

¿Porque a mi señorita?

En studie om latinamerikanske mennesker og deres erfaring i
møte med det norske helsevesenet



Patricia Palomino Rostad

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

UNIVERSITETET I OSLO

30. juni 2009



UNIVERSITETET I OSLO
 DET MEDISINSKE FAKULTETET
 Institutt for sykepleievitenskap og
 helsefag
 Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Patricia Palomino Rostad	Dato: 19/06/2009
Tittel og undertittel: ¿ Porque a mi señorita? – En studie om latinamerikanske mennesker og deres erfaring i møte med Det Norske Helsevesen	
<p><u>Sammendrag:</u></p> <p>Studiens hensikt: Hensikten med denne studien er å undersøke latinamerikanske menneskers erfaringer i møte med Det Norske Helsevesenet. Hvordan har de erfart å være pasient, hvordan var kontakten med sykepleieren og legen, hvilke forventninger hadde de til Det Norske Helsevesenet.</p> <p>Teoretisk forankring: Studien har sin teoretiske forankring i begrepet kultursensitiv kommunikasjon, kultursensitivitet og helsearbeideres møte med innvandrerpasienter, med vekt på latinamerikanske pasienter.</p> <p>Metode: Det ble brukt et eksplorativt design med kvalitativ forskningsintervju av ni latinamerikanske kvinner, og fortolkende metode for å analysere data.</p> <p>Resultater: Studiens resultater tyder på at respondentenes erfaring med helsevesenet har vært både positiv og negativ. Det respondentene forteller av erfaringer i sin kontakt med legen, er legens flittige bruk av den <i>blå boka</i> (Norsk legemiddelhåndbok) og legens manglende interesse til dem som pasienter. Respondentenes erfaringer med sykepleieren synes stort sett å være positive, respondentene var fornøyd med sykepleieren som omsorgsperson. Det er viktig å poengtere her at respondentene var usikker på om disse erfaringer gjaldt sykepleiere eller hjelpepleiere. De negative erfaringer med sykepleieren gjaldt først og fremst ifm sykehusinnleggelse. Respondentene hadde en tendens til å sammenlikne tidligere erfaringer med lege og helsevesen fra eget land; med de erfaringer de har fått i Norge.</p> <p>Konklusjon: Faktorer som legens bruk av den <i>blå boka</i> og legens manglende interesse for respondentene som pasienter synes å påvirke, på en negativ måte, pasient – lege kommunikasjon. Legens bruk av den <i>blå boka</i> vekker usikkerhet om legens medisinske kunnskap, dette reduserer sannsynligheten for at det utvikler seg et tillitsforhold mellom pasienten og legen. En mulig begrunnelse for denne opplevelsen, er respondentenes tidligere erfaringer med legen i eget land, hvor forventningene til kontakten med legen er basert på en myk paternalistisk holdning overfor pasienten. Når det gjelder respondentenes erfaringer med sykepleieren, hadde erfaringene stor sett vært positive. Grunnen kan være at sykepleieren identifiserer seg mer med respondentene, både kulturelt og samfunnsmessig, fordi kulturforskjellene ikke er så store. Utenom dette var respondentene takknemlig for helsetilbudet de har fått i Norge.</p>	
Nøkkelord: Kultursensitiv kommunikasjon, flerkulturell pasient – lege kommunikasjon, kultursensitiv sykepleier, flerkulturell pasient – sykepleier kommunikasjon.	



UNIVERSITETET I OSLO DET
MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og
helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Patricia Palomino Rostad	Date: 19/06/2009
Title and subtitle: ¿Porque a mi señorita? – A study about the latin american patient and his experiences with the universal health care	
<p><u>Abstract:</u></p> <p><i>Purpose of the study:</i> The goal of this study is to see how the latin american patient, living in Norway, has experienced the contact with the nurse and the doctor, and what kind of expectations there is to the universal health care.</p> <p><i>Theoretical basis:</i> This study has a theoretical basis from concepts cultural sensitivity communication and application of cultural sensitivity related to the latin american patient, by health professionals.</p> <p><i>Research method:</i> An explorative design based on nine qualitative research interviews with latin american women. The data was analysed with an interpretation method described by Malterud.</p> <p><i>Findings:</i> The results indicate that the respondents have had positive and negative experiences with the universal health care. The respondents complain that the doctors use the <i>blue book</i> (PDR : Physicians desk reference) excessively and shows modest interest in them as patients. Respondents experienced the nurse most of the time as positive, they were satisfied with the nurse care. It is important to remark that the respondents were unsure if their experiences were with the nurse or the auxiliary nurse.</p> <p><i>Conclusion:</i> Factors like the doctors usage of the <i>blue book</i> (PDR) and the little interest paid to the respondent as a patient, has influenced in the patient – doctor relation in a negativ way. The usage of the <i>blue book</i> gives uncertainty to the respondent regarding the doctor’s medical knowledge, and at the same time reduces patient – doctor relations confidence. An explanation to this lack of confidence is that it can be caused by the patient’s experiences with doctors in their country, where it is expected that the doctor has a soft paternalistic attitude to the patient. The respondent’s experiences with the nurse were mainly positive, the reason can be that it is easier for the nurse to identify her self with the respondent because they seem to have similar cultural and social context. Apart from this, the respondents were thankful with the services they had got from the universal health care.</p>	
Keywords: Culture sensitivity communication, multicultural patient – doctor communication, culture sensitivity nursing, multicultural patient – nurse communication.	

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært, for meg, meget lærerikt på det personlige og det kunnskapsmessige plan. Å jobbe med denne oppgaven har hjulpet meg til å se klarere hvor viktig sykepleierens kulturell kompetanse er, og forstå hvor mye det betyr for den latinamerikanske pasienten å *bli tatt på alvor*, å få *et vennlig smil* og å *bli hørt*. - Det å oppleve at man blir behandlet *av* et menneske, og som det menneske man er selv.

Jeg vil gi en spesiell og hjertelig takk til min veileder professor Eli Haugen Bunch ved Institutt for sykepleievitenskap. Hun har, med sitt store hjerte, støttet meg med enorm menneskelig kunnskap og forståelse om temaet. Jeg vil overrekke en takk til Den katolske kirken og pater Marcelo Gabriel Jofré for å ha hjulpet meg med å skaffe respondenter til studien. En takk til mine medarbeidere i Hjemmebasert omsorg – Vestfossen, som med sin støtte og forståelse i løpet av den siste tiden i arbeidet med oppgaven, har gjort det mulig for meg å bli ferdig.

Til sist vil jeg takke min kjære mann for hans store kjærighet, tålmodighet og tro på meg.

Patricia Palomino Rostad

Innhold

1.0 INNLEDNING	9
1.2 BAKGRUNN.....	10
1.3 OPPGAVENS HENSIKT.....	11
1.4 LITTERATURGJENNOMGANG	11
2.0 DESIGN OG METODE	14
2.1 VALG AV DESIGN OG METODE.....	14
2.2 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJUET	15
2.3 HVA ER SYSTEMATISK TEKSTKONDENSERING?	17
2.4 METODEKRITIKK.....	17
2.6 ETISKE OVERVEIELSER.....	18
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME	20
3.1 KULTURSENSITIVITET	20
3.2 KOMMUNIKASJON.....	22
3.2.1 <i>Kultursensitiv kommunikasjon</i>	23
3.3 TILLIT – TRYGGHET	25
3.4 HELSEARBEIDERS MØTE MED INNVANDRERPASIENTER.....	27
3.5 DEN LATINAMERIKANSKE PASIENTEN	28
4.0 ANALYSE	31
4.1 TRANSKRIBERINGSPROSESSEN I DENNE STUDIEN	32
4.2 TRANSKRIBERINGSVALIDITET	33
4.4 ANALYSEPROSESSEN	34
4.5 VALIDITET	38
5.0 PRESENTASJON AV FUNN	42
5.1.1 <i>“Blir ikke hørt”</i>	42
5.2 ERFARINGER.....	46
5.2.1 <i>Tillit - mistillit</i>	46

6. DISKUSJON.....	51
6.1 KOMMUNIKASJON.....	51
6.1.1 <i>Latinamerikanske kvinners erfaringer i møte med legen</i>	<i>51</i>
6.1.2 <i>Latinamerikanske kvinners erfaringer i møte med sykepleieren.....</i>	<i>61</i>
6.2 ERFARINGER.....	64
6.2.1 <i>Tillit - mistillit.....</i>	<i>64</i>
7. KONKLUSJON.....	72
7.1 ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING.....	73
7.2 STUDIENS VALIDITET OG RELIABILITET.....	74
KILDELISTE.....	78

1.0 Innledning

” Ali (37) ble slått ned i Sofienbergparken i Oslo mandag ettermiddag. Da ambulanspersonellet kom frem til stedet, nektet de å ta med seg mannen, han tisset på seg, ifølge flere vitner. Han ble i stedet tvunget til å ta taxi til legevakten ”

Aftenposten, mandag 06.august 2007

Mange kalte dette for diskriminering, men var det diskriminering, redsel for egen utilstrekkelighet eller mangel på kulturell kompetanse? Generelt kan man si at redsel og utilstrekkelighet kan føre til lite toleranse for det som er annerledes. I dette tilfelle var det helsearbeidere som ikke gjorde jobben sin, som blant annet er å hjelpe et skadet menneske. Forskeren tror at så lenge det ikke finnes kunnskap, vil det ikke finnes toleranse. Ali – saken kan sees som et tegn på helsevesenets mangel på kunnskap og toleranse.

I løpet av de siste ti år har Norge blitt et flerkulturelt land. Dette har medført at departementale utredninger og stortingsmeldinger har skjerpede krav om at helsearbeidere skal ha kompetanse innenfor kulturell omsorg for å kunne gi pasientene det de trenger og har krav på, uavhengig av alder, kjønn, kultur og religiøs tilhørighet (Claus, 2004).

I St.prp. nr.1 (2006 -2007) om Helse og omsorgspolitikken blir brukeren satt i sentrum. Brukermedvirkning har bidratt til at pasienten har fått større styrking av sine rettigheter. Pasienten skal oppleve at tjenestene er tilpasset sitt behov for pleie og omsorg. Med dette har helsetjenesten fått større ansvar for å gi et tilbud av god kvalitet. Helsetjenesten har som et av flere mål; å gi trygghet for at pasientens grunnleggende behov blir dekket. Dette inkluderer alle mennesker, uavhengig av egen økonomi, alder, kjønn og etnisk bakgrunn (St.prp. nr.1; pkt 1.1).

Regjeringen har som mål at helsetjenesten skal være likeverdig fordelt blant brukere. En likeverdig helsetjeneste krever god kommunikasjon med pasienten/brukeren og pårørende. Med å ha dette som mål ser regjeringen at behov for kulturell kompetanse blant sykepleiere snart blir en nødvendighet, dersom sykepleieren skal være i stand til å møte pasienten og hans/hennes behov på en tilfredsstillende måte (Claus, 2004).

Helsetilstanden og en hyppighet av økende livsstilsykdommer (diabetes type 2, hjerteinfarkt og smerter i skjelettsystemet) blant innvandrere, har fått regjeringen til å sette dette i et skarpere søkelys (St.meld. nr.16: pkt 2.3.3). Om vi ser på smerter, vet vi at det er et kjent problemstilling som kan finnes blant innvandrere/flyktninger.

I sykepleie er det fremdeles en lang vei å gå på dette området. Temaet har blitt tatt opp mange ganger, uten at det har vært mulig å komme fram til hva som skal gjøres for heve kompetansen om pasienter fra en annen kulturellbakgrunn. (Claus, 2004) En undersøkelse gjennomført blant sykepleiere i hjemmesykepleie viste at sykepleierne følte at de hadde begrenset kunnskap om eldre innvandreres kultur. De følte seg hjelpeløse og frustrerte, men hadde et stort ønske om å hjelpe og yte god omsorg. Det var ingen tvil om at lærings- og utdanningsbehovet var stor i denne gruppen (Baloyut, 2000).

Overraskende nok har det blitt gjennomført få studier som beskriver innvandreres helsetilstand og deres opplevelse av sykdom (Saadati, 2005). I noen av disse studier presenteres de *ikke-vestlige* innvandrere som én gruppe, selv om det finnes kulturelle og religiøse forskjeller. Et eksempel på det er hvordan begreper som *helse* og *sykdom* blir oppfattet. I noen innvandrergrupper vil oppfattelsen være påvirket av den vestlige medisin, andre av den asiatiske medisin eller unanimedisinen (Eriksen, 1999, s.199).

En stor andel av disse studier har basert seg på undersøkelser gjennomført blant innvandrere fra Asia og Afrika. Bare noen få studier som har blitt gjennomført i Norge, har innvandrere fra Latin Amerika som hovedfokus. Disse studier er hovedsaklig skrevet fra et statsvitenskapelig, psykologisk og sosialantropologisk synspunkt.

1.2 Bakgrunn

Bakgrunn for studien er min egen erfaring som pasient med latinamerikansk bakgrunn. Denne erfaringen har gjort meg nysgjerrig på hvordan andre latinamerikanske mennesker i samme eller liknende situasjon opplever det norske helsevesenet og sin kommunikasjon med lege og sykepleier. Forskeren har fått vite at mange latinamerikanske mennesker foretrekker å reise til sitt eget land for å søke lege. Man kan spørre seg, hva kan hovedgrunnen være til

det? Er det på grunn av kommunikasjonsvansker mellom pasienten og helsepersonellet? Er det på grunn av kulturelle forskjeller? Er det på grunn av pasientens opplevelse av diskriminering fra helsepersonellet sin side? Osv, osv.

1.3 Oppgavens hensikt

Oppgavens hensikt er å analysere latinamerikanske menneskers erfaringer i møte med det norske helsevesenet. Hvordan har latinamerikanere opplevd dette møtet? En av de viktigste punktene er hvordan de har erfart sin kontakt med sykepleieren og legen. Hvordan erfarte de å være pasient, og hvilke forventninger hadde de til det norske helsevesenet.

Med bakgrunn i oppgavens tema skal følgende forskningsspørsmål belyses:

1. *Hvordan erfarer latinamerikanske mennesker sitt møte med det norske helsevesenet?*
2. *Hvordan erfarer latinamerikanske mennesker sin kommunikasjon med legen og sykepleiere?*
3. *Hva synes latinamerikanere er positivt/ mangelfullt i det norske helsevesenet?*

Ved å belyse disse tre spørsmål kan studien være med å kartlegge noen av latinamerikanerens erfaringer og forventninger til helsetjenesten og sykepleieren. Med å kartlegge forventninger, kan studien hjelpe sykepleierne til å øke sin bevissthet om forskjeller/likheter som finnes når man skal pleie og gi omsorg til pasienter med latinamerikansk eller annen kulturell bakgrunn.

1.4 Litteraturgjennomgang

Litteratur om temaet ble søkt blant forsknings -og empiriske studier i databaser Medline, PubMed, CINHALL og Google. Kombinasjonen av søkeordene som ble brukt i studien er: communication and latino patients, attitude and doctor hispanic patient, healthcare and latino patient, culture sensitivity and nursing, culture competence and nursing, paternalisme, medbestemmelse, experiences and latino patients, erfaringer og helsevesen, helsevesen og

Latin-Amerika, helsevesen Norge og kommunikasjon pasient og lege. Det ble funnet mange artikler om temaet, størstedelen av studiene gjelder kommunikasjon innvandrepasient – lege og erfaringer av latinamerikanske pasienter.

En stor del av studiene tar for seg innvandreres erfaring med helsepersonellet og helsevesen, disse har blitt gjennomført i USA. Grunnen til dette er at innvandring til USA har vært stor i de siste ti år. En av gruppene som har hatt størst økning er den latinamerikanske gruppen, og som en konsekvens har økningen ført til en stor utfordring for helsevesenet. En av de største utfordringer har vært pasientens kommunikasjon med legen og det øvrige helsepersonellet.

Fire av studiene som ble funnet fordyper seg i legens kommunikasjon med pasienten (MacLeod M 1998, Dowrick C.F 1997, Zandbelt L.C 2007, Adler K 1977). To studier omhandler pasientens og legens oppfattelse av kommunikasjon (Ruiz – Moral R 2006, Hagihara A & Tarumi K 2006), og tre andre pasientens - legens interaksjon i kommunikasjon, og pasientens mulighet for være med å bestemme sin videre behandling (Maynard D. W & Heritage J 2005, Benbassat J 1998, Ford S 2003).

Av de ni studiene som ble funnet om kommunikasjon mellom legen og pasienten med minoritetsbakgrunn, var det sju studier som fordyper seg i legens vektlegging på rase/etniske forskjeller i sin kommunikasjon med denne pasientgruppe (Howard S.G 2006, Schouten B 2007, Fry R.B 2007, Schouten B 2005, Cooper L.A 2003, Cooper P.L 1999, Johnson R.L 2004) og en interkulturell studie om pasientens – legens kommunikasjon (Waitzkin H. 1996).

Når det gjelder temaet pasientens erfaringer med helsevesenet og legen , ble det valgt åtte studier om dette tema (Maldonado-Weech R. 2004, Tucker C. M 2003, Chen F.M 2005, Lurie N. 2003, Murray-Garcia J.L 2000, Ward L.S 2003, Villarruel A.M 2003, Ashton C.M 2003), deretter var det to studier om innvandrepasientenes grad av tilfredshet med helsepersonellet og helsevesen (Morales L.S 1999, Barr D.A 2002), to studier om viktighet og fordeler når legen og pasienten har samme kulturelle bakgrunn (Saha S. 1999, Stepanikova I. 2006) og tre studier om betydning av hvordan kulturelle forskjeller kan påvirke i valg av pasientens behandling (Ruiz P. 1985, Johnson R.L 2004, Flores G. 1998).

Kulturell kompetanse er et sentralt begrep i denne studien, det var ikke vanskelig å finne studier som fordypet seg i betydningen av dette begrepet i sammenheng med pasient – lege kommunikasjon. Derfor ble det først og fremst valgt studier som hadde som hovedtema latinamerikanske pasienter og helsepersonellens kulturelle kompetanse. Det ble valgt ni studier som omhandler sykepleierens kulturelle kompetanse (Breier-Mackie S. 2007, Bau I. 2007, Zoucha R. & Broome B. 2008, Crist J.D 2007, Kleiman S. 2006, Portillo C.J 2001, Majumdar B. 2003, Lee C.A 2006, Zust B.L & Moline K 2003), to studier om kulturell kompetanse blant øvrig helsepersonellet (Reimann J.O.F 2004, Caudle P. 1993) og to studier om kultursensitivitet og kommunikasjon (Machado G.A 2001, Markova T. 2007, Pedersen G 2006).

Det ble funnet elleve studier om hvordan pasientens kulturelle barriere kan være med å påvirke kontakten med helsevesenet (Fishman B.M 1993, Facione N.C 2007, Gonzales-Swafford M.J 1983, Easom L.R 2006, Eisenman D.P 2003, Sarfaty M. 2005, Larson E.L 2006, Morales L.S 2002) og to studier om paternalisme versus autonomi. I den ene av studiene blir det vist til en undersøkelse gjennomført i USA, blant amerikanere. Den viste at 62 % av respondentene ønsket å dele sitt ansvar om behandling med legen, 28 % ønsket mer informasjon og 9 % ønsket en paternalistisk holdning fra legen. Videre vises til at kulturen spiller også en stor rolle i denne sammenhengen, fordi afroamerikanere, latinamerikanere og japanere ofte foretrekker at familien og legen tar den siste beslutningen. Studien konkluderer med at legene burde bli flinkere til å tilby pasientene muligheten til å delta når pasientens videre behandling skal bestemmes. I de tilfeller pasienten er den som ønsker å ta den siste avgjørelsen, er det viktig at legen tilbyr sin støtte fordi denne opplevelsen ellers kan bidra til at pasienten senere får negative psykososiale reaksjoner. (Rodriguez-Osorio C.A 2008, Rosner F. 2004).

2.0 Design og metode

I dette kapittel blir det forklart hvilket intervjudesign og analysemetode som har blitt valgt, og det vil redegjøres bakgrunn for dette valget. Det vil også finnes fram til fordeler og ulemper, med bakgrunn i bruk av Malteruds *kvalitativ analyse*.

2.1 Valg av design og metode

Siden hensikten med denne studien er å finne fram til den latinamerikanske pasientens erfaringer med helsepersonellet og helsevesenet, valgte forskeren den kvalitative metode som design. Forskeren ville bruke *kvalitativt forskningsintervju* i første omgang og *systematisk tekstkondensering* som analysemetode.

Polit & Beck (2004) sier at kvalitativ analysemetode er meget utfordrende. Først fordi det finnes uklare regler for analyse og presentasjon av de kvalitative data. Fravær av en standard prosedyre i den kvalitative analyse gjør det vanskelig å forklare hvordan analysen skal gjennomføres, presentere funnene på en måte slik at dens validitet er synlig, og til sist hvordan reprodusere nye studier (s.570).

Den andre utfordringen er at kvalitativ analyse krever mye arbeid. Det er en stor mengde data som må leses om og om igjen. Det sies at kvalitative forskere har det vanskeligere enn de kvantitative forskere, fordi de kan komme i vansker når de skal finne balansen mellom å bli konkrete, og samtidig miste flerfoldighet og pålitelighet fra data (Polit & Beck, 2004,s.571, Malterud, 2006, s.44).

Tolkning er en viktig aktivitet i den kvalitative forskningsprosessen hvor hensikten er at forskeren skal lese materialet for å prøve å se mønstre. Antall mønstre forskeren finner er avhengig av hvilke mønstre forskeren klarer å identifisere. Tolkning er en sentral del av den kvalitative forskningsprosessen hvor det viktigste redskapet for tolkning er forskeren selv. Det er derfor viktig i den kvalitative forskningsprosessen, at forskeren spesielt legger vekt på betydningen av sin forforståelse og den referanseramme som er valgt. Grunnen er at det

er i samspillet mellom disse elementene at den nye kunnskapen kommer fram fra de empiriske data. (Malterud, 2006, s.46)

Malterud (2006) sier at det derfor er viktig at forskeren er kritisk til gyldigheten av de data som har blitt hentet. Data som er hentet kan bli påvirket av forskerens egenskaper og interesser og dette kan gjøre at data endrer form og karakter, og det er forskeren som kan sette preg på materialet. Det er under intervjuet at forskeren er i størst fare for å påvirke dataresultatet. Derfor er det viktig at forskeren reflekterer over hva som skjer med teksten underveis. Hun ser dette som en forutsetning som kan være med å avgjøre gyldighet og pålitelighet av datamaterialet (s.74).

2.2 Det kvalitative forskningsintervjuet

Kvalitativ forskningsintervju er en konversasjon mellom to ikke – likeverdige deltakere, forskeren og respondenten. Intervjuet blir definert og styrt av forskeren som har som mål å innhente informasjon av respondentens livsverden. En av kjennetegnene på et kvalitativ forskningsintervju er at samtalen ikke foregår på en standardisert måte. Dette muliggjør at respondenten får en stor grad av fleksibilitet i hvordan han eller hun vil svare på de åpne spørsmål som forskeren stiller. Forskeren for sin del, med en ikke standardisert framgangsmåte, kan få innsikt i områder en standardisert eller strukturert intervju ikke ville fange opp. Dette er spesielt viktig i forskningsområder der det ikke finnes så mye kunnskap fra før ((Kvale, 2006, s.21, Lund & Haugen, 2006, s160).

Kvalitativt forskningsintervju blir vanligvis gjennomført med hjelp av en *intervjuguide*. En intervjuguide består av spørsmål som forskeren stiller til respondenten. Det er en gitt problemstilling som er grunnlag for spørsmålene. Vanligvis vil forskningsspørsmålene være representert med mange spørsmål i guiden. Lund og Haugen (2006) sier at for få et mest realistisk svar på studiens problemstilling, er det viktig at spørsmålene i intervjuguiden er i samsvar med forskningsspørsmålene (s.160).

Denne studien hadde som mål å finne fram til latinamerikanske menneskers erfaringer med helsevesenet og helsepersonellet. Da det skulle bestemmes hvilket utvalg som skulle

intervjues, ble det valgt kvinner, i samråd med veilederen. Hovedgrunnen for dette er; generelt i Latin Amerika er kvinner mer åpen enn menn når man skal snakke om personlige ting, i dette tilfelle erfaringer eller opplevelser med helsevesen.. Dette er et tema som fra tidligere av ikke har blitt forsket så mye på her i Norge. Med grunnlag i problemstillingen valgte forskeren å bruke *kvalitativ forskningsintervju*. Det ble intervjuet ni kvinner til sammen. De har vært i Norge fra seks til tretti år. Utdannelsesnivå varierte fra skoleelev til høgskoleutdanning. Syv av dem hadde kommet til Norge som flyktninger og deres tidligere erfaring med myndigheten i sitt land gjorde at de var skeptiske til å bli intervjuet.

Av nevnte grunn ble intervjuet utfordrende i seg selv. Fra før hadde forskeren valgt å bruke en *halvstrukturert intervjuguide*. Respondentene fikk mulighet til å velge å bli intervjuet på spansk eller norsk. Alle ni valgte å bli intervjuet på eget morsmål, spansk. Bakgrunn for dette er at noen av de fremdeles hadde problemer med å uttrykke seg på norsk, samtidig som det var mest naturlig for de å bruke sitt eget språk når de skulle snakke om private ting.

Intervjuguiden hadde syv spørsmål som hadde blitt utarbeidet med grunnlag i forskningsspørsmålene. På grunn av respondentenes tidligere erfaringer hendte det at forskeren måtte stille spørsmål utenom intervjuguiden når forskeren ville få respondenten til å gi et mer utdypende svar på enkelte spørsmål. Den fleksibiliteten som intervjuguiden ga forskeren, ble i enkelte tilfeller brukt til det maksimale.

Intervjuguiden vært halvstrukturert., det vil si at intervjuguiden er verken helt åpen eller helt standardisert. Lund og Haugen (2006) sier at halvstrukturerte intervjuguider gir mer fleksibilitet i en intervjusituasjon. I dette tilfelle var det nødvendig om forskeren skulle få respondentene til å fortelle litt mer om sine erfaringer med helsevesenet (s.162).

Polit & Beck (2004) sier at når man utarbeider en halvstrukturert intervjuguide må man passe på at den er logisk organisert, nærmest kronologisk. I enkelte tilfeller er det fint at forskeren har tilleggsspørsmål som kan brukes når forskeren ønsker mer informasjon om en bestemt situasjon (s.342).

2.3 Hva er systematisk tekstkondensering?

Malteruds systematisk tekstkondensering er en analysemetode som er inspirert av Georgi og modifisert av henne. Selve analysemetoden har fellestrekk med prosedyren som blir beskrevet i *grounded theory*. Forskjellen er at systematisk tekstkondensering ikke krever at forskeren må ha omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi (Malterud, 2003, s.99).

Malterud (2003) sier at fordelen med denne analysemetoden er at den ikke krever noe omfattende teoretisk skoloring for å kunne gjennomføres på en riktig måte. Reflektivitet og systematikk er viktige forutsetninger for at denne analysemetoden kan levere vitenskapelig kunnskap. Det samme gjelder bevissthet om den teoretiske referanserammens betydning som er avgjørende for å vise til en forsvarlig tolkning av resultatene (s.96).

Systematisk tekstkondensering er den analysemetode som ligger nærmest *editing analysis style*. Editing analysis style består i at forskeren identifiserer enheter som danner grunnlag for databaserte kategorier. Disse kategorier skal brukes til å reorganisere teksten slik at meningsinnholdet kommer tydelig fram. Denne analyseformen er en strukturert form for analyse som egner seg godt for utvikling av begreper (Malterud, 2003, s.97).

2.4 Metodekritikk

Malteruds systematisk tekstkondensering er en systematisk, tidkrevende og oversiktlig analysemetode. I starten av arbeidet med analysen av data hadde forskeren noen vansker med å forstå hva som skulle gjøres, dette til tross for at metoden er beskrevet på en systematisk måte. Denne opplevelsen forsvant etter hvert som forskeren ble bedre kjent med metoden. I forbindelse med denne fasen av analysen ble det brukt mye tid til å systematisere data, slik at det kunne tilfredsstillende de kravene denne analysemetode har.

Selve analysemetoden er oversiktlig og godt forklart, og i enkelte tilfeller kan man oppleve den som *for* detaljert. På bakgrunn av dette valgte forskeren å endre noen av fasene i prosessen. I Malteruds (2006) analysemetode velger hun å jobbe med hver enkelt kodegruppe i stedet for å jobbe ut fra de meningsbærende enhetene, slik Georgi anbefaler. I

denne studien opplevde forskeren det mye enklere å jobbe samtidig med de meningsbærende enhetene og kodene da subgruppene skulle defineres.

2.6 Etske overveielser

De etiske problemstillinger som gjorde seg gjeldende i denne studien har sammenheng med forskerens og respondentenes felles kulturelle bakgrunn. Helsinki - deklarasjonen punkt 21 handler om innhenting av frivillig informert samtykke:

Forsøkspersonen har rett til å verne om sin integritet og må alltid respekteres. Alle forholdsregler skal tas for å respektere forsøkspersonens privatliv, behandle pasientopplysninger konfidensielt og redusere til et minimum studiens mulige innvirkning på vedkommendes fysiske og mentale integritet og personlighet.

I dette tilfelle gir den felles kulturelle bakgrunn rom for å tilhøre et begrenset miljø, hvor de fleste kjenner hverandre. Forskerens oppgave ble ikke bare å respektere respondentens identitet, men også sørge for at data som ble hentet inn ble behandlet konfidensielt. Før intervjuet fikk respondenten nødvendig informasjon, både skriftlig og muntlig, om hvordan data skulle håndteres og samles inn. Datatilsynets prosedyrer og regler for håndtering og oppbevaring av data ble fulgt opp. Alle opptak ble slettet etter hvert som forskeren var ferdig med å transkribere disse. Respondentene ble anonymisert under transkriberingsarbeid.

Når det gjelder spørsmål om frivillighet fra respondenten, kan *lojaliteten* fra respondenten sin side ha påvirket egen deltakelse i denne studie, selv om vedkommende ikke ønsket å være med. - Lojalitet på bakgrunn av et felles språk, kultur og tradisjoner som grunnlag, og ønsket å bidra til noe positivt for den andre (forskeren), kan ha medført at respondenten kom i konflikt med seg selv. En slik konflikt ville ha gjort seg mer gjeldende hvis respondentene tilhørte forskerens sosiale nettverk. For å forebygge at en slik konflikt skjedde, avtalte forskeren med Den katolske kirken om å henge opp et informasjonsbrev om studien. I informasjonsbrevet sto det at alle de som var interessert i å delta kunne ta kontakt med presten, han ville formidle navn og telefonnummer til forskeren.

I forbindelse med dette forplikter forskeren seg til å informere om hvilke rettigheter respondenten har, dette gjelder blant annet rett til å trekke seg når som helst. Tranøy (1999) sier at adekvat informasjon skal være kort og enkel. Man skal unngå fremmedord eller faguttrykk. Det er ønskelig med skriftlig informasjon som kan supplere den muntlige, og

mottakeren skal ha tid til lesing og ettertanke før samtykke gis. Troverdige, enkel og kort informasjon er med på å styrke tilliten mellom respondenten og forskeren (Fagermoen, 2003, s.22, Malterud, 2006, s.203, Tranøy, 1999, s.127).

Dette ble tatt hensyn til under utarbeidelsen av informasjonsbrevet som skulle bli levert for intervjuet, at informasjonen ble forklart så enkelt som mulig. Hovedønske var å formidle budskapet på en måte som ikke ville misforstås. Der sto det:

“Det er frivillig å delta i denne studien. For deg vil den ikke gi deg noen kostnader, og du vil heller ikke få noe betaling for å delta. Du er fri til trekke deg ut når som helst. Om du ikke ønsker å delta trenger du ikke å oppgi noen grunn”

Informasjonsbrevet ble lest av respondenten før intervjuet. Forskeren var påpasselig med å få respondentenes samtykke om deltakelse, denne ble gitt muntlig. Grunnen til at respondentens samtykke ble gitt muntlig er at; en stor andel latinamerikanere har opplevd diktatur og korrupsjon i sitt land før de kom til Norge. Som følge av dette har disse latinamerikanske mennesker blitt meget forsiktig og skeptisk med hensyn til å skrive under noe form for dokument. Derfor ville et skriftlig samtykke blitt oppfattet som en kontrakt som ikke kunne brytes.

3.0 Teoretisk referanseramme

I dette kapittel ønsker forskeren å belyse sentrale begreper i denne oppgaven. Begreper som kommunikasjon, kultursensitivitet, trygghet – tillit er sentrale i forbindelse med helsearbeideres møte med innvandrerpasienter.

3.1 Kultursensitivitet

“...kanskje jeg satte på bleien feil en dag... jeg visste ikke hvordan jeg skulle gjøre det...barnet ble helt våt...og jeg hadde så sterke smerter at jeg kunne ikke bevege meg ...kunne verken sitte eller bevege meg...kunne ikke flytte barnet på andre siden av meg...kunne ikke stille han...kunne ikke gjøre noe...dette var midt på natta...og jeg ringte...det ringte og det ringte...det ringte mer enn en time...etter det kom de og jeg gråt og gråt...jeg var våt i hele meg, barnet også...bleien ...jeg var helt våt, barnet var kaldt og vått. Begge gråt og gråt ”

Innvandrerkvinne – 35 år

Denne kvinnen hadde ingen tidligere erfaring med nyfødte barn. Det var hennes første fødsel og hun var i en posisjon som gjorde henne svak. Denne erfaringen gjorde at hun følte seg veldig liten og ubetydelig. Hun opplevde situasjonen som vond. Fra tidligere hadde hun vansker med å spørre om hjelp, ville ikke være til bry. Saken ble verre da det tok lang tid før noen kom for å hjelpe henne. Uheldigvis for henne er dette vonde minner som kom fram da hun skal fortelle om sin første fødsel. Men er det slik hun burde oppleve sin første fødsel?

Magelssen (2002) sier at *kultursensitivitet* et sammensatt ord av ”kultur” og ”sensitivitet”. Kultur forstås som de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre som man tilegner seg som medlem i et samfunn. Sensitivitet er den affektive og den kognitive dimensjon, som vil si følelser og fornuft. I kommunikasjon mellom mennesker med andre kulturer, er det vi ser menneskers kulturelle uttrykksformer, og ikke deres kultur. Det vil si at kulturen er det vi *ser med* og ikke det vi *ser*. Det folk gjør (deres kulturelle uttrykksformer) er ikke nødvendigvis lik deres kultur (s.18).

Magelssen (2004) viser til Ramsdens modell hvor kultursensitivitet er første trinn. Det er kultursensitivitet som får oss til å forstå at det eksisterer forskjeller mellom folk, samtidig som det bidrar til likeverdige og respektfulle møter mellom mennesker. Andre trinnet i

modellen er kulturell oppmerksomhet som starter med selvrefleksjon, hvor sykepleieren reflekterer over sine egne livserfaringer og virkelighetsoppfatning, med tanke på hvilken virkning dette kan ha på den andre. Det tredje og siste trinn er selvrefleksjon, som senere vil føre til kulturell trygghet. Det finnes kulturell trygghet når pasienten definerer sykepleieren som trygg. I denne relasjonen vil kultursensitivitet forutsette villighet til gjensidig læring, og læring skjer best i en atmosfære preget av trygghet og respekt (Magelssen: 1/2004).

For Hylland Eriksen (1997) defineres kultur som *det som gjør kommunikasjon mulig*. Det vil si de tankemønstrene, erfaringer, alt som menneskene har til felles og som gjør at vi forstår hverandre. Han er opptatt av hvilket perspektiv som brukes for å definere begrepet, fordi det vil være med å forminske eller forsterke forskjellene. Ved å legge vekt på forskjellene tenderer man til å dikotomisere, det vil si man tenker i en vi – kategori; vi og de andre. I dette tilfelle ville definisjon av kulturbegrepet være med å vanskeliggjøre kommunikasjonen (s. 56).

Kulturbegrepet bør sees i to dimensjoner; både fortid og fremtid, både skjebne og valg for å få et komplett bilde av de kulturelle prosessene. Grunnen er at kultur er i største grad lært, og i mer eller mindre grad overført, samtidig som det forandrer seg. Kultur er nært knyttet til menneskets erfaringer og det er disse erfaringer som gjør oss til de vi er. Det er det som gjør oss til unike individer og samtidig forskjellig, avhengig av hvor vi har vokst opp. Man kan si at vi alle er både kulturelt like og kulturelt forskjellige (Eriksen, 1997,s.57).

Når en møter mennesker fra en annen kultur skjer det at det første man legger merke til er forskjellene. Møtet blir påvirket av partenes kunnskaper, kulturelle verdier og handlingsmønster. Det man uttrykker under dette møtet er våre kulturelle uttrykksformer. Magelssen (2002) sier at det finnes en forveksling mellom kultur og kulturelle uttrykksformer. Kultur kan sees som det man har som bakgrunnskunnskap for å klare seg i et gitt miljø (s.18).

Kulturelle uttrykksformer er det man uttrykker på bakgrunn av det man har lært i oppveksten, hvor kulturen har en viktig rolle. For eksempel: sorgen er noe alle mennesker opplever. Den måte mennesker fra Latin Amerika uttrykker sorgen på, kan bli oppfattet som

overdrevet her i Norge. Rammene og konteksten som hver enkelt menneskes kultur har er med å hjelpe vedkommende til å tolke situasjonen og reagere deretter. På et generelt plan kan man si *at det som er lært er kulturelt, mens alt som er medfødt er naturlig* (Eriksen, 2000, s.33).

3.2 Kommunikasjon

jeg tror at legen var ikke interessert i å høre det jeg hadde å si... Han så helt uinteressert ut, ... fordi... Han sa, hva jobber de med?... jeg tror at han tenkte... hva gjør denne kvinnen her som ikke kan snakke norsk en gang?..

Innvandrerkvinnene – 70 år

Dette var hennes første kontakt med det norske helsevesen. Hun hadde vært i Norge bare noen få måneder og klarte ikke å si så mange ord på norsk. Uheldigvis hadde ikke hennes tolk kommet, så hun prøvde å gjøre det beste ut av situasjonen. Hun prøvde å kommunisere med legen med hjelp av de få ord hun kunne på norsk. Til tross for dette opplevde hun at legen viste med sitt kroppsspråk at han ikke var interessert i å høre det hun hadde å fortelle. Hun opplevde situasjonen som vond og vanskelig. Uheldigvis var denne situasjonen med å påvirke hennes senere kontakt med helsevesen.

Kommunikasjon i sin enkleste form kan defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to parter. Selve begrepet *kommunikasjon* kommer fra det latinske ord *communicare* som betyr *å gjøre noe felles, ha forbindelse med*. Eide og Eide (1996) beskriver kommunikasjon i relasjoner som en prosess med tre grunnleggende elementer; de to personer og de tegnene eller det budskapet som blir utvekslet mellom dem. Modellen som Eide og Eide presenterer er abstrakt og generell, men tydeliggjør at i et kommunikasjonsforhold må det minst være to parter som står i gjensidig påvirknings – og utvekslingsforhold til hverandre (s.18).

Kommunikasjon i relasjoner består gjerne av to hovedtyper: den verbale og den nonverbale kommunikasjon. Med verbal kommunikasjon menes at innholdet er språklig formidlet, det vil si at det blir brukt ord for å formidle budskapet. Dette blir gjort ved hjelp av tale eller skrift. Den nonverbale kommunikasjon innebærer utveksling av signaler med hjelp av kroppsholdning, bevegelser, ansiktsuttrykk, stemmebruk og berøring. I kontakt med andre

mennesker signaliserer vi verbalt og nonverbalt på mange forskjellige nivåer og med ulike styrker. Dette gjør at feiltolkninger, misforståelser og følelsesmessige relasjoner er uunngåelig deler av kommunikasjon (Eide og Eide, 1996, s.19).

Som helsepersonell befinner vi oss i en maktposisjon i vår kommunikasjon med pasienten. Dette kan bidra til at relasjonen kan bli symmetrisk eller asymmetrisk. En symmetrisk relasjon er når partene ser hverandre som likeverdige. I denne type relasjon er kontroll, makt og autoritet jevnt fordelt mellom partene. Asymmetri er det motsatte, i denne type relasjon er det den ene som har makt, kontroll og myndighet over den andre. Denne form for relasjon kan være preget av et forelder – barn – forhold, hvor den ene er sterk og den andre svak, og dette er en opplevelse hvor begge parter på sett og vis deler. Man kan da si at enhver omsorgsrelasjon er asymmetrisk (Eide og Eide, 1996, s.53).

Vår kultur vil påvirke vår forståelse og vår måte å kommunisere på. Man preges av den kultur man vokser i. Dette er en av grunnene til at tverrkulturell kommunikasjon er mer kompleks enn kommunikasjon innen en kulturramme. Jo større avstanden er mellom kulturer og virkelighetsoppfattelsen, jo mindre er overlappingen. Dette medfører at muligheten for gjensidig forståelse kan være liten, samtidig som farer for misforståelser kan øke jo større kommunikasjonskompleksiteten er (Eide og Eide, 1996, s.255).

3.2.1 Kultursensitiv kommunikasjon

Når to mennesker fra to forskjellige kulturer møtes, er det ikke bare to mennesker som møtes, det er to forskjellige *livsverdener* som møtes. En *livsverden* er den konteksten det verbale språket ligger i og som gjør at det vi sier (med bakgrunn i vår kontekst) blir oppfattet på en helt annen måte av den andre (forstår med bakgrunn i den andre sin kontekst). Egentlig trenger man ikke å tilhøre en annen kultur for å ha en annen livsverden. Her kan man trekke både kontekst og språkforskjeller mellom sør og nord Norge. Måten å hilse på kan bli misforstått, avhengig av hvor man kommer fra. For eksempel; mange land i Latin Amerika har som vane å hilse med kyss og klem. Dette er noe som blir gjort, uansett om man kjenner personen fra før eller ikke. Med å gi et kyss og klem bekrefter man at vedkommende er tatt vel i mot. Her i Norge, for noen få år siden, kunne denne måten å hilse på ha blitt forstått, som en invitasjon til noe annet (Eriksen, 2000, s.129).

Samovar & Porter (2001) sier at kultur og kommunikasjon er to begreper som er nært knyttet til hverandre. Det er med bruk av kommunikasjon at kulturen blir overført, vedlikeholdt og lært. De ser kommunikasjonsprosessen som en dynamisk prosess, hvor kommunikasjon er en vedværende forbigående aktivitet. Under kommunikasjon med andre blir man konstant påvirket av det den andre sier og omvendt. Denne påvirkning gjør at selve kommunikasjonsprosessen er i en konstant endring. Kommunikasjon er en forbigående aktivitet fordi det som har blitt sagt verbalt og nonverbalt ikke kan endres eller tas tilbake. Til fordel eller ulempe for partene (s.23).

Det finnes elementer som er med å påvirke selve kommunikasjonsprosessen. Disse elementene vil være en viktig del av en lang interaktiv kommunikasjonsprosess. Som et av elementene har vi den kulturelle konteksten. Eriksen (2000) sier at et hvert samfunn består av mange, ulike kommunikasjonsfelleskap. Dette vil si at det finnes ulike regler på hva som oppfattes som en god tone, relevant informasjon, osv for ulike mennesker og i ulike situasjoner. Derfor: skal man ha mulighet til å forstå en spesiell form for kommunikasjon er det nødvendig å vite noe om den kulturelle konteksten. Det betyr at man må vite om de ytre kulturelle rammer, som definerer det kommunikative felleskap, hvor konteksten også kan inkludere uformelle usagte regler som kan ha med klesdrakten, måte man snakker på og kroppsspråket å gjøre (s.126).

Et annet viktig element i en kommunikasjonsprosess mellom mennesker, vil være situasjonen. Når og hvor kommunikasjonen finner sted vil være med å bestemme hvilket behov som er sentralt for hver av partene. For eksempel; er det en samtale mellom sykepleier og pasient vil pasientens behov prege selve kommunikasjonsprosessen. Tiden vil også påvirke kommunikasjonsprosessen. Samovar & Porter (2001) sier at viktigheten av tiden har blitt undervurdert. I vår kommunikasjon med pasienter med en annen kulturell bakgrunn vil forventningene til hvor lang tid som brukes av helsepersonale i kommunikasjon med pasienten, variere. For eksempel; det er ikke ukjent at latinamerikanere ikke har en sterk bevissthet til tiden. I Latin Amerika blir man enig om et bestemt klokkeslett for et møte, men deltakerne kommer gjerne et kvarter eller en halvtime forsinket. Man bestemmer et klokkeslett, men regner med å begynne en halvtime senere. Dette er noe som kan føre til

misforståelser og problemer i et samfunn som Norge. Et sted hvor det å være punktlig blir sett som en positiv og viktig egenskap (s.26).

I et kultursensitivt møte stilles det krav om gjensidig deltakelse i en prosess der partene åpner seg for å lytte og se likhetene i forskjellene. En prosess hvor det skal vurderes, revurderes, lære og handle. For at en slik prosess skal finne sted må atmosfære og rammene rundt være preget av trygghet og respekt overfor hverandres annerledeshet. Dette er en prosess hvor helsearbeidere som profesjonell part har et spesielt ansvar for å legge til rette for at dette møtet blir opplevd som vellykket for alle parter (Magelssen, 2002, s.20).

3.3 Tillit – Trygghet

Det er så usikkert alt sammen... å gå til legen og at legen spør deg, ... hva er det du tror du har? ...og at legen ser i boka for å lese om de symptomene jeg har ...det kan jeg også gjøre hjemme.

Innvandrerkvinnene – 26 år

Fra tidligere var hun vant til at legen fant ut hva hun feilte uten å spørre henne hva det er hun selv trodde hun hadde. Da hun kom til Norge opplevde hun å bli spurt av legen og dette var noe som overrasket henne. Fordi hun var vant til at det var legen som skulle fortelle henne hva var det hun feilte. Denne situasjonen gjorde henne forvirret og resulterte i at hun mistet tilliten til legens kunnskapsnivå.

For mange er det problematisk å skille begrepene tillit og trygghet. Selv om disse to begreper har veldig mye til felles og henger i det høyeste sammen, betyr ikke de nødvendigvis det samme. Løgstrup (1999) kaller tillit den spontane livsytring som oppstår når mennesker møter hverandre. Han sier at mennesker har en grunnleggende tillit som spontant og ubedt melder seg da mennesker kommer i kontakt med hverandre. For Løgstrup er denne tilliten medfødt, den hører menneskelivet til. Ved å vise tillit til den andre, utleverer man seg og viser sin sårbarhet til den andre. Når man utleverer seg til den andre legger man sitt liv i den andres hender. For at tilliten skal forsvinne må dårlige erfaringer eller erfaringer som gjør det vanskelig til. Men hva skjer når tilliten blir misbrukt? Løgstrup (1999) sier at misbruk av tilliten skjer når tilliten brukes mot den som har vist den. For Løgstrup er det ille

i seg selv, men verst er det at den andre ikke har tatt i mot den. Dette betyr at den andre må ha avvist den kaldt (s.30).

I en omsorgsrelasjon vil tilliten være det første som står i fare mellom partene. Hvordan sykepleieren tar i mot tilliten vil være med å bestemme pasientens opplevelse av trygghet. Grunnen er at når pasienten viser tillit, gir pasienten samtidig noe av seg selv. Pasienten utleverer seg og gir til sykepleieren et ansvar, ansvar for å vise om pasienten tilliten verd. Henriksen og Aarflot (2002) sier at tilliten er et element som sykepleieren ikke kan ignorere fordi det kan være med å sette forholdet mellom pasient – sykepleier på spill, og at tilliten er et grunnleggende element for tryggheten (s.160).

Trygghet er neste skritt etter tilliten. Trygghet, til forskjell fra tillit, er knyttet til opplevelse av å føle seg ivaretatt. I en omsorgssituasjon kan pasienten være utrygg i møte med sykepleieren, og det betyr ikke nødvendigvis at pasienten er utrygg på sykepleieren, pasienten kan også være utrygg på situasjonen. Det er derfor sykepleieren skal være tydelig og oppmerksom på å ikke si eller gjøre ting som kan gjøre pasienten usikker (Henriksen & Aarflot, 2002, s.161).

Eriksen (2006) beskriver trygghet som en kjerneanliggende opplevelse for mennesker overalt i verden. Trygghet er et forsøk på å skape forutsigbarhet, tilhørighet og kontinuitet i en tid med raske forandringer. For Eriksen (2006) er begrepet trygghet ikke uproblematisk. Han viser til den norske *trygghet* som overlapper begreper som *security* og *safety*. I tillegg finnes det mange måter å være trygg på, man kan være trygg på seg selv (ha god selvtillit), man kan være trygg når man går ut (for at man ikke blir utsatt for noe), man kan være trygg på sine venner (at man ikke bli sviktet av dem) og man kan være trygg i sin livssituasjon (at man har et minimum av tilfredshet og vet at noen er glad i en) (s.12).

3.4 Helsearbeiders møte med innvandrerpasienter

“En helsearbeiders holdning til innvandrere vil være med på å påvirke hvordan hun kommuniserer med pasientene. Når det gjelder kommunikasjon, er graden av respekt for andre mennesker avgjørende for en persons tilbøyelighet for enveis- eller toveis kommunikasjon”

Loveleen Kumar. Djulaha. Om å forstå annerledeshet: 106

Siden Loveleen Kumars bok ble utgitt i 2002 har Norge hatt en økning i innvandring av mennesker som for det meste kommer fra muslimske land. Med en økt innvandring har helsevesenet fått en stor utfordring med hensyn til mangel på medisinsk kompetanse om tropiske sykdommer og kompetanse om håndtering av mennesker som er traumatisert og som tilhører en annen kultur.

Helsearbeiderens møte med pasienter med en annen kulturell bakgrunn stiller høye krav til helsearbeideren. Her er det ikke bare snakk om helsearbeidernes tekniske kompetanse, det er også snakk om menneskelig kompetanse. I sykepleie er Leiningers (1995) teori om transkulturell sykepleie den som har satt fokus på å oppdage og sammenligne ulike kulturelle omsorgsverdier og måten omsorg utføres på i de ulike kulturer. Teorien om transkulturell sykepleie bygger på Leiningers *Culture Care Theory*. Leininger ser transkulturell sykepleie som en stor kompleks utfordring som gjør at sykepleieren må tilegne seg en nødvendig kunnskap om pasientens verdier, religion og kultur. Målet er å finne fram til den beste måte å utøve sykepleie, til beste for pasienten (s.6).

For Leininger (1995) er det kulturelle påbud det som skjer når sykepleieren påtvinger pasienten sin tro, verdier, og praksis, med tanken om at egne idéer er overlegne pasientens (Zoucha, 1998). I følge Leininger (1995) er hovedmålet med denne teorien å utvikle en kulturell, sensitiv og kompetent sykepleier som kan ta vare på mennesker fra andre kulturer (s.4).

I motsetning til Leininger ser Magelssen (2004) at kultursensitiv sykepleie er når sykepleieren reflekterer en virkelighetsoppfatning hvor det anerkjennes at mennesker er forskjellige. Det sentrale blir å finne likhetene i forskjellige. Ved å erkjenne likhetene i forskjellige bidrar sykepleieren til å danne en atmosfære preget av likeverd med mer symmetriske maktrelasjoner, gjensidig læring og integrering (Magelssen: 1/2004).

3.5 Den latinamerikanske pasienten

“Mange år senere, foran eksekusjonspelotongen, måtte oberst Aureliano Buendía tenke på den ettermiddagen for så lenge, lenge siden, da faren tok han med for å vise han isen. Macondo var den gang en landsby med tyve hus av leire og bambusstokker, ved bredden av en elv med krystallklart vann, som strømmet over blankskurte stener, hvite og enorme som forhistoriske egg”

Gabriel Garcia Marquez - Hundre års ensomhet.:5

Dette utdrag av boken *Hundre års ensomhet* gir et innblikk i noe av elementene i det som gjør den latinamerikanske kulturen så interessant og spennende for mange. Elementer som romantikk, lengsel, lojalitet og nære forhold er elementer som påvirker latinamerikanske menneskers hverdag. Disse kulturelle elementer er bærekraftige elementer som har betydning for latinamerikanerens kulturelle opplevelse.

Ved inngangen til 2002 bestod innvandrerbefolkningen i Norge av 310.700 personer. Nesten to tredjedeler har sine røtter i Asia, Afrika og Latin Amerika (St.meld. nr. 16: pkt 2.3.3). En undersøkelse gjennomført av Folkehelsa (2002) viser at andelen innvandrere i den norske befolkningen har økt fra 2,3 % i 1980 til 6,3 % i 2000. I 2000 var økningen fra de såkalte *ikke-vestlige* innvandrere fra 3 % til 14,2 % i Oslo (Folkehelsereporten 2002: pkt 1.1.1).

De to største grupper latinamerikanere som bor i Norge, kommer fra Chile og Brasil. En stor andel mennesker som tilhører disse grupper kommer fra byer. Av de mennesker som kom fra Chile, har flesteparten vært flyktninger etter militærkuppet 11. september i 1973 (Daugstad,2006, s.23). I de senere år har antall latinamerikanere økt, blant annet på grunn av familiegjenforening, fødsel og inngiftning. I Norge finnes per i dag ca 36.142 innvandrere fra Sør – og Mellom Amerika (Daugstad,2006, s.29).

Den latinamerikanske kultur er kjent for sin åpenhet, glede, historie og tradisjoner. Spanias og USAs påvirkning på Latin-Amerika har på godt og vondt gjort at kulturforskjellen ikke oppleves så sterk når man først kommer til Norge som innvandrer. Latinamerikanere som gruppe er en ikke-homogen gruppe, men til tross for det deler de felles kulturelle verdier (Zoucha,1998). Mange av disse kulturelle verdier har bakgrunn i deres felles historie, som den spanske kolonisering og den nordamerikanske påvirkning. For å forstå den

latinamerikanske kultur er det nødvendig å se på dens historie. -En historie som har blitt påvirket av den vestlige kulturen siden Spanias kolonisering. Denne påvirkning kan sees tydelig i viktigheten av de nære relasjoner, hvor familien har en stor betydning. I Latin Amerika er familiebegrepet utvidet og inkluderer både onkler, tanter, besteforeldre, fetter og kusiner. Familien som enhet er karakterisert av en hierarkisk struktur hvor de eldste i familien behandles med respekt og omsorg. Det forventes at de unge skal være lydige mot de eldre. Gamle mennesker sees som verdifull på grunn av sin visdom og sine erfaringer. Det er ikke uvanlig at det er den eldste i familien som har det siste ordet om noe skal bestemmes. Etter det er bestemt, retter resten av familien seg etter det, selv om de er uenig (Leininger, 1995, s.366).

I en latinamerikansk familie vil man vanligvis se at det er mannen som dominerer. Familien er fordelt slik at kjønn er med på å bestemme ansvarsområde, kvinnen har tradisjonelt hovedansvaret for huset og barnas oppdragelse, mens mannen har hovedansvar for inntektene Dette rollemønster har blitt endret i løpet av de siste årene og det er ikke uvanlig å se at kvinnen jobber utenfor huset (Leininger, 2002, s.366, s.370).

Latinamerikanerens livsverdier er påvirket av deres religiøse og åndelige tro. I Latin Amerika bor 43 prosent av verdens 1,2 milliarder katolikker. For latinamerikanere har både Gud og skjebnen, i den grad de er forskjellig, ansvar for de enkelte hendelser i livet. Dette inkluderer sykdom, rehabilitering og død. Disse hendelser er oppfattet som å være utenom egen kontroll. For å forebygge at slike hendelser skal skje dem selv eller deres familie, bruker de å be til Gud og helgenene. I Latin – Amerika er religionen det som hjelper folk til å akseptere alvorlig sykdom når ingenting annet kan hjelpe (Leininger, 2002, s.371).

Selvkontroll er også en kjent måte å takle vanskelige livssituasjoner for latinamerikanere, sier Castro (1984). Hun fant at forestillingen om selvkontroll er et viktig element i meksikansk kultur. Selvkontroll inkluderer; 1) egenskapen om å holde igjen stress i vanskelige tider, 2) å resignere, eller 3) komme seg videre med å jobbe aktivt med problemet (Castro, 1984).

Når det gjelder smerteopplevelse har Calvillo (1991) konkludert med at mennesket har utviklet holdninger som er påvirket av sin sosiale og kulturelle bakgrunn, derfor er det vanskelig for sykepleieren å evaluere smerteopplevelsen fra et objektivt ståsted. I dette tilfelle vil angloamerikanske sykepleiere være påvirket av sin vestlige kultur i sin tolkning av pasientens smerteopplevelse. Dette gir grunnlag for å komme fram til at sykepleiere ikke skal undervurdere betydningen av pasientens tradisjonelle verdier, verdier innen helse og praksis som har blitt lært av å være medlem av en spesifikk kultur (Calvillo, 1991).

4.0 Analyse

I dette kapittel skal det redegjøres for hver fase i dataanalysen fram til resultatet. Som en del av analyseprosessen skal det redegjøres for transkriberingsprosessen. Deretter forklares bakgrunn for de valgene som har blitt gjort under analyseprosessen.

Første fase etter intervjuene er transkribering. Transkribering er overføring fra tale til tekst når den muntlige tale omsettes til skriftlig tekst. Å transkribere en tekst krever at forskeren stiller seg kritisk til sin egen overføringsevne. Malterud (2006) sier at når en transkriberer presenterer bare enkelte bilder av virkeligheten, eller den hendelse som skal studeres. Dette er viktig å huske under transkriberingsprosessen (s.77).

Transkripsjon er oversetting fra muntlig språk med sine regler, til skriftlig språk med helt andre regler, sier Kvale (2006). Han sier at å transkribere er ikke det samme som å kopiere, det er å abstrahere. Man kan da spørre seg, hva er en korrekt transkripsjon? Ut i fra Kvales forståelse er dette umulig å besvare og grunnen er at det finnes ingen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. Likevel, strengt ordrette transkripsjoner er nødvendige for at lingvistiske analyser skal kunne gjennomføres (s.105).

Polit & Beck (2004) sier at transkriberingsfeil er uunngåelig. Grunnen til dette kan blant annet være at forskeren alltid vil prøve å forandre teksten for at den skal sees på den måte den burde sees. Dette vil ikke nødvendigvis bli gjort på grunn av at man bevisst vil endre teksten, men på grunn av forskerens ønske om at teksten skal bli mer forståelige for andre. Faren med dette er data kan bli endret. En siste ulempe når man skriver av ett lydbånd er at forskeren ikke får med mye av det nonverbale språk og tonefallet til den som blir intervjuet. Disse elementene er viktige for å gi et korrekt bilde av intervjusituasjonen (s.572).

I denne studien ble spansk brukt under intervjuene. Dette ble gjort bevisst med bakgrunn i det utvalget som skulle intervjues. Alle respondentene hadde kommet til Norge i voksen alder, språklig sett hadde de større og bedre mulighet til å uttrykke sine tanker og følelser på sitt eget språk. Å bruke norsk kunne ha medført at respondentene ikke ville ha klart å fortelle sine erfaringer slik de opplevde disse. En annen grunn til at det ble brukt spansk

under intervjuene, er at latinamerikanere generelt setter stor pris på å bruke sitt eget språk i slike tilfeller. Det å bruke samme språk som de, vekker tillit, respekt og hjelper til at intervjuene går mye dypere og lettere.

4.1 Transkriberingsprosessen i denne studien

Transkriberingsarbeidet tok lang tid. Forskeren hadde enkelte ganger vansker med å forstå det som ble sagt. Dette medførte i noen av tilfeller, at forskeren valgte å la være å skrive avsnittet. Under transkriberingsprosessen tok forskeren hensyn til språklig misforståelser. Dette fordi intervjuene ble gjennomført på spansk, da de intervjuede var mennesker fra tre forskjellige land i Latin Amerika. På samme måte som andre steder i verden, har man i i Latin Amerika, forskjellige måter å uttrykke seg på. Hvert av landene har tatt ord og uttrykk etter landets opprinnelig folkegruppe. Noen av uttrykkene har blitt en del av språket og blir brukt daglig (Seco, 1989, s.23).

Mange av latinamerikanerne som har bodd mange år i Norge, har beholdt mange av morsmålets modismer, i tillegg til at de enkelte ganger blander spansk med norsk. Forskerens latinamerikanske opprinnelse og hennes mulighet til å treffe mennesker fra forskjellige steder i Latin Amerika hjalp henne til å forstå bedre det informantene ville uttrykke. I de tilfellene forskeren var usikker, fant hun ut at det var på sin plass å stille samme spørsmål på forskjellige måter. Dette hjalp til at informanten ga et mer utfyllende svar. For eksempel:

F: Så det betyr at du har hatt kontakt med leger som snakker spansk...hele tiden...

R: Men dette skjedde bare tilfeldig...

F: Bare tilfeldig?

R: Det som skjer er at det stedet jeg bor og jobber fant jeg denne legen som snakker spansk og jeg har oppdaget at mennesker som bor andre steder i byen går til han, fordi han kan snakke spansk... for min del er det ikke bare at han snakker spansk, men også for han selv. Da jeg skulle velge, valgte jeg han som fastlege.

Et annet utfordrende moment var da forskeren skulle oversette intervjuene fra spansk til norsk. Oversettelse fra spansk til norsk ble gjennomført etter at forskeren hadde gjort ferdig analyseprosessen. Fordi spansk er et ordrikt språk, var det ikke lett for forskeren å utgi respondentenes uttalelser slik det hadde blitt sagt, og det var heller ikke mulig å finne fram til de eksakte ord. Derfor så forskeren seg tvunget til å gjengi meningen i uttalelsene i de tilfellene hvor det ikke var mulig å oversette de direkte.

4.2 Transkriberingsvaliditet

Kvale (2006) sier at overføring fra tale til tekst er utfordrende på grunn av faren for endringer i respondentens svar. I dette tilfelle prøvde forskeren å holde seg mest mulig til det som hadde blitt sagt. Dette gjaldt også da teksten ble oversett fra spansk til norsk. Til fordel for forskeren bruker spansktalende mennesker en stor andel latinske ord i sin dagligtale, og svært mange latinske ord finner man igjen i *akademisk norsk*. Til fordel for forskeren har mange av disse ord samme betydning på begge språk. Dette har redusert faren for feil i oversettelsen (s.102).

Når det gjelder oversettelsen av respondentenes bruk av modismer i intervjuet, var det forskerens morsmål og kjennskap til det norske språket, samt tidligere/nåværende kontakt med latinamerikanske mennesker som hjalp forskeren med å finne fram til den mest passende oversettelse av disse.

4.3 Etiske overveielser

De etiske overveielser, som har gjort seg gjeldende i løpet av transkripsjonsprosessen, har vært å beholde intervjupersonenes konfidensialitet. Under intervjuet ble det tatt opp følsomme emner og respondenten kan fortelle om situasjoner og personer. Dette gjør at respondenten kommer i en utsatt situasjon. Derfor, som en del av kvalitetssikringen, ble båndene og transkripsjonene lagt på et trygt sted mens transkripsjonen ble gjennomført. I tillegg til dette ble hvert intervju slettet etter hvert som det hadde blitt transkribert.

Et annet viktig moment under transkriberingen var beskyttelse av respondentens identitet. Dette er spesielt viktig på grunn av respondentene tilhører en liten gruppe i Norge, og dette gjør at det er lettere å gjenkjenne personene. Forskeren var påpasselig med å fjerne navn på steder, personer og situasjoner der det var nødvendig. I disse tilfelle har det blitt brukt begreper som generaliserer betydningen av det bestemte ord. For eksempel: Mexico ble erstattet med Latin Amerika, Oslo ble erstattet med et tettsted i Norge, osv.

4.4 Analyseprosessen

Malteruds *systematisk tekstkondensering* ble brukt som analysemetode. Denne metoden har 4 trinn hvor stikkordene er: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere de meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de meningsbærende enheter, 4) å sammenfatte betydningen av dette. Disse fire trinn er hovedstrukturen i metoden (Malterud, 2006, s.100).

I den første fasen av analysen skal forskeren lese gjennom det transkriberte materialet for å få et helhetsbilde av alle data. Malterud (2006) poengterer at i denne fasen av prosessen er *helheten viktigere enn iøynefallende detaljer*. I denne delen av prosessen skal forskeren arbeide aktivt med å legge til side sin forforståelse og egen teoretiske referanseramme (s.100).

I denne studien leste forskeren gjennom hele materialet for å få et første helhetsinntrykk. Den første gangen fikk forskeren se at de temaene som var mest fremtredende i materialet var at latinamerikanske mennesker har erfart å ha *dårlig kommunikasjon med helsepersonellet*. I tillegg til det erfarer gruppen at *helsevesenet har en dårlig organisering av tjenestene*.

Den andre gangen forskeren leste gjennom materialet fikk forskeren se at *mangelen på kommunikasjon med helsepersonellet* dreide seg mest om respondentenes *dårlige kommunikasjon med legen/fastlegen*. Når det gjelder *kommunikasjon/kontakt med sykepleieren* var det syv av ni respondenter som erfarte at deres kontakt med sykepleieren var positiv. Dette var overraskende for forskeren. En annen ting som forskeren så ved andre gangs lesing, var at respondentene sammenliknet sine erfaringer fra eget land om legen/sykepleieren og helsevesen med nye erfaringer i Norge. Det ble skrevet notater under gjennomlesningen.

I andre fasen av analysen skal forskeren systematisere den delen av materialet som forskeren skal se nærmere på. Malterud (2006) sier at målet med denne fasen er å *skille relevant tekst fra irrelevant*. For å få til dette må forskeren begynne å sortere deler av teksten som kan

belyse problemstillingen. Her må forskeren lese linje for linje for å identifisere *meningsbærende enheter* i materialet (s.102).

Etter å ha identifisert de meningsbærende enheter skal forskeren begynne å systematisere disse. Dette er det Malterud (2006) kaller for *koding*. Hun sier at *kodearbeidet* sikter på å fange opp de meningsbærende enhetene i teksten som er knyttet til de temaene forskeren merker seg i første fase av analysen. Det er i den andre fasen av analysen forskeren skal begynne å overveie hvor mye kodene representerer de fenomener som likner på hverandre (Malterud, 2006, s.102,s.103).

For Malterud (2006) innebærer koding en *systematisk dekontekstualisering*, der deler av teksten blir hentet fra sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektede tekstelementer. En måte å gjøre det på er å organisere en matrise som visuelt kan vise oss hvor de ulike tekstdelene hører til. I datamatriksen skal forskeren organisere og sortere sine data etter en tematisk og kodestyrt gruppering av de *meningsbærende enhetene* i materialet. Det er viktig å se seg tilbake med jevne mellomrom for å prøve å finne ut hvilke skjulte regler en har brukt ved etablering av kodene (Malterud, 2006, s.104, s.106).

I analysen fikk forskeren organisert materialet ved hjelp av en datamatrikse. Datamatriksen ble utarbeidet med bakgrunn i Malteruds oppskrift. Etter hvert som forskeren leste linje for linje av materialet ble det funnet mange like enheter/ *meningsbærende enheter*. De *meningsbærende enheter* som ble funnet var: *kommunikasjon med helsepersonellet, lojalitet/ takknemlighet til vertslandet, kritisk til organisering av helsetjenesten, sammenlikner tidligere erfaringer med legen i eget land og gudstro hjelper meg å takle mine vansker* (se side 39, 40 og 41).

Etter å ha fordelt materialet i enheter, begynte forskeren å nummerere de linjene som kunne støtte/svare studiens problemstilling. Disse nummererte linjene ble klassifisert under den koden som passet best. Materialet ble lest 4 – 5 ganger før det ble nummerert og klassifisert. Nummerering av linjene skulle hjelpe forskeren til å finne lettere fram til de respondentenes uttalelser som skulle brukes senere under utarbeidelse av diskusjonsdelen.

I tredje fase av analysen skal forskeren abstrahere den kunnskapen som hver av kodegruppene representerer i denne fasen av analyse. Malterud (2006) sier at forskeren skal systematisk hente ut mening ved å abstrahere innholdet av de meningsbærende enheter som har blitt klassifisert og systematisert i forrige analysetrinn (s.106).

Det er i denne fasen av analysen forskeren skal legge til side den delen av materialet som ikke skal brukes. Forskeren må også se om det i noen av kodene finnes få meningsbærende enheter. Her må forskeren vurdere om disse enheter kan flyttes til en annen kode eller om de ikke skal brukes lenger. Hele denne prosedyre gjør at forskeren reduserer materialet til noen få grupper av meningsbærende enheter som skal bidra til å fokusere spørsmålene som forskeren vil stille til materialet (Malterud, 2006, s.107).

Malterud (2006) sier at vi starter med å se *kodegruppen*, og etter hvert som forskeren leser materialet vil forskeren sortere materialet i *subgrupper*. Hun poengterer at avhengig av forskerens faglige perspektiv og ståsted, vil forskeren se hvilken subgrupper som er viktigst for sin studie. Hun sier at det kan være nyttig å se gjennom materiale med jevne mellomrom for å prøve å finne ut hvilke skjulte regler vi har brukt for å finne fram til kodene. Eventuelt hvilke kriterier vi valgte da vi inkluderte eller ekskluderte da vi plasserte de meningsbærende enhetene under hver kode (s.107).

I denne fasen av analysen fikk forskeren først jobbet seg gjennom de rådata som allerede hadde blitt systematisert og klassifisert i forrige trinnet. Med bakgrunn i rådata begynte forskeren å sortere materialet i subgrupper. Ut fra Malteruds beskrivelse av prosedyren skulle forskeren ta utgangspunkt i *kodegruppene*, i dette tilfelle så forskeren behov for å arbeide med kodegruppene og de meningsbærende enhetene samtidig. Dette hjalp forskeren til å få et bedre bilde av innholdet i datamaterialet.

Forskeren valgte de meningsbærende enhetene med bakgrunn i de temaene respondentene hadde lagt vekt på under intervjuet. Disse temaene var; deres opplevelse av *å ikke bli tatt på alvor/ ikke bli hørt* av legen, opplevelse av mistillit til legens medisinske kunnskap på grunn av legens bruk av den *blå boka* og respondentens behov for å sammenlikne sine tidligere erfaringer med nye erfaringer i Norge.

Følgende koder, meningsbærende enheter og subgrupper ble funnet:

Kode	Meningsbærende enheter	Subgrupper
Kommunikasjon	”blir ikke tatt på alvor ”	<ul style="list-style-type: none"> a) Med legen b) Med sykepleier c) Med resten av helsepersonellet
Erfaringer	<p>Tillit – mistillit</p> <p>Sammenlikning med tidligere erfaringer i eget land</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) 1. erfaring med legen/helsevesen b) Senere erfaringer c) Lojalitet/takknemlighet d) <i>Gudstro</i> <ul style="list-style-type: none"> a) Med helsevesenet b) Kontakt med legen c) Kontakt med sykepleieren

I fjerde fase av analysen skal forskeren rekontekstualisere teksten. Hovedmålet med dette er å sammenfatte det forskeren har funnet i form av gjenfortellinger som vil legges til grunn for de nye beskrivelser som skal presenteres til andre (Malterud, 2006, s.108).

For å få dette til skal forskeren først sammenfatte kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe. Med basis i disse tekstene og de utvalgte sitatene, skal forskeren lage en *innholdsbeskrivelse* for hver kodegruppe. Denne prosedyren skal gjentas for hver kodegruppe. Malterud (2006) sier at når *innholdsbeskrivelser* er sammenfattet, skal forskeren gå tilbake til de meningsbærende enhetene for å finne sitater som kan gi et mest treffende bilde av det som er fortalt i teksten (s.109).

I denne siste fasen av analysen har forskeren kommet til den fase hvor forskeren skal validere funnene mot den sammenheng som funnene har blitt hentet ut fra. Det vil si at forskeren skal rekontekstualisere resultatene opp mot materialet. Malterud (2006) sier at dette arbeidet kan bli lettere hvis forskeren tidligere har laget en datamatrix hvor koder og respondenter er plassert. En måte å gjøre dette på er at forskeren systematisk kryssleser

datamatriksen. Forskeren kryssleser datamatriksen ved å lese materialet først horisontalt, der skal forskeren vurdere hvordan beskrivelser og begreper stemmer overens med materialet. Videre skal forskeren lese materialet vertikalt, det er for å se på det samme, med denne gangen med fokus på den enkelte respondent. For å utfordre forskerens resultater skal forskeren lete systematisk etter data som motsier konklusjonen forskeren har kommet fram til (s.110).

I denne fase av analysen i denne studien, bearbeidet forskeren en tabell som hjalp forskeren å finne fram til *innholdsbeskrivelser* i materialet. Tabellen ble utarbeidet med utgangspunkt i tabellen ovenfor (se side 37). Innholdsbeskrivelsene ble funnet på bakgrunn av kodegruppene, meningsbærende enheter og subgruppene. For forskeren ble det lettere enn antatt å finne innholdsbeskrivelser i materialet. Grunnen til dette var at forskeren fra tidligere hadde utarbeidet en datamatrikse hvor alle de viktige/interessante gjenfortellingene som forskeren oppdaget i andre fasen i analysen hadde blitt nummerert. For å bekrefte validiteten i materialet, kryssleste forskeren funnene både horisontalt og vertikalt. Det forskeren fant var at beskrivelser og begreper stemte overens med materialet, og med hver enkelt av respondentene.

4.5 Validitet

Etter alle data ble samlet inn, måtte forskeren velge mellom å oversette all data eller avvente til analysen var ferdig. Skulle data oversettes i sin helhet er det stor sannsynlighet for at resultatet kunne ha blitt upresist og for omfattende. Forskeren kom fram til at det beste var å vente med å oversette til analysen var ferdig. Analysen ble utført i det språket intervjuene hadde blitt gjennomført med, for å ha en oversettelse som var nærmest mulig det som respondentene hadde fortalt.

Masteroppgave ¿Porque a mi señorita?

En studie om latinamerikanske kvinner og deres erfaring i møte med det norske helsevesenet

Datamatrise

Koder	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Savner en bedre kommunikasjon med helsepersonell	18: Mistillit 26: Dårlig kommunikasjon 40: Føler å ikke bli tatt på alvor 51: Dobbel kommunikasjon 138: Mangel på kunnskap 209: Uttrygg 225: Overføring av ansvar 327: Mangler legene kunnskap? 338: Gir seg ikke	35: 1. erfaring = fornøyd m/legen og spl 54: Ble ikke tatt på alvor av legen 78: Ny lege =ny kommunikasjon 129: Skuffet 278: Legen ser i boka. Hvorfor?	21: Visste ikke interesse for pas 28: Manglende kommunikasjon? 94: Fornøyd med legene som avgjører for henne 108: Føler at hun blir tatt på alvor 123: Er fornøyd med hennes fastlege	18: Mistillit 41: Usikkerhet 67: Fornøyd med fastlege 74: Misfornøyd med spesialisten 85: Dårlig erfaring med spesialisten 111+ 133 + 237 + 266: Dårlig informasjon ifm fødsel 158: Mangler legen kunnskap? 321: Ble ikke hørt 434: Opplevde å ikke bli tatt på alvor	16: Savner mer informasjon 31: Skuffet over legen 43: Valgte å bytte lege 91: Har god kontakt med fastlege 131: Opplever å bli tatt på alvor 171: Har hatt gode og vonde opplevelser med legene	21: Usikker på grunn av hun kunne ikke snakke norsk 42: Har hatt bare positive erfaringer med legen 55: Fikk kjøft av legen, sier at hun forfjente det!	17: Hun har hatt gode erfaringer med legen 22 + 28: Er fornøyd med fastlege 42: Opplever å bli tatt være på 99: Føler seg trygg fordi legen snakker samme språk 102: Fornøyd pga hun fikk velge under behandlingen 203: Opplever at hun må ta ansvar for egen helse og at legen fraskrive seg ansvaret. 203: Legen har lite tid til henne. 227: Opplever å ikke bli tatt på alvor 258: Synes at legen burde bry seg mer om pasientens helse 269: Opplever at legene er kalde i sin måte å behandle pasienten på 290: Legene mangler interesse for pasienten?	19: Ble frustrert på grunn av hun ikke kunne kommunisere slik hun ønsket 35: Legen begrenset seg til å gjøre det den skulle 39: Opplever at legen holdte avstand 103: Opplever dårlig kommunikasjon med legen	24: Opplevde at hennes mor ble ikke tatt på alvor 50: Har hatt egne gode opplevelser 139: Blir usikker pga hun ser at legen leser i boka 135: For mye usikkerhet fra legene, dette blir overført til pasienten 157 + 214: Ved å se i den blå boka viser legene usikkerhet 169: Fornøyd fordi legen og henne snakker samme språk 178: Viktig å bli forstått 239: Det er viktig den måte man kommuniserer med andre
Har lojalitet/takknemlig het til vertstand		10: Takknemlighet	69: Takknemlig. Hadde positive opplevelser senere 147-48: Er takknemlig i hennes lege.	339 + 347: Takknemlig etter erfaring med moren					

Er kritisk til organisering av helsetjenesten	77: Urygghet 92: Mistillit 86: Dårlig organisering 241: meget misfornøyd m/org 273: Fornøyd med hensikten 296: Mistillit 319: Er målet å tjene penger?	96: Ble feil diagnostisert 109: Mangel på kompetanse = uten operert 146: Forutinntatte holdninger fra legen? 159: Dårlig erfaringer = velger privat sykehus 169: Fornøyd m/privat sykehus 176: Stoler ikke på 180: Ineffektiv org av helsetjenesten 224: For mye jobb = dårlig pas behandling? 232: Pas blir ikke tatt på alvor 247: Mangel på kompetanse 282: Ønsker bedre pas beh og holdninger 288: Ønsker bedre ledere 296: Ineffektiv system	291: Takknemlig for alt hun har fått av hjelp 308: Fordømmer folk som utnytter systemet	412: Mistillit til helsetjenesten 421: Har følt seg diskriminert 451: Mangel på kunnskap, et problem! 513: Fornøyd med helsetjenesten 520 + 587: Misfornøyd med helsetjenesten 542 + 562: Fornøyd med organisering av helsetjenesten og struktur 627: Blir forvirret av det som legene sier	295: Fornøyd med organisering av helsetjenesten 307: Misfornøyd med menn, som organiserer systemet 326: lur på hva staten har tenkt å gjøre	9: Fornøyd med helsetjenesten 158: Fornøyd med systemet, utenom prisen av medisinen 210 + 221: Fornøyd på grunn av den hjelpen hun får 267: Bekymret for utviklingen av de psykiatriske vansker	90: Er fornøyd med hvordan fungerer det når du får en kreftdiagnose 109: Fornøyd med org. av tjenesten 114: Ble godt informert om det hun skulle gå gjennom 149: Legene usikre på det de driver med 217 + 22: Er misfornøyd med fastleide ordningen 247: Er misfornøyd med legen 279: Hvordan man oppfører seg har veldig mye å si på hvordan man blir behandlet 299: Det stilles altfor mange krav til helsejensete 316: Synes at helsejenseten er dårlig organisert	9: Fornøyd med helsevesenet 158: Fornøyd med systemet, utenom prisen av medisinen 210 + 221: Fornøyd på grunn av den hjelpen hun får 267: Bekymret for utviklingen av de psykiatriske vansker	120: Synes at systemet er lite effektivt 128: Er fornøyd med systemets muligheter men ikke med organisering 141: Systemet er dårlig organisert 163: Synes at det er viktig med informasjon 191: Ser behov for at helsepersonell blir oppdatert	98: Opplevde å bli tatt vare på 110: Er fornøyd med organisering men... 128: Er fornøyd med helsepersonell og behandlingen 203: Synes at helsejenseten er lite effektiv
Sammenlikning av tidligere erfaringer med legen i eget land	59: Savn 204: Forventninger om kunnskapsnivå 266: forventninger om organisering	22: redd for å si fra	193: Har fra tidligere ubehagelige erfaringer med spl 199: Så lenge du betaler får du ok behandling	482: Stoler mer på legene i eget land	263: Forkjeller mellom organisering av tjenestene	241: I eget land må du ha penger for å få en god behandling	167: Lurer på om andre latin. Er misfornøyd pga latin setter mer pris på egne leger? 191: Hennes lege i Chile er mer nøye, gjennomfører en full sjekk for den forordner medisinen	46: Hun kunne ha krevd sine rettigheter i eget land 56: Sykepleieren mangler omsorg og den kan ikke sammenliknes med sykepleierne fra eget land	145: Ser forskjellen mellom legene i Norge og eget land. Synes at forskjellen er stor 282: Er fornøyd med systemet sammenliknet med eget land	

God kontakt med sykepleieren	121: Fornøyd	191: Private =ok opplevelse 194: Offentlig = dårlig opplevelse	175: Fornøyd	143: Fornøyd 397: Godt inntrykk av sykepleierne	78: Fornøyd med sykepleierne. Behandlet henne med omsorg		78: Sykepleierne er medmennesker	53: Opplever at sykepleieren holder avstand til pasienten 89: Sykepleierne holder avstand med kroppspråket	78: Fornøyd med sykepleieren
Gudstro hjelper meg å takle mine vansker				204: Gud har hjulpet meg		8: Følte seg bra på grunn av hun opplevde å ha noe tilfelles med resten, gudsroen 126: Hennes gudstro hjelper henne til å akseptere lettere det som skjer			

5.0 Presentasjon av funn

Funnene vil bli presentert med bakgrunn i kodegrupper og meningsbærende enheter. Hver enkelt av punktene vil bli presentert med eksempler som har blitt hentet fra datamaterialet.

5.1 Kommunikasjon

5.1.1 “Blir ikke hørt”

Dette punktet er en av de viktigste i denne studien. Respondentene var veldig klare på hvordan de har erfart sin kommunikasjon med legen, sykepleieren og øvrig helsepersonellet. Seks av respondentene fortalte at de ikke har tillit til legen. Respondentene trakk fram legens bruk av *den blå boka* før de ble diagnostisert eller medisineret. De fortalte at legens bruk av *den blå boka* ga dem et inntrykk om at legen ikke hadde nok kunnskap om medisin. En fortalte at dette var en av de tingene som bidro til hun mistet tilliten til legen. For henne var det ufattelig å se at legen henvendte seg til sin *blå bok*. Dette gjorde at hun begynte å lure om legen visste hva han gjorde. Nå har hun blitt vant til at legen ser i den boka og vet hvorfor dette skjer, hun sier; *han gjør det fordi han vil være 100 % sikker på hva det er som feiler meg*. Men til tross for dette forstår hun ikke hvorfor det er nødvendig å se i den boka, når det forventes at legen skal kunne faget sitt. Tre andre respondenter reagerte på legens bruk av *den blå boka*, men de ser dette som en følge av legens kunnskapsmangel. En av de tre fortalte at noen ganger hadde hun lyst til å si til legen *vær så snill ikke se den boka. Er det på grunn av at du er usikker på det du vet at du ser i den boka?*

Fem av ni respondenter opplevde at de ikke ble tatt på alvor av legen. De sier at symptomene som var viktig for diagnostisering ble overhørt. En av de fem fortalte at hun hadde opplevd å bli feildiagnostisert en gang. Hun kom til legen med hodepine, en hodepine som noen ganger forårsaket oppkast og sterke smerter. Det legen kom fram til var at hennes hodepine var psykisk forårsaket, dette var hun ikke enig i. Noen dager senere fikk hun et brev fra psykiatrisk avdeling i det nærmeste sykehuset. Det var legen som hadde henvist henne uten å si fra på forhånd. Hun tok kontakt med legen og fortalte at hun nektet å bli innlagt fordi det hun hadde var noe fysisk, - ikke psykisk. Ikke lenge etter denne episoden flyttet hun til et annen by på grunn av ny jobb. Med flyttingen skaffet hun seg en ny lege.

Hodepinen forsvant ikke og det var grunnen til at hun tok dette opp med sin nye lege. Denne gangen opplevde hun at legen tok henne på alvor, siden legen undersøkte henne nøye. Det som viste seg å forårsake hodepinen var en svulst i hypotalamus, og var inoperabel. Når hun tenkte tilbake på det som skjedde, var hun både oppgitt og lei seg. Hun sa *tenk om jeg ikke hadde byttet lege, hva skulle ha skjedd med meg?*

Kommunikasjon med legen kan også oppleves som en utfordring for respondentene. Alle ni respondenter har opplevd at det har vært vanskelig å fortelle legen hva det er de har feilet. Det at legen spør dem *hva er det du tror du feiler*, har blitt opplevd som traumatisk for noen av dem. En av respondentene fortalte at hun gruet seg hver gang hun skulle til legen. Det at legen spurte henne *hva er det du tror du feiler*, stemte ikke for henne siden det ikke var hun som var legen. Hun sa at hvordan kunne hun vite hva det er hun feilte når det ikke var hun som hadde studert syv år på skolen. Hvis det var slik at det var hun som måtte finne fram hva det var hun feilet, hun kunne like gjerne vært hjemme og funnet det på internett. For henne opplevdes det ganske frustrerende at legen ikke kunne diagnostisere henne uten å komme med det spørsmålet. Nå har hun byttet fastlege og er fornøyd med sin nye lege.

En annen fortalte at hun måtte fortelle legen sin hva det er han skulle sjekke. Hun hadde vært gjennom en kreftsykdom, i forbindelse med den hadde hun fått en tøff cellegiftbehandling. Under en kontrollrutine hadde hun blitt nødt til å spørre gynekologen sin om hun skulle sjekkes et år etter, gynekologen sa *du trenger ikke å sjekkes hvis alt er bra*. Hun syntes at gynekologen ikke tok henne ikke på alvor, og hun hadde følelsen av at hvis hun ikke sa noe, ble ingenting gjort. Når det gjaldt hennes fastlege, forstår hun ikke hvordan en lege kan ha oversikt over 1000 pasienter. Hun sier; *det er så mange å engasjere seg i*. Derfor, for å være på den sikre siden bestiller hun 2 timer hver gang hun skal til legen, slik at legen har nok tid til å prate og eventuell undersøke henne. Dette gir henne trygghet.

Respondentene kom med flere eksempler som viste at da de snakket om kommunikasjon var det ikke bare den talende kommunikasjon som var vanskelig. De hadde også vansker med den ikke-talende kommunikasjon. De opplevde at legens holdninger og forventninger til seg selv som pasienten, og selve situasjonen, kom til syne da legen snakket med dem. Fem av respondentene har opplevd at legen har vært avvisende med dem under et legebesøk. En av respondentene fortalte at etter å ha vært et år i Spania fikk hun tildelt en lege i nærheten av hvor hun bodde. Hun lider av migrene og på den tiden var hun veldig plaget av

migrenesmerter. En dag hun kom til legen så spør legen, *ja, ja ... hva er det nå?* Hun merket seg at legen hadde ingen interesse for å høre hvordan hun hadde det. Det var hennes siste gang hos den legen. En annen fortalte at første gang hun fikk angstanfall, var både legen og sykepleieren som tok i mot henne på legevakten, avvisende i sin kroppsholdning. Hun opplevde det som at legen holdte avstand og var lite interessert i det hun sa. Sykepleieren var på sin side, mer opptatt av å få tak i hennes personalia enn i hennes tilstand. Hun følte seg enda verre og ganske alene, selv om hun hadde tatt med seg en bekjent som skulle være tolk for henne. En annen hadde vært operert i hoften. Hun hadde vært innlagt på et rehabiliteringssykehus en stund og var interessert i å få vite mer om hva som skulle skje med henne og når dette skulle skje. Hun spurte legen om dette, og legen svarte at hun *måtte holde opp å spørre så mye om det!* Hun forteller at kanskje hun maste for mye på legen og han ble irritert til slutt. Hun sier at legen kanskje ikke mente å være så uhøflig.

Når det gjelder kontakten med sykepleieren har den stort sett vært positiv. Spørsmålet er om respondentene snakker om sykepleieren, og ikke hjelpepleieren. Tre av ni respondenter husker å ha hatt god kontakt med sykepleieren. De kan forsikre at det var sykepleieren de fortalte om. De seks andre er usikre på hvem det gjaldt. En av de tre respondentene var veldig fornøyd med sykepleieren, hun hadde erfart å bli behandlet på en omsorgsfull måte da hun skulle opereres for brystkreft. Hun sier at hun fikk god behandling og at hun ble godt informert om det som skulle skje, av sykepleierne på avdelingen.

Det var to av ni respondenter som var misfornøyd med sykepleierens kommunikasjon og behandling. En av respondentene hadde erfart at under en innleggelse i forbindelse med en operasjon, trodde ikke en av sykepleierne på det hun fortalte hun følte ifm at hun ville reise seg opp for å gå på do. Respondenten hadde blitt operert for en hernia og virkningen av narkosen hadde ennå ikke forsvunnet. Denne sykepleieren var overbevisst om at hun kunne reise seg opp alene og gå uten støtte, en time etter operasjonen. Da hun skulle reise seg var kroppen tung og hun følte seg svimmel. Hun sa dette til sykepleieren og sykepleieren svarte: *de må gå på do... og de skal gå på do alene fordi det er ingenting som er i veien og som gjør at de ikke skal klare det. Alle må gjøre det samme.* I det hun reiste seg opp, gikk alt rundt for henne, så besvimte hun. Da hun våknet satt hun på en stol. Like etter hører hun at sykepleieren sier: *du burde ha tenkt litt og ventet sittende en liten stund, før du reiste deg opp fra sengen..* Respondenten svarte: *jeg har fremdeles narkose i kroppen og ... narkosen*

varer helt til neste dag. Det vil si at en er ikke helt seg selv inntil neste dag. Jeg synes at man i det minste burde ha en person som informerer klart og tydelig hva som kommer til å skje med en. På den andre side, den personen som har ansvar skal passe på at det ikke skjer noe spesielt første gang pasientene reiser seg opp etter en operasjon. Denne og andre erfaringer gjorde at respondenten bestemte seg for å bytte til et privat sykehus. Nå er hun fornøyd med det tilbud og behandling hun får.

Syv av ni respondenter opplever å ha en god kontakt med fastlegen sin. De synes at deres fastlege er en person de kan stole på. To av de syv respondentene ser seg selv som heldige fordi de har funnet seg en fastlege som snakker spansk. Dette synes de har vært en fordel da de skal forklare legen sin om det de feiler. Respondentene sier at de har større mulighet til å gjøre seg forstått, og dette gir dem trygghet.

De to siste har ikke hatt samme type opplevelse som de andre syv. En av disse to gruer seg for å dra til fastlegen sin. Hun forteller at hun venter mange dager før hun bestemmer seg for å ringe til legen. Hun føler seg verken trygg på legens kunnskapsnivå eller vel med den måte legen kommuniserer med henne. Dette gjør at hun opplever at hun har ingen grunn til å være hos legen og tenker at hennes helseproblem er bare innbilning. Hun sier *legen spør meg alltid... hva er det du tror, du har? Og jeg sier: jeg kan fortelle deg hvilke symptomer jeg har... men jeg forventer at du skal fortelle meg hva det er jeg har, ikke at jeg skal fortelle deg hva er det jeg tror jeg har!* Den andre respondenten forteller at det er hun som må minne fastlegen om hennes diabetes. Hun skjønner at pasienten må bidra med den informasjonen som legen trenger, men likevel ser hun at legen gir pasienten litt for lite oppmerksomhet under legetimen. Hun opplever at legen ikke er interessert i å lytte på det hun har å si. Hun sier; *jeg har ikke en gang fått noe informasjon fra legen om rettighetene jeg har som funksjonshemmet på grunn av sykdommen min. Det måtte jeg finne fram selv... og det overrasker meg. Fordi det er legen som skal veilede meg, og legen har ansvar for meg som pasient.*

Respondentene hadde ingenting å bemerke om sin kommunikasjon med resten av helsepersonellet.

5.2 Erfaringer

5.2.1 Tillit - mistillit

Seks av ni respondenter hadde erfart sin første kontakt med helsevesenet på en positiv måte. Av disse seks, var det fem som kom som flyktninger til Norge. To av disse seks fikk sin første kontakt på legevakten. En av disse to kom til legevakten på grunn av sterke smerter, etter å ha blitt torturert i sitt eget land. Den andre kom til legevakten på grunn av et akutt angstanfall som hadde blitt forårsaket av en uforutsett endring i hennes liv. Disse to damer opplevde å bli behandlet på en omsorgsfull måte på legevakten. De så at til tross for at de ikke kunne snakke norsk, fantes det velvilje fra legen og det øvrige helsepersonellet til å gjøre det beste ut av situasjonen.

De andre fire hadde sin første kontakt med lege eller spesialist. Denne kontakten har stort sett vært i forbindelse med svangerskapskontroll og fødsel. Respondentenes opplevelse på barselavdeling har vært veldig positiv. I løpet av barselperioden fikk de mulighet til å bli bedre kjent med personalet. En hadde til og med ordnet med en gave til jordmoren som takk for det hun hadde gjort for henne.

De tre siste har opplevd den første erfaringen som negativ. De sier at legen har vært lite hjelpelig og uinteressert i dem som pasienter. Opplevelsen av lite interesse fra legen kan ha sammenheng med deres tidligere erfaring med legen i eget land. En av respondentene forteller at første gangen hun var hos legen ble hun overrasket over at legen ikke sjekket henne. Hun sier; *jeg følte som ... som når du har kommet til et sted som du ikke vet noe om ... hvor du ikke er kjent med stedets kultur... nå forstår jeg hvordan det er ... i starten sa jeg til meg selv...er det fordi jeg er utlending, at hun ikke rører meg eller er det fordi hun ikke vet hvordan hun skal undersøke meg. Dette ga meg mye usikkerhet...*

Av de ni respondentene er det seks som har hatt dårlige erfaringer med helsevesenet generelt. Noen av respondentene forklarer at denne negative erfaring kunne, blant annet, vært på grunn av deres manglende språkkunnskap. Felles for dette er at disse erfaringer har gjort at deres tillit til helsevesenet har blitt svekket. En av respondentene hadde en vond erfaring da hun fødte sitt andre barn. Etter at hun hadde vært gjennom en *katastrofe sectio* fikk hun ikke noe informasjon om hvordan det gikk med hennes barn. Hun sier; *etter at*

*legen tok ut ungen så jeg en svart kul. Etter det ser jeg at to mennesker tar med seg ungen ut. Jeg prøvde å se mer, ...og spør... hva er det som skjer? ... Hva er det som skjer?. Ingen fortalte meg noe om det som skjedde med ungen min, absolutt ingen. Disse erfaringer har preget henne, og hun har blitt skeptisk til det legene sier. En annen gang hadde hun fått vannblemmer på hele kroppen, gikk til legen for å få noe for det, legen mente at det var vannkopper. Hun kunne ikke begripe at det kunne være vannkopper på grunn av hun hadde hatt vannkopper som barn. Legen ga henne en krem som skulle tørke koppene. Hun fortalte til legen at det kunne ikke være vannkopper det hun hadde, men legen overhørte det hun sa. Til slutt bestemmer hun seg for å bruke den kremen som legen har gitt henne, hun sier; *kremen gjorde at jeg ble verre. De sårene som fantes allerede, åpnet seg og begynte å blø.* Etterpå bestemmer hun seg for at den andre legen på legesenteret skal undersøke henne, men denne legen sier akkurat det samme som den første. I det legen er ferdig med undersøkelsen sier ektemannen; *dette kan ikke være vannkopper. Kan dere henwise henne til en hudspesialist?* Legen blir irritert og svarer; *det er greit, vi skal henwise henne til en spesialist, men du må lære deg å ikke insistere på at det du tror er rett.* Hos hudspesialisten får hun bekreftet at hun hadde en hudsykdom som har ingenting med vannkopper å gjøre. Det hun hadde behov for var å fukte sårene og ikke tørke de. Hun sier; *alle disse erfaringer, ... hvordan er det mulig at legene kan ta så feil, så feil... synes ikke du det?**

Til tross for at noen av respondentene har hatt gode erfaringer, lurer alle ni respondenter på om det er manglende kunnskap blant helsearbeiderne som gjør at noen får en kritikkverdig behandling. Samtidig viser de noe skuffelse på helsepersonellet manglende evne til å informere dem om alt rundt en ny behandling. En av de ni respondentene fortalte at i forbindelse med hennes kreftbehandling, fikk hun generelt veldig lite informasjon om hva dette betydde for henne og familien hennes senere. Hun måtte selv finne fram til informasjonen, enkelte ganger kom informasjonen for sent. Når hun ser tilbake på sin rehabiliteringstid etter kreftsykdommen, ser hun at det har vært tungt og vanskelig både for henne og hennes familie.

En av de ni respondentene hadde mistet tilliten til sin lege, etter hvert som hun erfarte konsekvensene av legenes valg. Hun fortalte at hun holdt på å miste ungen sin fordi hennes lege hadde bestemt at hun skulle føde på normal måte, selv om hun hadde hatt problemer med dette tidligere. I forbindelse med hennes første fødsel hadde hun ikke klart å få full

åpning og dette hadde ført til en *katastrofe sectio*. Til tross for at respondenten hadde betenkeligheter til det hun ble tilbudt, insisterte legen på at slik skulle det gjøres. Hun sa; *så lenge du ikke risikerer verken mitt barns liv eller mitt liv, er jeg med på det*. Da fødselen var i gang, insisterte han på det de hadde snakket om tidligere. Hans argument var at han hadde hørt i en spesialistkonferanse at *alle latinamerikanske kvinner fødte på normal vis*. Hun kom til sykehuset ca 05:00, kl 12:00 ba jordmoren legen om å gjennomføre en sectio fordi verken pasienten eller barnet hadde det bra. Legen bestemte at de skulle vente litt til. Hun måtte vente i seks timer til før legen bestemte at ungen måtte tas ut med sectio. Etter fødselen ble ungen flyttet i full hast til nyfødt intensiv, dette fordi barnet hadde fått en lungebetennelse under fødselen. Hun sier til dette; *alt det som skjedde var en forsømmelse fra legen sin side. Hvis Gud ikke hadde vært med oss, hadde vårt barn ikke vært her*.

5.2.2 Sammenlikning med tidligere erfaringer i eget land

Respondentene var entydig på at de stolte mer på legene i sitt eget land. De opplevelser de husker med leger i sitt land, er å bli hørt og bli tatt vare på. Disse opplevelser forsterket deres forståelse om legens kunnskapsnivå og behandling av dem som pasienter. Alle de ni respondentene mente at deres lege i Latin Amerika hadde en mer troverdig måte å behandle dem på, at de kunne stole på legens diagnose og behandling.

En av respondentene var spørrende til hva det var som gjorde at legen var så lite interessert i henne som pasient. Hun forteller; *med min fastlege i mitt land, ... jeg forteller han alltid hva jeg har av symptomer. Han sjekker øynene mine, han gjør at jeg åpner munnen, ser på mine ører, sjekker magen min, hører på hjertelyden og tar blodtrykket. Dette er som en slags regel, de sjekker deg alltid før noen behandling. Jeg vet ikke... legen der vet... her skjer det aldri. Ikke før jeg sier at jeg har vondt i øynene eller ørene. Ellers sjekker de deg ikke... de tar aldri kontakt med deg... jeg vet ikke...* Hun savner den interesse som hun sier legen burde ha for sine pasienter. For henne er det vanskelig å forstå hva grunnen er til at legen oppfører seg slik mot sine pasienter. Det er ingen tvil om at legens oppførsel forvirrer henne.

En annen av respondentene, som har vært gjennom en kreftsykdom sier: *legene i Latin Amerika undersøker deg fra tå til topp og tar alle nødvendige prøver om det trengs. Det jeg har opplevd her, er at de ikke gir deg trygghet på noe... for eksempel, at de ordner med en blodprøve hvis du har hatt en infeksjon med en resistent bakterie... de undersøker ikke om infeksjonen er over. For meg virker det som om de synes at dette ikke er viktig...at du ikke er viktig.* For henne har det vært vanskelig å akseptere at det er slik det er her i Norge. Da hun skulle reise på ferie til Latin Amerika ble hun anbefalt å besøke venninnens gynekolog. Hun sier; *jeg tror at min venninne ikke stoler på sin gynekolog her i Norge...* Hun nevner også at venninnen ikke er alene om å besøke en lege når hun kommer til Latin Amerika. Det finnes mange latinamerikanere som velger å bli behandlet i sitt eget land, mens de er på ferie. Hun sier at det kan hende at latinamerikanere setter mer pris på hjemlandets leger enn de legene som finnes her i Norge. Hun lurte om grunnen til dette er at legene i Latin Amerika ser ut til å være mer nøye når de skal behandle eller medisinere pasientene.

Av de ni respondentene var det syv som var veldig positiv overfor den måte helsevesenet er organisert i Norge. Det de trakk først og fremst fram er den retten man har til å få behandling, selv om man ikke har penger. Da de sammenliknet det latinamerikanske helsevesenet med det norske helsevesenet, fortalte de om de konsekvensene som den latinamerikanske organisering har over de fattige og de rike. To av syv respondenter har familiemedlemmer som ikke hadde hatt råd til å få en verdifull behandling. En av dem sier; *der ser de hvor mye du har, og på bakgrunn av det behandler de deg... uheldigvis er det slik i mitt land... men her i Norge er det ikke slik, det liker jeg fra Norge. I mitt land, hvis du har penger behandler de deg bra, hvis du ikke har... er du den siste i køen, slik er det, slik er det...* Den andre fortalte om sin tante i Latin Amerika, som har hatt problemer med hoften i mange år, hun sier; *tanten min sparte alltid pengene til sin operasjon. Hun var pensjonist og tjente lite. Da hun hadde nok penger til å bli operert...tidligere hadde det blitt bestilt en protese fra Tyskland og det var den hun fikk operert inn. Problemet viste seg da selve benet hadde blitt forandret, det var slitt og dette gjorde at protesen ble helt løs. De måtte operere på nytt... slik skjer ikke her.* Hun selv har vært gjennom en liknende operasjon her i Norge, og hun er takknemlig for at hun ikke trengte å vente så lenge som sin tante. Generelt sett var hun positiv overfor organiseringen av helsevesenet.

En annen av de syv respondentene sammenliknet de norske sykepleierne med sykepleierne fra sitt eget land. Hun trakk fram hvor stor forskjell som finnes i pleie og behandlingen mellom et privat og et offentlig sykehus i Latin Amerika. Hun sier; *her er sykepleierne profesjonelle... de bruker veldig mye psykologi med pasienten, de er myke og søte... her vil ikke... for eksempel i mitt land har jeg truffet noen sykepleiere når jeg har besøkt familiemedlemmer på sykehuset... det virker som at de tar med seg på jobb de problemer de har hjemme... det er det inntrykket jeg fikk av sykepleierne. Heldigvis vi... min man jobbet i en bank, vi brukte et privat sykehus hvor behandling og pleie var helt annerledes.*

Det er ikke alle som er fornøyd med den pleie og behandling de får her i Norge. En av de ni respondentene trekker fram sine tidligere erfaringer med sykepleierne i sitt land. Hun stiller seg veldig kritisk til den pleie og behandling hun har fått her i Norge. I hennes tilfelle har hun hatt jevnlig kontakt med helsevesenet på grunn av sin kroniske sykdom. Hun forteller at hun ser de norske sykepleierne som lite profesjonelle, sammenliknet med sykepleierne fra hennes land. Hun sier; *sykepleierne holder avstand, ... du finner ikke den omsorg som en sykepleier burde ha... som sykepleierne har i mitt land. Fra tidligere har jeg mange erfaringer med sykepleierne i mitt land... det er de som er første ledd, før du kommer til legen... og jeg har ikke opplevd den kontakten slik jeg opplever det her.* Hun savner den omsorgen hun har opplevd med sykepleierne i sitt land. Hun lurer på om det er selve møtesituasjonen som bidro til at omsorgsopplevelsen ikke er til stede. Hun bemerket at hun uttalte seg med bakgrunn i en opplevelse hun hadde hatt en gang på legevakten i Norge.

Som en viktig del av respondentenes erfaringer var deres opplevelse av å ha fått hjelp av Gud da de hadde det vanskeligst. Gud er en viktig støttespiller for mange latinamerikanere, spesielt i krisesituasjoner. I dette tilfelle hadde denne kvinnen vært gjennom en hofteoperasjon, hun ble veldig glad når hun så en bibel da hun ble innlagt på sykehuset. Hun sier: *jeg var innlagt på Lovisenberg... for meg var det veldig godt ... fordi da jeg kom inn, ser jeg en bibel. Forstår du det, denne verden som er så kald og tung, og der var bibelen. Og hvis de tilbyr deg å kjøre deg til messe mens du ligger på sengen, så gjør de det... jeg følte meg vel, jeg var i mitt miljø...i det miljøet jeg lever i.* For henne var denne opplevelsen viktig for at hun skulle føle seg vel, for at hun skulle føle seg hjemme. Det var nok denne opplevelsen som hjalp henne til lettere å akseptere sin daværende situasjon.

6. Diskusjon

I dette kapitlet skal de funn som har blitt presentert i kapittel 5 diskuteres. Diskusjonsdelen er organisert med bakgrunn i kodegruppene. Hovedgruppene i diskusjonsdelen er kommunikasjon og erfaringer. Kommunikasjonsdelen er delt i to, latinamerikanske kvinners erfaringer i deres kommunikasjon med lege og sykepleier. Erfaringsdelen blir en generell del om hvordan disse respondentene har erfart sin kontakt med helsevesenet. I denne delen vil ikke betydning av respondentenes religiøse tro i forbindelse med sykdom bli diskutert.

6.1 Kommunikasjon

6.1.1 Latinamerikanske kvinners erfaringer i møte med legen

Det finnes tre grunnelementer i kommunikasjonen, senderen, mottakeren og budskapet. Hvordan mottakeren oppfatter budskapet er med på å bestemme om budskapet har blitt forstått eller misforstått. I en mellommenneskelig relasjon sender man verbale og nonverbale signaler, disse to typer signaler er like viktige når vi kommuniserer med andre mennesker. Alle respondenter har opplevd å *ikke bli tatt på alvor* av legen. Det som var mest fremtredende for respondentene var legens bruk av *den blå boka*, måten legen snakket på og var *mot* dem, i løpet av legebekøet. Et av spørsmålene som kommer fram her er om det var asymmetrien i relasjonen som styrte kommunikasjonen? Eller var det legens mangel på kompetanse omkring kommunikasjon med pasienter med en annen kulturell bakgrunn, som gjorde at respondentene opplevde situasjonen slik de gjorde?

I kommunikasjon med pasienter står helsepersonellet i en maktposisjon. I dette tilfelle er det legen som sitter med en kompetanse som per definisjon disse respondentene ikke har, den medisinske kompetanse. Respondentene på sin side har den unike kompetanse som bare de kan ha, og det er kompetanse om seg selv. Forskjellen mellom legen og respondenten er at; det er respondenten som trenger og mottar hjelp. Legen og respondenten er i en omsorgssituasjon, og enhver omsorgssituasjon er asymmetrisk. En slik situasjon har disse respondentene opplevd tidligere i sitt land, hvor settingen for opplevelsen har vært annerledes. Respondentenes fortelling om sin opplevelse viser lege – pasient kontakten har

vært påvirket av legens paternalistiske holdning til de som pasienter (Eide & Eide, 1996, s.53). En av respondentene forteller hvordan hun erfarte et av sine møter med legen i Norge:

”Jeg er noe usikker på legene her i Norge på grunn av at de tar fram boka hver gang man er på legebesøk... de ser boka for å være 100 % sikker på hva det er som feiler meg... i starten stemte dette ikke for meg, mens nå... jeg vet ikke, kanskje er det vanlig...
(VII)

Videre forteller hun om hvordan det var i hennes land:

”Det der skjer ikke i mitt land... i mitt land når du er hos legen, undersøker han deg og vet hva det er du trenger av medikamenter. Her er ikke det slik... her må de være sikker... i legen vet ikke hva det er som skjer med deg... og det gir usikkerhet” (VII)

Hennes fortelling om situasjonen i Norge viser at hun opplevde disse møter som en stor omveltning i sitt syn på legens ansvar for henne som pasient. Denne omveltning innebærer en endring i hennes forventinger til legen som den omsorgsperson hun var vant til fra sitt land. Nye kjennskap til legens rolle kan ha bidratt til at hun senere valgte å endre sin rolle som pasient. En rolle som hun ikke er kjent med og som blant annet innebærer å være med på å bestemme hvordan hun skal ta ansvar for sin egen helse.

Å ta ansvar for egen helse kan hjelpe pasienten å bli mer bevisst på legens kommunikasjon og håndtering av symptomer. Indirekte kan dette hjelpe pasienten å se legens rolle og kommunikasjonsmåte, med kritiske øynene. Respondentens fortelling viser misnøye i legens atferd under et legebesøk. For henne er det ikke naturlig at legen skal se på datamaskinen og ta lett i bruk den *blå boka* for å finne diagnosen, mens hun er der. Legens bruk av denne boken gjør at hun blir usikker på legens medisinske kompetanse. Denne følelse deler hun med de andre åtte kvinner som deltok i denne studien.

Man kan spørre seg om denne usikkerheten er et resultat av de opplevelser disse respondentene hadde før de kom til landet? Dette er et spørsmål som kommer fram fordi syv av respondentene som deltok i denne studien kom som flyktninger til Norge. Om dette utgjør en forskjell på opplevelsen av å bli ivaretatt av legen er vanskelig å si, men det man kan si med sikkerhet er; at mennesker som ble tvunget til å emigrere, har andre forventninger enn mennesker som emigrerte av egen vilje. Som en kvinnelig flyktning fra Latin Amerika sa under en kvinnekongress: *Det eneste som opptar oss er muligheten til å komme tilbake, vi er her midlertidig og lever med kofferten klar under sengen. Det er slik at hvis vi får høre at vi kan dra tilbake, så drar vi.*

Mange flyktninger lever i et konstant håp om å dra tilbake. Forskjellen med den andre gruppe innvandrere er at de har vært tvunget til å dra fra sitt eget land på grunn av politiske, religiøse, sosiale eller etniske årsaker. Dette betyr at muligheten for å vende tilbake er minimalt så lenge situasjonen i deres land er den samme, men for mange forsvinner håpet ikke før mange år har gått. Bustos (1997) sier at enhver migrasjonsprosess bringer identitetsfølelsen ut av balanse, og dette kan lett utvikle seg til en krise som påvirker individet, dens familie, venner og vertslandet. Videre viser han til forskjeller mellom frivillig og tvunget migrasjon. Frivillig migrasjon er når selve individet har besluttet å migrere og hvor årsakene kan være mange. Når et menneske emigrerer på grunn av politiske eller etniske faktorer gjør dette at bakgrunnen for migrasjonen endrer graden av frivillighet i selve migrasjonsprosessen. Dette betyr at fra å være et frivillig valg, vil dette blitt endret til å være tvungen migrasjon. Menneskets sosiale status endres fra å tilhøre et samfunn til å bli flyktning (Arenas, 1997, s. 42).

Bustos (1997) sier at flyktningstatus medfører en stor påkjenning i et menneskes liv. Med endring av status blir det en lang rekke tap, som til sammen veier tungt. Endring i ens eget liv, med tap av det daglige liv og sosial status, av kontakt med venner og familie, danner utgangspunktet for flyktningens konfrontasjon med store utfordringer i vertslandet. Utfordringene vil variere alt etter menneskets alder, sosial status, utdanningsnivå, traumatiseringsgrad, etnisk tilhørighet og i hvor høy grad individet blir akseptert i vertslandet. Summen av disse faktorer bidrar til at individet får alvorlige problemer med identitetsfølelsen. Denne nye livssituasjon i et nytt land, med nye sosiale regler og kultur, gjør at individet må justere sin identitet. Endring av identiteten bidrar til at individet og de nærmeste kommer i en krisesituasjon. I første fase av krisen med sine psykologiske og sosiale endringer, spiller identiteten en viktig rolle i hvordan individet vil tilpasse seg og vil integrere seg i det nye samfunnet (Arenas, 1997, s. 42).

Tre av respondentene var for første gang hos legen på grunn av angst. De forteller at de fikk angstanfallet som en reaksjon på det de hadde vært gjennom før de kom til Norge. De sier at det hadde ikke gått lang tid etter de hadde flyttet til Norge, at de måtte til legen. Som en av respondentene beskriver grunnen til at hun kom til legen:

Den første gangen var på grunn av nervene. Fordi det jeg gjorde var å gråte, og å gråte. Jeg kom til Norge i april og begynte å jobbe i august. Men alt var så vanskelig... det er da legen sa til meg at jeg hadde tilpasningsproblemer. (III)

Videre forteller hun hvordan hun opplevde sitt første møte med legen:

Jeg tror at han ikke var interessert. Jeg så ikke interesse, hvorfor? han spurte; hva gjør de?...jeg tenker at han tenkte... hva gjør denne kvinnen her, hun kan ikke snakke norsk en gang... (III)

Denne respondentens opplevelse av sin kommunikasjon med legen kan indirekte ha vært påvirket av hennes nye livssituasjon. Hun selv forteller at hennes møte med det nye samfunnet, med de nye samfunnsregler, det nye språket, de nye normene og en ny livssituasjon bidro til at hun fikk et angstanfall. Et livssituasjon som hadde endret seg tre ganger i løpet av fem år. Alt tyder på at den første gangen hun var hos legen, befant hun seg i en krisesituasjon. Dette kan ha bidratt til at hun opplevde sitt møte med legen slik hun gjorde.

Det er sant at respondentenes livssituasjon der og da kan forklare litt av grunnen til den negative opplevelsen av sin kommunikasjon med legen, men det er vanskelig å utelukke andre mulig årsaker til den negative opplevelsen. Om man ser hvordan respondenten har opplevd kontakten med legen etter mange år i Norge, finnes det noen få forskjeller.

Forskjeller som kan ha bakgrunn i respondentenes forklaring og forståelse av deres kommunikasjon med legen. En av respondentene opplevde en endring i sin kommunikasjon med legen, da hun byttet lege. Hun forteller hvordan det var med sin første lege:

Da jeg sa til legen... jeg har hatt problemer... har problemer med gastritt og jeg fikk noen medisiner som jeg brukte i mitt land... nå som sykdommene har kommet tilbake... symptomene er de samme. Legen sa til meg at jeg måtte passe på det jeg spiste og alt det der... ting jeg visste fra før... men hun ga meg ingen medisin som kunne hjelpe meg... det jeg ba henne om, fordi jeg viste at de medisinene kunne hjelpe meg... (II)

Hennes opplevelse var at legen tok ikke på alvor det hun sa om sine tidligere erfaringer med sine mageplager. Denne episoden var en av mange som gjorde at hun bestemte seg for å bytte lege. Hun sier at det hjalp veldig mye å bytte lege, i dag opplever hun å ha en god kommunikasjon med sin nye lege. Før hun byttet, hadde hun hørt positive omtaler om sin nye lege, omtaler som hun bekrefter i dag. Men hva er det som har gjort at hun opplever at hun kan kommunisere bedre med sin lege denne gangen? Var det hun som ble mer åpen i sin kommunikasjon? Eller er det legen som er mer bevisst i sin kommunikasjon med pasientene?

En studie gjennomført i USA viser at latinamerikanske mennesker setter pris på personlige samtaler når de skal informeres om vanskelige diagnoser. Som en generell regel setter

latinamerikanere pris på vennlighet (*simpatia*) og personlig kontakt (*personalismo*). Vennlighet er et latinamerikansk kulturelt positivt behov i enhver menneskelig relasjon. Mennesker som bruker vennlighet vil bli behandlet høflig, bli respektert og vil ikke bli utsatt for noen form for kritikk eller konfrontasjon. På samme måte kan man se at de mennesker som er vennlige opplever at den latinamerikanske pasienten kan gjøre seg enig til tross for at de ikke forstår det som har blitt sagt. Når det gjelder personlig kontakt, har latinamerikaneres forkjærlighet til mennesker som dem selv, altså latinamerikanere, eller mennesker som man har blitt kjent med under en behagelig samtale som er latinamerikanere med en liknende bakgrunn (Caudle, 1993, Zoucha, 2008).

Muligheten for at hun har blitt mottatt med vennlighet og opplevelsen av å ha en personlig kontakt med legen, kan ha vært med på at hun erfarer sin kontakt med sin nye lege som positiv. Opplevelsen av å bli hørt og bli tatt på alvor, er noe hun har savnet med sin forrige lege. Når hun forteller om hvordan hun opplevde kontakt med sin forrige lege, viser hun noe oppgitthet. Her forteller respondenten om en annen samtale med sin forrige lege:

hver gang jeg går til legen spør hun meg, hva tror du at du har? Greit, jeg tror...disse er mine symptomer...men jeg kommer for at du skal fortelle meg hva er det jeg har...ikke at jeg skal fortelle hva er det jeg tror jeg har, fordi jeg kan si til deg at jeg har tusen forskjellige sykdommer...om det er slik kan jeg like gjerne søke på internet...og trekke fram mine egne konklusjoner, på noe jeg tror jeg har...jeg blir usikker fordi legene ikke vet nok...
(I)

Denne følelse av usikkerhet ble så sterk for respondenten at hun gruet seg for å dra til legen. Det å bli spurt av legen om *hva hun trodde hun hadde* opplevdes som negativt, samtidig som det virket negativt på kommunikasjon mellom henne og legen. Det synes som at det ikke var nødvendigvis bare var å bli spurt *hva det var hun trodde hun hadde*, men også å ikke bli tatt på alvor av legen da hun svarte på spørsmålet. Dette er en av grunnene som bidro til at hun mistet respekt og tillit til denne legen. Det som også kan ha spilt en viktig rolle i denne opplevelsen, er måten legen kommuniserte med henne i løpet av samtalen. Hele situasjonen kan ha bidratt til at legens *autoritet* forsvant i hennes øyer.

Respekt for autoritetene er en viktig egenskap i Latin Amerika. Som tidligere nevnt er respekt for gamle, noe latinamerikanske mennesker vil lære i løpet av barndommen. Respekten for gamle har grunnlag i de gamles visdom og erfaring. Senere i livet er det respekten for menneskets kunnskap og erfaring som gjelder. Leger og sykepleiere har en

selvskreven autoritet på bakgrunn av sin yrkesrolle og utøvelse av den. Dette er med å gi legen makt og ansvar, sett med den latinamerikanske pasientens øyne. Respekt for autoritetene, i dette tilfelle legen, utelukker ikke evnen til å se kritisk på det legen gjør. Evne til kritisk sans vil variere med menneskets sosial -og utdannelsesnivå.

En annen respondent som også fikk en endring i positiv retning i sin kommunikasjon med legen, sier at bytting av lege skjedde i forbindelse med at hun flyttet. I hennes tilfelle er hun takknemlig for dette. Hun forteller om det som skjedde med henne:

Etter noen år begynte jeg å ha hodepine...hver eneste dag, hadde jeg hodepine. Alle mente at jeg hadde migrene. Smertene var så sterke at jeg kunne bli kvalm, ...noen ganger måtte jeg stoppe bilen og ta en hodepinetablett og vente en stund uten å kjøre, slik at tablettene begynte å virke. Det som skjedde er at en dag ringer legen meg og sier; vi skal henvise deg til en psykiatrisk avdeling...men dette er ikke psykisk, dette er en hodepine...sa jeg...det må være noe der inne...noe som påvirker meg. Fordi det er veldig vondt, og hvis det ikke migrer; hvorfor er jeg kvalm hele tiden? (II)

Hun forteller videre:

Med en gang jeg var ferdig med skolen, flyttet jeg til en annen kommune. Jeg søkte en ny lege og denne legen fortalte at han ville undersøke meg nøye, fordi dette hørtes ikke bra ut. Det du trenger er ikke en psykologisk behandling, du trenger en dypere undersøkelse...det kan hende at det er et hormon som mangler. Jeg tok noen prøver og uken etter måtte jeg reise...fordi jeg hadde ansvar for å ta med hele gruppen til Spania. Svaret kom i løpet av en uke...det viste seg å være langt mer alvorlig enn jeg hadde forestilt meg. (II)

Da hun traff legen etter turen til Spania, sier legen:

Du burde ikke ha reist...men hvorfor? Spurte jeg...ingen har sagt til meg at jeg ikke kunne dra. Jeg var frisk for å reise...jeg følte meg frisk...nei...sier han...du har en svulst i hjernen, det er en stor svulst...Det du har er en svulst i hypofysen. (II)

Hele situasjonen bekreftet for henne at hennes første lege ikke tok henne på alvor da hun fortalte han om sine symptomer. Legen trakk sine egne konklusjoner, uten å ta hensyn til det hun hadde fortalt han. I dette tilfelle tok legen en paternalistisk holdning overfor henne, han tolket ut i fra det hun hadde sagt til han og sto på det han hadde kommet fram til, at det hun feilet var psykisk, - ikke fysisk.

Ordet paternalisme kommer fra ordet *pater* som betyr far. Paternalisme betyr at noen tolker den andres behov for dem, i den tro at tolkningen som gis er den riktige. Innenfor profesjonell omsorg arter paternalisme seg som en tilsidesettelse av personens rett til

selvbestemmelse, med begrunnelse i at personen ikke selv har evne eller innsikt til å se sitt eget beste. Den etiske begrunnelse for paternalisme er alltid hensynet til personens beste. (Henriksen og Vetlesen, 1998, s.178).

Rodriguez-Osorio og Dominguez-Cherit (2008) sier at paternalisme kan være myk og hard, bred og trang, ren og uren, moralsk og omsorgsfull, aktiv og passiv. Filosofien om den myke paternalisme sier at legen eller staten kan hjelpe deg til å ta de valgene du kunne ha tatt uten hjelp. Myk eller svak paternalisme er en filosofi som sier at legen eller staten kan hjelpe pasienten til å bestemme hva som er det beste for en selv. - Noe som pasienten kunne ha gjort selv hvis pasienten hadde sterk vilje og var oppegående nok til å gjøre det uten hjelp. Svak paternalisme går ut på at det er lov å være med og endre retning i behandlingen, hvis endringen kan bidra til et bedre resultat. Mens hard paternalisme forbyr pasienten å bestemme noen ting, alt bestemmes av andre. Den myke formen for hard paternalisme har til hensikt å dreie det pasienten har bestemt, med å overta på en behagelig måte, pasientens frihet til å velge (Rodriguez-Osorio og Dominguez-Cherit , 2008).

I en omsorgssituasjon er det ikke uvanlig at helsepersonellet tar en paternalistisk rolle. Som helsepersonellet er det lettere å innta denne rollen på bakgrunn av det helsefaglige ansvar man har for pasienten. I enkelte tilfeller kan dette skje uten at noen av partene er dette bevisst. Neste spørsmål er hvilken form for paternalisme helsearbeideren vil bruke? I dette tilfelle har legen ikke bare tatt en paternalistisk holdning overfor respondenten, men legen har også undervurdert respondentenes evne til å vite sitt eget beste. Det synes som at legen brukte en hard form for paternalisme, fordi det som denne legen gjorde var å svekke respondentenes evne til å utøve autonomi.

I den vestlige verden blir begrepet autonomi vanligvis oppfattet som menneskets evne til å bestemme over seg selv. Den norske staten har satt dette begrepet på dagsorden da pasientloven ble endret for ca to år siden. Denne endringen har ført til at helsepersonellet har fått en større bevissthet om pasientens evne til å utøve autonomi og derfor legger større vekt på pasientens autonomi i en omsorgsrelasjon, både til fordel og ulempe for pasienten. Fordelen er at på bakgrunn av denne loven har pasienten fått flere rettigheter. Ulempen er at pasientene ikke alltid er godt informert om sin diagnose eller behandling og derfor er pasienten i større fare for å velge feil (Tranøy, 1999, s.126).

Den alminnelige forståelse av begrepet autonomi gir individet et bilde av total uavhengighet og stor frihet til å bestemme over eget liv. Ruyter (2000) sier at pasientautonomi kan forstås som et prinsipp, som defineres som respekt for pasientens ønsker og behov når en avgjørelse skal tas. Det kan forstås som en egenskap en person kan ha, den kapasiteten personen har til å handle i tråd med egne planer og ønsker, avhengig av personens livssituasjon, og til sist kan forstås som en rettighet. I Norge har retten til selvbestemmelse hovedsakelig vært aktuelt da pasienten har nektet noen form for behandling. Det er derfor viktig at pasienten får en mest mulig nøytral informasjon, om pasienten skal forstå hva egne valg gjelder og konsekvenser som de ulike behandlingsalternativer kan ha (s.112, s.113).

I en omsorgsrelasjon blir mennesket avhengig av andres hjelp til å bli frisk. Avhengighet synes å være et uønskelig begrep i det moderne samfunnet. For mange er det å være et avhengig menneske det samme som å være svak og mislykket, mens det å være uavhengig er det samme som å være sterk og vellykket. Fra et moralsk og etisk syn er avhengighet til andre en del av det å være menneske på grunn av ens liv er innvevd i andres, og omvendt. Som mennesker er vi avhengig av andre, men vi har også behov for å være separate individer, atskilt fra alle andre. Dette gjør at vi befinner oss i et krysningspunkt mellom avhengighet av andre, på den ene siden, og streben etter å utvikle og bevare vår autonomi på den andre (Henriksen og Vetlesen, 1998, s.77).

Legens harde paternalistiske holdning hadde nok ikke som hovedfokus å ta være på respondentenes autonomi. Det som kan være interessant å se er hva som er grunnen til at legen inntok denne rollen? Var det med bakgrunn i legens eventuelle fordommer til innvandrerkvinner? Eller var det legens holdninger om flyktninger eller traumatiserte menneskers psykiske tilstand?

Møter med fremmede kulturer stiller krav til toleranse, og enkelte ganger er det språkproblemer som kan vanskeliggjøre diagnoser og behandling. Det er grunn til å tro at de utfordringer legen møter i kommunikasjon og behandling av innvandrerpasienter gjør at legene opptrer paternalistisk overfor pasienten. Noen ganger kan dette komme til uttrykk med at legen unnlater å informere pasienten fordi han har tatt det for gitt at pasienten ikke forstår informasjonen (Ruyter, 2000, s.18, Gordon, 2006).

På samme måte kan mangel på kunnskap om den enkelte pasienten bidra til utvikling av fordommer rundt pasienten og pasientens kultur. Felles for fordommene er at de er forhåndsdommer som vi gjør oss før vi har undersøkt hvordan virkeligheten faktisk er. Fordommer kan i prinsippet være både positive og negative, men som regel brukes disse i negativ forstand. Når fordommer brukes for å stemple, eller stigmatisere mennesker eller grupper, snakker man om stereotyper (Eriksen, 1997, s.63).

Stereotyper er forenklete beskrivelser av en hel gruppes kulturtrekk. Vanligvis er stereotyper overdrevne og tendensiøse beskrivelser av virkeligheten. Til tross for dette forekommer det at stereotyper har et snev av virkelighet i seg. Stereotyper kan også fungere som selvoppfyllende profetier og selv om de er med å skape orden i tilværelsen og trygghetsfølelse, kan disse være skadelig når de er satt i system (Eriksen, 1997, s.55, Machado, 2001).

Våre holdninger er med å påvirke vår verbale og non-verbale kommunikasjon med pasienten, i dette tilfelle var det legens kommunikasjon med respondenten. Det er vanskelig å bekrefte om denne legen hadde forutinntatte meninger om innvandrerkvinner eller flyktnings psykisk tilstand. Det som man kan anta er at legens forutinntatte meninger har vært med å påvirke legens evne til å se denne kvinnen som et enkelt individ, med egne tanker og meninger.

En annen faktor som ser ut til å ha påvirket kommunikasjon mellom respondentene og legene, er legens tidsbegrensning under legevisitten. En av respondentene forteller at for henne er det viktig å ha god tid hos legen. Hun ser at legetimene er tidsbegrenset til 20 minutter, noe hun mener er for kort tid. Når hun tenker tilbake, sier hun at dette er noe som hun ikke har opplevd tidligere da hun bodde i sitt land.

Hun forteller om bakgrunnen for dette:

Jeg har sett meg nødt til å bestille to timer hver gang, forstår du?...og det er for å ha god tid i tilfelle han skal undersøke meg, eller jeg ønsker at han tar en prøve eller liknende. Da blir begge rolige, fordi ellers så vil jeg ikke gå til den legen... slik skjer ikke i Latin Amerika.
(VII)

Det er ingen tvil om at å ha god tid hos legen betyr mye for respondenten. Tid gir henne mulighet til å prate med legen om det hun lurer på, uten å bli bekymret om at timen er snart over. Hun sier at å ha tid til å prate med legen, gir henne trygghet. Hennes forventninger til

hvor lenge legebesøket skal være, har nok bakgrunn i hennes tidligere erfaringer med hennes lege i Latin Amerika. For henne er det viktig å få prate med legen, og få spørre legen om alt hun lurer på. Respondentens opplevelse kan bekreftes med en studie gjennomført i USA, hvor ønsket var finne ut hvor mye tid som ble brukt i USA og Mexico, da legen skulle informere pasientene. Resultatene viste at legene i Mexico gjennomsnittlig brukte 2,1 minutter av den totale interaksjon med pasienten i informasjon til pasienten, og stilte gjennomsnittlig 27,3 spørsmål og pasienten spurte gjennomsnittlig 1,5 spørsmål per møte. Da det ble målt oppmerksomhet når det gjaldt socioemosjonelle problemstillinger, var den meksikanske legen sett på som mer engasjert, tålmodig, egalitær og respektfull. Resultatet viste at legene i Mexico klarte å fange pasientens behov for informasjon mye bedre enn legene i USA (Waitzkin, 1996). Det synes som om at legene i Mexico er mer opptatt av den personlige kontakten med pasienten. Det er mulig at det er dette respondenten savner, den type personlig kontakt hun kunne ha hatt med sin lege i Latin Amerika.

I denne studien er det ikke mulig å bekrefte eller avkrefte om respondentene ville ha hatt en bedre/tilfredsstillende pasient – legerelasjon om legen brukte lengre tid under legebesøket. Det som kan trekkes frem er at kommunikasjon mellom legen og pasienten kan bli bedre med bruk av lengre tid. Pasientens språklige begrensninger kan bidra til at det er større fare for misforståelser mellom legen og pasienten. Disse begrensninger kan, for eksempel, også gjøre at pasienten får med seg lite av informasjonen som gis av legen i forbindelse med bruk av medisiner (hvor ofte eller mengde) og dette kan jo gi katastrofale resultater. I andre tilfeller kan det gjøre at pasienten ikke følger opp behandlingen fullt ut, med en forverring av tilstanden som resultat (Morales, 2002).

Det derfor viktig at helsepersonellet fortløpende vurderer bruk av tolk i slike tilfeller. Bruk av tolk er med å forebygge disse språklige misforståelser, og kan bidra til en tryggere pasient – legerelasjon. I noen tilfeller ønsker pasienten å bruke egen familie som tolk. Men her er det viktig at nettopp sykepleieren/legen tar eller overtar ansvaret for å finne en tolk som ikke tilhører eller har hatt kontakt med pasienten/familien fra før. Grunnen til dette er faren for eventuelle konflikter innenfor familien. Gjelder det mor/far og barn kan blant annet respekten for de gamle være med å påvirke oversettelsen av legens uttalelse.

6.1.2 Latinamerikanske kvinners erfaringer i møte med sykepleieren

Respondentene har stort sett erfart sin kommunikasjon med sykepleieren som positiv. Det som ikke ble helt klart var om respondentenes erfaringer var med sykepleiere eller hjelpepleiere. Uklarheten kan ha sammenheng med at noen av respondentene har vært vant med fra sitt tidligere land, at yrkesrollene er mer markert og at det er synlige forskjeller mellom sykepleiere og hjelpepleiere. En av respondentene forklarte det slik:

Sykepleieren er som om hun... jeg vet at legen er den som går legevissiten... klart... sykepleieren er den som gir medisinen og som går visitten sammen med legen for å vite hva det er som skjer... og under sykepleieren har vi hjelpepleieren som er nærmere pasienten.
(IX)

Hun forteller videre:

I mitt land, forskjellene mellom sykepleiere og hjelpepleierne markeres mye... man gjør forskjell... du er det, og du er det. Mens her det finnes nesten ikke forskjeller.
(IX)

For henne var det lettere å forholde seg til sykepleierens eller hjelpepleierens oppgaver da hun bodde i sitt land. Da hun ble spurt hvordan hun kunne vite at den hun snakket om var sykepleieren, hadde hun vansker for å bekrefte dette, nettopp fordi det var vanskelig for henne å se forskjeller mellom sykepleierens og hjelpepleierens oppgaver. Det er vanskelig å vite om dette påvirker sykepleier – pasient relasjon, dette er noe som ikke er mulig å konkludere med i denne studien.

Sykepleierens kommunikasjon med innvandrepasienter kan oppleves som en utfordring for mange sykepleiere. Ingrid Hanssen (2002) sier at språkbarrierene mellom ikke-vestlige pasienter og sykepleiere er mer et praktisk enn et etisk problem. Et stort antall sykepleiere aksepterer den dårlig kommunikasjonen som noe uunngåelig, og det er grunnen til at de gjør lite for å løse problemet. De få som velger å gjøre noe med situasjonen finner løsninger som kan føre til etiske problemer. Det synes som at situasjonen har vært annerledes med respondentene i denne studien (s.207)

Man må huske at studien til Hanssen (2002) har som hovedgruppe sykepleiere som har vært i kontakt med pasienter fra Midtøsten. Dette er noe som kan gjøre det vanskeligere for sykepleieren å identifisere seg med pasienten, og omvendt, på grunn av de store kulturforskjellene. Spørsmålet er om sykepleierne opplever kommunikasjonen på samme

måte med pasienter fra Latin Amerika? Hva kan årsaken være at kommunikasjonen går mye lettere med sistnevnte pasientgruppe?

Med bakgrunn i respondentenes uttalelser synes det å ikke være noe problem med kommunikasjonen med sykepleiere. Grunnen kan være at sykepleierne identifiserer seg mer både kulturelt og samfunnsmessig med pasienter fra Latin Amerika, i tillegg til at den latinamerikanske pasientgruppen blir oppfattet som en mer åpen gruppe, kulturelt sett. Alle disse faktorer kan ha bidratt til at sykepleierne er mer åpne i sin kommunikasjon med latinamerikanske pasienter.

Uansett, man kan ikke se bort fra at det finnes enkelte sykepleiere som fremdeles har vansker med å håndtere kommunikasjon med innvandrerpasienter generelt. Kumar (2002) sier at å behandle pasienter som vi ikke er interessert i eller som vi misliker, er en del av helsearbeidernes hverdag. I slike tilfeller må en være profesjonell nok til å håndtere en slik situasjon. Gjelder dette innvandrere eller flyktninger, så kan mange helsearbeidere føle en moralsk plikt til å like pasientene – først og fremst for å ikke bli kalt rasist. Det som mange ikke er klar over er at når en bruker kommunikasjonsformer eller begreper som man ikke ville bruke på seg selv, er dette også en form for rasisme (s.107).

To av respondentene var misfornøyd med kommunikasjonen og den behandlingen de hadde fått av sykepleieren. En av dem forteller en situasjon hun opplevde på legevakten:

Det kan være på grunn av jeg har nesten ikke hatt kontakt med sykepleierne her i Norge, bare når det har hendt noe akutt med meg. Når jeg fikk (fordi jeg har hatt det i det siste) angstanfall, det som skjedde... den siste gangen var jeg veldig dårlig og sykepleieren, ... en av dem hentet en rullestol for at jeg skulle sitte der, fordi jeg var i ferd med å besvime ... men den andre så at jeg satt på rullestolen og begynte å spørre meg, ... hun stilte meg spørsmål... så jeg sa til henne, ... jeg følte at jeg skulle falle når som helst... jeg sa til henne at der var det, jeg hadde tatt med meg et kort ... jeg sa at hun kunne se der det hun trengte å vite om meg, og jeg kunne ikke svare for meg... men hun fortsatte å insistere om dette.

(VIII)

Videre forteller hun:

Jeg så verken omsorg eller beskyttelse, fordi det jeg trengte da var noen som kunne forstå det jeg gikk gjennom. Det jeg ønsket var å få hjelp, eller få i hvert fall et lite kjærtegn, omsorg eller tilbakemelding.

(VIII)

Sykepleieren overså at respondenten ikke var i stand til å svare på spørsmålene og at respondenten hadde behov for omsorg og forståelse. Respondenten på sin side, hadde ikke

mulighet til å uttrykke sitt ønske og behov på grunn av sin manglende språkforståelse. Om det var sykepleierens usikkerhet i situasjonen som bidro til at respondenten opplevde situasjonen som traumatisk, er ikke lett å vite. Det som er lett å se er at sykepleieren ikke opptrådte på en profesjonell måte, hennes manglende kulturelle kompetanse og omsorg overfor pasienten var det som ødela en mulig positiv sykepleier – pasient relasjon.

Jensen (2001) sier at usikkerheten har en tvilling som heter engstelse. Engstelse bygger på negative forventninger, og negative forventninger bygger ofte på stereotypier. Disse stereotypier dannes især av mediene og politikerne, som er medansvarlig for at det bygges negative stereotypier rundt etniske minoriteter, dette kan skje da det fokuseres på vold og kriminalitet blant innvandrerungdom. Alt dette vil bidra til at disse negative stereotypier legger seg i vår underbevissthet og forstyrrer vår kommunikasjon med innvandrerpasienter i form av engstelse (s.47).

Et annet forstyrrende element i kommunikasjonen kan være plikt. Pliktfølelse overfor faget, egen rolle eller pasientens etniske bakgrunn kan være med å vanskeliggjøre kommunikasjon mellom pasient- sykepleier. I situasjoner hvor den ene av partene har innvandrerbakgrunn, spiller det non-verbale språket en viktig rolle. Man kan si at det non-verbale språket kan ha 80 % mer betydning enn det verbale. Grunnen til det kan være at det non-verbale språket blir mer tydelig når pasienten ikke snakker samme språk som sykepleieren. Pasienten vil legge merke til det som sykepleieren prøver å formidle, i tillegg til at pasienten vil se/sanse sykepleierens holdninger gjennom kroppsspråket. Dette vil si at pasienten vil kjenne når sykepleierens ønsker/ har behov for å holde avstand. Problemet er at når dette skjer er det vanskelig for pasienten å sette ord på hva det var som var grunnen til at pasienten oppfattet kommunikasjonen med sykepleieren på en ubehagelig måte. Pasientens sanser kan bli mer forsterket på grunn av pasientens svake posisjon, nettopp som pasient og innvandrer. Når dette skjer er det lite sannsynlig at pasienten ønsker å etablere en omsorgsrelasjon med sykepleieren.

En annen forklaring på respondentens opplevelse kan også ligge i at kommunikasjonsprosessen er preget av at hjernen ønsker forutsigbarhet, og ikke usikkerhet. Når en treffer mennesker en ikke kjenner, lages en rekke assosiasjoner om personen. Evalueringen om personen er gjort på grunnlag av de signalene som har blitt mottatt, i dette tilfelle fra sykepleieren. Det er disse signalene som kan bidra til at pasienten feiltolker sykepleierens

(eller omvendt) måte å kommunisere på, noe som ikke skjer når pasienten/sykepleieren kjenner de sosiale signalene fra før. – Dette fordi disse sosiale signalene har blitt en del av pasientens/sykepleierens virkelighet. Da blir det til at pasientens/sykepleierens vurdering om hva som er bra eller dårlig skjer ut fra disse signalene/stereotypidannelser. I dette tilfelle, da respondenten kom i kontakt med sykepleieren, et fagområde som respondenten tidligere så vidt hadde vært i kontakt med, hadde respondenten allerede tillagt sykepleieren et sett av egenskaper basert på de signalene respondenten kjente fra før og som hadde en iboende symbolikk for henne. Dette kan forklare respondentens misnøye overfor sykepleierens holdning til henne (Fife, 2002, s.110).

6.2 Erfaringer

6.2.1 Tillit - mistillit

Tillit er noe av de mest verdifulle følelser som en pasient kan ha overfor helsearbeidere og helsevesenet. Legen/sykepleieren blir møtt av pasienten med en naturlig og forutgående tillit. Denne tillit innebærer også en forventning om at det er der pasienten skal få den hjelp og omsorg som er nødvendig for å bli frisk. Denne forventningen har grunnlag i troen på at legen/sykepleieren handler for pasientens beste. Pasientens tro gir pasienten håp, et viktig element ved all pasientbehandling (Bjørk, Nordvedt & Helseth, 2002, s.237).

Seks av respondentene er stort sett fornøyd med den kommunikasjon og behandling de fikk av helsepersonellet første gangen de kom i kontakt med helsevesenet. Det var spesielt to av respondentene som opplevde å ha blitt tatt godt vare på av sykepleieren og det øvrige helsepersonellet, dette til tross for at de ikke kunne snakke norsk. En av dem forteller:

Første gang jeg kom i kontakt med helsevesenet... var på grunn av jeg fikk mitt andre barn. Jeg hadde en veldig fin opplevelse, jeg følte meg heldig. På den tiden var det lettere... siden det var tretten års forskjell mellom første og andre barn, behandlet de meg som første gangs fødende. Jeg lå en uke på sykehuset. (VII)

Hun forteller videre:

De behandlet meg bra, de skjemte meg bort. Jeg fikk mye hjelp med barnet...jeg var veldig takknemlig...til og med besøkte jeg avdelingen senere en gang...jeg tok med meg en liten gave. Jeg fikk et uforglemmelig opphold... da min datter ble født her i Norge. (VII)

Respondenten var veldig takknemlig og fornøyd med den omsorg og behandling hun fikk den gangen. I den tilstanden respondenten befant seg, opplevde hun at både hun og datteren hennes ble tatt vare på. Respondentens tidligere erfaring i forbindelse med fødsel var den hun hadde fått med sitt første barn, mens hun fremdeles bodde i sitt land. Man kan spørre seg om hennes første erfaring med fødselen var grunnlag for denne nye erfaring i Norge? Det er mulighet for at respondenten har sammenliknet de to erfaringer, og den mest positive for henne var den hun fikk her i Norge. Dette er avhengig av hvor det var respondenten fikk sitt første barn, på et offentlig eller et privat sykehus. Denne opplevelsen synes å ha vært det som har preget respondentens holdning til helsevesenet og legen senere. Denne respondent er en av få som sier hun nesten ikke har hatt negative opplevelser med verken legen eller helsevesenet. Dette kan vise at hennes grunnleggende tillit til legen og helsevesenet ble etablert under hennes første opphold på sykehuset.

Denne form for tillit blir kalt umiddelbar eller naiv tillit. Den forekommer vanligvis under det første møte mellom pasient og sykepleier/helsepersonellet. Nordvedt & Helseth (2002) sier at dette med umiddelbar tillit har grunnlag i troen om at sykepleieren har kompetanse som er nødvendig for å hjelpe pasienten i den nåværende situasjonen. De viser til Grimen (1996) som hevder at tilliten er et abstrakt system som er knyttet til konkrete personer og situasjoner. Dette vil si at tilliten hovedsakelig relateres til enkeltes erfaringer og møter med sykepleieren/helsepersonellet. Til sist blir sykepleierens/helsepersonellets kompetanse kontinuerlig evaluert. Evalueringen vil være på bakgrunn av sykepleierens/-helsepersonellets tekniske ferdigheter, eller kliniske resonnement og bruk av fagkunnskap (s.244).

De tre respondentene som har opplevd sin første erfaring på en negativ måte, kan ha fått sine erfaringer med fastlegen i eget land. Misnøye med legens atferd og kommunikasjon kan ha vært med på å forsterke deres behov for sammenlikning med deres tidligere erfaring med legen i deres land. Slike sammenlikninger kan gjøre at opplevelsen blir farget eller blitt sett som mer positiv enn de egentlig er. Derfor er det ikke ubetinget riktig å påstå at legene i Latin Amerika er mer omsorgsfulle og kompetente enn de norske legene. Det er mange faktorer som spiller inn i deres uttalelser om hvordan de erfarer sin kommunikasjon med fastlegen.

Det som er viktig å trekke fram er at respondentene setter pris på at legen snakker samme språk eller har en liknende bakgrunn. To av respondentene opplever å ha vært veldig heldige

fordi deres leger snakker spansk. En av respondentene forteller om det positive i at legen forstår spansk:

Jeg har hatt samme lege siden jeg kom til Norge. Det som skjer er at han snakker spansk...og det er grunnen til at jeg valgte han. Han snakker spansk og jeg har hatt han hele tiden ... min datter og min mann har han også. (IX)

For henne har det vært veldig positivt å ha en lege som kunne forstå det hun fortalte fra starten av. Hun opplever denne kontakten som positiv og har i løpet av årene etablert et tillitsforhold med legen. Hun vil forklare hvordan hennes tillitsforhold med hennes lege er:

Jeg kan ringe til han, for eksempel, hvis jeg ikke føler meg i form og trenger en medisin... ja, sier han... jeg ringer til apoteket og senere kan du hente den. Det er den tilliten, ...som om jeg hadde vært i mitt eget land. (IX)

For respondenten har det betydd mye at legen snakker samme språk som henne, og det som er tydelig er at til tross for at legen bruker norske ord en gang i blant, så synes det å være godt nok for hennes opplevelse av trygghet i møte med legen. En av grunnene til denne opplevelse kan være at hun identifiserer seg med legen (i hennes posisjon som fremmedspråklig) eller at hun setter pris på at legen gjør det han kan for å klare å kommunisere med henne, eller at legen gjør litt ekstra for henne ved at han prøver å identifisere seg med henne.

Tidligere studier viser betydningen av pasientens og legens felles kulturelle bakgrunn i møte med legen. Disse bekrefter at i de tilfeller hvor lege og pasient har en felles kulturell bakgrunn, viser kommunikasjonen seg å gå mye lettere. –I tillegg til at pasienten føler seg mer vel i legens selskap. Disse er faktorer som påvirker, på en positiv måte, pasientens ønske om å delta da veien videre i behandlingen skal bestemmes (Copper, 2009; Cooper, 2003; Johnson, 2004).

I denne studien er det ikke mulig å bekrefte eller avkrefte, at en bedre kommunikasjon mellom legen og pasienten er avhengig av en felles kulturell bakgrunn, fordi ingen av respondentene har hatt en liknende erfaring i så måte. Det er heller ikke sikkert om dette ville ha spilt en betydning i deres kommunikasjon med legen. Dette vil si at den kulturelle setting trengte ikke å ha påvirket pasientens valg av lege. Men et sentralt spørsmål her er, om respondentene ville ha valgt en lege fra Latin Amerika som sin fastlege framfor en norsk lege? Når man tenker på at vennlighet og personlig kontakt er noen av de viktige elementer i

latinamerikanerens kultur, er det lett å se at det sannsynlig er at respondentene hadde valgt en lege med samme kulturell bakgrunn, framfor en norsk lege. Respondenten skulle lettere kunne identifisere seg med legen, og kommunikasjonen ville forløpt lettere på bakgrunn av kulturelle likheter.

Som tidligere nevnt er vennlighet og personlig kontakt to viktige elementer i den latinamerikanske kommunikasjonskultur. Noen av situasjonene viser at enkelte respondenter har valgt lege med bakgrunn i disse elementene. Av syv respondenter er det en som hadde en fin kontakt med sin lege, her er et eksempel som spesielt viser at vennlighet og personlig kontakt er viktige elementer i kommunikasjon med den latinamerikanske pasienten. Respondenten har en fastlege hun er veldig fornøyd med, hun forteller følgende om sin kontakt med legen:

Ja...han lytter på det jeg sier...jeg har hatt han veldig lenge. Han er veldig god, veldig god. Tenk at det gikk så langt at han ble bekymret for meg, først fikk jeg en behandling med B12 og fortalte meg at jeg hadde noen problemer med blodet. (III)

Videre forteller hun:

Han behandler meg bra. Det som skjer er at jeg alltid har gått til han. Det kan være når jeg trenger noen endringer i medisinene... eller når jeg vil spørre han om noe og for at han undersøker hvordan det går med meg. Tenk at det gikk så langt en gang at jeg dro til han da en øring satte seg fast ...og han ordnet dette. Så mye tillit jeg har til han at jeg kan be han om å hjelpe meg med sånne ting... (III)

I dette tilfelle er det tydelig at respondenten har en personlig og vennlig kontakt med sin lege. Respondenten viser til en episode som for henne er et sikkert tegn til full tillit til sin lege. Hun forteller gode ord om den kontakten hun har med sin lege. Respondenten hadde i løpet av intervjuet ikke gitt noen tegn for savn eller behov for å sammenlikne erfaringer med legen i Latin Amerika og erfaringer i Norge.

Som tidligere nevnt er det tydelig at noen av respondentene har brukt sine tidligere erfaringer med legen i Latin Amerika som sammenlikningsgrunnlag når de evaluerte sin kontakt med legen her i Norge. En av respondentene forteller hvordan hun opplevde et av sine møter med helsevesenet i Norge:

I starten ble jeg tatt godt i mot... men jeg følte mye usikkerhet fra helsepersonellet... det virket som om de ikke var sikker på hva jeg tenkte...derfor følte jeg litt usikkerhet fra starten av. (IV)

Videre forteller hun:

Klart...jeg var vant til det systemet som fantes i mitt land, hvor legene har det siste ordet på grunn av det er de som har studiene og erfaringen. Derfor var det rart, ... og som jeg har sagt tidligere, er jeg fremdeles usikker. Men når det gjelder måten de behandler deg, med hensyn til den første erfaringen, jeg så at det var bra. Alltid kommer en liten usikkerhet, fordi en kommer fra et latinamerikansk land og man kan ha problemer med rasisme... redselen for å bli behandlet annerledes...men nei, helt motsatt.

(IV)

Respondenten trekker fram sin usikkerhet om å få en god behandling på grunn av de holdningene hun kunne ha møtt som innvandrere i Norge. I dette tilfelle skjedde det motsatte av det hun forventet skulle skje. Denne opplevelsen var en av de få positive opplevelser hun har hatt med legen/helsevesenet.

Erfaringer med helsevesenet har vært varierende hos respondentene, seks av de ni sier å ha hatt dårlige erfaringer med helsevesenet. Man kan ikke se bort fra et det kan være disse erfaringene som har bidratt til at respondentene har blitt kritisk til helsevesenet og hvordan den er organisert, til tross for at respondentene har en sterk takknemlighet for å ha fått helsehjelp da de hadde behov for det. En av respondentene forteller om sin erfaring med helsevesenet etter en lang rehabiliteringsperiode på grunn av en kreftsykdom:

Det eneste jeg synes er merkelig... det er ikke på grunn av jeg er fra Latin Amerika eller noe sånt... det som er at på sykehuset ... burde de, når man blir operert på grunn av kreft...de burde forklare en mer. Vi burde ha fått mer informasjon og litt psykologisk støtte, fordi dette er sykdommer som mange mennesker får. Det om livmoren...en dag da jeg pratet med en arbeidskollega, datteren hennes opplevde noe liknende. Fordi hun ble operert, ble bra, dro til noen undersøkelser og det var det.

(V)

Hun forteller videre:

Det eneste du får er et brev som sier at du må dra til en kontroll.

(V)

Respondenten savnet en tettere oppfølging fra legen eller sykehuset. Hun har opplevd å ikke ha fått nok informasjon av helsepersonellet etter hun ble operert. Selmer (1996) viser til at den måte og i hvilken kontekst informasjonen blir gitt på, har betydning for en felles forståelse mellom pasienten og helsearbeideren. Informasjonen blir gitt uten å ta noen forholdsregler, som skriftlig materiale som kan gjøre at pasienten kan lese informasjonen om igjen, om pasienten skulle ha behov for det. Mangelen på informasjon bidrar til at pasienten i liten grad får mulighet til å ta ansvar. Det er derfor viktig med planlagt informasjon som utføres individuelt, ut fra den enkelte pasientens behov. Mangelen på informasjon synes å

være et utbredt problem i helsevesenet, årsaken kan ligge i helsepersonellets dårlige forberedelse for å undervise. Mangelen på viten, undervisningsferdighetene og trening, samt anvendelse av disse tre er en viktig barriere (Selmer, 1996; Kopp, 1991; Steen, 1999).

Denne erfaringen deler hun med en annen av respondentene, som også har vært gjennom en kreftbehandling. I hennes tilfelle fikk hun en god informasjon og oppfølging før, under og like etter behandlingen. Hun forteller om sin erfaring:

Her har jeg vært hos spesialisten...en gynekolog og det ser ut som om hun ikke er interessert i å høre på det jeg tror...

(VII)

Hun sier videre:

Jeg var to ganger hos henne for at hun skulle sjekke meg. I tillegg fortalte jeg henne om den operasjonen jeg hadde vært gjennom og at jeg trengte å bli sjekket etter ca et år...Du trenger ikke å bli sjekket hvis alt er bra, sa hun...

(VII)

Respondenten ble forvirret og usikker, etter hun hadde snakket med sin lege. I dette tilfelle tok respondenten ansvar for sin egen helse, noe som legen nærmest bagatelliserte med å si at det ikke var nødvendig, uten å ta hensyn til respondentens eget ønske om en videre oppfølging. Ønsket om å gjenvinne kontrollen over egen kropp og eget liv er en kjent utfordring blant kreftpasienter som har vært gjennom en tøff sykdomsperiode. Legens bagatellisering av hennes kommentar om hennes videre oppfølging kunne ha bidratt til at hun fikk en langt tøffere rehabiliteringsperiode. Et spørsmål som kan stilles her, hva kan grunnen være til at legen/helsepersonellet svarte på en slik måte, når dette gjaldt en kreftpasient med behov for videre oppfølging?

Burke (1998) sier at en av barrierene som helsepersonellet kan ha når de møter kreftpasientens psykososiale behov, er helsepersonellets egne holdninger og tro. I slike tilfeller skal helsepersonellet holde tilbake holdninger og tro som kan føre til dannelse av stereotypier om pasientene/pasientgruppen, fordi disse kan være med å sette opp barrierer for en god kommunikasjon. Det er kvaliteten på omsorgen som skal være grunnlag for kontakten mellom helsepersonellet og pasienten når disse to ikke har de samme kulturelle og etiske verdier. Helsepersonellets tilegning av kunnskap om andre kulturer og verdier, kan hjelpe til at den barriere som vil finnes i kommunikasjonen mellom pasienten og helsepersonellet, på grunn av den manglende språket, vil minskes. Denne kunnskap vil også

hjelpe helsepersonellet å forstå og lettere akseptere, kreftpasientenes psykososiale behov (s.8).

Respondentenes opplevelse av å ikke fått god nok informasjon gjelder ikke bare oppfølging etter en kreftsykdom, det gjelder også i forbindelse med en sykehusinnleggelse. I dette tilfelle ble respondenten lagt inn på sykehuset på grunn av sin første fødsel. I hennes tilfelle hun hadde ikke hatt noe slags erfaring med nyfødte barn tidligere, da hun bodde i Latin Amerika. Hun forteller hvordan hun opplevde det:

Jeg følte at jeg ikke visste om noen ting, og ingen informerte meg om noen ting...det å ha gjort at jeg ikke spiste på nesten to dager og slangen i nesen som hang, noe jeg egentlig ikke hadde behov for å beholde...i tillegg til sterke smerter...jeg sa til mannen min at han kunne fortelle dem om smertene jeg hadde, men de kom ikke med noe slags medisin som jeg kunne se og forstå var smertestillende... (IV)

Den manglende informasjon fra helsepersonellet bidro til at hun opplevde situasjonen mer dramatisk enn den egentlig var i opprinnelsen. Hun opplevde det som om ingen var interessert i å informere henne om utviklingen i løpet av oppholdet. -Informasjon som hun trengte for klare seg selv i løpet av oppholdet. Det tyder på at helsepersonellet tok for gitt at respondenten hadde erfaring med små barn og fødsel fra tidligere fordi hun kom fra Latin Amerika. For helsepersonellet betydde det at respondenten hadde ingen behov for informasjon om det hun gikk gjennom. Det synes som at helsepersonellet trakk denne konklusjonen på grunnlag i stereotypier om innvandrerkvinner. Man kan lure på om det var helsepersonellets usikkerhet i håndtering av kommunikasjon med innvandrekvinner som medførte til at respondenten ikke fikk nødvendig informasjon og omsorg.

Respondentene forteller om en stor takknemlighet overfor helsesystemet her i Norge. Det er først og fremst de tidligere erfaringer fra eget land, steder hvor en ikke får medisinsk behandling hvis pasienten ikke er i stand til å betale for seg, som er hovedgrunnlaget for dyp takknemlighet blant respondentene. For respondenten er organiseringen av hele helsesystemet i Norge *fenomenal*, som en av respondentene kalte det. Kritikken av helsevesenet tar først og fremst utgangspunkt i hvordan helsesystemet fungerer i praksis. For respondentene er det fremdeles mye som kan bedres i helsevesenet. Utenom informasjon i hver fase av sykdomsforløpet, er effektivisering av helsetjenestene noe som opptar respondentene. En av respondentene forteller om sine tanker om fastlegeordningen:

Jeg opplever det nesten som at det er jeg som må fortelle legen hva det er jeg trenger... jeg har hatt en del problemer...mange vintre hadde jeg problemer med bihulebetennelse og hver gang jeg var hos legen fikk jeg en antibiotikabehandling. Jeg tok ikke blodprøver for å se hvilken type bakterie det gjaldt. Så en dag, jeg var så sliten av å ta så mye antibiotika, fordi jeg ble syk i magen... ba jeg han om å komme til en spesialist. (VII)

Hun forteller videre:

Det jeg kan si er at fastlegene burde ikke ha så mange pasienter... de burde ha mer tid til å snakke med sine pasienter, og prøve å få pasientene til å føle seg bedre, ikke sant?... (VII)

Respondentens historie tyder på at hun savner en bedre kontakt med sin fastlege og at hun er misfornøyd med legens behandling. Det var hun som måtte be legen om å komme til spesialist, dette synes hun det er legen som burde ha kommet på selv. Spesielt etter mange antibiotikabehandlinger, var det nok på sin plass å undersøke mer hva årsaken til infeksjonene var.

Lien (2003) sier at da fastlegeordningen ble etablert hadde man tre hovedmål, disse var; å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved at alle som ønsker det får en lege å forholde seg til, å gi større trygghet til befolkningen gjennom bedre tilgjengelighet, bidra til kontinuitet lege – pasientforhold og forbedre samarbeidet mellom første og andrelinjetjenesten. Senere har en undersøkelse om pasientenes erfaringer før og etter fastlegeordningen ble innført, vist at pasienter som står på listen til leger med stort arbeidspress må vente lengre på timen og er mer misfornøyd. Når det gjelder kvaliteten på legetjenesten var den ikke påvirket av legens arbeidspress. Man må ikke glemme at pasientene valgte å bruke de samme legene de hadde hatt før innføring av fastlegeordningen. Man kan konkludere med å si at pasientene var stort sett fornøyd med fastlegeordningen ((Lien, 2003, s.88; Finnvold & Svalund, 2005, s.4).

Resultatene fra denne undersøkelsen tyder på at respondentenes opplevelse av en begrenset kontakt med legen kan ha bakgrunn i hennes leges store arbeidspress på grunn av hans lange pasientlister. Det man ikke kan utelukke er at det kan finnes andre faktorer som gjør at respondenten opplever sin kontakt med legen slik hun gjør (jfr s. 52,53). Det som er klart er; respondenten så seg nødt til å ta ansvaret for sin egen helse, bokstavelig talt. I hennes historie kommer det ikke fram om dette påvirker hennes kommunikasjon med legen på en negativ måte. Om dette ikke påvirker hennes kommunikasjon med legen, påvirker det i hvert fall hennes tillit til sin leges medisinske kompetanse.

7. Konklusjon

I dette kapitlet vil denne studien konkluderes. Kapitlet er strukturert med bakgrunn i forskningsspørsmålene for studien. Validitet vil bli kort drøftet i studien. Kapitlet vil avslutte med noen anbefalinger for videre forskning.

Målet med studien var å finne fram til latinamerikanske menneskers erfaringer med det norske helsevesen. Interessen for å kartlegge latinamerikanske menneskers erfaring med helsevesenet har bakgrunn i den latinamerikanske pasientens praksis når det gjelder alvorlig sykdom. En stor andel latinamerikanske mennesker reiser til sitt eget land for å bli behandlet der. Skyldes det mistillit til det norske helsevesen?

Resultatene av studien viser at respondentenes møte med det norske helsevesen ble erfart både positivt og negativt. Respondentenes erfaringer med sin fastlege viser at respondentene setter lite pris på legens innlærte praksis under legebefølgningen, med flittig bruk av den *blå boka*, og med begrenset kommunikasjon med sine pasienter. Denne opplevelsen synes å påvirke pasient – lege kommunikasjon, med alt det innebærer. En forklaring på denne opplevelsen kan være respondentenes tidligere erfaringer med legen og helsevesenet fra sitt eget land, hvor forventningene til kontakten med legen er basert på en myk paternalistisk holdning overfor pasienten. To andre elementer er respondentenes savn av vennlighet og personlig kontakt i kommunikasjon med sine fastleger. Disse to kommunikasjonselementer har en viktig plass i latinamerikanernes kommunikasjonskultur. Det er også viktig å nevne at vennlighet og personlig kontakt ikke utelukker evnen til å ha kritisk sans.

Man kan heller utelukke at en mulig årsak til denne erfaringen er respondentenes livssituasjon før de kom til Norge. Her tenkes først og fremst på de syv respondenter som kom som flyktninger til Norge. Det er denne gruppen som kan ha hatt størst vansker med å befinne seg i sin nye livssituasjon. - En livssituasjon med en innebygd usikkerhet og skepsis til autoritetene som følge av vanskelige opplevelser i sitt land. Samt en fare for å komme i en ny livskrise, i et nytt land med nye normer og regler.

Et viktig moment som også må nevnes er at respondentens erfaring med kommunikasjon med sykepleieren kan ha blitt påvirket av sykepleierens usikkerhet, holdninger og fordommer overfor respondentene. Disse tre faktorer, samlet eller hver for seg, kan bidra til

at ikke bare kommunikasjon sykepleieren og pasient blir vanskeliggjort, men at det ikke blir mulig å etablere en sykepleier – pasientrelasjon. Sykepleieren har behov for en større bevissthet i sin bruk av det non-verbale språket i kommunikasjon med innvandrerpasienter. Dette er et viktig element som kan ha en negativ/positiv påvirkning på pasient – sykepleier relasjonen. Dette er spesielt viktig i de tilfeller pasienten ikke behersker det norske språket.

Respondentene var stort sett fornøyd og positiv til de mulighetene det norske helsevesen gir, med gratis helsebehandling og en god del rettigheter som pasient. Det de var kritisk til var den praktiske organisering av helsevesenet. To av respondentene hadde selv erfart konsekvensene av den praktiske organisering med manglende informasjon og oppfølging etter et tøft sykdomsforløp. Mangel på informasjon hadde spesielt gitt negative konsekvenser under rehabiliteringstiden etter kreftsykdom.

Resultatene i denne studien tyder på at latinamerikanere har mange av de samme erfaringene som etnisk norske mennesker har med det norske helsevesen. Et eksempel er; mangel på informasjon om hva det er som skal skje med pasienten, legens manglende interesse i sin kommunikasjon med pasienten, legens bruk av paternalisme overfor pasienten, osv. Forskjellen vil ligge i hvordan disse to gruppene uttrykker sine symptomer, og dette er det viktig å ta hensyn til.

7.1 Anbefalinger for videre forskning

Generelt finnes det lite forskning på den latinamerikanske pasientens erfaring i møte med legen og det norske helsevesen. Denne studien gir bare en pekepinn på hvordan denne pasientgruppen har opplevd og erfart hvordan det har vært å bli behandlet av det norske helsevesen. Til tross for begrensningen med noen få deltakende respondenter, håper forskeren at studien kan bidra til å bedre forståelsen av hvordan latinamerikanske mennesker kan oppleve sitt møte med legen og det norske helsevesen.

Det gjenstår fremdeles mange temaer som kan forskes på. Et tema er latinamerikanerens behov for religiøs tro i vanskelige tider. Det kan være interessant å studere hvor mye troen påvirker i deres hverdag, under en alvorlig sykdom. Det samme gjelder latinamerikanerens opplevelse av alvorlig sykdom, hvordan det oppleves og erfares å være alvorlig syk i Norge.

Dette som gjør dette tema interessant å forske på, er at det ikke er sikkert at den latinamerikansk pasient opplever alvorlig sykdom annerledes enn hvilken som helst etnisk norsk pasient. Det er mulig at det finnes flere likheter enn forskjeller i opplevelsen av alvorlig sykdom, til tross for de kulturelle forskjeller som kan finnes blant gruppene.

I løpet av arbeidet med denne studien har det vært tydelig at mange av artiklene om temaet fokuserte på *forskjellene* mellom etniske grupper. Påstand; ved å fokusere på forskjellene er det lettere å øke den kulturelle avstanden som kan finnes mellom gruppene. En økning av avstanden kan bidra til at andre innvandrere får en vanskeligere integrering til det norske samfunnet, og dette er noe som den vestlige verden generelt sliter med. Innenfor helse og sykepleiefag kan dette bidra til at sykepleiere/helsepersonell øker sin usikkerhet, og fokuset på omsorg blir flyttet fra pasienten til hans/hennes kultur, på grunn av (i dette tilfelle) sykepleiere blir mer opptatt av forskjellene enn likhetene.

Et godt eksempel på dette er Ali-saken (jfr s.7). Som tidligere nevnt kan *Ali-saken sees som helsevesenets mangel på kunnskap og toleranse*. Her kan man stille spørsmål om hvilken type kunnskap sykepleier/helsepersonell har behov for når god omsorg skal gis til den flerkulturelle pasienten. Svaret kan være mangt, det som kan trekkes fram er; kunnskap om forskjellige kulturer, om kulturelle verdier og normer, om de forskjellige medisinske systemer, osv. Fokuset på teoretisk kunnskap er viktig, men enda viktigere er kunnskap om seg selv og egne holdninger i møte med den flerkulturelle pasienten. Dette er kunnskap som vil være med på å bestemme hvordan kommunikasjonen og relasjonen med den flerkulturelle pasienten blir.

Påstand; å bli en kulturelt kompetent sykepleier/helsepersonell er ikke så vanskelig som man vil ha det til, fordi ifølge Magelssen (2002) og Eriksen (2000); mennesker fra andre kulturer opplever sykdom på samme måte som hvilken som helst etnisk norsk pasient, den eneste forskjellen vil være måten opplevelsen blir uttrykt på. Det som kan være vanskelig i dette tilfelle er konfrontasjonen med seg selv og egne holdninger.

7.2 Studiens validitet og reliabilitet

Validering av denne studien har blitt gjort fortløpende. Kvaler (2006) sier at validering skal gjøres i syv stadier, denne skal fungere som kvalitetskontroll gjennom alle stadier av

kunnskapsproduksjonen. Å validere kan bety og gjennomføre en kritisk refleksjon gjennom hele forskningsprosessen. Det skal hjelpe oss til å se mulighetene og begrensninger i hver fase av det spesifikke resultatene vi har kommet fram til (Kvaler, 2006, s.164; Malterud, 2006, s.178).

I denne studien startet validering med temaet som ble valgt for forskningen, det fantes lite/ingen forskning på latinamerikanske menneskers erfaring med legen og helsevesen i Norge. Det som fantes hadde utgangspunkt fra et sosialantropologisk/psykologisk perspektiv. Litteraturgjennomgangen viste at ca 99 % av artiklene om temaet var fra USA. En stor andel av artiklene handlet om innvandrerpasientens – legens kommunikasjon, og pasientens erfaring med helsevesen og legen.

Under datasamlingsprosessen ble det tatt hensyn til valg av respondenter. Dette har sammenheng med forskerens latinamerikanske bakgrunn og nødvendigheten av å ikke ha vært i kontakt med respondenten tidligere, da dette ellers ville påvirket respondentenes svar. For unngå en slik problemstilling ble kontakten etablert ved hjelp av en tredje person, blant annet en prest fra Den katolske kirken fungerte som anonymiserende kontakt mellom forsker og respondenter.

Siden respondentene valgte å bli intervjuet på sitt morsmål, spansk, valgte forskeren å transkribere data på det opprinnelige språket. Dette ble gjort blant annet for å kvalitetssikre for eventuelle endringer i det som hadde blitt sagt av respondentene under transkribering. Etter at data ble transkribert, ble hele dataanalysen gjennomført på det opprinnelige språket, teksten ble oversatt først da forskeren begynte med utarbeidelse av diskusjonen. Under oversettelsen fra spansk til norsk ble det brukt ord som var nærmest de opprinnelige ordene.

Malteruds systematisk tekstkondensering ble fulgt til punkt og prikke. Under analyseprosessen gjennomføres en fortløpende validering etter hvert som den utvikler seg til et bestemt resultat. Som en viktig del av kondenseringen ble det utarbeidet en datamatrikse som brukes som et hjelpemiddel for sammenfatning av validering i analysens slutfase. Datamatrikse for denne studien kan sees på sidene 39, 40 og 41

Et viktig punkt i analyseprosessen og utarbeidelsen av diskusjonsdelen, er forskerens latinamerikansk bakgrunn, som kan ha vært med på å påvirke resultatet. Kjennskap til det latinamerikanske kulturen kan sees både som en fordel og ulempe. En fordel fordi forskeren

har bedre mulighet til å tolke/lese respondentenes (det verbale og non-verbale) svar. En liknende kulturell bakgrunn, med en (nesten) felles historie, har vært til fordel for forskeren i dette tilfelle. Til ulempe fordi forskeren kan ha hatt lettere for å identifisere seg med respondentene, med fare for at nøytraliteten kan svekkes. I denne studien har forskeren vært påpasselig med å holde seg så nøytral som det har vært mulig. Fordelen for forskeren har vært forskerens gode kjennskap til norsk språk og kultur, dette gjør at forskeren har hatt større mulighet til å være objektiv under analyseprosessen.

Kildeliste

- Baluyot, C (2000). Innvandrerplass på eldreomsorg. *Sykepleien*, 13/2000
- Benbassat, J; Pilpel, D og Tidhar, M (1998) Patients' Preference for Participation in Clinical Decision Making: A Review of Published Surveys.
- Bustos, E. (2001) Interkulturell psykologi. Arenas, Julio G. (red) *Hans Reitzels Forlag a/s, København 1997*. Andre opplag.
- Bjørk, T I; Helseth, S & Nordtvedt, F (2002) Møte mellom pasient og sykepleieren. *Gyldendal Norsk Forlag AS 2002*. 1. utgave, 1. opplag 2002
- Bruke, Catherine C (1998) Psychosocial Dimensions of oncology nursing. *Oncology Nursing Press*. Copyright © 1998 by the Oncology Nursing Press
- Claus, I.B & Viken, B (2004) Generell sykepleie: Sykepleie og kulturell trygghet. *Sykepleien*, 7/ 2004
- Caudle, P (1993) Providing Culturally Sensitive Health Care to Hispanics Clients. *Elsevier Science Publishing Co. Inc*. Vol. 18, No 12/December 1993
- Calvillo, E.R (1991). Review of literature on culture and pain of adults with focus on Mexican – Americans. *Journal of transcultural nursing*, 2 (2), s. 16 – 23
- Calatrello, R.L (1980). The Hispanic concept of illness: An obstacle to effective health management? *Behavioral Medicine*, 7 (11), s. 23 – 28
- Castro, F.G.; Furth, P, & Karlow, H (1984). The health beliefs of Mexican, Mexican – American and Anglo – American women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 6 (4), 365 – 368
- Cooper-Patrick, L.; Gallo, J.J.; Gonzales, J.J.; Thi Vu, Hong.; Nelson, C. & Ford, DE (1999) Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship. *Jama*, August 11, 1999-Vol 282, No 6
- Davis, Anne & Tschudin, Verena med flere (2006): Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics. Perspectives and methods. Colombia. Social justice in nursing ethics. Garzón, Nelly. *Churchill Livingston. Elsevier*

Daugstad, G (2006) Innvandring og innvandrere 2006. *Statistisk sentralbyrå*, desember 2006

Eide, Hilde & Eide, Tom (1996) Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning og etikk. *Ad Notam Gyldendal*

Fagermoen, S (2003) Forskningsveileder for sykepleiere. *Norsk Selskap for Sykepleieforskning*, 2 utgave

Fife, A (2005) Tverrkulturell kommunikasjon. *Yrkeslitteratur as*. 2. opplag 2005.

Finnvold, J E & Svalund, J (2005) Pasienterfaring I allmennlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. *Statistisk sentralbyrå*. November 2005

Gordon, Howard S.; Street, Jr Richard.; L, Sharf, Barbara F & Soucheck, Juliane (2006) Racial Differences in Doctors' Information – Giving and Patient Participation. *American Cancer Society*. Published online 14 august 2006 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com)

Grimmen, H (1996) Tillit og rutinar. *LOS-senter Notat 9618*

Hanssen, Ingrid (2002) Facing Differentness. *Doctoral Dissertation presented to The Institute of Nursing*. The University of Oslo. May 2002

Hylland Eriksen, Thomas (2006) Trygghet. *Universitetsforlaget AS*

Hylland Eriksen, T. & Sørheim Arntsen, T (2000) Kulturforskjeller i praksis – Perspektiver på det flerkulturelle Norge. *Gyldendal Akademisk 2000*. Oslo, 2 utgave

Jensen, A. D. Roland & Andersen, J. Hjort (2001) Etniske minoriteter - kulturmøde i sundhedsvæsenet. 1. oplag 2001. *Munksgaard Bogklubber A/S*

Kopp, K (1991) Patient undervisning og sygepleje. *Klinisk sygepleje*. Nr. 5. Oktober 1991

Kumar, Loveleen (2002) Djulaha! Om å forstå annerledeshet. *Høyskoleforlag AS*

Kvale, Steinar (2001) Det kvalitative forskningsintervju. *Gyldendal Norsk Forlag AS*

-
- Lian, Olaug S (2003) Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. *HøyskoleForlaget AS*. 2003
- Lund, Thorleif & Haugen, Richard (2006) Forskningsprosessen. *Unipub AS*
- Løgstrup, K. E. (1999) Den etiske fordring. *Norsk Utgave 1999 - Cappelen Forlag AS*.
- Leininger, M. (1995) Transcultural Nursing, Concepts, Theories, Research and Practice. *McGraw – Hill, Inc. College Custom Series, Second edition*
- Malterud, Kirsti (2006) Kvalitative metoder i medisinsk forskning. *Universitetsforlaget*
- Magelssen, Ragnhild (2002) Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene. *Akribe*
- Machado, Gerard A. (2001) Cultural Sensitivity and Stereotypes. *The Journal of Multicultural Nursing & Health*. 7:2 Summer 2001
- Morales. Leo S, Lara. M, Kington. R, Valdez. R & Escarce. J (2002) Socioeconomic, Cultural, and Behavioral Factors Affecting Hispanic Health Outcomes. *J Health Care Poor Underserved*. 2002 November; 13 (4): 477 – 503.
- NOU 1995: 6 Plan for helse og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge.
www.rengjeringen.no
- Polit, Denise F. & Beck, Cheryl Tatano (2004): Nursing Research. Principles and methods: *Lippincott Williams & Wilkins*
- Rienecker, Lotte & Jørgensen, Peter Stray (2006): Den gode oppgaven - håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole. *Fagbokforlaget*
- Ruyter, K. W.; Førde, R. & Solbakk, J. H. (2000) Medisinsk etikk – en problembasert tilnærming. *Gyldendal Norsk Forlag AS*
- Rodriguez-Osorio, C. A. & Dominguez-Cherit, Guillermo (2008) Medical decision making: paternalism versus patient –centered (autonomous) care. *Curr Opin Care* 14:708-713. 2008 Walters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins
- Samovar, Larry A. & Porter, Richard E. (2001) Communication between cultures. *Wadsworth/Thomson Learning. Inc. Belmont – USA*

Seco, Manuel (1989) Gramática esencial del español. Introduccion al estudio de la lengua. *Espasa – Calpe SA.*

Saadati, M. (2005) Hvordan beskriver kvinner med iransk kultur bakgrunn sine kroniske smerter og interaksjon med norske sykepleiere? *Hovedoppgave i Sykepleievitenskap.* Universitet i Oslo

Steen, A. (1999) God behandling - mangelfull informasjon. www.sykepleien.no/artikler/1999/a05/artikler.htm

St.meld.nr.16 (2002 – 2003) Resept for et sunnere Norge. www.rengjeringen.no

St.prp.nr.1 (2006 – 2007) Helse – og omsorgsdepartementet – for budsjettåret 2007. www.rengjeringen.no

Tranøy, K.E. (1999) Medisinsk Etikk I Vår Tid. *Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.* 3. utgave. Døves Trykkeri AS

Waitzkin, Howard; Cabrera, A.; De Cabrera, E. A.; Radlow, M. & Rodriguez, F. (1996) Patient-Doctor Communication in Cross National Perspective: A Study in Mexico. *Lippincott-Raven Publishers.* Volume 34(7), July 1996, pp 641-671

Wesche Selmer, Å. (1997) Pasientinformasjon – undervisning. En utfordring for sykepleieren. *Vård i Norden.* 1/1997. Vol 18 No. 1 PP 11-17

Zoucha, R. D. (1998) The experiences of Mexican Americans receiving professional nursing care: an ethnonursing study. *Journal of Transcultural Nursing.* Vol. 9, No. 2, s. 34 – 44

Zoucha, R. & Broome, B. (2008) The Significance of Culture in Nursing: Exampels from the Mexican – American Cuture and Knowing the Unknown. *Urologic Nursing.* April 2008, Volume 28, Number 2.

Vedlegg

1. Presentasjonsbrev til respondentene (spansk utgave)
2. Presentasjonsbrev til respondentene (norsk utgave)
3. Søknadsbrev til feltet
4. Informasjonsbrev om studien (spansk utgave)
5. Informasjonsbrev om studien (norsk utgave)
6. Intervjuguide
7. Svarbrev fra NSD

¿PORQUE A MI SEÑORITA?

Un estudio acerca de las experiencias con el sector de salud noruego de un paciente latinoamericano que sufre de dolores.

Mi nombre es Patricia Palomino Rostad. Soy enfermera oncológica que actualmente trabaja en la municipalidad de Kongsberg. En 1983 llegué a Noruega. Pocos años después cursé mis estudios de enfermería en la Escuela Superior de Enfermería de Aker en Oslo. Mi interés por las ciencias de enfermería hizo que en el otoño del año pasado inicié mis estudios de maestría en ciencias de enfermería en la universidad de Oslo (UIO). Esta es la razón por la que ahora tomo contacto contigo. Como parte importante de la maestría he empezado con un estudio de investigación que tiene como finalidad el responder las siguientes preguntas:



1. Como experimenta un paciente latinoamericano su encuentro con el sector de salud noruego?
2. Como experimenta un paciente latinoamericano su comunicación con la enfermera o el médico durante su tratamiento?
3. Que ve el paciente latinoamericano como positivo o que le falta al sector de salud noruego?

Para poder realizar este estudio necesito obtener información de mujeres que tienen o han tenido contacto con el sector de salud noruego. Cuando digo contacto con el sector de salud noruego, me refiero a control de salud y crecimiento del niño, control de salud por razones de embarazo, ingresos al hospital por enfermedades agudas o por operaciones planeadas y visitas al médico de cabecera. Una de las condiciones para participar en este estudio es que hayas vivido mínimo 5 años en Noruega.

En lo que respecta a la entrevista, será efectuada en español o noruego. Dependiendo que es lo que tu escojas. Si tu idioma de origen es el portugués, siempre hay posibilidades que nos entendamos. La entrevista tendrá una duración de 50 – 60 minutos. El lugar donde la entrevista se realizaría, podemos decidirlo más tarde.

Para finalizar deseo informarte que el participar en este estudio no te dará ningún tipo de gastos, ni tampoco recibirás ninguna forma de pago. Tu tienes la libertad de borrararte de la lista de participantes cuando tu lo desees sin dar ningún tipo de explicación.

Si deseas participar en este estudio puedes tomar contacto conmigo por medio de el correo electrónico: prostad@broadpark.no o puedes llamar al celular: 92839364

Kongsberg, 22. septiembre del 2007

Muy atentamente

Patricia Palomino Rostad
Enfermera oncológica

¿PORQUE A MI SEÑORITA?

En studie om latinamerikanske mennesker som smertebehandles og deres erfaringer i møte med det norske helsevesenet.

Mitt navn er Patricia Palomino Rostad, er 44 år. Jeg kom til Norge i 1983 og er opprinnelig fra Peru. For ca 16 år siden ble jeg ferdig med min sykepleierutdannelse på Aker sykepleierhøgskole i Oslo. I dag er jeg masterstudent i sykepleievitenskap ved Universitet i Oslo (UIO).



I den forbindelse skal jeg gjennomføre et forskningsstudium som har som mål å undersøke:

1. Hvordan latinamerikanske mennesker/personer opplever sitt møte med det norske helsevesenet
2. Hvordan latinamerikanske mennesker opplever/erfarer sin kommunikasjon/samtale med legen og sykepleiere.
3. Hva synes latinamerikanere er positivt/ mangelfullt i det norske helsevesenet

Mitt ønske er å komme i kontakt med kvinner som har hatt/har kontakt med det norske helsevesenet. Når jeg sier kontakt med helsevesenet tenker jeg på helsekontroll med barn, svangerskapskontroll, akutt eller planlagt innleggelse eller generell kontakt med fastlegen. En av betingelsene er at du har bodd minst 5 år i Norge. Selve intervjuet vil bli gjennomført enten på spansk eller norsk. Om ditt morsmål er portugisisk er det likevel mulighet for å forstå hverandre. Intervjuene vil vare 50 – 60 minutter. Når det gjelder stedet intervjuene vil bli gjennomført, kan vi finne det ut i felleskap.

Til sist vil jeg minne deg på at ved å delta i dette forskningsstudiet vil den ikke gi deg noen kostnader, og du vil heller ikke få noe betaling for å delta. Du er alltid fri til trekke deg ut når som helst. Om du ikke ønsker å delta trenger du ikke å oppgi noen grunn. Erfaringer du har hatt med det norske helsevesenet kan komme fremtidige latinamerikanere som bor i Norge til gode.

Ønsker du å delta kan du kontakte meg med bruk av e-post: prostad@broadpark.no eller du kan ringe til mobil nr: 92839364

Med vennlig hilsen

Patricia Palomino Rostad

Til feltet

Søknad om å benytte latinamerikanske kvinnelige medlemmer ved Den Katolske kirken som respondenter for Masteroppgave ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo

Jeg er student ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitet i Oslo. Stedet der jeg for tiden arbeider med min masteroppgave. Studiens foreløpig arbeidstittel er “¿Porque a mi señorita? – En studie om latinamerikanske mennesker som smertebehandles og deres erfaringer i møte med det norske helsevesenet” Denne henvendelse gjelder søknad om tillatelse til å snakke med latinamerikanske kvinnelige medlemmer ved Den Katolske kirken om deres erfaringer med norsk helsevesen.

Bakgrunn for dette studiet er min egen erfaring som pasient med latinamerikansk bakgrunn. Disse erfaringer har gjort meg nysgjerrig på hvordan andre mennesker i samme eller liknende situasjon som meg opplever det norske helsevesenet og deres kommunikasjon med lege og sykepleier. Det jeg har fått vite er at mange av de latinamerikanske mennesker foretrekker å reise til sitt eget land for så søke lege. Man kan spørre seg, hva kan være hovedgrunnen til det? Er det på grunn av kommunikasjonsvansker mellom pasienten og helsepersonell? Er det på grunn kulturelle forskjeller? Er på grunn av pasientens opplevelse av diskriminering fra helsepersonalets sin side? Osv, osv.

Forskningsmessig har dette temaet blitt viet lite oppmerksomhet. Av det som finnes av forskning om innvandreres opplevelse av helsevesenet er mesteparten gjennomført i USA. Når det gjelder Norge har det blitt gjennomført få studier som beskriver innvandreres helsetilstand, og deres opplevelse av sykdom. I noen av disse studier presenteres de *ikke-vestlige* innvandrere som én gruppe, selv om det finnes kulturelle og religiøse forskjeller. En stor andel av studiene har basert seg på undersøkelser gjennomført blant innvandrere fra Asia og Afrika. Når det gjelder innvandrere fra Latin Amerika har det hovedsakelig blitt skrevet fra et statsvitenskapelig, psykologisk og sosialantropologisk synspunkt.

Som en del av oppgaven ønsker jeg å kontakt med 8 – 10 latinamerikanske kvinner som har vært i kontakt med helsevesenet. Det trenger ikke nødvendigvis å være på grunn av deres smertebehandling. Det kan være på grunn av kontakt i forbindelse med helsekontroll med barn, svangerskapskontroll, akutt eller planlagt innleggelse, eventuelt generell kontakt med fastlegen. En av betingelsene er at hun har bodd minst 5 år i Norge. Metoden som vil bli brukt er kvalitativt intervju. Selve intervjuet vil bli gjennomført enten på spansk eller norsk. Om kvinnens morsmål er portugisisk er det likevel mulighet for å snakke sammen. Intervjuene vil vare 50 – 60 minutter. Når det gjelder stedet intervjuene vil bli gjennomført, kan vi finne det ut i felleskap.

Dersom tillatelse blir gitt, håper jeg på at dere kan være behjelpelig med å henge opp en plakat og distribuere forespørsel til de latinamerikanske kvinner som vil være aktuelle for utvalget. Jeg vil sørge for at forespørselsbrev vil bli levert til kirken så snart jeg evt. har mottatt en positiv bekreftelse fra dere. Deltakernes anonymitet og konfidensialitet vil bli ivaretatt etter gjeldende retningslinjer.

Min veileder for oppgaven er professor Eli H. Bunch og hun treffes på e- post: e.h.bunch@medisin.uio.no om det er spørsmål om oppgaven min.

Med håp på et snarlig svar

Med vennlig hilsen

Patricia Palomino Rostad
Kreftsykepleier/masterstudent

Información para la participante

¿Porque a mi señorita? – Un estudio acerca de las experiencias con el sector de salud noruego de la paciente latinoamericana que sufre de dolores.

Esta carta de información ha sido entregada directamente a ti. Tú la haz recibido durante tu primera reunión con la investigadora responsable de este estudio.

Yo soy Patricia Palomino Rostad, enfermera oncológica que actualmente esta tomando sus estudios de maestría en ciencias de enfermería en la Universidad de Oslo (UIO). Esta es la razón por la que he tomado contacto contigo. Mi orientadora es Eli Haugen Bunch, doctora en ciencias de enfermería de la Universidad de Oslo.

La razón por la que elegí el trabajar con este tema son las experiencias que he tenido con el sector de salud noruego, como paciente de origen latinoamericano. Son justamente estas experiencias que aumentó mi interés en saber como otras personas que se encuentran en mi misma situación, experimentan el sector de salud noruego, incluyendo la comunicación con el medico y las enfermeras. Algunos de los comentarios que he escuchado, es que muchos latinoamericanos prefieren viajar a su lugar de origen para solicitar la ayuda del medico si se trata de una enfermedad seria. Esto hace que uno se pregunté, a que se debe que el paciente latinoamericano prefiere el ser revisado por un medico en su lugar de origen? Es por la falta de entendimiento idiomático entre el paciente y la enfermera? Es por la diferencia cultural? O por que el paciente se ha sentido discriminado debido a su origen extranjero?, etc.

Para ti el participar en este estudio significa el ser entrevistado. La entrevista va ser grabada en cinta y para tener un mejor resultado de la entrevista, la investigadora va a hacer algunas anotaciones al mismo tiempo que eres entrevistada. La entrevista, será efectuada en español o noruego. Dependiendo que sea lo que tú escojas. Si tu idioma de origen es el portugués, siempre hay posibilidades que se entiendan. Esta tendrá una duración de 50 -60 minutos. El lugar donde la entrevista se realizará ha sido elegido por ti y la investigadora.

La información que tu vas a dar se va ha usar específicamente en este estudio. Tus respuestas se tratarán confidencialmente. Estas van a guardarse en un archivador bajo llave. Cuando este estudio ya se haya realizado, la información adquirida se anonimizará, esto quiere decir que se modificará de tal manera que tus respuestas no se reconozcan. De esta manera nadie tendrá la posibilidad de reconocer el origen de la información adquirida. Ya sea que esta información se use en artículos o discursos que tengan como base este estudio.

Tu participación es voluntaria. Para ti el participar no significará ningún tipo de costos, ni tampoco recibirás ningún tipo de pago. Tú eres libre de retirarte como participante de este estudio en cualquier momento, y no necesitas dar ningún tipo de explicación del porque de esta decisión. Tu participación en este estudio puede en un futuro ayudar a que otras personas de origen latinoamericano tengan una mejor experiencia con el sector de salud noruego que la tú tuviste.

Para finalizar deseo informarte que este estudio ha sido notificado a la oficina del cuidado del paciente en el campo de investigaciones.

Muy atentamente

Patricia Palomino Rostad
Estudiante de maestría/ enfermera oncológica

Innformasjonskriv til respondentene

¿Porque a mi señorita? – En studie om latinamerikanske mennesker som smertebehandles og deres erfaringer i møte med det norske helsevesenet

Dette informasjonsskriv har blitt levert direkte til deg. Det har du mottatt etter et informasjonsmøte med ansvarlig forsker for denne studie.

Jeg er student ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitet i Oslo, stedet der jeg for tiden arbeider med min masteroppgave. Min veileder er Professor Eli Haugen Bunch.

Bakgrunn for studien er min egen erfaring som pasient med latinamerikansk bakgrunn. Denne erfaringen har gjort meg nysgjerrig på hvordan andre mennesker i samme eller liknende situasjon som meg opplever det norske helsevesenet og deres kommunikasjon med lege og sykepleier. Det jeg har fått vite er at mange av de latinamerikanske mennesker foretrekker å reise til sitt eget land for så søke lege. Man kan spørre seg, hva kan hovedgrunnen være til det? Er det på grunn av kommunikasjonsvansker mellom pasienten og helsepersonell? Er det på grunn kulturelle forskjeller? Er det på grunn av pasientens opplevelse av diskriminering fra helsepersonalets sin side? Osv, osv.

For deg som deltar i denne studien vil det innebære å bli intervjuet av forskeren. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, samtidig med det vil forskeren gjøre noen notater om det som blir tatt opp underveis. Intervjuet vil være 50 – 60 minutter. Selve intervjuet vil bli gjennomført enten på spansk eller norsk. Om ditt morsmål er portugisisk er det likevel mulighet for å forstå hverandre. Når det gjelder stedet intervjuene vil bli gjennomført, kan vi finne ut det i felleskap.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Svarene fra intervjuet vil bli behandlet konfidensielt. De vil bli oppbevart i låsbart arkivskap på forskerens kontor. Ved prosjektets slutt vil dataen vil bli anonymisert det vil si at den vil bli skrevet om/kategorisert. Slik vil ingen svar kunne tilbakeføres til deg, verken i artikler eller foredrag som lages fra denne studie.

Det er frivillig å delta i denne studien. For deg vil den ikke gi deg noen kostnader, og du vil heller ikke få noe betaling for å delta. Du er fri til trekke deg ut når som helst. Om du ikke ønsker å delta trenger du ikke å oppgi noen grunn. Erfaringer du har hatt med det norske helsevesenet kan komme framtidige latinamerikanere som bor i Norge til gode.

Jeg ønsker til sist å nevne for deg at denne studien er meldt til Personvernombudet for forskning.

Med vennlig hilsen

Patricia Palomino Rostad
Masterstudent/sykepleier

Intervjuguide for

¿ Porque a mi señorita? – En studie om latinamerikanske mennesker som smertebehandles og deres erfaringer i møte med det norske helsevesenet

Spørsmålene

1. I hvilken sammenheng kom du i kontakt med det norske helsevesenet?
2. Hvordan opplevde du ditt møte med det norske helsevesenet?
3. Hva har du å fortelle om din kontakt med legen?
4. Hva har du å fortelle om din kontakt med sykepleieren?
5. Hva synes du om det norske helsevesenet?
6. Kan du fortelle hva synes du er positivt i det norske helsevesenet?
7. Har du noe forslag om hva kan forbedres i det norske helsevesenet?

Egne stikkord

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Eli Haugen Bunch
Institutt for sykepleievitenskap
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 05.12.2007

Vår ref: 17840 / 2 / JE

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.11.2007. Meldingen gjelder prosjektet:

17840	<i>¿ Porque a mi señorita? Et studie om latinamerikanske mennesker som smertebehandles og deres erfaring i møte med det norske helsevesenet</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Eli Haugen Bunch
Student	Patricia Palomino Rostad

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/melding/pvo_endringskjema.cfm. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Melding skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 08.06.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Janne Sigbjørnsen Eie

Kontaktperson: Janne Sigbjørnsen Eie tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Patricia Palomino Rostad, Hoffmannsvei 17, 3616 KONGSBERG

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

17840

Utvalget består av latinamerikanske kvinner som har bodd i Norge i minst 5 år.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes muntlig samtykke til deltakelse. Det legges til grunn at utvalget informeres om alle sider av prosjektet. Det vises til informasjonsskriv til deltakerne vedlagt meldeskjema og forutsettes at følgende tilføyes:

- Dato for når prosjektet avsluttes. Det bør også presiseres at i tillegg til at datamaterialet vil anonymiseres vil også lydopptakene slettes.
- Kontaktinformasjon til student
- Ved henvisning til Personvernombudet, bør ombudets fulle navn benyttes "Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste"

Det registreres sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Prosjektet skal avsluttes 8. juni 2008 og datamaterialet skal da anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger slettes eller omkodes (grovkategoriseres), lydopptak slettes.