste generasjon* (1992, sitert i: Dahl, 2013, s. 35). Den kulturelle bakgrunnen er viktig for en persons oppfattelse av sykdom og helse, verdiene og forestillingene er noe man lærer gjennom møter med andre medmennesker hele livet (Ingstad, 2007, s. 40-41). Eisenberg (1977) og Kleinman (1980) presenterer begrepene illness og disease (i Ingstad, 2007, s. 43). Der illness beskriver opplevelsen pasienten selv har i form av symptomer, mens disease er den beskrivelsen behandleren har i form av diagnose. Hva personen oppfatter som sykdom er med andre ord ikke nødvendigvis det samme som behandleren mener er diagnosen. Dette blir spesielt utfordrende når pasient og behandler kommer fra to svært forskjellige forklaringsmodeller på sykdom og lidelse, eksempelvis biomedisin og afrikansk sykdomsforklaring med hekseri og trolldom.

Arthur M. Kleinman er professor på Harvard Universitet i medisinsk antropologi og i psykiatri. Han har skrevet den banebrytende artikkelen *Medicine's Symbolic Reality - On a Central Problem in the Philosophy of Medicine* (1973). Der skriver han om helse i et større perspektiv enn bare den biomedisinske virkeligheten. Menneskers helse og sykdom påvirkes av konteksten de lever i, og kan ikke bare forklares ut ifra logikk og teori. Gjennom hans

formidling og fokus på fagfeltet medisinsk antropologi, har det blitt skapt en interesse, forskning og ny forståelse gjennom de siste tiårene. I følge Ingstad (2007, s. 25-26) er antropologi om medisin først og fremst forskning som ser nærmere på helse, sykdomsoppfatninger og behandling. Ingstad trekker frem Arthur M. Kleinman sitt arbeid i tillegg til Byron og Mary Joe Good og Paul Farmer, som ledende kapasiteter i forhold til å skape et teoretisk ståsted for medisinsk antropologi.

5 Interkulturell kompetanse

5.1 Definisjoner

En norsk sykepleier må ifølge Hanssen (2005) være opptatt av pasientens individuelle personlighet, ikke bare se på vedkommende sin kulturelle bakgrunn. Hun definerer kulturelt kompetent helsearbeid på følgende måte:

Helsearbeid der det utvises varhet overfor den variasjonsbredde man kan finne av menneskelige erfaringer og reaksjoner ut fra personlighet, utdannelse, sosial og økonomisk situasjon, etnisitet og kulturbakgrunn, for å nevne noen. Kulturelt kompetent helsearbeid bygger på forståelse for hvordan forskjeller på disse og andre områder kan påvirke menneskers reaksjoner og den pleie og behandling som gis (s. 25).

Det finnes flere måter å beskrive begrepet interkulturell kompetanse, både i forhold til personen som utfører arbeidet og i forhold til arbeidet som blir utført. Bøhn og Dybedahl har følgende definisjon: *Interkulturell kompetanse kan beskrives som evnen til å kommunisere hensiktsmessig med mennesker som har en annen kulturell bakgrunn* (2009, s. 12). Videre sier de at denne egenskapen er relevant fordi det i dag er økt globalisering og migrasjon. Ved å være interkulturelt kompetent vil man ikke bare bli flinkere til å kommunisere med kulturelt ulike mennesker. Man vil også bli flinkere til å forholde seg til ulikheter mellom mennesker generelt. Interkulturell kompetanse er noe man utvikler gjennom erfaring, ved å søke ny kunnskap og ved refleksjon.

Salo-Lee (i: Dahl, Jensen og Nynäs, 2006, s. 129-138) trekker frem Kealey (1990, s. 131) som sier at en interkulturelt kompetent person må kunne samhandle med andre, tilpasse seg ulike situasjoner og ha faglig kompetanse. Salo-Lee forklarer videre at interkulturell kompetanse kan sees ut ifra ulike perspektiver, der et av perspektivene er effektivitet. Evnen til å kommunisere med mennesker på en måte gjør at de oppnår respekt, vil kunne skape en produktiv arbeidssituasjon. Dette vil igjen gjøre at man klarer å gjennomføre tiltak på en effektiv måte, og oppnå ønskede mål. Det er flere spesifikke personlige egenskaper som ansees som nødvendige for å kunne kalle seg en interkulturelt kompetent person. Man må blant annet takle å tilpasse seg nye situasjoner, opptre respektfullt, forstå konseptet kultur og kjenne til ulike kulturbakgrunner. Det regnes også som viktig å være bevisst egen forståelse, kunne skape nye relasjoner, kommunisere på ulike språk og vise vilje til å engasjere seg i nye mennesker og relasjoner. Interkulturell kompetanse utvikles gjennom en

kombinasjon av faglig teori, og praksis gjennom å møte andre mennesker som har ulike kulturbakgrunn.

5.2 Sykepleie i Norge

Norsk sykepleierutdanning har et treårig utdanningsløp som gir bachelorgrad, og autorisasjon som gir rett til å praktisere som sykepleier. Sykepleieyrket er først og fremst en praksisdisiplin som har sitt utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap. Teori er rammeverket i sykepleieutførelsen, det sier noe om fagets funksjonsområde, innhold og framgangsmåter. Det finnes flere aktuelle sykepleieteoretikere som vektlegger ulike sider ved yrket. Deriblant Virginia Henderson (1897-1996) som forsøkte å beskrive sykepleiens spesielle fagområde. Hun utviklet følgende definisjon:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (siteret i Kirkevold, 1998, s. 101).

Ifølge Kristoffersen (1995, s. 11-59) er en sykepleiers overordnede mål å sørge for at pasienter oppnår mest mulig grad av velvære og helse. Videre sier hun at for å oppnå dette må man fokusere på problemløsning og samhandling. I praksis vil dette bety at man samler data om pasienten for å kartlegge behov, identifiserer hvilke mål som bør nås og deretter iverksetter tiltak for å nå målene. Sykepleierens utgangspunkt bør være hva som er pasientens grunnleggende behov. Det er i tillegg et poeng at man fokuserer på at problemløsningen utføres sammen med pasienten, ikke for pasienten. Dialog og samhandling med pasienten og hans nærmeste er et viktig utgangspunkt for å oppnå individuell omsorg. Individuell omsorg er basert på et syn om at alle mennesker har handlingsfrihet, bevegelsesfrihet og alle er sin egen herre. Sykepleiepraksisen krever faglig kompetanse i tillegg til evner knyttet til det å skape gode relasjoner med mennesker. Det forventes at man skal kunne yte likeverdige helsetjenester til mennesker med ulike alder, etnisk tilhørighet og ulike lidelser. Mange har sammensatte sykdomsbilder, der det er behov for spesiell tilrettelegging knyttet til hver enkelt diagnose. Sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten til å mestre egen situasjon, og bistå pasienten med oppgaver han selv ikke klarer å utføre på grunn av sykdom eller skade.

5.3 Hermeneutikk

Det å være bevist sin egen for-forståelse, eller sagt på en annen måte sine egne for-dommer, har Hans Georg Gadamer sagt mye om i sin forskning og filosofi. Gadamer er kjent for å ha introdusert begrepet om den hermeneutiske sirkelen som et hjelpemiddel for å oppnå forståelse. Mennesker er et produkt av kunnskapen som er tilegnet over tid av forfedre og foreldre. Tilnærming til tekst og kontekst vil være styrt av denne kunnskapen og være bakgrunnen for hva som gir mening den enkelte person. Forståelse handler derfor i stor grad om hvilke bak bakgrunn den enkelte har, egne forventninger og en bevissthet rundt dette. I en kognitiv prosess som blir billedliggjort via den hermeneutiske sirkel kreves det at man er åpen og kommuniserer til motparten egne forståelser og for-dommer. Deretter må man være villig til å møte motpartens svar, og være åpen for at egen for-forståelser og opplevelse av sannhet justeres eller endres. Gadamer har introdusert ordet for-dommer som et positivt begrep. Han mener at det viktig å bringe for-dommene frem i lyset slik at vi blir klar over i hvilken grad de påvirker oss. Alle har et ståsted som begrenser deres mulighet for å se utover denne helheten. I denne forbindelse har Gadamer presentert metaforen om horisonter som smelter sammen. Horisonten er fleksibel, den kan snevres inn, den kan utvides og den er aldri konstant. Horisonten endrer seg hele tiden i takt med at mennesket tester ut for-dommene sine, får innspill og dermed endrer sin måte å se verden på. Forståelse mellom to personer handler om at deres horisonter smelter sammen. De trenger ikke nødvendigvis være enige, men spenningen som eventuelt er tilstede kommer frem i lyset og skaper dermed muligheter for ny forståelse (Drønen i: Drønen, Fretheim og Skjortnes, 2011, s. 17-31).

5.4 Interkulturell kommunikasjon

Pasienter med afrikansk kulturbakgrunn som har begrensede norskkunnskaper er avhengige av tolk for å forstå hva som blir formidlet, og kunne komme med egne ytringer.

Pasientrettighetsloven (2001) presiserer dette i paragraf 3-5:

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Møtet med afrikanske pasienter byr på flere utfordringer for en norsk sykepleier. Den konkrete utfordringen i mangel på evnen til å snakke samme språk er en ting, men pasienten kan i tillegg ha svært ulik forståelse av ord og koder som uttrykkes. En afrikansk pasient kan med andre ord ha ulik semiotikk og tolke koder annerledes enn sykepleieren. Kjennskap til dette vil være nyttig for å unngå misforståelser, og at samtaler baseres på feil grunnlag. Dahl (2013, s. 101-114) har beskrevet semiotikk som læren om tegn, hvilket han forklarer nærmere med bokstaver som eksempel. Videre sier han at bokstaver i utgangspunktet er streker på et ark som blir til ord, som igjen former meldinger. Meldingene gir ingen mening til en person, hvis ikke personen kan tolke bokstavene og dermed tilskrive meldingen en mening. Semiotikk er med andre ord en teori om tegnene, og hvordan de former ulik mening hos ulike mennesker. For at tegn skal gi mening trenger man systemer de kan organiseres i, også kalt koder. Vi har blant annet codesystemer for språk, kroppsspråk, sosial oppførsel og ulike måter mennesker omgås hverandre på. Et eksempel som kan nevnes i denne forbindelse er begrepet «å faste». En muslim får beskjed av sykepleier om å faste før operasjon neste dag. Muslimen tenker da at han ikke skal spise etter morgenbønn og soloppgang klokken 06, mens sykepleieren tenker at pasienten skal faste fra klokken 24 om natten. Den samme koden har to ulike tolkninger, en religiøs og en sykehuskode.

Interkulturell kommunikasjon er en prosess som innebærer utveksling og fortolkning av tegn og meldinger mellom mennesker som representerer ulike kulturelle fellesskap som er så forskjellige at deres tilskrivning av mening påvirkes (Dahl, 2013, s. 85). Bøhn og Dypedahl (2009, s. 151-158) mener at det er viktig å ha et åpent sinn og være fleksibel i situasjoner som krever interkulturell kommunikasjon. Videre sier de at kunnskap om hvordan kultur påvirker kommunikasjon, gjør at det i større grad er mulig med kompetanseheving. En forutsetning for økt kompetanse er at man er opptatt av å forstå hverandre, det må foreligge et genuint ønske. Det er også grunnleggende at partene utviser gjensidig respekt og forsøker å se ting fra forskjellige perspektiver. Først da kan man oppnå konstruktiv dialog mellom mennesker som har ulik kulturell bakgrunn. En dialog, eller kommunikasjon, mellom mennesker kan foregå på mange måter både verbal- og ikke-verbal kommunikasjon.

I følge Bøhn og Dypedahl (2009, kap. 5 og 6) finnes det ulike måter å kommunisere med hverandre på verbalt kan man kalle lineær eller sirkulær kommunikasjon. Videre sier at eksempler som beskriver dette er at man i Vesten og i Nord-Amerika finner det normalt å

holde seg til «saken» i samtalen og komme til et poeng. Denne delen av verden forholder seg til en såkalt lineær kommunikasjonsstil. I lineær kommunikasjon formidler man et budskap punkt for punkt og beveger seg fremover som på «en linje» til et mål i samtalen. Det er om å gjøre å formidle ting kort og konsist, ikke ha for mange digresjoner og for mye symbolbruk som kan distrahere tilhørerne. Flertallet av verdens befolkning følger en annen kommunikasjonsform enn den lineære. Andre kommunikasjonsmodeller kalles sløyfemodell, spiralmodell, sirkulær modell. De går ut på at man i løpet av en samtale ser det som mer eller mindre viktig å utbrodere bi-temaer som kommer opp undervegs, for så å fortsette på samtalens hovedtema. Eksempelvis kan en person fra Øst-Asia ha en sirkulær og indirekte kommunikasjonsstil der man i mange tilfeller ikke kommer frem til et eksplisitt poeng. Personen bruker tid på å bevege seg i sirkel rundt poenget slik at den som lytter må være oppmerksom, forsøke å forstå og tolke budskapet som formidles. I tillegg til en direkte verbal kommunikasjon, kan en person kommunisere uten å bruke ord med såkalt ikke-verbal kommunikasjon. Forskere på fagfeltet hevder at mennesker kommuniserer 90 prosent med omverdenen uten å bruke ord. Dette er vanskelig å anslå nøyaktig tatt i betraktning følgende punkter: Stemmeleie, øyekontakt, ansiktsuttrykk, berøring, fakter, kroppsholdning for ikke å snakke om klærne vi tar på oss om morgenen. De sier noe i forhold til om vi er fattige, rike, liker å være midtpunktet eller om vi ønsker å være nøytrale personer. Ikke verbal kommunikasjon skjer som regel instinktivt og uten at vi har tenkt igjennom det på forhånd. Den kan ofte feiltolkes eller tolkes ulikt ut ifra hvilken kulturbakgrunn personen kommer fra. Kommunikasjonsformen læres i sosiale sammenhenger og via samhandling med andre.

5.5 Tidsforståelse

Tid er et begrep som tilsynelatende er universelt, alle mennesker forholder seg til tid på en eller annen måte. Innholdet i begrepet er likevel svært ulikt i de forskjellige verdensdelene og kulturene. Mbiti (1989, s. 15-27) forklarer at mennesker i Vesten forholder seg til at de er på vei inn i framtiden, mens afrikanere regner med at de er på vei inn i fortiden. Videre beskriver Mbiti at tradisjonelle afrikanske samfunn ikke har kalendere som går etter tall. De forholder seg til såkalte begivenhetskalendarer, eksempelvis at en gravid kvinne teller månedene fram til fødselen. Afrikanere har et perspektiv på tid kan kalles «begivenhetstid» der tiden i seg selv ikke er det viktigste, men det innholdet tiden får gjennom mellommenneskelige relasjoner.

Mennesker i Vesten forholder seg til tid som en vare som kan brukes, selges og kjøpes. I Afrika derimot er perspektivet på tid at den må skapes eller produseres. Vestlige mennesker følger tidslinjen med fortid, nåtid og fremtid, mens en afrikaner forholder seg kun til fortid og nåtid. Den tiden som produseres i nåtiden, blir umiddelbart en del av fortiden. Det er derfor ikke et markert skille mellom nåtid og nær fortid fordi prosessen med å skape en begivenhet varer en stund. Mbiti introduserer to termer fra swahili for å beskrive afrikansk oppfatning av tid; sasa og zamani (s. 21). Sasa beskriver nåtiden og den delen av fortiden som har en umiddelbar relevans til nåtiden. Eksempelvis har en eldre person mer sasa enn en yngre person. Zamani er den tiden som ikke kan påvirke nåtidige prosesser, Mbiti kaller zamani for tidens gravplass (s. 22). Zamani påvirker sasa indirekte i form av at myter og forklaringer henter sin inspirasjon fra zamani. Zamani er derfor et fundament for sasa og er både den historien en kommer fra, og den tilstanden en person går til. Et eksempel som kan beskrive dette er en person som dør, da vil døden være en prosess som gradvis fører den avdøde fra sasa over til zamani.

Øyvind Dahl (2013, s. 263-267) presenterer begreper som beskriver hvordan mennesker forholder seg til tidsaspektet. Han kaller de ulike tidsforståelsene for lineær tid, syklisk tid og hendelses tid. Lineær tid kan sammenlignes med en linjal, et objekt, der man befinner seg midt på linjalen og forholder seg til både fortiden og fremtiden. Tiden er nøye delt inn og man kan spare tid, bruke den eller kaste den bort. Planlegging er essensielt både i forhold til arbeid og frister for innleveringer der, men også ferie og fritid planlegges og har en tidsplan. I Syklisk tid har man et annet fokus enn i lineær tid. Her blir tiden oppfattet som noe som går rundt og rundt i en sirkel der gjentakelse, eller rytme, er viktige nøkkelord. Naturen og dens rytme markerer rotasjonen i syklusen. En beskrivelse av dette kan blant annet være en bonde som sår kornet sitt, han ser det vokse, høster det for så og så nytt korn neste vår. Det samme skjer om og om igjen som i en syklus. Mennesker som lever i pakt med naturen som bønder, fiskere og nomader, lever i forhold til syklisk tidsforståelse. Det er mindre fokus på fremtiden enn i lineær tidsforståelse. Fremtiden er bestemt ut ifra det som har skjedd før, selv om syklusene ikke nødvendigvis blir helt identiske. Tiden blir aldri knapp for det kommer alltid mer tid, det handler om å finne sin egen rytme med naturen. Den siste av tre måter å tenke tid på er hendelses tid. Det er den lineære tidsforståelsen sin motsetning fordi det her er fokus på den subjektive opplevelsen av tid. Tiden kan ikke måles eller kastes bort, den kan bare erfares. Hendelser er det som skaper opplevelsen av tid og som gir behov for handlinger.

Hendelsestid er ofte gjeldende på steder der man har en såkalt hånd-til-munn-økonomi. Mennesker er viktige og møtet med andre blir prioritert. Man er sterkt nåtidsorientert og planlegging lang frem i tid eller tidsfrister gir ingen mening.

6 Migrasjon og Uhelse

6.1 Migrasjon og ny hverdag

For mange som jobber med flerkulturelle pasienter blir den store forskjellen knyttet til en rettferdig ressursfordeling ekstra synlig. Lik fordeling av ressurser er ingen selvfølge i verden slik forholdene er i dag. Helsedirektoratet (2009, s. 16) sier at:

Internasjonal samhandling er nødvendig for å få til god helse globalt. Kampen mot fattigdom og kampen for en mer rettferdig ressursfordeling av goder og byrder er nødvendig for å få en god helse for alle. Større rettferdighet vil trygge nasjonalstater og enkeltmennesker mot krig og nød.

Pasientene deler noen ganger historier som gir innblikk i en virkelighet som synes fjern for en vestlig person. Anne delte en historie om en ung pasient hun hadde møtt:

Mange gjør inntrykk ... Det er mange forskjellige inntrykk ... Jeg møtte en jente fra et Afrikansk land. Tøff historie, ung jente som sitter her og har akkurat kommet til Norge, og man ser at hun er veldig våken. Vi sitter og snakker, og hun var så glad for at hun var kommet til Norge og ikke til noen andre land. For hun var kvoteflyktning og var så glad for at hun ble plukket ut til å komme til Norge. Så sitter vi og prater litt om hva hun har lyst til og litt om fremtiden hennes i Norge og hvilke planer og sånn. Hun hadde lyst til å jobbe med foreldreløse barn og hjelpe de, for det var hun selv ... Hun gjorde et stort inntrykk på meg for hun var så bevisst sin egen situasjon. Tenk på alt de (ref. flyktninger) har gjennomgått. Så sitter de der og er klar til å ta på med nye oppgaver. Selv om det er fremmed land, fremmed språk. Hun hadde gått to måneder på et norsk kurs, og hun kunne norsk.

Anne gir uttrykk for ydmykhet over de store forskjellene mellom ulike bakgrunner, og beundring over motet til denne unge jenten som kommer til Norge som flyktning.

Foranledningen til møtet deres har blitt fjernet i teksten for at jenten ikke skal kunne gjenkjennes. Anne fikk del i en forhistorie som gjorde sterkt inntrykk på henne. Samtidig som jenta ikke gav uttrykk for at hun syntes synd på seg selv, men hadde avfunnet seg med egen situasjon. I tillegg var jenta opptatt av å bli integrert i det norske samfunnet, få en utdanning og hun hadde lært seg norsk på kort tid. Annes dialog med denne pasienten utfordret henne i forhold til at jenta bød på seg selv. Hun ble ikke bare «en pasient fra Afrika», hun ble et individ som satte ord på egne opplevelser, ønsker og behov.

Selve migrasjonsprosessen er ikke smertefri tatt i betraktning at man forlater tradisjoner og eiendeler, i tillegg til familie og venner som man er glad i. Prosessen med å forlate alt kjent og

kjært i tillegg til å skulle integreres i et nytt samfunn er en påkjenning for de fleste. En flyktning blir av UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) definert som:

En flyktning er en person som har flyktet fra sitt hjemland og med rette frykter for forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en bestemt sosial gruppe (UNCHR, 2014).

Ikke alle personer som migrerer til et nytt land er flyktninger, mange emigrerer til et nytt land fordi de ønsker bedre muligheter for å skape en god hverdag for seg og sin familie. Det har de siste årene blitt enklere og enklere å kommunisere på tvers av landegrensene. Internett har ført til at man kan kommunisere med hverandre både via data, men også via mobiltelefonen som man har med seg overalt (3.1). Verden oppleves liten og avstandene små når man kan sitte hvor som helst i Norge, snakke med venner i Afrika og samtidig se dem. Det har også blitt billigere og enklere å transportere mennesker og varer rundt omkring i verden. De fleste plassene er bare en liten flytur eller togtur unna, og daglig forflytter tusenvis av mennesker seg over ulike landegrensener og kontinenter. Noen reiser fordi de har jobber som krever internasjonal aktivitet, andre reiser på ferie, mens noen mennesker reiser fordi de flykter (3.2). Kontrasten mellom en reisende person som er turist, og en som er flyktning er enormt stor. En refleksjon i forhold til dette er de ulike innholdene i turistens og flyktingens koffert. Turisten har bikini, luksusartikler og penger til handle for på feriestedet. Flyktingen har alle eiendeler med seg og ofte ikke nok penger til mat. I tillegg bærer flyktingen med seg usikkerhet og frykt for avvisning, mens turistene gleder seg og blir tatt imot med åpne armer i landet som besøkes. Hylland Eriksen (2008, s. 125-128) omtaler forskjellene mellom en flyktning og en turist. Han forteller at turister kan reise friksjonsfritt mellom landegrensener, mens flyktinger ofte blir forhørt og sendt tilbake dit de kom fra. Turistene beveger seg i noe som kan kalles en «tredjekultur» (s.128) der man gjør seg forstått på engelsk og det er enkelt å kjøpe nødvendige ting. Flyktingen på den andre side kan ikke kommunisere med lokalbefolkningen, har ingen penger og er avhengig av andres veldedighet. Mens turistene er fri til å velge når han vil reise videre, blir flyktingen transportert til ulike plasser uten å bestemme noe selv. Turistene er travelt opptatt med ferieaktiviteter og et hektisk hverdagsliv som venter hjemme. Flyktingen derimot forholder seg til dager som er langsomme med venting på avgjørelser flyktingen selv ikke kan påvirke.

Globalisering medfører økt migrasjon av mennesker som flytter i håp om å oppnå et bedre liv i et annet land. Økende migrasjon gir nye muligheter for folk og samfunn, men det skaper

også nye utfordringer i form av en ny type sårbarhet. Et eksempel på denne sårbarheten er at spredning av smittsomme sykdommer blir et internasjonalt problem. Hvilket den siste tidens nyhetsoppslag med fokus på ebola-viruset har demonstrert. Frykten for spredning av denne smittsomme sykdommen har satt i gang en ny debatt rundt om rettferdig fordeling av verdens helseressurser. Aavitsland (2014) som er lege og epidemiolog reflekterer rundt dette, han påpeker at ebola innebærer en liten sykdomsbyrde for Afrika. Videre sier han at de fleste afrikanske barn dør av lungebetennelse, diarésykdommer og malaria, mens voksne dør av aids, tuberkulose og andre infeksjonssykdommer.

For dem som i tiår har kjempet i oppoverbakke mot andre sykdommer i Afrika, må det føles ganske urettferdig at det nå strømmer penger og personell til ebolabekjempelsen. Frustrasjonen forverres kanskje når begrunnelsen for hjelpen synes å være at Vesten vil beskytte seg selv ved å stoppe ebolautbruddet ved kilden (Aavitsland, 2014).

Aavitsland spør det retoriske spørsmålet; hvor har pengene og legene vært mens man lokalt har tryglet om hjelp til å redde barn fra malaria? Det er ikke vanskelig å forstå frustrasjonen knyttet til denne problemstillingen. Det at man velger å prioritere både bistandsmidler og medisinsk hjelp når sykdommer ser ut til å kunne spre seg til Vesten, oppleves for mange som uetisk og urettferdig. Sykdommer som lungebetennelse og malaria synes ikke nødvendig bry seg om for Vesten, mens når «farlige» sykdommer truer «oss» blir det plutselig viktig å sette i gang tiltak. Aavitsland (2014) uttaler at han ønsker mest mulig bistand til ebolarammede områder slik at epidemien kan stanses raskest mulig, og fokus igjen kan gå til de «vanlige» sykdommene som tar flest liv i Afrika. Med tanke på tidligere erfaringer, kan man stille spørsmålsteget ved om Aavitslands ønske er oppnåelig. Det virker ikke utenkelig at Vesten «puster lettet ut» når ebola epidemien avtar, og fortsetter å prioritere ut ifra egne behov istedenfor å hjelpe der behovet er størst.

6.2 Norsk helsesystem

Flere av sykepleierne som deltok i undersøkelsen hadde tanker i forhold afrikanske pasienter og problemstillinger rundt kompleksiteten i det norske helsevesenet. Anne sa dette etter å ha møtt en pasient som hadde delt tanker rundt egne opplevelser med helsevesenet:

For det gjør noe med oss når vi får vite at det er på «dette her» nivået de begynner liksom. Hvordan kan vi forvente at de skjønner hvordan en CT torax med kontrast skal gjennomføres? Når de knapt nok vet hvor de skal finne mat i butikken.

Det kan synes ubarmhjertig å forvente at en pasient skal stille opp på til en komplisert undersøkelse som medfører ubehag, uten å vite hva han går til på forhånd. Dessverre kan det se ut til at dette er Annes erfaring med virkeligheten. Det kan i slike tilfeller synes som at spesialisthelsetjenesten har problemer med tilpasninger i forhold til enkeltindividets behov. Som Anne påpeker tar man ikke tar hensyn til at pasienter knapt kan manøvrere i det norske samfunnet i form av å «finne mat i butikken». Da blir kravet om å møte opp til en bestemt tid på et bestemt sted, i mange tilfeller en uoverkommelig utfordring. I tillegg vil det oppleves belastende for pasienten å gjennomgå en undersøkelse som man ikke er forberedt på omfanget av. Evnen og viljen til å sette seg inn pasientens side av en slik behandling, er et eksempel på hvordan helsevesenet burde kunne tilrettelegge for å oppnå likeverdig helsetjeneste (3.4). Forslag til bedre tilrettelegging i det nevnte eksempelet, kan være tolketjenesten eller personell som jobber med integrering i flyktningehelsetjenesten.

Refleksjoner i forhold til hvor komplekst det norske skolemedisinske systemet er, kan gi forståelse for at mange opplever systemet uforståelig. Som Anne sa:

Det går jo ikke på at man ikke har respekt, men på den måten kan man jo forklare pasientene vårt ståsted også. Man kan eksemplifisere at «dere» har det sånn mens vi har det sånn, men vi må møtes her. Og det at de også lærer hvordan vi er oppdratt ...

Anne har erfaringer med pasienter som har bakgrunn fra land med dårlig utviklede helsesystemer, eksempelvis pasienter som har bakgrunn fra Somalia (4.3). Hun er opptatt av å vise respekt i forhold til pasientens bakgrunn, men hun mener det er viktig å formidle hvordan ting fungerer i norsk helsevesen. Anne er opptatt av å formidle «vårt ståsted», med det mener hun vår biomedisinske tankegang. Måten hun vil gjøre dette på er å tydeliggjøre forskjellene med å beskrive pasientens utgangspunkt som eksempel, og sammenligne dette med den norske. Kontrastene blir store når pasienter kommer fra for eksempel Somalia til Norge og må finne ut av hvordan man skal manøvrere mellom fastlege, spesialist og ulike institusjoner. På den ene siden er Anne opptatt av å tilrettelegge for pasienter som knapt kan manøvrere i det norske samfunnet, mens i neste øyeblikk mener hun det er viktig å forklare pasienten det norske biomedisinske baserte helsesystemet. Spørsmålet er om en dialog rundt ulikheter er tilstrekkelig i forhold til at pasienten forstår systemet godt nok til å ta det i bruk. Det er til tider komplisert å finne ut hvor man skal henvende seg ved behov for forskjellig helsehjelp. Et eksempel er fastlege som kun har åpent på dagtid i ukedagene, utenom åpningstidene må pasienten henvende seg til legevakten i regionen. For en pasient som kommer fra en land med

lite utbygd helsesystem, kan det norske helsesystemet virke uforståelig og ufremkommelig. Anne er opptatt av å formidle den norske måten å organisere helsevesenet, men man kan stille spørsmål ved om dette er tilstrekkelig. Uavhengig av om formidling av ulike ståsteder er tilstrekkelig, gjør Anne et forsøk på å komme pasienten i møte ved å starte dialog. Det i seg selv er et tegn på respekt og et ønske om å hjelpe pasienten å overkomme hindringer pasienten kan møte i det norske helsesystemet.

6.3 Uhelse og stigmatisering

En pasient jeg selv møtte var opptatt av at ingen fikk vite at han hadde tuberkulose, han fortalte hvis dette ble kjent ville ingen leke med barna hans mer. Etter å ha jobbet flere år med tuberkuloserammede pasienter, har jeg kommet til den forståelsen at mange skjuler sin sykdom istedenfor å oppsøke hjelp. Forklaringen på dette kan være at hvis noe rammes av infeksjoner i et afrikansk land, risikerer pasienten å bli utstøtt fra lokalsamfunnet for å unngå at andre blir smittet. Det er en frykt og en stigmatisering rundt visse diagnoser, deriblant HIV og tuberkulose. Dette kan forstås ut ifra perspektivet om at sykdommene er forbundet med lidelse og død, fordi man i mange land ikke har tilgang på behandling som kan lindre eller helbrede. Problematikken med frykt for helsevesenet og stigmatisering av ulike diagnoser er i mange tilfeller en utfordring som ikke tas tilstrekkelig på alvor. Vi har velmente systemer og strategier for hvordan vi skal bekjempe smittsomme sykdommer, og lager regler som skal forhindre at disse blir et samfunnsproblem. Samfunnshensyn synes å komme i første rekke når det gjelder slike sykdommer, pasientens ønsker og behov blir tilsynelatende i liten grad tatt høyde for. Et beskrivende eksempel på dette er systemet rundt DOT (2.1) behandling. Anne fortalte om en pasient som sa at han hadde blitt spyttet på, truet og ikke turt å sovet på rommet sitt på asylmottaket etter at naboene hadde sett at hjemmesykepleien gav tuberkulosemedisiner via DOT:

... han gjorde et kjempe inntrykk på meg i forhold til det med DOT. - Og at det er slettes ikke så veldig pasient vennlig. Det har vi jo visst, og vi har hatt stort fokus på det med individualisering.

I dette tilfellet ser man i ettertid at pasienten ble utsatt for betydelig stigmatisering knyttet til sin diagnose. Det kan også synes som at det manglet forståelse for dette, og en dialog i forhold til tilrettelegging av DOT utførelsen. I etterpåklokskapens lys reflekterer Anne over at

mange i helsevesenet har gode intensjoner, men at det ikke alltid fungerer optimalt i praksis.

Hun sier at:

... Man lager seg noen rutiner som man tenker er greit nok. For vi kan jo ikke forestille oss at dette er vanskelig, så vi bare kjører på. Det er nok uvitenhet som er skyld i dette her.

Det kan være vanskelig for en norsk sykepleier å vite hvilke sykdommer som medfører stigmatisering for afrikanske pasienter, men sykepleiere bør ikke være helt fremmede for problematikken. Visse pasientgrupper har gjennom tidene blitt behandlet på en svært stigmatiserende måte i Norge. Tenk bare på hvordan de første HIV pasienten ble behandlet på 1980-tallet. Man trenger ikke legge mye arbeid ned å søke etter artikler og annen litteratur som er skrevet om temaet HIV smittede og deres vilkår i det norske samfunnet. Kim Fangen (2011) hevder sågar at forholdene ikke har utviklet seg siden 1980-tallet. Han sier følgende:

Jeg oppdaget at det var mye frykt hos HIV-positive, jeg hørte og hører fortsatt historier om at leger har stor smittefrykt, at det kan være vanskelig å få tannlegetime fordi tannlegen er redd for smitte. Jeg hører også historier fra arbeidslivet, om at hiv smittede uføretrygder seg for å slippe å bli frosset ut av jobben. Jeg hører også historier om folk som mister jobben fordi de er HIV-positive.

6.4 Likeverdige helsetjenester

Sykepleierne jeg snakket med hadde ikke reflektert spesielt over selve betydningen av begrepet likeverdige helsetjenester. De ble bedt om å forklare hvordan de tolket begrepet og svarene var relativt like ordlyden, som Beate sitt svar:

Da tenker jeg at alle har rett til samme type behandling, helsehjelp og bli møtt så godt som mulig uansett bakgrunn.

Beate er opptatt av å gi en rettferdig fordeling av helsehjelp (3.4) og unngå diskriminering, men gir ingen forklaring på hvordan dette kan eventuelt kan gjennomføres. Til tross for at sykepleierne ikke var så opptatt av begrepet likeverdige helsetjenester, startet temaet i mange tilfeller en videre diskusjon om helsetjenestene som tilbys. Refleksjonene var rettet mot forbedring og hvordan man kan tilrettelegge helsetjenester til muslimske pasienter med afrikansk bakgrunn. Dette kan tyde på at sykepleierne selv føler at det forbedringspotensialet i måten spesialisthelsetjenesten møter denne pasientgruppen på. Anne hadde følgende fokus:

Sentralt for meg, er at for det første, når man kommer til landet så har man krav på det samme som vi (ref. nordmenn) har krav på. For meg er det sentralt dette her med informasjon, og når du gir informasjon og beskjeder, at de skal ha forstått det. Det er vår plikt til at pasienten skal forstå hva du har sagt. Den delen av lik helsehjelp tror jeg det

svikter mye på. For du kan umulig få lik helsehjelp hvis du ikke vet hva folk sier at du skal. Ja, de får innkallelelsesbrev fra røntgen med alvorlige ting. De skal gjerne ta biopsi eller CT med kontrast. Det er to sider med bruksanvisning med hva de skal gjøre og forberedelser i to hele dager, kun på norsk

De fleste sykepleierne jeg snakket med gav uttrykk for forståelse overfor noen av utfordringene afrikanske pasienter møte i spesialisthelsetjenesten. Som Anne er inne på her og i tidligere uttalelse i (6.3) bør det legges mer arbeid ned i tilpasning og tilrettelegging for hver enkelt pasient. Anne er opptatt av at innkallelelse brev til undersøkelser på sykehuset blir oversatt til flere språk, hvilket kan synes å være en fornuftig plass å begynne med tilrettelegging. I tillegg til at man oppfyller formelle krav knyttet til helsetjenesten (5.4), blir driften også mer effektiv (5.1). Man forhindrer at pasienter ikke møter til avtalt tid, lediggang for de som venter på pasienten og arbeidet med å sende ut nye innkallelelse brev. For pasientens vedkommende vil uforståelige brev kunne føre til at de ikke får en undersøkelse de har behov for. Det er heller ikke utenkelig at mangel på undersøkelse kan få alvorlige konsekvenser for pasienten, ved at de ikke får nødvendig medisinsk behandling. Det kan synes uforståelig at sykehuset ikke selv ser behovet for å oversette brev og annet nødvendig informasjonsmateriale. Beate sier følgende:

Jeg synes jo at det burde vært mer undervisning i forhold til dette for at folk skulle bli mer bevisste. På hele sykehuset må en ha mer informasjons materiale på forskjellige typer språk, og en må bruke mer tolk. Det burde også være mye mer tilbud om undervisning og kurs på dette med ikke-vestlige pasienter. Sånn at sykepleiere og leger blir mer bevisst på hvordan man best mulig kan møte denne pasientgruppen. Her er det mye som kan forbedres.

Beate ønsker mer undervisning for å bevisstgjøre helsepersonell i forhold til behovet ikke-vestlige pasienter har for tilrettelegging. Hun har lang erfaring i forhold til pasientgruppen og referer til utfordringer på flere områder, men likevel ser hun utviklingspotensialet. Beate virker optimistisk på den måten at det er mangel på kunnskaper som fører til dårlig tilrettelegging, ikke dårlige holdninger hos helsepersonellet. Dette kan ha sammenheng med hennes kjennskap til hvordan samhandling med pasientgruppen gjennomføres i praksis. Hun har trolig erfart at enkle tiltak kan bety mye, som det å ha oversatt informasjonsmateriale og å benytte tolk. Både Anne og Beate peker på behovet for oversatt informasjonsmateriale til pasienter som ikke har norsk som morsmål. Dette synes ikke uoverkommelig å få gjennomført, i tillegg er sykehuset er pålagt å utføre en slik oppgave (5.4). Spørsmålet man kan stille seg i neste omgang, er hvordan andre former for tilrettelegging blir gjennomført? Hvis sykehuset ikke evner å utføre enkle grep som å oversette en brosjyre, hvordan

gjennomføres andre oppgaver knyttet til nødvendig tilrettelegging for ikke-vestlige pasienter? Dina sier følgende om tilrettelegging for pasientgruppen på hennes arbeidsplass:

... Vi gir de jo tilbud om tolk og halal-mat. Det er jo noe ...

Det er jo noe, sier Dina, på en nærmest unnskyldende måte. Tilbud om tolk og hala-mat kan synes som små grep, men det er likevel en måte sykepleieren viser forståelse for at pasienten har individuelle behov. Disse tilbudene gir også uttrykk for respekt og et ønske om å møte pasienten på en god måte. Dina var i mindre grad opptatt av å reflektere rundt likeverdig helsetjeneste, men hun er inne på temaet om hvordan spesialisthelsetjenesten tilrettelegger for ikke-vestlige pasienter. Et helsevesen som tar mål av seg for å være likeverdig for alle, bør tilrettelegge spesielt for de gruppene med har størst behov for hjelp. Under intervjusamtalene med sykepleierne kom det frem at det var delte meninger i forhold til dette med tilrettelegging, som Ellens uttalelse:

Det skal være et like godt tilbud til alle. Der ligger det at vi må se deres måte å ha ting på og gjøre ting på. På samme måte som vi ser behovet til en norsk åttiåring også. Selv om jeg også mener at de jo faktisk er i Norge, de bruker det norske systemet. Vi skal ikke spesialbehandle noen fordi om de er høvding i Afrika, for han er ikke høvding i Norge. Selvfølgelig skal vi høre på de og ta de på alvor, men de er jo i Norge og skal forholde seg til våre regler og våre måter å gjøre ting på.

Tatt ut av sammenhengen kan dette svaret synes noe krast og lite fleksibelt. Helhetsbildet av intervjuet med Ellen er likevel at hun er reflektert i forhold til ulikheter. Totalinntrykket etter intervjuet med Ellen er at hun jobber aktivt for at afrikanske pasienter skal bli ivaretatt av helsevesenet på en helhetlig måte. Denne meningsyttringen om at «høvdingen i Afrika» ikke skal få spesialbehandling, kommer som en respons på tanker rundt likhet og rettferdighet. Kanskje er dette en måte å formidle at man ikke skal «sy puter under armene» på pasienter fordi om de kommer fra en annen kulturbakgrunn. Hvilket er en tanke om at mennesker er ansvarlige for eget liv og egne valg. Dette passer godt inn i norske sykepleieres grunnleggende tankegang om at mennesker er autonome og har makt til ta selvstendige valg. Kanskje er dette en form for den ultimate likeverdighet, at man har forventninger til en afrikansk pasient på lik linje som en norsk åttiåring. Man stiller like krav og man har lik fremgangsmåte i forhold til at man ser på hva hvert enkelt individ trenger, uavhengig av kulturbakgrunn.

6.5 Oppsummering

Sykepleiere som jobber med muslimske pasienter møter utfordringer på flere områder. De må i noen tilfeller forholde seg til pasienthistorier som gjør sterke inntrykk. Verdens ressursfordeling knyttet til helseomsorg blir ekstra synlig når man møter pasienter som forteller vanskelige bakgrunnshistorier. Infeksjonssykdommer i utviklingsland burde få større oppmerksomhet i forhold til økonomisk bistand og helsehjelp fra Vestlige rike land. Disse landene fokuserer på å beskytte egne interesser, blant annet ved å forhindre at ebola sprer seg til Vesten, istedenfor å jobbe mot en mer rettferdig fordeling av ressursene slik at flest mulig får tilgang på god helsehjelp.

Globalisering medfører økt mobilitet i form av mennesker som forflytter seg over landegrensener og kontinenter. Noen reiser på grunn av arbeid og ferieturer, mens andre flykter fra forfølgelse og nød. Kontrasten mellom disse ytterlighetene, en turist og en flyktning, er enormt stor. Sykepleiere som møter flyktninger og andre som er ukjente med det norske helsevesenet, må forsøke å tilrettelegge spesielt for denne pasientgruppen. Dette er viktig for at pasientene skal få en god og likeverdig helsetjeneste.

Likeverdig helsetjeneste er et teoretisk begrep som sykepleierne beskrev med omtrent identiske svar som det jeg fortalte under foredragene, i tillegg var svarene noe korte. Dette kan tolkes dithen at interessen for begrepets betydning var av generell karakter, og ikke noe som følte aktuelt for den enkelte. Informantene hadde derfor reflektert mindre over disse emnene i ettertid, enn de emnene de kunne bruke i praksis. Begrepet likeverdige helsetjenester startet blir i seg selv ikke reflektert over, men det startet ofte en diskusjon om hvordan helsetjenesten kan forbedre sine tjenester til muslimske pasienter med afrikansk bakgrunn.

7 Sykepleier til afrikanske muslimske pasienter

7.1 Sykepleieres forkunnskaper

Den kulturelle formgivningen av sykdom er med på å forme menneskers oppfattelse av sykdom på flere måter: Hvordan man tolker symptomer, hvordan en person presenterer symptomene sine, hva som anerkjennes som en sykdom og eventuelt hva som kan skape sykdom. Når det gjelder hva som anerkjennes som sykdom og hva som gir legitimering av sykerollen, blir det tydelig at det er store forskjeller mellom ulike kulturer. I Vesten er eksempelvis fibromyalgi og kronisk tretthetssyndrom omstridte tilstander. Disse lidelsene gir i dag rett til pasientrolle og økonomisk kompensasjon i form av uføretrygd. Dette er nye diagnoser som i likhet med bulimi og anoreksi blir omtalt som kulturbundne sykdommer, og som kan ha sammenheng med hvordan vi tenker om kropp og helse i den Vestlige delen av verden. Hva som oppfattes som sykdom og lidelse er ikke bare kulturelt betinget, men også i stor grad individuelt (Ingstad, 2007, s. 40-45).

Dina sin erfaring med ulik medisinsk praksis i Afrika:

Jeg fikk jo litt erfaring med heksedoktor i Tanzania. Der kokte de sammen urter og albino-knokler. Ja, det høres helt gyselig ut, og det er jo helt gyselig også. Men de kokte det som medisin og de brukte det i badet til unger, og ja ... Det kan en vel kanskje ikke kalle for alternativ medisin ... Så er det jo noe med ånder også, selv om det jo er en form for religion.

Jeg får liten del av dette ... Jeg tror ikke pasientene hadde fortalt det åpent til oss sykepleiere. Hvis de trodde på en annen form for medisin enn skolemedisinen.

Dina har opplevelser med forskjellige medisinske praksiser på den måten at hun har registrert forskjeller mellom skolemedisin og tradisjonell medisin. Hun omtaler konkrete opplevelser med heksedoktorer som benytter urter og knokler fra personer som er albino i sin behandling. Dette opplever hun som svært «gyselig» som hun selv sier, men det er likevel et faktum at slike behandlingsmåter finnes i andre deler av verden. Dina nevner at ånder kan spille en rolle i helsesammenheng, men hun tror at dette aspektet henger sammen med religiøs praksis. Hun reflekterer over at hun i liten grad får ta del i pasientens tanker knyttet til disse ulikheten gjennom yrkesutførelsen i Norge. Dina sine erfaringer er fra hennes sykepleiepraksis i Afrika, i Tanzania.

Afrikansk muslimske pasienter har en svært ulik bakgrunn enn den norske sykepleieren. Hva som defineres som illness og disease (4.8) er derfor også forskjellig, og kan skape

utfordringer. Biomedisinsk praksis oppfattes i mange tilfeller som den eneste rette, med monopol på beste praksis. Organiseringen og oppbygningen av det biomedisinske systemet er for mange sykepleiere den eneste virkeligheten de kjenner. Det at trolldom og magi kan påvirke helse og sykdom, ansees som noe eksotisk som ikke har noe med sykdom og behandling å gjøre. Opplevelsene etter å ha jobbet en stund med denne problemstillingen er at det har vært utfordrende å sette seg inn omfanget av denne problematikken. Det kan synes som et stort fagfelt som ikke har blitt kommunisert eller vektlagt i særlig grad. Hverken gjennom sykepleierutdanning eller i løpet av yrkespraksisen for en sykepleier. Magelssen (2012) har sett nærmere på denne problemstillingen (1.6) og gått i dybden på hva rammeplanen for helse- og sosialfagene og sett på hva den sier om læringsmål for studentene. Hun har i tillegg til undersøkelser av skolenes overordnede strategi, intervjuet sykepleierstudentene i forhold til deres opplevelse av læring og kunnskap om flerkulturelle pasienter. Undersøkelsen viste at rammeplanen fokuserer på kulturaspektet ved sykepleie til migrantpasienter, den gikk ikke i detaljer om hvordan man best kan møte pasientgrupper med migrantbakgrunn. De ulike skolene som deltok i undersøkelsen hadde lyktes i sitt holdningsskapende arbeid i forhold til at sykepleierstudentene ønsket å yte likeverdig helsetjeneste til migrantpasienter. Studentene var oppmerksom på god praksis relatert til yrkesetiske retningslinjer, og var opptatt av å overholde disse. Når studentene ble spurt om egen læring i forhold til migrantpasienter, gav de uttrykk for et ønske om mer undervisning, veiledning og mer kunnskap om løsninger i forhold til kommunikasjonsutfordringer. Undersøkelsen konkluderer med at sykepleierstudentene som deltok, har dårlig kunnskapsgrunnlag om migrasjon og helse etter å ha gjennomført sykepleierstudiet. Hvilket Beate til en viss grad bekrefter når hun sier:

Man har jo hørt om at de har andre alternativer og at de oppsøker heksedoktorer, men jeg visste kanskje ikke at det var så utbredt som det var. At det var egne navn på de ulike medisinske praksisene, og at det ble brukt i så utstrakt grad som det blir brukt.

... Jeg føler jeg har lagt merke til mer sånn type brennmerker. Alle disse arrene som man kanskje ikke har tenkt så mye over tidligere, som kanskje kan skyldes rituelle handlinger og sykdomsbehandling ... Før lurte jeg på om det skyldes tortur, men nå ser jeg at det kan skyldes behandling og at de bruker urtemedisiner.

Beate har hatt noe tidligere kjennskap til at det finnes flere medisinske praksiser enn den biomedisinske. Det siste halve året forteller Beate at hun har deltatt på to foredrag som har gitt ny kunnskap om ulike sykdomsforklaringer og behandlingsmetoder. Hun har begynt å forstå

litt av diversiteten, og bekrefter stor utbredelse av ulike medisinske praksiser når hun omtaler flere pasienter som bærer merker av alternativ behandling. Beate reflekterer over at hun gjør andre vurderinger av pasientene som følge ny kunnskap. Det hun tidligere gikk ut fra var mishandling, ser hun nå kan være en del av et behandlingsopplegg. Beate forholder seg til andre praksiser som en realitet, men gir ikke uttrykk for at hun mener det er rett eller galt.

Selv har jeg en jobb-hverdag som består av hyppige møter med pasienter som har ulike oppfatninger om hva helse, sykdom og behandling bør være. I tillegg har jeg tilbrakt år av barndommen preget av tradisjonell medisinsk påvirkning, og har en norsk biomedisinsk sykepleierutdannelse. Dette gjør at jeg av og til kommer i et dilemma i forhold til rasjonalitet. Pasientene jeg møter har ofte en egen forklaring på problemene de opplever. Jeg kan forstå hva de mener, men ut ifra en biomedisinsk forklaring er tilfellene basert på ikke-eksisterende diagnose(r). Eksempel på dette er en pasient som forklarte at han hadde etterlatt en syk bestemor i hjemlandet, han ble derfor straffet med demoner som gjorde hele kroppen syk. Konflikten bekreftes når pasientens sykdomsforståelse blir dementert som en kulturelt betinget forklaringsmodell av leger under konsultasjon. Pasienter som føler at de ikke blir tatt alvorlig når de gir uttrykk for sin sykdom, og kan miste tilliten til det norske helsevesenet. Pasienten i nevnte tilfelle uttrykket i etterkant at «legen forstår ikke hva jeg sier», og «i mitt hjemland ville jeg fått en bedre behandling». Pasienten følte at legen ikke tok han på alvor, og at han ikke fikk adekvat behandling i forhold til sine selvopplevde plager.

Beate gav uttrykk for at hun opplevde det vanskelig å kommunisere med pasienten i forhold til sykdom:

De som er mest utfordrende å jobbe med, er kanskje de med afrikansk bakgrunn. Det er litt forskjell på hvor de kommer fra. De som er mest ulik oss som vi opplever utfordrende, er kanskje de Somaliske.

... Det med at de har en smitte i kroppen, det er det vanskelig å forklare til de.

Kulturell bakgrunn har stor påvirkning i måten afrikanske pasienter tenker om sykdom og helse. Pasientene har ikke det samme forholdet til bakterier og sykdomsforklaringer som en norsk sykepleier. Det er ånder og magi som påvirker helsen og eventuelt forårsaker sykdom hos menneskene, ikke at man er smittet av en bakterie eller et virus som gjør kroppen syk. Med utgangspunkt i den forskjellige sykdomsforståelsen, vil det da bli svært forskjellig hvordan man driver helsefremmende arbeid for å forhindre sykdom. I Norge vil man holde kroppen i bevegelse, og være opptatt av å spise sunne matvarer for å holde seg frisk. I Afrika

er man opptatt av religionsutøvelse, og at man utfører nødvendige ritualer for å blidgjøre ånde verdenen. Eksempler på dette er beskrevet av Evans-Pritchard (4.6) gjennom hans studie hos Azande folket. Blant disse menneskene er heksekraft allestedsnærværende. Heksekraft spiller en rolle i alle sammenhenger i hverdagslivet deres og får skylden for både positive og negative hendelser, helse og uhelse. For oss er heksekraft uhørt og utenkelig, mens hos Azande folket er heksekraft noe de mener å oppleve flere ganger i løpet av dagen.

Azande folkets oppfatning av heksekraft som en del av hverdagslivet, er kanskje ikke representativt for alle afrikanske pasienter. Det synes likevel som at elementer av denne tankegangen er svært aktuelt for mange afrikanske pasienter, tatt i betraktning forskning og litteratur på området. Det kan se ut til at afrikanske pasienter har en tredje dimensjon som vestlige sykepleiere ikke forholder seg til, og dette kan være medvirkende til at afrikanske pasienter kan ha vansker med å finne ut av den biomedisinske tankegangen. I tillegg vet pasientene ofte ikke hvilke forventninger som stilles til dem som pasienter, og hvilke krav de kan stille tilbake i møtet med norsk helsevesen. Denne mangelen på forkunnskaper angår ikke bare afrikanske pasienter, men også sykepleiere. Cecilie sa følgende da hun ble spurt om egne kunnskaper i forhold til ikke-vestlige pasienters sykdomsforståelse:

Jeg var klar over at det fantes ulike medisinske systemer, men i foredraget ditt forklarte du det på en annen måte som gjorde at jeg forstod det bedre. Det har ført til at når for eksempel en pasient ikke tar medisinen sine, så vet jeg hvordan jeg kan stille spørsmål i forhold til dette på en bedre måte. Det er viktig med påfyll i forhold til at vi tenker ulikt om ting. Spesielt for oss som jobber i helsevesenet, at vi vet at andre tenker annerledes om sykdom og de tingene der.

Mange sykepleiere har liten eller ingen for-forståelse knyttet til pasientens bakgrunn. Man har dermed et dårlig utgangspunkt for samhandling, fordi begge parter mangler forståelse for hverandres utgangspunkt og ståsted. Som Cecilie var inne på hadde kunnskap om ulikheter ført til bedre forståelse og mestring, det ble lettere å komme frem til løsninger med pasienten. Hvis det oppstår konflikter i løpet av et sykdomsforløp mellom afrikanske pasienter og personalet, er det fare for at utgangspunktet blir avfeid med kulturforskjeller som en årsaksforklaring. Sykepleieren mangler forutsetninger, i likhet med pasienten, i forhold til forutsetninger til å kunne skape forståelse og god samhandling. Opplevelsen til pasienten kan fort bli at sykepleieren ikke viser vilje til å gå nærmere i dybden på hva konflikten bunner i. Mens sykepleieren på sin side legger skylden på arbeidsgiver i forhold til at man ikke får tilbud om opplæring eller kurs (6.5). Ansvar for kompetanseheving kan ikke utelukkende

legges på arbeidsgiver. De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011, kap. 1.4) gir sykepleiere et selvstendig ansvar i forhold til å holde seg *oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis*. Det at man finner svar på utfordringer med ulike pasientgrupper, blir dermed en del av ansvarsområdet til en sykepleier. Arbeidsgivers ansvar blir av Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011, kap. 1.5) omtalt som følgende: *Leder av sykepleiertjenester har særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon, og bruker yrkesetiske retningslinjer som et styringsverktøy*.

7.2 Autonomi, individualitet og kollektivt samfunn

Samtlige av sykepleierne jeg snakket med i min undersøkelse hadde kjennskap til kollektivism og individualisme som samfunnsstruktur (4.1). To av sykepleierne jeg snakket med svarte dette da de ble spurt om de kjente til forskjellen på kollektivistisk- og individuelt basert samfunn:

Anne: Jeg tenker at familiebasert samfunn er mer ikke-vestlig. De lever mer der vi levde tidligere. Før var vi mer familie samfunn. De har enda de verdiene og passer på hverandre, tar vare på de gamle.

Dina: Jeg tenker med individbasert at det er sånn som vi har det. At jeg bestemmer for meg selv, og mamma bestemmer ikke over meg lenger ...

I en familiebasert struktur så er det mer familien som tar bestemmelsene og avgjørelser, og er de som snakker for pasienten. Spesielt damer får du egentlig ikke noe svar fra, de snakker gjennom mannen sin. Eller mannen snakker for dem. Det tenker kanskje vi er nedtrykkene, men jeg vet ikke ...

Mannen er familiens overhode og snakker på vegne av andre familiemedlemmer. Pasienter som har afrikansk bakgrunn lever ofte i et kollektivistisk samfunn. Noen blir påvirket av den Skandinaviske individualistiske måten å leve på, mens andre fortsetter med en kollektivistisk tradisjonell livsførsel Hanssen (2005, s. 68-73). Dette er et poeng som kan poengteres noe mer tydelig. Ikke alle muslimer og afrikanske pasienter er i like stor grad knyttet opp mot det kollektive samfunnet. Mange har i en vesentlig grad integrert seg i det individbaserte samfunnet som majoriteten praktiserer i Norge. De har ofte en viss grad av tilknytning til sitt hjemland, men mange har adoptert en individuell tankegang der de er fokusert på egne valg og ressursforvaltninger. Vestlige personer er oppdratt til å tenke individuelt, og tar det for en selvfølge man tar valg basert på egne ønsker og meninger. Det at personer tilhører en hel

gruppe, er avhengig av dette fellesskapet og ikke tar avgjørelser alene som individ, virket som var vanskelig å akseptere for sykepleierne som snakket om dette temaet. Sykepleierne begrunnet dette med flere faktorer som påvirker hverandre, og skaper dilemmaer for en norsk sykepleier som har bakgrunn i en individbasert tankegang. For at det skal bli lettere å se forskjellene og følgende av disse levemåtene, har jeg forsøkt å sette dem opp skjematisk:

Kollektivt basert samfunn	Individuelt basert samfunn
Storfamilien regnes som nærmeste pårørende	Kjernefamilien regnes som nærmeste pårørende
Familiens overhode, ofte en mann, er sentral i avgjørelser som tas	Individet tar avgjørelser på egne vegne
Tradisjonelt kjønnsrollemønster	Likestilling mellom kvinne og mann
Storfamilien støtter enkeltindividet	Individet klarer seg selv
Mange familiemedlemmer bor sammen	Personer bor alene

Det kollektive samfunnet tar vare på hverandre, mens en individbasert samfunnsstruktur kan medføre ensomhet og stort ansvar på enkeltindividet. I et kollektivt samfunn møter individet støtte fra hele storfamilien, man har en gjensidig avhengighet og forpliktelse overfor en større gruppe enn kjernefamilien. Denne avhengigheten og forpliktelsen kan gjøre seg gjeldene både i positiv og negativ retning. Storfamilien eller klanen gir sosial status som ofte er opparbeidet gjennom flere generasjoner (Khader, 2002, s. 161). Dette er positivt hvis man tilhører en rik eller mektig gruppe, som har høy aktelse i samfunnet. På den andre side er man avhengig av at medlemmene i gruppen respekterer kodene for hva som gir anseelse og hva som medfører skam (7.3). Hvis ikke vil dette kunne medføre skam for hele gruppen, ikke bare individet.

Den individbaserte sykepleierens tankegang fokuserer ofte på de negative forskjellene fremfor fordelene i en kollektiv måten å organisere samfunnet på. Kanskje særlig i de tilfellene der sykepleieren opplever at andre tar avgjørelser på en persons vegne, som Dina nevnte tidligere at «mannen snakker for konen». Cecilie har lignende opplevelser og sier følgende:

Da tenker jeg først og fremst på taushetsplikten. Det er uforståelig for meg at min onkel skal vite private ting om meg, og bestemme over meg for eksempel. Men sånn er det jo. Da kommer jeg i konflikt med hva jeg kan si til hvem, og hvor langt taushetsplikten strekker seg.

Cecilie forsøker å oppfylle kravet om å gi informasjon og samtidig overholde krav om taushetsplikt (5.4) og pasientens autonomi. Pasienten på sin side ønsker at onkelen skal få informasjonen som skal overbringes og eventuelt ta avgjørelser i forhold til dette. Cecilie opplever et etisk dilemma i forhold til hennes oppfattelse av rett praksis. Norske sykepleiere tenker ut fra egen forståelse om en individuell samfunnsstruktur (4.1), de er opptatt av å innfri pasientens egenuttalte ønsker. Det oppleves galt for dem at andre ytrer ønsker på andres vegne, dette forbindes med å bli umyndiggjort i Vestlig tankegang. Autonomi trenger likevel ikke være synonymt med at personen tar alle avgjørelser på egenhånd. *Autonomi innebærer selvbestemmelsesrett og myndighet til å råde over eget liv (og egen død?)* (Johannessen, Molven og Roaldkvam, 2007, s. 33). Hanssen (2005, s. 112-113) sier at autonomi innebærer at pasienten har rett til å bestemme hvem som skal ta avgjørelser på «hans» vegne, enten det er han selv eller familiemedlemmer. Det vil med andre ord si at ved å la en pasient få lov til å velge at «onkelen skal få privat informasjon», oppfyller sykepleiere som Cecilie kravet om autonomi for pasienten.

7.3 Anerkjennelse og skam

Det kollektivistiske samfunn er opptatt av at familiens anerkjennelse, også kalt ære, skal bevares (4.2). Skam har sammenheng med en atferd som betegner dårlig moral. Forutsetningen for skam er at man «taper ansikt» overfor noen, skam er altså noe som skjer i en situasjon der flere personer er involvert. Skam er noe som angår ikke bare individet, men hele familien, derfor spiller familien en sentral rolle i «skam-kulturer». Man er kollektivt opptatt av hvordan man kan unngå skam, fordi konsekvensene også angår hele den kollektive gruppen sier Khader (2002, s. 141-152). Det finnes mange uskrevne regler i forhold til hva som er ære og hva som er skam. Ære er et noe ukjent begrep i norsk sammenheng, og kan isteden omtales som anerkjennelse som tilsvarer innholdet i fenomenet ære. I hvilken grad samfunnets regler formidles, har igjen sammenheng med om kulturen er basert på et høykontekst- eller lavkontekst samfunn (4.2). Totalt sett kan disse uskrevne reglene synes uforståelige og vanskelige å tolke for en norsk sykepleier. Hva som er akseptert oppførsel, varierer tilsynelatende mye ut ifra hvor pasienten har sin bakgrunn. Det kan synes umulig å ha oversikt over slike ulikheter for en sykepleier som møter en afrikansk pasient. Det kan likevel være av betydning at sykepleiere har kunnskaper om at slike faktorer, for det kan ha en

direkte påvirkning i forhold til helsehjelpen pasienten har behov for. Pasienter som har lavkontekst bakgrunn kan på direkte forespørsler om egen tilstand, svare med å være unnvikende og gi generelle svar. De har ikke tradisjon for å gi direkte svar, og bruker kanskje lang tid på å uttrykke egne behov og ønsker. Kjennskap til hva som ansees som ære og hva som ansees som skam vil være avgjørende i møtet med en slik pasient. Kompleksiteten og diversiteten innenfor dette kulturelle fenomenet kan tyde på at dette er komplisert for en norsk sykepleier som er ukjent med tankegangen. En generell forståelse fordi disse to faktorene vil påvirke samhandlingen mellom en sykepleier og en afrikansk muslimsk pasient i betydelig grad. Kanskje til og med i større grad enn faktorer som familietilknytning og ulik sykdomsforståelse. Anerkjennelse og skam er tilsynelatende svært viktige for enkeltindividet, fordi det påvirker hele det kollektive fellesskapet individet er en del av. Forståelse for ære og skam-tenkning gjenspeiles i handlingene til sykepleieren, det vil igjen skape tillit mellom sykepleier, pasient og pasientens kollektive fellesskap.

7.4 Besøkende

Flere sykepleiere jeg snakket med fokuserte på problemer knyttet til at afrikanske pasienter fikk mye besøk av pårørende og venner. Dinas sa følgende:

Vi kunne kanskje blitt bedre på å formidle ting til pårørende, og avklare litt nærmere hvem som faktisk er pårørende for hver enkelt pasient. For vi har jo ofte folk som kommer innom og besøker ... de vet ikke hva pasienten heter engang ...

Dina beskriver tilfeller der de som kommer på besøk ikke vet hva navnet til pasienten er, men de har hørt at en av «sine» er innlagt på sykehuset. Hun beskriver videre at hun har blitt bedt om å gi sensitiv informasjon til besøkende som tilsynelatende ikke vet navnet på pasienten. Pasienten har likevel bedyret at personene er nærmeste pårørende, og Dina forteller at hun oppfattet at det var uskrevne regler om hvem som var overhodet i forsamlingen. Hun reflekterte seg frem til at god skikk var at denne personen fikk informasjonen først. For henne skaper dette utfordringer i forhold til taushetsplikt, og dilemmaer i forhold til pasientens autonomi. Et tiltak i en slik situasjon kan være at sykepleier gjør en avtale med pasienten på forhånd om hvem som regnes som nærmeste pårørende gjennom god datasamling (5.2) på forhånd. Da unngår man å sette pasienten i forlegenhet ved at vedkommende må ta beslutninger foran pårørende som er på besøk.

Ellen sa dette om problemer knyttet til besøk av pårørende til afrikanske pasienter på en sykehusavdeling:

Det er vanskeligst med de som har en veldig annen familiekultur. De som ikke forstår helt at det ikke kan komme hundre stykker på besøk ... men det er jo litt delt det der. For det er jo egentlig kjempe positivt for pasientene. Det er vanskelig å si fra. I hvert fall med de som ikke snakker norsk, så er det vanskelig å vite om pasienten har lyst til å ha så mange der hele veien. Ja, jeg synes det vanskelig å gi beskjed om det. Hvem skal du egentlig gi beskjeden til? Det bør man kanskje ta opp med pasienten på tomannshånd. Og så tørr kanskje ikke pasienten si nei heller.

En skal tenke økonomi inni det hele, og er jo vanskelig. Vi kan ikke dele ut hundrevis av smitteutstyr på en uke heller. Så er det jo dette med at du prøver å vise de hvordan de skal kle av og på seg disse smittefrakkene og de andre greiene. Så kommer du inn, så sitter de og trykker på mobilen og har munnbindet under haken. Det opplever jeg ofte.

Ellens svar representerer mange tilsvarende svar som kom frem under intervjusamtalene. Sykepleierne virker delte på hva de tenker om at pasienter får mye besøk når de er innlagt på sykehus. I mange tilfeller oppleves det som en støtte til pasienten og avlastning for sykepleieren, men i andre tilfeller er det konfliktykt at pasienter har mye besøk. Stort antall besøkende til muslimske pasienter opplevdes som et stadig tilbakevendende problem som medførte flere negative konsekvenser. Konkrete ting som ble nevnt var økonomi, i form av overforbruk av smittevernutstyr, dårlig overholdelse av regler på avdelingen både av pasient og pårørende, og uro for medpasienter med stort antall besøkende. Som et lite apropos til krav om smitteregimer, kan det tenkes at dette er en uforståelig behandlingsform for de fleste afrikanere. Hvem har vel hørt om smittefrakker og annet beskyttelsesutstyr på et sykehus i Afrika som knapt nok har basal antibiotikabehandling? Dette er en digresjon som kan åpne for en forståelse for at dette er helt ukjent for afrikanske pårørende som kommer på besøk. Fokus for en sykepleier som jobber med pasienter i norsk sykehus er likevel at reglene blir overholdt av så vel pasient som pårørende. Hensynet til egen og andre pasienters sikkerhet veier tungt i en slik situasjon. Når pårørende ikke overholder rutiner som skal forhindre smittespredning, er det forståelig at dette skaper frustrasjon hos sykepleieren. Kommunikasjon i forhold til viktigheten av slike tiltak er også en utfordring når personene ikke kan kommunisere på norsk. Det totale bildet av situasjonen Ellen beskriver, gir forståelse for at det er utfordrende med stort antall besøkende til pasienter med afrikansk bakgrunn. En løsning på denne utfordringen synes vanskelig. Et tiltak kan være å skape god dialog med pasienten, i første rekke for å få oversikt over hvem som er pasientens viktigste nærmeste som både Dina og Ellen foreslår. Deretter ta med denne personen i dialog om regler på avdeling, og for

eksempel hvor mange det er ok å ha på besøk samtidig. Den næreste pårørende kan i neste omgang gi beskjed videre til omgivelsene, slik kan pasienten slipper belastningen med avvise noen som kommer på besøk.

7.5 Biomedisin kontra andre medisinske praksiser

Under et par av foredragene mine har jeg utført et lite tankeeksperiment i forhold til biomedisin. Denne praksisen baserer seg på en struktur der all behandling foregår innenfor en klinikk eller et sykehus. I disse bygningene bør det være undersøkelsesutstyr og medisiner, for ikke å snakke om kvalifisert personell til å ta seg av pasienter. Biomedisinsk praksis krever med andre ord økonomiske midler i form av utdanning til personalet, leger, sykepleiere, radiografer, mikrobiologer og mange flere. I tillegg kreves det økonomiske midler til å skaffe og vedlikeholde undersøkelsesutstyr i form av røntgenapparat, laboratorieutstyr og uendelig mange andre redskaper som benyttes i undersøkelser knyttet til biomedisinsk praksis. Som et eksempel på dette har Norge i statsbudsjettet for 2015 beregnet å bruke 174,2 milliarder kroner på helseutgifter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Hvis man regner med Norge har ca 5 millioner innbyggere, blir dette nærmere 30000 kroner til behandling per innbygger. Det er ikke lett å finne tall som bekrefter denne påstanden, men jeg er ganske sikker på at en slik sum vil det ikke være mulig for et ikke-vestlig land å bruke på helsetjenester til sine innbyggere. For å tydeliggjøre noen av forskjellene å biomedisin og tradisjonell medisin, har jeg satt ulike momenter opp mot hverandre i en tabell:

Tradisjonell medisin	Biomedisin
Behandlere: Medisinmenn- og kvinner.	Behandlere: Leger.
Tillit: Ofte anerkjente personer i lokalsamfunnet som har lang erfaring med behandling.	Tillit: Ofte uviss grad av tillit, og ukjent lengde på yrkeserfaring.
Utdanningsbakgrunn: Tradisjonell, lærlinge-basert.	Utdanningsbakgrunn: vitenskapelig basert.
Behandlingssted: I hjemmet til den syke eller i huset til behandleren.	Behandlingssted: på sykehus eller legekantor.

Kostnad: Egenandel, ofte ut fra pasientens betalingsevne. I Afrika – svært høy egenandel ut fra pasientens betalingsevne.	Kostnad: I vesten – samfunnet betaler gjennom skatter og avgifter. Tilnærmet gratis i forhold til betalingsevne.
Behandlingseffekt: Umulig å måle. Mulig påvirkning av placeboeffekt eller økt evne til egenomsorg gjennom formidling av håp.	Behandlingseffekt: Effektiv behandling forutsatt at man får riktige medisiner knytt til bakterie/virus som har forårsaket sykdom.
Inndeling av mennesket: Fysisk kropp og mental helse ansees som to sider av en sak.	Inndeling av mennesket: Kropp og sjel deles opp i somatiske tilstander og psykiatriske tilstander.
Grad av aksept i samfunnet: Høy i Afrika, lav i Vesten.	Grad av aksept i samfunnet: Høy i Vesten, middels i Afrika.

Det kan tilsynelatende virke som biomedisin går av med seieren i forhold til tradisjonell medisin, til tross for at det finnes elementer i tradisjonell medisin som virker positive. Blant annet faktoren med at behandler og pasient møtes personlig, og at behandlingen blir individuell og personlig. Joralemon (2009, s. 67-83) forklarer at det er flere årsaker til at biomedisinen er sosialt og kulturelt overlegen. Videre sier Joralemon at oppdagelsen av penicillin og antibiotika er hovedårsaker til dette, men også utviklingen av raffinerte kirurgiske teknikker. Andre årsaker er at praksisen har blitt spredt til ikke vestlige land gjennom bistands- og utviklingsarbeid. Synonymt med fremgang er bygging av dammer og kommunikasjonssystemer, i tillegg til utdanning av leger, bygging av sykehus og kampanjer for å utrydde sykdom. Diskursen om utvikling som formidles til land i den tredje verden er at fremtiden ligger i å oppmuntre til vestlig teknologi, medisin og økonomi. Det hele, biomedisin inkludert, blir omtalt som en pakke med fellesbetegnelsen «modernisering». Det er utviklet medisinsk kunnskap om behandling av tilsynelatende «alle» sykdommer i verden. Infeksjoner og kroniske lidelser behandles med et «overforbruk» av medikamenter. I tillegg til refleksjon rundt biomedisin relatert til økonomisk fordeling av samfunns-goder, er det derfor også andre former for kritikk til denne medisinske praksisen.

Det som før så ut til å være løsningen på alle problemer, kan nå se ut til å ha blitt et problem. Bakterier utvikler resistens mot dagens medikamenter, og kan føre til at biomedisinen mister sitt viktigste våpen. Et eksempel på dette er Dr. Paul Farmer (i Joralemon, 2009, s. 81) som

adresserte problemer knyttet til tuberkulose, og at sykdommen kunne påvirke hele verden når den ble resistent mot antibiotika, også kalt MDRT (multi-drug resistant tuberculosis). Farmer utviklet en måte å motvirke dette på med å innføre DOT-terapi (directly observed treatment). Det vil si at medisinsk personell observerer at pasienten tar medisinene sine hver dag så lenge behandlingen er påkrevd. Dette ble en internasjonal standard etter at Farmer overbeviste den vestlige verden om også de ville få denne sykdommen blant sine innbyggere hvis ikke de tok grep om situasjonen.

Joralemon (2009, s. 67-83) peker på problemer som er relevante også i dag. Mange kan gjenkjenne tankegangen om at den Vestlig standarden sees på som normen på hvordan samfunnet best bør struktureres. Dette gjelder både infrastruktur, materialistisk standard og medisinske systemer. Tradisjonelle behandlere er ikke like relevante som biomedisinsk personell i behandlingen av syke selv om denne gruppen også finnes i Norge. Vi har mange forskjellige mer eller mindre anerkjente tradisjonelle behandlere som forsøker lindre plager og helbrede sykdom hos befolkningen. En person med ryggglidelse kan for eksempel oppsøke en akupunktør eller en kiropraktor, dette er det ingen som finner oppsiktsvekkende. Tradisjonelle behandlere som er mindre anerkjente blir derimot avfeid som noen som kaster bort tiden til folk. Eksempler på slike er healere, medisinmenn- og damer, et utvalg behandlere som er representert i mange afrikanske land. Behandlingsmetodene deres blir ofte fremstilt som farlige av helsepersonell som praktiserer biomedisin. Argumentene kan være at pasienter risikerer alvorlige konsekvenser hvis de velger bort biomedisinsk behandling og erstatter dem med alternativ behandling.

Sykepleie til muslimsk afrikanske pasienter medfører utfordringer knyttet til kulturelle ulikheter. Dette gir igjen utfordringer i forhold til empati, profesjonell omsorg og hvordan man best kan samhandle med pasientgruppen, hvilket har stort fokus i denne oppgaven. Det som ikke kan forbigås, er det faktum at denne pasientgruppen også kan ha sykdommer som for mange sykepleiere er ukjente. Cecilie har følgende uttalelse når hun blir spurt om hvorfor det er viktig at sykepleiere har kjennskap til ulike perspektiver på sykdom og helse i møtet med ikke-vestlige pasienter:

For å kunne forstå pasienter som kommer fra andre land. Nå blir det jo bare flere og flere av dem, det blir mer og mer vanlig å flytte til et nytt land. Så det er veldig viktig at vi klarer å gi dem også god behandling. Det er viktig spesielt i forhold til tuberkulose og HIV. Spesielt i

forhold til HIV fordi pasienter som skal ha denne behandlingen må ha et forhold til spesialisthelsetjenesten hele livet.

Cecilie er opptatt av faglig kunnskap, ikke bare i forhold til ulik sykdomsforståelse, men den praktiske faktoren som handler om sykdommer som er mer vanlig i ikke-vestlige land. Hun peker på at det kommer flere og flere pasienter fra ikke-vestlige land, og at kjennskap til vanlige diagnoser i disse landene vil være essensiell kunnskap for en sykepleier som jobber med ikke-vestlige pasienter. I tillegg sier Cecilie noe om at sykepleiere bør ha kunnskaper rundt pasientgruppen generelt. Et eksempel på ulikheter i denne sammenheng er kulturelle forskjeller i hvordan mennesker uttrykker smerte og egen sykdom. Mennesker har ifølge Hanssen (2005, s. 82-83) ulik måte å uttrykke smerte avhengig av kulturell bakgrunn. *Faller smerteformidlingen utenfor det som for oss er det normale, blir det vanskelig å «lese» og behandle* (s. 82). Det er normalt en lege sin oppgave å diagnostisere og anbefale tiltak rettet mot pasienters lidelse og behov. Likevel er det en kjensgjerning at sykepleiere ofte er de som omgås pasientene mest. Det er deres observasjoner av pasientene og tilbakemeldinger til legene, som er med på å danne en fullgodt behandlingsgrunnlag og for hver enkelt pasient. Pasienten på sin side kan føle behov for å overdramatisere for å bli tatt tilstrekkelig på alvor. Hanssen (2005, s. 83) sier følgende:

Pasienten merker at han eller hun ikke makter å formidle sin sykdomssituasjon og dette kan føre til engstelse, irritasjon og utrygghet. Angst kan i sin tur føre til en klagende holdning og et høyt stemmenivå. Det å dramatisere kan da være en måte å søke oppmerksomhet på når de føler seg avvist.

7.6 Oppsummering

Det er fordeler og bakdeler ved å være medlem av både et kollektivt og et individuelt samfunn. I det kollektive samfunnet er individet en del av storfamilien der avgjørelser tas med bakgrunn i gruppens interesser. I individbasert samfunnet er individet opptatt av autonomi og retten til å ta avgjørelser basert på egne ønsker. Godene og bakdelene med de ulike samfunnsstrukturene er avhengig av øynene som ser. Kollektive samfunn er opptatt av at familiens annerkjennelse skal bevares. Skam er noe som angår hele familien og man er kollektivt opptatt av hvordan man kan unngå skam. I hvilken grad regler formidles, har sammenheng med om kulturen er basert på et høykontekst- eller lavkontekst samfunn. Andre ulikheter knyttet til en kollektivt basert livsførsel, er et stort antall besøkende til en pasient

som er innlagt på sykehuset. Flere sykepleiere opplever denne praksisen som en utfordring med flere negative konsekvenser, både i forhold til arbeidsmiljø og økonomi.

Kulturell bakgrunn har stor påvirkning for muslimske pasienter med afrikansk bakgrunn og deres forklaringsmodell knyttet til helse, sykdom og behandling. Norske sykepleiere forholder seg til bakterier, virus og skader som årsaker til sykdom, mens for en afrikansk pasient er det ånder og magi som påvirker helsen og forårsaker sykdom. Ved å sette tradisjonell medisin opp mot biomedisin, kan det virke som biomedisin går av med seieren. Årsaken til dette er penicillin, antibiotika og raffinerte kirurgiske teknikker. Vestlige nasjoner mener at fremgang er det samme som utvikling av infrastruktur, og biomedisin ansees som den eneste riktige medisinske praksisen.

Det finnes ulike medisinske praksiser, som alle forholder seg til sykdom og helse på hver sin måte. Til tross for kunnskap om ulike praksiser, er pasienter så forskjellige som individer at det synes umulig å lage generelle forståelser i forhold til temaet. Datasamling og god dialog med pasienten er spesielt viktig i sammenhenger der pasienten har ulik sykdomsforståelse enn sykepleieren.

8 Interkulturell utfordring i Spesialisthelsetjenesten

8.1 Forstå seg selv gjennom «de andre»

Ingstad (2007, s. 59) har formulert en spørsmålsformulering som oppleves treffende i forhold til personlig utvikling i møtet med afrikanske pasienter: Hvordan kan så forståelsen for det «eksotiske» og spesielle gi oss innsikt i det allmennmenneskelige og generelle, og dermed også en ny forståelse for oss selv? (5.3) Hanssens (2005, s. 41) erfaringer i forhold til dette er at både helsearbeideren og pasienten tar sin egen kulturbakgrunn knyttet til behandling og sykdom som en selvfølge. Ved å lære om andres måter å oppfatte virkeligheten på, kan man se at egen forståelse ikke er den eneste. Måten man velger å ta inn over seg at det finnes ulikheter, avgjør om man utvikler seg i forhold til økt forståelse. Det motsatte vil være at man fortsetter å tenke at andres måter å tenke sykdom og helse er eksotisk og fremmed, mens en egen praksis er den eneste rette. Hensikten med økt innsikt er ikke at man skal adoptere andres måter å tenke på og gjøre dem til sine egne. Det er isteden en utvidelse i forhold til eget perspektiv på hva andre mennesker oppfatter som naturlig og riktig i møtet med sykdom og uhelse. Større forståelse skaper bedre grunnlag for samhandling, og åpner for større grad av respekt. En sykepleier som har tatt inn over seg at det finnes andre sykdomsforståelser enn hennes egen, vil kunne opptre som et kulturelt kompetent personell. Gode relasjoner med pasienter som har annen kulturell bakgrunn gir ny innsikt, og dermed mer erfaring som igjen vil skape økt trygghet. En forutsetning for innsikt og mer kompetanse er at sykepleieren har dialog med pasienten, og refleksjon rundt hva som skapte gode eventuelt dårlige situasjoner. Samhandlingen med ulike pasienter vil ikke tjene til noens fordel hvis ikke sykepleieren er opptatt av å skape dialog. Selv om pasienten eksempelvis er muslim og har afrikansk bakgrunn, vil hver person innen denne pasientgruppen ha individuelle forskjeller. Kulturelt kompetente sykepleiere forholder seg aktivt til forskjellene ved å skape dialog og forsøke å respondere på individuelle behov og ønsker. Ellen kom med et beskrivende eksempel relatert til god dialog og samhandling:

Det er kjempeviktig å spørre pasienten selv hvordan de tenker. Hva de trenger og hva de vil ha ...

... Så er det stor forskjell også tenker jeg, fra person til person. Det er jo en pasientgruppe det er viktig å bruke litt tid på også, å snakke med dem. For ofte er det ikke så mye vi skal gjøre hos pasienten. Veldig mange av de vi har som er isolert er jo oppegående og klarer seg selv.

Så vi er gjerne bare innom for å spørre hva de vil ha å spise. Jeg tenker at den biten med å bare være innom å snakke litt med de og spør om sånne ting, er noe man faktisk kan bruke litt tid på ...

Ellen har reflektert over at pasienter er individuelle og har personlige behov. Hun er opptatt av hva pasienten tenker om egen situasjon, og i tillegg hvilke basale behov pasienten trenger hjelp til å ivareta. Den situasjonen Ellen snakker om her er litt spesiell, fordi isolasjon innebærer at pasienten ikke kan komme ut av rommet han eller hun er på. Dette krever ekstra mye av sykepleieren i forhold til å ivareta pasientens personlige behov, i tillegg til utfordringer med smitterutiner ved besøk av pårørende (7.4). Dialog er om mulig enda viktigere, fordi pasienten er prisgitt andre for å skaffe seg mat og andre nødvendige ting. Mange opplever isolasjon belastende både fysisk og psykisk. Ellen peker på behov for omsorg i form av å bruke tid som en viktig del av sykepleien, til tross for at pasienten ofte klarer seg uten fysisk hjelp til egenomsorg. Utfordringen Ellen peker på i samhandling med afrikanske pasienter i en slik situasjon er:

... Men da kommer det igjen dette med språket da. Det er en barriere.

8.2 Kommunikasjonsutfordringer

Mangel på, eller utfordringer med kommunikasjon, blir trukket frem av samtlige sykepleier jeg snakket med. Det å ikke være i stand til å meddele ting til pasienter med lite norsk kunnskaper oppleves frustrerende, og gjør at sykepleieren opplever dårlig samhandling. Mange var opptatt av at det i for liten grad blir brukt tolk i behandlingsforløpet til denne pasientgruppen. Sykepleiere som møter pasienter med afrikansk bakgrunn kan ubevisst utøve makt overfor pasienten. Det å la være å tilrettelegge i form av å bestille kvalifisert tolk, vil være en måte å utøve makt på. Hanssen (2005, s. 105) sier dette om temaet makt: To områder står sentralt i diskusjonen angående mellommenneskelig makt i helsearbeider-pasient-relasjonen: kommunikasjon og autonomi. Sykepleieren er kjent med systemet og har kunnskap i forhold til medisinske uttrykk som brukes. Det å la være å formidle ting eller ikke forklare tilstrekkelig til en pasient, er maktutøvelse fordi man bestemmer på vegne av en pasient hva han skal få vite og ikke. Dette kan oppleves vanskelig for en sykepleier på flere måter. Det at informasjon blir tilbakeholdt kan være utilsiktet fordi man ikke forstår at pasienten mangler forståelse, kommunikasjonssvikten går begge veier. I tillegg kan det være

at sykepleieren opplever kulturelt betingede utfordringer ved å skulle formidle et budskap til en pasient.

Flere påpekte også at de mangler opplæring i hvordan de skal gjennomføre samtaler med en tolk. I tillegg til at man burde bestilt tolketjeneste oftere, var det flere som pekte på at kvaliteten på tolkene var varierende og til tider dårlig. En forutsetning for god kommunikasjon når pasienten ikke snakker norsk, er bruk av profesjonell tolk. Dina hadde følgende erfaringer med tolk:

Det er vanskelig å ha en tolketjeneste. Nå har vi akkurat fått opp et skriv på min avdeling om hvordan en tolketjeneste fungerer best mulig. Bare sånn som hvordan en skal plassere seg og hvordan en skal gjøre det med telefon, og at en må avklare roller. For det kan også være vanskelig. Man merker at tolken snakker i et minutt, når en bare har spurt pasienten om en liten ting. Tolken og pasienten har en lang samtale frem og tilbake, uten at tolken oversetter tilbake til meg og jeg aner egentlig ikke hva de snakker om Jeg opplever jo selv når jeg har vært i slike situasjoner at jeg blir usikker på tolken, at ikke jeg stoler helt på de. Det gjør at jeg tenker «hva formidler du faktisk nå».

Dina gir uttrykk for at hun synes tolketjenester generelt er en utfordring å samarbeide med. Hun omtaler ingen positive ting om tjenesten, tvert imot er det negative aspekter hun tar opp. Først sier hun noe om det praktiske ved gjennomføringen av en tolkesamtale, hvilket kan være en utfordring i seg selv. Det er flere hensyn som skal tas når en bruker tolk i et sykehus, blant annet kan det være vanskelige temaer som skal formidles. Noen ganger får pasienten beskjed om at han har diagnoser som i mange tilfeller er forbundet med stigmatisering og utestengelse, eksempelvis HIV og tuberkulose (5.7). Da kreves det ekstra varsomhet i forhold til taushetsplikten, og i slike tilfeller kan man vurdere å benytte telefontolk for å unngå at pasienten blir identifisert og uthengt i eget miljø. Dette forutsette at personalet er klar over slike problemstillinger, og er oppmerksom på at en eventuell fremmøtetolk vil kunne påføre pasienten ekstra belastning. For å beskrive temaet litt nærmere kan man se på somaliske miljøer. Disse er inndelt i klaner (5.3) som har mer eller mindre offisielle rangeringer i forhold til status. Anne hadde refleksjoner og erfaringer som hun delte i denne forbindelse. Hun hadde vært på et foredrag på Haukeland Universitetssykehus våren 2014, der en afrikansk dame med muslimsk bakgrunn hadde delt egne tanker og opplevelser om det norske helsevesenet. Denne damen er gift med en norsk mann og har god kjennskap til to kulturer. Anne gjengav følgende uttalelse fra foredraget:

Dette med tolking. Vær obs. Hvis du får en tolk ifra et høyere nivå enn det pasienten er fra. Hun hadde et eksempel fra kvinneklinikken. Ei fra Somalia som var omskåret, som skulle

reopereres. Så har de jaggu bestilt fremmøte tolk, som kommer fra en «høy» klan. Pasienten var ganske langt nede på denne «klanstigen». Før legen fikk undersøkt pasienten, så var hun så utskjelt og så sjikanert av denne tolken at hun endte med å ikke bli reoperert.

Anne fortsetter med så fortelle egne tanker etter foredraget:

Da kjente jeg etter at jeg faktisk har hatt en del tolkesamtaler der det blir sagt mye i begynnelsen. Der jeg har gått inn og sagt «hør, du skal tolke det jeg sier. Ingenting annet». Da kan jeg ha kjent på at det er noe sånt som kan ha pågått. I bakspeilet der, så kjente jeg at «det har jeg opplevd». Denne Afrikanske damen som holdt foredraget sa at hun ikke snakket om Somalierne fordi de er spesielle, men fordi de har vi veldig mange av i Norge. Det er nyttig fordi det er problemstillinger vi møter her i Norge.

Både Dina og Anne referer til opplevelser der tolken og pasienten har en lang samtale uten at de vet hva partene snakker om. Det er forståelig at dette skaper usikkerhet for sykepleierne i en situasjon der de og pasientene skulle vært de dominerende partene i samtalen. En tolk sin oppgave er tenkt å være en «usynlig» tredjepart som formidler pasientens ord, ikke den som dominerer samtalen. Dina mistenker at tolken snakker med pasienten om ting som ikke er vesentlige for situasjonen, eller hun setter spørsmål ved om tolken oversetter korrekt det hun har formidlet. Anne mistenker at tolken formidler egne, eller klanens, meninger om en situasjon. I begge beskrivelsene gir sykepleierne uttrykk for at de har mistillit til tolkens oversettelser. Det kan hende de har grunn til bekymring i de episodene de beskriver, men det trenger ikke nødvendigvis være direkte feil budskap tolken formidler. Av og til er de kulturelle forutsetningene for å forstå et budskap svært ulike, som for eksempel det tidlige omtalte eksempelet med «å faste». Hanssen (2005, s. 62) sier at en god tolk ikke bare er tospråklig, men tokulturell og dermed forstår hvordan ulike beskjeder kan overbringes på best mulig måte. En tolk som har kjennskap til semiotikk, de ulike kodene i to kulturer, vil under en tolkesamtale se behovet for en ytterligere forklaring av temaer som midles, enn en direkte ordrett oversettelse. Det kan derfor tenkes at tolker som snakker mer utfyllende enn det sykepleieren, gir en kulturell- i tillegg til en ordrett oversettelse av budskapet. Kvaliteten på tolkesamtalen blir et slikt tilfelle bedre enn om oversettelsen var ordrett, da hadde ikke pasienten forstått budskapets helhet.

Det er flere parter involvert i en tolkesamtale som skal samarbeide om en måloppnåelse, at beskjeder formidles på en forståelig måte mellom alle parter. I tillegg til den åpenbare faktoren med den verbale formidlingen av et budskap, er det mange andre faktorer som spiller inn. Måten budskaper formidles på er svært ulike mellom ulike kulturer. I Norge er man vant til å formidle budskaper direkte uten å «pakke budskapet inn» med andre vendinger og ord. I

tillegg er det tradisjon for at alle er likeverdige og at det ikke er forskjell i rang. Alle personer, både eldre og direktører, adresseres med «Du». Dette er svært fremmed for mange kulturer, og oppleves som stor mangel på respekt. Kulturelle forskjeller som tiltaleformer spiller inn, i tillegg til andre ting som påvirker en samtale som ulike måter å kommunisere på og kroppsspråket til de som er tilstede. Hvis påstanden om at kommunikasjon mellom to mennesker er to tredjedeler kroppsspråk (Hanssen, 2005, s. 45), er det ingen god situasjon at sykepleieren føler frustrasjon over at en tolk snakker utenom lengden på det hun har formidlet. Sykepleieren er en av hovedpartene i samtalen og vil være trolig være toneangivende for settingen. Hvis hun viser uro og misnøye vil dette muligens også gjenspeile på kvaliteten for samtalen og i neste omgang kunne påvirke hva pasienten ønsker å formidle av personlig anliggende. En løsning på dette problemet kan være at tolken i tillegg til å oversette ting til pasienten, forklarer til sykepleier hva som blir formidlet. Tolken kan gi kort beskjed til sykepleier om at det nå vil bli en lengre forklaring, fordi pasienten har behov for en utvidet forklaring. På den måten vil tolken kunne lage en forutsigbar situasjon knyttet til oversettelsen og skape god stemning i samtalen. Tillit og harmoni i settingen er trolig nøkkelord i forhold til å gi god samhandling mellom tolk, pasient og sykepleier når det er behov for å benytte tolk ved samtaler.

Anne er opptatt av hvor viktig det er å formidle informasjon om undersøkelser på en forståelig måte for ikke-vestlige pasienter (6.5). Hun sier:

... Ja, men det går på det dette med manglende kjennskap til hvor viktig det er. Vi skulle hatt en egen konsulent som bare gikk rundt og foreleste om dette her på sykehuset for alle avdelingene.

Anne reflekterer over at helsepersonell har for lite kunnskap om pasienter som ikke snakker norsk, og som har en ikke-vestlig bakgrunn. Hun argumenterer for at det er behov for spesialiserte sykepleiere vil kunne fungere som konsulenter, eller kulturelle tolker, internt på sykehuset. De vil kunne vurdere behov for spesielle tiltak for å forbedre vilkårene til pasientgruppen, også utover tilrettelegging i forhold til kommunikasjon. En kulturtolk vil kunne tale pasientenes sak i strategisk planlegging på ledelsesnivå, i tillegg til å involvere seg i enkeltsaker på ulike avdelinger. I følge Krilic (2011) kan en kulturtolk øke faglig kompetanse gjennom internundervisning, og i tillegg være et nøytralt ledd mellom pasient og personale med kjennskap til utgangspunktet for begge parter. På St. Olavs Hospital har man siden september 2010 ansatt en person i stillingen «kulturkonsulent» som en del av fagstaben

på sykehuset. Denne personen har muslimsk bakgrunn, og utfører tjenester som åndelig veiledning, samtaler og undervisning for personalgrupper.

8.3 Tid

Tid og egen tidsforståelse er noe de fleste mennesker tar for en selvfølge. Hanssen (2005, s. 75-76) sier forståelsen av tid er internalisert gjennom en sosialiseringssprosess gjennom egen kulturelle bakgrunn. Forskjellige tanker knyttet til tidsforståelse kan være forklaringen på mange konflikter i det norske helsevesenet. Det ble klart for meg etter flere års yrkespraksis i tillegg til å ha studert fenomenet gjennom videreutdanning. Det var også bakgrunnen til at temaet ble vektlagt i foredragene som ble holdt i forkant av masteravhandlingen. Hendelsestid kan virke uoverkommelig for en nordmann å forstå omfanget av, i likhet med å forstå lineær tid for en afrikaner (6.6). Forskjellene mellom hendelsestid og lineær tid er store, og disse tidsforståelsene er såkalte motsetninger. Et eksempel ut ifra egne erfaringer er pasienter som er innkalt til time på poliklinikk for utredning av tuberkulose. Da er det på forhånd bestilt time til røntgen, tolk, konsultasjon med lege og prøvetaking hos sykepleier. Alle disse hendelsene gjennomføres i løpet av en og en halv time, og måten dette regisseres på er i tråd med lineær tidstenkning. Baktanken med opplegget er basert på omtanke for at pasienten, de skal slippe belastningen med å vente og eventuelt møte opp til flere konsultasjoner. Problemet er at mange av pasientene som trenger denne type undersøkelse, har en kulturell bakgrunn der hendelsestid er aktuell tidsforståelse. Erfaringen er at mange pasienter kommer for sent i forhold til oppmøtetid med flere timer, og noen kommer til og med på feil dag. Dette skaper frustrasjon hos personalet som føler at de har brukt tid på å imøtekomme pasientene med spesiell tilrettelegging. Det oppleves også problematisk i forhold til arbeidsgivers ressurser, ved unødvendige utgifter på tolk og ineffektivitet hos personalet.

Cecilie som har erfaring med flerkulturelle pasienter i yrkespraksis hadde følgende refleksjon:

Ulik tidsforståelse er en årsaksforklaring for meg. Jeg skjønner bedre hvorfor noen pasienter ikke møter opp til avtalt tid, men plutselig bare står i døra og trenger hjelp med en gang. Det er mange som er sånn ...

Ulike tidsforståelser skaper utfordringer på flere måter i den norske spesialisthelsetjenesten. Cecilie sin uttalelse er et eksempel, med pasienter som ikke overholder avtaler og plutselig dukker opp og forventer hjelp. Dette kan oppleves frustrerende for personer som har planlagt

timeplanen for arbeidsdagen, ofte med minutts presisjon. En eller to ekstra pasienter, velter hele timeplanen og medfører i mange tilfeller overtidsarbeid, hvilket igjen går ut over fritid sammen med barn og ektefelle. Specialisthelsetjenesten er i stor grad opptatt av effektivitet, og at ansatte skal fylle arbeidsdagen med aktiviteter som vises igjen i form av antall «behandlede» pasienter. Det er lite rom for å sette opp hull i timeplanen som kan gi rom for ekstra pasient konsultasjoner. Hvis det tilfeldigvis ikke kommer ekstra pasienter til disse «hullene», blir tiden ansett som bortkastet og man er ineffektiv. På den andre side kan det argumenteres for at en litt fleksibel timeplan i arbeidsdagen, er vel anvendt tid. For eksempel i tilfellet der en ansatt bruker tid på å kalle inn pasienter til undersøkelser på sykehuset. Denne ansatte bruker kanskje dobbelt så lang tid på å sende innkallelse til en somalisk pasient som en norsk pasient. Dette på grunn av at han må sjekke hvilket språk pasienten forstår og finne frem oversatt brev, før han kan sende innkallelse til undersøkelse. Anvendt tid på innkallelse er lengre, men blir spart inn ved at pasienten møter opp og gjennomfører undersøkelsen slik at man slipper ny runde med innkallelse. Et annet eksempel på fleksibilitet i arbeidstid er at man benytter tolk. Dette er samtaler som tilsynelatende trenger dobbelt så lang tid å gjennomføre, og kan derfor synes som ineffektive i tidsrommet de blir gjennomført. I etterkant kan man likevel se at det å klarlegge videre samhandling skaper en bedre forståelse mellom partene og dermed øker effektiviteten.

Sykepleierne som deltok i intervju samtaler var delt i to grupper i forhold til svar som handlet om ulik tidsforståelse. De som hadde hatt sykepleiepraksis i Afrika hadde bestemte formeninger om at det var ulike forståelser, men manglet teori i forhold til begrepet tid.

Dina: Afrikan time ... Den kan jeg litt om ... Nå betyr ikke nå. Snart betyr ikke det vi legger i snart. Snart kan være om fire timer. Vi synes jo det er respektløst å ikke møte opp til avtalt tid, men det er det jo ikke i Afrika. Det er helt ok og det vet alle, at man har et slingringsmonn på en par fire fem seks timer, eller to dager ...

Ellen: Jeg tenker mest på det der med å ikke forholde seg til avtaler på samme måten. At de ikke dukker opp på tiden og ikke tenker at det er feil liksom. Det er det første jeg tenker på når du sier ulik tidsforståelse.

... Vi merket dette kjempegodt når jeg var i praksis i Afrika, eller i Tanzania. Når vi fikk beskjed om vi skulle komme klokken ni, så kom gjerne ikke de andre før klokken elleve. Så stod vi der og ventet og ventet.

Ellen forteller om egne opplevelser med å vente på noen som ikke kommer til avtalt tid. Denne andre parten som hun ventet på hadde endatil oppgitt tidspunktet for møtetiden. Dette oppleves som uhøflig for en person som Ellen som er oppdratt til å forholde seg til tid i lineær

forstand, en tidslinje med fortid, nåtid og fremtid. I lineær tankegang er tid en resurs som forbindes med penger og effektivitet. Hvis man har «ikke-tid» eller at ingenting skjer, blir det heller ikke produsert noe som kan bidra til vekst i form av økt profitt. Ved å la noen vente på én kaster man bort denne andres tid, og «tid er penger» sier mennesker i Vesten. Dette setter søkelys på tanken hva som er viktigste faktoren å bruke tid og egne ressurser på, nemlig det å tjene penger. Den materielle delen av tilværelsen oppleves som den viktigste, forutsetningene for økt økonomisk inntekt henger sammen med hvordan man utnytter tiden sin. Det er derfor fokus på effektivitet og at tiden skal fylles med «meningsfulle» aktiviteter, som kan relateres til det å skape økt materiell standard.

Det er kanskje litt pretensiøst å si at mennesker som lever med tidsforståelsen hendelsestid, er helt motsatt den lineære tidsforståelsen i forhold til ønsket om materiell rikdom (5.6).

Mennesker som lever i tråd med hendelsestid, er også opptatt av å skaffe penger for seg og sin familie. De har likevel en annen forståelse av hva som regnes som meningsfulle aktiviteter og effektivitet. Det er ikke kun materielle goder som er viktige, menneskene i omgivelsene er tilsvarende viktige. Tid tilbrakt på tilfeldige møter med andre langs vegen, på veg til en avtale, er like viktig som avtalen man er på veg til. En videre refleksjon kan forklare denne verdivurderingen av individer på flere måter. Mennesket i seg selv er verdifullt som et individ, og man har et nært forhold til medlemmene i storfamilien (4.1) der de eldste yter stor respekt. Hver person er en del av samfunnet som individet er avhengig av for å oppnå rikdom og god materiell standard. Mange mennesker lever i kollektive samfunn der storfamilien, eller klanen, er avhengig av hverandre for å klare å skaffe nødvendige varer og tjenester.

Menneskene man bruker tid på og skaper et godt forhold til, kan i neste omgang være den som bidrar til anskaffelse av en nødvendig vare. Det å være effektiv er med andre ord ikke å utføre fysisk arbeid, det er å skape relasjoner med de rette personene.

8.4 Oppsummering

Både helsearbeideren og pasienten tar sin egen kulturbakgrunn relatert til behandling og sykdom som en selvfølge. Sykepleiere som kjenner til forskjellen mellom egen og andres måter å oppfatte virkeligheten på, vil kunne opptre som et kulturelt kompetent personell. Et forslag til bedre samhandling i spesialisthelsetjenesten kan være å ansette kulturtolker. En

kulturtolk kan øke faglig kompetanse gjennom internundervisning, og være et ledd mellom pasient og personale med kjennskap til begge parters utgangspunkt.

Profesjonell tolk er en forutsetning for god pasientsamhandling og å oppfylle pasienters rett til informasjon. En form for maktutøvelse er å ikke formidle ting, eller ikke forklare ting tilstrekkelig, ved at man bestemmer på vegne av en pasient hva han skal få vite og ikke. Noen ganger formidles beskjeder om diagnoser som er forbundet med stigmatisering, eksempelvis HIV og tuberkulose. Dette krever ekstra varsomhet i forhold til valg av tolk for å unngå at pasienten blir identifisert i eget miljø, hvilket forutsetter at personalet er klar over slike problemstillinger.

Flere sykepleiere er usikre på hvordan de skal gjennomføre tolkesamtaler, i tillegg kan kvaliteten på tolkene være varierende. Kommunikasjon mellom to mennesker er to tredjedeler kroppsspråk. Hvis sykepleieren viser uro eller misnøye vil dette gjenspeiles i samtalen og i neste omgang kunne påvirke pasientens formidling. Tillit er nøkkelord i forhold til god samhandling mellom tolk, pasient og sykepleier ved tolkesamtaler.

Ulike tidsforståelser skaper utfordringer på flere måter i den norske spesialisthelsetjenesten, som i stor grad er opptatt av effektivitet. Det er forventet at pasienter møter opp til fastsatte tidspunkter på poliklinikker og undersøkelser. Ansatte skal fylle arbeidsdagen med aktiviteter som vises igjen i form av antall «behandlede» pasienter. Hvis det ikke kommer pasienter blir tiden ansett som bortkastet og at man er ineffektiv.

I lineær tankegang er tid en resurs som forbindes med penger og effektivitet, «tid er penger» sier personer i vestlige land. Den materielle delen av tilværelsen oppleves som viktig det er fokus på effektivitet, tiden skal fylles med aktiviteter som skaper økt materiell standard. Mennesker som lever i tråd med hendelsestid, har en annen forståelse av meningsfulle aktiviteter og effektivitet. Menneskene i omgivelsene er tilsvarende viktige som materiell velstand, fordi man er avhengig av hverandre for å skaffe nødvendige varer og tjenester.

9 Sammendrag

Denne oppgaven har hatt følgende problemstilling som utgangspunkt: *Hvilke refleksjoner har sykepleiere ved Stavanger Universitetssykehus i forhold til kulturelle aspekter, og sykepleie til muslimske pasienter med afrikansk bakgrunn?* I dette tilfellet har jeg selv skapt noe av den konteksten jeg har undersøkt, ved at jeg har rekruttert informantene mine blant deltakerne på foredrag som jeg selv har holdt. På den ene siden innebar dette en viss risiko for at svarene kunne bli mindre selvstendige og kritiske enn om denne koblingen ikke hadde eksistert. På den annen side har nettopp denne koblingen gitt grunnlag for å stille spørsmål om hvor ulikt sykepleierne har anvendt de praktiske og de teoretiske elementene i foredraget når de ble spurt om disse i intervjuene.

I min undersøkelse har jeg funnet at sykepleierne på poliklinikker er opptatt av kulturelle aspekter som ulik tidsforståelse og konsekvenser i forhold til dette. Pasientene som får oppfølging på en poliklinikk skal i mange tilfeller ha oppfølging over en lang periode, blant annet hvis diagnosen er HIV eller tuberkulose. Sykepleiere som jobber her utvikler derfor en relasjon til pasienten i større grad enn hvis pasienten er innlagt på en sengepost. De reflekterte over tilretteleggingen spesialisthelsetjenesten gjør i møtet med disse pasientene, og mente den var mangelfull i forhold til informasjon. Sykepleierne beskrev konkrete hendelser med mangelfull pasientinformasjon relatert til undersøkelse, men de hadde ingen videre refleksjon i forhold til hvilke konsekvenser dette medfører for pasienten.

Kommunikasjon mellom sykepleier og muslimske pasienter med afrikansk bakgrunn var en utfordring for sykepleiere som jobbet på både poliklinikker og sengeposter. Mange gav uttrykk for at de ønsket å bruke tolk i større grad, men at dette ikke var ukomplisert. Sykepleierne nevnte episoder der tolkens oversettelse opplevdes ukorrekt i forhold til lengden på budskapet som ble formidlet. I tillegg omtalte to av sykepleierne kulturelle utfordringer med tolkens tilknytning til pasienten gjennom klan tilhørighet, og hvordan dette kunne påvirke formidling av temaer som er forbundet med stigmatisering. Temaet kommunikasjon var noe alle sykepleierne i undersøkelsen var opptatt av. De reflekterte over at kommunikasjon er viktig, men ingen hadde forslag til konkrete løsninger.

Sykepleiere som jobber på sengeposter er i hovedsak opptatt av praktiske utfordringer de møter med muslimske pasienter som har afrikansk bakgrunn. Refleksjonene er basert på

utfordringer knyttet til pasientenes familierelasjoner, mat og kommunikasjon. En sykepleier snakket om autonomi, og at pasienten har besøk av personer de ønsker skal få informasjon og ta del i avgjørelser knyttet til behandling. Dette skapte dilemma for sykepleieren som oppfattet kontakten mellom pasienten og besøkende som lite fortrolig. Sykepleieren reflekterer over utfordringene, men formidler ingen teoretisk kunnskap om bakgrunnen for pasientenes valg. Flere av sykepleierne som jobber på sengeposter beskriver utfordringer knyttet til stort antall besøkende hos pasienter som har en kollektiv basert levemåte. De reflekterer over at dette medfører både goder og bakdelene. Godene er knyttet til psykososial støtte for pasienten og avlastning for sykepleierne. Bakdelene er relatert til overforbruk av smittevernutstyr, kommunikasjonsutfordringer og støy for medpasienter.

Sykepleierne som deltok i undersøkelsen hadde i stor grad evne til å reflektere over kompleksiteten ved det biomedisinske systemet. De viste forståelse for at muslimske pasienter med afrikansk bakgrunn kan oppleve det vanskelig å finne ut av dette systemet. I løpet av undersøkelsen var det ingen sykepleiere som reflekterte over utfordringene det innebærer for pasienten å ha ulik forklaringsmodell knyttet til helse og sykdom. Som følge av sykepleiernes besvarelser er det nødvendig å dele pasientgruppen som er omtalt i problemstillingen i to; den muslimske- og den afrikanske pasientgruppen. Muslimske pasienter omtales hyppig i intervjubesvarelsene, men i forhold til denne pasientgruppen reflekterer sykepleierne kun over praktiske utfordringer. De er opptatt av kollektivistisk levemåte i forhold til stort antall besøkende til pasienter, autonomi og halal-mat. Sykepleierne har ingen refleksjoner i forhold til hvordan pasientene tenker om helse- og sykdom. Dette tolker jeg dithen at sykepleierne mangler kunnskaper, og dermed ikke har forutsetninger for å reflektere over temaet. Når det gjelder den afrikanske pasientgruppens sykdomsforståelse, hadde sykepleierne større mulighet for refleksjon. Afrikanske pasienters forståelsesmodell ble omtalt i foredraget i tillegg kan det synes som at flere av sykepleierne har tilegnet seg mer kunnskap om emnet i etterkant. Sykepleiere med praksiserfaring fra Afrika viser seg i ha god kjennskap til at det finnes ulike medisinske praksiser. De reflekterte også over at pasientene mest sannsynlig ikke ville formidle til sykepleierne at de hadde ulik oppfatning av forståelsesmodellen knyttet til helse. Selv om jeg bare har intervjuet seks sykepleiere, er det noen interessante forskjeller mellom dem. Det er forskjeller mellom dem som har praksiserfaring fra Afrika og dem som ikke har det. Det er også forskjeller mellom dem som har erfaring fra poliklinikk og dem som har

erfaring fra sengepost. Jeg kan selvsagt ikke trekke representative konklusjoner på dette grunnlaget. Det må likevel være lov å anta at sykepleiernes refleksjoner er preget av de interkulturelle erfaringer de bringer med seg inn i profesjonsutøvelsen, så vel som konteksten og de rammene som profesjonsutøvelsen skjer innen.

I forhold til begrepet likeverdige helsetjenester blir besvarelsene fra sykepleierne basert på praktiske utfordringer. Sykepleierne var opptatt av rettferdighets og likhetstankegangen som ligger i begrepet, at man ikke skal forskjellsbehandle noen. Nettopp denne mangelen på forskjellsbehandling kan forårsake at muslimske pasienter med afrikansk bakgrunn får dårligere behandling i helsevesenet. Helsedirektoratet (2009, s. 11) sier følgende i denne forbindelse: *Dersom alle skal behandles likt, kan det føre til at noen systematisk får et dårligere tilbud og redusert utbytte av tjenestene. Målet er derfor ikke å tilby like tjenester, men likeverdige tjenester som tar hensyn til at borgerne har ulike forutsetninger og behov.* Utfordringene til helsevesenet gjelder både den enkelte sykepleier med tanke på kunnskaper og holdninger, men også at helsevesenet må utfordres på systemnivå til å gi rom for å utvikle likeverdig helsetjeneste. Ikke minst gjennom å inkludere en sterkere vektlegging av ulike kulturelle forståelser og forklaringsmodeller når det gjelder helse, sykdom og behandling.

Litteraturliste

- Aavitsland P. (2014) *Ebola og de andre sykdommene*. Hentet fra: <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Ebola-og-de-andre-sykdommene-7667038.html> Lest: 27.11.14
- Almås H. (2001) *Klinisk sykepleie, bind 2*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Athar S. (red.) (1993) *Islamic perspectives in medicine*. Indianapolis IN: American Trust Publications
- Bregård I. M. og Hjelde K.H. (2013) *Veiviser for undervisning av helsepersonell i migrasjon og helse*. (NAKMI Rapport 3/2013). Oslo, NAKMI. Hentet fra: http://www.nakmi.no/Images/assets/63794%20ny_t-share%20veiviser%20redigert%2011%2012%2013.pdf. Lest: 02.11.13
- Brenna L.R. (2007) *Marasim*. Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Bøhn H. og Dypedahl M. (2009) *Veien til interkulturell kompetanse*. Bergen, fagbokforlaget.
- Dahl Ø. (2013) *Møter mellom mennesker – Innføring i interkulturell kommunikasjon*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Dahl Ø., Jensen I. og Nynäs P. (red.) (2006) *Bridges og understanding – Perspectives on intercultural communications*. Oslo, Unipub forlag.
- Dalland O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009) Hentet fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Redelighet-og-kollegialitet/Habilitet/>. Lest: 29.10.14
- Drønen T.S., Fretheim K. og Skjortnes M. (red.) (2011) *Forståelsens gylne øyeblikk – Festskrift til Øyvind Dahl*. Trondheim, Tapir Akademisk Forlag.
- Engebrigtsen A.I. og Fuglerud Ø. (2009) *Kultur og generasjon – tilpasningsprosesser blant somaliere og Tamiler i Norge*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Evans-Pritchard E.E. (1976) *The notion of witchcraft explains unfortunate events* (chapter 2) in: Good B.J., Fischer M.M.J., Willen S.S. og DelVecchio Good M.J. (2010) *A Reader in Medical Anthropology – Theoretical Trajectories, Emergent Realities* (red.) United Kingdom West Sussex, Wiley-Blackwell.

- Fangen K. (2008) *Identitet og praksis – etnisitet, klasse og kjønn blant somaliere i Norge*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Fangen K. (2011) *HIV-holdninger som på 1980-tallet*. Hentet fra: <http://www.nrk.no/norge/--hiv-holdninger-som-pa-1980-tallet-1.7845264> Lest: 15.11.14
- FN-sambandet (2013) *Hvem er de fattige og hvor bor de?* Hentet Fra: <http://www.fn.no/Tema/Fattigdom/Fattigdom-og-ulikhet/Hvem-er-de-fattige-og-hvor-bor-de> Lest: 15.11.14
- Folkehelseinstituttet (2014) *Fakta om ebola (ebolavirus sykdom)*. Hentet fra: <http://www.fhi.no/tema/ebola/fakta-om-ebola> Lest: 13.11.14
- Folkehelseinstituttet (2014) *Tuberkuloseveilederen (kapittel 9.2.1)*. Hentet fra: <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/tuberkuloseveilederen>
- Hanssen I. (2005) *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2009) *Migrasjon og Helse – Utfordringer og utviklingstrekk*. Oslo: Helsedirektoratet v/helsedirektør Bjørn-Inge Lasen.
- Helse- og Omsorgsdepartementet og Barne,- Likestillings,- og Inkluderingsdepartementet (2013) *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Hentet fra: http://www.regjeringen.no/pages/38431748/Likeverdige_tjenester.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014) *Statsbudsjettet 2015*. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/statsbudsjettet/Statsbudsjettet-2015.html?id=768703>. Lest: 03.12.14
- Holme I.M. og Solvang, B.K. (1996) *Metodevalg og Metodebruk*. Kristiansand, Tano Aschehoug.
- Hugaas J.V., Hummelvoll J.K. og Solli H.M. (2004) *Helse og helhet. Ethiske og tverrfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis*. Oslo, Unipub.
- Hylland Eriksen T. H. (2008) *Globalisering – åtte nøkkelbegreper*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Ingstad B. (2007) *Medisinsk Antropologi – en innføring*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Jakobsen R. (2006) *Klar for fremtiden? – om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

- Johannessen K.I., Molven O. og Roalkvam S. (2007) *Godt rett rettferdig – etikk for sykepleiere*. Oslo, Akribe.
- Joralemon D. (2009) *Exploring medical antropology*. Needham Heights MA: Allyn and Bacon.
- Khader N. (2002) *Ære og skam – Det muslimske familie- og livsmønster i Mellemøsten og i Danmark*. Danmark København, Borgens forlag
- Kirkevold M. (1998) *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Kleinman A.M. (1973) *Medicine's Symbolic Reality - On a Central Problem in the Philosophy of Medicine* (chapter 9) in: Good B.J., Fischer M.M.J., Willen S.S. og DelVecchio Good M.J. (2010) *A Reader in Medical Anthropology – Theoretical Trajectories, Emergent Realities* (red.) United Kingdom West Sussex, Wiley-Blackwell.
- Krilic E. (2011) *Trenger man en kulturkonsulent?* Hentet fra: <http://www.stolav.no/no/Aktuelt/Nyheter/Blogg/Trenger-man-en-kulturkonsulent/107988/>. Lest: 02.11.13
- Kristoffersen N.J. (red.) (1995) *Generell Sykepleie 2 – Pasient og sykepleiesamhandling, opplevelse og identitet*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Kvale S. og Brinkmann S. (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Lian O.S. (2007) *Når helse blir en vare – medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand, Høyskoleforlaget.
- Magelssen R. (2005) *Kultursensitivitet – Om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo, Akribe.
- Magelssen R. (2012) *Hva lærer fremtidige sykepleiere om migrasjon og helse? En kartlegging av bachelorstudiet i sykepleie i Helse Sør-Øst*. (NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse 1/2012). Oslo, NAKMI. Hentet fra: <http://www.nakmi.no/Details.asp?article=NAKMI-rapporter&aid=149> Lest: 02.11.13
- Mbiti J.S. (1989) *African religions and philosophy*. Oxford, Heinemann Educational Publishers.
- NAKMI (2003) *Nasjonalt kompetanseenhet for minoritetshelse*. Hentet fra: www.nakmi.no

- NOU 2005:3 (2005) *Fra stykkevis til helt*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03/5.html?id=152612>. Lest: 01.12.14
- NSD (2014) *Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste*. Hentet fra: <http://www.nsd.uib.no/>
- Opsal J. (2005) *Islam - lydighetens vei*. Oslo, universitetsforlaget.
- Oslo Universitetssykehus. *Strategi for likeverdige helsetjenester og mangfold 2011 – 2015*. Hentet fra: http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/M%C3%A51%20og%20strategier/Strategi_likeverdig_styrebehandlet.pdf Lest 26.10.13. Oslo Universitetssykehus, 2011.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (kapittel 3-5. og 3-6.) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven (2000) *Lov om behandling av personopplysninger*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Scholte J. A. (2005) *Globalization – a critical introduction*. Great Britain Hampshire, Palgrave Macmillian.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (Kapittel 1-1. punkt 3.) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk Sentralbyrå (2013) *Innvandrerens bosettingsmønster, Innvandrere i bygd og by*. Hentet fra: <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-i-bygd-og-by>. Lest: 01.12.14
- Statistisk Sentralbyrå (2013) *Personer med flyktning bakgrunn, 1. januar 2013*. Hentet fra: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/flyktninger/aar/2013-09-04> Lest: 23.11.14
- Statistisk Sentralbyrå (2014) *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2014*. Hentet fra: <http://ssb.no/innvbef/> Lest: 12.11.14
- UNCHR (Unitet Nations High Commissioner for Refugees) (2014) *Hva er en flyktning?* Hentet fra: <http://www.fn.no/Tema/Flyktninger/Hva-er-en-flyktning> Lest: 27.11.14

- Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (2014) *Temanotat: Somalia: behandlingmuligheter og medikamenter*. Hentet fra:
http://www.landinfo.no/asset/2937/1/2937_1.pdf Lest: 01.11.14
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) 2006 ved ICN – International Council of Nurses, 3, Place Jean-Marteau, CH – 1201 Geneva (Switzerland).

Vedlegg 1

Intervjuguide før foredrag:

- 1) Hvilke utfordringer møter du i ditt arbeid med ikke-vestlige pasienter?
- 2) Hva er spesialisthelsetjenesten flinke til i møtet med ikke-vestlige pasienter?
- 3) Hvordan tenker du at spesialisthelsetjenesten i Norge kan forbedre sitt samarbeid med pasienter som kommer fra ikke-vestlige land?
- 4) Hva forbinder du med disse temaene?
 - a) Ikke-vestlig pasient
 - b) Familiebasert og individbasert samfunnsstruktur
 - c) Ulik tidsforståelse
 - d) Ulike medisinske systemer

Vedlegg 2

Dybdeintervju etter foredrag

1. Har du de samme utfordringer i dag som sist gang vi snakket sammen, i forhold til ikke-vestlige pasienter?
2. Hva forbinder du med disse temaene etter at du hørte foredraget mitt?
 - a) Ikke-vestlig pasient
 - b) Familiebasert og individbasert samfunnsstruktur
 - c) Ulik tidsforståelse
 - d) Ulike medisinske systemer
3. Hvordan tolker du begrepet likeverdige helsetjenester?
4. Hvorfor tenker du det er viktig at en norsk helsearbeider kjenner til ulike perspektiver på sykdom og helse når de møter en ikke-vestlig pasient?
5. Hva har ulik tidsforståelse å si for flerkulturelle pasienters samhandlingen med den norske spesialisthelsetjenesten?
6. Hvordan kan den familiebaserte samfunnsstrukturen påvirke samhandling med flerkulturelle pasienter?
7. Hva er bra og hva er forbedringsområder når spesialisthelsetjenesten møter pasienter som kommer fra ikke-vestlige land?
8. Har du et eksempel på et konkret møte med en ikke-vestlig pasient som har gjort stort inntrykk på deg? Hvorfor har dette møtet gjort inntrykk på deg? (Obs taushetsplikt).

Vedlegg 3

Forespørsel om å delta på intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent på Misjonshøgskolen i Stavanger, på et studie som heter «erfaringsbasert master i interkulturelt arbeid». Temaet for oppgaven er *hvordan tilrettelegge for flerkulturelle pasienter i norsk helsevesen*. Jeg skal undersøke hvilke kunnskaper en norsk helsearbeider trenger for å kunne gi likeverdige helsetjenester til gruppen ikke-vestlige pasienter. For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 8-12 helsearbeidere som jobber med den aktuelle pasientgruppen. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Det vil være et personlig intervju som kommer til å ta omtrent en halv time, og vi blir enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har muligheten til å trekke deg når som helst så lenge prosjektet pågår uten å måtte begrunne dette nærmere. Det vil ikke ha noen konsekvens for deg å velge og ikke delta i undersøkelsen. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli makulert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. I den ferdige oppgaven skal datamaterialet anonymiseres så langt det lar seg gjøre. Opplysningene anonymiseres i den ferdige oppgaven og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen desember 2014. Du vil få anledning til å lese igjennom avsnittene der du omtales, og godkjenne disse før de publiseres i oppgaven.

Dersom du ønsker å være med på intervjuet, er det fint hvis du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen. Hvis det er noe du lurer på kan du kontakte meg privat eller kontakte veileder Tomas Drønen på Misjonshøgskolen i Stavanger på telefon 51516210.

Denne studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen Elisabeth Follesøy Solås

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studie, og jeg ønsker å stille til intervju

.....