

**KOMMUNIKASJON I ET
FLERKULTURELT MILJØ, FINNES
DET ET "SPRÅK" SOM
FREMME INKLUDERING?**

"Hvilke utfordringer møter helsearbeidere i kommunikasjonen med ikke-vestlige familier"?

Master i helsefremmende arbeid og omsorg i lokalsamfunnet
06V Master of health promotion and community care

120 studiepoeng

Høgskolen i Gjøvik

Avd. for helse, omsorg og sykepleie

Antall ord:23698

15.12.2009

Sammendrag

Denne masteroppgave omhandler temaet interkulturell kommunikasjon og hvordan den virker inn i helsearbeideres hverdag.

Teoretisk ståsted i oppgaven vil være Professor Øivind Dahls kulturfiltermodell og respondenter er ansatte ved 3 helsestasjoner i samme fylke.

Oppgaven bygges opp som en kvalitativ studie med bruk av semistrukturerte gruppeintervjuer som verktøy og bruk av hermeneutikk som vitenskapsteoretisk ståsted.

Oppgaven har fokus på elementer som hemmer og fremmer kommunikasjon i et flerkulturelt miljø.

Funnene som er gjort sees som utfordringer knyttet til organisering av kommunens helseforebyggende tjenester og graden av egen påvirkning i kommunikasjonen der forforståelse og etnosentrisme faller inn. Fokus på kompetanseheving vil være et viktig element i oppgaven.

Avslutningsvis er det et kapittel der jeg skisserer en mulig vei videre som kan gi helsearbeideren en større innsikt i det flerkulturelle arbeid og hvilke elementer i kommunikasjon de bør vektlegge. Drøftning og analyse bygger på Dahls kulturfiltermodell og målet for oppgaven er et større fokus på inkludering i kommunikasjonen.

Summary

This thesis deals with intercultural communication and how it effects the health worker's every day.

The theoretical standpoint will be professor Øivind Dahl's culture filter model and those participating are employees from 3 health stations in a concurrent county.

The study is built up qualitatively using semi structured group interviews' as a tool, and the use of hermeneutic as a scientific theoretical standpoint. The study focuses on elements that both hamper and encourage communication in a multicultural environment.

Results found are looked upon as challenges to the organisation of the commune's preventive health service and the grade of one's own influence in communicating where preunderstanding and ethnosentrisme are concerned. Focus on heightening competence will be an important element in the study.

Finally, a chapter where I promote a possible solution that can give health workers a greater insight into multicultural work and which elements they should accentuate.

Discussion and analysis builds on Dahl's culture filter model and the goal for the study is a greater focus on inclusion in communication.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven i helsefremmende arbeid har vært en spennende og lærerik prosess som nå er fullført. Det er mange som fortjener berømmelse for å ha bidratt med uvurderlig hjelp og støtte, og jeg vil benytte anledningen til å rette oppmerksomhet til noen av dere.

Jeg vil rette en takk til min veileder 1. Amanuensis Gunnar Vold Hansen ved Høgskolen i Østfold, som har fulgt meg gjennom hele prosessen, fra de første tankene om prosjektets utforming til det ferdige resultatet. Takk for inspirasjon, engasjement og medmenneskelig støtte.

Videre min trofaste kollega Tone Enggrav som har lyttet og gitt meg uvurderlige innspill i en til tider vanskelig prosess mot et ferdig produkt.

Min kjære venninne Ann Cathrin som har gitt meg gode innspill og hjulpet meg med språket når mine danske aner ble for tydelige.

Takk til Kristin Sofie og Camilla for herlige og frustrerende stunder gjennom 4 år, og til ”kokken” Finn for den deilige maten du lagde til oss gjennom varme og kalde årstider på Espa.

Men de som fortjener den aller største takken er min mann og to sønner som har lagt til rette for at mammaen og kjæresten fikk skrevet ferdig denne oppgaven. At de ga meg tid og rom da jeg trengte det som mest er jeg dem evig takknemlige for.

Takk for tålmodighet og uvurderlig hjelp.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Summary	3
Forord	4
Innholdsfortegnelse	5
1.0 Bakgrunn for valg av emne	8
1.1 Problembeskrivelse	10
1.2 Problemstilling	10
1.3 Avgrensning.....	10
1.4 Helsestasjonen som arena for min masteroppgave	10
2.0 Metode	12
2.1 Masteroppgavens struktur	12
2.2 Forskningsdesign	12
2.2.1 Respondentutvalg	12
2.2.2 Oppgavens fremdrift	12
2.2.3 Utforming av intervjuguide	13
2.2.4 Metodisk referanseramme	13
2.2.5 Analysemetode	13
2.2.6 Etske betraktninger.....	14
2.2.7 Reliabilitet	15
2.3 Vitenskapsteoretisk innfallsvinkel i masteroppgaven	15
2.4 Hva er hermeneutikk?	16
2.4.1 Den hermeneutiske sirkel:	16
2.4.2 Objektiviserende hermeneutikk	17
2.4.3 Aletisk hermeneutikk	17
2.5 Et kvalitativt studie	18
2.6 Hvorfor et kvalitativ studie?	19
2.7 Seminstrukturerte gruppeintervjuer som verktøy.....	20
2.8 Narrativer som verktøy	21
3.0 Teoretisk ståsted	22
3.1 Begrepsavklaring	22
3.1.1 Kommunikasjon	22
3.1.2 Kultur	22
3.1.3 Inkludering	23
3.1.4 Helsefremmende arbeid.....	23

3.1.5 Ikke - Vestlige innvandrere	23
3.1.6 Interkulturell kommunikasjon	23
3.2 Eksisterende kunnskap og forskning på fagområdet.....	23
3.3 Interkulturell kommunikasjon.....	25
3.3.1 Kulturfiltermodellen.....	26
3.3.2 Kommunikasjonsprosessen	27
3.3.4 Relasjonen	28
3.3.5 Kulturfiltrene	28
3.3.6 Verbal og nonverbal kommunikasjon	30
3.3.6.1 Verbal kommunikasjon.....	31
3.3.6.2 Nonverbal kommunikasjon.....	31
3.3.7 Bruk av tolk.....	32
3.3.8 Konteksten.....	33
3.3.8.1 Verdensbildet.....	34
3.3.8.2 Sosiale faktorer	35
3.3.8.3 Individuelle faktorer	36
4.0 Presentasjon av mine respondenter	37
4.1 Gjennomføring av gruppeintervjuene	37
4.2 Forskers rolle under gruppeintervjuene	38
5.0 Presentasjon av mine funn.....	39
5.1 Kommunikasjon og kultur	39
5.2 Kommunikasjon, språk, begrepsforståelse og bruk av tolk	41
5.2.1 Drøftning.....	46
5.3 Kommunikasjon og utdanningsnivå hos innvandrerfamilier og helsearbeideren .	49
5.3.1 Drøftning	51
5.4 Kommunikasjon og egen forforståelse	54
5.4.1 Drøftning.....	56
5.5 Kommunikasjon, og tidsbegrepet	58
5.5.1 Drøftning.....	59
5.6 Kommunikasjon og organisering av kommunens tjenester	61
5.6.1 Drøftning.....	63
6.0 Sammenfatning av mine funn.....	66
7.0 Veien videre.....	69
8.0 Metodekritikk	72
9.0 Etske refleksjoner	75
10.0 Litteraturliste.....	77

Vedlegg nr 1	80
Vedlegg nr 2	81
Vedlegg nr.3	82

1.0 Bakgrunn for valg av emne

Bakgrunn for valg av emne var et ønske om å bidra til et praksisnært, sosialt og helsefremmende endringsarbeid i et eller flere lokalsamfunn. Et ønske om å sette fokus på et praksis relatert og aktuelt tema som kunne gi lokalsamfunnet et løft, og som et bidrag til opplevelser av økt mestring og helse. Masteroppgaven tar utgangspunkt i 3 helsestasjoner som arena for det helsefremmende arbeid, og fokus har vært på helsearbeidere og deres møte med familier med ikke-vestlig bakgrunn.

Innvandrerens møte med helsevesenet vies nå oppmerksomhet i det offentlige rom.

Under åpningstalen av ministerkonferanse om migrasjon og helse i 2007, uttalte Terry Davis, generalsekretær i Europarådet blant annet at -

”gode helsetilbud for migranter, vil komme hele samfunnet til gode”.

Det offentlige Norge står i denne sammenheng overfor en stor utfordring med hensyn til å utvikle kompetanse for om mulig å håndtere dette møtet på en for alle parter hensiktsmessig måte.

I 2004 gjennomførte Helsetilsynet et landsomfattende tilsyn med helsetjenesten til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente. Tilsynet avdekket et manglende tilbud i flere av landets kommuner i forhold til å:

- ✓ Sikre nødvendig koordinering av helsetjenestetilbudet.
- ✓ Sørge for nødvendig kompetanseutvikling for helsepersonell som arbeider med asylsøkere og flyktninger
- ✓ Sikre at helseopplysninger fra transittmottak til kommunen blir mottatt og fulgt opp av helsepersonell.
- ✓ Ha et etablert system som sikrer at flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente får informasjon om og tilgang til helsetjenestetilbudet snarest mulig etter bosetting i kommunen.

(Rundskriv IS-22/2004 Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger (2004:2).

Videre viser en undersøkelse av helse- og omsorgstjenester i ti land i Europa at de mest vanlige utfordringene innen denne sektoren hadde sammenheng med den språklige samhandlingen mellom kollegaer og mellom ansatte og brukere/pasienter. (Interkulturelle arbeidsplasser i Europa, helse – og omsorgstjenester 2007).

Under modul 2 av min masterstudie gjennomførte jeg og to medstudenter et prosjekt med fokus på dialog mellom helsearbeidere på helsestasjoner og innvandrerfamilier som brukere av tjenestene. Helsearbeiderne opplevde det vanskelig å få familiene i tale i det daglige arbeidet. De hadde ofte en usikkerhet i seg om formidling av budskap og målsettinger. Fikk de sagt det riktig og ble det forstått, eller sa jeg noe som kunne misforstås eller mistolkes? Helsesøstrene beskrev en hverdag hvor de ofte dro egen kompetanse innenfor kommunikasjons tematikk i tvil.

”Hvorfor gjør de ikke som vi sier?, eller er det kulturelt betinget alt de gjør, er spørsmål som vi ofte stiller oss på helsestasjonen. Dette skaper frustrasjoner og usikkerhet blant oss som helsearbeidere og vi spør oss hva det er som gjør at vi så ofte opplever at vårt budskap ikke når fram”
(Waaler i Helsesøstre 2006 nr.3).

Spørsmål rundt de kulturelle forskjellene var ofte et tema, og noen beskrev en så stor usikkerhet at de unngikk situasjoner hvor de måtte kommunisere. Er det slik at vi som helse- og sosialarbeidere av mangel på egen tiltro til kompetanse står i fare for å unngå situasjoner hvor vi må kommunisere på tvers av land og kultur? Er det slik at generalsekretær i europarådets uttalelser om at ”gode helsetilbud for migranter, vil komme hele samfunnet til gode”, har flere utfordringer i seg før man er i mål, og handler dette om kommunikasjon? Jeg mener det kulturelle og religiøse mangfold i det norske samfunn bør forvente helse – og sosialarbeidere som er fleksible og kreative i interkulturell samhandling, og som behersker den flerkulturelle dialogen.

Disse ovenfor nevnte opplevelsene og utsagnene vekket min nysgjerrighet rundt begrepet ”god kommunikasjon ” og hvilke elementer som bør ligge til grunn. Er det slik at det finnes noen universelle grunnregler samtidig som det finnes språklige og kulturelle forskjeller? Mitt ønske for denne masteroppgaven vil nettopp være å finne disse grunnregler og kulturelle utfordringer.

Hvordan kunne jeg så klare å samle sammen å analysere den type kunnskap slik at jeg kunne gi et bidrag tilbake til mine samarbeidspartnere og kollegaer og kanskje enda flere? Forhåpentligvis vil denne oppgaven gi noen svar på dette med fokus på det praksis nære fagfelt.

Slik jeg ser det gir gode kommunikasjonsferdigheter en form for kontinuerlig kvalitetssikring for helse- og sosialarbeidere. Elementer som å kunne lytte, skape,

strukturere, formidle, forholde, stimulere og samarbeide, vil slik jeg ser det, være viktige elementer i ”god kommunikasjon” (Eide og Eide 2001).

Med god kommunikasjon mener jeg her kommunikasjon som fremmer forståelse og et godt samarbeid mellom aktørene; her helsearbeidere og familier med ikke vestlig bakgrunn.

1.1 Problembeskrivelse

Kommunikasjon i et flerkulturelt miljø; finnes det et felles ”språk” som fremmer inkludering?

1.2 Problemstilling

”Hvilke utfordringer møter helsearbeidere i kommunikasjonen med ikke-vestlige familier”?

1.3 Avgrensning

I min masteroppgave har jeg valgt å ha fokus på helsearbeiderens rolle og har ikke intervjuet eller samhandlet med brukere av helsestasjonene; dvs. ikke-vestlige innvandrere som vil bli drøftet i avhandlingen. Fokus både på helsearbeideren og brukeren ville være et for omfattende og tidkrevende arbeid. I denne oppgaven ønsker jeg derfor å vie all min oppmerksomhet på helsearbeideren som en ressurs i en travel hverdag med stadig nye globale utfordringer.

Målsetting for masteroppgaven er om mulig å hjelpe helsearbeideren til i større grad å bli seg bevisst det arbeidet som gjøres i interaksjon med ikke-vestlige innvandrere, og om det er mulig å videreutvikle kommunikasjons ferdigheter.

Jeg har i denne masteroppgaven heller ikke valgt å fordype meg i sider ved innvandrerfamiliens helsetilstand ut over deres rolle som foreldre til barn som brukere av helsestasjonen. Maktforholdet mellom helsesøstrene som fagpersoner fra majoritetskulturen, og innvandrerfamilier som representanter for minoriteten blir i liten grad analysert.

1.4 Helsestasjonen som arena for min masteroppgave

Helsestasjonen er et lavterskel tilbud som trekkes frem som en hjørnestein i folkehelsearbeidet (stortingsmeld 16 2002-2003). Helsestasjonen er en lovbestemt kommunal helsetjeneste hvor gravide kvinner, spedbarn og småbarn kan få gratis forebyggende helsetjenester som helsekontroll, råd og veiledning om amming, ernæring, barnestell, vaksinasjon m.m.

Noen helsestasjoner har tilbud om familierådgivning og gir råd om seksualhygiene, prevensjon, oppdragelses problemer og sosiale spørsmål. Helsestasjonene er vanligvis bemannet med helsesøstre, jordmødre, leger og fysioterapeuter (Norsk leksikon 2008). Helsestasjonene er den delen av kommunehelsetjenesten som driver med planmessig helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn i førskolealder. Helsestasjonen skal ifølge forskrift av 2003 om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten omfatte:

- ✓ helseundersøkelser og rådgivning med henvisning og oppfølging ved behov
- ✓ forebyggende psykososialt arbeid
- ✓ opplysningsvirksomhet og veiledning individuelt og i grupper
- ✓ hjemmebesøk og oppsøkende virksomhet
- ✓ samarbeid om habilitering av barn og unge
- ✓ informasjon og tilbud om anbefalte vaksinasjoner for barn og unge
- ✓ tilbud til gravide i form av rådgivning og helseundersøkelser

De siste tiårene har det blitt tilført mer ressurser til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, men overføringene er slik jeg har erfart ikke proporsjonale med utfordringer og oppgaver helsestasjonen er pålagt å utføre. Økende globalisering påvirker arbeidsoppgavene til helsesøstrene. I Veileder til Forskrift17 sies det bl.a. at:

”foreldre med innvandrerbakgrunn bør få veiledning i utfordringer ved å oppdra barn i Norge, og hva det innebærer å vokse opp med flerkulturell bakgrunn i Norge”.

2.0 Metode

I dette kapittel gjør jeg rede for oppgavens struktur og valg av metode.

2.1 Masteroppgavens struktur

Masteroppgaven starter med en redegjørelse for valg av tema. Videre en presentasjon av forskningsdesign og metode. Så et kapittel med begrepsavklaring og teoretisk ståsted for oppgaven. Videre presenterer jeg mine funn med påfølgende drøftning under hver kategori for til slutt å komme med en oppsummering og forslag til veien videre.

2.2 Forskningsdesign

Her gis en redegjørelse for den metodiske oppbygging av min masteroppgave, hvordan jeg har gjort utvelgelsen av respondenter og hvordan jeg tenker en gjennomføring av prosjektet. Videre gis det en kort redegjørelse for valg av analysemodell samt etiske betraktninger.

2.2.1 Respondentutvalg

I min datasamling har jeg valgt å benytte meg av respondenter som -

”gir mer direkte informasjon om en persons egne følelser, meninger og oppfattelser” (Olsson og Sørensen 2006).

Jeg har tatt utgangspunkt i 3 gruppeintervjuer hvor jeg ønsket en tverrfaglig sammensatt faggruppe. I disse gruppeintervjuer har jeg stilt spørsmål og oppfordret til narrativer. Tanken har under prosjektperioden vært at muligheten for flere intervjuer kunne bli aktuelt dersom jeg ikke syntes å ha nådd noen form for metning. På dette grunnlag ville muligheten være tilstede for å kontakte flere respondenter om ønskelig. Dette ble dog ikke nødvendig.

I min masteroppgave velger jeg å bruke betegnelsen ”helsearbeidere” om mine respondenter og ”familien” om ikke-vestlige innvandrere.

2.2.2 Oppgavens fremdrift

Tidlig i prosessen med å utforme denne masteroppgaven hadde jeg et ønske om å ha en uhildet positiv innfallsvinkel til mitt tema om kommunikasjon. Det vil si at jeg kun ønsket å se på elementer i kommunikasjon som fremmer inkludering mellom de omtalte partnere. Min problemstilling var på dette tidspunkt:

”Hvilke elementer i kommunikasjon bør helsearbeideren vektlegge for om mulig fremme inkludering for familier med ikke vestlig bakgrunn?”

Under mine intervjuer oppdaget jeg at det i stor grad var de hemmende faktorer jeg fikk frem, og at det i liten grad var mulig å få mine respondenter til å fortelle om de gode situasjonene. De beskrev en hverdag full av utfordringer og frustrasjoner og jeg mente da det var riktig å ta denne informasjonen på alvor. Derfor endret jeg problemstillingen og ønsket å se på utfordringer i kommunikasjonen mellom helsearbeidere og ikke-vestlige familier på helsestasjonene. Det vil si at jeg kommer til å bruke de hemmende faktorer som eksempler, og i drøftningsdel og avslutningskapitel av oppgaven vil jeg komme med mulige endringsforslag begrunnet i min teori og empiri.

2.2.3 Utforming av intervjuguide

Jeg vurderte at det i denne sammenheng og med min problemstilling var hensiktsmessig å utarbeide en semistrukturert intervjuguide, da jeg ønsket å anvende en metode som bidro til at jeg kunne fange opp de fleste av elementene om hemmende og fremmende interkulturell kommunikasjon i min oppgave (vedlegg nr 1).

Hva som kan være hensiktsmessig vil henge tett sammen med fokus i masteroppgaven, forskningsspørsmålene og utvalgskriteriene. Forhåndsstruktur er imidlertid et godt argument for å unngå å samle inn en mengde overflødig informasjon som i ettertid bare reduserer effektiviteten og analysens kraft (Ryen 2002).

2.2.4 Metodisk referanseramme

Min problemstilling og utforming av masteroppgaven tilsa slik jeg vurderte det at en kvalitativ tilnærming ville være hensiktsmessig. Denne tilnærming gir mulighet for fleksibilitet da metoden gir mulighet for ulike valg og avveininger i løpet av prosessen. Tilnærmingen gir mulighet for å gripe det særegne ved menneskets tenkning og handling og kan gi ny informasjon om begrensede enheter (Thagaard 2003).

2.2.5 Analysemetode

Etter nøye vurdering av de ulike vitenskapsteorier har jeg i min masteroppgave valgt en hermeneutisk tilnærming da jeg fant den relevant opp mot problemstilling. En utdyping av mitt vitenskapsteoretiske valg vil komme i eget kapitlet.

I min presentasjon av intervjuene jeg har foretatt, har jeg valgt å bruke en analysemetode som kalles meningsfortetting.

”Analysen har fem trinn: Først leses hele intervjuet gjennom for å få en følelse av helheten. Deretter bestemmes de naturlige meningsenhetene av forskeren. Det tredje trinnet består i å utrykke temaer som dominerer den naturlige meningsenheten så enkelt og klart som mulig. Forskeren forsøker her å lese intervjupersonens svar på en uforutinntatt måte som mulig, og å tematisere uttalelsene ut fra hennes synsvinkel-slik forskeren tolker denne” (Kvale 2001).

Meningsfortettingen er gjort ved at jeg har fjernet tekst fra transkriberingen som ikke har noe med temaet for intervjuet å gjøre; slik som mm, jaer, gjentatte ord og svar, nonsens ord, pustehull eller pauser som ikke gir intervjuet mening. Meningsfortettingen har i seg kun det som er vesentlig av svar fra spørsmålene som ble stilt. Det er ikke lagt vekt på å få med det følelsemessige aspektet ved intervjuet. Kun det som ble sagt ordrett og hva det gir av informasjon og fortelling gjengis. Navn og steder som blir nevnt er tatt bort for anonymisering. Svar som gis fra intervjuer som kun er bekreftende svar for å få respondenten til å fortelle videre eller som er som en kommunikativ støtte under intervjuet, da tenker jeg på mm og ja eller nei, er også fjernet. Setninger som ikke gir mening er fjernet. Der hvor respondenten avbryter seg selv og så forsetter på samme sammenheng og setning er der det passer inn med mening slått sammen. Alle direkte sitat vil stå i anførselstegn og kursiv.

Sentrale temaer er funnet ved å tolke innholdet i respondentens uttalelser og spørsmål som er stilt fra intervjuguiden. Sentralt tema består av hva respondenten har svart og snakket om rundt spørsmålene og må ses som et resultat av en dialog mellom respondent og intervjuer.

2.2.6 Etiske betraktninger

Da jeg ikke skulle ha samtaler med brukere av helsestasjonene var det ikke nødvendig å søke godkjenning for prosjektet gjennom Regional etisk komité. Jeg har da på vanlig måte skrevet et introduksjonsbrev til de ulike helsestasjonenes ansatte (respondenter), der jeg informerte om mitt prosjekt, hvordan jeg ønsket å gjennomføre dette og hvor det ble understreket at de som respondenter bidro på frivillig grunnlag og at de var frie til å trekke seg når som helst i prosessen (vedlegg nr 2). Videre orienterte jeg om at alle data ville være anonymisert og at lydbåndopptak ville bli slettet etter at prosjektet var avsluttet (vedlegg nr 3).

Utfordringen var, og er slik jeg ser det, å kunne presentere mine funn på en slik måte at jeg ikke krenker eller på annen måte fremstiller mine respondenter i et dårlig lys, men samtidig er åpen på at alt jeg ser og opplever blir på mine subjektive premisser. Det

samme vil være tilfelle i mitt analysearbeid, mine tolkninger og fortolkninger sett med mine subjektive ”forsker – briller” på.

2.2.7 Reliabilitet

Det er viktig for det meningsbærende ved et hvert prosjekt å ha vekt på kvaliteten ved det arbeidet som skal gjøres. Både validitet og reliabilitet er imidlertid kontroversielle begreper innen kvalitativ forskning. Dette har sammenheng med at de har tilknytning til den tradisjonelle positivistiske tenkning og til kvantitative metoder, og at begrepene ikke automatisk kan overføres som et kvalitetsstempel for kvalitative forskningsmetoder. Begreper som kredibilitet, pålitelighet og bekreftelse kan fungere som alternative begrep. (Ryen 2002).

Jeg vurderer at jeg i mine intervjuer har avdekket entydige, pålitelige og bekreftende funn. Det betyr at det er sammenfallende funn mellom mine respondenter innbyrdes og på tvers av kommunegrensene.

”Et kjennetegn ved vitenskaplighet er viljen til å lete etter det motstridende bevis og la dem modifisere de generelle ideene man har” (Ryen s.188).

2.3 Vitenskapsteoretisk innfallsvinkel i masteroppgaven

I masteroppgaven har jeg valgt en hermeneutisk innfallsvinkel da jeg mener denne teorien og metoden passer godt opp mot mitt tema. Jeg ser metoden som et verktøy der jeg gis god mulighet for å innhente de data jeg ønsker for å svare på min problemstilling. Det handler i denne oppgaven om å få tak i opplevelser av utfordringer respondentene sitter med knyttet til kommunikasjonen med innvandrerfamilier.

Jeg ønsket å finne og skape mening i det innsamlede datamateriale om kommunikasjon, både det verbale og non verbale samt at jeg ønsket å se intervjuene i en kontekst der både det ytre og indre miljøer vil spille inn i funnene jeg får. Det at jeg fikk mulighet både til å tolke samt fortolke funnene jeg fikk var mitt utgangspunkt. Jeg ønsket å lytte til fortellingene mine respondenter kom med, tolke, fortolke og skape mening gjennom en vekselvirkning på empiri og teori. Det å kunne bruke den hermeneutiske sirkel i praksis og kunne veksle mellom helheten og deler av dataene jeg fikk, har vært viktig for analysen av dataene. Dette har bidratt til å kunne skape en helhet og gi et mest mulig riktig bilde av funnene mine opp mot min problemstilling der elementer i god kommunikasjon er fokus.

Jeg ønsket å se på helhetsforståelsen i en hermeneutisk metode med en erkjennelse av at menneske og all vår viten er bundet til historien og vår kulturelle menings- og forståelseshorisont. Kunnskap oppstår i en vekselvirkning mellom det å undersøke fakta og det å være kritisk mot vår egen måte til å forstå og tolke fakta på.

2.4 Hva er hermeneutikk?

Ordet hermeneutikk er opprinnelig gresk og betyr ”å forklare”, å uttrykke eller uttale, å fortelle eller forklare og å oversette eller fortolke. Begrepet kommer fra den greske guden Hermes som var gudenes budbringer og som fortolket budskapet. Hermeneutikk er et sett med teorier som handler om prosessen å fortolke en tekst eller budskap og skape mening. Hermeneutikken leter etter en bevisstgjøring av prosessen samt foreslår fremgangsmåter for tolkning.

Hermeneutikk brukes for å fortolke en tekst for om mulig finne budskapet i denne.

Hermeneutikken er også en filosofisk retning som blir omtalt som en vitenskapsmetode og kan brukes som en personlighetsutviklende mental øvelse

(Alvesson og Skjoldberg 2008).

Det enkelte menneske er ikke en ensom person som betrakter, tenker og velger i individuell isolasjon. Vi er ”forbundet med verden” og befinner oss i samspill og relasjon med andre mennesker. Vi påvirker andre, og blir påvirket i et flettverk av mellom - menneskelige tråder (Løgstrup 1957).

Hermeneutikken har levert svært viktige bidrag til utviklingen av helse- og sosialfagenes egenart, selvforståelse og oppfatning av virkeligheten. Alle disse yrkene har som mål å forstå hva som er best, viktigst og riktigst for klient og brukergrupper som søker hjelp. Kjernen i slikt arbeid er følgelig møtet mellom mennesker, tenkende og handlende mennesker som søker og forstå hermeneutikkens egen problemstilling (Aadland, 2007).

2.4.1 Den hermeneutiske sirkel:

Det mest sentrale begrep innenfor hermeneutikken kalles den hermeneutiske sirkel eller spiral. Helheten av det som skjer eller blir fortolket er det sentrale og danner mening. Bakgrunn, situasjon samt intensjon danner grunnlaget for min vurdering av tekst eller budskap og videre til egen refleksjon. Slik dannes mening gjennom fortolkningsprosess, uavhengig av egen bevissthet. Målet var at jeg kunne leve meg inn i respondentenes subjektive opplevelser av å kommunisere med familiene for å kunne gjengi dette sett innefra.

Ved å bruke en slik sirkel eller spiral kunne jeg bli bevisst mine egne og tekstens horisonter, og jeg kunne la denne bevissthet være en del av en prosess som skapte mening.

Jeg vekslet mellom å forstå og fortolke ut fra helheten og helheten forstås og fortolkes ut fra de enkelte delene, et gjensidig utvekslingsforhold mellom del og helhet. Slik kunne det skapes forandring og utvikling i en prosess, en interaksjon mellom mine respondenter og meg som forsker.

2.4.2 Objektivierende hermeneutikk

Forforståelsen av en del av en tekst kan bare forstås ved å se den i forhold til helheten, og helheten forstås bare gjennom de enkelte delene. Det vil si at leseren av teksten står utenfor den hermeneutiske sirkel. Dette kaller Alvesson og Skjoldberg for den objektivierende hermeneutikk. Slik jeg forstår objektivierende hermeneutikk betyr det at det blir det talende ord under gruppeintervjuet og narrativene mine som skal tolkes, ikke settingen eller måten ordene blir formidlet på (Alvesson og Skjoldberg 2008). Det blir den "rene" teksten som tolkes og fortolkes, og jeg som forsker i større grad vil da få en observerende rolle. Her vil være viktig å tenke på at alt jeg forstår, forstår jeg på egne premisser. Autonomi vil i min avhandling være et sentralt begrep.

2.4.3 Aletisk hermeneutikk

Ordet aletisk er basert på det greske ordet Aletheia, som betyr åpenbaring av noe som er skjult. Aletisk hermeneutikk kalles også den eksistensielle hermeneutikken.

Enhver forståelse forutsetter en annen forutgående forståelse, altså en forforståelse, men fordommer beskriver de meninger og oppfatninger vi har utviklet på forhånd. Dette er ifølge Alvesson og Skjoldberg det vi kaller aletisk hermeneutikk. Slik jeg forstår det er man ikke opptatt av å finne korrespondanse mellom den subjektive og objektive virkelighet, men å avsløre, blottlegge eller synliggjøre noe skjult innenfor den aletiske hermeneutikken.

Ifølge filosofen og teologen Schleiermacher, er full forståelse av en tekst mulig først når jeg kan gjenta alle tankeoperasjoner som forfatteren selv utforsker når teksten ble skrevet. (Ariadne, kunnskapsbase for kulturfagene ved universitetet i Oslo). Dette kaller Schleiermacher å konstruere eller rekonstruere teksten. Full forståelse av en tekst er derfor ifølge Schleiermacher en uendelighet, for ikke å snakke om umulig oppgave. I motsetning til de som hevder at hermeneutikk er å forstå tekst, hevder Schleiermacher at

hermeneutikk og forståelse dukker opp ved alle former for menneskelig kommunikasjon, skrift, tale og handlinger.

Slik jeg har valgt å bruke hermeneutikk som metode i min masteroppgave vil det på tross av ulikheter være nyttig for meg å bruke både den aletiske og objektiverende hermeneutikk for om mulig få de beste data, noe også Alvesson og Skjoldberg anbefaler. Det å kunne se på både det rene skrevne ord samtidig som jeg har med meg en årvåkenhet for kontekst og forforståelse for mine respondenter. Ved å bruke den hermeneutiske sirkel, både sett uten i fra og å være en del av sirkelen mener jeg å ha et godt utgangspunkt for å kunne analysere dataene i masteroppgaven, drøfte dem og om mulig finne utfordringene i kommunikasjon slik jeg søker etter i min problemstilling.

2.5 Et kvalitativt studie

De siste tiårene har kvalitativ forskning fått en større rolle i den helse- og sosialfaglige forskningen. Forskningen er preget av det samfunnsskapte og fagsyn, og er ikke objektiv i naturvitenskapelig forstand. Dog skal forskningen være både reliabel og valid, og bruke metoder som er tilpasset formålet med undersøkelsen, og fremstille og formidle resultater på en god og grundig måte. I følge Kirk and Miller, 1986, er kvalitativ forskning:

“An empirical, socially located phenomenon, defined by its own history, not simply a residual grab-bag comprising all things that are not quantitative”.

Kvalitativ forskning kom som et alternativ til den kvantitative forsknings tradisjon. Disse to retningene innenfor forskning ble lenge sett på som motsetninger. De sees i dag oftere som metoder som supplerer og utfyller hverandre. Forskjellen som skiller disse metodene er bl.a. at de prioriterer annerledes når det gjelder måten å samle data på og tolkningen av materialet. Kvalitativ forskning legger mer vekt på nærhet i sin måte å innhente data på og tolkningene er mer opptatt av å ivareta det subjektive og synliggjøre bevisstheten rundt forskeren i forskerrollen. Dette som en motsetning til viktigheten av objektivitet som kvantitativ forskning vektlegger, der forskeren skal ha skarpt skille mellom seg selv som forsker og sin forskning. (Kleven 2002).

Kvalitativ forskning dreier seg slik jeg ser det i all hovedsak om å innhente pålitelig kunnskap om et fenomen eller tilstand, og fortolke dette.

”Hvilke utfordringer møter helsearbeidere i kommunikasjonen med ikke-vestlige familier”?

Det betyr at jeg som forsker må anstrenge meg for å gi en konkret og utfyllende beskrivelse av mitt forsknings materiale. Jeg mener et kvalitativ studie med en hermeneutisk tilnærming vil supplere hverandre godt i min masteroppgave. Elementer som egne faglige forutsetninger, egne antagelser, samt et mangfold av kilder for å kunne gi et nyansert bilde er viktig for meg som forsker. Masteroppgaven vil i all hovedsak besto av empirisk forskning, det vil si semistrukturerte intervjuer og narrativer, men også en fordypning i litteratur analyse og tidligere forskning. Jeg velger altså å ha en induktiv tilnærming i min avhandling.

Fra Teori → Til Empiri

2.6 Hvorfor et kvalitativ studie

Dalen inspirerte meg til en avklaring vedrørende metodevalg, og jeg har vektlagt hennes beskrivelse av den kvalitative forskningstilnærming i min masteroppgave. Hun beskrev hvordan jeg kunne utvikle forståelse av fenomener knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet som et overordnet mål for kvalitativ forskning (Dalen 2004).

Den kvalitative forsknings metode var for meg godt egnet til å innhente data med utgangspunkt i respondentenes egne beskrivelser og opplevelsen av fenomener knyttet til min problemstilling om interkulturell kommunikasjon. Den kvalitative metode gir meg i denne oppgaven mulighet for å lete etter det spesifikke og unike i utfordringene helsearbeiderne sitter med. Metoden gir meg sammenheng og struktur i innsamling av mine data, samtidig som metoden slik jeg ser det er lite formalisert og egner seg godt i mine semistrukturerte gruppeintervjuer.

Den kvalitative metoden blir i denne oppgaven vurdert til å være den beste metoden for å kunne svare på min problemstilling.

2.7 Semistrukturerte gruppeintervjuer som verktøy

Semistrukturerte intervjuer kalles også naturalistiske intervjuer. Det naturalistiske intervjuet innledes vanligvis med dagligdagse tema eller temaer som er relatert til intervjuet og som respondenter er interessert i. Det er viktig å la respondenten fortelle historien på sin egen måte. Forskeren som i dette tilfellet er meg, bør holde lav profil og lytte til det som faktisk blir sagt. For det semistrukturerte intervju er tanken -

”at dataene finnes’ inni’ respondenten, og at forskerens oppgave er å samle inn dataene slik de er, det vil si å unngå at man under selve innsamlingen kommer i skade for å påvirke dem”(Ryen 2002).

Jeg har konstruert forsknings spørsmål i en intervjuguide som skal hjelpe meg gjennom intervjuprosessen. I masteroppgaven dreier spørsmålene seg om hva respondenten mente var god kommunikasjon og å komme med eksempler på situasjoner hvor kommunikasjonen mellom dem og familiene var opplevd som god eller utfordrende. Videre hadde jeg et fokus på hva respondentene mente de kunne bli bedre på og hvilke faktorer de trodde spilte inn i samtalen. Kultur, språk, fordommer, egen forforståelse m.m. ville her være viktige temaer. Denne formen for intervju tar slik jeg ser det vare på fleksibiliteten rundt tema og kontekst. Det vil være en fordel at jeg som forsker kjenner til respondentenes fagspråk, de vanligste uttrykk og termer som brukes i det miljøet der respondentene ferdes. Det er også viktig at respondentene har hatt mulighet til oppklare eller presisere eventuelle misforståelser avslutningsvis og kunnet få muligheten til å kontakte meg som forsker hvis nødvendig. Respondentene er informert om at jeg selv har en faglig bakgrunn som helse- og sosialarbeider.

”Måten du stiller spørsmålet på, skal virke utløsende på informantens fortelling, fortellingen skal være rik og fyldig, den skal være levende” (M. Dalen 2004).

Det var viktig for mitt forskningstema at fortellingene og intervjuet hadde et bestemt formål og en bestemt struktur. Det er ikke en hvilken som helst samtale, men min mulighet til å samle inn data. Dette ville føre til at jeg fikk gjennomført mitt prosjekt, og at jeg kunne gjøre rede for kunnskap knyttet til problemstillingen. Her lå også utfordringer knyttet opp mot å finne en god balanse mellom den åpne, semistrukturerte intervju samtalen og respondentens opplevelse av å være i en god og trygg interaksjon med meg.

2.8 Narrativer som verktøy

Ordet narrare kommer fra latin og betyr ”å fortelle”. Begrepet narrativ har forskjellige betydning ut fra om det brukes som substantiv; det betyr da fortelling eller om det brukes som et adjektiv eller adverb; da betyr det fortellende.

Begrepene historie, fortelling og diskurs er nær beslektet. Diskursen er måten fortellingen blir fortalt på og virkemidlene som blir brukt, mens en historie kan være kilde til mange ulike fortellinger. Slik jeg ser det konstruerer vi mening til våre liv gjennom historiene.

Sentrale elementer i narrativ tilnærming bygger på at mennesket søker å skape mening i sine liv. For å skape mening og for at vi skal kunne uttrykke oss, må erfaringer knyttes sammen til historier. Historiene skaper struktur, helhet, sammenheng og mening. Historiene om våre liv gir rammen om erfaringene våre, og organiserer og gir et mønster til erfaringene. Historiene konstruerer begynnelsen og avslutningen (Haaland 2005).

Gjennom de historiene jeg fikk ville jeg se på både deler og helhet, tolke og fortolke og på denne måten skape en mening og en forståelse for respondentens historie og dypere mening. Jeg ønsket å gjengi deler av historiene i oppgaven for om mulig å synliggjøre og tydeliggjøre utsagn og innhold som jeg så som viktige opp mot mitt tema om kommunikasjon.

3.0 Teoretisk ståsted

I dette kapittel vil jeg avklare begreper, presentere et utvalg av tidligere forskning på området og gjøre rede for valg av teoretisk ståsted i masteroppgaven.

3.1 Begrepsavklaring

3.1.1 Kommunikasjon

I sin enkleste form kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommer fra latin; *communicare* som betyr ”å gjøre noe felles”, ”delaktiggjøre en annen i”, eller ”ha forbindelse med”

Kommunikasjonsbegrepet brukes om mange fenomener, slik som individuelle samtaler til avanserte gruppeprosesser, å skrive brev til global nyhetsformidling. Det kan også omfatte informasjonsutveksling gjennom telefon eller telefaks til globale nettverk (Eide og Eide 2001).

3.1.2 Kultur

Kulturbegrepet forstår jeg slik antropologen Fredrik Barth definerer det:

”Kultur er den ballast av ideer og normer som en person bærer med seg ut fra hva personen har lært og erfart: hans/hennes kunnskaper, konvensjoner, meninger, holdninger og verdier”(Barth 1994 s. 297).

Ordet kultur bygger på de latinske substantivene *cultura* som stod for dyrking av jorden, og *cultus* som stod for dyrking av gudene. Det betegner derfor menneskelig aktivitet som på den ene siden innebærer en bearbeidelse av naturen, og på den andre siden en åndsaktivitet.

- ✓ Kultur som åndsliv og produkt
- ✓ Kultur som aktivitet
- ✓ Kultur som arv og minner
- ✓ Kultur som livsform
- ✓ Kultur som meningsfelleskap

(Dahl 2001).

3.1.3 Inkludering

Inkludering betegner en prosess og et mål hvor deltakelse i fellesskapet er bygd over forskjellene. Kjernen i begrepet inkludering er derfor å øke individets deltakelse og utbytte av å delta og reelt påvirke dette fellesskapet. En inkluderende opplæring må derfor forstås slik at det stiller krav til opplærings arena, og deltakernes evne til relasjonsbygging med utgangspunkt i menneskers egenart og likeverd, slik at alle deltakerne i fellesskapet tar del på en likeverdig måte – faglig, sosialt og kulturelt(Fug.no).

3.1.4 Helsefremmende arbeid

Med helsefremmende arbeid forstås her tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet (Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr 450).

3.1.5 Ikke - Vestlige innvandrere

Med ikke-vestlig bakgrunn mener jeg her innvandrere fra ikke-vestlige land slik som Asia med Tyrkia, Afrika, sør og mellom- Amerika og Øst-Europa. Videre lener jeg meg til SSB's definisjon der innvandrere defineres som en person med annen etnisk opprinnelse enn norsk, dvs. med to utenlandsk fødte foreldre (Statistisk sentralbyrå).

3.1.6 Interkulturell kommunikasjon

Med interkulturell kommunikasjon forstår jeg kommunikasjon mellom mennesker med ulik kultur bakgrunn. Dette kan da ses på som et møte mellom mennesker som bærer sin kultur med seg som en usynlig bagasje.

3.2 Eksisterende kunnskap og forskning på fagområdet

Her gis en kort redegjørelse for relevant forskning på tematikken interkulturell kommunikasjon.

Det finnes spennende og aktuell forskning på temaet interkulturell kommunikasjon, og jeg har her gjort et lite utvalg som jeg vil komme tilbake til i mitt drøftnings kapittel. Møtet mellom helsearbeidere og ikke-vestlige innvandrere er i fokus, og jeg har spesielt festet meg ved artikler der rollene Lege – pasient og sykepleier -pasient har vært tema. En av flere relevante artikler sier følgende:

“Effective communication between patients and health care providers is a critical element to quality health care. Increasingly diverse racial, ethnic, and sociocultural background of patients challenges health care providers for delivery of health care service. Becoming aware of patients attitudes, beliefs, biases and behaviours that may influence patient care can help clinicians improve access to and quality of care “
(Markova and Broome, Urologic nursing 2007).

I en engelsk forsknings artikkel fra 2002 av Lingard, Tallett and Rosenfield ble det forsket på kommunikasjon mellom lege -pasient rollen hvor pasientene er av annen etnisk opprinnelse enn helsepersonell. Her fremmes spørsmål som hva helsepersonell mener karakteriserer kulturen til ikke-vestlige pasienter, hva de tror kultur betyr, hvordan de forholder seg til andre kulturer og hvordan de som helsepersonell kan bli bedre til å kommunisere på tross av kulturforskjeller m.m.

Ved bruk av fokusgruppe intervjuer som metode kom de frem til følgende:

“Residents believe that lack of knowledge about other cultures causes their communication difficulties. Findings suggest, however, that more basic issues may underlie their difficulties. Residents may recognize prejudice in the abstract but fail to see it in their environment, and they may spend minimal time reflecting on their “professional culture and beliefs
(Annals RCPSC, Vol 35 nr 6 2002).

En studie fra Journal for nurses” Addressing barriers to cultural competence” 2005 nevner bl.a:

“With a lack of awareness of differences, many professionals practice a one-size fits all approach with clients regardless of large group differences”.

I en artikkel fra sci nursing 2001, Transcultural communication, konkluderes det med at:

“Nurses must be engaged in a dynamic dialog to ameliorate transcultural communication, avoid language barriers and employ approaches to enhance nurse-patient rapport”.

Her beskrives det en viss asymmetri i maktforhold og kommunikasjon mellom partene, faktorer jeg kjenner igjen fra mitt tidligere prosjekt på temaet, og som jeg langt på vei vurderer som overførbare til min problemstilling i denne masteroppgaven. Det finnes fellestrekk i utdanningsnivå og tematikk, samt en arbeidshverdag som er nær beslektet med mine respondenter.

3.3 Interkulturell kommunikasjon

I dette kapittel presenterer jeg et sammendrag av Dahls kulturfilter modell.

Jeg har i min masteroppgave valgt å ta utgangspunkt i en modell for interkulturell kommunikasjon, som presenteres i Øyvind Dahls bok (2001) ” Møter mellom mennesker – Interkulturell kommunikasjon”. Øyvind Dahl er professor i kulturkunnskap ved Misjonshøgskolen i Stavanger og initiativtager til opprettelsen av Senter for interkulturell kommunikasjon (SIK) i Norge. Han er en fremtredende person innenfor dette felt i nordisk sammenheng, da han sitter som representant for Norge i ”Nordic Network for intercultural Communication”.

Jeg har valgt å bruke denne modell, da den forklarer den interkulturelle kommunikasjons prosess slik jeg forstår den. Den illustrerer hvilke faktorer som innvirker, og hvilken betydning den har når avsender og mottaker koder og avkoder meldinger med ulike kulturelle referanserammer. På den måten kan modellen være utgangspunkt for en forståelse av, og kunnskap om hvordan den interkulturelle kommunikasjonen brukes, og jeg ser modellen som hensiktsmessig i mitt drøftnings kapittel da flere av de elementer jeg på forhånd har antatt som viktige blir representert her.

Modellen for interkulturell kommunikasjon – kulturfiltermodellen - har Øyvind Dahl utviklet fra den tradisjonelle lineære kommunikasjons modell med avsender, budskap, melding og mottaker. Bak kulturfiltermodellen ligger som tidligere nevnt følgende kultur forståelse. Ordet kultur brukes forskjellig utifra sammenhengen den inngår i, slik som kultur som livsform, egenart i leve- eller væremåte, eller kultur som menings fellesskap; Koder, verdier, normer, identitet m.m. Disse måter å oppfatte kultur på utdyper Dahl ved betegnelsene:

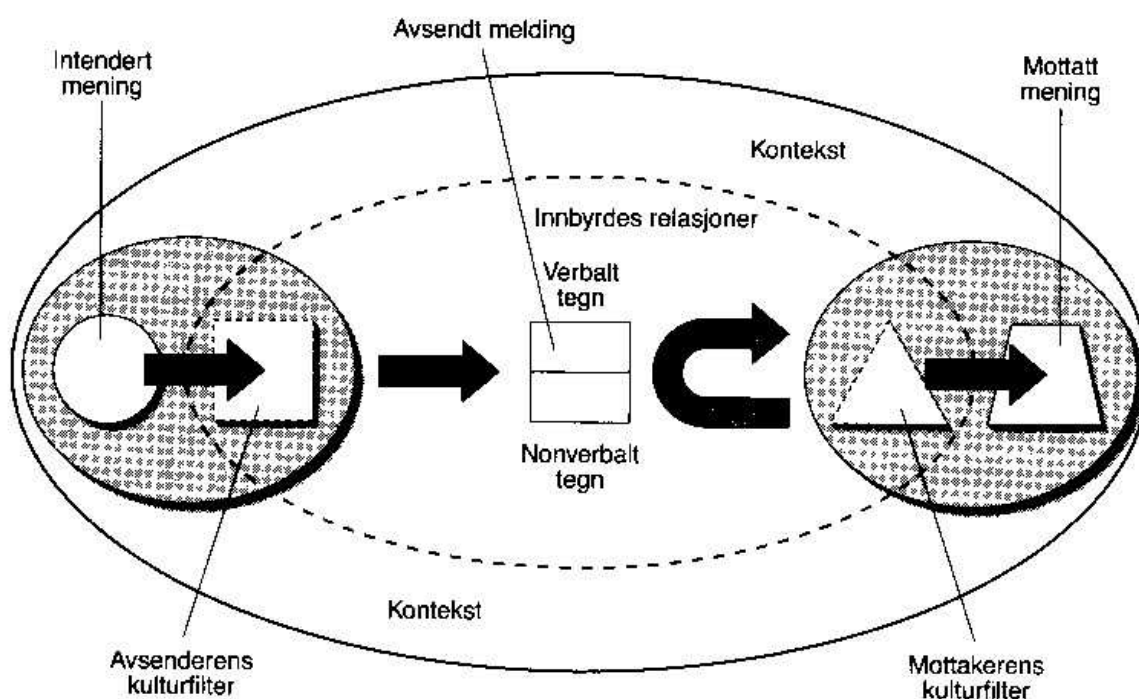
”Kultur som koder i bakhodet:

Kultur er subjektivt - en kulturell referanseramme hos personer som står i bestemte sammenhenger og deltar i bestemte kommunikasjons prosesser. Det finnes ikke to mennesker med samme kulturelle ballast. Ballasten er omskiftelig og inneholder erfaring fra nåtiden og fra tidligere generasjoner.”

”Kultur som dynamisk felt:

”Dette er meningsfellesskapet, som etableres og forandres i møtet Mellom mennesker. Feltet oppstår i kommunikasjonen - i det sosiale samspill. Dynamikken i en kommunikasjonshandling bidrar til at det skapes nye meningsfellesskap.”

3.3.1 Kulturfiltermodellen



Modellen illustrerer den kulturelle referanserammens betydning for kommunikasjons prosessen. Den kulturelle referanseramme preget av tidligere erfaringer og forventninger til den andre, er i modellen beskrevet som kulturfiltre. Det er de filtre vi forstår og ser verden gjennom. Kulturfiltrene er illustrert med henholdsvis en firkant og en trekant for å vise forskjellene. Videre er de oppgitt som stiplede linjer for å vise, at vi kan strekke våre begreper litt ut over det vante – tilpasse oss – derfor er filtrene tøyelige (Dahl 2001).

3.3.2 Kommunikasjons prosessen

Den interkulturelle kommunikasjons prosess finnes i møtet mellom mennesker, ikke kulturer.

Kodesystemet, som anvendes i kommunikasjonen, er kulturbestemt. Det er ikke uforanderlig, men endrer sig i den mellom menneskelige kommunikasjon. Det inneholder meningssystemer med regler for hva koderne betyr (Dahl 2001).

Da kultur ifølge Dahl er subjektivt, vil enhver kommunikasjon mellom mennesker være et møte mellom forskjellige koder, tegn og fortolkninger, slik en meningsfull kommunikasjon har kjennskap til hverandres koder.

I modellen vises prosessen fra sender til mottaker. I praksis, i dialogen, vil det her være snakk om en rekke toveis prosesser. På den måten skal modellen oppfattes som en fortløpende, gjensidig prosess.

Kommunikasjonen starter med at avsenderen får en tanke (intendert mening - illustrert med en sirkel), som ønskes formidlet. Ved kodingen passerer denne tanken gjennom kulturfiltret og uttrykkes da på en måte, som er farget av avsenderens kulturelle bakgrunn.

”Språk, uttrykksmåte, tankegang og presentasjon blir formet ut fra den enkeltes erfaring og sosialisering” (Dahl s. 67).

Da vi mennesker ikke alltid klarer å uttrykke alle ideer og følelser, illustreres meldingen videre som en firkant. Den avsendte melding kan bestå av flere tegn, ord, kroppsspråk, adferd og bilder. Mottakeren må aktivt motta meldingen. Denne aktive rolle er vist ved, at pilen ikke går videre fra den avsendte melding, men er en krokete pil fra mottaker til meldingen og tilbake til mottakeren. Meldingen passerer mottakerens kulturfilter, det vil si at den avkodes, forstås og tolkes i forhold til mottakerens referanseramme. Den tilskrives mening ut fra mottakerens egne forutsetninger og erfaringer. Avkodnings prosessen er ofte ubevisst og ureflektert.

Resultatet er en redusert firkant - meldingen er ikke reproduisert hos mottakeren.

Kulturfiltrene kan altså føre til at mottakeren tilskriver en melding en annen betydning/mening enn den, avsenderen hadde til hensikt. Det at avsenderen ikke kan forutsi hvordan en avsendt melding vil oppfattes, vil prege innkodningen. Samtidig vil kulturfiltrene begrense hvilke stimuli som tas med i betraktning ved avkodningen. Dermed kan kodning og avkodning gjennom forskjellige kulturfiltre gi mulighet for misforståelser.

Dahl snakker også om kultur avstand. Ofte er det slik at jo tettere på hverandre vi er oppvokst, jo mere har vi felles, og jo lettere kan vi forstå hverandre. Motsatt: jo større anstand desto større mulighet for feiltolkning. Han beskriver dette slik:

”Avstanden mellom virkelighets oppfatninger gir ... et visst mål for hvor enkel eller hvor komplisert prosessen blir” (Dahl s. 71).

Derfor er det viktig at være oppmerksom på nivåene av forskjellighet.

3.3.4 Relasjonen

I kulturfiltermodellen er den innbyrdes relasjonen markert med en ellipse. Dette er de følelsesmessige relasjoner som spiller en rolle for de gjensidige forventninger og fortolkninger av meldinger, og som derfor er viktige at tenke på i kommunikasjonen mellom helsearbeideren og familien.

Relasjoner kan være symmetriske, det vil si at kontroll, makt og myndighet er jevnt fordelt. Det er balanse i forholdet, og man opplever hverandre som jevnbyrdige. Det motsatte er gjeldene i den asymmetriske relasjon, hvor den ene har mere kontroll, makt eller autoritet enn den andre. Asymmetrien kan være bestemt gjennom rolle fordelingen,

”som i forholdet mellom terapeut og pasient. Den ene er hjelper, og den andre er den som trenger og mottar hjelp. Alle omsorgs situasjoner innebærer et asymmetrisk forhold”(Dahl s. 30).

Aadland(2004) sier om relasjonen at det er viktig å kikke nærmere på hvem jeg er, hva jeg gjør og hvilke briller jeg ser den andre gjennom. Utfordringen ligger for helsearbeideren i å spørre seg:

”Hvordan kan jeg forstå den andre så jeg kan være til best mulig hjelp i frigjøringen av livskvaliteter?”

3.3.5 Kultur filtrene

Kultur filtrene skapes i sosialisering mellom mennesker. Gjennom oppvekst, oppdragelse og læring i et samfunn får vi en rekke forutsetninger og tolknings nøkler som vi tar for gitt. Kulturfiltrene er en del av personligheten og kan da ikke tas av og på. De kan bestå av kulturelle, sosiale og psykologiske aspekter, som personene eller situasjonen gjør seg gjeldende i en kommunikasjon. Familiens kultur filter er dermed skapt i en sosialisering inn i et ikke-vestlig land, samtidig som de har de nåtidige erfaringer fra Norge. De vil kode og avkode meldinger og gi dem mening gjennom dette

filter. Motsatt er helsearbeiderens kultur filter skapt her i landet, hvorpå de to filtrene vil være forskjellige fra hverandre.

Til kultur filtrene hører stereotypier og fordommer. Disse blir til når vi betrakter den andre gjennom eget kulturfilter, - når den målestokk andre vurderes med, er tatt fra egen kultur. På den måten blir bildet misvisende. Det betyr, at stereotypier og fordommer kan dukke opp, når helsearbeideren betrakter familien ut fra eget vestlige ståsted, sin egen forforståelse.

Stereotypier er en oppdeling av mennesker og grupper med enkelte fellestrekk og betraktes ofte som uforanderlige og sanne. De oppstår for det meste gjennom andre kilder enn erfaring f.eks. gjennom mediene, og blir sjeldent endret ved et direkte møte, da vi observerer det vi på forhånd er programmert til. Derfor er det nødvendig at være åpen for om mulig å kunne endre egne stereotypier i et forsøk på å forstå tankegangen og forestillinger hos den andre.

Stereotypier har for det meste en negativ klang, men behøver ikke være dette, da de også er en måte å forenkle verden på. I noen sammenhenger kan det derfor gi mening å generalisere rundt kulturforskjellene, ”*kultur som livsform*”. På den måten gir det mening å snakke om vestlig og ikke-vestlig kultur. Fordommer kan være ”stilstivnede” stereotypier hvor disse er en tro eller forforståelse, som kan modifiseres, og fordommer kan være en holdning som motsetter sig åpenhet for endringer (Dahl 2001).

På samme måte ligger etnosentrismen i kultur filtrene. Dette er en menneskelig tendens til å forstå verden ut fra sitt eget ståsted. En oppfattelse av at egen kultur er den beste, den naturligste og riktigste. Det er en tilbøyelighet til at sette sig selv i sentrum og bruke egne verdier og livsfølelse som målestokk i vurderingen av andre, og man kan miste evnen til empati.

Etnosentrisme vil dermed forhindre helsearbeideren i at forstå familien ut fra deres perspektiv. Forenklet er det motsatte av en etnosentrisk holdning en kultur relativistisk holdning. På den måten må alle utsagn og handlinger forstås i forhold til sin egen kontekst og sammenheng. En ren kultur relativistisk holdning vil medføre, at alt er like godt eller like dårlig. Vi vil være ute av stand til at ta moralsk stilling til noe som helst. Ifølge Dahl er hverken en fullstendig etnosentrisk eller kultur relativistisk holdning ønskelig i praksis. I forhold til interkulturell kommunikasjon er en viss kultur

relativistisk holdning nødvendig, men ikke på en måte hvor egne holdninger og etiske retningslinjer settes over styr.

”Mens kultur relativismen er nødvendig ... som øvelse i å sette seg inn i andres ståsted, er den som leveregel og moralsk rettesnor ubrukelig for folk flest ... moralsk likegyldighet kan bli umenneskelig(Dahl s. 29).

Den engelske sosionomen og familieterapeuten John Burnham skriver at man i arbeidet med en familie må være observant på forskjellige nivåer i en families kulturelle kontekst. Han stiller opp følgende modell for dette:

- ✓ Kultur,
- ✓ Samfunn,
- ✓ Familiehistorie
- ✓ Personlig historie

(Burnham 1992 i Marianne skytte 2001).

Denne modellen kan sees som et supplement til Dahls kultur filtermodell og innehar mange av de samme elementer.

3.3.6 Verbal og nonverbal kommunikasjon

Kommunikasjons systemet, det vil si utveksling av meldinger, tegn, ord, signaler og handlinger, er standardiserte innenfor et samfunn. I systemet inngår språkets form, grammatikk, uttale, språkfunksjoner, kroppsspråk, kulturelle aspekter og kommunikasjons strategier, f.eks. uttrykks- og argumentasjons måter. Evnen til at forstå og bruke systemet hensiktsmessig kalles kommunikativ kompetanse. Denne læres gjennom sosialiseringen, hvor språket vil uttrykke en felles referanseramme og en kollektiv viten. I min oppgave vil det være snakk om en ikke-vestlig og en vestlig kommunikativ kompetanse.

Den kommunikative kompetanse er lært i egen kontekst er ikke nok i den interkulturelle kommunikasjon. Dertil kreves en interkulturell kompetanse som handler om:

”Å tydeliggjøre sine egne forutsetninger og perspektiver samtidig som en søker å skaffe seg kunnskaper og forståelse både vedrørende sin egne kulturelle bakgrunn og den fremmedes kultur tradisjonen” (Dahl s. 176).

3.3.6.1 Verbal kommunikasjon

Uttrykksmåter

Den lineære modell

Ting uttrykkes direkte, saklig, logisk og klart. I land som Norge syns vi dette er en fordel, slik at vi vet, hvor vi har hverandre. Modellen oppfattes som uttrykk for tillid og oppriktighet.

Sløyfe modellen

Det er ikke det, man sier, som teller, men måten det blir sakt på og omstendigheter rundt samtalen. f.eks. utveksling av høflighetsfraser for at vise respekt for hverandre.

Spiral modellen

En samtale sirkler rundt og rundt. Man går ikke direkte til saken, men antyder bare i omskrivende vendinger. Selve saken nevnes ikke direkte.

Den lineære modell kan være støtende for noen, som vokter de andre modellene. Omvendt så kan -

”helsepersonell ... blir nokså frustrerte, når vietnameseren snakker rundt og rundt ”grøten”. ”Kan du ikke komme til saken?” (Dahl s. 101).

Argumentasjonsmåter

Logisk argumentasjon henger sammen med den lineære modell.

Følelsesmessig argumentasjon hvor målet er å bevege den andre følelsesmessig.

Analogisk argumentasjon sikter mot å overbevise ved at belære. Dette ved at fremkalle kunnskap som har gjort sig gjeldende opp gjennom tidene. F.eks. ”Den gang jeg var barn ...”. Argumentasjonsmåtene er kjent i de fleste kulturer, men bruken av dem varierer.

3.3.6.2 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbale uttrykk kan oppfattes som symboler, være bevisste/ubevisste eller villet/ikke villet f.eks. rødme eller bruk av øynene. Flere nonverbale uttrykk kan forekomme samtidig. De kan komme sammen med verbale utsagn, hvorpå de forsterker/svekker disse. (Dahl 2001).

”Kjennskap til andres nonverbale koder ... hjelper oss til at unngå feiltolkninger basert på egen kulturell referanseramme”(Dahl s.125).

I møtet mellom mennesker handler nonverbal kommunikasjon om:

Ansiktsuttrykk avslører ofte sinns stemninger og følelser. Mimikken er mere eller mindre tillært og dermed farget av kulturen. F.eks. brukes latter ved sorg og død, for å lette situasjonen for de pårørende.

Øynene kan kommunisere mange tegn og signaler, som kan tolkes forskjellig. F.eks. kan det å unngå øyenkontakt være tegn på respekt i noen kulturer – i andre tegn på at man har noe å skjule.

Håndbevegelser understreker det som sies. Budskapet kan oppfattes forskjellig. F.eks. kan at klø sig i hodet av noen tolkes som ettertenksomhet - av andre som sinne.

Kroppsbevegelser f.eks. det å riste eller nikke med hodet, som i skandinavisk kultur vil bety henholdsvis nei og ja. I andre kulturer sies verbalt nei tak (i betydningen ja) samtidig med at der nikkes, fordi det betraktes som uhøflig at si ja takk.

Kroppsholdninger hvor det inngår bevegelse. Det er måten mennesker står, går, sitter, kneler, reiser sig, ligger og lignende.

Kroppskontakt hvor normene for kontakt ofte avspeiler seg i den måten man hilser på. Det er varierende, hva som er offentlig akseptert.

Bruk av avstand og personlig rom handler om normene, hvor tett man er på hverandre under en samtale. Om det personlige rom, kommunikasjonsfæren.

Utseende og klesdrakt handler om hvordan vi kler oss etter situasjonen og omgivelser. Hva som anses som passende og anstendig kan kodes forskjellig.

Da de nonverbale tegn er kulturelt betinget, er det ikke mulig at gi bestemte regler for nonverbal kommunikasjon.

Eide og Eide (2001) sier at –

”nonverbale signaler spiller en viktig rolle for selve relasjonen mellom hjelper og pasient, og kan være en viktig kilde til forståelse av den andre”.

3.3.7 Bruk av tolk

”Tolkens oppgave er å lytte og oppfatte det som kommer til uttrykk, huske og reformulere det, og gjengi samme innhold. Intet mer og intet mindre”
(Utlendingsdirektoratet, Kommunikasjon via tolk 2003).

Behovet for tolk bekreftes av Sosial- og Helsedirektoratet som skriver at ”tolketjeneste er for mange en nødvendig forutsetning for å benytte helsetjenester, og ofte en forutsetning for adekvat helsehjelp”. (Sosial- og Helsedirektoratets veileder IS-1022

Helsetilbudet til asylsøkere og innvandrere 2003) Når det tolkes mellom to språk kreves en økt tidsramme.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet vektlegger en kvalitetssikring av tolketjenesten.

De skriver at:

”For å kunne utføre tolking på en forsvarlig måte, kreves det både gode språkferdigheter og kunnskap om etiske aspekter ved tolkens funksjon.”

Videre beskriver integrering og mangfoldsdirektoratet at det er meget vanskelig eller umulig for tolkebrukeren å kvalitetssikre produktet.

Tolkens oppgave er ifølge Dahl å formidle ideene til avsenderen som om de var uttrykt på mottakerens språk, men å snakke via en tolk kan aldri gi det samme resultat som det å bruke språket selv. Betoning, ordstilling og betydning av enkelte ord kan adskille sig kulturene i mellom (Dahl 2001). I boken ”*Kulturforskjeller i praksis*” (1994) sier Eriksen og Sørheim at den som behersker et språk har større makt enn de som ikke gjør det. Språkbeherskelse innebærer ikke bare å forstå ord og grammatikk, men å forstå hele den livsverden språket uttrykker og er en del av.

Der finnes ikke noen form for en til en enighet mellom forskjellige språk. Direkte oversatte ord dekker ikke nødvendigvis det samme begrep på hvert enkelt språk. Ord for ord oversettelse er derfor ofte umulig. Tolken må finne tegn, ord og uttrykk, som bidrar til at mottakeren tilskriver tilnærmedesvis den mening, som sies. Ofte vil det være en mellomting mellom et ord for ord oversettelse og en menings oversettelse. En god tolk er ikke kun tospråklig men to kulturell og bør kjenne avsenderens hensikt og uttrykksmåte, som Dahl uttrykker det:

”En tolkning er alltid samtidig tolkens fortolkning av det han mener å ha hørt”.

3.3.8 Konteksten

I kulturfilter modellen er alt omgitt av en kontekst, som er den sammenheng som kommunikasjons prosessen foregår i. Denne er kort sagt alt det som kan danne bakgrunn for en samtale. Mange utsagn vil være vanskelige å forstå uten å kjenne konteksten.

”Kommunikasjon skjer aldri i et vakuum (tomrom). ”Konteksten er en del av omgivelsene og er med på å gi nøkler til fortolkningene av de tegn vi sender verbalt eller nonverbalt”(Dahl s. 77).

Den del av konteksten, som er relevant i en kommunikasjon, behøver ikke være den samme som deltakernes, da de inngår med ulike kulturelle referanse rammer.

Bateson bruker begrepet kontekst i tilknytning til psykologiske rammer, eller forståelsesrammer som er -

”den kommunikasjonsmessige, meningsmessige ramme vi forstår noe innenfor, og som hjelper oss å tolke(Bateson i Hårtveit og Jensen 2004 s.82).

Dahl trekker ut tre faktorer fra konteksten som er viktige for hvordan deltagerne gir mening til kommunikasjons prosessene - og hvilke meninger, som er relevante.

Faktorene er viktige ingredienser i kulturfiltret. De kan ikke helt adskilles, men lapper over hverandre. Disse 3 faktorer tar jeg for meg i neste avsnitt.

3.3.8.1 Verdensbildet

Verdensbildet er ifølge Dahl den grunnleggende oppfattelse av virkeligheten, som overleveres fra generasjon til generasjon. Det brukes til:

”å forme verdier og normer og til å forklare livets hensikt og menneskets rolle i forhold til universet, i forhold til overnaturlige makter og i forhold til andre mennesker”(Dahl s. 131).

Vi tar ofte vårt verdensbilde for gitt og blir først oppmerksomme på det, når vi møter et annet verdensbilde.

Verdensbildets funksjon er å legitimere og gi verdi og mening. Verdier er tillærte og uttrykk for kultur i den betydning, som er beskrevet tidligere og anskues for det meste etnosentrisk. Normer er regler for adferd og ofte sprunget ut av verdiene. Et hvert samfunn har bruk for normer – ellers ville livet være kaotisk. Tabuer er et eksempel på en norm. I den interkulturelle kommunikasjon er det viktig å ha kjennskap til normer og tabuer:

”– og innrette seg etter dem, men det behøver ikke bety at man må godta fremmede normer som gjeldende for seg selv, men dersom man ønsker kommunikasjon, er det uomgjengelig nødvendig å vise forståelse og respekt for andres grunnleggende verdier og normer”(Dahl s. 139).

Etikk og moral inngår på samme måte og gir overlevelsesmuligheter og styrke i kriser.

Slik som personlige kriser i forbindelse med fødsel og sykdom, og å integrere og gi opplevelse av helhet og systematisere oppfattelsen av virkeligheten.

Opplevelsen av sykdom og helse inngår i verdensbildet.

”Dersom sykdom ses på som et resultat av trolldom og onde ånders inngrep, vil en som vokser opp i denne konteksten, naturlig forstå sykdom på denne måten. En som er vokst opp i en kulturkrets som legger vekt på vestlig medisin, vil ha en annen oppfatning av årsaken til sykdommen. Behandling, og forklaring av helse, vil også bestemmes ut fra det gjeldende verdensbildet” (Dahl s.131).

Det betyr, at verdensbildet kan gi anledning til misforståelser i praksis, når helsearbeideren og familiene representerer hver sin oppfattelse av sykdom og behandling. Ofte kan verdensbildet og religion ikke skilles fra hverandre. Religion kan forstås som et system av trosforestillinger, som gir retning og innhold i personers tenkning, vurderings- og handlemåte. Religion forbinder det nærværende med det som ikke kan ses eller erfares direkte. Den gir mulighet for tolkning som mennesket bruker til at orientere seg med i sine liv.

Religioner kan være preget av et totalsyn, hvor den har absolutt autoritet i alle sider av menneskelivet. Dette er en oppfattelse som skiller seg fra den nordiske kristendomsform, hvor vi tenker i delsystemer med hvert vårt kompetanseområde.

Eksempelvis har kirken ingen kompetanse på politiske løsninger.

I de kulturene hvor religion virker inn i alle deler av livet, er en slik oppdeling utenkelig. Religion som totalsyn kan da ha betydning for hvordan familien forholder seg f. eks til at ha fått et barn med en funksjonshemming (Dahl 2001).

Bjartveit og Kjærstad (1996) bygger opp under Dahls teorier om verdensbildet og sier at det er rammen rundt handlingen som definerer det kommunikative innhold, ikke elementene i seg selv. De sier bl.a at det som danner rammen er relasjonen mellom to eller flere mennesker, berøringspunktene mellom vårt verdensbilde. Rammen og relasjonen er de viktigste elementene i en kommunikasjons prosess.

3.3.8.2 Sosiale faktorer

De sosiale faktorer har betydning for den interkulturelle kommunikasjon og er dermed viktige å ta hensyn til. Her hører status og rolle inn. Den sosiale status er et gjenkjennelig, sosialt definert trekk ved en person som gir vedkommende et sett rettigheter og plikter. Sosial status er ofte kulturavhengig. Status kan være medfødt f.eks. kjønn eller arv, alder, fag eller det å være mor. Symboler kan kommunisere status slik som titler og klesdrakt. Den sosiale rolle handler om status. En status som stiller forventninger til oppførsel og adferd, holdninger og væremåte. Slike familiemønster,

både storfamilien samt kjerne familie, kjønnsroller, autoritet og alder er sosiale faktorer som påvirker kommunikasjonen (Dahl 2001).

Videre er det ulikt hvordan vi snakker med andre personer avhengig av hvor nær eller fjern de står oss. Vi er alle omgitt av kommunikasjons sfærer – en intim, en personlig, en sosial og en offentlig sfære. Forskjellig sosiokulturell bakgrunn kan medføre et overtramp av denne sfæren i en kommunikasjon som kan gi anledning til irritasjon og misforståelser.

3.3.8.3 Individuelle faktorer

Dahl trekker frem tre individuelle faktorer som innvirker på vår kommunikasjonen:

Persepsjon som betyr, hvordan vi oppfatter og fortolker inntrykk fra våre sanser samt evne til å sortere mengden av inntrykk, som er resultat av læring i en kulturell kontekst. Det er de begreper og kategorier, vi bruker til å systematisere vårt inntrykk med.

Kognisjon som betyr, hvordan vi tenker og tar beslutninger. Ofte tillegger vi våre samtalepartnere meninger og holdninger, som de ikke har. Vi ser med vår erfaring og har dermed tendens til at se, det vi forventer. I kommunikasjon går tolkningen ofte på et lavt bevissthetsnivå.

”Den er så automatisert at når det blir store avvik fra forventningene, er risikoen der for at kommunikasjonen bryter sammen, og at tidligere fordommer og stereotyper blir ytterlig forsterket” (Dahl s.161).

Det betyr, at det er viktig å drøfte de gjensidige forventninger til hverandre. Beslutningsmåter kan variere. F.eks. en demokratisk beslutning, hvor flertallet bestemmer eller konsensus, hvor alle diskuterer seg frem til samme mening. Brukes den på forskjellig måter, vil det kunne oppstå misforståelser (Dahl 2001).

Emosjon som betyr følelser. Disse uttrykkes forskjellig og har forskjellig betydning avhengig av den enkeltes sosialisering. Ofte projiseres egne følelser over på den andre, slik at man er mistenksom og kan oppleve at den andre er ute etter en. Gjensidig tillid spiller også her inn. Dahl fremhever at:

”Nøkkelen til all kommunikasjon er tillit. Selv om det tar tid å opparbeide tillit, er det vel verdt anstrengelsene”(Dahl s.164).

4.0 Presentasjon av mine respondenter

Jeg har valgt 3 middelsstore kommuner på Østlandet som utgangspunkt for mine gruppeintervjuer. Dette er 3 kommuner med relativ høy andel innvandrere, henholdsvis 10, 12 og 15 % av befolkningen i disse kommunene er av annen etnisk opprinnelse enn norsk. Jeg har videre sett på de ulike helsestasjonene i disse kommuner og vurdert i hvilken kommunedel andel innvandrere har vært høyest. Dette både sett ut fra befolknings grunnlag, lokalisering i kommunen samt på anbefaling av ansatte ved de ulike helsestasjonene.

Jeg hadde i utgangspunktet et ønske om å snakke med alle ansatte på de utvalgte helsestasjonen, noe som har vist seg vanskelig. Dette forklares med et travel hverdag hvor alle har avtaler som er lagd langt frem i tid. Videre har helsestasjonene hatt både lege og jordmor i deltids stillinger og de har ikke hatt anledning til å bruke sin tid på mine gruppeintervjuer.

På alle 3 helsestasjonene stilte derimot helsesøstrene og kontorpersonell opp og ga uttrykk for at mitt prosjekt ble ansett til å både være spennende men også svært viktig og relevant for deres arbeidshverdag. 2 av gruppeintervjuene ble avholdt i en utvidet lunsj pause, ca 1 time, og et av intervjuene ble det avsatt en time til på formiddagen. Jeg velger i oppgaven å kalle mine respondenter og gruppeintervjuer for gr.1, gr.2 og gr.3. På gr.1 deltok to helsearbeidere og intervjuet varte i ca 1,5 timer, altså lengre tid enn vi alle hadde regnet med. På gr.2 deltok fem helsearbeidere og intervjuet varte ca 1 time slik det var avsatt tid til. På gr.3 deltok fire helsearbeidere og intervjuet varte ca 45 minuttene, de første 30 minuttene med alle til stede, og de siste 15 min med ledende helsesøster.

4.1 Gjennomføring av gruppeintervjuene

I forkant av alle intervjuene sendte jeg som tidligere nevnt under kapitlet forsknings design, ut et brev til mine respondenter der jeg informerte om mitt prosjekt, inviterte til deltagelse og fortalte om anonymisering og mulighet for å trekke seg om ønskelig. Etter ca 2 uker kontaktet jeg de enkelte helsestasjoner, og opplevde da uten unntak bare positive tilbakemeldinger med ønske om å delta. Det ble ved den enkelte helsestasjon avtalt tid og dag for intervjuet, samt at min intervjuguide i forkant ble sendt ut til gjennomlesning.

Før start av det enkelte intervjuet tok jeg en runde med respondentene for å høre om det var behov for å avklare noen av mine spørsmål, samt at alle skrev under på en

samtykkeerklæring hvor de ga meg som forsker lov til å bruke materialet de ville gi under intervjuet. Etter hvert intervju gikk jeg så igjennom det skrevne materiale jeg hadde fått, og den enkelte helsearbeider fikk mulighet til å stryke eller legge til informasjon de mente var viktig. Min intervjuguide ligger som vedlegg nr 1 i denne oppgaven og er formet som en halvstrukturert intervjuguide, som Kvale 2001 definerer slik:

”En intervjuguide inneholder emnene som skal tas opp i intervjuet, samt hvilken rekkefølge de skal ha. Guiden kan gi en grov skisse av hvilke emner som skal dekkes, eller den kan være et detaljert oppsett med nøyaktige spørsmålsformuleringer. For den halvstrukturerte intervjuformen vil guiden inneholde en grov skisse over emner, samt forslag til spørsmål” (Kvale s.76 2001).

4.2 Forskers rolle under gruppeintervjuene

Min rolle under intervjuene har vært en blanding av pådriver og moderator. I det første intervjuet opplevde jeg meg selv som noe usikker i rollen og intervjuet tok lengre tid en først antatt. Det tok noe tid for både mine respondenter og meg selv å komme inn i den gode samtalen, og jeg brukte relativt mye tid på det enkelte spørsmål.

Under andre og tredje intervju var jeg tryggere i min rolle som intervjuer og samtalen gikk friere. I det tredje og siste intervjuet opplevde jeg å få flere nye elementer på bordet som ikke tidligere var nevnt. Dette kan skyldes flere ting, men jeg tror det langt på vei hadde med min rolle som intervjuer å gjøre. Det at jeg var trygg i rollen og i større grad kunne lene meg tilbake og observere samtalen mellom helsearbeiderne. At samtalen i større grad dreide seg om det store tema interkulturell kommunikasjon og i mindre grad handlet om det enkelte spørsmål og detalj fokusering.

5.0 Presentasjon av mine funn

Jeg vil i dette kapittel å presentere funn både med illustrative historier samt sitater fra intervjuene. Kategoriene jeg har valgt er et valg jeg har gjort på bakgrunn av min intervjuguide og mine respondenters tilbakemeldinger. Jeg vil først presentere mine funn i hver enkelt kategori, for så å analysere og drøfte funnene opp mot min teori og empiri. Dette vil gjenta seg gjennom alle mine kategorier da jeg føler dette som mest naturlig for en god flyt i oppgaven. Jeg velger å la det store kulturbegrepet stå som en overordnet kategori da kultur vil gå igjen i alle funn. Det betyr at kulturbegrepet ikke spesifikt drøftes som en enkelt helhet, men som et viktig element og en naturlig del av helheten i alle funn i kategoriene. Det vil videre være funn som passer inn i flere kategorier og kan være vanskelige å plassere, og det vil forekomme et overlapp mellom enkelte kategorier. Alle direkte sitater fra respondentene vil i teksten stå i anførselstegn og kursiv.

5.1 Kommunikasjon og kultur

Denne kategorien omhandler funn relatert til kulturbegrepet.

”I den gode samtalen handler det ikke om kultur men om tillit og den personlige kjemi”

Mange respondenter var opptatt av at det måtte være en god kontakt, og at det da var naturlig at samtalen fløt lettere. De hadde ingen opplevelse av at kultur hadde betydning i samtalene som fløt godt. *”De er like forskjellige som personer som oss”* gikk igjen i samtalen, og at det gjelder å finne en samtalepartner med kjemi og gjensidig respekt. Alle kulturer er representert på helsestasjonene men helsearbeiderne opplever i liten grad at dette har noen betydning når samtalen flyter godt. *”Vi ønsker å se mennesket, ikke kultur og religion”*.

Samtidig nevnte flere respondenter at det var viktig å være nysgjerrig på den andres kultur, det å vise interesse for det hele mennesket en er satt overfor, men uten å plassere dem i noen form for ”bås”. *”Det handler om å bli kjent”*

Også det å vite litt om den andres kultur, tankesett, levesett og oppdragelse mente flere respondenter var viktig for god kommunikasjon. Det å være nysgjerrig på den andre gikk igjen, det å vise interesse og respekt for den andres ståsted var viktig. Flere respondenter var opptatt av å *”kartlegge”* familiene, det betød for dem å etterspørre *”Hva tenker dere i ditt land om dette”,* eller *”hva sier din religion om dette?”*

”Men kanskje vi bruker kulturbegrepet for å skjerme oss selv når vi ikke lykkes med å nå den andre?” Følelsen av å ikke strekke til eller på annen måte oppleve en samtale

som vanskelig eller noen ganger helt umulig kan bli en sekkebetegnelse som heter”
store kulturelle forskjeller”

Kulturbegrepet fritar oss fra ansvar mente flere av respondentene, dette at vi legger skylden et annet sted enn hos oss selv. Når samtalen flyter dårlig eller det er mange misforståelser er det lett å tenke kultur. *”De er jo annerledes enn oss, både kulturelt og religionen deres”*. Flere av helsearbeiderne ga uttrykk for å være ekstra forsiktige i samtalen med innvandrerfamiliene, *”Jeg er redd for å såre dem, det er fort gjort å krenke både land, historie og kultur viss det oppstår misforståelser”*.

Mange respondenter ga uttrykk for å ønske å være tydelige og ærlige i kommunikasjonen, det å våge å kalle en *”spade for en spade”* gir et ekte bilde av hvem vi er og hva vi står for, *”hvordan skal de ellers forstå hva vi står for viss vi ikke sier det som det er”*. *”Vi må også tåle at familien blir sint på oss og kanskje til og med kalles oss for hore eller rasist, dette er nok deres ”Norske” begreper på frustrasjoner”*. *”Kanskje må vi som helsearbeidere bli flinkere til å møte våre nye landsmenn på halvveien, det handler vel om å gi litt å få litt”*.

Respondentene trakk frem erfaringer der de har opplevd store forskjeller mellom første og andre generasjon innvandrere. *”Noen har med seg klesdrakt, mat og levesett fra sitt hjemland, mens andre gjerne vil leve som vi lever i Norge. De er opptatt av råd og veiledning fra oss, mens andre ikke er interessert i dette i det hele tatt”* Mange respondenter tilskrev dette tidsaspekter, hvor lenge innvandrerfamiliene hadde vært i Norge, og om de var født her i landet.

Alle som ble intervjuet beskrev tidsaspektet som en viktig faktor. Jo lengre de hadde bodd i Norge, jo lettere var det å kommunisere, uavhengig av språkbarrierer. Dette å ha tilnærmet seg det norske levesett og kultur hadde stor betydning for den gode samtalen. *”Men hva legger vi egentlig i begrepet kultur. Det, kan jo være så mye mer enn det vi prater om nå, eller kanskje det er mye mindre”*

Oppsummering

Kulturbegrepet og hva som evt. ligger i det, går igjen i alle mine intervjuer. Slik jeg tolker det ser flere av mine respondenter kulturbegrepet som en utfordring, nye ting å lære på godt å vondt. Andre igjen opplever kulturbegrepet som en ”mur” å gjemme seg bak, noe som kan brukes som en forklaring på det som er vanskelig, eller at kommunikasjonen ikke flyter som den skal.

Men alle respondentene var enige om at de la ulikt innhold i hva kultur var for den enkelte. Usikkerheten i hva som er kultur og hva som er religion, og om dette henger sammen gikk igjen i intervjuene.

Som tidligere nevnt drøfter jeg ikke kulturbegrepet som en selvstendig kategori, men trekker mine funn knyttet opp mot kultur inn i andre kategorier der dette er relevant. Dette fordi kulturbegrepet er innfiltrert i alle mine funn og preger respondentenes uttalelser.

”Vi vet det ikke er kulturen som møtes, men menneskene som møtes. Men vi mennesker bærer vår kultur med oss som en usynlig bagasje” (Dahl S.57).

5.2 Kommunikasjon, språk, begrepsforståelse og bruk av tolk

Denne kategorien omhandler funn relatert til bruk av språk og formidling.

En liten historie

På helsestasjonen skulle de starte et gruppetilbud for innvandrerkvinner. Agendaen var satt på forhånd og helsestasjonen hadde ansatt en dyktig skolert tolk til dette tilbudet.

Helsearbeiderne opplevde de første kurs kveldene som fine og fikk gode tilbakemeldinger. De opplevde et godt samarbeid med tolken og de beskrev vedkommende som profesjonell. De følte seg trygge på at budskapet ble formidlet slik det skulle, dvs. ordrett og uten egne fortolkninger eller utsagn.

Så skjer det at tolken blir syk, helsearbeiderne prøver å få en ny tolk på kort varsel men lykkes ikke med dette. En ny og uerfaren tolk stepper inn og skal brukes neste gruppekveld. Tema denne kvelden er bl.a. bruk av prevensjon. Tolken nekter her å oversette hva helsearbeiderne vil formidle og stopper dem ved flere anledninger og korrigerer. Tolken forteller dem hva de kan si og ikke si. Tolken endrer budskapet og tolker det slik vedkommende mener det er riktig for disse kvinnene å få slik informasjon. Helsearbeiderne opplever at dette skaper mye forvirring i gruppa og lurer på om de skal stoppe tolken, men velger ikke å gjøre dette. De tenker at dette sikkert er godt ment men at de ikke vil bruke vedkommende neste gang. *”Kanskje vi skulle fått et kurs om hvordan vi skal bruke tolken riktig, det er det ingen av oss som helt er sikker på, ikke rart det noen ganger oppstår litt forvirring da”*

”Ja her er det stor spennvidde på kvalitetssiden” sier flere av helsearbeiderne og ler godt. De forteller at de mener det er viktig og bruke tolk og at det dessverre alt for ofte

ikke brukes slik det skulle. ”men vi er blitt bedre til det og kanskje også mer bevisst på hvor viktig det er for den gode kommunikasjon mellom partene”.

Alle helsestasjonene forteller at de er pålagt å bruke kommunens tolkeliste. De forteller at dette ikke alltid henger sammen med god kvalitet på tolkene de må bruke. ”jeg tror dessverre dette kan handle om økonomi da vi vet at tolketjenester er dyre”. Jeg forstår denne uttalelsen som at de mener at høyere kvalitet på tolken utløser høyere utgifter for kommunene og at kommunene er opptatt av å holde utgiftene nede. Dette var en rød tråd gjennom alle mine intervjuer, det at kommunens tolker ikke alltid var av beste kvalitet. ”noen er profesjonelle og andre bare prater seg bort”

I en av kommunene brukte de en del av voksenopplæringen for voksne innvandrere som tolker, dvs. at kommunen har flere agendaer rundt tolketjenesten. ”vi gir stadig tilbakemeldinger til kommunen når vi ikke er fornøyd med tolken og håper dette skal bli bedre etter hvert” Helsearbeiderne forteller at ved å bruke de samme tolker over tid vil det være fare for at noen utvikler en nær relasjon til hverandre, noe de ved flere anledninger har opplevd. Ja også det at det allerede ved første møte viser seg å være i en relasjon, enten i et nærmiljø, familierelasjon eller på annen måte en allerede etablert kontakt ble trukket frem som en utfordring.

Det oppstår småprat under konsultasjonen og helsesøster sitter igjen med en usikkerhet i seg om hva som blir snakket om. ”jeg er usikker på om tolken oversetter det jeg sier” ”vi hadde en familie som gikk på helsestasjonen vår i 4 år og hadde samme tolk hele tiden. Når de møttes ble det klemming og mye småprat, og jeg ble usikker i min rolle som helsesøster” Det med relasjon mellom tolk og bruker gikk igjen under intervjuene mine og den usikkerheten dette skapte hos helsearbeiderne, Spesielt ble dette fremhevet i mindre kommuner der utvalg av tolk var liten. ”Innvandremiljøene er ofte små å tette og vi har opplevd at tolkene våre har vært en del av disse miljøene, hva med taushetsplikten da” Flere uttrykte store utfordringer rundt sin egen profesjonalitet som helsearbeidere når slike situasjoner oppsto. Hvordan skulle de håndtere dette, hvordan finne ut om det ble tolket på rett måte m.m. De hadde opplevd at tolker hadde sensurert budskapet som skulle formidles og også opplevd at tolken hadde kjent familien så godt at budskapet var blitt tilpasset dette kjennskap.

”Kulturforskjellene vaskes bort når det finnes et felles språk” Mange av mine respondenter mente at den gode samtalen langt på vei handlet om språk, barrierer og utfordringer som gjorde samtalen god eller dårlig, ikke kultur. Mange respondenter

hadde gode erfaringer med å gjenta informasjon flere ganger, og sjekke ut om mottaker hadde fått med seg innholdet, altså tydelig kommunikasjon med gjentakelser og kanskje ikke for mye av gangen, og ikke gi opp hvis det opplevdes som håpløst. Mange av helsearbeiderne jeg intervjuet fortalte at de hadde gode erfaringen ved å starte samtalen med å sette klare rammer for rollen tolken var ønsket å ha. Dette var ofte klargjørende for alle parter, og tolken ga uttrykk for at dette gjorde arbeidet enklere, både overfor familien og helsearbeideren. ” *det at tolken vet hva vi forventer av vedkommende* ” Videre opplevde helsearbeidere bedre forståelse når de snakket langsomt og tydelig, og at de gjentok hovedessensen i budskapet sitt flere ganger.

Flere nevnte telefontolk som et godt alternativ. Ved å bruke en slik form for tolketjeneste med voksne var helsearbeiderne tryggere på at budskapet de ønsker ble formidlet på en trygg og riktig måte. Dog hadde flere helsesøstre litt blandede opplevelser med barn til stede, både pga støy men også forstyrrelser hos den andre som de ikke kunne se og danne seg et bilde om.

Ved et av mine intervjuer nevnte de at jordmødrene ikke hadde spesielt gode erfaringer med telefontolk mens de hadde inntrykk av at legene på helsestasjonen brukte dette mye, men da jeg ikke fikk verken jordmor eller lege i tale vil jeg ikke gå nærmere inn på dette.

Alle mine respondenter var unisont enige om at bruk av familiemedlemmer eller nære pårørende var svært uheldige å bruke som tolk. Den med uklare roller og usikkerhet om budskapet ble formidlet ble igjen nevnt, og flere snakket også om at de hadde opplevd slike situasjoner som svært vanskelige for de pårørende. De ble satt i en vanskelig situasjon og fikk kunnskap om den andre som de ikke ønsket eller skulle ha. Dette med taushetsplikt ble umulig å overholde, og noen nevnte at de hadde sett at de ved bruk av større barn som tolk nærmest hadde traumatisert både mor og barn i konsultasjonen. Dette ble nevnt spesifikt ved situasjoner der vanskelige temaer skulle tas opp eller undersøkelser skulle gjennomføres.

Flere helsearbeidere snakket også om utfordringer der begge ektefeller var tilstede under samtalen. Mange opplevde at det var mannen som svarte på spørsmålene de stilte på vegne av kvinnene, men at det også ofte ble slik at tolken henvendte seg til mannen under samtalen. ” *De har jo et helt annet kjønnsrollemønster enn oss, og jeg vet ikke helt hvordan jeg skal håndtere dette* ” Kjønnsroller var et gjennomgangs tema for flere av mine spørsmål, noe jeg vil komme tilbake til i de neste kategorier. Hvordan håndtere

dette med kjønnsroller går igjen, og blir nevnt som en av de store utfordringene for god kommunikasjon. ” Hvis far er med i samtalen og det er mor vi vil prate med, prøver vi å avklare underveis at neste gang kan mor komme alene og at det er helt ok”.

Flere respondenter beskrev utfordringer i kommunikasjon når det kom til kvinnesyn. Det at mannen ønsket å være med i samtalen og gjerne var den som snakket på vegne av kvinnen og at mange menn ikke ville håndhilde på helsesøsteren i samtalen opplevdes som vanskelig og sperret ofte for en god samtale. Dette mente helsearbeiderne handlet om kultur og religion og hvordan håndtere dette. ”Samtalen dreier som om kvinnen som mor, men mannen svarer for henne som mannen i huset” Hvordan skal vi klare å føre en samtale med denne kvinnen og få frem vårt budskap uten å krenke eller fornærme begge parter var et spørsmål som gikk igjen i alle 3 intervjuer. ” Hvordan løser vi dette?”

På en av helsestasjonene hadde de valgt å være åpne på dette i samtalen. ” Dette blir vanskelig for meg, jeg ønsker å snakke med mor men opplever at du som mann svarer”.

I et av mine gruppeintervjuer var det en unison enighet blant helsesøstrene om at de skulle gi uttrykk for evt. opplevde krenkelser i rollen som kvinne fra innvandrer mennene side. ” Blir jeg krenket som kvinne og helsesøster er det vanskelig å gjøre en videre jobb med denne familien. Det var enighet blant alle i dette gruppeintervjuet at de ved å si ifra ble tydeligere både som helsearbeidere og som kvinner, og at de også representerte den norske kultur for innvandrerfamilien og på den måter var tro mot det norske kvinnesyn.

” Vi er stolte norske kvinner som har slåss for våre rettigheter og dette ønsker vi å dele med innvandrerkvinnene”.

En annen utfordring flere respondenter nevnte var bruk av tolk når en av ektefellene var norske eller at familien hadde bodd en lengre periode i Norge. De opplevde at flere av familiene ikke ville ha tolk med under samtalen eller at de ville ha sin ektefelle som tolk. Dette beskrev flere helsearbeidere som en vanskelig balansegang. Dette at de ikke ønsket å på noen måte underkjenne mulige norsk kunnskaper samtidig som helsearbeideren opplevde at kommunikasjoner fortsatt var vanskelig. Også igjen dette å bruke nære pårørende når samtalen bare gjaldt den ene ektefellen.

Helsearbeiderne hadde valgt en felles strategi som gikk ut på at de i alle tvils tilfeller, og hvor familien sa nei til tolk begrunnet allikevel bruk av tolk som et behov hos helsearbeider for å være sikker på å ha forstått, og at familien fikk den riktige informasjonen på en god måte. ” Noen ganger sitter jeg igjen med et inntrykk av at de er

redde for å bli avslørt, ja det at de ikke forstår hva vi sier eller hva vi mener” Slik jeg forstår denne uttalelsen handler dette om at det enkelte familiemedlem har et ønske om å beherske norsk, men at dette ikke alltid oppleves som godt nok som kommunikasjonsform for en god samtale sett med helsearbeiderens øyne. Noen av helsearbeiderne sa det slik: ”Ja dette med språkbarrierer er jammen en utfordring for oss”.

Respondentene snakket om at vi ofte har ulik begrepsforståelse og at vi i Norge har et helsesystem det for mange utenlandske familier er vanskelig å relatere seg til. Dette kunne også gjelde for tolken som var tilstede. Derfor var det viktig for helsearbeideren og tolk å ha god tid slik at de kunne forklare både litt generelt og spesifikt for den enkelte familie hvordan systemet vårt fungerte og hvordan de skulle gå frem. *”Den beste tolken refererer det som blir sagt, verken mer eller mindre”*

Begrepsforståelse var for respondentene et viktig element som gikk igjen under intervjuene, det å ha felles eller ulik forståelse av forskjellige begrep ble opplevd å kunne gjøre store utfall i samtalen.

En liten historie:

Helsesøster har avtale med en tyrkisk familie med et lite barn som skal veies og måles. Denne avtalen er på vinterstid og det nærmer seg julehøytid i Norge. Familien har bodd i Norge en tid og mor er utdannet sykepleier i Norge. Familien kommer fra et strengt religiøst hjem. Mor er inne hos helsesøster, barnet blir veid og målt og mor får tips om amming. Familien reiser hjem etter dette og helsesøster sitter igjen med en opplevelse av at dette har vært en god samtale.

Ca 1 time senere ringer mor til helsesøster, hun er sint og gråter. Hun har opplevd å bli grovt krenket under samtalen og forteller følgende. *”Du sier at mitt barn er som en liten julegris, og du vet jo at vi ikke spiser gris og at grisen er et urent dyr for oss. Videre sier du at jeg har melk i bøtter og spann, og nå tror min familie at jeg har melk utover hele mitt kjøkken”*

Helsesøster prøver å forklare hva hun har ment, men et videre samarbeid er ødelagt og familien får en ny helsesøster. Helsesøsteren synes dette er leit, men mener ikke at hun skal be om unnskyldning da dette handler om ulik begrepsforståelse, norske uttrykk, kultur samt forskjellig humor. Slik jeg forstår dette mener ikke helsesøster å ha gjort noe feil men at dette belyser variablene i vår begrepsverden.

Oppsummering

Slik jeg ser funnene i denne kategorien handler det mye om språk, mangel på opplevd felles begrepsverden samt store utfordringer ved bruk av tolk.

Dette at de involverte partene i utgangspunktet ikke forstår hverandres morsmål skaper forvirring, i tillegg til at vi i de ulike land legger ulik vekt på, og har ulik forståelse av en rekke begreper og forklaringer. Kjønnssroller blir i denne kategorien trukket frem som et viktig element i kommunikasjonen.

Å skulle kommunisere gjennom en tredje person kan være utfordrende, og det kan skape en usikkerhet rundt kvalitet og om direkte oversettelse finner sted slik det er ønsket. I denne kategori bringes personlig kjemi inn som en viktig faktor hos helsearbeideren; at kommunikasjonen mest handler om kjemi og mindre om kulturelle forskjeller.

5.2.1 Drøftning

Dahls kulturfilter modell kan i første fortelling brukes som et analyse verktøy.

Helsearbeiderne er opptatt av den nye tolken som de ikke kan bruke til videre tolkeoppdrag. Men denne situasjonen kan forstås på flere måter.

Tolken blir slik jeg forstår kulturfilter modellen et nytt filter (les trekant)mellom avsender og mottaker. Er denne tolken da en del av avsenders kultur eller er den en del av mottakers kultur? Dette kan forstås slik at denne tolken blir en del av mottakers kulturfilter og faktisk er den som står opp for disse kvinnene når han sier at informasjonen som gis ikke kan sendes videre. Er det slik at han har kunnskap om mottakers kulturfilter som nettopp gjør en slik handling riktig? Dette kan ses på som en måte og forstå denne handling på. Det kan også forstås slik at tolken kommer fra en helt annen kultur og har sitt eget kulturfilter mellom avsender og mottaker. Dette vil i så fall påvirke kommunikasjonen. Er det slik at avsenderes kulturfilter (helsearbeideren), med sitt kulturfilter forstår avsender på annen måte en intendert? Det kan utifra Dahls kulturfilter modell forstås slik, da kommunikasjonene blir utydelig mellom avsender og mottaker.

Slik jeg tolker modellen og funnene i denne historien har avsender, dvs. helsearbeider på forhånd gjort seg opp en mening på bakgrunn av egen forforståelse som gjør denne situasjonen mindre hensiktsmessig. Det er ingen åpenhet for å forstå situasjonen på annen måte enn at tolken gjør feil, dvs. helsearbeiderens forforståelse kommer i veien for kommunikasjonen.

Helsearbeiderne var opptatt av de opplevde språkbarrierene. Kommunikasjon mellom to parter som ikke har et felles språk kan være en utfordring. Tolk er en nødvendig forutsetning for at innvandrerfamilier kan benytte helsestasjonens tjenester, men som samtidig vanskeliggjør en kvalitetssikring av det som blir formidlet i samtalen. Når kommunikasjon foregår via en tredjeperson; i dette tilfelle tolk, reduseres muligheten for å kvalitetssikre at oversettelsen er tro mot budskapet helsesøstrene ønsker å formidle.

Er det slik at en tolk bare skal oversette ordet, eller er det også viktig å være tolk av kulturvariasjonene? Jeg forstår Dahls teorier som at begge elementer må være tilstede, både det oversatte ord og kulturforståelsen.

Hva innvandrerfamilien som mottakere av budskapet har forstått, kan være vanskelig å kartlegge. I følge helsearbeideren formidles budskapet ofte i overskrifter, og nyansene forsvinner når kommunikasjonen foregår via tolk.

Ifølge Dahls kulturfilter modell handler dette om avsender og mottaker, og den kontekst kommunikasjonen foregår i. Rammene og kodene blir utydelige og misforståelsene er et faktum. Dahl bringer også inn viktigheten av at tolken er to kulturell, ikke bare to språklig. Dette vil slik jeg forstår helsearbeidernes uttalelser, være gjenstand for uklarheter og usikkerheten, og som de selv sier er det viktig å avklare roller og forventninger ved starten av samtalen. Er det også slik at helsearbeidene og tolken må snakke sammen om det to kulturelle og hva som ligger i det, og hvilke forventninger det ligger hos begge parter? Å avklare premissene for samtalen på forhand kan være utgangspunkt for en god samtale.

Det betyr at forventninger mellom sender og mottaker må avklares, hvilken kontekst samtalen foregår i og at:

”en tolkning er alltid samtidig tolkens fortolkning av det han mener å ha hørt”.
(Dahl s.184).

De språklige utfordringer og ulik begreps forståelse var gjentagende i mine intervjuer og historien om den tyrkiske familien som følte seg krenket var en av mange situasjoner helsearbeiderne trakk frem. Dette med betoning, ordstilling og betydning av det enkelte ord er en utfordring vi alle står overfor, både innvandrerfamiliene og helsearbeiderne.

Vi trenger erfaring om verden og den kulturelle konteksten vi lever i og hvor innvandrerfamilien kommer fra.

Dette er sikkert ikke alltid mulig, men det finnes en viss generaliserbar kunnskap hos de fleste av oss som kan gi oss en pekepinn. F.eks. vet vi at muslimer ser grisen som et urent dyr og at å kalle deres barn for en gris kan oppleves som krenkende. Allikevel faller vi raskt i fellen og krenker den andre uten å være klar over dette. Arbeidsdagene er lange, oppgavene er mange og vi har ikke alltid tid til å tenke over hva vi sier.

Kanskje er det for oss nordmenn vanlig å sette kjæle navn på barna våre. Kosegris, godtegris osv, ja vi bruker ”gris” i mange slike sammenhenger. Nylig hørte en kollega om en avdeling i en barnehage som kalte seg ”grisebingen” Hva gjør de når det kommer muslimske barn undres jeg?

Dahls kulturfilter modell vil her stoppe opp mellom avsender og mottaker da konteksten på forhånd er satt av avsender. Den norske kultur setter rammene for kommunikasjonen, og mottaker med sitt eget kulturfilter vil oppleve disse begrepene på en annen og for dem krenkende måte. Mottaker vil da sende sitt budskap tilbake med sitt kulturfilter i beredskap, og da sannsynligvis med en annen opplevelse av budskapet.

Dette kan forstås som at helsearbeideren ikke er klar for å se dette, og at avsender må endre budskap og kontekst for å fremme kommunikasjonen mellom partene? Dahl sier at vi må ha fokus på:

”forskjellige koder, tegn og fortolkningsnøkler, slik en forutsetning for meningsfull kommunikasjon har kjennskap til hverandres koder”(Dahl s.183).

Kan slike uttalelser også bety at helsesøstre ikke har tilstrekkelig forståelse for kulturaspektet? Kulturen setter rammene for kodene og forståelsen i våre hoder når vi kommuniserer. Hva betyr det at de sier at møtet mellom dem og innvandrefamilien handler om personlig kjemi? Betyr det at de egentlig først får til kommunikasjonen når familiene er blitt så integrert, at de kommuniserer på helsearbeidernes premisser og at kulturelementet er borte? En annen måte å forstå dette på er at slike uttalelser kan tyde på at helsearbeiderne mangler kulturbevissthet og at de bare formidler sine budskap uten å forstå at disse kan oppfattes helt annerledes enn det som var intendert. Slik jeg kjenner de norske helse- og sosialfaglige utdanninger er det lite fokus på det flerkulturelle arbeid og dermed kan dets betydning bli uklart. Det vil si at det er en generell mangel på skolering innenfor dette viktige og svært aktuelle tema.

Dahls kulturfilter modell kan brukes til å tolke at helsearbeiderne ikke har tilstrekkelig forståelse for betydningen av kulturaspektet i sin kommunikasjon og at det er store utfordringer knyttet til å skape forståelse for at kulturaspektet ikke uten videre kan tas bort. Dette kan videre ses som at helsearbeiderne tenker at deres kultur og levesett er bedre enn den andres og at den andre må innrette seg. Er dette etnosentrisme? Men det kan også igjen forstås som at helsearbeideren har for lite kompetanse på det flerkulturelle arbeid.

Faren for å skape en større avstand kan være tilstede om ikke begge parter gjøres oppmerksom på den andre. Jo større avstand det skapes, jo større mulighet for feiltolkning i kommunikasjonen. Kanskje er det slik at innvandrerfamilien ikke tilstreber å bli slik som oss, og etterspør helsearbeideren dette?

Dette kan beskrives slik en av de utvalgte forsknings artikler i min masteroppgave konkluderer med:

“With a lack of awareness of differences, many professionals practice a one-size fits all approach with clients regardless of large group differences”.
(Addressing barriers to cultural competence”s.135, 2005).

5.3 Kommunikasjon og utdanningsnivå hos innvandrerfamilier og helsearbeideren

Denne kategorien omhandler funn relatert til utdanning og kompetanse.

En liten historie

På en av helsestasjonene hadde de over tid opplevd at flere familier kom med sine forkjølede barn både til avtalt tid men også utenom. Familiene virket opprørte og ønsket hjelp med en gang. Familiene virket hektiske og urolige, men da helsearbeiderne vurderte dette til å være ufarlige forkjølelser, tok helsearbeiderne i liten grad seg tid til å se på disse barna. Det ble mer allmenne råd og tips om å oppsøke fastlege viss barnet fikk høy feber m.m.

Dette ble det gjentagende ganger mye uenighet og uro rundt hos disse familier uten at helsearbeiderne helt forsto problemet. Så oppdaget ved en tilfeldighet en av helsearbeiderne at disse familier kom fra et land hvor en vanlig forkjølelse hos barn ofte kunne være dødelig. Men denne nye innsikten kunne helsearbeideren gå tilbake og møte disse familier på en helt annen måte, og kommunikasjonen fløt meget bedre. ” *Dette var jo skikkelig flaut, at ikke vi hadde tenkt på dette* ”

Under spørsmålet mitt i intervjuguiden min som handlet om utdanningens betydning fant jeg stor spennvidde. *”Vi har lite fokus på innvandrerfamiliens tidligere skolegang, og har aldri tenkt at det bør ha noen betydning for kommunikasjonen oss imellom, vi er opptatt av mennesket”* I et av gruppeintervjuene var det stor enighet om at dette ikke var viktig og de etterspurte ikke dette. *”vi tenker lite på det og har lite mening om dette heller”*. De beskrev en hverdag hvor de var opptatt av rollene som mamma, omsorgsperson, pappa osv og mente det var det avgjørende fokus i slike samtaler. I et annet intervju var fokuset annerledes *” utdanning hos familien har mye å si for samtalene våre.”* Her drøftet de viktigheten av å få kartlagt evt. utdanning hos familiene da de opplevde at dette kunne sprike fra analfabetisme til universitetsutdannede mennesker. *”Her har vi alt fra analfabeter til leger”* De beskrev en hverdag der de var opptatt av at den første samtalen med familien skulle være en ”bli kjent” samtale der det bl.a ble pratet om hvor de kom fra, hvor og hvordan de bodde, skolegang og fremtidige ønsker og mål.

Helsearbeiderne beskrev at samtalen ofte gikk lettere og at det var enklere å kommunisere når innvandrerfamilien hadde skolegang, gjerne på høyere nivå. Dette ga dem opplevelsen av å i større grad ha en felles begrepsforståelse og at det var lettere for begge parter å relatere seg til den andres hverdag og forståelse. *” Jeg opplever at de som har høyere utdanning kanskje også er mer opptatt av integrering, og at de har en større forståelse for språk.”* Flere helsearbeidere nevnte også at de opplevde det som lettere å kommunisere rundt tema barneoppdragelse når familien hadde skolegang. *”de har liksom forstått at vi gjør ting på litt forskjellige måter og er villige til å lære litt om vår kultur og vår barneoppdragelse m.m.*

Under samtlige intervjuer ble egen kompetanse og utdanning også drøftet *” hva med vår utdanning, kanskje skulle også vi vært bedre skolert”* Respondentene snakket om utfordringer i møte med den andre når de følte de visste for lite, enten om deres hjemland eller kultur m.m. Også det å håndtere traumatiserte mennesker, både voksne men ikke minst barna. Familier som hadde flykter fra krig og tortur, eller på annen måte bar med seg traumer.

Dette følte flere av helsearbeiderne var en mangel hos dem i kommunikasjonen med disse familiene, og hadde et ønske om mer utdanning og kurs. De fortalte at kommunen i liten grad hadde kurs rettet mot flerkulturelt samarbeid i forebyggende helsetjenester,

men at de flere ganger hadde meldt inn ulike temaer de ønsker skoling på. Mange av mine respondenter hadde lest Rundskriv IS-22/2004, helsetjenester til asylsøkere og flyktninger fra 2004, og så at de burde skoles mer for at målene i dette rundskriv skulle oppnås. Viser her til kap.1 i avhandlingen, bakgrunn for valg av emne.

Oppsummering

Slik jeg leser funnene i denne kategorien er det noe uenighet i om innvandrerfamiliens utdanningsnivå spiller inn i kommunikasjonen. Noen hadde erfaringer som tilsa at det ikke hadde noe betydning, mens andre hadde kartlagt, og opplevde at kommunikasjonen fløt lettere i familier der det var et høyere utdanningsnivå og to veis-fokus på kulturforskjellene.

Videre ga samtlige respondenter uttrykk for å ønske seg mer egen utdanning innenfor det flerkulturelle arbeid og samarbeid, både den informative og kulturelle delen, men også hvordan man håndterer traumatiserte familier som kommer fra krigsherjede land. Samtlige respondenter var kjent med Rundskriv IS-22/2004 og hadde den samme opplevelse av å ikke nå forventede mål.

5.3.1 Drøftning

Helsearbeiderne er profesjonelle på å være helsearbeidere. På bakgrunn av fagkunnskap og erfaring vet de hva familier flest har behov for.

Basert på egen erfaring forteller helsearbeiderne familien det de tror familien har behov for å vite. Helsearbeiderne gjør valg i forhold til innvandrerfamiliene, ut fra en kompetanse som vi alle utfører hver dag i utallige varianter, når vi gjenkjenner, vurderer og gjør ting på en dyktig måte.

Helsearbeiderne gir i intervjuene uttrykk for at de har mangelfull kunnskap og informasjon om innvandrerfamiliens bakgrunn, om deres land, historie og kultur. De ser mangelfull kunnskap som en begrensning i møte med innvandrerfamiliene.

“Becoming aware of patients attitudes, beliefs, biases and behaviours that may influence patient care can help clinicians improve access to and quality of care “ (Markova and Broome, Urologic nursing 2007 s.239).

Jeg undres om detalj kunnskap om andre kulturer er nødvendig for å imøtekomme innvandrerfamiliens behov for oppfølging på helsestasjonen. Er det mulig å ha denne generelle kulturkompetansen i forhold til samtlige innvandrere helsearbeiderne vil møte gjennom sitt arbeid?

Ifølge Dahl kan det hevdes en viss kulturrelativistisk holdning for å kunne sette seg inn i "the native point of view", og på den måten forstå andres verdier og normer uten å dermed behøve å være moralske – uten egne holdninger og etiske retningslinjer. Er det slik at avsender og mottaker i kulturfilter modellen kommer hverandre nærmere ved en mer jevnbyrdig utdanning? Det å ha feller referanseområder på tross av språkbarrierer? Vil dette gi et bedre utgangspunkt for kommunikasjon, og vil det motsatte med lavere utdanning hos mottaker gjøre kommunikasjonen vanskeligere? En felles begreps forståelse knyttet til utdanning vil slik jeg ser det gi bedre forutsetninger for kommunikasjon. Dette er elementer det er viktig å ha med seg i kommunikasjons situasjonen, hvilket utgangspunkt partene i samtaler har for å forstå.

Kompetanse er et sammensatt begrep og består av individuell kunnskap, holdninger, ferdigheter og erfaringsbasert innsikt som yrkesutøveren er i besittelse av. Kompetanse er videre slik jeg ser det avhengig av individuelle egenskaper, tidligere erfaringer og mulighet til faglig oppdatering innenfor egen organisasjon. Men den interkulturelle kompetanser mener Dahl følgende:

"Med begrepet interkulturell kompetanse vil vi forstå evnen til å kommunisere hensiktsmessig og passende i en gitt situasjon i forhold til mennesker med andre kulturelle forutsetninger" (Dahl s.175).

Interkulturell kompetanse betyr ikke at en må "legge seg flat for" den andres kulturelle skikker og normer og tilpasse seg betingelses løst til en fremmed kultur. Det kan være like viktig å klargjøre sine egne forutsetninger og sin egen bakgrunn i møte med den andre. Evnen til å se, lytte og lære står ikke i motsetning til det å være helsearbeider og finne sitt eget ståsted i forhold til det nye.

Ofte er møtet med det nye og fremmede nettopp en anledning til å bli klar over hvem en selv er og hvilke verdier en selv vil stå for. Et kulturmøte er en stor utfordring og samtidig en spennende mulighet til "å finne seg selv" og ens eget ståsted som helsearbeider. Dagens globalisering og utviklingen av flerkulturelle samfunn utfordrer helsearbeideren til utvikling av interkulturell kompetanse på sin arbeidsplass i helsevesenet.

Er det tilstrekkelig for helsearbeideren å ha en kultur relativistisk tilnærming, en klokskap og et ønske om å forstå. Vil nysgjerrighet og åpenhet medføre at helsearbeiderne tilegner seg ny kunnskap, der det er nødvendig, når det er nødvendig, eller må det også inn mer fagkompetanse på det flerkulturelle arbeid og

kommunikasjonsformer? Jeg tror en genuin nysgjerrighet for den andre vil skape et behov og et ønske om å bedre forstå og kommunisere. Men vi må først bli klar over ”ryggsekker” vi bærer med oss inn i dette møte. Det handler slik jeg ser det om å gjøre det ubevisste bevisst. Dette vil forhåpentlig skape et økt kompetansebehov både på individ og organisasjonsplan.

Men spørsmålet er også på hvilken måte helsearbeiderne kan tilegne seg den kompetanse de ser som nødvendig og hva helsearbeideren mener er viktig kompetanse for dem. Er de bevisst sine faglige utfordringer hva gjelder det flerkulturelle arbeid? Hva er det individuelle ansvaret, og hvilket ansvar har organisasjonen for å bidra til nødvendig kompetanseheving? Mitt ønske for denne masteroppgaven er nettopp å gi helsearbeideren en mulighet for å se hvor kompetansen bør heves, og samtidig vise dem et godt analyseverktøy i Dahls kulturfilter modell som de selv kan bruke videre i sitt arbeid. Jeg ønsker å anspore til et engasjement der den interkulturelle kommunikasjons kompetanse kan økes.

Øyvind Dahls kulturfilter modell kan være et undervisnings – og analyseverktøy der helsearbeideren med enkle grep kan se og forstå hvor i kommunikasjonsprosessen uklarhetene oppstår, og hva som fremmer og hemmer kommunikasjonen. Min forståelse og tolkning av denne kategorien går klart i retning av et behov for undervisning i det flerkulturelle arbeid der kulturfilter modellen kan være et slikt læringsverktøy. Helsearbeiderne mener det er viktig å bli kjent med mødrenes kultur og utdanningsnivå, og de ønsker å kartlegge denne. I så fall kan man spørre seg om de glemmer at kommunikasjon er en tosidig prosess. Dahls modell har to kulturfiltre – et hos avsender og et hos mottaker. Det er ikke nok bare å ”kartlegge” den andre, vi må også formidle hva slags kultur og utdanning vi representerer. Dette kan bety at mottakeren oppfatter den kulturelle forskjellen som større enn den faktisk er, og skape en dårlig tilnærming og et dårligere grunnlag for kommunikasjon. Ifølge Dahl gir nettopp dette et vanskeligere grunnlag for kommunikasjon. Innvandrerfamiliens kulturfilter er skapt i en sosialisering inn i et ikke-vestlig land, samtidig som de har de nåtidige erfaringer fra Norge. De vil kode og avkode meldinger og gi dem mening gjennom dette filter. Motsatt er helsearbeiderens kulturfilter skapt her i landet, hvorpå de to filtrene vil være forskjellige fra hverandre. Dahl snakker i sin kulturfilter modell om kognisjon som en viktig del av konteksten kommunikasjonen foregår i. Det at vi tillegger våre samtalepartnere meninger og

holdninger, det at vi ser med vår erfaring og våre forventninger. Ved å bruke Dahls modell som verktøy i opplærings øye med vil slike hindringer kunne tydeliggjøres og endres om ønskelig.

5.4 Kommunikasjon og egen forforståelse

Denne kategorien omhandler funn relatert til møtet mellom mennesker og hvordan vi påvirker med vår egen forforståelse.

En liten historie

På helsestasjonen mener de å se en tendens til at flere å flere andre generasjon innvandrerkvinner kler seg i mørkere og mørkere klær, de ser en større grad av full tildekking av ansikt og kropp i mørke klær, og de ser samtidig at barna i tidligere alder enn de før har vært oppmerksomme på, bruker hijab. Dette var et tema helsearbeiderne over tid hadde vært oppmerksomme på og ønsker å sette fokus på. De mente det var viktig at de markerte dette, spesielt overfor barna.

Følgene uttalelse kommer i en samtale *”Jeg ser at barna dine har begynt med hijab veldig tidlig og jeg ser også at du selv dekker deg til i mørke klær. Dette gjør meg trist å se, og jeg under meg over hvorfor. Jeg opplever at du har valgt en konservativ løsning i livet dit”*

Svaret de får handler i stor grad om at disse kvinnene har tatt et bevisst valg i forhold til sin religion, og helsearbeiderne gir i mitt intervju uttrykk for stor frustrasjon over dette, da de mener dette er et skritt tilbake for disse kvinnene. Dette gjør noe med helsearbeideren. Hun er opptatt av at barna skal integreres på lik linje med de norske barna og mener at det kan bli en stor utfordring når barna bruker hijab.

”Vi blir nok i stor grad påvirket av media, aviser og nyheter som forteller oss om fremmedfrykt og religion” Mine respondenter var under intervjuene svært åpne og ærlige på at dette var et vanskelig tema og at de i høy grad hadde med seg en egen forforståelse inn i samtalen med familiene. *”Vi prøver å møte den andre med respekt og empati og uten å forhandsdømme, men det er ikke alltid så lett”*

Et tema som gikk igjen rundt dette med egen forforståelse handlet om kvinnesyn. Dette at helsearbeideren hadde tanker om at kvinnene ble behandlet på en dårlig måte, både av sine menn men også med tanke på kultur og religion. *”Den islamske religion er jo ikke spesielt kvinnefriggjørende har jeg lært meg etter hvert”*

”Vi norske kvinner har kjempet for vår rett til selvstendighet, og jeg blir berørt når jeg ser kvinner som i så stor grad trekkes mot islam som etter min oppfatning ikke er bra for kvinner”

Helsearbeiderne var opptatt av utfordringer knyttet til kvinner og kjønnslemlesting. De hadde mange afrikanske kvinner som brukere av helsestasjonen og *”jeg tenker jo med engang, uff stakkars kvinne, hva har du vært igjennom”*.

Spesielt i forbindelse med svangerskap og fødsler kom dette opp som et tema, men helsearbeiderne opplevde ofte at det var de som brakte dette tema opp å ikke kvinnene. *”De sier at de selv er omskjært men at de aldri vil la sine døtre gjennomgå det samme, men noe sier meg at jeg allikevel må følge litt med her, man vet jo aldri”*.

Flere respondenter fortalte også om en annen side av møtet med afrikanske kvinner, her spesielt somaliske kvinner. Helsearbeideren hadde en forforståelse i møtet med disse kvinner hvor de inntok en rolle der kvinnen var en krenket person på mange plan. Dette ble ved flere eksempler endret da disse kvinnene ikke var slik de ventet. Flere av disse kvinnene ble av helsearbeiderne beskrevet som nedlatende i møte med både tolk og helsearbeider. Disse kvinner snakket nedsettende om norske levesett, og at vi tok dårlig vare på våre barn. Våre barn var sent ute om kvelden, vi hadde en alt for løs barneoppdragelse m.m. Dette ble for flere av helsearbeidere en tankevekker da egen forforståelse overhodet ikke stemte med virkeligheten. *”disse afrikanske kvinnene er både sterke og selvstendige, slett ikke slik vi hadde trodd”*.

Det å bli bedre kjent, å komme tettere på den andre var et element i intervjuene mine der helsearbeideren mente det var lettere å legge bort egen forforståelse. Det å lære den andre å kjenne, la vedkommende fortelle og helsearbeideren være nysgjerrig og interessert i familien og hva de representerte. *”Men blir jeg som helsearbeider og kvinne krenket i samtalen, ja da sier jeg ifra. Da handler det ikke lenger om religion men om mangel på respekt fro meg som individ”*.

En slik ting som å hilse på den andre ble omtalt som utfordrende. *”jeg strekker frem hånden for å hilse på mannen, og han strekker frem albuen sin”* Dette ble av helsearbeideren opplevd som krenkende og hun fikk da raskt tanker om manglende respekt for seg som kvinne. Dette satte videre i gang tanker rundt religion og hvordan kvinner blir behandlet. *”jeg vet jo ikke sikkert, men det er det jeg tenker, jeg tenker at herregud, stakkars kvinner som har det sånn”*.

Oppsummering

Slik jeg leser funnene i denne kategorien handler det om at helsearbeiderne er seg mer eller mindre bevisst egen forforståelse. Noen ser at de blir påvirket av media i alle former eller av historier de blir fortalt som gir seg utslag i at de har en forutinntak holdning i møte med innvandrerfamilien. Andre helsearbeidere mener å være neutrale i møtet med familiene, men ser at de nok allikevel til en viss grad har tanker om den andre. Flere respondenter fortalte at de måtte endre egen forståelse i møte med familien da de i kommunikasjonen opplevde at deres oppfattelse ikke stemte helt slik de hadde tenkt, f. eks ble dette med kjønnsroller og kvinnesyn nevnt.

5.4.1 Drøftning

Det er viktig å ha klart for seg at media, reklame, næringsliv, bistand med flere påvirker, bestikker, manipulerer og hjernevasker oss mennesker. Vi danner oss en måte å forstå verden på, det som Dahl kaller verdensbildet. Men slik blir det ikke kommunikasjon etter grunnbetydelsen - det å gjøre felles. Felleskap forutsetter dialog der begge parter søker etter mening.(Dahl 2001).

I mine respondenters uttalelser sees etnosentrisme i avsenders kulturfilter. Dette er en menneskelig tendens til å forstå verden ut fra sitt eget ståsted, et eget verdensbilde. Dette er en oppfattelse av at egen kultur er den beste, den naturligste og riktigste. Det er en tilbøyelighet til å sette seg selv i sentrum å bruke egne verdier og livsførsel som målestokk i vurderingen av andre, og vi kan miste evnen til empati. Det at helsearbeiderne vurderer egen religion som bedre enn islam som et eksempel, eller det at vårt kvinnesyn er bedre enn innvandrerfamiliene de møter, er eksempler på dette. Dahls kulturfilter modell kan her igjen brukes som et analyseverktøy og en uttalelse som at egen religion vurderes som bedre kan sees på følgende måte:

Helsearbeiderens kulturelle referanseramme som er avsenders kulturfilter vurderer mottakers kulturfilter som mindre verdifullt. Da kan mottatt mening være, ”jeg er ikke like betydningsfull som deg”.

En uttalelse som at helsearbeideren opplever seg krenket når mannen strekker frem albuen som hilsen har noe av det samme i seg. Avsender har en forforståelse i møtet med denne mannen der dette er en krenkende situasjon, og avsender tar ikke imot albuen som hilsning. Avsender på sin side har med sitt kulturfilter vurdert denne situasjonen som riktig utifra sitt ståsted, men får ikke forventet reaksjon.

Misforståelsene er et faktum og kommunikasjonen blir vanskelig. Kunne dette vært en situasjon der det handlet om at mottaker med sitt kulturfilter viste helsearbeideren respekt som kvinne? At dette ikke handlet om krenkelser men en måte å forholde seg til det annet kjønn som er ulikt vår kultur? Her mangler helsearbeideren kunnskap om mottakers kultur. Uten videre kommunikasjon om dette tema der begge har et åpent kulturfilter, vil fordommer og stigma fortsette å leve i oss alle. Etnosentrisme kan derfor forhindre helsearbeideren i at forstå familien ut fra deres perspektiv. Forenklet er det motsatte av en etnosentrisk holdning en kulturrelativistisk holdning. På den måten må alle utsagn og handlinger forstås i forhold til sin egen kontekst og sammenheng.

Respondentene snakker i intervjuene om å se mennesket, ikke kultur og religion. Kultur og religion en viktig del av oss mennesker, og ved å unnlate å ha dette fokus står vi i fare for å miste verdifulle elementer i kommunikasjonen. På bakgrunn av Dahls teorier er jeg overbevist om at dette er svært viktig.

Dahl snakker om kultur som et dynamisk felt og et menings felleskap. Dette er noe som etableres i møtet mellom mennesker og at feltet oppstår i kommunikasjon og i det sosiale spill. Dette kan igjen være med å skape nye meningsfellesskap. Slik jeg forstår respondentenes utsagn vil helsearbeideren miste noe av det viktige meningsfellesskap ved å utelate kultur og religion som en del av kommunikasjonen.

Helsearbeidere som kun ønsker å forstå verden ut fra egen kultur kan miste en unik mulighet til å lære om den andres kultur. På denne måten kan bildet vi skaper oss av den andre bli misvisende. Det betyr at stereotyper og fordommer kan dukke opp når helsearbeideren betrakter familien utelukkende ut fra eget vestlig ståsted og sin egen forforståelse (Dahl 2001).

Dahl snakker i sin kulturfilter modell om verdensbildet, som handler om hvilke ”briller” vi har på i møtet med den andre. Hvordan innvandrere blir fremstilt i media er av stor betydning for vårt verdensbilde og påvirker de referanser helsearbeideren går inn i møtet med familiene med. Hvordan er det mulig å kommunisere når avsender og mottaker har ulikt verdensbilde og helsearbeiderne mener kultur ikke har betydning? En uttalelse som at barn med hijab har dårligere forutsetninger for å integreres er et eksempel. Har helsearbeideren spurt familien om dette er familiens målsetninger, eller er det slik at vi tenker at først når de er helt norske er det godt nok? Kan det være slik at

hijab er en viktig del av innvandrerkvinnenes identitet, og at det i et fremmed land er enda viktigere å markere de kulturelle og religiøse ulikheter uten at dette av oss bør tolkes som noe dårligere eller mindre riktig, eller at de da ikke blir som oss? Er det da slik at avsender er fylt av eget verdensbilde uten å etterspørre mottakers verdensbilde. Dette kan forstås som at kultur og religion kommer i veien for kommunikasjonen, og at helsearbeideren er nødt til å ta inn over seg at kultur spiller en viktig rolle når de skal snakke sammen.

Det er på bakgrunn av mine funn grunn til å tro at helsearbeideren har for dårlig forståelse for hvordan flerkulturelt arbeid skal fremmes og formidles. I Wadel (1991 s.14) sier Barth at:

”Hvis vi vil forstå noe av andres liv må vi akseptere deres oppfatninger om hva som er viktig i livet; vi må lytte til dem og deres prioriteringer. Hva mer er, vi må godta den andre kulturen som en pakkeløsning”.

5.5 Kommunikasjon, og tidsbegrepet

Denne kategorien omhandler funn relatert til tidsbegrep og tidsforståelse.

En liten historie

En av helsestasjonene har en somalisk familie som brukere av tjenesten. Denne familien har avtale om å komme til fast dag og tid for å vaksinere det minste barnet. Samme dag ringer far til helsestasjonen og forteller at de ikke kan komme til avtalt tid da det er kommet så mye snø og at mor er blitt syk.

Helsearbeideren tilbyr dem da over telefon en ny avtale for å vaksinere barnet med far avslår. Han sier at de må vente til våren kommer og når all snøen er vekk. Helsesøstrene forstår dette som at fremkommeligheten er viktig for denne familien og at vaksinasjonen kan vente, mens helsesøstrene tenker at det er viktig at barnet raskt blir vaksinert. *”Ja her er det viktig at vi prøver å forstå, selv om det kan være utfordrende til tider”.*

Flere av mine respondenter trakk frem dette med tidsaspekten som en utfordring i møtet med innvandrerfamiliene. De opplevde at familiene ikke kom til avtalt tid, eller at de ikke ga beskjed viss de ikke kunne komme. Dette med bruk av klokken slik vi ofte bruker den var en utfordring. Dette med 10 på, eller kvart over som et eksempel ble ofte gjenstand for uklare avtaler. Som et resultat av dette hadde de ved flere av

helsestasjonene innført hele klokkeslett eller faste dager før eller etter lunsj, noe de ga tilbakemeldinger på fungerte mye bedre. *”vi gir dem gjerne time etter lunsj da vi er usikre på hvordan deres døgnrytme er”*.

Det å bruke mobiltelefon med sms funksjon ble også trukket frem som et godt verktøy for å holde avtaler. Det ble ved en av helsestasjonene aktivt brukt sms som en påminnelse om avtaler. Dette ble for øvrig også brukt til alle andre brukere av tjenesten, både norske og innvandrefamilier. Det ble på denne måten lettere å avklare om familien kom til avtalen og evt. lage nye avtaler mente helsearbeiderne.

Muligheten til å gi litt ekstra tid under avtalen ble også nevnt som viktig. Det var viktig å bruke god tid til å forklare, og gjerne repetere ved avtalens slutt. Dette for å sjekke ut om familien hadde forstått innholdet i samtalen de har hatt. *”Jeg føler meg noen ganger litt som en oppdrager”*.

Det var en felles oppfattelse av at det var nødvendig å gi mye romslighet ved avtaler å tidsbruk med innvandrerfamiliene. *”Ja de er vel vant til å stå i kø mye der de kommer fra så en time fra eller til betyr kanskje ikke så mye for dem”*. Men etter hvert som tiden gikk og helsearbeiderne opplevde at familiene hadde forstått og innrettet seg etter norske tidsrammer førte de dem inn i det vanlige avtalesystemet og hadde de samme forventninger til at innvandrerfamilien overholdt avtaler og ga beskjed ved evt. endringer. Dette hadde de stort sett bare hatt positive opplevelse med. *”det handler jo om å kunne møte hverandre litt på halvveien vel”*.

Oppsummering

Slik jeg leser funnene i denne kategorien handler det om tidsbegreper. Norske helsearbeidere har et annet forhold til tidsaspekter enn de opplever innvandrerfamilien har. Det er vanskelig å overholde avtaler satt med klokkeslett og helsearbeiderne har en annen opplevelse av det å komme for sent. Som et resultat av dette har helsearbeideren innført systemer som oppleves å fungere, slik som sms tjenester, faste dager for avtaler samt å bruke hele klokkeslett.

5.5.1 Drøftning

”Det finnes hvite mennesker som hevder at de aldri har tid! De løper hodeløse omkring som om de er besatt av djevelen. Overalt hvor de kommer skaper de angst og ulykke, fordi de har mistet tiden sin. Denne besettelse er en fryktelig tilstand, en sykdom som ingen medisinsmann kan helbrede og som smitter mange mennesker og fører dem ut i elendigheten” (Papalagi 1981 i Dahl s. 164).

Det er nok på mange måter riktig at det med tid er viktig for oss nordeuropeere, og at vi ofte har fokus på tiden som går fra oss og ikke tiden som kommer til oss.

Vi er opptatt av at avtaler skal holdes med presise klokkeslett; avtaler lages med dato, sted og tid og vi har lav toleranse på at avtaler brytes.

I en travel hverdag skal det ofte presses inn mange avtaler og helsearbeideren blir da avhengig av at avtalene holdes.

Respondentene beskriver en hverdag hvor innvandrerfamiliene ikke alltid overholder disse avtaler, de kommer for sent, en annen dag, eller bare uteblir. Hva skyldes det, har helsearbeiderne brukt tid på å finne ut hvorfor? Har dette vært et samtaletema, eller har helsearbeiderne konstruert årsaks forklaringer basert på deres eget verdensbilde og forforståelse? Ved å oppnå en felles forståelse av en utfordring som dette med tid, vil det også være enklere å tilpasse tilbudet og gi innvandrerfamilien en følelse av inkludering.

Som et resultat av manglende kommunikasjon og felles forståelse av utfordringen, har de på alle helsestasjonene jeg intervjuet innført nye rutiner som oppleves som gode for helsearbeiderne, spesielt i den første tiden hvor innvandrerfamiliener kommer til dem og er ukjente med tilbudet. Dette er avgjørelser og tiltak som er satt i gang uten at det på forhånd er drøftet med familiene. De nevner som vist i mine funn bruk av faste dager, sms tjenester og bruk av hele klokketimer når de lager avtaler.

Helsearbeiderne forteller at dette fungerer, og at de etter hvert som familiene blir kjent med helsestasjonen gir dem de samme avtaler som norske familier får. Det betyr ifølge Dahls kulturfilter modell at avsender i dette tilfelle på forhånd har bestemt agendaen utifra norsk kulturoppfattning av fenomenet ”å holde avtaler” og er ikke opptatt av mottakers forståelse og mening.

I denne kategorien undrer jeg meg over spørsmålene og tvilen helsearbeiderne gir uttrykk for å ha om hvorfor innvandrerfamiliene ikke holder avtaler, og at de setter tvil ved innvandreffamiliens prioriteringer. Helsearbeiderne beskriver seg her som oppdragere, og hva betyr det? Her blir igjen maktforholdet skjevt da helsearbeideren sitter med en opplevelse av å ha en fasit, og at den andre skal læres opp. De skal bli ”norske” slik som oss, slik at vi er jevnbyrdige. Tanken om at vi vet litt bedre, og at vi skal prøve å oppdra den andre inn i vår kultur, uten spørsmål eller annen form for undring rundt hva som kan tenkes å være årsak blir her så tydelig. Tenker vi at de er ansvarsløse, dovne, ineffektive og upålitelige mennesker, eller etterspør vi den andres

kultur og levesett? Det kan i mine funn se ut til at dette ikke i noen særlig grad blir vektlagt.

Dahl sier at det er viktig å forstå bakgrunnen, men at vi samtidig må lære innvandrersfamilieene den norske tidsforståelse hvis de skal klare et arbeid eller skole m.m. Men det er slik jeg ser det forskjell mellom å oppleve seg selv som oppdrager og å gi opplæring. Det handler om makt eller likeverd slik jeg forstår Dahls kulturfilter modell. Fra å belære til å lære gir ulik forståelse og utfall av en samtale. Den danske filosofen Søren Kierkegaards veiledningsfilosofi sier det så betegnende:

”Forholdet mellom hjelperen og den der skal hjelpes, må være sådan - at man, når det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske et bestemt sted hen, først og fremmest må passe på at finde ham der hvor han er, og begynde der. For i sandhed at kunne hjælpe en annen, må jeg kunne forstå mere end han - men dog først og fremmest forstå det han forstår. Hjælperen må først ydmyge seg under den han vil hjælpe og derved forstå at det å hjælpe ikke er det å beherske, men det at tjene - at det å hjælpe ikke er å være den herskesygeste, men den tålmodigste - at det å hjælpe er villighet til inntil videre at finde seg i at have uret og ikke at forstå, hva den andre forstår”.(Det norske Søren Kierkegaard selskap 2009).

Vi europeere bruker ofte et begrep som at – tid er penger, mens afrikanere bruker begrep som - tid er frihet. Har vi har noe å lære, og hvordan kan vi lære? Ved å bruke Dahls kulturfilter modell vil begge parter ha mulighet for ivaretagelse og forståelse, og kommunikasjonen vil fremme inkludering for innvandrersfamilien og økt interkulturell kompetanse for helsearbeiderne.

5.6 Kommunikasjon og organisering av kommunens tjenester

Denne kategorien omhandler funn relatert til organisering av de forebyggende helsetjenester i kommunen.

En koordinator

Ved en av helsestasjonene der jeg foretok min intervjuer hadde kommunen organisert de forebyggende helsetjenester på en litt annen måte en de andre to kommunene jeg var inne i. Denne kommunen hadde ansatt en av helsesøstrene som koordinator for helsestasjonens første møte med den nye innvandrersfamilien. Denne tjenesten er organisert slik at flyktningmottakene er i tett samarbeid med både helsestasjonen og

familien og at de ved første kontakt henviser til denne koordinator. Denne koordinator sitter ikke på helsestasjonens kontorer.

Denne koordinator var under mitt gruppeintervju en av mine respondenter. Hun beskrev denne tjenesten med følgende arbeidsoppgaver:

- ✓ Det første besøk på asylmottaket
- ✓ Det første forklarende møte med forebyggende helsetjenester i kommunen
- ✓ De har fokus på familiegjenforening
- ✓ De informerer om hvordan det norske helsesystem er organisert
- ✓ De hjelper til med å få fastlege
- ✓ De er med på det første møte på helsestasjonen
- ✓ De informerer om skolehelsetjeneste tilbudet for barna
- ✓ Hjelper til ved evt. utfordring med kommunens introduksjonsprogram
- ✓ Hjelper til med de første telefoner i det offentlige.
- ✓ De prøver å kartlegge tidlige vaksinasjoner og hva de måtte trenge her i Norge

Mine respondenter i dette intervjuet opplevde denne tjenesten som en god indikator på et videre fruktbart samarbeid. Det å bli møtt med et ønske om å hjelpe, og å gi tilbud om tjenester de fleste familiene beskrev som vanskelige å finne ut av.

”Vi opplever at dette er en tjenesten de setter pris på og at vi lettere kommuniserer når vi er på tilbudssiden”.

Helsearbeiderne mente også å se ringvirkninger av denne tjenesten, da de møtte flere og flere familier som var kjent med denne tjenesten og som fortalte at slektninger og familier hadde beskrevet denne kommunen som en god kommune å bo i, mye pga denne koordinatortjenesten i det forebyggende helsearbeid. Helsearbeiderne beskrev at familiene følte seg trygge og hadde større tillit til dem når de ble møtt på en god måte i starten av et opphold i et fremmed land og i en fremmed kultur.

”Men det er viktig at vi er tydelige på hva vi kan hjelpe med, ja hva vi kan gi av råd å veiledning” Ved å ha helsesøster-koordinator kunne de veilede de som trengte legetilsyn, hvilke kontorer familien skulle henvende seg til og hvem de evt. kunne snakke med.

”Tidligere kom de hit med alt fra økonomi til brekte bein, men det er mye bedre nå”

Hjemmebesøk

En annet viktig element flere respondenter brakte frem var bruken av hjemmebesøk i de første møter med den nye familien. Dette er ikke spesielt for innvandrerfamilier, men en tjeneste helsearbeidere også tilbyr norske familier ” *Hadde vi hatt tiden til det skulle vi vært hjemme hos alle som ønsket dette* ”

Det å møte familiene på hjemmebane ble av helsearbeiderne beskrevet som en god arena for kommunikasjon. Det at familien følte seg trygge i egne omgivelser med sine nære rundt seg. At familien hadde mulighet for å gi noe tilbake i form av servering av ulik art, og at helsearbeideren var gjesten gjorde også noe med maktforholdet mellom dem. Et slikt møte kunne iverksettes for å bli kjent, eller det kunne være for å introdusere andre instanser som barnevern, ergoterapeut eller hva familien evt. kunne ha bruk for.

Oppsummering

I denne kategorien handler det om en organisasjonsform med gode tilbakemeldinger. Det å ha en koordinator som både er innvandrerfamiliens første møte med det forebyggende helsearbeid i kommunen, og som samtidig er den som veileder videre i tjenestene, opplever helsearbeidene å få gode tilbakemeldinger på. Dette gjør kommunikasjonen mellom partene enklere.

Hjemmebesøk hos innvandrerfamiliene gir en annen og god kontakt som gir gode muligheter for å nå den andre på en bedre måte på egen arena.

5.6.1 Drøftning

Det å ha ansatt en koordinator som har som sin hovedoppgave å gjøre det første møte med helse Norge godt, er slik jeg ser det å ta innvandrerfamiliens utfordringer på alvor. Det er også i tråd med Rundskriv IS-22/2004 Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger (2004:2)

Det å bli møtt og sett gir grunnlag for videre samarbeid og kommunikasjon. Å kjenne seg betydningsfull gir vekstmuligheter. Slik jeg forstår kommunikasjonen handler det om empati og evnen til å forestille seg den andres opplevelse ut fra hans eller hennes forutsetninger. Slik kan det bli mulig for helsearbeideren å bruke ord og uttrykk, og kommunisere på en måte som gir mening for innvandrefamiliene. Og kanskje kan helsearbeideren da oppleve et nytt meningsfelleskap som kan være givende for begge parter, det vil her si helsearbeideren og innvandrerfamilien.

”Nøkkelen til all kommunikasjon er tillit. Selv om det tar tid å opparbeide tillit, er det vel verdt anstrengelsen”(Dahl, s.164).

Helsesøstrene har vært på hjemmebesøk hos noen av innvandrerfamiliene, og erfaringen har vært positiv. Helsesøstrene uttrykker at de på hjemmebesøk oppretter en uformell kontakt med innvandrerfamiliene. I tråd med Veilederen om forebyggende og helsefremmende arbeid 2003, kan en slik kontakt være en innfallsvinkel til videre samarbeid.

Ved hjemmebesøk, møtes helsesøstrene og innvandrerfamiliens på familiens arena. Rollene kan endres i møtet, og forskyve et asymmetrisk maktforhold. En slik forskyvning kan ha sammenheng med helsesøstrenes opplevelse av at de fanger opp flere behov ved hjemmebesøk.

Dahl snakker om verdensbildet, den grunnleggende måten å se virkeligheten på. Kan det være slik at helse- og sosialarbeidere ofte tar eget verdensbilde som en selvfølge, og at det ved slike hjemmebesøk blir mulig for dem å redefinere eget og andres verdensbilde, og på en slik måte bedre være i stand til å forstå og kommunisere. Det kan hos innvandrefamilien handle om andre verdier, normer og regler, og det kan handle om etikk og moral. Dette er viktige elementer det kan være enklere for helsearbeideren å oppdage å utforske når maktforholdet er mer jevnbyrdig og familien er på sin hjemmearena.

Men på tross av en god organisering av tjenestetilbudet i kommunen vil det også her være utfordringer knyttet til kommunikasjonen. Som nevnt i tidligere drøftningskapitler synes jeg å se en tendens til etnosentrisme, dvs. at jeg mener å se at helsearbeiderne tenker og gjør sine vurderinger ut fra eget levesett, det at den andre ikke er helt som oss og dermed ikke jevnbyrdig. Det at det finnes et kulturfilter på begge sider av bordet er også viktige elementer i kommunikasjonen som jeg synes å se forsømmelse av. Jeg opplever at helsearbeideren bruker den norske kultur og vårt levesett som en mal inn i møtet med innvandrerfamiliene. Dette kan være en måte å forstå mine funn i denne kategorien på.

En annen måte å forstå dette på kan handle om manglende kompetanse hos helsearbeiderne på det flerkulturelle arbeid som også nevnt i tidligere drøftnings avsnitt. Jeg stiller meg undrende til en uttalelse som at kultur ikke spiller noen rolle i kommunikasjonen når helsearbeideren nettopp kommer hjem der den andres kultur

finnes. Kulturen er slik jeg ser det også en uttrykksform og vil komme tydelig til syne i hjemmet i form av mat, interiør, klesdrakt, skikker m.m.

Er selve kulturbegrepet uklart for norske helsearbeidere, og er det slik at vi ikke helt vet hva det betyr og innebærer for vårt arbeid? Er det slik som noen av mine respondenter sier, at de gjemmer seg bak dette begrepet og bruker det mot innvandrerfamiliene når vi ikke forstår eller lykkes med våre målsetninger? Det at kulturforskjellene oppleves så store at det ikke er mulig å kommunisere? Mangel på kunnskap om andre kulturer, fellestrekk og ulikheter er slik jeg ser det med og legger en usynlig sperre for den interkulturelle kommunikasjonen. Egen utilstrekkelighet er vanskelig å forholde seg til, slik at vi legger årsaksforklaringen hos innvandrerfamiliene kan også være en måte å forstå dette på.

Slik jeg forstår funn i alle kategorier blir kultur både en hvilepute og et skremmende og uhånterbart begrep. Jeg tror langt på vei all kommunikasjon må starte med en gjensidig respekt og nysgjerrighet overfor den andre part. På en slik måte kan Dahls kulturfilter modell bli et integrert kommunikasjons verktøy i helsearbeiderens flerkulturelle hverdag, og kommunikasjonen vil kunne fungere bedre uavhengig av språkbarrierene. All kommunikasjon dreier seg om å forhandle om mening ifølge Dahl, men om avsender i kulturfiltermodellen på forhånd har gjort seg opp sin mening om den andre er dette ikke mulig.

6.0 Sammenfatning av mine funn

I en sammenfatning av funn i masteroppgaven er det naturlig å starte med problemstillingen.

”Hvilke utfordringer møter helsearbeidere i kommunikasjonen med ikke-vestlige familier”?

Det første anliggende i denne sammenfatning vil være en undring over hvor lite resurser det settes inn for å nå sentrale målsetninger som er satt. Helsearbeiderne beskriver en fullpakket arbeidsdag med lite eller ingen ekstra resurser for å skaffe seg mer fagkunnskaper om den nye målgruppen de er satt til yte tjenester til. Det er heller ikke gitt flere stillinger eller resurser i form av økonomi eller andre utbedringer så langt jeg kan se, og mine respondenter forteller. Her skal det dog sies at jeg kun har intervjuet innenfor et enkelt fylke og vet lite om hvordan dette er fordelt andre steder i landet. Målsetningene er jo som tidligere nevnt:

- ✓ Sikre nødvendig koordinering av helsetjenestetilbudet.
- ✓ Sørge for nødvendig kompetanseutvikling for helsepersonell som arbeider med
- ✓ asylsøkere og flyktninger
- ✓ Sikre at helseopplysninger fra transittmottak til kommunen blir mottatt og fulgt opp av helsepersonell.
- ✓ Ha et etablert system som sikrer at flyktninger, asylsøkere og familieegjenforente får informasjon om og tilgang til helsetjenestetilbudet snarest mulig etter bosetting i kommunen.

(Rundskriv IS-22/2004 Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger (2004:2).

Men for å nå disse målsetninger må helsearbeideren kommunisere med innvandrerfamiliene. I en stresset hverdag er det lett å falle inn i en slags ”overlevelsesmodus” der de faglige overveielser og betraktninger faller ut. Også for der det er mulig å drøfte evt. utfordringer knyttet til generelle faglige betraktninger samt enkelt saker blir borte pga tidsbegrensningene.

Ett annet funn handler om kommunikasjonsferdigheter. Jeg mener å se en klar tendens til etnosentrisme i funnene som er samlet inn. Helsearbeideren gjør sine vurderinger og kommuniserer på bakgrunn av deres eget verdensbilde der kultur kommer tydelig frem. Kultur oppleves som vanskelig og helsearbeideren setter dette raskt tilside og beskriver

det som ikke viktig. En måte å forstå dette på kan sees som at kultur blir en årsaksforklaring når kommunikasjonen har fungert dårlig.

Det er en tendens til at innvandrefamilienes kulturfilter i liten grad blir etterspurt og at det kan oppstå misforståelser i kommunikasjoner som kan være vanskelig å avdekke. Fordommer og stilstivnede stereotypier kan være et faktum når helsearbeideren går på kompromiss med egen faglighet og mangel på tid. Vårt til tider litt ukritiske inntak av media og dets påvirkning gjør at vi som fagpersoner risikerer å agere på slike fordommer. Dette er fordommer vi i liten grad har reflektert over, men som allikevel påvirker oss i møtet med den andre og er med å danne vårt eget verdensbilde. Tanker om den andres kultur, religion, kjønnsrollemønster, barneoppdragelse m.m. vil prege kommunikasjonen.

Helsearbeideren må være bevisst egen rolle som kulturbærer. Det innebærer at de må være klar over hvordan ens egen kultur virker inn på adferden, verdier og normer.

Et viktig anliggende i sammenfatningen av funn handler om å kvalitetsutvikle det helse- og sosialfaglige arbeid med tanke på språklige utfordringer og faglig utdanning av tolker. Et videre samarbeid med kvalifiserte tolker vil slik jeg vurderer det sikre et bedre utgangspunkt for kommunikasjon mellom partene. Helsearbeiderne beskriver en hverdag hvor dårlig økonomi og lavt kvalifiserte tolker gjør kommunikasjonen vanskelig. Men her handler det også om helsearbeiderens forforståelse i møtet med tolken og det må jobbes med kulturfilteret på begge sider, både avsender og mottaker. Jeg ser en tendens til at helsearbeideren vurderer kommunikasjonen ut fra egen kultur, mens tolken er to kulturell i tillegg til to språklig.

Videre synes jeg å se at helsearbeiderne formidler norsk kultur og levesett som det viktige for innvandrerfamilien å strekke seg etter. De gjør kulturelle vurdering slik som at hijab gir innvandrebarne mindre mulighet for å bli ”norske”. Det avdekkes hos helsearbeideren i liten grad nysgjerrighet og etterspørsel etter den andres kultur og hva den enkelte familie har som målsetning mens de oppholder seg i Norge. Skal de bare være her en kort stund, hva er årsaken til at de er her, ønsker de å bli som oss nordmenn eller har de andre mål og verdier?

All kommunikasjon må handle om gjensidig respekt og nysgjerrighet for å kunne inkludere. Det er ikke sikkert at vi blir enige om målsetningene, men for å kjenne seg inkludert må innvandrerfamilien oppleve påvirkningskraft over egen situasjon.

I funnene kommer det også frem at kommunens organisering av helsetjenester er av stor betydning i møtet mellom helsearbeiderne og familiene. Det trekkes frem både hjemmebesøk samt koordinering mellom ulike nivåer i tjenestetilbudet som en god indikator på videre kommunikasjon mellom partene. Det å ha et menneske å forholde seg til i den første tiden i et nytt land og helsetilbud, trekkes frem fra helsearbeidernes side som opplevd gode situasjoner for kommunikasjon. Å møte innvandrerfamilien på deres hjemmearena beskrives som en god plattform for kommunikasjon. Men allikevel vil det slik jeg forstår Dahls teorier være et stykke vei å gå for helsearbeideren før kommunikasjonen blir jevnbyrdig, da det også her skinner en viss etnosentrisme igjennom.

Til slutt blir tidsdisponering trukket frem som en utfordring fra helsearbeidernes side. Vi har ulikt syn på bruk av tid, klokkeslett, det å holde avtaler, komme uten avtaler m.m. Helsearbeiderne beskriver dette som en utfordring i en presset hverdag, men hadde i liten grad satt seg inn i og undersøkt hva dette handlet om. Det ble avskrevet som kulturforskjeller der familiene ble fremstilt i et fordomsfullt lys.

- *"de er vel vant til å stå mange timer i kø, så det er vel ikke så nøye for dem"*

7.0 Veien videre

Hvordan kan så disse utfordringene løses? Hvilke elementer i kommunikasjonen kan fremme inkluderingen bygd på de funnene jeg har fått?

Først vil jeg trekke frem helsearbeidernes arbeidsdag som et viktig element for om mulig bedre kommunikasjonen. Jeg vurderer at en større kommunal og statlig satsing innenfor det flerkulturelle arbeid vil kunne gi helsearbeiderne en bedre hverdag. Det er som jeg tidligere har nevnt grunn til å tro at helsearbeiderne har for dårlig forståelse for det interkulturelle arbeidet. Et større fokus på viktigheten av å skolere de ansatte må til slik at de blir i stand til å møte innvandrerfamilien på en mer hensiktsmessig måte.

Det å bli kurset i generelle kommunikasjonsteorier samt det spesifikke i det flerkulturelle vil slik jeg ser det skape en større forståelse for de kulturelle forskjeller, samt fellesskapet i det å ønske å kommunisere på en best mulig måte for begge parter. Jeg mener Dahls kulturfiltermodell og hans teorier vil kunne utgjøre et godt utgangspunkt for opplæring i det flerkulturelle arbeid fremover for helsearbeideren.

Videre ser jeg det som viktig at det bevilges flere stillinger, samt en generell bedre økonomi i den forebyggende helsetjenesten slik at det muliggjør innleielse av vel kvalifiserte tolker. På den måten vil kommunikasjonen ha mulighet for å gå lettere og rammene for et tolkeoppdrag være tydeligere. Helsearbeideren må ha et større fokus på sin egen rolle og kulturfilter i møtet med tolken.

Kvalitetsutvikling av det helse og sosialfaglige arbeid i forhold til innvandrerfamilier er avhengig av en solid faglig utdanning av tolker. Det har slik jeg ser det over flere år vært en tendens til å anse behovet for tolk i slikt arbeid som noe tidsmessig og kvalitetsmessig begrenset, noe mine respondenter bekrefter i funnene.

Et viktig element for å bedre kommunikasjonen er slik jeg ser det en grunnleggende gjennomgang av egne holdninger og kulturelle betraktninger hos helsearbeideren.

Dahl snakker i sin kulturfiltermodell om persepsjon, hvordan vi oppfatter og tolker inntrykk, kognisjon, hvordan vi tenker og tar beslutninger, samt emosjon som handler om følelser. Jeg mener en faglig gjennomgang av de individuelle og sosiale faktorer som spiller inn i kommunikasjonen helsearbeiderne har i møtet med innvandrerfamilier vil skape en større bevisstgjøring overfor egne holdninger, og at det på den måten er enklere å skille mellom det faglige, det private og det personlige. På en slik måte vil helsearbeideren bedre kunne møte innvandrerfamilien på en inkluderende måte.

Det er viktig å kunne sette tilside egne fordommer og stereotoper, og være lydhør overfor den andres historie uten å på forhånd ha gjort seg opp en mening om hvordan ”disse menneskene” er. Kultur spiller en stor rolle i enhver kommunikasjonsform. Det finnes generelle kommunikasjonsferdigheter som går på tvers av kultur og landegrensener. Her snakker jeg om respekt, empati samt en generell interesse for å forstå og kommunisere.

”Det behøver ikke å bety at man må godta fremmede normer som gjeldene for seg selv, men dersom man ønsker kommunikasjon, er det uomgjengelig nødvendig å vise forståelse og respekt for andres grunnleggende verdier og normer” (Dahl S.223).

Helsearbeideren må ut av en selvpålagt rolle som oppdrager, og se seg selv som bærer av viktig informasjon de skal formidle til innvandrerfamilien. Helsearbeideren skal gi opplæring, men læringen skal foregå på en likeverdig måte, dvs. at begge parter er inneforstått med premissene.

Jeg mener helsearbeiderne må flytte fokus fra rollen der de sitter med ”fasiten” for all kommunikasjon og over i en mer ydmyk form der de forstår at den norske leveste ikke alltid er det endelige mål for innvandrerfamilien. Annen kultur og religion kan gå hånd i hånd med den norske og man kan allikevel kommunisere med hverandre. Det handler ikke om hvem som vet best, men hvordan vi kan få det til en likeverdig kommunikasjon der begge parter føler seg inkludert.

”Nøkkelen til all kommunikasjon er tillit. Selv om det tar tid å opparbeide tillit, er det vel verdt anstrengelsene” (Dahl S 164).

Et annen element i kommunikasjonsferdighetene til helsearbeideren handler om bruk av tid. Flere helsestasjoner har innarbeidet gode rutiner for å ta innvandrerfamiliens tidsbegrep på alvor. Er dette nok og er begge parter enige om disse rutinene? Jeg tror at det er viktig å forstå hvorfor de håndterer tidsbegrepene annerledes enn oss, samtidig som disse familiene er nødt til å håndtere den norske tidsregning for å begå seg i vårt system.

Tenk om vi nordeuropeere kunne tatt innover oss at tiden er en gave slik Afrikanere gjør, senke skuldrene og ha tid til hverandre.

Men vår norske hverdag er dessverre ikke slik. Den dagen disse familiene skal ha barn i skole, selv i arbeid eller skole vil det å holde tider være svært viktig.

Hva gjør vi når nordmenn kommer for sent? Skal innvandrerfamiliene behandles annerledes eller skal vi gi dem mulighet for å forstå og gis opplæring på lik linje med andre brukere av de forebyggende helsetjenester? Jeg mener det er viktig å gi de samme premisser for bruk av helsestasjonens tjenester, ikke gjøre familien mer spesiell ved å gi spesial tjenester. Det er viktig å bruke god tid på å forklare vårt system samtidig som det må gis forståelse for at det tar tid å lære det. Helsearbeiderne må tåle at vår tidsregning tar noe tid å lære seg, uten å gjøre familien til særtilfeller. Stigmatiseringen oppstår i det øyeblikk helsearbeideren bestemmer at innvandrerfamilier ikke kan holde tider som er satt, og dermed får en annen type avtale der helsearbeideren skal oppdra innvandrerfamilien.

Når de så har lært det norske tidssystem får de tilbud om de samme timeavtaler og dager som andre brukere av tjenesten. Dette er en oppdrager rolle, og ikke en gjensidig forståelse av roller og oppdrag slik Dahls kulturfiltermodell ønsker å få frem.

Dahls kulturfiltermodell har i denne oppgaven fungert som et godt analyseverktøy, og jeg tror som tidligere nevnt at et slikt verktøy kan videre utvikles til et anvendbart undervisningsopplegg som kan være med å heve helsearbeiderens kompetanse i det flerkulturelle arbeid. Jeg mener også at Dahls bok "Møter mellom mennesker" bør være en obligatorisk fagbok på arbeidsplasser der det flerkulturelle arbeid er i fokus.

Men det aller viktigste element i den interkulturelle kommunikasjonen er slik jeg ser det en kombinasjon av alle overnevnte elementer. Det handler om en annen organisering av tjenestene med en romsligere økonomi som gir en bedre arbeidsdag. Det handler om skolering av helsearbeideren i både det flerkulturelle arbeid samt generelle kommunikasjonsteorier.

Det handler videre om å kunne bli bevisst egne fordommer og seg selv som kulturbærer og hva det gjør med kommunikasjonen. Det handler om respekt og empati, og et genuint ønske om å inkludere innvandrefamilien uten å bli etnosentrisk.

Hvis disse elementer er på plass i møtet med innvandrefamilien har jeg tro på at den interkulturelle kommunikasjonen fører frem mot et felles språk som fremmer inkludering.

"Hensikten med kommunikasjon er å oppnå forståelse eller vinne ny innsikt gjennom "gylne øyeblikk" der vi forstår at det er noe vi ikke forstår. Det kan anspore oss til nye undersøkelser og nye oppdagelser – helst til fordel for begge parter (Dahl s.227).

8.0 Metodekritikk

Det ligger et grundig forarbeid bak mitt valg av den kvalitative forskning metoden, og jeg mener i denne oppgaven at metoden gjør det ubevisste bevisst. Etter min mening er en av de største oppgavene kvalitative forskere har innenfor det helse- og sosialfaglige praksisfelt å påvise og beskrive praktikernes praksisteori. Praksiskunnskap er fylt av den ubevisste og automatiske kunnskap som praktikerne ofte ikke lengre har adgang til. Det er kun forskerens systematiske observasjon og tolkning som kan belyse den kunnskapen, og dermed gjøre den bevisst slik at andre kan lære fra den.

Hadde jeg valgt en kvantitativ metode ville jeg fått annet data materiale, mer fokus på mengde enn dybde slik jeg forstår metoden. Men i denne oppgaven har mitt ønske vært å gå i dybden og være praksisnær.

Med stor grad av bevissthet og overvåkenhet overfor innvendinger knyttet til den kvalitative metoden slik som at forsker påvirker intervjuet, mener jeg allikevel å ha fått frem anvendbare funn som på tross av det subjektive og førende spørsmål fra intervjuers side, kan anvendes og til en viss grad generaliseres, og Kvale(2001) drøfter nettopp dette med hvorvidt kvalitativ metode og dets funn kan generaliseres. Jeg forstår mine funn i den interkulturelle kommunikasjonen og dets utfordringer som et begrep som kan generaliseres i denne oppgaven, og ikke mine 11 respondenters uttalelser. Det viser en tendens i en begrenset intervjugruppe som kan brukes av mine respondenter i et videre arbeid med denne tematikken, samtidig som funnene kan gi andre lesere en antydning om, og en retningslinje å forfølge om det er ønskelig. Oppgaven kan gi viktig kunnskap om helsearbeiderens situasjon.

Kvale (2001) sier at:

”I tillegg til de vanlige statistiske generaliseringer, foretas det også analytiske generaliseringer i kvalitative kasus- studier, hvor forskeren presenterer beviser og argumenterer for at kunnskapen er generaliserbar”

Mine semistrukturerte intervjuer har hatt klare og førende temaer og spørsmål, og jeg har vært tydelig overfor mine respondenter på hva jeg ønsker å undersøke. Det betyr som Kvale(2001) nevner at mine funn er et resultat av ledende spørsmål. Jeg visste hva jeg ville undersøke, og jeg fikk de svar jeg la førende spørsmål til.

Dette kan ha gitt mine respondenter visse begrensninger i valg av emner og uttalelser, og at jeg på den måter kan ha mistet verdifull informasjon.

Med tanke på min bruk av gruppeintervjuer vil det alltid være fordeler og ulemper. Om man ønsker å utdype isteden for å generalisere, kan man gjerne bruke gruppeintervjuet (Brandth i Holter og Kalleberg, 1996). Gruppeintervjuet som metode bygger på at sosial mening blir til i samhandling mellom mennesker. Gruppedeltakerne hjelper hverandre med å huske erfaringer og hendelser, og hjelper hverandre med å tolke sine tanker og erfaringer og sette dem i perspektiv. I en gruppe kan man også få poengtere det man er uenig i, noe som ofte gir gode diskusjoner.

Det finnes også negative sider med gruppeintervju som jeg har tatt i betraktning. For det første må man være klar over at deltakerne gjerne svarer ut fra det de tror de andre mener, og at de ikke tørr å utfordre denne meningen. Relasjonene mellom deltakerne kan fungere negativt og dermed redusere kvaliteten på dataene som produseres.

Dominerende og negative personer kan også hindre andre i å utfolde seg (Brandth i Holter og Kalleberg, 1996).

Muligvis kunne individuelle intervjuer gitt andre data der enkeltpersonen ville komme mer til orde. Graden av validitet og reliabilitet vil her være viktig og en avveining forsker må ta opp mot valget av intervjuets form.

Mine funn er relativt entydige da jeg intervjuer en homogen yrkesgruppe, nemlig helsearbeidere på sammenfallende arbeidsplasser. Jeg ser at mine funn kunne blitt annerledes om jeg også hadde intervjuet innvandrersfamielene som blir omtalt i oppgaven. Dette kunne gitt et mer variert datamateriale som igjen ville gitt stemme til begge parten som omtales i oppgaven. Et slikt fokus ville i min drøftning gitt en dypere forståelse av utfordringer knyttet til den interkulturelle kommunikasjonen og hva det videre kan jobbes mot i et fellesskap.

En hermeneutisk innfallsvinkel har for meg i denne oppgaven fungert godt, men også annet vitenskapsteoretisk ståsted kunne vært brukt. Jeg tenker her spesielt på en fenomenologisk tilnærming hvor fenomenet er kommunikasjon og hvor både det generelle og det spesifikke kunne vært drøftet.

Jeg har i min masteravhandling vært ensidig fokusert på Øyvind Dahls kulturfiltermodell og har i liten grad trukket inn andre teoretikere. Dette har slik jeg ser det vært en styrke i oppgaven da jeg har fått muligheten til å gå i dybden i analysearbeidet ved å bruke hans kulturfiltermodell.

Men det kunne med sikkerhet også vært trukket inn andre teorier og teoretikere som ville gitt andre funn og innfallsvinkler. Dette er alltid en avveing forsker må ta og evt. begrunne. For meg fremstår Dahls teorier sammenfallende med mitt ståsted og som et naturlig valg.

9.0 Etiske refleksjoner

Av etiske refleksjoner vil jeg spesielt nevne følgende:

Med hvilket ståsted og problemstilling jeg møtte mine respondenter.

Jeg hadde som utgangspunkt en uhildet positiv innfallsvinkel med et ønske om de gode historiene. Dette var mitt møte med respondentene. Underveis i prosessen oppdaget jeg at jeg fikk en annen hverdag beskrevet, en hverdag full av utfordringer og frustrasjoner rundt mitt tema om interkulturell kommunikasjon. De gode historiene uteble fra intervjuene mine.

Etter alle mine intervjuer og i mitt analysearbeid endret jeg problemstilling og fokuset ble på de hemmende faktorer. Dette vet mine respondenter ikke, det at jeg nå går inn og analyserer det de ikke opplevde å mestre. De beskrev en hverdag og ga meg historier, og jeg analyserer og tolker deres uttalelser. Dette har for meg skapt en del etiske utfordringer, hvordan jeg kan gjøre dette for meg viktige arbeid uten å henge ut helsearbeideren. De beskrev en utfordrende hverdag, og jeg plukket ut enheter tatt fra en sammenheng. Det har ikke vært mitt ønske å på noen som helst måte henge ut enkeltpersoner, men belyse utfordringer i den interkulturelle kommunikasjonen vi nok alle kan kjenne oss igjen i. Respondentene blir i denne oppgaven representanter for et system. Jeg mener at hvis vi skal kunne lære noe nytt, må vi først akseptere at det vi har gjort hittil ikke er godt nok. Mine respondenter har vært meget ærlige overfor meg, noe jeg setter pris på og som har gjort mitt prosjekt spennende og forhåpentligvis meningsfylt for flere enn meg.

Videre vil det alltid være etiske avveininger forbundet med anonymisering av respondenter. Historiene som er fortalt vil være gjenkjennbare hos respondentene, men som forsker har jeg ingen garanti for at disse historier er fortalt til andre kollegaer på tvers av arbeidsplasser og kommunegrenser.

På tross av dette mener jeg det har vært riktig og viktig å ha fått muligheten til å gjøre dette prosjektarbeidet, og jeg håper at min masteroppgave kan gi noe tilbake til helsearbeiderne og lokalsamfunnet som igjen kan gi mulighet for kompetanse heving og innsikt som kan gjøre en travel og spennende hverdag litt enklere.

Innsikt i interkulturell kommunikasjon kan brukes til å søke felles løsninger på felles menneskelige utfordringer – kultur som meningsfellesskap. Felles søken kan bringe fornyelse og inspirasjon og bidra til utveksling av tanker og erfaringer mellom likeverdige mennesker, der alle kan gi og få. Vi må alle ha frihet til å låne, frihet til å gi, frihet til å ta imot, frihet til å omskape og frihet til å nyskape! Det er kulturmøtets spennende mulighet.(Dahl 2009).

10.0 Litteraturliste

Aadland, E (2007): *og eg ser på deg* Universitetsforlaget as, Oslo

Alvesson, M. og Skjoldberg, K (2008): *Tolkning og refleksjon*, Studentlitteratur, 2 opplag

Barth, Fredrik (1994): *Manifestasjon og prosess* Det blå bibliotek, Universitetsforlaget Oslo

Bjartveit, S og Kjærstad T (1996): *Kaos og kosmos, byggesteiner for individet og relasjoner*, 3 opplag, Kolle forlag

Christoffersen, S.A(2005): *Profesjonsetikk*, Universitetsforlaget Oslo

Dahl, Ø (2001): *Møtet mellom mennesker, interkulturell kommunikasjon*. Gyldendal akademiske Oslo

Dahl, Ø (2009) *Kultur og kommunikasjon* online
Programfag i studiespesialiserende utdanningsprogram Vg.1
Tilgang:
<http://www.kulkom.net/7-interkulturell-kompetanse.html>

Dalen, D. (2004): *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*, Universitetsforlaget Oslo

Det norske Søren Kierkegaard selskap, online
Tilgang:
<http://www.kierkegaard.no/>

Eide, H og Eide T (2001): *Kommunikasjon i relasjoner*. Gyldendal akademiske Oslo

Eriksen, T og Sørheim, T(1994): *Kulturforskjeller i praksis*. Ad notam Gyldendal Oslo

Foreldrenettet.no(2009) Online
Tilgang:
<http://www.foreldrenettet.no/cgi-bin/fug/imaker?id=39752>

Gjellebæk, Johansen, Moan (2008): *Helsestasjonen som arene for dialog*. Ikke publisert.

Haaland, Kirsti R (2005): *Løft og narrativer i prosjonelle samtaler*. Universitetsforlaget Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet (2003) *Forkrift om kommunens helsefremmende - og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*
Tilgang:
<http://www.lovddata.no/for/sf/ho/xo-20030403-0450.html>

- Helsesøstre /tidsskrifter/helsesøstre3(2006) Online
Tilgang:
<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Faggruppe/>
- Holter, H. Og Kalleberg, R. (1996): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Universitetsforlaget, Oslo
- Hårtveit, H og Jensen, P (2004) *Familien – pluss en*, Oslo Universitetsforlag Oslo
- Interkulturelle arbeidsplasser i Europa(2009) Online
Tilgang:
<http://www.eiworkplace.net/texts/EIW/sector-specific-booklet-on-healthcare-NO>
- Intermedia.uio(2009) Online
Tilgang:
www.intermedia.uio.no/idehistorie/teori_og_metode/hermeneutikk
- Jareg, K og Pettersen Z: (2006):*Tolk og tolkebruker-to sider av samme sak*
Fagbokforlaget
- Jerome K OG Miller M. L. (1986): *Reliability and validity in qualitative research*;
Beverly Hills: sage
- Kleven, T. A (2002): *Innføring i pedagogisk forskningsmetode*, Unipub forlag red. Oslo
- Kvale, S (2007): *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk Oslo
- Lingard, Tallett and Rosenfield Vol 36, nr 6 (2002) *Annals RCPSC Culture and physician-patient communication: A qualitative exploration of resident's experiences and attitudes* s.331-335
- Løgstrup, Knut E (1957): *Den etiske fordring*. Gyldendal København
- Markova T and Broome B (2007) *Urologic nursing Effective communication and delivery of culturally competent health care* s.239-243
- Olsson H og Sørensen S (2006): *Forskningsprosessen*, Gyldendal norsk forlag, 2.opplag
- Poulsen S. H (2007): *Interkulturell kommunikasjon i rehabilitering*
- Sosial- og helsedirektoratet(2004)*Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr.450 Online*
Tilgang:
http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive00002/IS-1154_2619a.pdf
- Statistisk Sentralbyrå(2004) *Innvandring og innvandrere*. Temaside online
Tilgang:
<http://www.ssb.no/emner/00/00/10/innvandring/>

Rosemarie Taylor, MA, RN (2005) Journal for nurses in staff development, *Adressing barriers to cultural competence* s.135-142

Rundskriv IS-22/2004 (2004:2): *Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger*

Ryen, Anne (2002): *Det kvalitative intervjuet*. Fagbokforlaget

Sosial- og Helsedirektoratets veileder IS-1022 (2003)*Helsetilbudet til asylsøkere og innvandrere*

St.meld. nr. 16(2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*

Tilgang:

www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003

Skytte. M(2001) *Etniske minoritetsfamilier og sosialt arbeid*, Gyldendal akademiske forlag

Thagaard.T, (2003) *Systematikk og innlevelse* Bergen, Fagbokforlaget

Utlendingsdirektoratet (2003) *Kommunikasjon via tolk*. Temahefte II Online

Tilgang:

<http://imdi.no/upload/tolkning/kommunikasjon%20via%20tolk.pdf>

Utlendingsdirektoratet(2005) *Vi og De. En handbok om kommunikasjon på tvers av kulturer* Online

Tilgang:

<http://www.udi.no/upload/Haandbok/2005/ViDe.pdf>

Wikipedia (2009) Online

Tilgang:

<http://no.wikipedia.org/wiki/Hermeneutikk>

Wadel, C (1991): *Feltarbeid i egen kultur*, Seek a/s Flekkefjord

Waalder, M (2006) *Hvorfor gjør de ikke som vi sier? – en helseøsters utfordringer i møte med mennesker fra andre kulturer*. I: *Helsesøstre* nr.3 Online

Tilgang:

<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Faggrupper/helsesøstre/tidsskrifter/helsesøstre3-2006.pdf>

Vedlegg nr 1

Intervjuguide

Tenker meg et såkalt semistrukturert intervju hvor det mer er overordnede temaer vi drøfter mens vi er samlet. Men at fokuset skal være på de gode eksemplene og erfaringene dere har å komme med.

Mitt ønske for temaer er følgende:

- ✓ Hva tenker dere om kulturforskjellene, har de noen betydning i de gode samtalene kontra når de ikke oppleves som så gode?
- ✓ Hva med bruk av tolk, er det forskjell på samtalene, settingen og selve tolken?
- ✓ Har dere noen erfaringer der dere opplever at utdanning og felles begrepsforståelse spiller inn??
- ✓ Hva med kulturell skoling hos helsearbeidere, spiller det inn i de gode samtalene??
- ✓ Hva tenker dere om våre egne holdninger og før forståelse som en faktor i møte med mennesker med annen etnisk opprinnelse?? Har det noen betydning??
- ✓ Er tidsperspektiv og lokalisering for samtalen av betydning, eller er dette underordnet??
- ✓ Er det andre ting dere mener er viktige å belyse i denne sammenheng?

Mvh

Ann-Björg Moan

Mastergradsstudent

Vedlegg nr 2

Råde 5. februar 2009

Retter med dette en henvendelse til dere som student ved et masterstudie i Hedemark. Dette er en studie med fokus på helsefremmende arbeid.

Jeg er nå inne i mitt 4 og siste år av dette studie og skal skrive en masteravhandling. Mitt interesse område er interkulturell kommunikasjon, dvs. kommunikasjon mellom mennesker med ulik kultur og språk, med fokus på faktorer som fremmer samarbeid og inkludering

I den anledning ber jeg om muligheten for å komme til deres helsestasjon å foreta et intervju med nettopp fokus på disse faktorer. jeg ønsker å lytte til de erfaringene dere har gjort og historier som kan illustrere situasjoner dere har vært i hvor kommunikasjon har vært i fokus

Dette vil være et intervju hvor jeg ønsker at alle dere som er ansatt på helsestasjoner er tilstede. Intervjuet vil blitt tatt opp på båndopptaker, behandlet anonymt og slettet etter bruk.. Jeg tenker at ca en time vil være nok på den enkelte helsestasjon. Om ønskelig kan dette gjerne legges i forbindelse med en matpause for ikke å bruke om viktig tid for dere i en travel hverdag.

Jeg ønsker om mulig å foreta intervjuer på flere helsestasjoner i Østfold.

Målet mitt med denne masteravhandlingen et å finne historier og beskrivelser som viser hvordan

dere som helsearbeidere har løst de utfordringene dere har opplevd i møtet med innvandrerkvinner?

Det er et økende fokus både statlig og internasjonalt på dette tema, og kanskje kan mitt studie gi en hjelpende hånd i en ellers travel hverdag for dere som helsearbeidere.

Jeg tenker meg da muligheten av å ringe dere om et par uker for å avtale tid for dette intervjuet..

Mvh

Ann-Björg Moan

Ekeliveien 4

1640 Råde

Mobilnr: 93200076

Vedlegg nr.3

Samtykkeerklæring

Jeg samtykker med dette til at intervjuet jeg deltar i tas opp på bånd til bruk i Ann-Björg Moan sin masteroppgave. Jeg er informert om at alle opptak etter bruk blir slettet og at alle data som brukes blir anonymisert.

Sted og dato

Underskrift