

«Thank you, Doctor»

Innsikt i interkulturell kommunikasjon påkrevet i flyktninghelsetjenesten

Fra å være et meget homogent samfunn språklig og kulturelt, med den samiske befolkningen som et viktig unntak, har Norge i løpet av de siste 10–15 år mottatt et betydelig antall innvandrere, flyktninger og asylsøkere. Disse representerer tre typer utfordringer for helsetjenesten: organisering av helsetjenestetilbud, nye medisinske problemstillinger og kommunikasjonsbarrierer. Norsk helsepersonell er dårlig forberedt på de kommunikasjonsproblemer som folk fra fremmede kulturer eksponerer oss for. Det redegjøres for 12 signalsystemer som vi alle bruker bevisst eller ubevisst når vi kommuniserer. Ved eksempler vises det hvordan kulturbakgrunn, virkelighetsoppfatning og sosial referanseramme er avgjørende for hvordan vi tolker og oppfatter signaler, og hvorfor misforståelser lett oppstår når kommunikasjonen i tillegg til å forsere språkbarrierene skal bygge bro over kulturkløften. Ti bud vedrørende interkulturell kommunikasjon i flyktninghelsetjenesten er formulert som praktiske retningslinjer.

Av Norges vel fire millioner innbyggere regner man med at det er ca. 150 000 utlendinger.

I 1989 kom det nesten 7 000 asylsøkere til Norge. Av disse ble vel 4 000 innvilget oppholdstillatelse som flyktninger (asyl) eller på humanitært grunnlag, om lag 58 % fikk altså lov til å bli i Norge (1).

Prisbelønt oppgave presentert ved Samfunnsmedisinsk uke, oktober 1991

Ole Mathis Hetta
Fylkeslegen i Rogaland
Postboks 680
4001 Stavanger

Hetta OM.

Knowledge of intercultural communication is necessary in health care for refugees

Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 1043–6

Up to now, the Norwegian population has been homogeneous as regards language and culture, the only exception being the 30 000 indigenous Sami people. With the recent increase of the number of immigrants, particularly refugees and asylum seekers, Norwegian health care workers are faced with a new challenge: communication barriers due to differences in culture.

This article lists 12 signal systems and shows how messages can be transmitted, interpreted and misinterpreted, depending on cultural background. Our world view and socio-cultural reference is important for how we interpret messages conveyed in the form of words and nonverbal signals. Ten commandments regarding refugee/intercultural health care are formulated as practical guidelines.

De fleste innvandrere, flyktninger og asylsøkere som kommer til Norge, er somatisk sett friske mennesker. De representerer plussvariantene fra sine hjemland, folk som har initiativ, helse og pågangsmot til å gi seg i vei, enten på flukt eller for å søke et «bedre liv» i et fremmed land.

For helsetjenesten representerer flyktninger, asylsøkere og innvandrere tre typer utfordringer:

- Organisering av helsetjenesten
- Uvante medisinske problemer/behov
- Kommunikasjonsbarrierer.

I denne artikkelen diskuteres spesielt den sistnevnte av disse tre utfordringene i lys av et kommunikasjonsteoretisk perspektiv basert på signalsystemer.

Organisering av tjenesten

Hvordan helsetjenesten er organisert og tilbyr sine tjenester kan være svært avgjørende for om mennesker fra andre kulturer vil kunne gjøre seg bruk av den. Likevel må dette finne sin løsning ut fra de forutsetninger og ressurser som er tilgjengelig i kommunen. Problemstillingene i de enkelte kommuner er ulike. I storbyene kan tilgjengeligheten til lege og muligheten for å etablere en fast legekontakt være flaskehalsen, mens i mindre kommuner kan det være andre problemer som trenger spesiell oppmerksomhet. Kommunehelseloven fastslår at alle som oppholder seg i kommunen, har rett til helsehjelp (2). Ved tildeling av ressurser bør det tas hensyn til at alle konsultasjoner og kontakter tar lengre tid enn for vanlig norsk befolkning.

De medisinske problemene og behovene

De medisinske problemene som flyktninger og asylsøkere presenterer, kan variere fra banale øvre luftveisinfeksjoner til mer eksotiske infeksjonssykdommer som malaria og tarmparasitter, fra flis i fingeren til svære senskader både fysisk og psykisk etter forfølgelse, fengsel og tortur. For mange norske leger og annet helsepersonell vil en del av de helseproblemer som disse menneskene sliter med, være vanskelige å takle. Hvor mange norske leger har noen gang sett en pasient med akutt malaria, og hvor mange leger vil tenke på f.eks. bilharzia som årsak til hematuri? Sjeldne tilstander som thalassia major og minor som kan gi hevelse i håndledd og fingerledd hos barn, har de fleste norske leger knapt hørt om.

Psykososiale problemer som flyktningene sliter med, representerer de vanskeligste medisinske utfordringene for helsepersonellet.

Egne ikke-publiserte data som omfatter 732 flyktninger/asylsøkere som kom til Stavanger i tiden 1987–89, viser at 70 % er menn og at ca. 75 % er mellom 20 og 40 år. Førstegangsundersøkelsen av disse ble utført av 54 allmennleger, og det ble påvist lite syk-

dom. Dårlig tannstatus, samt anemi hos kvinner var de vanligste funnene. Selv om 36 % hadde vært utsatt for vold, forfølgelse, fengsling og tortur, ble det ved førstegangsundersøkelsen bare anført hos 2,5 % at de hadde psykiske plager. Etter at det i 1989 ble etablert en egen helsetjeneste med fast lege for flyktningene, har det vist seg at ca. 1/3 har psykiske problemer.

Kommunikasjonsbarrierene

Kommunikasjonsproblemene er vi dårligst forberedt på.

Tolketjenesten som er etablert i en del kommuner, representerer kompetanse på den rent språklige siden, men lite av den kulturkunnskap som tolkene besitter, blir systematisk utnyttet. Vi er heller ikke vant til å kommunisere via tolk (3).

Interkulturell kommunikasjon som fag er opptatt av å belyse de kommunikasjonsprosessene som foregår i møtet mellom ulike kulturer, men i denne sammenheng brukes begrepet også som betegnelse for selve den kommunikasjonen som foregår mellom to eller flere personer eller grupper som har ulik kulturbakgrunn som f.eks. en norsk lege og en flyktning fra Somalia.

Tidligere har ikke så mange i Norge opplevd store språklige problemer mellom leger og pasienter, selv om sogningene kanskje kunne ha visse problemer med å forstå trønderdoktoren. Bare et fåtall leger har opplevd å ha samisktalende pasienter som lite forstod av hva legen sa og som selv ikke kunne «tale landets offisielle språk» tilfredsstillende. Helt opp til i dag er det både helsepersonell, trygdepersonell og helsebyråkrater som ikke forstår eller vil innrømme at landets urbefolkning har blitt diskriminert i helsetjenesten hvor kun norsk har vært anerkjent som kommunikasjonspråk.

Med den økede andelen av utlendinger i Norge de senere årene og spesielt utlendinger som verken forstår eller kan snakke norsk, har problemene blitt så påtrengende at helsevesenet har innsett at bruk av tolk er både nyttig, viktig og ikke minst riktig.

Tolking dreier seg ikke bare om å oversette ord, men meningen «bak» ordene. For å kunne gjøre dette må tolken kjenne godt til begge kulturene, både den han oversetter fra og den han oversetter til (3).

Språket er selvsagt viktig i en lege-pasient-kontakt, men de verbale signalene er kun en del av den kommunikasjonen som forgår mellom personer som møtes.

Den ikke-verbale kommunikasjonen er minst like viktig og kan være helt avgjørende i formidlingen av tillit og forståelse i mellommenneskelige forhold. De ikke-verbale signalene er ofte svært forskjellige i ulike kulturer, og det tar lengre tid å tilegne seg disse enn talespråket.

Selv om man tror at man forstår ordene som blir sagt, vil man ofte kunne bli lurt av fraser og høflighet som folk fra andre kulturer vil bruke til en øvrighetsperson, som f.eks.: «Thank you, Doctor», mens det naturlige kanskje skulle være en skikkelig utblåsning pga. norske rasefordommer, slik figuren antyder. Tegneserien viser hvordan manglende innsikt i interkulturell kommunikasjon og manglende engelskkunnskaper hos norsk helsepersonell kan skape misforståelser.



Signalsystemer

«Communication is involvement», sier Don Smith, en amerikansk sosialantropolog. Det betyr gjensidig innlevelse. Smith beskriver kommunikasjon ved hjelp av 12 signalsystemer (4), og i denne artikkelen er hans inndeling brukt og eksemplifisert for å vise relevansen av de forskjellige systemer i vår daglige bruk av dem.

Når vi skal formidle et budskap, bruker vi ord, skrift, tegn, tegninger, bilder, gester osv. Mye av dette anvendes uten at vi reflekterer over det.

1) *Verbal* kommunikasjon er tale, snakk, bruk av det talte ord. Dette er den vanligste måten de fleste av oss kommuniserer på når vi bevisst skal formidle noe til andre. Språklige barrierer er naturligvis kjente i verbal-kommunikasjon. Det talte språket består ikke bare av ord og setninger, men refererer til ulike kulturelle koder og meninger. Disse er vanskeligere å beherske enn det er å uttrykke seg på et fremmed språk.

2) *Skriftlig* kommunikasjon som er de skrevne ord, er en bekvem og sikker kommunikasjonsform. Men det forutsetter at mottaker kan lese og bruke det samme alfabetet for at kommunikasjonen skal bli meningsfull. Det er mange forskjellige alfabetssystemer i verden, men dette glemmer vi ofte og tror at alle bruker det latinske. Også det skriftlige språket kan være tvetydig og referere til kulturelle fenomener som leseren ikke kjenner til.

3) *Numerisk* kommunikasjon er bruk av tall for å formidle mening. Det er brukt i stor utstrekning i religiøse sammenhenger, f.eks. omtales tallene 3 og 7 som hellige tall i den kristne kulturen. Likeledes kan vi tenke på tallet 13 som regnes som ulykkestall. Seterad nr. 13 finnes eksempelvis nesten ikke i noen fly. I andre kulturer er det andre tall som har spesiell relevans og våre «hellige tall» enses ikke. I Japan har f.eks. tallet 4 konnotasjonen «død».

4) *Bilder* som kommunikasjonsform brukes i vår kultur i utstrakt grad og er i ferd med å overta det skrevne ords rolle innen massekommunikasjon. Tenk på hva tegneserier, filmer, plakater, veiskilt formidler av inntrykk for ikke å snakke om hvor viktig billedkunsten er som kulturformidler. I svært mange kulturer i Afrika er mennesker som ikke har gått på skole, ikke vant til å tyde bilder. Når man ser bildende kunst fra forskjellige kanter av verden blir man også oppmerksom på hvordan stilarter og billedsymboler veksler fra land til land. Her kan misforståelser lett oppstå.

5) *Lyd* brukes i stor utstrekning til å formidle et budskap. Musikktyper varierer med kulturene. Andre signaler som f.eks. vekkerklokken, kirkeklokker, skipsklokken, sivilforsvarets alarmvarsler, fløyte på en bil, musikk i telefonen når man venter på å bli ekspedert, formidler alle et budskap som betinger at man er kjent med hva signalet betyr.

6) «*Artifactual*» kommunikasjon foregår ved hjelp av gjenstander eller ting. Eksemp-

ler er smykker, giftinger, merke på jakkeslaget. Uttrykket «klær skaper folk» forteller at vi kommuniserer ved hjelp av gjenstander. Noen lager hull i ører, andre i nese eller lepper, og alle vurderer skjønnheten i det ut fra sin egen kulturbakgrunn.

7) *Bevegelse* eller kinesisk som uttrykksform er velkjent i dans og ballett, men også gjennom visse sportsaktiviteter. Her kommer for øvrig alle kroppsbevegelser som vi utfører bevisst eller ubevisst, inn som viktig tilleggs-kommunikasjon ved siden av ordene våre. Mimikk, gester og kroppsstilling formidler mye mer av våre ubevisste eller skjulte følelser enn vi ofte ønsker eller er klar over. Alt dette læres i og preges av den kultur vi er vokst opp i.

8) *Optiske* signaler brukes ofte i kommunikasjonen uten at vi alltid er oss det bevisst. Trafikklys er en bevisst bruk av lys og farge. Blinkende farget lys på diskotek formidler et budskap, dvs. skaper en spesiell stemning selv om man ikke alltid kan sette ord på virkningen. Enkelte farger betyr fare, andre betyr håp, eller renhet. Liturgiske farger som brukes i kirken, formidler et budskap til dem som forstår symbolene/signalene. Rosa barneklær brukes på piker og blå på gutter, men er det slik også i andre kulturer, f.eks. i Thailand?

9) *Berøring* eller taktile impulser brukes for å kommunisere. Håndtrykk kan føles på mange måter og gi forskjellige assosiasjoner. Kyss på kinnet er vanlig i Frankrike, mens vi vanligvis nøyer oss med klem til venner og slekt. Hvordan man berører og hvor man berører på kroppen formidler ganske forskjellige signaler, og tolkingen av disse signalene vil i høy grad være avhengig av den kulturelle bakgrunn. Den måten arabiske ledere hilser hverandre på, føles for oss fremmed, like- så at to mannfolk leier hverandre i hånden som er svært vanlig i mange afrikanske land.

10) *Spatial* kommunikasjon forgår ved hjelp av rom, avstand og nærhet. Kontorstørrelse vil være tilpasset lønnstrinn og personens betydning i jobben og representerer en ikke-verbal kommunikasjon. Hvordan man møblerer en stue eller et kontor kan fremme eller hindre en åpen kontakt og avslappet atmosfære. Det er lettere å få i gang en samtale dersom det ikke står et svært skrivebord mellom to personer, og en gruppesamtale kommer lettere i gang dersom deltakerne sitter i ring istedenfor bak hverandre. I Midt-Østen er det vanlig at de snakkende står svært nær hverandre og med ansiktene tett opp til hverandre slik at man kan kjenne spyttstruten og den annens dårlige ånde. I vår kulturkrets er det derimot vanlig med minst en armlengdes avstand, hvilket en egypter kanskje vil tolke som overlegenhet.

11) *Temporal* kommunikasjon er å bruke tiden til å formidle et budskap. I svært mange kulturer er det direkte uhøflig å møte opp presis til et møte, en avtale eller til et selskap. Presis oppmøte tolkes som forsøk på å overta kontrollen. I vår kulturkrets er det å være pre-

sis på minuttet en dyd. Tid er også varighet. Det betyr at hvor lenge et møte skal vare avhenger også av kultur. Ett minutts stillhet for å markere sorg eller minnes er et eksempel på hvordan tid brukes for å formidle et budskap. 12) *Lukte- og smakssansen* vår oppfatter *olfaktorisk* kommunikasjon. Bruk av godlukt i form av parfyme og deodoranter er kommunikasjon, og hvem husker ikke Solidox-reklamen som spør om det kan være dårlig ånde som forårsaker isolasjon. «Veien til mannens hjerte går gjennom magen» gjelder vel fortsatt på tross av likestilling og kvinnefrigjøring, og ordtakene uttrykker en bevisst holdning til hva slags impulser lukt og smak kan formidle. Men akk, det som lukter godt i Norge, er ikke god lukt i Kenya, og vellukt av hvitløk fra Pakistan verdsettes ikke av de fleste nordmenn.

Vi bruker svært sjelden ett system alene. Ett system vil kunne forsterke budskapet som formidles gjennom et annet system.

Det er imidlertid fullt mulig å forskjellige og til og med motstridende budskaper kan formidles via de ulike systemene samtidig. Det er dette som skaper misforståelser, og spesielt vil det lett kunne skje mellom folk fra ulike kulturer. Dersom det er to motsatte budskap som formidles gjennom to systemer, tenderer vi å feste størst lit til det signalsystemet som brukes minst bevisst, mener Smith (4).

I listen foran avtar bevissthetsgraden for bruk av systemene fra 1 til 12, og det betyr at troverdighetsgraden avtar samtidig fra 12 til 1.

Alle disse systemene har både rasjonelle og følelsesmessige vedheng til selve budskapet, men i ulik grad og med stor variasjon fra kultur til kultur.

Hva innebærer dette i praksis?

I en situasjon som innebærer interkulturell kommunikasjon er det nødvendig å være klar over at det er store kulturelle forskjeller med hensyn til hvordan disse 12 kommunikasjons- eller signalsystemene brukes. Det er ikke lurt å bruke kun sin egen referanseramme når man skal tolke de ikke-verbale signalene fra en person med annen kulturbakgrunn.

Førsteamanuensis Øyvind Dahl ved Misionshøgskolen i Stavanger skriver i sin bok (5) at verdensbilledimensjonen er en viktig bærebjelke når man skal bygge en bro over kulturkløften, dvs. skape meningsfull kommunikasjon.

Verdensbildet vårt er den virkelighetsoppfatning vi bekjenner oss til. Den brukes til å forme verdier og normer og til å forklare hensikten med vårt liv og vår tilværelse. Alle mennesker har et verdensbilde som bevisst eller ubevisst preger hele væremåten deres og ingen er «nøytrale» i forhold til dette. Vi har med andre ord på oss briller med ulike farger som gjør at verden omkring oss, mennesker og hendelser fortøner seg ulikt. Like-

vel er det slik at folk med samme kulturbakgrunn har noenlunde de samme fargenyanse-
ne på brillene sine.

Verdensbildet brukes som referanse og tolkingsnøkkel for alle inntrykk vi får, og alle råd vi får, og det former vår oppfatning av hva helse og sykdom er. Derfor er det viktig å være klar over verdensbilledimensjonen i et lege-pasient-forhold.

Det er mange leger og helsesøstre som har klødd seg i hodet når de ikke får gravide vietnamesiske kvinner til å gå over til et «sun-
nere kosthold», men får til svar at gravide skal spise «kjølig mat» og unngå «varm mat». Dette har sammenheng med verdens-
bildet deres hvor balansen mellom Yin og Yang er viktig å opprettholde ifølge kinesisk filosofi (konfusianisme) og taoistisk religion (6).

De som er vokst opp med et organistisk (i motsetning til mekanistisk eller naturviten-
skapelig) verdensbilde, som er vanlig i de fleste afrikanske kulturer, vil bære det med seg, uansett hvor mye utdanning eller påvirk-
ning fra andre kulturer de senere utsettes for. Derfor er det naturlig for dem å oppfatte syk-
dom som disharmoni i ånde verden som de selv, deres familie og deres forfedre er en del av (7).

Når en indianer fra Andesfjellene eller en nomade fra Mali ikke møter opp til avtalt tid kl 0815 på legekantoret, men kommer kl 0930, så er ikke det uttrykk for sløvhets eller mangel på respekt for legens knappe tid, men det betyr at personen fortsatt er preget av sin tidsoppfatning og ikke har vennet seg til en vestlig lineær tidsforståelse (8).

De fleste norske pasienter har et visst kjennskap til hvordan kroppen er bygd opp og fungerer, ut fra undervisningen i helselære på skolen og ikke minst gjennom god formidling av helsekunnskap via TV. Storpar-
ten av dem som kommer fra ikke-vestlige land, har meget dårlige kunnskaper og til dels primitive oppfatninger om kroppens oppbygning og funksjoner, om smittestoffer og sykdommer og ofte helt andre forventninger til hva legen kan og skal gjøre og hva medisiner, og spesielt injeksjoner kan utrette.

Konklusjon

Disse eksemplene på hvordan ulike signaler, forskjellige forventninger og ulike verdens-
bilder kan være barrierer for meningsfull kommunikasjon og kontakt mellom norsk helsepersonell og personer fra fremmede

kulturer, bør sensibilisere oss til å legge for-
holdene til rette for å oppnå kontakt og forståelse. Etter hvert som man blir kjent med ulike kulturer, vil man stadig oppdage nye forskjeller og få aha-opplevelser av hvorfor det så ofte går galt når norsk virkelighetsopp-
fatning fra Gudbrandsdalen blir gjort til uni-
versell tolkingsnøkkel.

Målet for enhver som flytter fra sitt eget land og sin egen kultur, må være at vedkom-
mende skal kunne bli så godt integrert i den nye kulturen at han eller hun kan være funk-
sjonsdyktig i den.

Det er ikke nødvendig for en ghaneser eller en iraner å bli assimilert i den norske ma-
joritetskulturen, men det er nødvendig at de innretter seg på en slik måte at de lever i over-
ensstemmelse med norske lover og med de norske skikker og normer som er nødvendige for at de skal kunne være funksjonsdyktige i det norske samfunnet.

For norsk helsepersonell som skal yte hel-
setjeneste for stadig flere mennesker som har en kulturbakgrunn helt ulik vår egen, gjelder følgende 10 bud om interkulturell kommuni-
kasjon:

1. Du skal være bevisst ditt eget verdigrunnlag.

Det er: Ditt verdigrunnlag er formet av din egen kulturbakgrunn og innvirker på dine valg i arbeid og fritid.

2. Du skal ikke innbille deg at du er verdime- ssig nøytral.

Det er: Norsk kulturbakgrunn er ikke andre overlegen, men du skal ikke være redd for å gi til kjenne hva du selv står for.

3. Du skal gi andre rett til å bruke sitt eget verdensbilde og sin egen sosiale referanseramme.

Det er: Alle må bruke sin egen referanseramme til å sortere og bedømme sine inntrykk. Likevel skal du legge vekt på å bygge bro over kulturkløften ved å være villig til å lære om andre kulturer og motta impulser som kan inkorporeres i din egen kultur.

4. Du skal ikke forutsette at mennesker fra andre kulturer kan like mye om kroppen som du.

Det er: Kjennskap til anatomi, fysiologi og mikrobiologi kan ofte være svært mangelfullt blant pasienter fra bl.a. utviklingsland.

5. Du skal huske at alle leser dine ikke-ver- bale signaler.

Det er: Dine og dine medarbeideres ikke-ver-
bale signaler blir observert, tolket og mistol-

ket, og de har ofte større troverdighet enn det dere sier med ord.

6. Du skal bruke tolk.

Det er: Dersom du ikke er helt sikker på at du og din pasient har et felles språk som begge behersker, er bruk av tolk helt nødvendig.

7. Du skal sette av nok tid til dine utenlandske pasienter.

Det er: Konsultasjonen tar lengre tid fordi dere skal bruke tolk og skal prøve å forstå hverandre ut fra forskjellig kulturelt ståsted.

8. Du skal finne ut hvilken rolleforventning din utenlandske pasient har til deg.

Det er: Legerollen og pasientrollen varierer fra kultur til kultur, og for å kunne opptre med empati og autoritet må du finne din rette rolle i forhold til pasienten.

9. Du skal stille krav til dine utenlandske pasienter og ikke opptre som snillist.

Det er: Undervurdering av andre kulturer gir seg utslag i snillistisk atferd overfor mennesker med annen kulturbakgrunn. Det er rasisme og må unngås.

10. Du skal huske at mennesker fra andre kulturer kan ha vansker med å forstå deg nettopp fordi du er norsk.

Det er: Det er ikke bare utlendingene som er sære.

Jeg takker Øyvind Dahl og Hans Petter Torvik for nyttige råd under arbeidet med denne prisopp-
gaven og Rolf Nordin som har laget tegningene.

Litteratur:

1. Fakta om flyktninger. 3. utg. Oslo: Utlendingsdirektoratet, 1990.
2. Flyktninger og asylsøkere – helseproblemer og medisinsk behandling. Helsedirektoratets temahefte 1–89. Oslo: Helsedirektoratet, 1989.
3. Austveg B. Helsearbeid og innvandrere. Oslo: Tano, 1989: 136–51.
4. Smith DK. Make haste slowly. Developing effective cross-cultural communication. Portland, Oregon: Institute for International Christian Communication, 1984.
5. Dahl Ø, Habert K. Møte mellom kulturer. Tverrkulturell kommunikasjon. Oslo: Universitetsforlaget, 1986: 79–109.
6. Religioner og kulturer – om skikker og tradisjoner. En veileder for helsepersonell. Helsedirektoratets veiledningsserie 1–89. Oslo: Helsedirektoratet, 1989.
7. Mbiti JS. African religions and philosophy. London: Heinemann, 1976.
8. Hetta ØM. Hvorfor våre behandlingsmetoder virker eller ikke virker. Psykiatri på tvers av kulturgrensene. Nord Psykiatr Tidsskr 1986; 40: 25–32.

○