

# Kommunikasjon på tvers av kulturer

Språk er ikke den eneste barrieren i kommunikasjonen med pasienter fra andre land. Ulik kultur, kunnskap og kommunikasjonsstil, øker faren for misforståelser.

Av **Ingrid Hanssen**, sykepleier, Dr.Polit. Professor ved Lovisenberg diakonale høgskole, Oslo

**S**pråkforskjeller er gjerne det første man tenker på når man snakker om interkulturell kommunikasjon. Det er imidlertid viktig å være klar over at de utfordringene helsearbeidere står overfor når de skal kommunisere med pasienter med etniske minoritetsbakgrunn, dreier seg om langt mer enn eventuelle språklige problemer. Man kan for eksempel ikke ta for gitt at alle pasienter deler helsearbeidernes biomedisinske forståelseshorisont med dens tenkning om sykdomsårsaker og behandling.

Enkelte ganger er det dessuten utilstrekkelig å forstå den andre persons ord for å forstå hva han eller hun sier og hvordan vedkommende forstår situasjonen. De samme ordene kan ha forskjellig betydning i ulike sammenhenger eller når de som bruker ordene har forskjellig kulturell bakgrunn. De kan også være uten mening om mottakeren ikke forstår innholdet i hva som sies. Dess større forskjellene mellom pasientens og helsearbeiderens – i vårt tilfelle sykepleierens – kultur, tenkning, kunnskap og personlige kommunikasjonsstil er, dess større er faren for at partene vil tolke det som blir formidlet forskjellig. Det er denne siden ved det å kommunisere med pasienter med en annen kulturell bakgrunn enn en selv, som vil være i fokus i denne artikkelen. Også reint språklig forståelse vil bli drøftet i relasjon til det å bruke tolk. Den nonverbale siden ved interkulturell kommunikasjon blir det ikke plass til å diskutere her.

## Bakgrunn

Innvandrere er gjerne underrepresentert i helsevesenet (Dias m.fl. 2012, La Fontaine m.fl. 2007), også når det gjelder tilbudene om palliativ omsorg (Firth

2001). Dette siste kan ifølge Shanmugasundaram og O'Connor (2009, s. 8) ha sammenheng med at potensielle brukere av for eksempel hospicer, kan være engstelige for at de ikke vil motta åndelig og kulturelt tilpasset omsorg.

Flere forskere hevder at pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn generelt mottar omsorg og behandling av lavere kvalitet enn majoritetsbefolkningen (Monsivais og McNeill 2007, More og Butow 2004, Smedley m.fl. 2003). Ifølge Dias m.fl. (2012) kan dette blant annet ha med forholdet mellom pasienten og sykepleieren å gjøre, det kan også være sosiodemografiske og kulturelle grunner, deriblant de forventningene partene har til omsorgen som blir gitt, språkbarrierer og kommunikasjonsproblemer, og forskjeller mellom sykepleierens og pasientens kunnskaper, oppfatninger og holdninger. Kulturell bakgrunn kan dermed influere både på pasientens opplevelse av den omsorgen han eller hun mottar og den konkrete omsorg og behandling som blir gitt. Leininger (1990, 1994) Papps og Ramsden (1996), Gerrish og Papadopoulos (1999) og andre sykepleieteoretikere påpeker viktigheten av kulturell kompetanse og mangelen på slik kompetanse blant sykepleiere.

Med mindre man forstår at pasienten kan ha en helt annen forståelse og forventning enn de som forholder seg til biomedisinsk tenkning, og tar disse mulige forskjellene med i sine vurderinger, kan informasjonsgiving og undervisning vanskelig lykkes, noe som kan ha negativ innflytelse på behandlingsresultatet. Barkwell (2005) hevder at effektiv behandling av for eksempel smerter «kan påvirkes negativt når kulturelle perspektiver blir ignorert eller sett bort



ifra» av helsearbeidere som har et syn på sykdom som har lite til felles med pasientens (s. 455). Dessuten, dersom man ikke tar inn over seg smertens åndelige og psykososiale sider, vil dette «underkjenne andre former for kunnskap, forståelse og erfaring knyttet til sykdom og død, noe som gjør at man underkjenner mange menneskers erfaringer i livets sluttfase» (Muircroft m.fl. 2010, s. 119).

### Sykdomssyn og sykdomsatferd

Kulturell bakgrunn og livssyn/religion vil i større eller mindre grad påvirke den enkeltes tenkning om sykdom og behandling og hans eller hennes atferd i forbindelse med dette. Ethvert helse- og behandlingssystem bygger på de kunnskapene som samfunnet utvikler om hvordan og hvorfor sykdom oppstår, med tilhørende behandlingsmetoder og eksperter som nyttegjør seg av disse metodene. Dersom pasient og helsearbeider stammer fra forskjellige systemer og har svært ulike sykdomsforklaringer, kan dette blant annet føre til kommunikasjonsproblemer. Den som søker behandling kan møte et uforstående helseteam som er ute av stand til å hjelpe. Og når helsearbeiderne igangsetter behandling etter vestlig mønster, kan metodene og teknologien virke fremmed og kanskje også skremmende for en pasient med en annen forståelses- og erfaringsbakgrunn.

### Sykdomsforklaringer og sykdomsatferd

Kultur, utdanning og personlig erfaring påvirker hvordan en person definerer, opplever og reagerer på sykdom. Hva en mener forårsaker sykdom, innvirker på hvordan en forholder seg til helseproblemet og

oppfører seg når en selv eller en av ens nærmeste er syk. Pasienten man har med å gjøre, kan følge vestlig biomedisinsk tenkning, eller han eller hun kan anse sykdommen eller smertene som forårsaket av overnaturlige krefter gjennom magi, det onde øyet eller forfedrene. Andre kan tenke at sykdommen skyldes ulike former for fysisk ubalanse, problemer med livskraften, eller at det er Guds vilje, for å gi noen eksempler (Pandian m.fl. 2012, Schachter 2008). Et felles kjennetegn med tradisjonell medisin er en helhetlig forståelse av mennesket og menneskets samhandling med sitt miljø og til og med med universet.

Et eksempel på at det som blir sagt kan være uten mening for pasienten, selv om det er oversatt til vedkommendes språk, er ektemannen som lurte på hvorfor kona hadde måttet være to uker i fengsel. Han hadde ikke forstått informasjonen om at hun var isolert på grunn av en alvorlig infeksjon ettersom «infeksjon» og «bakterier» var ukjente begreper for ham. Han var for øvrig brukt som tolk for sin kone da legene informerte om behandlingen og grunnen til at hun måtte isoleres (Hanssen 2002). Og en sykepleier forteller at «det kan være et problem når pasienten har med seg barn – ofte svært små barn – i avde-

**VIKTIG INFORMASJON:** Pasienter som ikke er vant med norsk helsevesen, kan ha andre forventninger til behandling og pleie, enn de får i Norge. Det er derfor viktig å forklare og begrunne behandlingen godt. Illustrasjonsfoto: Colourbox

## «Ordene kan ha forskjellig betydning i ulike sammenhenger.»

lingen. ... det kan være vanskelig å forstå hvorfor ungene skal holdes unna mens sykepleieren utfører prosedyrer som venfloninnleggelse, sårstell etc.» (Alpers og Hanssen 2008).

Dersom man ikke er klar over at pasienten kan ha en annen forståelse av og andre forventninger enn det som tilhører biomedisinsk vitenskapelig tenkning, vil dette gå ut over både pasientundervisning og behandlingsresultat.

### Familiens rolle

Norske sykepleiere er produkter av et vestlig samfunn som framviser betydelige individualistiske trekk. Ifølge Kim et al. (1994) fokuserer individualistiske samfunn blant annet på «jeg»-bevissthet, autonomi, uavhengighet, selvstendighet, det individuelle initiativ og retten til privatliv (s. 2). I motsetning til dette tilhører mange av våre etniske minoritetspasienter kulturer der de er «integret i sterke, sammensvete grupper som hele livet gir dem beskyttelse i bytte for en urokkelig lojalitet» (Hofstede 1991, s. 51). Slike såkalte kollektivistiske samfunn vektlegger blant annet «vi»-bevissthet, en kollektiv identitet og følelsesmessig avhengighet» (Kim et al. 1994, p. 2).

## «Innvandrere er underrepresentert i helsevesenet.»

Norske pasienter er gjerne like individualistisk oppdratt som sykepleierne med et ønske om å bestemme selv og være selvstendige i den grad det er mulig. De får gjerne få personer på besøk av gangen som vanligvis forlater rommet når pasienten får fysisk pleie. Voksne pasienter har bare familien værende hos seg døgnet rundt når tilstanden er svært alvorlig. I motsetning til dette fører fellesskapsbehov og pliktfølelse hos mange ikke-vestlige pasienter og deres familiemedlemmer til at pasientene forventer å ha familien om seg døgnet rundt, og familien ønsker å ivareta omsorgen for «sin» pasient.

De vestlige verdiene uavhengighet og autonomi fører gjerne til en mestringsstil preget av selvhjelpenhet, uavhengighet og fremming av egne behov. Dette kan skape svært annerledes pasienter å arbeide med enn pasienter som er sosialisert til et handlingsmønster preget av avhengighet av andre. Meleis og Jonsen (1983) hevder at kollektivistiske pasienters mest vanlige mestringsstil er å vende seg til andre for hjelp og råd. Når han eller hun gjør dette, blir ikke behovet for de andres hjelp kommunisert direkte; i stedet er det forstått og handlet ut ifra uten å være uttrykt med ord. Den forventete hjelp må tilbys med hardnakkethet og kraft, og tilbudet må gjentas uansett om den som søker hjelp vedkjenner seg behovet eller ikke. Det

er dessuten ikke uvanlig at familien ønsker å stille pasienten selv, selv når pasienten er på sykehus.

### Sykepleier-pasient-samarbeidet

Dersom pasientens forståelse og forventninger angående sykdom og behandling er svært forskjellig fra sykepleierens, betyr det at behandling og pleie må forklares og begrunnes nøye for pasienten. Da må man sørge for at man kan kommunisere på en meningsfull måte, noe som betyr at informasjon og undervisning må tilrettelegges ut fra pasientens forutsetninger. Har man ikke noe felles språk, er det nødvendig å få hjelp av tolk. Ifølge pasientrettighetsloven skal pasienten «ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» (lov om pasientrettigheter § 3–2). Denne «informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn», og «helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene» (§ 3–5).

Det er her snakk om bruk av profesjonelle og kompetente tolker. Familiemedlemmer viser seg ofte uegnede som tolker, enten fordi de ikke har tilstrekkelig kunnskap om det norske samfunnet og norsk helsevesen til å forstå det som skal oversettes, eller de velger ut hva som skal oversettes og hvilken informasjon pasienten skal få (Spence 1999, Hanssen 2002, 2005, 2010). Profesjonelle tolker er imidlertid for det meste benyttet i forbindelse med legesamtaler, mens familien oftest trår til når det er behov for hjelp i den daglige kommunikasjonen (Alpers og Hanssen 2008, Nailon 2006, Hanssen 2002, Spence 1999). Det bestilles i mindre grad tolk til samtaler med sykepleier. Flores (2005) hevder at familiemedlemmer eller «ad hoc»-tolker lar være å oversette opp til halvparten av alle legens spørsmål, og at faren for oversettelsesfeil er større når familie blir benyttet som tolk enn ved bruk av profesjonelle tolker. I tillegg blir medisinske bivirkninger ofte ikke nevnt. Oversettelsesfeil kan ha alvorlige kliniske konsekvenser når det gjelder «hyppighet, varighet eller metode for medikamentadministrasjon og andre terapeutiske intervensjoner, og utelatte relevant klinisk informasjon angående medikamentallergier og pasientens medisinske historie» (Flores 2005, s. 271). Det å benytte ikke-profesjonelle tolker gir videre grunn til bekymring angående nøyaktighet, grundighet, upartiskhet og konfidensialitet (Nailon 2006).

Selv om informasjonen er korrekt oversatt, kan innholdet blir misforstått på grunn av mottakerens



**NY OPPLEVELSE:** Moderne behandlingsmetoder kan virke fremmede for en pasient som er vokst opp i et annet land. Illustrasjonsfoto: Colourbox





**OMSORG:** Pleie og god kommunikasjon er viktig for at pasienten skal føle seg i varetatt. Illustrasjonsfoto: Colourbox

manglende kunnskap og/eller de samhandlende parters manglende felles verdensforståelse. Å forstå det som blir sagt dreier seg som tidligere nevnt, ikke bare om å forstå betydningen av det enkelte ordet i setningen, men om meningen som ligger i ytringen. Dessuten kan manglende begrepsforståelse gjøre at informasjon ikke gir mening, som når pasienten blir informert om en infeksjon og ikke vet hva en bakterie er.

Ikke bare tolkens kompetanse og språklige dyktighet, men også tolkens holdning overfor pasienten påvirker samtalen (Nailon 2006, van der Veer 1992). Van der Veer (1992) nevner at det har stor betydning om tolken oppfattes som sympatisk, forretningsmessig, autoritær eller ovenifra-og-nedad for om pasienten oppfatter kommunikasjonssituasjonen som trygg eller ikke. At pasienten føler seg trygg og føler tillit til de som befinner seg i rommet, er viktig for at han eller hun skal åpne seg.

Bruk av profesjonell tolk blir mer og mer vanlig, men fortsatt er det mange sykepleiere som aksepterer språkproblemer som uunngåelige og derfor lar være å bestille tolk. I en studie av sykepleieres egenvurdering av sin kompetanse i arbeidet med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn (Alpers og Hanssen 2008), innrømmet de intervjuete at de benyttet familiemedlemmer som tolk for ofte. Betydningen for pasienten av å benytte kvalifisert tolk kan eksemplifiseres med følgende sitat:

«Jeg kunne ikke uttrykke følelsene mine så godt på norsk, men jeg fikk aldri tilbud om tolk. Jeg fikk ikke med nyansene i forhold til hvordan jeg hadde det. Det var mange ganger anstrengende fordi jeg prøvde å forklare så godt jeg kunne, men jeg følte at behandleren min ikke forsto meg fullt ut. Jeg tenker også på møtene jeg har hatt på kirurgisk avdeling på sykehuset, det er som om de tror at vi er barn, at vi er dumme ... Jeg følte at jeg ble unngått». (Rizvic 2005, s. 68).

### Den vanskelige samtalen

Det er viktig at sykepleiere er forberedt på å snakke med pasienten om eksistensielle spørsmål og om døden, samtidig som de må være våre angående om pasienten ønsker å snakke om slike tema eller ikke. Og ønsker pasienten å snakke med en annen enn sykepleier, er det viktig å være åpen for dette. Flere sykehusprester opplever at pasienter med svært ulike livssyn ønsker å snakke med dem om eksistensielle spørsmål. For mange er det godt å snakke med en utenfor familien, en som er vant til å forholde seg til slike spørsmål og som har taushetsplikt.

Holloway (2006) framholder at sykepleiere er godt kjent med å vurdere pasientens fysiske, følelsesmessige og sosiale behov, men at de gjerne føler seg mindre komfortable med å samle data om åndelige og religiøse behov, selv om det blir mer og mer alminnelig at dette forventes. I henhold til Todd og Baldwin (2006) har behandlingen av fysiske symptomer fått prioritet i palliativ omsorg ettersom de fysiske aspektene ved palliativ omsorg er mindre skremmende enn de komplekse situasjonene som kan være knyttet til emosjonell og åndelig lidelse. Det oppleves som mye vanskeligere å gå inn i pasientens emosjonell og åndelig lidelse enn den fysiske lidelsen. Holdningen synes å være at dersom du ikke spør, unngår du å fornærme pasienten, men du gir samtidig ham eller henne ingen mulighet til å uttrykke åndelige behov som ofte er til stede hos personer som står overfor alvorlig sykdom og død.

Holloway (2006) påpeker at det ikke er nok å ha kunnskaper og være vår når man nærmer seg temaer som angår åndelige, religiøse og kulturelle sammenhenger. Ved siden av å være vår overfor den enkeltes tanker og livssyn, må sykepleieren være i stand til å oppfatte de åndelige behov som personen uttrykker, selv hos personer som i liten grad er tilknyttet et spesifikt trossystem eller som har et humanistisk livssyn. Dessuten er det viktig å være klar over at selv om en person kommer fra et samfunn som for eksempel i overveiende grad er muslimsk, betyr ikke det nødvendigvis at denne personen er muslim. Alle familiemedlemmer tilhører dessuten ikke alltid samme religion. Det er viktig å spørre pasienten selv om hans eller hennes tro og livssyn så fremt tilstanden tillater det.

### Avslutning

Forskjeller når det gjelder kultur, livssyn, uttrykksformer og kunnskap påvirker de kommuniserende parters evne til å forstå hverandre. En sykepleier som ikke er klar over at pasientens forståelse av sine

symptomer kan være helt annerledes enn de hun eller han selv har, eller som ikke har kunnskap om at det finnes måter å forstå og beskrive sykdommer som er forskjellig fra vår vestlige biomedisin, har en tendens til å kommunisere med pasienten «på autopilot» og forholde seg til pasientundersvisning ut fra vane i stedet for i henhold til pasientens behov. Dette vil kunne gå ut over omsorgen som blir pasienten til del. I enkelte tilfeller ser man dessuten at pasienter som ikke snakker majoritetsspråket «godt nok» kan bli møtt med negativitet og til og med bli bebreidet for sine manglende språkkunnskaper (Dias m.fl. 2012, Hanssen 2002).

Sykepleierne kjenner «systemet» der de arbeider og er de som både kan åpne og stenge for pasien-

tens mulighet til å uttrykke seg i en samhandlings-situasjon som gir trygghet og tillit. For den som ikke kan norsk eller engelsk, kan det være vanskelig å få kjennskap til hvordan «systemet» fungerer, hvilke tiltak som planlegges, og hvilke rettigheter og muligheter hun eller han har. Kunnskap og språk er i så måte nært beslektet. Kan man ikke språket, kan man heller ikke formidle sine behov, ønsker, preferanser etc., og man har verken muligheter til å protestere eller stille spørsmål. Det å ikke forstå er i tillegg ytterst skremmende. Spørsmålet om å gjøre sitt ytterste for å bygge bro mellom sin egen og pasientens forståelse av situasjonen og alltid benytte profesjonell tolk når dette er nødvendig, er dermed like mye et etisk som et praktisk spørsmål. ■

## Referanser:

- Alper L-M, Hanssen I. Sykepleierens kompetanse om etniske minoritets-pasienter. Oslo: LDHs publikasjonsserie i pdf, 2008.
- Barkwell D. Cancer pain: voices of the Ojibway people. *J Pain Symptom Manage.* 2005; 30(5), 454-464. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.04.008
- Dias S, Gama A, Cargaleiro H, Martins, M. Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Hum Resour Health.* 2012; 10(1), 14. doi: 10.1186/1478-4491-10-14
- Firth S. *Wider Horizons. Care of the Dying in a Multicultural Society.* London: The National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 2001.
- Flores, G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review* 2005; 3: 255-299
- Gerrisk K, Papadopoulos I. Transcultural competence: the challenge for nurse education. *Br J Nurs.* 1999; 8(21), 1453-1457.
- Hanssen I. Interpreters in intercultural health care settings. *Journal of Intercultural Communication*, 2010, issue 23
- Hanssen I. *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Revidert utgave.* Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005.
- Hanssen I. *Facing Differentness. Ethical challenges in intercultural nursing.* Doctoral dissertation. Oslo: University of Oslo, Institute of Nursing Science, 2002
- Hofstede G. *Cultures and Organizations: Software of the Mind.* McGraw-Hill, London 1991.
- Holloway M. Death as the great leveller? Towards a transcultural spirituality of dying and bereavement. *Journal of Clinical Nursing.* 2006;15:833-839.
- Kim U. Individualism and Collectivism. Conceptual Clarification and Elaboration. Kapittel 2 i U Kim, HC Triandis, C Kågittcibasi, S-C Choi, G Yoon (red.): *Individualism and Collectivism. Theory, Method, and Applications.* Vol. 18, Cross-Cultural Research and Methodology Series. London: SAGE Publications, 1994.
- La Fontaine J, Ahuja J, Bradbury NM, Philips S, Oyebo JR. Understanding dementia amongst people in minority ethnic and cultural groups. *Journal of Advanced Nursing.* 2007; 60(6), 605-614
- Leininger M. Transcultural nursing education: a worldwide imperative. *Nurs Health Care.* 1994; 15(5), 254-257.
- Leininger M. *Ethical and moral dimensions of care.* Detroit: Wayne State University Press, 1990.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) med endringer, sist ved lov av 21. desember 2000 nr. 127 (i kraft 1. januar 2001) samt forskrifter. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag/Lovdata.
- Meleis AI, Jonsen AR. (1983): «Ethical crises and cultural difference». In: *Western Journal of Medicine.* 1983; 138(6), June, 889-893
- Monsivais D, McNeill J. (2007). Multicultural influences on pain medication attitudes and beliefs in patients with nonmalignant chronic pain syndromes. *Pain Manag Nurs.* 2007; 8(2), 64-71. doi: 10.1016/j.pmn.2007.03.001
- More R, Butow P. Culture and oncology: Impact of context effects. I: R. Moore og D. Spiegel (red.), *Cancer, Culture, and Communication* (s. 15-54). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004.
- Muircroft M, McKimm J, William L, MacLeod RD. A New Zealand perspective on palliative care for Maori. *Journal of Palliative Care.* 2010; 26(1), 54-58
- Nailon RE. Nurses' concerns and practices with using interpreters in the care of Latino patients in the Emergency Department. *Journal of Transcultural Nursing* 2006; 2: 119-128
- Pandian JD, Toor G, Arora R, Kaur P, Dheeraj KV, Bhullar RS, Sylaja, PN. Complementary and alternative medicine treatments among stroke patients in India. *Top Stroke Rehabil.* 2012; 19(5), 384-394. doi: 10.1310/tsr1905-384
- Papps E, Ramsden I. Cultural safety in nursing: the New Zealand experience. *Int J Qual Health Care.* 1996; 8(5), 491-497.
- Rizvic S. Å leve med eksilets eksistensielle smerte. Møte mellom traumatiserte flyktninger og norske helsearbeidere. Masteroppgave, Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2005.
- Schachter SC. Complementary and alternative medical therapies. *Curr Opin Neurol.* 2008; 21(2), 184-189. doi: 10.1097/WCO.0b013e3282f47918
- Shanmugasundaram S, O'Connor M. Palliative care services for Indian migrants in Australia: Experiences of the family of terminally ill patients. *Indian Journal of Palliative Care.* 2009;15(1):76-83. Doi: 10.4103/0973-1075.53589, pp. 1-12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/articels/PMC2886206/> Accessed November 9, 2011.
- Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. *Unequal treatment.* Washington, D.C.: National Academy Press, 2003.
- Spence D. *Prejudice, Paradox and Possibility. Nursing People from Cultures Other than One's Own.* Doktorgradsavhandling, School of Health Sciences, Massey University, New Zealand, 1999.
- Todd J, Baldwin CM. Palliative care and Culture: An Optimistic view. *The Journal of Multicultural Nursing & Health.* 2006;12:2.
- van der Veer G. *Rådgivning og terapi med flyktninger. Psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse.* Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.