

## **En kritisk refleksjon over betydningen av kultur i møter mellom innvandrere og helse- og omsorgstjenester**

### **A critical reflection on the importance of culture in encounters between immigrants and health care services**

Antropologen Jon Schackt har skrevet at “Selv om mange antropologers bruk av kulturbegrepet har blitt mer nølende og forbeholden de siste tjue åra, har [begrepet] uomtvistelig styrket sin stilling i en rekke andre fag” (Schackt, 2009: 16). Helsefagene generelt, og sykepleiefaget spesielt, er ikke noe unntak her. Særlig siden 1960-tallet har det vært et økende fokus på kultur og betydningen av kulturkompetanse i sykepleielitteraturen. Noen har omtalt dette som et mantra for vår tids sykepleie (Dreher & MacNaughton, 2002). Fokuset på kultur og kulturkompetanse i sykepleielitteraturen utviklet seg som en reaksjon på økt innvandring til Nord-Amerika og økt segregering og ulikhet i det nord-amerikanske samfunnet. Globalisering og økt migrasjon har ført til at kultur og kulturkompetanse også har fått godt fotfeste i den internasjonale sykepleielitteraturen. Ifølge Burchum (2002) finnes det knapt et sykepleietidsskrift som ikke har publisert en artikkel som omhandler kulturelt kompetent praksis, forskning, administrasjon eller utdanning. Denne forskningskommentaren tar utgangspunkt i denne trenden innenfor helsefagene. Jeg starter med å se på hvem det forskes på, når det forskes innenfor feltet innvandrere og helsetjenester i Norge. Jeg gir eksempler på faglitteratur om minoriteter og kultur som har hatt innflytelse innenfor helseprofesjonene, og jeg diskuterer kulturforståelsen som denne litteraturen er basert på. Videre diskuterer jeg tre grunner til å være kritisk til et for sterkt og ensidig fokus på betydningen av pasientenes kultur i helsefaglig praksis og forskning. Jeg argumenterer for

betydningen av forskning som fokuserer på helseprofesjonelle kulturer og helsefaglig praksis, og ikke utelukkende på pasientenes kulturer. Jeg argumenterer også for betydningen av at helsepersonell har kunnskap om sosiale, kulturelle, politiske, økonomiske og historiske prosesser som har betydning for menneskers helse og deres møter med helsetjenestene. Kunnskap som skapes i samfunnsforskning er dermed viktig for helsefaglig praksis.

### **Innvandrerene i helseforskningslitteraturen**

Ifølge Statistisk Sentralbyrå og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet er innvandrerene en person som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og som på et tidspunkt har innvandret til Norge (Andreassen, Dzamarija, & Slaastad, 2013; Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2010). Innvandrerne utgjør, ifølge Statistisk Sentralbyrå, 12 % av befolkningen i Norge, og de kommer fra 220 land. I 2013 var den største tilveksten fra Polen, Sverige og Litauen (Statistisk Sentralbyrå, 2013). Betydningen av migrasjon fra land som Polen, Sverige og Litauen reflekteres imidlertid ikke i forskningslitteraturen. Et søk etter forskningsartikler på CINAHL med søkeordene “immigrant”, “health” og “Norway” resulterte i 23 treff. I disse artiklene var “innvandrerene” i hovedsak fra Pakistan, Tyrkia og Somalia, eller de ble klassifisert som “ikke-vestlige”. I en oversiktsartikkel har Abebe, Lien og Hjelde gjennomgått 41 publiserte fagfelleverderte artikler om mental helse og innvandrere i Norge fra 1990 til dags dato (2014). I de gjennomgåtte artiklene besto utvalgene av innvandrere fra Vietnam, Bosnia og Tyrkia, eller det ble brukt betegnelser som “etniske minoriteter”, “personer med ulike etnisk bakgrunn”, “personer med innvandrerbakgrunn”, “ikke-vestlige innvandrere vs. vestlige innvandrere” eller “innvandrere fra lav-inntektsland, medium-inntektsland eller høy-inntektsland”. Et søk i PubMed med søkeordene “immigrant”, “health care” og “Norway” ga 39 treff. “Innvandrerene” i disse artiklene var hovedsakelig fra Afrika, Asia, Somalia, Etiopia og Pakistan, eller de ble omtalt som “ikke-vestlige” eller bare som “innvandrere”. Forskningslitteraturen som omhandler innvandrere

og norske helsetjenester fokuserer altså på innvandrerne fra Afrika og Asia, og store, nye innvandrergupper er dermed utelatt.

39530 sykepleiere med utenlandsk sykepleierutdannelse hadde søkt om autorisasjon i Norge pr. 31.10.2013<sup>1</sup>, og en av fem fastleger i Norge er innvandrer (Vold, 2011). I forskningslitteraturen er det imidlertid et betydelig større fokus på *pasienter* som er innvandrere enn på *helsepersonell* som er innvandrere. Et søk på CINAHL med søkeordene “immigrant”, “culture” og “health care” på vitenskapelige artikler publisert i perioden 2000 – 2013 ga 102 treff. Av disse var fire artikler om helsearbeidere som var innvandrere, resten handlet om pasienter som var innvandrere. Et tilsvarende søk på PubMed, på vitenskapelige artikler publisert de siste fem årene, ga 2307 treff. Blant de 400 nyeste av disse artiklene var åtte om helsearbeidere med innvandrerbakgrunn. De øvrige 392 handlet om pasienter som var innvandrere.

Denne forskningskommentaren føyer seg inn i rekken av litteratur som omhandler pasienter som er innvandrere og betydningen av kultur i møtet med helse- og omsorgstjenestene. Jeg vil imidlertid argumentere for viktigheten av å ikke utelukkende fokusere på pasientenes kulturer, samt å betrakte kultur som en av flere faktorer som har betydning for folks helse og velferd og deres møter med helse- og omsorgstjenestene.

### **Innvandrerens i helsepolitiske styringsdokumenter**

I forbindelse med min egen forskning har jeg sett nærmere på ulike offentlige dokumenter knyttet til helse- og omsorgstjenester for eldre. I en rekke slike dokumenter er innvandrere viet spesiell oppmerksomhet. For eksempel, i Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006), omtales Eldre med innvandrerbakgrunn i kapittel 5.1.3. I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen (Helse- og

---

<sup>1</sup> Tall fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Personlig kommunikasjon.

omsorgsdepartementet, 2009), omtales Særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen i kapittel 12. Og i Sosial- og helsedirektoratets rapport Glemsk, men ikke glemt! (Sosial- og helsedirektoratet, 2007), finner man Personer som ikke har etnisk norsk bakgrunn i kapittel 8.5. Dette fokuset er begrunnet i språklige utfordringer, men ikke bare det. Det er også begrunnet i en oppfatning av at innvandrere representerer en *kulturell annerledeshet* i forhold til majoritetssamfunnet, som i dette eksempelet.

Prinsippene for behandling kan være de samme, men jo mindre en helsearbeider kan ta for gitt når det gjelder sykdomsforståelse og forkunnskaper, jo større krav stilles til språk, kommunikasjonsferdigheter og tid. Avhengig av hvor folk kommer fra i verden, kan brukerne fortolke sin helsetilstand og symptomer på ulike måter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009: 121).

At kravene til kommunikasjonsferdigheter og tid blir større når helsearbeiderne ikke kan ta pasientens forkunnskaper og sykdomsforståelse for gitt, er noe som ligger til grunn for alle møter mellom helsepersonell og pasienter. Men implisitt i dette ligger en antakelse om at det er *mindre* som kan tas for gitt i møte med pasienter med en annen kulturell bakgrunn.

### **Kultur og kulturkompetanse i sykepleielitteraturen**

Den amerikanske sykepleieren og antropologen Madeleine Leininger har hatt stor betydning for fokuset på kultur i sykepleien. Leininger er kanskje mest kjent for boka *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory* (Leininger & McFarland, 2006), og hun etablerte *The Transcultural Nursing Society*. Leininger definerte kultur som “the learned, shared, and transmitted values, beliefs, norms, and lifeways of a particular culture that guides thinking, decisions, and actions in patterned ways and often intergenerationally” (Leininger & McFarland,

2006: 13). Hun skrev videre at “Culture can be viewed as the blueprint for guiding human actions and decisions” (Leininger & McFarland, 2006: 13). Et av Leiningers hovedpoeng var at sykepleie må være kulturelt tilpasset. Hun beskrev kulturelt tilpasset omsorg som “culturally based care knowledge, acts, and decisions used in sensitive and knowledgeable ways to appropriately and meaningfully fit the cultural values, beliefs, and lifeways of clients” (Leininger & McFarland, 2006: 15). Sykepleien skal altså *passer* til (“fit”) pasientens kulturelle verdier, oppfatninger og levesett. Dette følger logisk av definisjonen av kultur som Leininger la til grunn. For hvis pasienter i stor grad handler og tenker som de gjør på grunn av kulturen sin, så må sykepleiere kjenne til denne kulturen for å kunne forstå pasientene. Grunnleggende for Leiningers tenkning var et ønske om å skape økt toleranse og sensitivitet for ulikhet i sykepleien. Tenkningen utviklet seg som en reaksjon på økt innvandring til Nord-Amerika, særlig fra Asia, og økt segregering og ulikhet i det nord-amerikanske samfunnet. Intensjonene med prosjektet var altså de aller beste, men det medfører samtidig høye krav til sykepleiere. For hvis vi går tilbake til tallene fra Statistisk sentralbyrå, så ser vi at innvandrerne i Norge kommer fra 220 land. Det er ikke uproblematisk å skaffe seg kunnskap om alle disse “kulturene” slik at sykepleien *passer*.

Flere (f. eks. Browne & Varcoe, 2009; Lee & Farrell, 2006) har pekt på at fremveksten av lærebøker i Canada og USA, med systematiske beskrivelser av kulturelle trekk ved ulike grupper, er en respons på denne typen idealer. Tilsvarende litteratur finnes også i Norge. I en lærebok som har vært brukt i norsk sykepleierutdanning er de enkelte kapitlene viet til å beskrive ulike kulturelle og religiøse grupper (Hanssen, 1996). Her kan man for eksempel lese om vietnamesiske pasienter i kapittel 10, muslimske pasienter i kapittel 11, hinduistiske pasienter i kapittel 12, og så videre. Denne typen litteratur kan gi assosiasjoner til kokebøker eller bruksanvisninger. Det kan være fristende å polemisere over denne typen litteratur, men det skal

jeg avstå fra. For dette er en type kunnskap som studenter faktisk etterspør. De spør ofte om man kan se en muslimsk kvinne inn i øyene, eller om man bør unngå blikk-kontakt. Om man kan håndhilse, eller om det beste er ikke å gjøre det. Og dette er jo spørsmål som springer ut fra et oppriktig ønske om å gi pasienter best mulig omsorg. Likevel, det kan være grunn til å stoppe opp og reflektere over kulturforståelsen, og for så vidt menneskeforståelsen, som ligger til grunn for denne tenkningen. For det kan jo synes som om man tenker at folk har spesielle egenskaper eller trekk i kraft av at de tilhører en bestemt kulturell (eller i lærebokeeksemplet ovenfor: religiøs) gruppe, en tendens som omtales (f. eks. av Vandenberg, 2010) som *essensialisme*. Dette kan gi grobunn til å tenke at folk handler og tenker som de gjør på grunn av kulturen sin. Flere (f. eks. Browne & Varcoe, 2006; Reimer-Kirkham & Anderson, 2002) har omtalt dette som *kulturalisme*. Videre, så ender ofte forsøkene på å beskrive ulike kulturer opp i ganske trange og rigide beskrivelser.

Den beste måten å anskueliggjøre dette på, er kanskje å gjøre det samme med sin egen kultur. I en debatt med daværende kulturminister Tadjia Hajik, forsøkte Fremskrittspartiets Christian Tybring-Gjedde seg på nettopp det. Tybring-Gjedde mente at den norske kulturen var truet av innvandring. I et intervju med Dagbladet i desember 2012 beskrev han det han mente var typisk for det han kalte “den norske folkesjela”:

Den kulturen som skiller norsk kultur fra annen kultur. [...] vår kristne kulturarv [...] tillitssamfunnet, som er basert på ordholdenhet, ærlighet, og det å være pliktoppfylgende overfor fellesskapet. [...] felles historie, tradisjoner, språk, høytider, lovverk, valuta, skikk og bruk, flagg, oppvekst, verneplikten, nasjonalsangen, kongehuset eller landslaget (Sørenes, 2012).

Istedenfor å gå inn på en polemikk om hvorvidt ærlighet og det å være pliktoppfyllende er det “som skiller norsk kultur fra annen kultur”, skal jeg la dette sitatet tale for seg selv, og la det være en illustrasjon på hvor vanskelig det kan være å beskrive en kultur. Man ender ofte opp med trange og rigide beskrivelser som mange har vanskelig for å kjenne seg igjen i. Det er kanskje derfor det ikke så ofte er majoritetskulturen som beskrives. Det er ofte de kulturelt “andre” man beskriver. Det er kanskje lettere å tenke at de kulturelt “andre” handler som de gjør på grunn av kulturen sin enn at vi selv gjør det. Et eksempel som illustrerer dette er måten partnerdrap ofte omtales i media. Når en ikke-etnisk-norsk mann dreper en kvinne omtales dette gjerne som et “æresdrap”. Mens hvis det er en nordmann som dreper, så skrives det gjerne om “familietragedie” eller “psykiatri” (jfr. Aftenposten, 2007).

Det at “kultur” ofte knyttes til “de kulturelt andre” er kanskje en grunn til at innvandrere vies særskilt oppmerksomhet i politiske styringsdokumenter av den typen jeg nevnte ovenfor. For det finnes jo ikke kapitler om “særskilte utfordringer for den norske befolkning”, eller “den trønderske befolkning”, eller “bergensere med demens”. Dette må henge sammen med at man tenker at nordmenn sine væremåter, verdier og normer, uavhengig av om de kommer fra Trøndelag eller Bergen, harmonerer med de verdiene og normene som helse- og omsorgstjenestene representerer. “Kultur” blir ofte brukt som et annet ord for “annerledeshet”. Det er “de andre” sin kultur vi skal forsøke å forstå, en tendens som omtales som *Othering* (jfr. Duffy, 2001; Reimer-Kirkham & Anderson, 2002).

### **“Kulturkollisjoner” i helse- og omsorgstjenestene**

En som har gjort en grundig innsats for å beskrive og forstå “de andre” og deres møte med helsetjenestene er Anne Fadiman, i boken *The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong Child, Her American Doctors, and the Collision of Two Cultures* (Fadiman, 1997). Boken er

prisbelønt og den har vært flittig brukt i undervisning om “kulturell kompetanse” for helsearbeidere og i medisinsk antropologi. Boken handler om lille Lia Lee. Hun ble født i California i 1982 av foreldre som hadde innvandret fra Laos. Som spedbarn fikk lille Lia krampeanfallet som de amerikanske legene diagnostiserte som epilepsi. Lias foreldre derimot oppfattet, ifølge Fadiman, krampene som et uttrykk for at Lia mistet sjelen sin. I boken beskriver Fadiman de amerikanske legene sin kamp for å kurere Lias sykdom, men hun beskriver også konflikten som utvikler seg mellom Lias foreldre og legene. Denne konflikten toppe seg da foreldrene blir fratatt omsorgsansvaret for Lia, og hun blir plassert i fosterhjem, for at legene skal kunne gi henne den behandlingen de mener at hun trenger. Foreldrene vinner etter hvert tilbake omsorgsansvaret for Lia, men hun blir til slutt alvorlig hjerneskadet og pleies etter dette hjemme av sine foreldre.

Fadiman forteller to historier parallelt i denne boken. På den ene siden forteller hun lille Lias historie. På den andre siden forteller hun historien om Hmong-folket. Ifølge Fadiman har Hmong-folket overlevd som egen kultur til tross for et sterkt assimilasjonspres fra Kina gjennom historien. En faktor som har spilt en viktig rolle for denne “overlevelsen” er at det i Hmong-kulturen er en sterk motvilje mot å bøye seg for viljen til dem med mer makt. Dette er også en faktor som spiller en viktig rolle for at Hmong-folk har bevart sin kultur også som innvandrere i USA. Konflikten mellom Lias foreldre og legene blir beskrevet som en “kulturkollisjon”, noe som reflekteres i bokens undertittel “the collision of two cultures”. Boken er sydd rundt dikotomien mellom legenes vitenskapelige forklaringer på Lias sykdom og foreldrenes “kulturelle” forståelse av sykdommen. Boken er en beskrivelse av hvor galt det kan gå hvis helsepersonell ikke forstår “de andres” kultur.



Den amerikanske antropologen Janelle S. Taylor har skrevet en artikkel om denne boken som hun har kalt *The Story Catches You and You Fall Down: Tragedy, Ethnography, and "cultural competence"* (Taylor, 2003). Taylor starter artikkelen med å fortelle om hvor mye boken har betydd for henne. Hun beskriver hvordan hun, etter å ha lest den første gang, ønsket å bøye seg i takknemlighet foran føttene til forfatteren. Men videre i artikkelen diskuterer Taylor hva som er så "catching" med *The Spirit Catches You*. Hun argumenterer, ved hjelp av litteraturteori om den narrative sjangeren tragedie, for at boken har blitt så innflytelsesrik nettopp på grunn av at den fungerer så bra som tragedie. Da mener hun ikke at historien er en tragedie fordi den har en trist slutt. Det er snarere Aristoteles sin forståelse av tragedien hun legger til grunn: Det er nettopp de gode egenskapene og intensjonene hos protagonisten i historien som fører til katastrofen. Hmong-folkets *hamartia* er deres motvilje mot å bøye seg for viljen til dem med mer makt. Det er dette som har gjort Hmong-kulturen i stand til å overleve gjennom tusenvis av år. Men i en amerikansk sykehuskontekst blir de samme egenskapene oppfattet som stahet og "non-compliance".

Fadimans bok griper oss fordi den fungerer så bra som tragedie, men fungerer den like bra som etnografi?

Taylor mener at boken kan leses som en en ulykkesrapport. Her har det vært en kollisjon (mellom kulturer). Da blir det naturlig å spørre hva som skjedde og hvem som har skylden. Ifølge Fadiman skyldes Lias tragiske skjebne en kollisjon mellom to kulturer. Men selv om Fadiman bruker begrepet "kulturkollisjon", så er det likevel ikke helt det hun beskriver. For mens foreldrenes manglende evne og vilje til kompromiss forklares som et typisk trekk ved Hmong-kulturen, så forklares legens manglende evne til kompromiss som et personlighetstrekk hos han, og ikke som en egenskap han nødvendigvis deler med alle andre amerikanere eller alle andre leger. Taylor mener at Fadiman beskriver Hmong-kulturen som en reifisert og statisk ting, og at hun nærmest

vikler seg inn i en sirkelforklaring: Hmong-folk tenker og handler som de gjør fordi dette er et trekk ved Hmong-kulturen, og Hmong-kulturen bevares blant innvandrerne i USA nettopp fordi folk handler og tenker som de gjør. Dermed kan ikke kulturen endres. Taylor mener at denne forenklete fremstillingen av Hmong-kulturen er det som gjør boken så fengende: de kulturelle forklaringene *passer*. Samtidig er de kulturelle forklaringene først og fremst knyttet til Lias foreldre sine forståelser, reaksjoner og handlinger, og ikke til den amerikanske legens.

### **Tre grunner til å være på vakt**

Jeg mener, i likhet med Taylor, at det er gode grunner til å være kritisk til den dominerende kulturkompetanse-tenkningen innenfor helsefagene. I det følgende vil jeg redegjøre for tre grunner til å være på vakt overfor denne tenkningen.

### **En snever og statisk kulturforståelse**

En grunn til å være kritisk er kulturforståelsen som denne tenkningen er basert på. Det er en tendens i den helsefaglige litteraturen om minoriteter og migrasjon til å henfalle til rigide beskrivelser av kulturelle grupper ved å vise til spesielle “kulturelle trekk” som gruppene tenkes å inneha. Den amerikanske antropologen Elisa Sobo skriver at bildet av kulturer som avgrensede, koherente ting-i-seg-selv kanskje kan være hensiktsmessig eller brukervennlig, men det er like fullt feil (Sobo, 2009: 113). Kulturelle grenser er nemlig porøse og fleksible. Kulturer har alltid vært i endring og utvikling. Hun skriver at det kan være grunn til å tenke på kulturer både som ting og som prosesser, slik fysikere tenker på lys som både partikler og bølger. Som mennesker inngår vi dessuten i mange kulturer, og de fleste av disse angår bare deler av livene våre, for eksempel organisasjonskulturer og profesjonskulturer. Kulturer er sosiale konstruksjoner, ikke naturgitte fenomener. Den polske sosiologen og filosofen Zygmunt Bauman betrakter kultur som

et levende og foranderlig aspekt ved menneskelig interaksjon. Kjernen i Baumans tenkning er at kulturer er grunnleggende ambivalente. I boken *Culture as praxis* skriver han:

Culture is as much about inventing as it is about preserving; about discontinuity as much as about continuation; about novelty as much as about transcendence of norm; about the unique as much as about the regular; about change as much as about monotony or reproduction; about the unexpected as much as about the predictable (Baumann, 1999: xiv).

Kultur handler altså, ifølge Bauman, like mye om det uventede som det forutsigbare. Dette er det grunn til å dvele ved. For er det ikke ofte slik, at når folk gjør noe som vi forventer at folk fra “den kulturen” gjør, så tenker vi at det de gjør er kulturelt betinget? Men hvis folk gjør noe uventet, så tenker vi at de handler *på tvers av* sin kultur. For eksempel, hvis en afghansk kvinne gir uttrykk for at hun ønsker en kvinnelig sykepleier, så tenker vi gjerne at dette handler om hennes kultur. Hvis hun derimot gir uttrykk for at dette ikke spiller noen rolle, så tenker vi at hun er moderne og *frigjort fra sin kultur*. Ifølge Bauman, er altså det uventede like “kulturelt” som det forutsigbare. Hvis man legger Baumans kulturforståelse til grunn, må kulturer betraktes som levende og foranderlige, som noe som hele tiden skapes, endres og vedlikeholdes *mellom* mennesker. Dermed vil kulturkompetanse forstått som kjennskap til “kulturelle trekk” være lite hensiktsmessig.

### **Helse- og omsorgstjenester er ikke kulturløse kulturer**

En annen grunn til å være kritisk til kulturkompetansetenkningen er at man lett kan komme til å overse at helse- og omsorgstjenester også er “kulturer”. Elisa Sobo skriver at oppfatningen om at det er “de andre” som har en kultur fortsatt lever i beste velgående innenfor helse og omsorg

(Sobo, 2009: 111). Hun skriver at dette delvis skyldes at kultur, i sin “natur”, er taus og tatt-for-gitt. Vi blir først utfordret i møte med andre kulturer, men selv da er det ofte “de andre” sine måter å gjøre ting på som vi tenker på som “kulturelle”, og ikke vår egen. Sobo skriver at de fleste av oss lever i en “culture of no culture”, en kulturløs kultur. Vi tenker at verden *er* på en bestemt måte, og at de som ikke ser *det* er på en eller annen måte er “villedet” (Sobo, 2009: 111). Man tenker at de er “villedet” av sine kulturer. I boka *Profesjonsstudier*, skriver filosofen Lars Gule følgende: “Det er altså gode grunner til å ta hensyn til kulturelle forskjeller, også uavhengig av om (deler av) kulturen er ‘riktig’ eller ‘gal’” (Gule, 2008: 240). Og han fortsetter slik:

En profesjonsutøver må ha en adekvat forståelse av pasienters eller klienters uttrykte meninger, og disse meningene kan neppe forstås adekvat uten en kulturell kontekstualisering av pasientens eller klientens virkelighetsoppfatninger og de verdier han/hun har (Gule, 2008: 240).

Det er altså *pasientenes* virkelighetsoppfatninger som må kontekstualiseres kulturelt. Helse- og omsorgstjenestene fremstår som ikke-kulturelle, som en “culture of no culture”. Man tenker gjerne at de observasjonene, vurderingene og handlingene som gjøres i helse- og omsorgstjenestene er kunnskapsbaserte, og at dette er noe annet enn kultur.

De kanadiske sykepleierne Annette Browne og Colleen Varcoe skriver at helsetjenestene også er kulturer (2009). Browne og Varcoe understreker viktigheten av at helsepersonell reflekterer kritisk over hvordan de selv kan komme til å uttrykke helsetjenestekulturen på måter som kan føre til at pasienter nøler med å oppsøke hjelp. Helsearbeidere har også oppfatninger, verdier og normer som har betydning for hvordan de møter og ivaretar pasientene. Disse kan ha større betydning i det enkelte møte mellom helsearbeider og pasient enn pasientens oppfatninger, verdier og normer, den skjeve maktbalansen i et slikt møte tatt i betraktning. I en artikkel basert

på en etnografisk studie ved et kanadisk sykehus demonstrerer Browne hvordan helsearbeideres oppfatninger om kultur og “de kulturelt andre” (i dette tilfellet urfolkskvinner) påvirker klinisk praksis (Browne, 2007). utfordringer i kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter, blir av sykepleierne forstått som “kulturelt betinget”, det vil si som et resultat av *pasientenes* kultur. Videre viser Browne at sykepleieres stereotype oppfatninger om urfolks forhold til rusmidler og medikamenter fører til at pasienter ikke får tilfredsstillende smertestillende behandling. Studien demonstrerer at dominerende diskurser og rådende oppfatninger om “de kulturelt andre” kan bidra til marginaliserende praksiser i helsetjenestene.

Slike marginaliserende praksiser kan få alvorlige utfall. Den 21. september 2008 døde 45 år gamle Brian Sinclair av en blæreinfeksjon i et akuttmottak i Winnipeg, Canada (CBC News, 2014a; Welch, 2014). Sinclair tilhørte Canadas urbefolkninger, han var hjemløs, og han var rullestolbruker etter amputasjon av begge beina på grunn av frostskafer. Sinclair hadde blitt henvist til akuttmottaket via en lokal helsestasjon fordi han ikke hadde hatt urinavgang på over et døgn. Han kom til akuttmottaket den 19. september og mottok ingen form for helsehjelp før han ble funnet død, i akuttmottaket, i rullestolen sin 34 timer senere. Etter 24 timer kastet Sinclair opp, noe som ifølge medisinske eksperter skyldtes at kroppen hans gikk i septisk sjokk, uten at dette førte til annet enn at renholdspersonalet vasket gulvet rundt rullestolen hans. En intern rapport etter dødsfallet viste at helsepersonellet og sikkerhetsvaktene som var på vakt i akuttmottaket i løpet av de 34 timene antok at Sinclair var en hjemløs som sov ut rusen. I 2013 ble det startet en offentlig granskning av omstendighetene rundt dødsfallet. Konklusjonene av granskningen vil foreligge i desember 2014 (CBC News, 2014b). Sinclairs familie og urfolksorganisasjoner i Canada ønsker at granskningen skal fokusere på hvorvidt dødsfallet var et resultat av institusjonell rasisme og helsearbeidernes stereotype oppfatninger om urfolk og

alkoholbruk. Dommeren som leder granskningen mener imidlertid at dette er utenfor rammene for granskningen. Ledelsen ved sykehuset sier at de har ominnredet akuttmottaket og bedret rutinene for registrering av pasienter etter dødsfallet (CBC News, 2014b). Diskusjonene etter Sinclairs dødsfall minner om de vi hadde i Norge, etter at norsk-somaliske Ali Farah slått ned og skadet i Sofienbergparken i Oslo sommeren 2007. Ambulanse kom til stedet, men ambulansesjåførene forlot stedet uten å ta Farah med seg, da de oppfattet han som et ordensproblem. Farah måtte fraktes til legevakten i drosje og ble derfra lagt inn på Ullevål sykehus, hvor han ble behandlet for hjerneblødning. Ambulansesjåførene fikk i ettertid en advarsel fra Statens helsetilsyn for uforsvarlig virksomhet og for ikke å ha ytt omsorgsfull hjelp. Saken fikk stor medieoppmerksomhet og ambulansesjåførene ble beskyldt for rasisme. Den ene av sjåførene forfulgte saken i rettssystemet, og ble frifunnet for anklagene om rasisme i Oslo tingrett. Historiene om Sinclair og Farah reiser mange av de samme grunnleggende spørsmålene: Kunne dette skjedd en mann fra den hvite middelklassen? Er dette eksempler på institusjonell rasisme? Var disse hendelsene eksempler på marginaliserende praksiser? Eller var hendelsene resultat av dårlige rutiner for registrering av pasienter, et uhensiktsmessig innredet akuttmottak, uforsvarlig virksomhet og mangel på omsorgsfull helsehjelp, og dermed noe som kunne rammet en hvilken som helst pasient? Det norske rettssystemet har konkludert, men det er fortsatt et åpent spørsmål hva den offentlige granskningen av Sinclair-saken vil konkludere med.

### **Kanskje har ikke kultur så stor betydning som vi synes å tro**

En tredje grunn til å være kritisk til kulturkompetanse-tenkningen er at det ikke er så sikkert at kultur nødvendigvis er det som har størst betydning for folks helse og velferd. Når man velger seg et fokus, eller et perspektiv, så får det konsekvenser for hva man blir i stand til å se.

Gustafson skriver:

Depending on one's standpoint, attention is focused in particular ways on some issues whereas other issues are viewed less clearly or not at all. Any given focus limits the observations it is possible to make, the problems identified, and the goals for addressing those problems (Gustafson, 2005: 6).

Et sterkt fokus på kultur kan tåkelegge andre, og viktigere, faktorer som har betydning for folks helse og velferd, som for eksempel kjønn, klasse, utdanning, seksualitet, økonomi, tilgang til helsetjenester, organisering og finansiering av helsetjenestene. Og ikke minst hvordan slike faktorer virker sammen og på hverandre, det som gjerne kalles interseksjonalitet. Koehn, Neysmith, Kobayashi og Khamisa skriver i en artikkel at "The country of immigration is more important than that of emigration" (2013: 439). Når det gjelder helse og velferd har det større betydning hvor folk kommer *til* enn hvor de kommer *fra*. Det kan dessuten være større forskjeller innad i såkalte kulturelle grupper enn mellom gruppene.

I velferdsstaten Norge skal alle ha lik tilgang på helsetjenester og velferd, uavhengig av kjønn, klasse, utdanning, etnisitet, utdanning o.s.v. Samtidig vet vi at det er relativt store forskjeller i forventet levealder mellom Oslo øst og Oslo vest. Ifølge tall fra Statistisk Sentralbyrå var forventet levealder i bydelene Sagene, Gamle Oslo og Grünerløkka 74 år for menn og 80 år for kvinner i 2011. Mens i bydelene Ullern, Vestre Aker og Nordre Aker var forventet levealder rundt 82 år for menn og 86 år for kvinner. Sammenliknet med resten av verden er levealderen for indre Oslo øst like lav som i østeuropeiske land som Polen og Slovakia, mens kvinner i ytre Oslo vest lever nesten like lenge som kvinner i Japan (som lever lengst i verden) (Berntsen, 2013). Men hvorfor er det så stor forskjell mellom bydelene? På den ene siden kan dette forklares med individuelle kjennetegn ved folk som bor i de ulike bydelene. En rekke studier har vist at personer med lav utdanning og inntekt, personer som mottar sosialhjelp og enslige, har høyere

dødelighet og lavere forventet levealder enn andre (jfr. Folkehelseinstituttet, 2007). Man vet at i noen bydeler er det en større andel av befolkningen som har lav utdanning, inntekt, o.s.v. Ulikhetene kan også forklares med trekk ved bydelene i seg selv, såkalte “nabolagseffekter”. Dette er faktorer som trafikksituasjon, støynivå, tilgang på helsetjenester og velferdstilbud og muligheter til rekreasjon. Innvandrere utgjør en større andel av befolkningen i noen bydeler, særlig i øst. Man kunne dermed tenke seg at dette kunne bidra til å forklare noen av forskjellene mellom bydelene. I så tilfelle måtte innvandrere ha en høyere dødelighet enn resten av befolkninga. Det er imidlertid lite som tyder på dette. En rapport fra 2004 konkluderer med at innvandrere har en noe lavere dødelighet enn den øvrige befolkningen i Norge (Østby, 2004).

Forventet levealder er bare ett uttrykk for helse og levekår. Men disse tallene gir like fullt grunn til ettertanke, og de understøtter et av hovedpoengene til kritikerne av kulturkompetansenkningen: at et sterkt fokus på kultur kan styre oppmerksomheten bort fra strukturelle, økonomiske, politiske og historiske faktorer som har betydning for folks helse og levekår. Det finnes flere eksempler som understøtter dette. En rapport fra Folkehelseinstituttet fra 2007 viser at personer med høy utdanning som bor i områder med god tilgang på spesialister har 46 prosent høyere sannsynlighet for å konsultere spesialist enn personer som har lav utdanning og som bor i områder med få spesialister (Folkehelseinstituttet, 2007). Data fra Levekårsundersøkelsen 1999/2000 viste at mens 14 prosent av personer over 16 år med ungdomsskoleutdanning hadde hatt kontakt med privatpraktiserende lege i løpet av siste år, var tallet for personer med universitetsutdanning 23 prosent (Finnvold, 2002). En annen studie har vist at pasienter med lav inntekt, grunnskoleutdanning eller manuelt arbeid har lavere overlevelse ved en rekke kreftsykdommer (Kravdal, 1999). Da man sammenliknet pasienter med samme krefttype, hadde pasientene med høy utdanning, hovedfag eller tilsvarende, 20 prosent lavere



dødelighet enn pasientene med grunnskoleutdanning. Dødeligheten var også økt da man kontrollerte for utbredelse av sykdom (altså hvor syke folk var) ved diagnosetidspunktet. Det var forskjeller i overlevelse på 15 prosent selv når det ble tatt hensyn til om høyt utdannede ble diagnostisert tidligere. Dette kan skyldes at personer med høy utdanning lever sunnere og har bedre helse før de blir kreftsyke. Men Kravdal mener også at forskjellene kan skyldes at høyt utdannede får bedre behandling og bedre klarer å følge opp behandlingen. Det er med andre ord godt dokumentert at strukturelle, økonomiske og politiske faktorer har stor betydning for folks helse, også i Norge.

### **Kulturkompetanse eller fagkompetanse: Hvilken type forskning trenger vi?**

Spørsmålet blir dermed om økt innvandring og mangfold øker behovet for kulturell kompetanse i helsevesenet. Sykepleierne Melanie Dreher og Neil MacNaughton skriver at vi er forledet til å tro at hvis kulturell dissonans minimeres, så maksimeres kommunikasjon og etterlevelse (Dreher & MacNaughton, 2002):

If this is so, how do we explain the countless reports of miscommunication and lack of compliance and the widespread dissatisfaction with treatment when patients and providers are of the same culture? The examples of insensitivity cited in the cultural competency literature and training programs are ones that are as likely to occur in any clinical encounter (Dreher & MacNaughton, 2002: 185).

Videre skriver de at urtemedisin sannelig ikke bare brukes av folk fra asiatiske og latinamerikanske land, noe alle de milliardene dollar amerikanere årlig bruker på alternativ medisin viser. At terminal sykdom og død ikke bare er sensitive tema for folk fra Russland og Japan. At det finnes minst like mange matrestriksjoner blant den amerikanske hvite middelklassen som blant hinduer. Det er med andre ord ikke bare de “kulturelt andre” som har

oppfatninger, verdier og normer som har betydning for deres møter med helse- og omsorgstjenestene.

Ifølge Dreher og MacNaughton handler “kulturell kompetanse” egentlig om sykepleiekompetanse. Kontekstualisering av helse og sykdom i forhold til familie og samfunn er ikke noe nytt i sykepleien. Det er et helt grunnleggende prinsipp i sykepleie. Det er noe “kulturelt” i alle menneskers erfaringer med sykdom, ikke bare for dem som er “kulturelt annerledes”. Det er kanskje slik, at når ting går galt, så er det snarere et resultat av for dårlig *faglig* kompetanse enn mangelfull kulturkompetanse. Og motsatt, når ting går bra, så er det et resultat av god fagkompetanse.

Jeg hørte en gang en historie fra Oslo Universitetssykehus. Der var det et problem på kirurgisk avdeling at en del muslimske pasienter ikke spiste maten de fikk servert fordi den ikke var *halal*. Dette fikk betydning for pasientenes ernæringsstatus, noe som igjen fikk konsekvenser for tilfriskning etter kirurgiske inngrep. Pleiepersonalet mistet dessuten kontrollen med hva og hvor mye pasientene spiste fordi noen av pasientene var heldige og hadde pårørende som kom med mat til dem. Da dette problemet ble lagt frem for ledelsen var svaret at man ikke kunne begynne å legge til rette for diverse kulturelle og religiøse grupper, for hvor skulle det ende hvis alle mulige grupper begynte å kreve særdietter. Men så var det en assistentlege som satte seg ned og redegjorde for konsekvensene av dårlig ernæringsstatus hos postoperative pasienter: forlengede postoperative forløp, flere liggedøgn, flere postoperative komplikasjoner, flere infeksjoner o.s.v. Dette var et språk ledelsen forsto, og halal-mat ble dermed et tilbud ved OUS, som et resultat av *faglige* begrunnelser.

Dreher og MacNaughton skriver at: “Framing the issue as ‘cultural’ diverts us from a serious examination of the inadequacy of patient-provider communication in general” (Dreher &

MacNaughton, 2002: 185). Jeg er helt enig med dem i at hvis kultur forstås som statisk, eller som noe som bare er knyttet til pasienten, gir det begrenset forståelse av hva som foregår i møter mellom pasient og helsepersonell. Samtidig har jeg nettopp vist at utfordringer knyttet til helse og velferd ikke bare handler om det enkelte møte mellom helsepersonell og pasient.

Innenfor et perspektiv som forstår kulturer som relasjonelle og i endring, må kultur ses i sammenheng med sosiale, politiske, økonomiske og historiske kontekster. I et slikt perspektiv innebærer ikke “kulturkompetanse” å ha kjennskap til innvanderers kultur, men snarere å anerkjenne at ethvert menneskes liv leves innenfor sosiale, kulturelle og politiske diskurser. Et slikt perspektiv er utfordrende for helsepersonell, som må opptre som “informed not-knowers” (Keddell, 2009: 237). Helsepersonell må ha kunnskap om sosiale, kulturelle, politiske, økonomiske og historiske prosesser, men samtidig innse at de aldri kan vite hvordan disse prosessene virker inn på livet til det enkelte menneske. Samfunnsforskning skaper kunnskap om slike prosesser, og bidrar dermed med kunnskap av betydning for helsefaglig praksis. Videre innebærer et slikt perspektiv at helsepersonell må reflektere kritisk over hvordan deres egne sosiale, kulturelle, økonomiske og profesjonelle bakgrunner former deres oppfatninger av menneskene de er satt til å hjelpe, og dermed deres praksis. Et slikt perspektiv fordrer forskning som ikke utelukkende handler om pasientenes kultur, men som også fokuserer på helseprofesjonelle kulturer og helsefaglig praksis.

## Referanser

Abebe, D., Lien, L., & Hjelde, K. (2014). What We Know and Don't Know About Mental Health Problems Among Immigrants in Norway. *Journal of Immigrant & Minority Health, 16*(1), 60-67.

- Aftenposten. (2007, 20. oktober 2011). Professor: Hvite etniske nordmenn begår æresdrap, *Aftenposten*. Tilgjengelig på <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article2100755.ece#.U19hS1dpcig> [hentet: 20. april 2014].
- Andreassen, K. K., Dzamarija, M. T., & Slaastad, T. I. (2013). Stort mangfold i lille Norge. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre - befolkningsstatistikk. *Samfunnsspeilet*(5), 11-19.
- Baumann, Z. (1999). *Culture as Praxis* (ed. Ed.). Thousand Oaks, Ca.: Sage.
- Berntsen, K. N. (2013). Fortsatt store forskjeller i levealder i Oslo. *Samfunnsspeilet*(4), 18-25.
- Browne, A. (2007). Clinical encounters between nurses and First Nations women in a Western Canadian hospital. *Social Science & Medicine*, 64(10), 2165-2176.
- Browne, A., & Varcoe, C. (2006). Critical cultural perspectives and health care involving Aboriginal peoples. *Contemporary Nurse*, 22(2), 155-167.
- Browne, A., & Varcoe, C. (2009). Cultural and social considerations in health assessment. I: A. J. Browne, J. MacDonald-Jenkins & M. C. E. Luctkar-Flude (Eds.), *Physical examination and health assessment by Carolyn Jarvis (1st Canadian Edition)* (s. 35-50). Toronto: Elsevier.
- Burchum, J. L. R. (2002). Cultural Competence: An Evolutionary Perspective. *Nursing Forum* 37(4), 5-15.
- CBC News. (2014a, 2014-02-18). Brian Sinclair's family loses confidence, pulls out of inquest. Tilgjengelig på <http://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/brian-sinclair-s-family-loses-confidence-pulls-out-of-inquest-1.2541167> [hentet: 5. mai 2014]

- CBC News. (2014b, 2014-06-12). Brian Sinclair inquest wraps with lawyer calling ER death a homicide. Tilgjengelig på <http://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/brian-sinclair-inquest-wraps-with-lawyer-calling-er-death-a-homicide-1.2672810> [hentet: 7. juli 2014]
- Dreher, M., & MacNaughton, N. (2002). Cultural competence in nursing: Foundation or fallacy? *Nursing Outlook*, 50(5), 181-186.
- Duffy, M. E. (2001). A critique of cultural education in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 487-495.
- Fadiman, A. (1997). *The Spirit Catches You and You Fall Down: A Hmong Child, Her American Doctors, and the Collision of Two Cultures*. New York: Noonday Press.
- Finnvold, J. E. (2002). Bestemmer behovene bruken av legespesialister? *Sosialt utsyn*, 41-52.
- Folkehelseinstituttet. (2007). Sosial ulikhet i helse. En faktarapport *Rapport 2007:1*. Oslo.
- Gule, L. (2008). Profesjon og flerkulturalitet. I: A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (s. 233-250). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gustafson, D. L. (2005). Transcultural Nursing Theory From a Critical Cultural Perspective. *Advances in Nursing Science*, 28(1), 2-16.
- Hanssen, I. (1996). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo.
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2010). Veileder i brukerundersøkelser når innvandrere er brukere. Oslo.

- Keddell, E. (2009). Narrative as Identity: Postmodernism, multiple ethnicities, and narrative practice approaches in social work. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work, 18*(3), 221-241.
- Koehn, S., Neysmith, S., Kobayashi, K., & Khamisa, H. (2013). Revealing the shape of knowledge using an intersectionality lens: results of a scoping review on the health and health care of ethnocultural minority older adults. *Ageing and Society, 33*(3), 437-464.
- Kravdal, Ø. (1999). Sosiale forskjeller i kreftoverlevelse. *Tidsskr Nor Laegeforen, 119*, 1577-1583.
- Lee, S. A., & Farrell, M. (2006). Is cultural competency a backdoor to racism? *American Anthropological Association Anthropology News, Rethinking Race and Human Variation, special edition February and March*.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett.
- Reimer-Kirkham, S., & Anderson, J. M. (2002). Postcolonial Nursing Scholarship: From Epistemology to Method. *Advances in Nursing Science, 25*(1), 1-17.
- Schackt, J. (2009). *Kulturteori. Innføring i et flerfaglig felt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sobo, E. J. (2009). *Culture & Meaning in Health Services Research. A practical field guide*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, Inc.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Oslo.
- Statistisk Sentralbyrå. (2013). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2013. Tilgjengelig på <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef> [hentet: 28. januar 2014].

- Sørenes, K. M. (2012, 12.12.2012). Fornekter norsk kultur. Frp-politiker mener Hadia Tajik og Inga Marte Thorkildsen har glemt den norske folkesjela, *Dagbladet* Tilgjengelig på <http://www.dagbladet.no/2012/12/12/nyheter/frp/politikk/innenriks/fremskrittspartiet/24796436/> [hentet: 25. januar 2014].
- Taylor, J. S. (2003). The Story Catches You and You Fall Down: Tragedy, Ethnography, and "Cultural Competence". *Medical Anthropology Quarterly*, 17(2), 159-181.
- Vandenberg, H. E. R. (2010). Culture theorizing past and present: trends and challenges. *Nursing Philosophy*, 11(4), 238-249.
- Vold, B. (2011). En av fem fastleger er innvandrere. *Samfunnsspeilet*(2).
- Welch, M. A. (2014, 2014-04-05). Sinclair victim of stereotyping, professor says. Cites alcohol assumptions as factor, *Winnipeg Free Press*. Tilgjengelig på <http://www.winnipegfreepress.com/local/sinclair-victim-of-stereotyping-professor-says-254004561.html> [hentet: 5. mai 2014].
- Østby, L. (2004). Innvandrere i Norge - Hvem er de, og hvordan går det med dem? *Del I Demografi, Notater 2004/65*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.