



Masteroppgave i kulturmøte

Oppgavetittel: Sykepleieres erfaringer med religion og livssyn i psykiatrisk avdeling.

Studiepoeng: 60

Silje Kristine Kløvjan Ringstad.
November/2014.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en lang og krevende prosess. Det har vært mange ganger hvor jeg har vært i tvil om det noensinne kom til å bli et ferdig resultat. Likeledes har det vært motiverende å se hvordan arbeidet har utviklet seg. Jeg kan nå i etterkant se hvor mye kunnskap jeg har tilegnet meg, både om feltet jeg valgte å studere, og om forskningsprosessen.

I så måte er det mange som fortjener en takk for å ha bidratt til å gjøre denne prosessen mulig for meg. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til sykepleierne som har stilt opp som informanter. Deres ønske om å bidra ved å dele deres kunnskap og erfaring er uvurderlig. Denne studien hadde ikke vært mulig uten dere.

Jeg vil også rette en stor takk til min veileder Knut-Willy Sæther, som har gitt meg gode råd og konstruktiv veiledning underveis. Hans kunnskap og engasjement har motivert meg gjennom arbeidet.

En stor takk rettes også til kollegaer, venner og familie som har lyttet, vært gode samtalepartnere og vist interesse for prosjektet. Tilrettelegging i forhold til arbeidstider og støtte fra arbeidsgiver hadde jeg heller ikke kunne vært foruten. Sist, men ikke minst rettes en stor takk til mine aller nærmeste som har vist meg stor forståelse og tålmodighet i en til tider vanskelig prosess. Dere har alle vist omsorg, og dermed gjort veien så mye enklere å gå for meg.

Oslo, 22. november 2014
Silje K. K Ringstad

Sammendrag

Studiens hensikt er å få økt kunnskap om hvilke erfaringer sykepleiere har med religion og livssyn i psykiatrisk behandling. Fokuset vil være på deres møte med pasienter med annen religiøs og kulturell bakgrunn enn de selv. Dette møtet blir utforsket fra sykepleierens side. Økt kunnskap vil kunne bidra til økt fokus og forståelse på dette området. Ikke minst vil det kunne være med på å gi sykepleierne større trygghet i møtet med problemstillinger knyttet til dette temaet. Noe som igjen vil kunne føre til bedre ivaretagelse av pasientene. Bakgrunnen for å velge å skrive om dette temaet er mine egne erfaringer som sykepleier i en psykiatrisk avdeling. Her har jeg møtt mange utfordringer i forhold til kulturelle og religiøse aspekter. Jeg ønsker å belyse et lite beskrevet felt av sykepleien.

Metoden jeg har anvendt i studien, er en kvalitativ metode, hvor jeg har nyttet meg av semistrukturerte dybdeintervjuer av fem sykepleiere fra ulike psykiatriske sykehusavdelinger. Samtalene jeg hadde med sykepleierne dreiet seg i stor grad om deres arbeidshverdag, og hvordan de erfarer og håndterer møtet med mennesker med annen kulturell og religiøs bakgrunn. Intervjuene ble transkriberte, og deretter analysert. Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Analysen er gjort ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC). Ved hjelp av denne metoden, kom jeg frem til syv hovedtemaer: 1) Kultur, religion og livssyn. Begreper og refleksjoner sett i lys av disse. 2) Sykepleierens møte med pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn. 3) Betydningen av religion og livssyn for pasienten. 4) Utfordringer i møtet med pasienten 5) Kulturelle og religiøse forskjeller 6) Holdninger 7) Kunnskap og flerkulturell kompetanse. Disse temaene analyseres og diskuteres opp i mot relevant teori.

Funnene som ble gjort i oppgaven var blant annet at sykepleierne opplever det som et aktuelt tema, som man burde ha økt fokus på. De opplever at møtet med denne pasientgruppen kan være krevende, og at det krever noe tilrettelegging. Når det gjelder religion mener de at det er av stor betydning for mennesket, og at man derfor må inkludere det i behandlingen. På tross av dette tenker de at det kan være utfordrende å implementere dette aspektet i behandlingen. Dette begrunner de med at det har vært et tabu i historien til psykiatrien, og at mangel på kunnskap fører til usikkerhet.

Abstract

The purpose of this study is to gain knowledge of the experiences nurses have with religion and beliefs in psychiatric treatment. The study will focus on their interactions with patients from another religious or cultural background than their own. This contact will be evaluated from the nurses' perspective. Increased knowledge will contribute to an increased focus and improved understanding in this field. Another important and probable benefit for nurses is an increased level of confidence when facing issues related to this topic. This will subsequently contribute to improved service quality for the patients. My motives for choosing this topic are my own experiences as a nurse in a psychiatric ward. Here, I have faced many challenges related to cultural and religious differences. I wish to illuminate an area of nursing that is poorly described and researched.

My choice of methodology, when approaching this task, is qualitative. I made use of semi-structured in-depth interviews of five nurses from different psychiatric wards. The main themes in my conversations with these nurses were predominantly related to their daily work situations and their experience in interacting with people of another cultural or religious background. The interviews were transcribed and analyzed. The study is based on a phenomenological-hermeneutic approach. The analysis is done using systematic text condensation (STC). Using this method, I arrived at seven main topics: 1) Culture, religion and belief -concepts and reflections in light of these factors. 2) Nurse interactions with patients of different cultural and religious backgrounds. 3) The significance of the patients' religion and beliefs. 4) Challenges patient interactions 5) Cultural and religious differences 6) Attitudes 7) Knowledge and multicultural competence. These topics are analyzed and discussed in light of relevant theory.

The findings in this thesis include that the topic, in nurses' experiences, is both relevant and should be scrutinized to a greater degree. They feel that the encounter with this group of patients can be demanding and requires some adaptation. Concerning religion, they believe that it is of great importance for individuals, and thus should be included in their treatment. Despite this, they find it challenging to apply this theory to practice. They argue that this topic has been shrouded by a veil of taboo in the history of psychiatry, and the lack of knowledge results in insecurity.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| Forord..... | 2 |
| Sammendrag..... | 3 |
| Abstract..... | 4 |
| 1.0 Innledning..... | 7 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema..... | 7 |
| 1.2 Tema og problemstilling..... | 8 |
| 1.3 Avgrensing..... | 9 |
| 1.4 Oppgavens oppbygging..... | 10 |
| 2.0 Metode..... | 12 |
| 2.1 Vitenskapsteoretisk innfallsvinkel..... | 12 |
| 2.2 Planlegging av studien..... | 14 |
| 2.3 Det kvalitative forskningsintervjuet..... | 15 |
| 2.4 Valg av informanter..... | 16 |
| 2.5 Intervjuene..... | 18 |
| 2.6 Transkribering..... | 20 |
| 2.7 Dataanalysen..... | 21 |
| 2.8 Studiens gyldighet..... | 25 |
| 2.9 Etiske refleksjoner..... | 26 |
| 3.0 Kontekstuell bakgrunn og sentrale teorier..... | 29 |
| 3.1 Kultur, religion og livssyn i det norske samfunnet..... | 29 |
| 3.1.1 Kultur..... | 29 |
| 3.1.2 Religion og livssyn..... | 31 |
| 3.1.3 Innvandring..... | 32 |
| 3.1.4 Religion i Norge..... | 33 |
| 3.1.5 Rettigheter i forhold til religion og livssyn..... | 35 |
| 3.2 Helse og sykepleie..... | 37 |
| 3.2.1 Sykepleie og helse..... | 37 |
| 3.2.2 Psykisk sykdom..... | 38 |
| 3.2.3 Religion i psykiatrien..... | 39 |
| 4.0 Drøfting av funn..... | 42 |
| 4.1 Kultur, religion og livssyn..... | 42 |
| 4.1.1 ”Vi og de andre”..... | 50 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 4.1.2 | Det er ikke kulturer og religioner som møtes, men mennesker | 53 |
| 4.2 | Sykepleierens møte med pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn..... | 55 |
| 4.3 | Betydningen av religion og livssyn for pasienten i psykiatrisk avdeling | 58 |
| 4.4 | Generelle utfordringer i møte med pasienten | 63 |
| 4.4.1 | Når religion blir en utfordring | 64 |
| 4.4.2 | Faglige og personlige utfordringer | 68 |
| 4.5 | Religiøse og kulturelle forskjeller– Sykepleierens opplevelse av hva som er annerledes | 70 |
| 4.6 | Kulturelle hensyn, og hvordan tilrettelegge for religiøs praksis? | 79 |
| 4.7 | Holdninger i møtet med mennesker men annen kulturell og religiøs bakgrunn | 86 |
| 4.8 | Holdninger til religion i en psykiatrisk avdeling | 91 |
| 4.8.1 | Tabu rundt religion? - hvorfor er religion så vanskelig..... | 92 |
| 4.9 | Kunnskap og ”flerkulturell” kompetanse..... | 94 |
| 5.0 | Konklusjon | 103 |
| | Litteraturliste:..... | 106 |

Vedlegg 1

Vedlegg 2

Vedlegg 3

Vedlegg 4

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det norske samfunnet er under stadig endring. De siste årene har globalisering og innvandring medvirket til at Norge har blitt et stadig mer flerkulturelt samfunn. I følge statistisk sentralbyrå (SSB:2014) var det ved inngangen til 2014, 759 185 personer (14,9 %) som enten hadde innvandret selv, eller var født i Norge av innvandrerforeldre. Norge består derfor nå av mennesker med mange ulike kulturer, religioner og livssyn. Blant religionene som er representerte i befolkningen i Norge, er Islam, og muslimer den største minoriteten. Endringene som foregår i samfunnet vil også få innvirkninger på en rekke instanser, og deriblant også i stor grad helsevesenet. Likeverdige helsetjenester er et grunnleggende prinsipp i helsepolitikken i Norge. Helse og omsorgsdepartementet beskriver i *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle* (2013) at regjeringens mål er at alle skal ha likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, fødeland, etnisitet og den enkeltes livssituasjon. Likeledes står tros- og livssynsfriheten sentralt i internasjonale menneskerettighetskonvensjoner som Norge har sluttet seg til. I den offentlige debatten og i media er religion og livssyn et aktuelt tema. Fokuset er da ofte rettet mot Islam og muslimer.

Som sykepleier har jeg selv erfaringer fra møter mellom det norske helsevesenet og etniske minoriteter med annen religiøs bakgrunn enn Den norske kirke. Oppfatningen jeg selv sitter med, er at religion og religiøse spørsmål er utfordrende i kombinasjon med det psykiatriske fagfeltet. Religion og livssyn oppfattes av mange som noe uhandterlig, og mange uttrykker vansker med å forholde seg til problemstillinger knyttet til religion og livssynsspørsmål. I noen tilfeller dreier det seg også om at man møter pasienter hvor religion er knyttet direkte til sykdomsbildet og den psykiske tilstanden til pasienten. Eksempelvis kan dette være psykotiske pasienter med religiøse vrangforestillinger. Utfordringene kan da være å skille mellom hva som er symptomer på sykdom og hva som er en del av pasientens normale religiøse forhold.

Møtet med mennesker med andre kulturell og religiøs bakgrunn enn vår egen vil kunne være med på å påvirke oss som sykepleiere. Det vil kunne skape nye arbeidssituasjoner og nye utfordringer, men samtidig være med på å berike oss, både som mennesker og som profesjonelle. I behandlingen av pasienter er vi som sykepleiere i kontakt med pasienter daglig. Sykepleie skal bygge på respekten for menneskerettighetene. I følge ICNs etiske retningslinjer

for sykepleiere (1999), skal sykepleieren også i sitt arbeid søke å skape et miljø der menneskerettighetene og enkeltmenneskets, familiens og samfunnets verdier, skikker og tro respekteres. Det å kunne praktisere tro eller livssyn på sykehus er også en menneskerett. Likevel er det på de fleste sykehus i Norge bare prestetjenesten som legger til rette for dette (NOU 2013:1). Det har også de senere årene vært økende erkjennelse for betydningen av å ivareta pasienters religiøsitet og åndelige behov i behandling av psykiske lidelser. Dette er også vektlagt i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2006), som erkjenner at mennesket må sees både som kropp, sjel og ånd, og nødvendige hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov. Jeg har stor interesse for fagfeltet rundt minoritetshelse, og for meg er det interessant å øke kunnskapen om hvordan sykepleierne erfarer sin arbeidshverdag.

Masteroppgaven er en studie i kulturmøte, og denne studien dreier seg om møtet mellom den enkelte sykepleier og pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn. Det dreier seg også om møtet med pasienter med en religiøs tilhørighet som møter en psykiatrisk avdeling, som i utgangspunktet er verdinøytral.

1.2 Tema og problemstilling

Et overordnet tema i denne oppgaven er sykepleieres erfaringer med religion og livssyn i psykiatrisk avdeling. Dette ønsker jeg å gjøre i et kulturmøteperspektiv, og det vil være et fokus på møtet med pasienter med annen kulturell bakgrunn. En måte å forstå kultur på kan være ”de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn” (Magelssen 2009:15). Religion handler om å knytte sammen skriver Danbolt (2013). Videre er det et sentralt kjennetegn ved religion at mennesker kommer sammen og knytter seg til hverandre og til Gud. Kultur og religion er komplekse begreper og store kategorier. De vil derfor bli nærmere diskutert i kapittel 3.

Problemstillingen for studien blir derfor følgende:

Hvilke erfaringer har sykepleiere i en psykiatrisk avdeling i arbeidet med pasienter med annen religiøs og kulturell bakgrunn?

For å kunne svare på dette spørsmålet, ble problemstillingen konkretisert gjennom følgende forskningsspørsmål.

- Hvilke erfaringer har sykepleierne med å møte pasienter med annen religiøs og kulturell bakgrunn enn seg selv?
- Hvilke erfaringer har de i møte med pasienter med ulike religiøse behov?
- Hvilke holdninger finnes på arbeidsstedet til å la religion og livssyn være en del av behandlingsopplegget rundt pasienten?
- Opplever sykepleierne at de har tilstrekkelig kunnskap til å ivareta denne pasientgruppen på en god måte?

Temaet religion og livssyn i psykiatrisk behandling er aktuelt i dagens samfunn. Hensikten med å belyse kultur, religion og livssyn i sykepleiefaget, er å gi sykepleiere kunnskap og kompetanse til å møte pasienter med annen kulturell bakgrunn enn dem selv på en tilfredsstillende måte. Jeg ønsker derfor gjennom denne oppgaven å belyse at det finnes et kompetansebehov i norsk helsevesen når det gjelder kjennskap til ulike religiøse og kulturelle univers. I et samfunn som er preget av kulturelt mangfold, vil økt kunnskap på dette feltet gjøre sykepleierne bedre rustet til å ivareta pasienter inneliggende i psykiatriske avdelinger.

1.3 Avgrensning

Sykepleierne er i denne sammenheng ansatte i psykiatriske sykehusavdelinger som har pasienter til behandling over noe tid. Når jeg her velger å bruke uttrykket annen religiøs og kulturell bakgrunn, menes da en annen kulturell og religiøs bakgrunn enn den sykepleieren selv har. I dette tilfellet er det den norske kulturen hvor den kristne religionen har satt sitt preg. Det er likevel viktig for meg å presisere at den norske kulturen på ingen måte er en enkel og homogen størrelse. Er det noen forskjell på å jobbe med pasienter fra andre kulturer enn sin egen, og i så tilfelle; hva er ulikt og hvilke utfordringer ligger i dette arbeidet?

Oppgaven vil som sagt ha fokus på møtet med pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn. Jeg vil også komme til å bruke begrepene religion og livssyn om hverandre. Bakgrunnen for dette er at fokuset i studien retter seg i mot muslimske pasienter, og Islam blir betegnet både i litteraturen og av informantene, som en religion. Religion er samtidig en del av et livssyn. Aadnanes (sitert i; Danbolt mfl.2013) sier at vanligvis forbindes livssyn med menneskers forståelse av livet og døden, menneske og verden, og hva som er grunnleggende verdier. Livssyn er et begrep man i økende grad nytter seg av. Jeg kunne ha valgt å bruke dette

som et overordnet begrep, men valgte likevel å nytte meg av religionsbegrepet i problemstillingen, da dette assosieres lettes med islam og kristendom. Religionsbegrepets tilstedeværelse i kulturen er også av betydning.

I tillegg til møtet med muslimske pasienter, kommer jeg også mye inn på religion og livssyn generelt. Dette tenker jeg er av betydning da problemstillingene rundt religion og livssyn ofte dukker opp i møtet med etnisk norske pasienter også. Dette kan da være pasienter som tilhører Den norske kirke eller andre kristne trossamfunn. Utfordringene forsterkes likevel ofte i møte med det som oppleves som fremmed. Det er her møte med Islam, og muslimer kommer inn. For å kunne danne seg en forståelse for hvordan man kan handtere religion - og livssyns spørsmål i en psykiatrisk avdeling, har jeg gjennom oppgaven presentert noe forskning som er gjort på dette feltet. Studien min retter seg først og fremst inn imot hvordan mine informanter opplever sin hverdag. Derfor er også teorien jeg presenterer empirisk preget. Det er ikke mitt mål å gå dypt inn i kultur og religionsvitenskapelige teorier. For å sette mine empiriske funn i sammenheng med teorien velger jeg likevel og kort presentere teoretiske begreper og forhold rundt religion og kultur.

I denne studien har jeg ikke lagt vekt på diagnose hos pasientene i avdelingen. Fokuset ligger på sykepleierens rolle og opplevelse i relasjonen med pasientene. Kulturmøte er sentralt i oppgaven, og når jeg her snakker om kulturmøte er dette først og fremst en ”norsk” sykepleiers møte med en pasient tilhørende en annen kultur. Når det gjelder religion og livssyn, har jeg valgt å ha hovedfokus på pasienter med muslimsk bakgrunn. Bakgrunnen for dette er at islam er den største minoritetsreligionen i Norge, samtidig som det er mye oppmerksomhet rundt islam og muslimer fra medias side. Jeg søker derfor å finne ut av sykepleiernes opplevelse fra pasientmøter hvor religion og livssyn er et aktuelt tema.

1.4 Oppgavens oppbygging

Videre i kapittel 2 vil jeg redegjør for hvilken forskningsmetode jeg har valgt for å løse oppgaven. Jeg vil også grundig forklare hvordan jeg har arbeidet for å komme frem til empirien som studien baserer seg på. Dette inkluderer arbeidet med å finne informanter, og hvordan intervju og analyse prosessen har pågått.

Bevisst har jeg valgt å nytte kapittel 3 til å gi et innblikk i det jeg mener er konteksten for oppgaven. Her presenterer jeg teorier rundt kultur, religion og livssyn, og hvilken rolle det har i det norske samfunnet. Videre kommer jeg kort inn på hva sykepleie er, og hvordan religion og livssyn kan ha betydning for helse og sykdom. Dette er et kapittel hvor det presenteres teori og annen forskning, og det er ment for å gi leseren innblikk og en forståelse for det jeg presenterer og analyserer videre i kapittel 4.

I kapittel 4 presenteres funnene fra analysen av intervjuene. Her har jeg gjennom analysen kommet frem til syv hovedtema. Hvert hovedtema presenteres og diskuteres opp mot relevant teori. Jeg vil også komme til å ta inn annen teori enn det som ble presentert i kapittel 3. Det har ikke vært naturlig for meg å presentere teorien for seg, så funnene og deretter å drøfte dette. Jeg har derfor valgt å presentere mine funn, tema for tema og drøfte disse fortløpende i lys av hvordan informantene opplever og beskriver sine erfaringer. Forskningsspørsmålene jeg stilte, har gitt meg ulike funn. Dette har videre ført til at det ikke er noen lik fordeling av funn og teori rundt hvert enkelt emne. Når det kommer til data og utsagn fra informantene, har jeg tatt med erfaringer beskrevet av alle fem, men det presenteres ulikt gjennom kapittel 4. Dette fordeles gjennom sammendrag beskrevet av meg, mens der hvor jeg har funnet gode og utdypende utsagn, har jeg sitert informanten direkte.

Avslutningsvis presenterer jeg i kapittel 5.0 en oppsummering av funnene gjort gjennom analysen.

2.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for metoden som jeg har valgt å bruke i oppgaven. Her vil jeg beskrive min fremgangsmåte for å komme frem til et svar på problemstillingen, og gjøre rede for hvilke metode jeg valgte for å kunne utføre dette. Dette inkluderer også innsamlingsteknikk, analyseform og valg av informanter. Jeg vil også forsøke å belyse etiske problemstillinger. Da intensjonen med oppgaven var å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har med å arbeide med pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn, var det naturlig for meg å velge å bruke kvalitativ metode. Altså sosiale fenomener som sees i lys av sykepleiernes egne opplevelser. Dette er data som verken kan tallfestes eller generaliseres. Dette henger også sammen med min egen interesse og bakgrunn fra psykiatrien, hvor samtalen er en viktig redskap i behandlingen og for innhenting av opplysninger. Samtalen er også utgangspunktet for det kvalitative forskningsintervjuet (Sykepleien Forskning 2010:5).

For å sikre validitet, er det i kvalitative studier store krav til at man beskriver hele forskningsprosessen. I dette kapittelet vil jeg forklare hensikten og fremgangsmåten for studien.

2.1 Vitenskapsteoretisk innfallsvinkel

Temaet jeg har valgt å belyse handler om et ønske om å søke dybdekunnskap om hvilke erfaringer sykepleiere har med tro og livssyn i psykiatriske avdelinger, og da med fokus på pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn. Valg av vitenskapsteoretisk innfallsvinkel er viktig for å belyse hvilke fundamentale ontologiske og epistemologiske antakelser som ligger til grunn i en studie, og gir derfor føringer for valg av design og metode (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne studien har vært inspirert av en fenomenologisk og hermeneutisk innfallsvinkel. Slik jeg forstår retningene utfyller de hverandre i hvordan mennesker erfarer fenomener og hvordan de blir fortolket. Oppmerksomheten rettes mot å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes perspektiv og mot hva som er grunnlaget for vår forståelse. Fenomenologi er en erfaringsorientert tradisjon som konsentrerer seg om hvordan verden oppfattes av subjektet, og ikke hvordan verden oppfattes uavhengig av hvem som erfarer den (Thornquist, 2003). Subjektivitet blir ansett som en forutsetning for forståelse og gyldig kunnskap (Malterud, 2003; Thornquist, 2003), og et sentralt begrep her er ”livsverden”. Vi lever vårt daglige liv i denne livsverdenen, som kan oppfattes på forskjellige måter avhengig av

våre perspektiver (Kaiser, 2000). Fenomenologien legger vekt på erfaringsnære og fylldige beskrivelser satt i forbindelse med kontekst (Thornquist, 2003).

Hermeneutikk kan forstås både som en metode og som en grunnleggende menneskelig refleksjon knyttet til skillet mellom forklarende og forstående vitenskaper (Dalland, 2007 Nortvedt & Grimen, 2004). Vi møter våre omgivelser med egne fortolkninger og forutinntattheter som er med på å skape våre inntrykk, noe hermeneutikken er opptatt av. Disse fortolkningene og forutinntatthetene er noe vi har med oss i enhver tolkningsprosess, og for å forstå helheten av det som tolkes må delene belyses i grad av helheten, og omvendt (Dalland, 2007). Dette kalles den ”hermeneutiske sirkel”, og betyr i prinsippet at det kan jobbes med fortolkningsprosessen i det uendelige (Dalland 2007). Derimot må det på et tidspunkt settes strek med den erkjennelsen av at det alltid vil finnes aspekter ved fenomenene som ikke blir presentert. Geertz`bok fra 1973, *The Interpretation of Cultures* (i; Thagaard 2009), har hatt stor betydning innenfor fortolkende tilnæringer. Han fremhever at kvalitative tekster skal inneholde ”thick descriptions” – tykke beskrivelser. Dette vil si at jeg gjennom teksten, ikke bare skal beskrive, men også skal tolke de fenomenene jeg presenterer.

I en postmoderne tenkning blir oppfatninger av virkeligheten også ansett som en sosial konstruksjon, og i det kvalitative intervjuet anses kunnskapsproduksjonen som en konstruksjon mellom forsker og informant (Kvale & Brinkmann, 2009). Den postmoderne forståelsen av det kvalitative intervju som kunnskapsproduksjon mellom forsker og informant, samt den fenomenologiske og hermeneutiske innfallsvinkelen gjorde meg oppmerksom på å være bevisst og arbeide med egen forforståelse gjennom hele forskningsprosessen. I samsvar med det fenomenologiske perspektivet har det vært viktig for meg aktivt å arbeide for å legge bort min egen forforståelse og min egen teoretiske referanseramme. Malterud (2003) skriver at dette er en forutsetning for at jeg kan stille meg åpen for de inntrykk som materialet vil kunne formidle til meg. Det er viktig å kunne høre informantenes stemme. Bevisstheten rundt dette har vært viktig, og til tider har det vært en utfordring å legge egne erfaringer og kunnskaper til side. Men for å oppnå ny kunnskap har det vært en nødvendighet. Dette har hjulpet meg til ikke å styre samtaler inn på tema som ikke fremmet ny kunnskap, og som bare bekreftet egne tanker, holdninger, kunnskap og erfaringer. Da må jeg også legge bort det jeg tror jeg vet om disse sykepleiernes erfaringer med religion i psykiatriske avdelinger.

Troverdigheten og overførbarheten av forskningsresultatene er avhengig av at man eksplisitt redegjør for fremgangsmåter både under datainnsamling, analyse og hvordan resultatene tolkes (Thagaard, 2009). Jeg vil derfor gi en påfølgende redegjørelse for min gjennomføring av studien.

2.2 Planlegging av studien

Første steg i studien var å sørge for at prosjektet ble godkjent av de rette offentlige instanser. Siden jeg behandler indirekte personopplysninger i studien min, var prosjektet meldepliktig etter personopplysningsloven. Jeg søkte derfor Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om tillatelse til å sette i gang arbeidet og fikk godkjenning fra dem i februar 2013.

Siden jeg i utgangspunktet hadde lite kunnskap om kultur og religion i psykiatriske avdelinger gjorde jeg et grundig litteratursøk. Dette er viktig å gjøre før arbeidet med den empiriske delen kan settes i gang. Ifølge Kvale (2001, s. 53) er det viktig med «en begrepsmessig og teoretisk forståelse av fenomenene som skal undersøkes, for å skape et grunnlag for tilførelse og integrasjon av ny kunnskap». Dette er nødvendig for at jeg skal kunne stille de viktige og rette spørsmålene. Det blir likevel nødvendig å fortsette litteraturarbeidet etter dataanalysen. Det ble da nødvendig å finne litteratur som kunne supplere den litteraturen jeg allerede hadde lest og underbygge de dataene jeg etter hvert satt med.

Vitenskapelig kunnskap skal komme fra systematisk og kritisk refleksjon. Data, funn og konklusjoner skal stå i en større sammenheng, som forskeren har forholdt seg til, og tatt stilling til. Forskeren skal ha gått med et åpent sinn gjennom alle ledd i forskningsprosessen, forberedt på å lete aktivt etter data som eventuelt kan rokke på meninger og erfaringer som forskeren hadde med seg på forhånd (Malterud 2003).

Litteraturen jeg har funnet har i stor grad vært rettet inn mot sykepleie i et flerkulturelt perspektiv. Det er lite litteratur som fokuserer på sykepleieres erfaringer med religion og livssyn i psykiatrien. Jeg har nyttet meg av litteratur i sykepleie, psykiatri, religionspsykologi, og en rekke bøker som omhandler det «flerkulturelle Norge».

2.3 Det kvalitative forskningsintervjuet

For å belyse problemstillingen kommer jeg i studien til å benytte meg av kvalitativ metode. Kvalitative tilnærminger velges ofte når målet er å utvikle ny kunnskap – ikke reproducere forståelser vi allerede har. Da det er lite forskning på sykepleieres erfaringer med religion i psykiatriske avdelinger, var det derfor ut i fra problemstillingen naturlig for meg å velge denne metoden for å kunne utforske dette temaet.

”Kvalitativ metode brukes til å vinne større forståelse omkring fenomener, så som sosiale relasjoner, opplevelser, meninger og oppfatninger. De uttrykkes i brede beskrivelser av kvaliteter” (Aadland: 2004:213). Malterud (2003) beskriver dette som ”å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innen deres naturlige sammenheng”. Det er også dette som er mitt mål med studien, nemlig å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere har fra møtet med religion i psykiatriske avdelinger, altså sosiale fenomener som sees i lys av sykepleierens egne opplevelser. Jeg vil bruke kvalitativ metode for å få vite mer om de menneskelige egenskapene som erfaring, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Dette kan videre føre til at man oppnår økt forståelse for hvorfor mennesker gjør som de gjør. Materialet man får fra kvalitative metoder har som regel utgangspunkt i samtaler eller observasjoner som omsettes i tekst, i motsetning til kvantitative metoder som bygger på numeriske data (Malterud 2003).

Inspirert av hermeneutisk/fenomenologisk vitenskapsteori benytter jeg meg av semi-strukturerte forskningsintervju som utgangspunkt for datainnsamlingen. Ut i fra det hermeneutiske forskningsprinsippet vil jeg da forsøke å forstå/fortolke en handling eller et fenomen ved å knytte det til en hensikt. Dette handler om å trenge inn i andres opplevelsesverden- og fortolke denne. I forhold til naturvitenskapene er dette forskjellig da man ikke kan etterprøve eller kontrollere forskningsresultatene på samme måte (Garsjø 2001).

Som tidligere nevnt er samtalen utgangspunkt for det kvalitative forskningsintervjuet. Gjennom denne samtalen vil det kvalitative forskningsintervjuet søke å forstå verden sett fra intervjupersonens side. Målet vil være å få frem betydningen av sykepleierens erfaringer og å avdekke deres opplevelser, forut for vitenskapelige forklaringer. Forskningsintervjuet bygger på dagliglivets samtaler og er en profesjonell samtale. Det er et intervju hvor det konstrueres kunnskap i samspill mellom intervjueren og den intervjuede. (Malterud 2009)

For å få frem så konkrete og rike beskrivelser som mulig fra informantene, var det viktig at intervjuguiden ikke ble for strukturert og detaljert. På denne måten åpnet jeg også opp for nye tema som kunne belyse problemstillingen. Dette krevde at jeg utarbeidet en intervjuguide som var fleksibel, men samtidig hadde overordnede temaer som gjorde at jeg kunne komme frem til data som ville belyse problemstillingen min på en god måte.

Det er mulig at for å komme frem til det beste resultatet, og for å gjøre de beste funnene, burde materialet bestå både av intervjuer og observasjoner. På denne måten ville jeg kunne finne ut hvordan samhandlingen foregår og jeg ville kunne sammenligne de ulike situasjonene. Dermed kunne jeg danne meg et bilde og eventuelt se om det er noe mønster i måten man opptrer i ovenfor de ulike pasientene. Dette kunne eventuelt være fokusgruppe intervjuer i en diskursanalyse, for å se hvordan man snakker «sammen» i forhold til hvordan de snakker med meg som utenforstående forsker. Likevel ville denne metoden være problematisk i terapi sammenheng. Jeg hadde da vært nødt til å forholde meg til enda et moment som kunne skapt utfordringer, nemlig pasientene, og deres ulike diagnoser. I tillegg ville det kunne være problematisk å skulle være en observatør i en situasjon hvor omgivelsene rundt spiller en stor rolle for terapien som foregår.

2.4 Valg av informanter

Datamaterialet er min kilde til svar på de spørsmålene jeg stiller i problemstillingen. Det er utvalget av informanter som bestemmer hva jeg har grunnlag for å si noe om. Jeg gjorde et strategisk utvalg av informanter. Thagaard (2009) beskriver dette som å velge informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingens teoretiske perspektiver. Jeg har valgt å bruke informanter fra ulike psykiatriske avdelinger i Oslo hvor inntaksområdet er bydeler med høyere andel ikke etniske nordmenn enn andre bydeler. På bakgrunn av dette gikk jeg ut ifra at de hadde erfaring i å møte pasienter tilhørende andre religioner og med andre livssyn enn Den norske kirke. Dette tenker jeg var viktig for at informantene skulle ha relevante erfaringer med temaet for studien.

Videre ønsket jeg at avdelingene hvor jeg søkte etter informanter skulle behandle pasienter over noe tid. Inklusjonskriteriene var videre sykepleiere med minimum to års erfaring fra psykiatrisk avdeling. Da jeg så det som betydningsfullt med tanke på problemstillingen, var

også kulturell og religiøs bakgrunn et av inklusjonskriteriene i utvalget av informanter. Det var en forutsetning at sykepleieren skulle være etnisk norsk, og oppvokst i Norge. Likevel er det viktig å presisere at dette absolutt ikke gjør informantene til noen homogen gruppe. Da oppgavens omfang er relativt lite, og med få informanter er det desto viktigere for resultatet at dataene som kommer ut av intervjuene er godt. Og det er med bakgrunn i dette jeg har foretatt grundige vurderinger av hvilke egenskaper informantene skal ha. Disse kjennetegnene som informantene innehar påvirker mine tolkninger og funn, og jeg ønsket i størst mulig grad å sikre meg å finne informanter med de erfaringene som var nødvendige for å gi meg tilstrekkelig med adekvat data for å belyse min problemstilling.

Ønsket med studiet er selvfølgelig også at det skal være overførbart til flere og andre sammenhenger enn hvor jeg har hentet det fra. Malterud (2003) skriver at siktemålet med kvalitative studier ikke er at resultatet mekanisk skal kunne overføres til et bestemt populasjonsnivå, men at vi skal kunne an vise betingelser, muligheter og begrensninger for hvor våre beskrivelser, begreper eller modeller har gyldighet. Hun skriver også at informasjonsrikdom er et mer adekvat kriterium for et godt utvalg informanter enn representativitet (Malterud 2003). Strategisk utvalg av informanter kan også føre til at jeg legger for store føringer for hvilke stemmer jeg vil høre under intervjuene, og at bredden ikke blir stor nok. Om dette blir tilfellet vil man kunne sette validiteten under tvil.

Etter å ha fått godkjenning fra NSD sendte jeg skriftlig henvendelser til psykiatriske avdelinger ved to ulike sykehus i Oslo. Jeg ønsket i utgangspunktet sykepleiere fra ulike avdelinger for å oppnå en bredde i erfaringer. Intervjuskrevet ble sendt til avdelingsledere ved avdelingene, og inneholdt en kort presentasjon av studiet. Da jeg fikk tilbakemelding bare fra en avdeling, forsøkte jeg å oppnå telefonisk kontakt med flere avdelinger. Fra den ene avdelingen fikk jeg da negativ tilbakemelding, grunnet stor pågang av studenter som ønsker å gjøre intervju. Den andre avdelingen fikk jeg aldri noe svar fra, på tross av beskjed om å kontakte meg. Dette resulterte i at mine tre første informanter kommer fra samme avdeling. Ved denne avdelingen, var imidlertid sykepleierne svært positive og velvillige til å delta i studiet. Dette begrunnet de blant annet med at de ønsket å bidra til forskning på det aktuelle temaet. En annen årsak var at de selv er i gang med utdanning som krever at de møter velvilje av ulike personer for å få utført studiet. Jeg gjorde da fortløpende intervjuer med de som ønsket å delta. Da det likevel viste seg å bli vanskelig å rekruttere nok informanter fra denne avdelingen, ble jeg nødt til å forsøke å

finne andre informanter, og gjorde det blant annet ved hjelp av snøball metoden. Jeg tok kontakt med en bekjent, som videre satte meg i kontakt med andre av sine kollegaer.

Når det gjelder antall informanter var målet å forsøke å vurdere dette i forhold til et metningspunkt. Malterud (2003) anbefaler denne forskningsstrategien hvor man sikrer et optimalt antall informanter med trinnvis rekruttering slik at det oppnås ”metning”. Når studier av flere enheter ikke synes å gi ytterligere forståelse av de fenomenene som studeres, kan utvalget betraktes som tilstrekkelig stort. Thagaard (2009) skriver at en retningslinje for kvalitative utvalg er at antall informanter ikke bør være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser. Det som også påvirket mine valg i forhold til informanter, var tid til rådighet og oppgavens omfang. Jeg anså det som mulig å gjennomføre åtte intervjuer, men underveis vurdere om ”metning” i materialet oppnås. Da jeg hadde gjennomført fem intervjuer mente jeg at jeg var i ferd med å få en ”metning” i materialet.

2.5 Intervjuene

For å gjøre intervjuprosessen så enkel som mulig for mine informanter, utførte jeg intervjuene på informantenes arbeidssted i løpet av våren og høsten 2013. Det ble forsøkt å finne egnede rom, og varigheten på intervjuene var omtrent 60 minutter. Vi opplevde imidlertid et par ganger å bli avbrutt under intervjuet, noe som kan ha påvirket intervjusituasjonen. Før jeg startet intervjuet, gikk jeg gjennom informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen med informanten. Skriftlig samtykke ble deretter innhentet. Her fikk de blant annet informasjon om konfidensialitet og muligheten til å trekke seg fra intervjusituasjonen når som helst. De fikk også informasjon om hvordan intervjuet ville foregå, og at de måtte stille spørsmål underveis om det var noe de lurte på.

Da jeg møtte utfordringer i å finne avdelinger som var villige til å stille med informanter, fryktet jeg også at jeg ikke ville ha god nok tilgang til nok informanter. Derfor ønsket jeg ikke å bruke de informantene jeg hadde til å utføre prøveintervju. Jeg forsøkte likevel å teste mine spørsmål på kolleger, men så at det var vanskelig da de ikke hadde nok relevant erfaring til å svare. Jeg var derfor påpasselig under intervjuet med å være åpen og ydmyk i forhold til spørsmålene jeg stilte mine informanter. Dette er også viktig for å skape en god relasjon til informanten. Som Kvale og Brinkman (2009) skriver er de første minuttene av et intervju

avgjørende. Det skapes god kontakt ved å lytte oppmerksomt og vise interesse, forståelse og respekt for det informantene sier, og ved at jeg som intervjuer er avslappet og klar over hva jeg vil vite.

På tross av god teoretisk forkunnskap om hvordan jeg skulle utføre det kvalitative forskningsintervjuet oppdaget jeg raskt at det ikke er noen enkel kunst å utføre et godt intervju. Her oppdaget jeg også viktigheten av å utføre prøveintervju. Spørsmålene som jeg selv forstod så godt, var ikke alltid like enkle å forstå for informantene. Likeledes oppdaget jeg utfordringene med og underveis skulle tolke hva som ble sagt, for deretter å vite hvilke svar jeg skulle følge videre opp, og hvor jeg for eksempel skulle komme med kritiske spørsmål. Det krever gode kunnskaper om intervjutemaet. Ferdigheter i å gjøre gode intervju er også viktig for den kunnskapen som skal produseres sosialt i relasjonen mellom meg og informantene. Dette krever at jeg som stiller spørsmålene gjør gode personlige vurderinger med tanke på hvordan spørsmålene stilles. Jeg hadde også lagt mye vekt i intervjuguiden på å ikke stille ledende spørsmål, og jeg forsøkte å være forsiktig med begrepene jeg brukte for å få informantene selv til å presentere begreper som er naturlige for dem å ta i bruk. Dette så jeg også skapte noen vanskelig situasjoner for meg da noen av spørsmålene ble uklare og vanskelige å forstå.

I intervjuene og i arbeidet med å fullføre oppgaven har jeg arbeidet mye med å finne passende begreper for oppgavens mål og hensikt. Dette har vært utfordrende. I samtalen rundt innvandring og mennesker med annen etnisk og kulturell bakgrunn er det mange problematiske og lite politisk korrekte begreper. Jeg forsøker derfor å reflektere rundt de begrepene som jeg tenker er riktig å bruke i min oppgave. For å finne ut av hvilke begreper som var naturlige for mine informanter å bruke, forsøkte jeg å unngå å gjenta de samme begrepene flere ganger, og heller la dem presentere sine egne begreper for meg. For å få i gang samtalen og for å kunne stille dem spørsmål, ble jeg likevel nødt til å introdusere dem for noen begreper. I informasjonsskrivet som ble sendt ut til avdelingene måtte jeg også forklare kort hva prosjektet gikk ut på, så jeg hadde allerede lagt føringer for hvilke begreper som ble brukt. Gjennom samtalene vi hadde i intervjuene viste det seg også at de i stor grad tok i bruk disse begrepene. Utover i samtalen snakket de derimot friere, og ble komfortable nok til å kunne ta i bruk egne uttrykk og begrep.

Det ble klart for meg at det å bruke intervju som redskap krever både at man har kunnskap om intervjueteknikker og følsomhet for hva som kommer frem i samtalen mellom meg og informanten. Følsomheten innebærer at man må søke å forstå hva informanten mener, om man skal gå videre i det man snakker om eller stoppe opp. Informanten må også få følelsen av å bli tatt på alvor underveis (Kvale og Brinkman 2009). Noe som imidlertid gav meg motivasjon til å fortsette arbeidet, var fremgangen jeg så i mine egne prestasjoner i å utføre intervjuene og at hvert enkelt intervju gav god læring til det neste intervjuet. Intervjusituasjonene gav meg også innsikt i informantens livsverden, noe som skapte et stort engasjement for arbeidet.

Når bandopptaker var slått av, gav jeg informantene mulighet til å kommentere hvordan de opplevde intervjusituasjonen. Noen hadde lite kommentarer til meg i etterkant, og mente de hadde fortalt det som var aktuelt. Andre ble sittende for å prate om temaet i etterkant. Jeg opplevde også at i det jeg slo av båndopptakeren, kom det frem opplysninger som var av mer personlig art. Intervjusituasjonene skapte en god samtale og fortrolighet mellom meg og hver enkelt informant, likevel la jeg til merke at båndopptakeren så ut til å være en barriere for å kunne snakke åpent om svært personlige tema. Før jeg avsluttet brukte jeg også noe tid til å kontrollere at lyd kvaliteten var god nok, og til å notere ned umiddelbare tanker rundt intervjuet før jeg tok fatt på neste intervju.

2.6 Transkribering

Grunnet studiets omfang og ressurser, har jeg transkribert alle intervjuene selv. Dette har ført til at jeg under transkriberingen husket intervjusituasjonene, og kunne gjøre meg notater underveis. Jeg var også i stand til å vite hva som var omstendighetene rundt det som ble sagt, og kunne derfor ha en større og mer helhetlig forståelse rundt teksten som kom ut av intervjuene. Transkriberingen ble starten på den analytiske prosessen.

Selv om transkriberingen av intervjuene er et omfattende og svært tidkrevende arbeid, var dette noe av det som virkelig lærte meg mye gjennom arbeidet med denne studien. Jeg fikk på nytt anledning til å gå igjennom intervjuene, og startet så smått å plassere tema og utsagn på ulike hyller i hodet. Transkriberingen gjorde meg også bevisst på hvordan intervjusituasjonen hadde vært, og gav meg rikelig lærdom om hvordan jeg skulle forbedre teknikkene til neste intervju.

Transkriberingen er et arbeid som abstraherer og fikserer samtalen mellom meg og informanten i skriftlig form. Intervjuet er et dirkete og sosialt samspill hvor stemmeleie og kroppsspråk fremtrer umiddelbart for meg som intervjuer. For den som leser transkripsjonen utenfor denne konteksten er dette ikke mulig (Malterud 2003). Det finnes ulike metoder å transkribere på, og før jeg satte i gang ble jeg nødt til å finne ut av hva som var nyttig for min studie.

Jeg valgte å bruke en metode hvor jeg oversatte tilnærmet ordrett hva som ble sagt, men samtidig bevarte det jeg tolket var meningsinnholdet i det som ble sagt. Konsekvensen av dette er at jeg ikke har skrevet ned ordlyder som eh.. hm.. alle steder. Likevel er det noen steder viktig å få med dette. Ved noen tilfeller har jeg notert til teksten i parentes om informanten uttrykker noe nonverbalt som jeg tenker er av betydning. Dette kan være ulike gester, bevegelse, latter og så videre. Jeg har heller ikke tatt med alle gjentakelser, hvor jeg har vurdert at de ikke har betydning for innholdet som forsøkes formidles. Dette har jeg gjort fordi ordrett transkribert muntlig språk kan fremstå som usammenhengende og forvirrende tale. Hvor dette ikke er min opplevelse av samtalen, har jeg heller ikke tatt det med. Jeg har ikke transkribert på dialektene som informantene snakket. All bearbeiding av materialet og data fra informantene vil være preget av meg og min egen forståelse av arbeidet.

2.7 Dataanalysen

Målet med analysen er som kjent å komme frem til beskrivelser av sykepleieres erfaringer med pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn. Malterud (2003) skriver at en gjennomarbeidet og veldokumentert analyse er det som skiller den vitenskapelige tilnærmingen fra overfladisk ”syensing”. Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet.

På tross av noen problemer med å få informanter underveis i prosessen, mener jeg at det var tilstrekkelig med de 5 intervjuene jeg gjorde. Dette har gitt meg et rikt datamateriale, selv om mengden informasjon som kom ut av samtalene varierte fra intervju til intervju. De forteller i noen tilfeller mye av det samme, og andre ganger er det motsetninger i det de forteller meg. Dette har gitt meg et godt grunnlag for tolkningen av intervjudataene.

Som nevnt i punkt 2.1 er studien både preget av hermeneutikken og fenomenologien ved beskrivelser av informantenes livsverden og fortolkningen av fenomenene. Analysen følger ikke slavisk noen analysemodell, og jeg har underveis gjort meg ulike erfaringer som har ført meg frem til det endelige resultatet. Inspirasjon for analyse og tolkninger har jeg funnet både i teoriene til Kvale og Brinkmann (2009), Malterud (2003) og hos Thagaard (2009). Fremgangsmåten er likevel i hovedsak inspirert av Malteruds (2003, s 99) modifiserte ”systematisk tekstkondensering” (STC), som er inspirert av Giorgi. Denne er basert på en fenomenologisk filosofi. Strategien for analysen ligger også nært en datastyrt analyse, også kalt ”editing analysis style”, hvor jeg har identifisert enheter i teksten som videre danner grunnlaget for utvikling av databaserte kategorier. Giorgi (sitert i; Malterud 2003) sier at formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innen et bestemt felt. Denne analysen gjennomføres i fire trinn, hvor stikkordene er 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholde i de enkelte meningsbærende enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette. Jeg vil nå beskrive denne prosessen nærmere.

I samsvar med STC gjorde jeg meg kjent med materialet ved å lese alle intervjuene i sin helhet og dannet meg således et helhetsinntrykk. Dette helhetsinntrykket gjorde meg kjent med hvilke erfaringer akkurat disse fem sykepleierne hadde. Grundig gjennomgang av transkriberte intervju gjorde at det var nå enklere for meg å se etter felles temaer som representerte alle informantenes erfaringer. Disse temaene som jeg i starten kom frem til, ble ikke utviklet som følge av systematisk refleksjon, men representerte et første intuitivt og databasert steg i organiseringen av materialet. Stikkord for disse temaene var blant annet ”nettverk”, ”utfordringer”, ”skam”, ”kommunikasjon” og ”kunnskap”.

Når alt datamaterialet var gjennomgått, kunne jeg oppsummere mine egne inntrykk, og jeg kunne starte arbeidet med trinn 2 i analysen. Da ble den delen av materialet som skulle studeres nærmere organisert. I henhold til Giorgis beskrivelse metode innebærer dette hele teksten. Malteruds (2003) anser ikke hele teksten som meningsbærende. Dette er også den fremgangsmåten jeg har fulgt. Relevant tekst ble skilt fra irrelevant tekst, og meningsbærende enheter ble identifisert. Jeg valgte da ut tekst som jeg mente var kunnskapsbærende om temaene fra første trinn. Samtidig som disse meningsbærende enhetene ble merket i teksten, startet jeg arbeidet med å systematisere dem, også kalt koding. Dette kodingarbeidet hadde som

hensikt å fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enhetene i teksten som hadde sammenheng med temaene. Jeg ble derfor nødt til å samle meg om et begrenset antall tema. Med disse temaene som mål, ble tekststykker merket med en kode, som gjorde at tekstbitene fikk fellesnevner.

Neste trinn i analysen er abstrahering av kunnskapen som kodegruppene representerer. Her så jeg også at jeg under enkelte koder fant få meningsbærende enheter. Dette måtte jeg da vurdere om det tilhører under en annen kode, eller ikke regnes som meningsbærende enhet. Jeg startet da med en og en kodegruppe, og kunne se at de fleste gruppene omfattet mange ulike nyanser som beskrev forskjellige meningsaspekter.

I analysens fjerde og siste trinn forsøkte jeg å sette bitene sammen igjen. Dette kaller Malterud (2003) rekontekstualisere. Jeg forsøkte da å sammenfatte det jeg fant, i form av gjenfortellinger som videre forsøker å gjøre om til nye beskrivelser eller begreper. Det er her viktig å være lojal mot informantene, og i motsetning til de foregående trinnene i analysen, vurderte jeg nå hvorvidt resultatene fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen som de opprinnelig var hentet ut i fra.

På neste side kommer en modell som illustrerer hvordan jeg har gått frem i analyseprosessen. Trinn 4, rekontekstualiseringen, er ikke med i denne modellen. Denne delen er derimot det som presenteres i kapittel 4.

| Tema: | Meningsbærende tekst (utdrag fra et eksempel) | Kondensering; meningsbærende enhet: |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Åndelighet • <u>Hva er religion</u> • Religiøst betinget • Ikke religiøs basis • Kulturell identitet | <p>Jeg tenker at <u>religion</u> er det å ha en ikke synlig, ikke materiell kraft utenfor seg selv. Inne n de enkelte religionene har man en troslære, gjerne ritualer man gjør sammen.</p> | <p>1. Kultur, <u>religion</u> og livssyn</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • <u>Svært aktuelt tema</u> • Ulike mennesker med ulik bakgrunn • Viktig for pasienten • Å se hele mennesket • Forskning på religion/livssyn og helse • Ufordringer • Hva er sykdom/ hva er religion | <p>Vi har masse <u>erfaring med å møte mennesker med annen kulturell og religiøs bakgrunn</u>. Det er <u>et svært aktuelt og spennende tema</u>. Det burde være større fokus på det.</p> | <p>2. Sykepleiernes <u>møte med pasienten med annen kulturell og religiøs bakgrunn</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Betydningen av religion og livssyn ○ Når religion blir en utfordring |
| <ul style="list-style-type: none"> • Skam • Kommunikasjon • <u>Åpenhet</u> • Familie • Tilrettelegging | <p>Kristne er mye mer sjenerte. <u>Det er lite åpenhet rundt religion</u>. De viser ikke i det daglige at de er så veldig kristne. Muslimer er ikke så redde for å vise at de er muslimer. De går i religiøse plagg.</p> | <p>3. <u>Kulturelle forskjeller</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan møter man pasienten |
| <ul style="list-style-type: none"> • Åpenhet • <u>Møtet med menneske</u> • Sykepleierollen | <p>Hun lærte meg en del ting underveis. Hun fortalte om det å være muslim, a det overhode ikke er noe forskjell om man er muslim eller om man er kristen. <u>Man er et menneske uansett</u></p> | <p>4. ... det er ikke kulturer og religioner, men <u>mennesker som møtes</u></p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fordommer • Stigmatisering • Mediers makt og påvirkningsevne • Psykiatriens historie • <u>Tabuer</u> | <p>Jeg føler det er <u>tabubelagt mange steder</u>. Det er noe man frykter å ta i, fordi man er redd for å trække feil i psykiatrien.</p> | <p>5. Holdninger i møtet med mennesker med annen religiøs og kulturell bakgrunn</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Holdninger til religion i psykiatrisk avdeling ○ <u>Tabu rundt religion/ hvorfor så vanskelig</u> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Usikkerhet • <u>Mangel på kunnskap</u> • Opplæring og erfaring | <p>Jeg tror det er det [mangel på kunnskap] som skaper usikkerhet hos oss. Dette er noe vi ikke kan noe om, og det liker vi ikke som mennesker. Man liker ikke som profesjonell å komme til kort.</p> | <p>6. Kunnskap og flerkulturell kompetanse</p> |

2.8 Studiens gyldighet

Som jeg beskrev i forrige punkt, vil teksten som jeg presenterer være preget av utdrag og sitater fra samtalen mellom meg og sykepleierne. Dataene som i utgangspunktet var en del av en samtale, blir delt opp i stykker, og de blir løsrevet fra sin opprinnelige sammenheng. Jeg søker likevel å videreformidle denne sammenhengen til leseren, og dette krever bevissthet underveis i prosessen med å presentere funnene i intervjuene. Dette er en av flere metodiske refleksjoner gjort underveis.

Underveis i forskningsprosessen er det nødvendig å spørre seg selv om metoden man bruker representerer relevante veier til kunnskap som kan belyse problemstillingen. Om veien ikke er en relevant vei, kan jeg heller ikke forvente at resultatene gir gyldig svar på problemstillingen. Malterud (2003) skriver at å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet – hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser? Validering er et viktig virkemiddel for kritisk refleksjon gjennom forskningsprosessen som bringer oss i møte med store filosofiske spørsmål om sannhet og virkelighet. I følge Thagaard (2009) er validitet, sammen med reliabilitet sentrale begreper i diskusjonen av forskningens troverdighet. Corbin og Strauss (2008) fremhever betydningen av at kvalitativ forskning vurderes med hensyn til troverdighet, og de ser tillit til forskning som uttrykk for troverdighet.

For å tydeliggjøre forskningsprosessen, og dermed å styrke troverdigheten har jeg gjennom drøftingen forsøkt å tydeliggjøre hvem informasjonen kommer i fra. Med dette mener jeg at det har vært et mål å være tydelig i forhold til hva som er mine egne refleksjoner, hva mine informanter erfarer og forteller i intervjuene og hva som er teori funnet i litteraturen. Det er viktig å unngå uklarheter rundt hva som er primærdata og hva som er forskerens egne vurderinger (Thagaard 2009). I presentasjonen av mine funn har jeg derfor forsøkt å skille klart mellom informantenes erfaringer og mine tolkninger av deres erfaringer. Dette er blant annet gjort ved at sitater fra informanten er satt i kursiv og merket med hvilken informant som har kommet med utsagnet. I mine egne sammenfatninger av flere informanters utsagn, har jeg ikke beskrevet hvem av de som sier hva.

Vi skal stille spørsmål om relevans til formuleringen av problemstillingen, utvalget, datainnsamlingen, den teoretiske referanserammen. Gjennom intervjuene har jeg blant annet sjekket validiteten og min egen oppfattelse av svarene de gir ved å komme med spørsmål som

”har jeg forstått deg rett når du sier at..?” Vi skaper da en felles forståelse om den kunnskapen som skapes (Thagaard 2009). Jeg har ikke gitt informantene tilbud om å kontrollere de transkriberte intervjuene i etterkant for å bekrefte at deres tanker har kommet frem på den måten de mente. De ville da kunne kontrollert at blant annet dialektuttrykk og diverse språklige former ble forstått på den måten de tenkte at det skulle forstås. Vurderingen min var at dette ville være for tidkrevende, og at det heller ikke ville være særlig hensiktsmessig.

Sannsynligheten for at et funn er gyldig, kan styrkes dersom flere er enige om at dette er en rimelig konklusjon. Likevel skal man ikke tro at noe alltid blir en større sannhet jo flere som mener det er slik. Flertallets samlede blikk kan konsentrere kulturelle fordommer som stenger for ny innsikt. Bred enighet kan også bety at det man har kommet frem til stemmer så godt med eksisterende kunnskap at prosjektet ikke bringer noe nytt. Malterud (2003) skriver at til sjuende og sist er gyldigheten av kunnskapen avhengig av om noen kan bruke den til noe. Dette kaller Kvale (Kvale og Brinkmann 2009) pragmatisk validitet. Uten anvendelighet blir kunnskapens gyldighet avgrenset til et rom helt i utkanten av virkeligheten. Da er den pragmatiske validiteten lav. Har andre besvart de spørsmålene jeg stiller? Vil nye svar føre til noen praktiske konsekvenser innen den virkeligheten hvor min problemstilling hører hjemme?

Mange som bruker kvalitative metoder, tar avstand fra validitetsbegrepet i tradisjonell forstand. Når jeg her bruker kvalitativ metode, bygger jeg på en kunnskapsteoretisk erkjennelse av at det finnes mange ulike versjoner av virkeligheten som samtidig kan være gyldige. Min oppgave som forsker i dette prosjektet er å vise at jeg har overveid rekkevidden av funnenes gyldighet, og at jeg kan gi en begrunnet anvisning av hva det dreier seg om (Kvale og Brinkman 2009, Malterud 2003).

2.9 Ethiske refleksjoner

I min studie har jeg transkribert og analysert det noen få av veldig mange sykepleiere har sagt til meg ved en anledning. Derfor er det viktig at man hele tiden underveis i lesningen er klar over dette. Er man ikke bevisst dette, kan man sitte igjen med et inntrykk av at dette er generelle meninger og at virkeligheten overalt er som jeg presenterer her. Det har vært viktig for meg å få dette arbeidet så riktig som mulig, og å yte mine informanter respekt og rettferdighet, noe jeg har gjort ved å være bevisst på de etiske aspektene som hele tiden har

møtt meg gjennom studien.

Det er en regel at alle som deltar i et forskningsprosjekt frivillig må gi sitt samtykke til deltakelse (Friis og Vaglum, 1999), og være informert om konfidensialitet og konsekvensene av å delta i studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette startet jeg som tidligere nevnt å informere om i alle intervjuene. De ble også skriftlig informert gjennom informasjonsbrevet om studien på forhånd.

Malterud (2003) bemerker at det er flere former for risiko eller belastning som deltagerne kan utsettes for gjennom en kvalitativ studie. Dette er blant annet psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse. Det har derfor vært avgjørende for meg å være bevisst dette, og å unngå å utsette informantene mine for disse belastningene. Siden temaet for studiet tar opp religion og livssyn, noe som er et sensitivt tema for mange, er det spesielt viktig å vise aktsomhet.

Informantene mine har i større eller mindre grad delt av sine egne personlige erfaringer og refleksjoner. Anonymitet er derfor viktig. I så stor grad som mulig har jeg forsøkt å anonymisere alle beskrivelser fra mine informanter. Det skal ikke være mulig å kjenne igjen noen av dem. Dette har gjort at jeg ikke beskriver konkrete steder, menigheter, alder og arbeidssted. I noen tilfeller hvor jeg har vurdert at dette er mulig, samtidig som gjenkjenning ikke er mulig har jeg kunne tatt med slike opplysninger. Det har også vært viktig under intervjuet ikke å presse informantene til å fortelle mer enn hva de selv ønsker. I noen tilfeller har informantene snakket åpent og personlig i etterkant av at båndopptaker var slått av. Informasjon som er gitt meg på under disse forutsetningene, har jeg vist varsomhet med å videreformidle. Jeg har gått forsiktig frem, og vært følsom for hva som uttrykkes både verbalt og non verbalt. Informanten skal ikke sitte igjen med en følelse av å bli blottlagt i ettertid. Mennesker har også ulike grenser og intimsoner for hva man ønsker å dele med andre.

Noe jeg merket meg under intervjuene var at informantene hadde ulik tilnærming til meg. De første intervjuene jeg gjorde ble gjort med de som kom fra sykehusavdelingen som fikk informasjonsbrev og spørsmål om å delta gjennom posten. Jeg hadde ingen kjennskap til avdelingen eller til disse informantene fra tidligere. De hadde heller ingen kjennskap til meg, verken som privatperson eller som sykepleier. Jeg hadde en opplevelse av at noen av disse informantene viste en større skepsis til meg og spørsmålene mine, og at de i noen tilfeller forsøkte å forsvare noe av praksisen de utførte. Da ble det viktig for meg å forsøke å gi mer av

meg selv, ved å fortelle om min egen bakgrunn og at jeg på ingen måte var ute etter å kritisere deres arbeid. Av de informantene som ble rekruttert via bekjente, var samtalen til dels lettere og mer åpne. De var i større grad åpne for diskusjon og refleksjon. Det er mulig at dette kan være grunnet at de allerede hadde fått kjennskap til meg gjennom arbeid eller gjennom mitt studieprosjekt. Dette kan også vær ren tilfeldighet, og også at jeg har møtt dem på en annen måte fordi jeg har mer kjennskap til dem gjennom de som rekrutterte dem. Det å forske på eget felt er ikke alltid en enkelt oppgave. Nærhet til forskningsfeltet er en forutsetning, men det er også viktig med en bevist holdning til min egen rolle i studiet.

I oppgaven presenterer jeg flere ganger sitater. Dette er frittstående utdrag av lengre samtaler, og kan i mange tilfeller sees som tatt ut av sammenhengen. Det er vanskelig å unngå dette, men jeg forsøker likevel å forklare sammenhengene utsagnene blir sagt i. Feltet jeg studerer er et felt jeg allerede har kjennskap til gjennom min arbeidserfaring som sykepleier i en psykiatrisk avdeling. Jeg har likevel mindre erfaring med det å drive langtidsbehandling i en psykiatrisk avdeling. Dette har sine positive og negative sider. Man kan lett være forutinntatt, og jeg har nok mange antagelser om hva som kan komme frem i undersøkelsen. Hele arbeidet vil være preget av min bakgrunn og mine erfaringer, både det at jeg tilhører den norske kulturen, har en tilhørighet i den norske statskirken, og det at jeg er sykepleier, og dermed tilhører en sykepleiekultur. Det er et fellestrekk ved kvalitative metoder at de data som forskeren analyser er tekst, og at fortolkningen av teksten derfor vil påvirkes av forskerens erfaringer og vitenskapsteoretiske fortolkningsramme (Kvale og Brinkmann 2009). Derfor er det så viktig at man beskriver forskningsprosessen, og ikke bare produktet.

3.0 Kontekstuell bakgrunn og sentrale teorier

I dette kapittelet ønsker jeg å presentere sentrale teorier og temaer i oppgaven. Disse kapitlene er ment for å danne en bakgrunn om de temaene som diskuteres i drøftingen. Likevel kommer jeg til å utdype temaene ytterligere, og annen teori vil også bli presentert etter hvert som funnene fra intervjuene blir analysert og presentert i neste kapittel.

3.1 Kultur, religion og livssyn i det norske samfunnet

Kultur, religion og livssyn er sentrale begreper for studien. Kanskje hadde vært naturlig å starte oppgaven med å gjøre rede for disse begrepene. Da jeg tenker at dette er begreper som er i behov av grundigere utdyping, tar jeg først dette her i dette kapittelet. Først kommer jeg med beskrivelser av kultur begrepet, deretter religion og livssyn. Så har jeg et punkt hvor jeg sier noe om innvandring i Norge, og i hvilken grad dette vil påvirke det religiøse og livssynmessige mangfoldet vi har i Norge. Dette punktet er også av betydning, så man kan se at befolkningen består av mennesker med ulike kulturelle og religiøse bakgrunner. Disse menneskene er også de som vil kunne være pasientene til sykepleierne jeg har intervjuet i studien. I den siste delen av dette kapittelet presenterer jeg det som kommer inn under helse og sykepleie. Det avsluttes så med en kort presentasjon av religionens plass i psykiatrisk behandling.

3.1.1 Kultur

Kultur er et sammensatt fenomen å skulle definere, og det finnes allerede en rekke definisjoner. Hylland Eriksen og Sørheim (2003) definerer ”kultur” som noe uforanderlig som overføres fra generasjon til generasjon. Klausen (1970) har en lignende definisjon;

Kultur er de ideer, verdier og normer som et menneske overtar fra foregående generasjon og som man forsøker å bringe videre, ofte noe forandret, til den neste generasjon.

Definisjonene ovenfor tar lite hensyn til at kultur stadig er i endring. Thorbjørnsrud (i; Brodtkorb, Norvoll og Rugkåsa 2001)trekker også inn et annet aspekt av begrepet, og sier at kulturbegrepet dreier seg om en helt sentral dimensjon ved alle mennesker. Det er noe man ikke kan ha mer eller mindre av, eller noe som andre har. Tvert imot sier hun at kultur handler om det som gjør mennesker til nettopp mennesker. Kultur er noe man lærer i sosialisering og samhandling med andre mennesker. Man preges derfor av den kulturen man vokster opp i.

Dersom man har ulike kulturbakgrunner, mener hun at det også er sannsynlig at man har forskjellig oppfattelse av verden og tilværelsen. Dette forklarer hun ved at det ikke er slik at ungdomsgenerasjonen alltid er bærere av samme kultur som foreldregenerasjonen. Et eksempel på dette er at det kan være stor forskjell på første - og andregenerasjons pakistanske innvandrere i Norge. Andregenerasjonsinnvandrerne har ofte tatt opp i seg mer av den norske kulturen enn det foreldregenerasjonen har. Det å bli syk å komme i kontakt med helsevesenet kan derfor innebære ulike opplevelser for en mor og for en datter fra Pakistan.

Helman (2001, s 2) skriver om kultur:

”... culture is a set of guidelines (both explicit and implicit) that individuals inherit as members of a particular society, and that tell them how to view the world, how to experience it emotionally , and how to behave in it in relation to other people, to supernatural forces or gods, and to the natural environment. It also provides them with a way of transmitting these guidelines to the next generations – by use of symbols, language, art and ritual. To some extent, culture can be seen as an inherited lens through which the individual perceives and understands the world that he inhabits and learns how to live within it. Growing up within any society is a form of enculturation, whereby the individual slowly acquires the cultural lens of that society”.

Her kan man se at kultur er noe som overføres fra generasjon til generasjon, samtidig som man påvirkes av det samfunnet man er en del av.

I forbindelse med den såkalte innvandrerdebatten i Norge, skriver Wikan (1995) at kulturbegrepet har blitt populært. Hun mener at det også i enkelte sammenhenger anvendes som nærmest rasistisk.

”Kultur fungerer rasistisk hvis det er en menneskemodell vi bruker bare for å forstå «dem», men ikke oss selv, og hvis denne modellen innebærer en nedvurdering av andre”.

Magelssen (2008) beskriver også at det finnes forskjellige kulturer, ikke bare kulturer ut i fra nasjonalstater. Som sykepleiere er vi en profesjonsgruppe som representerer en form for kunnskap, verdier og handlingsmønstre. Dette er derfor også en egen kultur. ”Kultur ” anvendes med ulike intensjoner. Kulturbegrepet er essensielt for å forstå visse aspekter ved menneskelig samhandling, men det kan også brukes som et redskap til å produsere og reproducere ideer om forskjellighet som igjen kan knyttes til en implisitt hierarkisering av mennesker. (Thorbjørnsrud i; Brodtkorb, Norvoll og Rugkåsa 2001

3.1.2 Religion og livssyn

I likhet med kultur er også livssyn et begrep det kan være vanskelig å definere. Aadnanes (1992) skriver at det dreier seg om et helhetlig syn på tilværelsen. Dette helhetlige synet forsøker å gi svar på såkalte livsspørsmål, som for eksempel om det finnes en ”åndelig” eller ”guddommelig” virkelighet bak den virkeligheten sansene våre oppfatter, og om menneskelivet er en tilfeldighet eller om det har et mål som gir mening. Livssyn kan omfatte både religioner og ideologier (Aadnanes 1992).

Aadnanes (1992, s 11) definerer religion som

”tru på overnaturlige makter og ordningar, personlege eller upersonlege, som mennesket har eitt eller anna forhold til, som det oppfattar som vesentleg og freistar å innretta livet sitt etter”

Religion er noe som oppstår i kulturelle sammenhenger, samtidig som den påvirker kulturen de får fotfeste i. Gilhus og Mikaelsson (2001) skriver at det er vanskelig å komme med et svar på hva religion er innenfor en vitenskapelig ramme. I norsk dagligtale har religion ofte dreiet seg om kristendom. I forbindelse med den tidligere religionsundervisningen i skolen, lærte man bibel historie, tros lære, katekisme, kirkehistorie og salmer. Det var kanskje derfor også et grunnleggende skille mellom ”vår” religion og ”de andres” religion.. Grasaas (2005) definerer religion som en tro på at det finnes andre eksistensformer eller høyere makter utenfor mennesket og utenfor sanseverden. Gilhus og Mikaelsson (2001) skriver videre at gudsdyrkelse og ritualer var kjernen i religions begrepet frem til det 18 århundret. Fra opplysningstiden har ”religion” blitt brukt som et universalbegrep, men mer i betydning av personlig tro og religiøsitet, tenkt som en psykisk tilstand alle mennesker kan erfare.

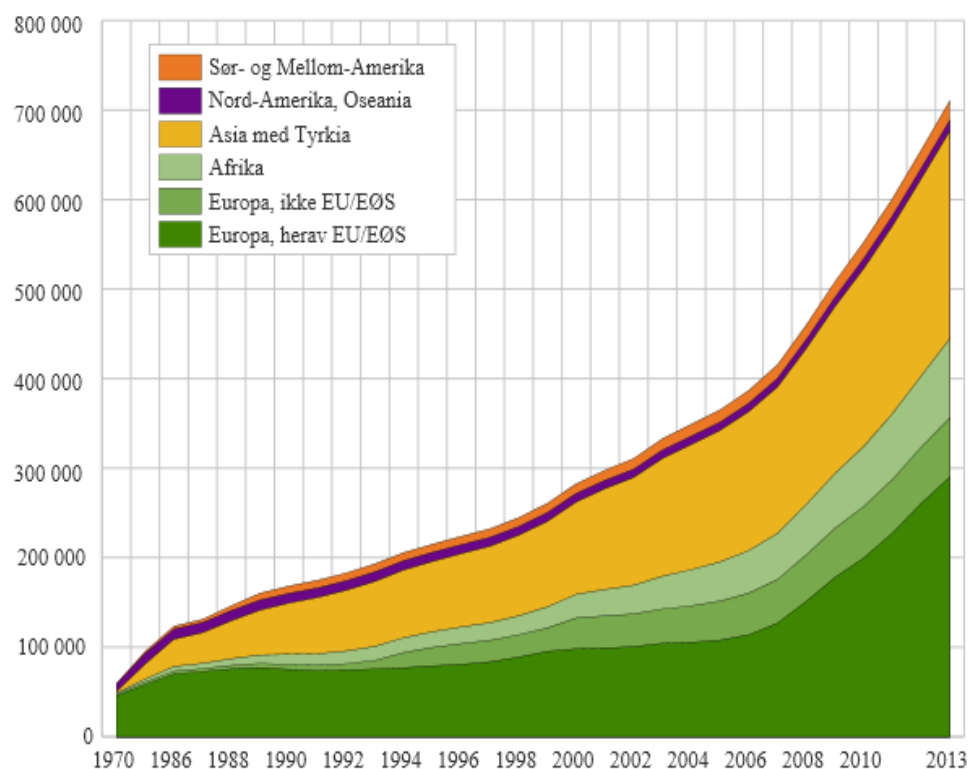
Det er i nyere litteratur oftere referert til livssyn. Dette kan man igjen dele inn i to hovedkategorier; en religiøs, og en sekulær virkelighetsoppfatning (Leenderts 2014). Det blir av Danbolt (2014) beskrevet at innen religionspsykologien er det økende interesse for livssyn uten religiøs tro. Han forteller at både religiøse og sekulære livssyn i praksis er uttrykt gjennom ritualer, symboler og former for fellesskap. Grunnet dette er det også grunn til å bruke livssyn som overordnet og samlende begrep. Mennesker har til felles at de erfarer og må forholde seg til de grunnleggende sidene ved eksistensen. I perioder av et liv kan spørsmål om mening og identitet, tilhørighet, rett og galt, ansvar og skyld bli påtrengende. Både religiøse og sekulære livssyn arbeider med å komme til rette med de eksistensielle grunnvilkårene i livet (Danbolt mfl. 2013).

3.1.3 Innvandring

I følge Gullestad (2008) har det geografiske området som nå utgjør nasjonalstaten Norge alltid vært et innvandringsland. Nye mennesker har stadig slått seg ned her. Det som kalles ”den nye innvandringen” fra Asia, Afrika og Latin Amerika begynte på slutten av 1960 årene.

Arbeidssøkende migranter fra Pakistan og Tyrkia kom i et visst antall på 1970 – tallet. I 1975 iverksatte myndighetene en innvandringsstopp som fremdeles varer ved. De som nå blir tatt imot kommer som eksperter, familiemedlemmer, studenter og flyktninger og asylsøkere. Det er fra midten av 1980- årene flyktninger og asylsøkere som har utgjort den største delen av innvandringen. Disse kategoriene grupperes alle under termen ”innvandrere”.

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, etter landbakgrunn.
1970-2013



Kilde: Statistisk sentralbyrå.

(Statistisk sentralbyrå (SSB) 2014. 1.)

Ved årsskiftet 2012/2013 var det 593 300 innvandrere og 117 100 norskfødte med innvandrerforeldre i Norge. Det bor innvandrere i alle landets kommuner, men det er klart flest innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Oslo. Av Oslos befolkning på 624 000 personer var det per 1. januar 2013 189 400 innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre, noe som tilsvarer 30 prosent (SSB 2014.1).

Holdningene til innvandringen til Norge er ulike. Gullestad (2002) skriver at det kan anses som forholdsvis udramatisk at nye mennesker og nye skikker hele tiden innlemmes, slik det har skjedd langt tilbake i historien. Det er likevel ikke alltid det tolkes slik i samtiden. Statistikk utført av SSB (2014.1) like etter terroraksjonen 22. juli 2011 viste noe mer ”innvandrervennlige” resultater enn tidligere år, men nyere undersøkelser viser nå at holdningene er tilbake til der de var før terrorhandlingen fant sted.

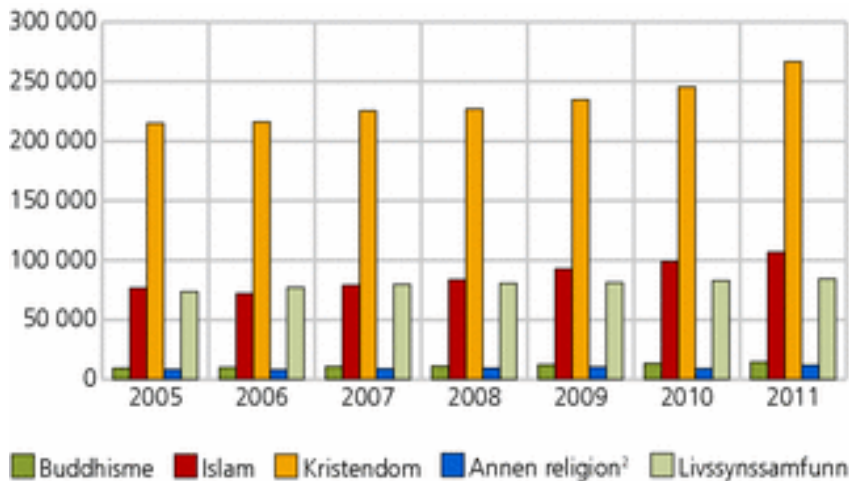
Utfordringen med å sikre kulturell kontinuitet på tvers av kontinenter er også et spørsmål om informasjonsutveksling og transport av symboler. Med kommunikasjonsteknologien vi nå har er det god grunn til optimistiske visjoner om bevaring av ”egen” kultur på nytt territorium. Det er nå fullt mulig å skaffe seg tilgang til hjemlandets tv og radiokanaler og man kan snakke med familie og venner på mobiltelefon og skype. Kulturimpulser fra det opprinnelige hjemlandet kan derfor få økt råstoff i identitetsprosjektene blant verdens migranter. Innvandring og globalisering kan også fremprovosere kompenserende reaksjonsprosesser. Moderniseringens endringstempo og nivellerings-tendenser bevirker en tradisjonsbevissthetens motreaksjon. Jo mer tradisjonssvinn, jo færre tradisjonsrester og fortidsspor vi konkret erfarer i vår daglige livsverden, desto viktigere blir det å konservere det som truer med å gå tapt. Kultur kompenserer og reagerer på samfunn. (Krogseth i ; Brunvoll m.fl 2009)

3.1.4 Religion i Norge

Innvandringen til Norge endrer også det religiøse bildet. Norge har blitt et samfunn med religiøs og livssynsmessig pluralisme, og den største religiøse endringen som har skjedd de siste 50 årene, er at alle de store verdensreligionene har etablert seg her. Den største gruppen minoritetsreligion er likevel Islam, som har fått et solid fotfeste her i landet. Av denne grunn er det nettopp islam og muslimer jeg kommer til å ha fokus på når det gjelder religion i denne oppgaven.

Forholdet mellom stat, samfunn, individ, religion og livssyn kommer i stadig sterkere grad på den politiske dagsordenen. Leirvik (2007) skriver at både en økende religiøs individualisme og en større grad av organisering for de religiøse minoritetene er hovedtendenser i det nye, religiøse Norge. Den New Age – inspirerte nyreligiøsiteten, og nye kristne bevegelser har også vært med på å øke det religiøse mangfoldet. Dette gjør at man på ingen måte lenger kan si at

religion er lik kristendom. Både Jacobsen (2005) og Leirvik (2007) skriv at religionspluralisme og Norge som flerreligiøst samfunn er en ny tilblivelse og utfordring i Norge, etter at den Lutherske tradisjon i flere hundre år har hatt enerett. I folks tanker og i medias interesser er det ofte den kristen- humanistiske kulturen sitt møte med *innvandrreligionene* som er størst. Religionspluralisme som gir et mangfoldig og spenningsfylt landskap er en ny erfaring for de fleste, og Jacobsen (2005) mener at det norske samfunn har vært kritisk til religionsmangfold. Mange har følt ubehag ved tanken på at det er flere likeverdige religioner i verden. Bringeland (i: Brunvoll m.fl. 2009) sier det er viktig å se at både omfanget av den nyreligiøse bevegelsen og den økende interessen for religion i det hele tatt falsifiserer teorier om at en irreversibel sekulariseringsprosess i vår verdensdel.



¹ Omfatter bare medlemmer det blir mottatt offentlig tilskudd for.
² Omfatter baha'i, hinduisme, jødedom, sikhisme og andre trosretninger.
 Kilde: Tros- og livssynssamfunn utenfor Den norske kirke, Statistisk sentralbyrå.

(SSB 2013.2)

Religionens plass i det offentlige rommet er stadig debattert både offentligheten og i diverse medier. Her blir det både tatt opp ulike ståsted til andre kulturer og religioners ønske om å praktisere religion i offentligheten, og sameksistens og samhandling på tvers av religiøse og livssynsmessige grenser. Samfunnsviteren Jose Casanova (2006:65) betegner den vesteuropeiske befolkningens religiøsitet gjennom to formuleringer: De er ”troende uten tilhørighet”, men de har også en ”religiøs tilhørighet uten tro”. C.A Døving (2009) forklarer den første formuleringen som at det er mange som har en privatisert gudstro, men liten grad av kirkelig tilhørighet. Den andre formuleringen forklarer hun som at svært mange vesteuropeere

definerer sin identitet som kristen selv om de i liten grad er troende. Det eksisterer med andre ord en kompleks sammenkobling mellom selvbilde som sekulær og identitet som kristen. Hun skriver videre at denne koblingen samtidig forstås som et ledd i den moderne utviklingen, som et trinn i evolusjonen.

I Norge er Den norske kirke majoritetskirken med over 80 prosent av befolkningen som medlemmer. I rapporten *Livsfaseriter* (Døving og Plesner 2009), kan vi lese at praksis i ulike offentlige institusjoner har gjennom århundrer vært preget av at det store flertall av befolkningen har tilhørt, og fortsatt tilhører Den norske kirke. Videre sier de at de siste tiårs økning i religion og livssynsmangfoldet har gjort det klart at en del slike praksiser må justeres dersom også minoriteters rett til religions- og livssynsfrihet og vern mot diskriminering skal sikres. Likevel mener de at livssynsmangfold ikke er noe nytt fenomen. Gjennom de siste hundre årene har ulike minoriteter, både kristne og andre, kjempet for sine rettigheter i møte med lovgivning og innarbeidet praksis ved ulike offentlige institusjoner som i stor grad reflekterer og imøtekommer majoritetenes behov. Dette gjelder for eksempel innenfor skolevesen, helsevesen og gravferdsforvaltning.

I følge undersøkelser gjort av SSB om levekår blant innvandrere, der det grunnlag å si at det er høyere aktivitet og høyere vurdering av hvor viktig religion er i ens liv blant innvandrere enn blant befolkningen ellers. Døving (2009) sier at flere studier har vist at det å emigrere kan føre til ”teologisering av erfaringer”. Dette forklarer hun med at immigranter og flykninger meningsforklarer en ny og usikker tilværelse gjennom religiøse begreper, og at et religiøst livssyn dermed får en større betydning. Den religiøse praksisen som i opprinnelig hjemland var en selvfølgelig del av hverdagen, må tilrettelegges for og reproduseres på ny. Dette fører ofte til et mer bevisst forhold til innholdet og utøvelsen av religion.

3.1.5 Rettigheter i forhold til religion og livssyn

Til tross for majoritetens sekulære selvbilde er religionsfriheten et tydelig ideal i Norge. I norsk lovgivning er menneskerettighetene gitt en spesiell posisjon i Grunnloven § 110c: ”Det paaligger Statens Myndigheder at respektere og sikre Menneskeretighederne.” (NOU 2013:1 Det livssyns åpne samfunn) Religionsfrihet er grunnlovsfestet, og med det er mulighetene for et religionspluralistisk samfunn etablert (Døving, 2009). Menneskerettighetene fastslår lik rett til

tro - og livssynsfrihet, samt rett til vern mot all usaklig forskjellsbehandling på bakgrunn av religion og livssyn. I menneskerettighetsvernet mot diskriminering ligger det at majoritetens og minoritetenes rettigheter skal sikres på lik linje. Også ateister og agnostikeres rettigheter skal sikres på lik linje med de som har et religiøst livssyn.

(Europarådets menneskerettighetskonvensjon: Artikkel 9:

- 1. enhver har rett til tankefrihet, samvittighetsfrihet og religionsfrihet; denne rett omfatter frihet til å skifte sin religion eller overbevisning, og frihet til enten å alene eller sammen med andre og så vel offentlig som privat å gi uttrykk for sin religion eller overbevisning, ved tilbedelse, undervisning, praksis og etterlevelse.*
- 2. Frihet til å gi uttrykk for sin religion eller overbevisning skal bare bli undergitt slike begrensninger som er foreskrevet ved lov og er nødvendige i et demokratisk samfunn av hensyn til den offentlige trygghet, for å beskytte den offentlige orden, helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter eller friheter.)*

Religionsfriheten innebærer at religiøs tilhørighet utenfor statskirken skal kunne beholdes og praktiseres i det norske samfunnet. Som del av menneskerettighetene er religionsfriheten en individuell rettighet, mens religiøse samfunn er kollektiver, og statens ivaretagelse av religionsfriheten skjer i stor grad av støtte gjennom økonomisk støtte til grupper. (Døving, 2009) Rettigheter basert på religion har en sterk og internasjonal legitimitet som vi ikke finner i andre kulturbaserte rettighetskrav, noe som i praksis gjør at ”religiøse rettigheter” får lettere aksept enn ”kulturelle rettigheter”.

Tros- og livssynspolitisk utvalg har gått gjennom statens tros- og livssynspolitikk for å fremme forslag som kan bidra til å skape en mer helhetlig politikk på dette feltet. De har også hatt til oppgave å vurdere hvilken plass religion og livssyn bør ha i offentlige institusjoner. Her sier de at det finnes offentlige ordninger som ikke er lovfestet på dette feltet. Tros og livssynsfriheten gjelder for alle, også pasienter i helse- og omsorgsektoren. Den norske kirke har imidlertid i praksis hovedansvaret for denne religiøse betjeningen. Sykehusprestene og institusjonsprestene kommer i hovedsak fra Den norske kirke. Andre religiøse ledere fra andre trossamfunn, eller støttepersoner fra livssynssamfunn kan bli tilkalt etter behov. Tros- og livssynspolitisk utvalg sier det er en utvikling i retning av tilrettelegging for et større mangfold innenfor institusjonene (NOU 2013:1 Det livssyns åpne samfunn).

3.2 Helse og sykepleie

I dette punktet vil jeg beskrive nærmere hva som ligger til sykepleierollen, og hvordan man som sykepleier møter religion og livssyn i sin profesjon.

3.2.1 Sykepleie og helse

WHO's definisjon på helse fra 1946; definerer helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og svakhet. Denne dekker et tredimensjonalt perspektiv på helse hvor fysiske, psykiske og sosiale faktorer står i en innbyrdes vekselvirkning. Likefullt kan den oppleves som noe statisk i og med at helse blir betraktet som en tilstand. Magelssen (2008) bemerker også at det kan være nyttig for sykepleiere å ta med pasientens tanker og definisjon på hva som er god helse. Dersom pasientens og vår oppfatning spriker for mye, kan det vanskeliggjøre samarbeidet om felles mål. Den amerikanske sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1999, s 29) definerer sykepleie slik;

”en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”.

Virginia Henderson (Henderson 1998) skrev i sin bok, *Menneskets grunnleggende behov*, om sin forståelse av at sykdom er mer enn en tilstand av ikke-sykdom, og en trussel mot livet. Hun mener at mennesket altfor ofte blir plassert inn i et miljø der vern mot naturkreftene er omtrent det eneste behovet som blir fullt dekket. Videre sier hun at på de fleste sykehus har ikke pasienten mulighet til å spise slik han ønsker, bevegelsesfriheten er begrenset og privatlivet er invadert. Hun stiller derfor spørsmål med enhver fastlagt sykepleierutine som er i strid med enkeltmenneskets grunnleggende behov for husvære, mat, kommunikasjon med andre, samvær med dem man er glad i, muligheten til å få anerkjennelse, til å dominere og bli dominert og til å lære, arbeide, leke og dyrke sin tro. Med dette mener hun at sykepleiens mål må være å bevare menneskets hverdag så normal som mulig – å holde pasienten fast i «livsstrømmen» som hun kaller det, i den grad det kan forenes med legens behandling. Henderson mener at dersom vi i for lang tid frarøver en person det han setter høyest, blir følelsen av å bli fratatt noe ofte verre enn sykdommen vi prøver å kurere.

”Sykepleiere skal i sitt arbeid søke å skape et miljø der menneskerettighetene og enkeltmenneskets, familiens og samfunnets verdier, skikker og tro respekteres.» (ICNs etiske regler for sykepleiere rev. 2000, pkt. 1)

Magelssen (2008) skriver i sin bok ”Kultursensitivitet”, at sykepleie har klare kvalitative, fenomenologiske og hermeneutiske trekk, og med sitt ideal om en holistisk tilnærming står sykepleien antropologisk aksjonsforskning nær. Sykepleien har samtidig et solid ankerfeste i biomedisin, naturvitenskap og kvantitativ forskning. Sykepleieren må i stor grad forholde seg til diagnoser basert på harddata som blodprøvesvar og røntgenundersøkelser. Dette er noe både sykepleiere og pasienter har stor tiltro til, og det finnes overbevisende dokumentasjon på biomedisinens effektivitet i følge Magelssen (ibid).

I tidsskriftet Sykepleien forskning (2009- 4(2):142-149) kan man lese at det er økende erkjennelse av betydningen av å ivareta pasienters religiøse og åndelige behov i behandling og rehabilitering av psykiske lidelser. Disse behovene blir oftest ivaretatt av prester.

Opptrappingsplanen for psykisk helse, vektlegger også dette perspektivet, og de erkjenner at mennesket må sees både som kropp, sjel og ånd. Nødvendige hensyn til menneskets åndelige og kulturelle behov må da tas. Hvilke utfordringer fører dette med seg for sykepleieren i møte med pasienten? Har sykepleieren den rette kompetansen for å gi tilstrekkelig hjelp og støtte til så pasienten får dekket sine behov?

3.2.2 Psykisk sykdom

Psykiatriske avdelinger har pasienter med mange og svært ulike diagnoser og problemstillinger. Psykiske lidelser var på 1950- og 1960-tallet gjenstand for mye sosiologisk forskning hvor man så psykiske lidelser ut fra et avviks- eller stemplingsperspektiv. Denne teorien var i hovedsak opptatt av å utvikle alternative teoretiske hypoteser om sosiale årsaker til psykiske sykdommer og utviklingen av kroniske sykdomsforløp ved alvorlig psykisk sykdom, som for eksempel schizofreni. Et viktig siktepunkt var å forstå psykisk sykdom som resultat av sosiale definisjoner og prosesser, og dermed som noe annet enn biologisk sykdom. Med sosiale avvik menes her at personer kan forstyrre samfunnets moralske orden ved å bryte samfunnets normer og regler om akseptabel oppførsel, både formelt og uformelt. Samfunnet vil reagere på avvik med sosial kontroll av den avvikende gjennom formelle og uformelle sanksjoner, kalt sekundær og primær kontroll. (Norvoll, 2002)

Samfunnets holdninger til psykiske lidelser er muligens endret siden 1960-tallet, og mindre mystisk og skambelagt. Nyere undersøkelser viser likevel at samfunnet fortsatt er preget av negative holdninger til psykiske lidelser. Selv om mange personer har hatt erfaringer med psykisk lidelse, oppgis manglende kunnskaper om dette. Det har også vært en økning i synet på personer med psykiske lidelser som voldelige, noe som trolig har sammenheng med mediens fokusering. (Norsk Gallup Institutt. I; Norvoll, 2002)

3.2.3 Religion i psykiatrien

Sørensen (i; Kjølsvik og Holmen 2008) skriver at mennesker til alle tider har vært opptatt av sin helse, og man like lenge har stilt de grunnleggende spørsmål om tilværelsen – om hvor vi kommer fra, hvor vi skal, og hva som er meningen med livet. Man har likeledes hatt forestillinger om at det er sammenhenger mellom livssyn og helse. Gjennom historien kan man se at det har vært en utbredt oppfatning at Vårherre sendte sykdom som straff for tidligere synder. I moderne tid har man kunnet observere ulike sammenhenger mellom livssyn og helse, for eksempel ved at noen kristne miljøer har et annet forhold til alkoholforbruk og røyking. Dette kan ha positive helseeffekter. Det har likeledes blitt observert negative sammenhenger mellom livssyn og helse. Eksempel på dette kan være at miljø med en streng religion kan ha utløst psykiske lidelser som angst og depresjon (i; Kjølsvik og Holmen 2008).

Sørensen (i; Kjølsvik og Holmen 2008) mener det er viktig å avklare begrunnelser for forskning på helse og livssyn. Tar man utgangspunkt i den medisinske tradisjon, har den i betydelig grad har vært dominert av naturvitenskapelig forsknings metoder. Dette har ført til store fremskritt når det kommer til forståelsen av årsaken til sykdom og behandlingsmetoder. Videre mener han at stor tiltro til den naturvitenskapelige tilnærmingen kanskje har blendet for andre årsakssammenhenger til at sykdommer oppstår. Av samme grunner har man muligens heller ikke vektlagt andre årsakssammenhenger til at sykdommer oppstår. Økende erkjennelse i det medisinske miljøet om at den tradisjonelle biomedisinske forskningen ikke synes å strekke til. I boken Religionspsykologi (Danebolt mfl. 2014) kan man lese at internasjonale studier viser at positiv religiøs mestring bidrar til at man tolker hendelser i livet som en mulighet til positiv vekst og utvikling. Likevel sier de at det generelt sett kan være komplisert å studere sammenhengen mellom religion og helse. Bakgrunnen for dette er blant annet at mange

faktorer er knyttet til både religiøsitet og helse. Hvis man da mangler kontroll over disse faktorene, kan det hende man tror en helseeffekt skyldes religiøsitet, mens den egentlig skyldes noe annet.

Sørensen (i; Kjølsvik og Holmen 2008) skriver også om grunner til å forske på helse og livssyn ut fra et teologisk ståsted. Det høye medlemstallet i Den norske kirke, og også i andre trossamfunn sier noe om religionens plass i samfunnet og blant folk generelt. Al-Issa (2000) skriver at selv om religion er en stor del av menneskets kultur, har det opptatt en marginal gruppe av den moderne psykiatrien og psykologien, og er knapt referert til i noe av litteraturen med unntak av i konteksten religiøse vrangforestillinger. Videre henviser også han til at forholdet mellom religion og psykiatri har vært kontroversielt, og at det av Freud og Ellis har vært likestilt med nevroses og irrasjonalitet. Det er likevel en kontrast til dette hvor blant annet Jung mente at religion var positivt i forhold til mental helse. Argyle og Beit-Hallahmi rapporterte om et positivt forhold mellom religion og personlighetsproblematikk, og gjorde funn som tydet på at religion spilte positivt inn hos suicidale pasienter og hos mennesker med alkoholproblemer. Bedre mental helse hos de religiøse pasientene med disse problemene er tilskrevet tilgangen til sosial støtte, nettverk og følelsen av identitet og tilhørighet (Kjølsvik og Holmen 2008).

Sørensen (i; Kjølsvik og Holmen 2008) skriver at forskningsbidrag i skjæringspunktet mellom mental helse og livssyn, i stor grad preges av Sigmund Freud. Freud mente at religion reduserer livets verdi og fordreier menneskets bilde av den virkelige verden på en villfarende måte, og at den er en trussel mot menneskets intelligens. Freuds religionskritikk fikk sterkt fotfeste og ble rådende i klassisk psykiatrisk teori om religiøsitet i lang tid.

Den første vitenskapelige publikasjonen innen religionspsykologi var ved J.H Leuba i 1896. (sitert i Kjølsvik og Holmen 2008) Han var eksponent for en kritisk tilnærming til religion i denne sammenheng og argumenterte for at religiøs erfaring var både naiv og illusorisk. En som inntok en mer positiv holdning til religionen, var W. James. Hans bok var en klassisk beskrivelse av de mer ekstreme former for religiøs tro og erfaring. Han skilte mellom sunn og usunn religiøsitet som gir seg utslag i den «once-born», friske, og den «twice-born», syke sjel. Denne måten å skille mellom ulike typer religiøsitet og deres innvirkning på menneskets mentale helse, har senere blitt toneangivende i forskningen (Kjølsvik og Holmen 2008).

3.2.4 Religion og livssyn i sykehus

Det er Den norske kirke som har hovedansvaret for religiøs betjening i offentlige institusjoner, og dette ansvaret gir Den norske kirke en dominerende stilling. Institusjonsprestene har også hatt andre arbeidsoppgaver enn de som er knyttet til religiøs betjening. De har blant annet en rolle som rådgivere i etiske og religiøse spørsmål. Disse rådgiverrollene er ikke gitt til noen andre tros- eller livssynssamfunn. Det finnes likevel i noen sykehus og institusjoner ordninger og prosjekter knyttet til religiøs betjening og tilrettelegging for personer som tilhører andre tros- eller livssynssamfunn. Oslo universitetssykehus har blant annet et pågående prosjekt, Samtalepartner. Pilotprosjektet *Tros- og livssynsbetjening for pasienter og pårørende på sykehus* er et samarbeid mellom Oslo universitetssykehus og Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn. Målsetningen ved prosjektet er å gi likeverdig tilbud om tros- og livssynsbetjening til alle pasienter og pårørende. Prosjektet tilbyr livssynsbetjening gjennom utdannede samtalepartnere. Det er et ressursteam med deltakere fra forskjellige tros- og livssynssamfunn, og disse tilbyr samtaler til både pasienter og pårørende. Ressursteamet kan også gi råd og veiledning til sykehuspersonalet (NOU 2013:1).

I kapitlene over har jeg kort presentert teori fra litteraturen jeg tenker det er nødvendig å beskrive før jeg nå presenterer funnene gjort gjennom intervjuene. Jeg vil sette i gang med å analysere mine data.

4.0 Drøfting av funn

Som beskrevet i kapittel 1.5 ønsker jeg fortløpende å presentere mine funn og drøfte disse i dette kapitlet. Selv om det også er beskrevet sentrale teorier i kapittel 3, vil jeg nå komme til å hente inn annen teori hvor dette er hensiktsmessig i forhold til drøftingen og for å utdype diskusjonene. Gjennom analysen kom jeg frem til syv hovedtemaer: 1. Kultur, religion og livssyn, 2. sykepleierens møte med pasienter men annen kulturell og religiøs bakgrunn, 3. Betydningen av religion og livssyn for pasienten, 4. utfordringer i møte med pasienten, 5. Religiøse og kulturelle forskjeller, 6. Holdninger og 8. Kunnskap og flerkulturell kompetanse. Temaene overlapper i stor grad hverandre, og det er mange steder vanskelig og unngå å benytte momenter i flere tema. Sitatene fra intervjuene kan i flere tilfeller støtte oppunder ulike tema og teorier.

4.1 Kultur, religion og livssyn

For å sette mine empiriske funn i sammenheng med teorien har jeg allerede kort presentert teoretiske begreper og forhold rundt religion og kultur i kapittel 3.1.1 og 3.1.2. Så vil jeg nå forsøke å se det i sammenheng med hvordan mine informanter presenterer dette for meg. For å kunne samtale om noe, er det nødvendig å ha knagger å henge ting på. Derfor er det viktig å drøfte hva det er man snakker om. Jeg søker å forstå betydningen av begrepene informantene mine bruker, og hvilken betydning de selv legger i dem. Disse begrepene beskrives her i dette kapitlet. Jeg tar også for meg hvordan informantene ser på religion i det norske samfunnet.

På spørsmål om hva hun legger i religionsbegrepet svarer informant 5 dette;

”Jeg tenker at religion er det å ha en synlig, ikke materiell kraft utenom seg selv. Også har du innen de enkelte religionene et sett med, nærmest en tros lære. En har gjerne ritualer en gjør sammen, en har samlinger, gudstjenester og messer. Muslimene har sin fredagsbønn og lutheranerne har sin høymesse. Sånn at det er både trosinnhold og praksis gjerne... Så har du jo også de som er religiøse uten å være tilknyttet noe bestemt kirkesamfunn, men som føler de har en tro på en Gud.”

Informantene mine snakker om åndelighet, tro, religion og kultur om hverandre. For noen av dem har det trolig ikke vært naturlig å reflektere ved hvilke begrep de bruker i samtalen med meg. Jeg forstår det som at fokuset hos dem ligger på pasienten og den sykepleien de skal

utøve overfor dem, og ikke på begreper knyttet til religion og kultur. På tross av et forsøk på og ikke legge for sterke føringer for hvilke begreper jeg selv vil bruke, har de likevel blitt presentert for hva det er vi skal snakke om. Dette vil i noen grad kunne være med å påvirke dem. Likevel bruker de uttrykk for å beskrive ulike situasjoner fra sin hverdag. Hver og en av dem har sine egne uttrykk og begrep som er nærliggende for dem å bruke. Åndelighet er et av begrepene som blir brukt. En av dem sier blant annet at åndelighet er noe som står sentralt i avdelingen, men at det likevel ikke er noe man merker så mye av. Begrepet åndelig brukes blant annet når de snakker om et generelt behov mennesker har, og når det ikke nevnes hva man konkret tror på. Når de snakker om åndelighet, oppfatter jeg at det ikke snakker om noe bestemt livssyn eller religion. Beskrivelsen en informant kommer med er blant annet at det er noe mer enn bare ”meg”, og mye mer enn bare det vi kan se og ta på. Jeg oppfatter at det inkluderer det religiøse, men at det ikke impliserer noen spesiell religion, og i bruken av begrepet åndelig vurderes heller ikke de ulike religionenes verdi. Likevel inkluderes også ikke-religiøse livssyn i dette begrepet. Dette viser også at man bygger opp under en forståelse om at mennesket er noe mer enn det biologiske og det materielle. En av informantene beskriver blant annet seg selv som åndelig, men sier at hun ikke kan finne de tankene hun har i en bestemt bok.

Religionsbegrepet blir av en informant blant annet brukt når hun snakker om en konkret pasientsituasjon med en muslimsk mann. Da viser informantene til konkrete praksiser som er knyttet til religiøse handlinger og ritualer. Det snakkes også om religiøse miljø og praksiser for hvordan man utøver sin tro. Begrepet religion blir av informantene også brukt om noe som er høyere enn seg selv, og det blir sagt at man ikke nødvendigvis trenger å kjenne til hver enkelt religion, men at de forskjellige religionene bygger på mye av de samme verdiene. Religion er også tolkninger. Vi er preget av vår kultur og vår forståelse. Våre tolkninger er bygd på vår oppvekst og hvordan vi er utviklet. Gilhus (i; Brunvoll m.fl 2009) skriver også at religionsbegrepet kan være med å definere makt innen akademien. Dette kan blant annet være ved å bruke definisjonsmakten til å avsløre religion som ikke sann.

Tidligere i Europa, hvor kristendommen hadde en uomstridt hegemonisk stilling var forholdet mellom religion og kultur lite omstridt. Splittingen av kirken og kristendomsforståelsen, religionskrigene, danningen av nasjonalstatene, fremveksten av en nasjonal refleksjons- og vitenskapskultur førte til at en i Europa stadig skilte mer mellom religion og kultur, både begrepsmessig og praktisk (Brunvoll, 2009). Stifoss-Hanssen og Kallenberg (1998) sier at i den

kristne enhetskulturen i Middelalderen var det overflødig å definere begrep som ”åndelig omsorg” fordi dette ble forstått likt av alle i kulturen. Når Stifoss-Hanssen og Kallenberg (1998) snakker om begrepet livssyn, sier de at det er grunn til å se på dette i vid mening som noe allmenneskelig. Det enkeltes menneskes livssyn er en syntese som utgjøres av hans eller hennes spesielle erfaring av hva det innebærer å leve på en viss tid i en bestemt kultur.

Når religion utforskes innenfor et kulturvitenskapelig paradigme, skriver Gilhus (2001) at det kan være flere rammer for dette. Man kan regne religion som en undergruppe av kultur. Man kan også argumentere for at religionsbegrepet egentlig er overflødig. Wilfred Cantwell Smith (sitert i; Gilhus 2001) ville i sin tid bytte det ut med begrepet ”tro” (faith), og ble kritisert for å ville innføre en protestantisk tilnærming innenfor religionsvitenskap. Timothy Fitzgerald har argumentert for fullstendig å kvitte seg med kategorien religion, han vil bytte den ut med et overordnet begrep; kultur. Han hevder religionsbegrepet virker forstyrrende på de data religionshistorikere forsøker å analysere. Innenfor religionsvitenskap er det en viss enighet om at religion ikke er en essens. Det er et resultat av den kulturelle vendingen i de humanistiske fagene (Gilhus 2001).

Sett ut fra et konstruksjons- og diskursperspektiv konstruerer mennesker innenfor en kultur religion i en felles sosial kontekst og kommuniserer om religion innenfor en felles diskurs. Forskere på sin side konstruerer religion som en universell kategori og et komparativt begrep. Dette blir gjort gjennom en definisjon. MCKinnom (sitert av Gilhus i; Brunvoll mfl. 2009) har i en artikkel om sosiologiske religionsdefinisjoner understreket at det er nettopp fordi alle vet hva religion er, at debatten om religion overhodet kan finne sted. Religion er allerede del av et diskursivt felt der ulike brukere benytter begrepet med ulike interesser og rammer. Man deler en felles kulturell oppfatning av hva religion er; dette er langt på vei en global enighet. Religion er i dag en del av en global diskurs. Kristendommen har vært prototypen for religionshistorikere, noe som innebærer at fagterminologien i mange tilfeller har vært overtatt fra kristen teologi. Islams tilstedeværelse, ikke minst media sin fremstilling av islam og muslimer kan bidra til at ”inputen” til prototypen for religion blir en annen (Brunvoll mfl.2009)

Roald (i; Brunvoll m.fl 2009) spør om det er mulig å se religion og kultur som helt adskilte fenomener. Med utgangspunkt i at religion er en undergruppe av religion, og at kulturbegrepet inkluderer religion, er det klart at religiøse forestillinger er med på å farge et samfunns eller en

gruppes fortolkningsramme, samtidig som også politiske, sosiale og økonomiske forhold påvirker menneskers religiøse tanke- og handlingsmønster. Krogseth (i; Brunvoll m.fl 2009) ser på kultur (og religion) som ”konstruerte fortolkningsredskaper med stor analytisk rekkevidde, redskaper som kan gi meningsperspektiver på viktige menneskelige erfaringer og sosiale fenomener, mens Gullestad (2008) har forklart kultur som handlingsskjema eller fortolkningsrammer, det vil si det som har med en overgripende symbol- og tankesystemet i et samfunn eller innenfor en gruppe å gjøre. Mens det i tidligere forskning var vanlig å essensialisere kultur, det vil si at mennesker er blitt tillagt kulturelle verdier og moralske egenskaper på grunnlag av for eksempel hvor de kommer eller stammer fra, eller hvilken religion de tilhører, er det vanligere i dagens forskning å se kultur som en prosess, det vil si at tanker og verdier innenfor et samfunn eller en gruppe er i evig forandring. Gullestads (2008) definisjon av kultur som fortolkningsramme innebærer at kultur er det som mennesker ”tenker, argumenterer og handler ut fra,” og i lys av det moderne prosessuelle kulturbegrepet er det viktig å se disse rammene ikke som statiske størrelser, men som prosesser i stadig forandring.

Krogseth (i ; Brunvoll m.fl 2009) mener at kulturbegrepet inkluderer religion, og at religion – som et eget kulturelt symbolsystem – derfor hører med sentralt i beskrivelsen av kultur. Jeg merker meg at også informantene snakker om kultur og religion om hverandre, og det kommer frem at mye av det de ser på som religiøse ritualer benevner de også som en del av en kultur. En av dem sier at religion er en del av ens tradisjon, og i den norske kulturen blant annet har noe av det som tilhørte den tidligere kristne tradisjonen forsvunnet, men at dette ikke betyr at religionen er borte. Hun sier videre at;

”Det [religion] går ofte veldig hånd i hånd i andre religioner enn kristendommen. Her i Norge opplever jeg at vi skiller det veldig. At vi på en måte har kulturen, og så har vi religionen. Religionen er noe personlig, den trenger man ikke snakke om i like stor grad. Men i andre kulturer går det ofte mer hånd i handske.”

Det er mulig at det ligger lettere for oss med en norsk kulturell identitet å tenke at kultur og religion er noe som de andre innehar. At vi ikke er like bevisste på hvem vi selv er, og hva som ligger i vår egen kulturelle identitet. Kanskje er det også sånn at vi har kristne tradisjoner som er en større del av vår identitet enn det vi i det daglige går og tenker på. Dette er også interessant å se i forhold til hva som kom frem i kapittel 3.1.4 om Døvings forklaring av Casanovas forståelse av religiøs identitet i vesten. Informant 5 kommer inn på kulturell og religiøs identitet, og tenker at man også kan betegne seg selv som religiøs fordi det ligger til

den kulturelle identiteten man har;

”Det er jo en del som kommer fra muslimske land som ikke er praktiserende muslimer. De betegner seg likevel som muslimer, fordi de har den kulturelle identiteten. Samtidig så er jo veldig mye kultur i Norge nært knyttet til kirken. Det ser man jo bare på hvor mange som løper av gårde på julekonserter i kirkene før jul. Og kristendommen som har dominert i Norge i veldig mange år... vi har alt mulig tankegods som kommer derifra. Som man bruker i det daglige. Ordtak foreksempel, som man ikke vet kommer fra for eksempel bibelen. Og når det skjer spesielle hendelser, som for eksempel 22. juli. Da er det kø utenfor domkirken... da skal alle tenne lys, og bli fryktelig religiøse på en eller annen måte. Ved større ulykker, så er det gjerne kirkene som åpnes. Folk som i det daglige ikke tenker på at de er så veldig religiøse, blir ofte veldig religiøse da...”

Viser dette at det er lettere for muslimer å betegne seg som religiøse fordi det ligger sterkere i deres kulturelle identitet? At det er en selvfølge at noen som kommer fra Iran er muslim, selv om de ikke praktiserer religion i det daglige? Og at det i det norske samfunnet i dag er mer vanlig å være opptatt at man lever i et sekulært samfunn, og at man derfor ikke betegner seg som kristen? På tross av at kristne tradisjoner fortsatt er en stor del av ens identitet?

”Jeg tenker at kultur og religion går veldig i hverandre, og at man ser ofte at viss man prater med noen og kommer inn på religiøse spørsmål sier de gjerne det at jeg har jo fremdeles min barnetro, men... Og veldig mange føler at de ikke kan si at de er kristne fordi de har opplevd at fra kristne miljøer så blir det satt veldig store krav til hvordan ordentlige kristne skal være... så de føler at barnetroen ikke er god nok. Den er liksom for liten. Mange opplever nok en trygghet i barnetroen, og når livet kanskje røyner på så knekker de kanskje hendene under dyna og ber en liten bønn. Men det er ikke sikkert at de sier det til så mange..”

Selv om informantene benytter begrepene religion og kultur om hverandre, kommer de ofte tilbake til kultur, og ut i fra mine refleksjoner dekker dette også religionen. Alle informantene nevner også at om man kommer fra såkalt ”samme kultur”, er man ikke nødvendigvis lik og har like behov.

Det kommer frem eksempler på hvor de antar at pasientene har en konkret religiøs tilknytning grunnet hvor de kommer fra, men så stemmer ikke dette. Det fordrer derfor at man kartlegger dette på en tilfredsstillende måte allerede ved mottak av pasienten. Det blir også snakket om pasienters adferd, og at adferden henger sammen med kulturelle og religiøse forhold. En av informantene kommer med et eksempel på dette, hvor hun sier at hun ved flere anledninger har

møtt pasienter som har hatt andre forventninger til sykepleiere og til hjelpen de skal få når de er i psykiatrisk avdeling. Hun opplever at de er vant til å bli tatt vare på og gitt omsorg på en annen måte. De forventer i større grad at andre tar ansvar, mens sykepleiere i Norge i større grad behandler ved å legge ansvar tilbake på pasienten. Kultur er en stor del av identiteten. Mine fortolkninger er ut i fra mine briller, den norske kulturen.

Informant 3 nytter seg av et annet begrep i samtalen rundt kultur og religion. Han snakker om bærere av en kulturarv og kulturoverleveringstradisjon. Om dette sier han;

”... de som er bærere av den norske kulturarv, altså de som er medlemmer av den norske kirke og har et avklart religiøst forhold, i forhold til at de har en barnetro men ikke er direkte praktiserende... det er kanskje de som jeg sammenligner enklest med i forhold til de med fremmedreligiøs bakgrunn”.

Han setter også disse i motsetning til de som tilhører frie menigheter, hvor han tenker at disse vektlegger i større grad det religiøse og har en strengere livsførsel. Han sier at den religiøse kulturoverleveringstradisjonen handler om at vi har en tusenårig historie med Den norske kirke som religion i Norge. Han mener derfor at det da er naturlig at man følger denne tradisjonen.

”..Jeg skjønner ikke helt dette med shopping av religiøse religioner, det skjønner jeg ikke. Er en vokst opp i et tankesett, i et språk, i en kultur, så er det den kulturen og tankesettet en er kodet inn med. Det er ikke noe man kan ta et eget valg på. Jeg tror ikke på frelse i en sann overbevisning, av en eller annen retning, jeg tenker at en er satt inn i en kulturarv, og det er et møte med seg selv.”

Han tenker også at man i Norge burde være mer bevisst på sin egen kulturarv og det han kaller vår religionstradisjon. Ikke minst i møtet med de med fremmed kulturarv. Han opplever at de ulike kulturoverleveringstradisjonene har mange felles linker, og at de inneholder mye av de samme elementene. Han sier at man har forskjellig overbevisning, og at det er noen synlige forskjeller. Disse forskjellene er ofte i forhold til klesdrakt, kosthold og måter å be på og så videre. Han forteller også at det er mange i Norge som sier de ikke er religiøse og kaller seg ateister. Dette har han ingen tro på, da han mener at man alltid vil tro på noe. Om det så er troen på en stein eller troen på mennesket. Han tenker at media er med på å forsterke troen på at det religiøse ikke finnes.

Det med ”shopping” av ulike religioner, er også et uttrykk informant 5 bruker i samtalen. Det

kommer frem i sammenheng med at vi snakket om nyreligiøsitet. Hun har likevel en noe annen holdning til hvordan og hvorfor ”shopping” av religioner gjøres enn informanten 3 beskrev.

”Det som er spesielt med det nyreligiøse, er at kanskje mye av det ikke er organisert til et spesielt miljø, det er mange forskjellige retninger. Og så driver folk og shopper litt, det de synes er interessant rundt om kring. Det som appellerer mest. Dette tenker jeg at man gjør fordi i det nyreligiøse ligger det mange behandlingsformer. Og for de som sliter med enten psykiske eller psykiske lidelser, så ligger det håp om å finne en behandling som virker. Og så blir det litt shopping av forskjellige ting rundt om kring. Alt i fra ting som ikke lenger blir definert som nyreligiøst, som har blitt mer og mer akseptert innenfor vanlig medisin, som akupunktur og soneterapi. Og en del naturmedisin har jo røtter i fra østlige religioner. Så blir det en miks.”

Det de begge sier noe om er at man kan hente ulike fragmenter fra forskjellige religiøse praksiser, og i noen tilfeller sette dem sammen til noe eget. Det jeg oppfatter at den første informanten snakker om, er at man går ut av den religiøse tradisjonen man var født inn i, og velger seg nye religiøse veier. Dette kan blant annet være ulike nyreligiøse grupper. Jeg forstår det som at han tenker dette er vanskelig da det ikke er ens opprinnelige religiøse og kulturelle tradisjon. Den andre informanten er opptatt av at man kan sette sammen ulike deler fra ulike religioner, og velge selv hva det er man vil tro på, og hva det er som er nyttig for en selv.

Refleksjonene rundt kultur og religion er også noe annerledes hos den første informanten enn hos de andre informantene. Betraktningene inneholder noe av det samme, som at religion er et element i kulturen, og at det overleveres gjennom tradisjoner. Denne måten å tenke på samsvarer ikke helt med en del av de nyere teoriene, hvor man tenker at kultur er noe som er i stadig utvikling, i større grad enn det jeg oppfatter at den informanten mener. Spesielt kommer dette til uttrykk i det han sier om at man ikke kan velge sin kultur og hvilke tankesett man er født inn i, og dermed hvilken religion det er naturlig å tilhøre.

Båtnes (2009) skriver at tidligere ble kulturbegrepet forbundet med overlevert tradisjon, med prioritering av det opphavelige og det gamle. Det var på den tiden mer vanlig at kulturelle uttrykk gjaldt uttrykk som et flertall av folk hadde felles, og kulturforståelsen gjaldt ikke manifestasjoner av kultur i det enkelte individ. I nyere tid er det en økt erkjennelse og vektlegging av at den personlige identiteten kan modifieres og utvikles. De fleste synes i dag å være mer opptatt av kulturens individuelle og subjektive aspekter – de immaterielle, psykiske manifestasjonene på kultur som ligger til grunn for den enkeltes personlig handlingsmønster,

enn tidligere da identitetsprosjektene i større grad var kollektive og festet til den felles materielle kulturen. Båtnes (2009) vil med dette si at det rådende kulturbegrepet i dag reduserer betydningen av den ytre og materialiserte kulturarven til fordel for merkene av kultur i individet. Ingrid Hanssen (2007) skriver også at kultur gjerne blir brukt som om det er noe permanent og uforanderlig. Den svenske medisinske antropologen Lisbeth Sachs definerer kultur som ”menneskers felles, delte, sosialt innhentede bevissthet som overføres og vedlikeholdes gjennom kommunikasjon”. Hanssen mener at definisjoner som disse ikke tar hensyn til at for eksempel ungdomskulturen i den vestlige verden sjelden kan sies å være en arv fra foreldregenerasjonen, og at enhver immigrant i større eller mindre grad vil tilpasse seg den nye kulturen og plukke opp nye ideer, verdier og vaner som endrer hans eller hennes tanker og livsstil. Alle innvandrere blir påvirket av sine nye omgivelser og samfunnet som de bosetter seg i. Hvor sterk denne påvirkningen er, varierer, men Hanssen mener den alltid vil være der.

Tolkningen av virkeligheten er delvis intersubjektiv, den er felles med andre mennesker i samme kultur. På denne måten kan man si at kultur er en felles virkelighetsoppfatning med både kunnskaper og vurderinger. Kulturen bæres oppe av de felles verdiene som menneskene vil realisere i sitt liv sammen. Vi er også avhengige av tidligere generasjoners erfaringer og kunnskaper.

Siden religion og kultur er temaet for oppgaven, kommer man ikke unna religionens plass i det norske samfunnet. Tidligere i dette kapittelet kan man se at informantene har ulike tanker om hvordan religion og kultur er en del av en persons identitet. Det ble også fortalt at kristne handlinger fortsatt har en stor og viktig plass i dagliglivet til mange. Som en av informantene mine sier;

”jeg tror at på den ene siden så ser det ut som at det [samfunnet] er blitt mer sekulært, men på den andre siden så er det større åpenhet for det religiøse på mange måter. Det tror jeg nok er litt... akkurat fordi vi har fått inn så mange med så mange forskjellige religioner og kulturer. Så blir religion mer synlig igjen. Men der hvor det kanskje går litt i nedoverbakke, er i de trange bedehusmiljøene... noe de synes er forferdelig... Men man må se på hvem det er som sier hva, og hvem det er som sier det blir mer sekulært. Ser man i media, så er det veldig mye som handler om religion, og som går i forhold til religion.”

I likhet med hva jeg presenterte i kapittel 3, angående tilstedeværelsen av religion og livssyn i psykiatrisk behandling forteller informant 4 dette;

”Jeg tenker at sann tradisjonsmessig, så er vi jo, viss man ser på historien til psykiatrien, så var det jo veldig religiøst betont. Det var jo prestene og nonnene som tok seg av de som slet med diverse psykiske plager. Så var det på en måte... det var jo sånn samfunnet var bygd opp... de tok seg av det. Så gikk man bort fra det. Så vil jo ikke det bety at religion er borte, selv om tradisjonen er borte...”

Dette stemmer i stor grad med hva som ble presentert i kapittel 3.2.3, nemlig at forestillingene om en sammenheng mellom livssyn og helse trolig alltid har funnet sted, og tidligere var behandlingen også knyttet til religiøse institusjoner.

I dette første kapittelet av drøftingen har jeg beskrevet hvilke begreper informantene mine nytter seg av i samtalen med meg. Det er nå ikke lenger bare ord som blir brukt, men jeg har fått en forståelse for hva den enkelte informant mener og tenker. Som nevnt snakker flere av dem om åndelighet, og alle bruker begrepene religion og kultur. Det kan se ut for meg at dette er enkle begrep å bruke. Når det gjelder kultur, opplever jeg at flere av dem tenker og mener at dette er noe man er født inn i, og at man da innehar visse egenskaper. Noe annet jeg også legger meg til merke, er at flere av informantene reflekterer mindre over at man selv innehar en kulturell identitet. Det er lett å tenke at kultur er noe de andre besitter. Dette gjelder også i stor grad religiøs praksis. To av informantene som viser bevissthet rundt den plassen kristendommen har i den norske kulturen, mens de tre andre gir lite inntrykk av å være bevisste dette.

4.1.1 ”Vi og de andre”

Som en fortsettelse på kapittelet som omhandlet blant annet kulturbegrepet, vil jeg nå gå videre til hvordan dette kan være med på å lage skillelinjer mellom mennesker og samfunn. Dette vil være et underkapittel som i større grad er preget av teorier fra litteraturen og mine refleksjoner rundt disse. Her vil det være få sitater fra informantene. Det er ikke bare ”de andre” – migrantene, innvandrerne, minoritetene eller flyktningene – som er betinget av kultur. Det gjelder i samme grad de vi tenker på som ”oss selv”. Det er likevel ofte først i møte med andre kulturer man blir oppmerksom på at man selv besitter en norsk kultur. Dersom vi ikke reflekterer over dette, kan vi lett bli etnosentriske. Det synes å være en forutinntatthet hos de fleste mennesker at de selv representerer normalen og nøytraliteten, mens de andre representerer avvikene og det kulturelt pregede (Båtnes og Egden 2012). I dette møtet

tydeliggjøres hva denne norske kulturen innebærer. Man kan se at man kanskje har andre måter å gjøre ting på, andre måter å si ting på og kanskje andre måter å reagere på. Dette kan man kalle ulike "kulturelle koder". Likevel, som Dahl (2008) sier er ikke dette faste størrelser. Disse kulturelle kodene er også stadig utsatt for endringer; vi omtolker og konstruerer vår virkelighet på nytt og på nytt i møte med andre mennesker.

Thomas Hylland Eriksen skriver i *Røtter og Føtter* (2008) at akademisk litteratur om identitet alltid handler om forholdet mellom den enkelte, den andre, og ikke minst "de andre". Eriksen poengterer hvordan identitet forener og splitter, og betegner identitet som et omvendt kjøleskap som skaper varme innad ved å skape kulde utad. Ifølge Eriksen (2008) er det bare når man har akseptert denne innebygde motsetningen, mellom varme innad og kulde utad, at det kan være mulig å gå inn i identitetskonflikter på en konstruktiv måte. Konstruksjonene av "de andre" er en uunngåelig følge av at ingen grupper kan være åpen for alle, og noen vil alltid bli ekskludert. Eriksen (2008) sier at "vi og de" har eksistert siden tidenes morgen, og allianser, konflikter, splittelser og sammenslåinger har bestandig forekommet blant personer og grupper i alle kulturer. Man kan videre spørre seg hvorfor bestemte "vi-og-de" grupperinger vedvarer i flere århundrer, mens andre lar seg endre, eller opphøre på langt kortere tid?

Innvandrere, og da spesielt troende muslimer, blir stadig oftere trukket frem som motpol til «det norske», og «vår kristne kulturarv» blir nevnt som en refleks i debatter om hva som skiller «oss» fra «dem» (Eriksen, 2010). En av antagelsene mine før jeg satte i gang med intervjuprosessen var at jeg kom til å gjøre funn på akkurat dette, og da i form av at informantene mine i mer eller mindre tydelig grad ville presentere seg som en del av "vi" eller "oss", og beskrive pasienter med bakgrunn fra annen kultur som "den andre". Ikke bare ved å dikotomisere gjennom benevnelsen "vi" og "dem", men også mer indirekte ved å sette klare skillelinjer mellom egenskaper man innehar. Funnene jeg har gjort på dette er imidlertid mindre tydelige og fremtredende enn ventet. Her kommer mine egne fordommer tydelig frem. Fordommene har jeg ervervet meg gjennom egne erfaringer fra psykiatriske avdelinger, litteratur jeg har lest og ikke minst gjennom debatten i sosiale medier.

Jeg vil likevel i min analyse forsøke å undersøke hva kategoriseringen og dikotomiseringen består i, og videre se på hva dette innebærer. For å snakke om andre enn seg selv vil det i mange tilfeller være vanskelig å unngå å bruke begreper som "vi" "de andre" og "oss" og

”dem”. Det jeg derfor er ute etter å se er hvordan disse begrepene blir brukt, og i hvilke sammenhenger. Derfor er jeg også ute etter å undersøke nærmere hvilke andre konnotasjoner som brukes i deres språk, og om det finnes noe i deres språk som gjør at jeg oppfatter det som kategorisering. Dette vil igjen være min egen fortolkning av deres utsagn.

Det er ikke tilfellet at dem man plasserer ”utenfor” alltid har en annen kulturell tilhørighet, i form av å være fra et annet land. En av mine informanter som er medlem av Den norske kirke, sier at han synes det er vanskeligere å forholde seg til de som kommer fra fri evangeliske miljøer, heller enn de som kommer fra Den norske kirke. Han tenker at medlemmene av Den norske kirke er bærere av den norske kulturarven og har et avklart religiøst forhold. I motsetning til dette, sier han at ”de” er veldig strenge i forholdt til livsførsel, og at de har en rekke restriksjoner på hva de kan og hva de ikke kan gjøre. Her plasserer han videre muslimer og buddhister i samme gruppe som de fra Den norske kirke, da han mener de har et felles ståsted med lik forståelse av sin kulturarv. Noe som også forsterker kategoriseringen her er at han videre sier at denne gruppen ikke har et fanatisk utslag slik ”de andre”, som tilhører fri-evangeliske menigheter har. Med unntak av dette, og hva denne ene informant sier, er ”den andre” nesten alltid muslim.

Det kan virke som om ”kultur” i betydning ”sosiale strukturer” ses som noe negativt. I Norge for eksempel, finnes det implisitt en ide om at det er ”de andre” som handler på grunnlag av kulturelle forestillinger, mens ”vi” er ”rasjonelle” og handler ut fra logikk og fornuft. Edward Saids (2004) diskusjon om ”vesten” representerer det rasjonelle og opplyste og ”orienten” representerer ”kultur” oftest i baktreversk forstand. Dette brukes også blant muslimer i Skandinavia, når for eksempel kvinneundertrykkelse, æresvold, antidemokratisk lederskap og så videre diskuteres. Det blir da henvist til at det er alle ”andre” muslimer gjør, er da ”kultur”, mens likestilling, frihet, demokrati og så videre, som de selv står for er ”religion”. De sosiale fenomenene som har negative konnotasjoner, ansees for å være ”kultur”, mens de fenomenene som gir positive konnotasjoner i storsamfunnet, anses altså for å være ”religion”

Prosessene som utfordrer min identitet ”hvem er jeg i møtet med de som tror og tenker annerledes enn meg?” enten mer sekulariserte eller viser sin religion tydeligere.

Religionspluralismen som utfordrer Den norske kirke. Utfordrer også tilbudet om tro – og livssynsbetjeningen på sykehus, hvor det til nå har vært sykehusprestene som har tatt seg av

dette. (Leirvik 2007)

4.1.2 Det er ikke kulturer og religioner som møtes, men mennesker

Det blir mye fokus på hvilken kultur man besitter, hvilken religion eller livssyn man tilhører og kulturforskjeller mellom ulike grupperinger i denne oppgaven. Derfor tenker jeg at det som presenteres i dette kapittelet er viktig. Her beskriver jeg informantenes fokus på det å møte enkeltmenneske. Når man bruker uttrykket kommunikasjon som et ”møte mellom kulturer”, er dette selvsagt et billedlig uttrykk skriver Dahl (2013). Det er jo ikke kulturer som møtes, men mennesker. På tross av at man ofte fokuserer på møtet mellom kulturer, forteller informantene meg også dette. Pasientene de møter er ikke bare representanter for en kultur eller et livssyn, men de er først og fremst enkeltindivider.

Mennesker man møter bærer sin kultur med seg som en usynlig bagasje. Dahl (ibid) skriver at den feilen vi som oftest gjør i en mellommenneskelig kommunikasjonssituasjon – og spesielt når ”kulturer” møtes – er at vi antar at den andre tenker og oppfatter slik som vi selv gjør det. Da glemmer vi ofte den usynlige bagasjen som hver og en av oss har med seg i en kommunikasjonssituasjon. Dette tar også Den norske kirke opp i sin ”veiledning i religionsmøte” (2006), hvor de skriver at møte mellom religioner alltid innebærer et møte mellom enkeltmenneske. Mennesket bærer med seg sin tro og dessuten sin kultur, sitt språk, sin kjønnsidentitet og sin personlige historie. En religiøs tro finnes ikke uavhengig av den som tror. Det vil derfor være et stort mangfold innenfor alle religiøse tradisjoner.

Som beskrevet i tidligere kapittel, så forteller alle informantene at de har mye erfaring med pasienter med annen bakgrunn enn seg selv. pasientgruppen. Videre sier blant annet informant 1, ”ja, det er jo på lik linje som med alle andre tenker jeg i grunnen”. På tross av at de også forteller om ulikheter, utfordringer og tilrettelegging, har det også vært viktig for alle sykepleierne jeg har snakket med å fremheve at de først og fremst møter pasienten som et eget individ, med sin egen individuelle historie. Og her sier informant 3 at han i stor grad legger vekt på dette i møtet med pasienter, og at han ikke forskjellsbehandler dem i forhold til kultur.

Han forteller videre om en opplevelse han hadde fra en somatisk sykehusavdeling. Dette var den første fremmedkulturelle pasienten han hadde møtt, og han skulle være primärsykepleier

for en kvinnelig pasient fra Tyrkia. Han benevner denne kvinnen som strengt religiøs, og tenkte det ville være problematisk for han som mannlig sykepleier å møte henne uten at hun var tildekket. Han sier han valgte å være åpen på dette i møtet med henne som pasient, og at da hun fortalte ha at dette ikke var noe møte på religiøs basis, men at han hadde en rolle å gjøre ovenfor henne som sykepleier. Så lenge han var i uniform, så var det uniformen, og dermed den profesjonelle som gjorde jobben, og ikke han som menneske. Informanten sier at denne episoden gjorde at han fikk en vekker i forhold til sitt møte med mennesker fra andre kulturer og religioner. Det er mennesker vi møter og ikke religionen. Dette førte videre til at han kunne utføre alle sykepleieoppgaver i forhold til denne pasienten uten at det oppsto noen problemer, verken for henne eller hennes familie. Han mener at hun hadde et veldig avklart forhold til denne biten, og hun lærte også han en rekke ting underveis. Hun kunne fortelle han mye om det å være muslim, og at det overhodet ikke er noe forskjell mellom det å være muslim, kristen eller buddhist. Man er menneske uansett. Og det er dette som har vært denne informantens hovedfokus i møtet med fremmede kulturer og religiøse kulturer. Han har heller ikke i løpet av tiden han har arbeidet i psykiatriske avdelinger møtt noen som har syns dette har vært vanskelig. Om man har en kristen, muslimsk eller buddhistisk bakgrunn, så stiller han alle likt.

Den samme informanten er likevel opptatt av at man har et bevisst forhold til sin egen kulturarv, også i møtet med de med det han benevner som de som har en fremmedkulturell kulturarv. Han mener det er mange felles linker der. På den måten han opplever Den Norske kirke, så handler det mye om det samme rommet som de med en fremmed kulturarv. Det er bare små nyanser som er forskjellige. Han mener at disse nyansene ofte går på det ytre, og det vi kan se med det blotte øye. Blant annet klesdrakter, maten de spiser og måten de ber på. Men det er likevel ytre faktorer. Går man under overflaten og finner ut hva dette handler om, så handler det om akkurat det samme som vår egen kulturarv. Og det handler da om å møte mennesker! Og mennesket er det som er i fokus her, det er mennesket vi skal forholde oss til. Han tenker da at om man har et bevisst forhold til sin egen kulturarv, så møter vi mennesker med en annen kulturarv med respekt. Har man en bevissthet i forhold til seg selv, så vil en i større grad ha respekt for andre.

I dette kapittelet har informantene vist at på tross av ulikheter og utfordringer de kan møte og tilrettelegging de gjør så er hvert enkelt møte med en pasient et møte med et individ. De

fremhever at de ikke forskjellsbehandler på bakgrunn av kulturell og religiøs bakgrunn, men at de først og fremst ønsker å se hele pasienten.

4.2 Sykepleierens møte med pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn

Nå vil jeg forsøke å beskrive hvordan informantene erfarer det å møte pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn. Er dette noe som skjer hver dag, eller er det noe de har mindre erfaring med? Her kommer jeg også inn på hvilke religioner og livssyn de møter i hverdagen. Når et menneske blir innlagt på sykehus eller på annen måte kommer i kontakt med helsevesenet, blir tilvant tenkning og atferd utfordret på en ny måte. Som jeg har beskrevet tidligere i kapittel 3, er befolkningen ikke en homogen gruppe mennesker, men sammensatt av mennesker fra mange kulturer og religioner. Dette påvirker også hvem de enkelte pasientene som er innlagt i psykiatriske avdelinger er. Hvilke kulturelle aspekter som får betydning for personen i møtet med helsevesenet, er i stor grad situasjonsavhengig.

Alle informantene sier at de i hverdagen møter mange pasienter med en annen kulturell og religiøs bakgrunn enn de selv, og at dette er noe de har mye erfaring med. Disse menneskene de møter har også ulik bakgrunn. Det kan dreie seg om mennesker som har emigrert til Norge og gjort det til sitt nye hjemland, arbeidsinnvandrere som tenker å være i Norge for å jobbe en periode og turister som må søke hjelp grunnet plutselig oppstått sykdom. En av dem sier at de relativt ofte har innlagt pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn. Hvor ofte, varierer likevel mye sier hun, og noen dager er det fem av femten, andre ganger ingen. En annen av sykepleierne sier at det går litt i perioder hvor aktuelt dette temaet er i behandlingen av pasientene, men at det mer eller mindre hele tiden det siste halve året har hatt utfordringer i forhold til dette. Hun mener likevel at det alltid har vært svært aktuelt, men at det grunnet flere spesielle episoder hvor religion har vært sentralt har blitt tatt tak i nå. Da blir man også mer oppmerksom på det.

Når det nevnes andre pasienter enn de med kristen bakgrunn, kommer det frem at det stort sett er muslimer informantene tenker på. En av informantene sier hun ikke kan huske at de har hatt pasienter hvor det har vært aktuelt å skulle forholde seg til andre religioner enn kristendommen og islam. Dette bekrefter også en av de andre sykepleierne. På spørsmål om dette er fordi disse

pasientene ikke er innlagt i avdelingen hos dem, eller om det er fordi de uttrykker sin tro og religiøsitet på en mer privat måte, sier en av informantene at hun er usikker. Men hun tenker at det også kan være fordi de ikke har hatt fokus på det i avdelingen, da tro og religion ikke rutinemessig blir kartlagt. Dette fører igjen til at pasientene kanskje er innlagt uten at man tenker på hvilken tro og livssyn de har. Ut fra hva vi så i kapittel 3.1.4, at befolkningen også består av mange fra andre tros- og livssynssamfunn, kan man kanskje anta at også de har innleggelser i psykiatriske avdeling fra tid til annen. Hanssen (2007) skriver at psykiske lidelser eller symptomer forekommer hyppigere blant innvandrere enn blant etnisk norske.

Om disse informantene kanskje ikke har møtt noen av dem er selvfølgelig en mulighet. Om ikke dette er tilfellet, er det også mulig at disse pasientene ikke har utøvd eller uttrykt noen form for religiøs praksis, og at det dermed ikke har blitt viet oppmerksomhet. Så er det også et spørsmål rundt den enkelte informants bevissthet rundt religion og livssyn hos pasientene.

På tross av at informantene mine sier at de møter mange pasienter med annen religiøs og kulturell bakgrunn, forteller noen av dem at det er lite bevissthet rundt dette. En av dem sier blant annet dette;

”Det er ikke en høy bevissthet rundt det om de har en religiøs bakgrunn fra avdelingen sin side. Det er bare sann ”å ja, de er religiøse”. Det blir aldri tematisert om det kan ha noe betydning i forhold til de psykiske symptomene de har.”

For å ha mulighet til å være oppmerksom på pasienters religiøse og livssynsmessige behov antar jeg at man må forsøke å få klarhet i pasientens egne tanker rundt dette. Hos de fleste av informantene kommer det heller ikke frem hvordan de kartlegger dette blant pasientene. Dette er noe jeg har spurt den konkret om. Flere sier at de spør pasientene, men ingen forteller at de har rutiner som sikrer at dette kommer i en kartlegging av pasienten. En informant sier de ikke har noen prosedyre på å kartlegge dette, men at det som regel er gjennom at pasienten uttrykker det selv. Hun kan ikke huske å ha sittet i en samtale med hvor hun har spurt pasienten direkte spørsmål om dette. Men hun nevner at når hun hadde praksis i somatisk avdeling var det rutiner for å spørre om dette i innkomstsamtalen. En annen sier;

”Nei, det overhode ikke noen rutiner for å kartlegge dette. Og jeg tror det er noe man kvier seg til å ta opp. Nordmenn har vel en tendens til å være litt sjenerte i forhold til å snakke om religiøse spørsmål. Jeg tror dette er litt historisk. Det har vært veldig fronter i Norge, i forhold til om du er personlig kristen eller ikke... og hvor man er redd for at folk fra andre religioner

eller trossamfunn skal prøve å omvende man selv. Og det har vært veldig på dette at religion er en privatsak. Og så har det vært en tendens, spesielt i psykiatrien til at religion er noe man ikke skal snakke om.”

Mangelfull kartlegging tenker jeg er uheldig for behandlingsforløpet til pasientene som er innlagt i disse avdelingene. Litteraturen støtter også oppunder dette. Leenderts (2014) skriver at systematisk kartlegging bidrar til at det ikke blir overlatt til den enkelte fagperson å fange opp denne dimensjonen. Informasjonen man mottar kan ha betydning for den aktuelle behandlingen. Pasienten vil også selv oppleve at det eksistensielle/åndelige er noe behandlingsmiljøet inkluderer og regner som betydningsfullt. Det kan videre føre til at det er lettere for pasienten å ta opp temaet med behandlerne. For kunne gjøre rede for hvilke behov pasienten har, bør man ha en kartlegging. Leenderts (2014) poengterer også at den informasjonen som fremkommer i kartleggingen må nyttes om hjelpen skal være helhetlig.

At de som arbeider i psykiatriske avdelinger ofte kommer opp i situasjoner hvor religion er aktuelt forteller informant 5 mer om. Hun forteller at dette skjer ofte, men at situasjonene kan være ulike. Det kan være eldre mennesker som hele livet har vært i kristne miljøer, og når de nå har fått en depresjon, er de redde for at de har mistet kontakten med Gud. Andre ganger er det inno pasienter, i noe som hun beskriver som karismatiske sammenhenger, med sine psykiske problemer, hvor de har blitt bedt for og forsøkt helbredet. Når det så ikke har hatt effekt, og de ikke har blitt friske så er de redde for at noe er galt med dem Hun har også opplevd flere tilfeller, da spesielt pasienter fra Jehovas vitner. Hun sier at dette kan være utfordrende.

”Jeg husker vi hadde en pasient som hadde brutt med Jehovas vitner som fikk barn, og som ble veldig redd for at det hadde vært galt å bryte med dem. Hun ble redd for at barnet skulle ende opp i armageddon fordi hun hadde brutt med Jehovas vitner. Så hun fikk fryktelig angst av det..”

En av informantene sier videre at hun opplever at ”vi [personalet] har mye bevissthet rundt det, og forsøker å ivareta den enkeltes behov for å utøve sin egen religion. Så er det forskjellig hvor opptatt de forskjellige er av det, men at vi prøver i stor grad å tilpasse det vi kan.” En annen informant sier at når det gjelder åndelighet, er det noe man kanskje ikke merker så mye til, men at det likevel står sentralt i avdelingen. Kan dette være et eksempel på at religion og livssyn er noe man ikke snakker om? At det er noe som er til stede, uten at man setter ord på det? Jeg

tenker at i så fall så vil dette kunne være med på å forsterke at det er noe man ikke snakker åpent om. Pasienter som da er i behov av samtale, tør da kanskje ikke å be om hjelp.

Disse beskrivelsene viser at religion og livssyn er et aktuelt tema i en psykiatrisk avdeling. Som sagt forteller alle at det oppstår situasjoner hvor religion er aktuelt ofte. Her forteller også noen av informantene nærmere hvem disse pasientene er, og de er svært forskjellige individer og tilhører ulike religioner. Det er likevel ingen som har beskrivelser fra situasjoner eller erfaringer med andre enn kristne (inkludert Jehovas vitner) og muslimer. På tross av at informantene sier det er aktuelt og også av stor betydning, er det lite eller ingen kartlegging av religion eller livssynsmessige behov i avdelingene de arbeider. De tenker likevel at de forsøker og redegjør for behovene ved å spørre. Noen venter til pasienten selv tar det opp. I neste kapittel kommer jeg til å gjøre rede for hvilken betydning informantene mener religion og livssyn har for pasientene.

4.3 Betydningen av religion og livssyn for pasienten i psykiatrisk avdeling

Bakgrunnen for denne oppgaven er blant annet min interesse for, og tanker og spørsmål rundt hvilken sammenheng det er mellom livssyn og helse. Fra min egen erfaring som sykepleier vet jeg at man møter på utfordringer i forhold hvordan man skal håndtere spørsmål rundt tro og livssyn. Jeg vet også at det er mange tanker om dette blant mine kollegaer, hvor noen tenker det er utelukkende positivt, andre negativt. I litteraturen og i empirien jeg har arbeidet med gjennom dette studiet har jeg funnet forskjellige tanker og meninger rundt hvilken betydning religion og livssyn i psykiatrisk behandling har. I dette kapitlet velger jeg å fokusere på informantenes refleksjoner rundt den positive effekten av det. Deretter vil jeg i neste kapittel komme inn på utfordringene.

Når man arbeider tett inn på liv og død, som for eksempel i behandlingen av kreftpasienter, kan tro og livssyn være en naturlig del av sykehusoppholdet. I somatiske sykehusavdelinger er bruken av sykehuspresten utbredt, men oppleves det like enkelt i en psykiatrisk avdeling? Det er kjent for mange at det kan være nytte i det å snakke med en prest når man gjennomgår kriser i livet. Halstensen skriver (i; Danbolt mfl. 2013) at empirisk forskning viser at mennesker vender seg mot Gud i kriser og farer. Forskningen viser også at mennesker som i utgangspunktet ikke har en bevisst tro, også vender seg mot Gud for å søke beskyttelse når

krisen er et faktum. Psykiatrisk sykdom og sykehusinnleggelse kan likeledes være en alvorlig og kritisk tilstand for mange som opplever det. Derfor tenker jeg at betydningen av religion og livssyn er like stor i denne type avdeling. Jeg vil her komme inn på sammenhengen mellom både somatisk og psykisk sykdom og tro/livssyn og sykepleiernes erfaringer med hvilken betydning religion har for pasientene.

Som nevnt innledningsvis er likeverdige helsetjenester en målsetning i helsevesenet. For å yte dette er det nødvendig å vite hvilke rettigheter pasientene har. Som beskrevet i kapittel 3, ligger det både til sykepleierket og til pasientens rettigheter at sykepleieren ivaretar pasientens religiøse og livssynsmessige behov. Dette gjelder også for sykepleiere som arbeider i psykiatriske avdelinger. Som sykepleier tenker jeg det er naturlig å ha et ønske om å møte pasienten med en helhetlig omsorg. Dette skal da favne pasientens fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov. Menneskets åndelige dimensjon har ikke alltid hatt særlig fokus. Det å snakke om åndelige spørsmål har vært et tabu i psykiatrien. I møte med nye kulturer og nye religioner vil man igjen møte problemstillinger knyttet til disse temaene, kanskje vil dette gjøre at man vil være nødt til å sette søkelyset på religiøse spørsmål innen psykiatrien. En britisk undersøkelse publisert i *Journal of Clinical Nursing* (2010) viser at også sykepleierne der erkjenner viktigheten av å vektlegge pasientens åndelige behov. Konklusjonen i undersøkelsen er at dette vil være med på å forbedre den generelle kvaliteten på pleien.

Det er ingen av mine informanter som mener at religion ikke er av betydning for pasientene. De er også enige om at det i mange tilfeller er positivt relatert til deres helse. I sammenligningen mellom psykisk og somatisk sykdom, vurderer de også at religion og livssyn er like viktig hos psykisk syke som hos de med fysisk sykdom.

Informant 4 sier hun ofte ser at Gud blir ekstremt viktig for mennesker i krise. Hun sier videre;

”... fordi det er en trøst. Man trenger det når man har det vanskelig. Man kan ikke være alene. Så man trekker seg mot Gud. Fordi man trenger noen som kan bære sammen med en.. Da blir man ekstra opptatt av det, ofte forsterkes det religiøse, og behovet for religionen, nettopp fordi man er sårbar. Så man trenger noen ved sin side, som er større enn en. Og det er jo kjempefint! Så lenge det gir mennesket trøst, så er det helt nydelig!”

Her beskriver hun blant annet pasienter med krisereaksjoner etter skilsmisser eller dødsfall og lignende. Religionen vil da kunne være en del av et støtteapparat. Mange balanserer dette godt, og greier å bruke religionen på en måte som er sunn og positiv for dem selv. Informant 5

forteller også om det hun kaller den gode troen;

”En ting er jo de som har den lit sånn gode troen som jeg vil kalle det... at de har det litt barnslige forholdet til Gud. At Gud er god, og at Gud tar vare på deg selv når det er vanskelig... og de har det da som en ekstra støtte i livet.

Her hører vi om den gode troen, som beskrives som sunn og positiv for pasienten. Dette tenker jeg kan sammenlignes med teorien av W. James som ble presentert i kapittel 3.2.3 angående sunn og usunn religiøsitet. Dette tar også Dybing opp i sin masteroppgave, *Troen som ble en byrde* (2014). Torbjørnsen (i; Danbolt mfl. 2013) skriver også at troen på en god og kjærlig Gud fungerer positivt når det gjelder helsemål, mens troen på en hevngjerrig og straffende Gud fungerer negativ.

Som sykepleiere er man utdannet til å skulle ta vare på, og vise omsorg for hele mennesket. Dette er også et aspekt som flere av dem tar opp. I forbindelse med dette forteller informant 4 meg dette;

”Jeg mener at man ikke kan behandle mennesker uten å se helheten. Og religion er ofte en del av mennesket. Det går jo tilbake til Jung, og tanken om at man ikke kan behandle et helt menneske uten å se det åndelige. Det er en del av, og det deler jeg jo, det synet... Og man må romme det!”

I kapittel 3 nevnte jeg noe om Freuds forhold til religion, og hvordan dette kanskje har påvirket dets rolle i psykiatrisk behandling. I sin bok *Psykiatri og religion* (1988) skriver Roness at Jung var uenig med Freud i hva som var det grunnleggende i den menneskelige natur. Jung var opptatt av religion og metafysikk, og mente at psykisk helse og balanse var like avhengig av at religionen fikk et fullverdig uttrykk som av at instinktene ble tilfredsstilt. Han sa også at dersom mennesker neglisjerer sitt religiøse behov, vil det lett kunne oppstå en nevrose. Han har også en positiv holdning til alle religioner, og mente at ulike mennesker har forskjellige religiøse behov. Selv om dagens mennesker ofte fornekte Gud, er de like naturlig religiøse som de alltid har vært. Mye av den energi som tidligere strømmet over i riter og religiøse handlinger, kommer i dag til uttrykk i politiske trosbekjennelser eller i kunnskapstilegnelse (Roness 1988).

Borge (2009) skriver i sin artikkel om pasienters erfaring med sjelesorg i en psykiatrisk avdeling at når pasienten erfarer at behandler anerkjenner og evner å forholde seg til

dimensjonen ånd, kropp og sjel, vil pasienten oppleve at helsearbeideren forholder seg til hele mennesket, og dette kan motvirke desintegrasjon og være mentalt helende. Hun skriver også at både åndelighet og religiøsitet kan innebære en følelse av mening, håp og verdier, samt en forbindelse med en høyere kraft eller noe som ligger utenfor vår erfaring. I følge Koenig og medarbeidere (2012) viser en samlet mengde empiri at religiøsitet er relatert til blant annet økt velvære, optimisme og livskvalitet. Man ser også en assosiasjon til angst og depresjon, hvorav de fleste studier viser en lavere forekomst hos religiøse informanter i sammenligning med andre. Litteraturen viser at religiøse og åndelige opplevelser synes å være en betydningsfull buffer mot belastende livshendelser, og kan bidra til å hjelpe mennesker til å overvinne fortvilelse og bekymringer. Det kan også være med på å bidra til psykiske problemer, og det er her sykepleiers evne til å forstå menneskers erfaring og mening omkring religiøse og åndelige spørsmål kommer inn. Dette er viktig for korrekt vurdering og dermed også rett behandling av pasienten.

En av de andre informantene forteller at religion ofte kan være med på å bryte en isoleringstendens som oppstår som en del av psykisk sykdom.

”Altså, mennesker som er plaget av psykoser har ofte også en isoleringstendens, at de avviser alle mennesker rundt seg, og at en religiøs tilhørighet kan være med på å reinkludere, ..til å forholde seg til et sosialt fellesskap... Og det har jo vi sett eksempler på at mennesker fra en muslimsk bakgrunn som har vært plaget med psykoser og stengt alle ute og isolert seg... og at det å gå i moskeen og møte mennesker er med på å resosialisere mennesker tilbake til samfunnet... det er en positiv erfaring.”

At nettverk, fellesskap og sosialisering er viktige faktorer for god helse og bedring, og at det er en positiv ressurs man bør ivareta er det flere av informantene som trekker frem. Det å være med i en menighetssammenheng opplever en sykepleier som positivt. Dette fungerer som sosialt og ivaretaende. For noen som kanskje også har begrenset nettverk i forhold til familie, eller er ute av arbeidslivet, så er dette en ypperlig mulighet til å treffe mennesker. De har også ofte mulighet til å drive frivillighetsarbeid og opplever dermed mestring ved å ha en funksjon i en organisasjon. På denne måten oppleves det som en stor og viktig ressurs. Isolering kan være symptom på flere psykiatriske diagnoser. For å fremme god helse er heller ikke isoleringstendenser ønskelig. Ifølge Stamnes (i; Hanssen 2007) viser forskning at sosial støtte kan forebygge negative psykososiale reaksjoner ved sykehusinnleggelse, gi raskere rekonvalesens etter sykdom, og gi lavere forbruk av medisiner.

Deltakelse i religiøst liv har vist seg å være av sentral betydning for vedlikehold av etnisk og kulturell identitet i en diasporasituasjon. Døving (2009) skriver at en viktig grunn for oppslutning om ulike trossamfunn for personer med innvandringsbakgrunn kan være at trossamfunnet ikke bare tilbyr religiøs tilknytning, men også sentral informasjon knyttet til bolig, arbeid, informasjon om juridiske rettigheter. Den rollen trossamfunnet fyller, er ikke nødvendigvis primært av religiøs art, men kan også handle om sosiale, økonomiske og praktiske funksjoner. Det er nok nyttig for sykepleiere som arbeider med denne gruppen pasienter å være klar over betydningen dette sosiale nettverket kan ha for pasienten.

Mange trekker inn at for at religion og livssyn skal være bra for god helse, så er det viktig å ha et balansert forhold til religion og livssyn. Her kommer også et par av dem inn på det de kaller ”et avklart forhold til religion”.

”... for veldig mange så er religion kjempeviktig for å ha god helse. Men det er når man har et, hva skal man si... Et avklart forhold til egen religion. Og om man har en tro hvor det kanskje lov å være usikker. Og hvor det er lov å være i tvil ... og som man ikke blir veldig innesteng i.

En av sykepleierne sier at religion og livssyn trolig blir nedprioritert både i psykisk og somatisk helsevern. Likevel mener hun at det er vel så viktig i psykiatrien. Dette sier hun er fordi at de

”de åndelige tingene ofte kan være vevd sammen med den psykiske lidelsen. Og har de religiøse problemer, så kan de fort få konsekvenser for de psykiske problemene. Så behandler man kun de psykiske problemene, så kan det hende at vi overser en ganske viktig faktor. Dette kan videre være viktig på to måter. Enten at det er der problemene ligger, men det kan også være at det er der ressursene til pasienten ligger. At troen og den religiøse tilhørigheten faktisk gjør at de har et godt nettverk rundt seg. Noe som gjør at de har støtte i livet..”

At religion også kan være direkte knyttet til den psykiske tilstanden til pasienten tar også flere opp. En av dem opplever imidlertid at det ikke alltid oppdages av behandlingsapparatet at det er en sammenheng. Hun sier at;

”jeg har ikke inntrykk av at det blir sett så mye i sammenheng, at den religiøse spenningen, ... at den kan være mer eller mindre utløsende for de psykiske problemene... Jeg tenker at de kan være det. Det er noe med at religion kan ha så stor betydning for folk, at det å gå inn i en religiøs krise faktisk kan ha, ... kan faktisk ligne veldig på en psykisk krise. En eksistensiell

krise hvor man føler at man står på kanten av et stup, og risikerer å gå fortapt. Og risikerer og ikke være god nok muslim for eksempel Å bli utstøtt fra fellesskapet. Dette er ganske voldsomme ting å gå gjennom”.

Stifoss-Hanssen og Kallenberg (1998) skriver at store mengder av resultater av forskning som er gjort på forholdet mellom religion og helse, peker på at religion påvirker måten å leve på, på en måte som er igjen påvirker helsen positivt. Generelle studier av forholdet mellom religion og helse konkluderer med at religiøse personer har noe bedre helse enn andre. Innen mental helse, ser man ofte at sterke følelser har vært i sving når religion har blitt diskutert. Danbolt mfl. (2014) skriver at mellomliggende faktorer ofte har stor betydning i forhold til hvordan religiøsitet kan påvirke vår mentale helse. Dette forklarer de med at religiøsiteten har sammenheng med en variabel, for eksempel familierelasjonen, som igjen har betydning for utvikling av depresjon. Dette stemmer i stor grad med hva mine informanter erfarer fra sine pasientmøter. Religiøs praksis har også vist seg å ha en direkte assosiasjon til positiv mental helse, og her handler det om forholdet mellom enkeltindividet og det transendente. Opplevelse av velvære, lykke og tilfredshet kan oppnås gjennom for eksempel bønn, sang og ritualer (Danbolt mfl.).

Her har det kommet frem en rekke erfaringer som viser hvor sykepleierne mener at religion og livssyn har stor betydning for pasientene, og at de ofte tenker at det er positivt relatert til deres mentale helse. Alle informantene har vært enige om dette, og flere forteller om viktigheten av å se religion som en del av hele mennesket. De kommer også med konkrete situasjoner hvor pasientene opplever mestring, og i likhet med litteraturen forteller de hvordan religion og tilhørighet til religiøse grupper er med på å opprettholde og ivareta betydningsfulle nettverk. De trekker allikevel frem at det som er positivt, det er, som en av informantene beskriver den, *den gode troen*. Dette oppfatter jeg som den troen som er med på å gi styrke til å mestre utfordringene i hverdagen. Det ligger likevel en motsetning til den gode troen. Dette vil jeg nå beskrive nærmere i et av de kommende kapitlene. Først beskrives generelle utfordringer.

4.4 Generelle utfordringer i møte med pasienten

I kapittelet over har jeg gått gjennom og diskutert hvilken betydning religion og livssyn har for pasientene, og hvordan sykepleierne oppfatter dette. Det vil nå komme tre underkapitler hvor

jeg beskriver ulike typer utfordringer i forhold til kultur, religion og livssyn. Jeg vil her starte med noen beskrivelser i fra situasjoner hvor sykepleierne møter utfordringer.

For mange innvandrere fra andre kulturer kan den norske sykdomsforståelsen avvike så mye fra deres egen forståelse, at behandlingen vanskelig kan gis uten at behandler har kjennskap til pasientens bakgrunn. Dermed står helsepersonell overfor store utfordringer: Hvordan behandle en person likeverdig med en annen, når forståelse av grunnleggende sykdomsbegreper, symptomer og bruk av medisiner, kan variere sterkt fra det man er vant til å behandle? Dette er noe som har stått sentralt i samtalen mellom meg og mine informanter.

På tross av at mange av mine informanter synes det går greit i møtet med pasienter fra andre kulturer og religioner, nevner de likevel at det er en rekke utfordringer i dette møtet. I samtale vi har hatt rundt dette, svarer mange spontant at de synes dette går greit. Likevel kommer det frem gjennom intervjuene at det finnes utfordringer. Som informant 2 fortalte om i intervjuet, er hun påpasselig med at hun vil kalle det for utfordringer, og ikke problemstillinger. Dette fordi hun mener at det ikke er noen problematikk, men at det kan være en utfordring for personalet fordi det skorter på kunnskap blant dem. Når det gjelder problemer, kommer det også frem hos andre informanter, og det er blant annet en som sier at han ikke ser på det som problemer, og da blir det heller ikke noe problem.

At kunnskap er med på å gjøre det lettere går igjen hos de fleste. Jeg vil komme nærmere inn på dette i senere kapittel. Informant 1 synes også at møtet med denne pasientgruppen går greit, og at hun spør eller leser seg opp om tema og pasienten om det er noe hun lurer på. Hun tenker ikke umiddelbart at det er noen utfordringer som knytter seg spesielt til denne gruppen pasienter. Likevel kommer det frem etter hvert at hun har erfart at det kan være noen utfordringer i møtet med deres pårørende. Dette kan være utfordringer i forhold til det å ha et annet syn på psykisk lidelse, og det å forklare behandlingsforløpet til dem. Også når det gjelder eldre menn, som er familiens overhoder, og skal passe på å ha kontrollen over alt.

4.4.1 Når religion blir en utfordring

I kapittelet over var fokuset på hvilke utfordringer religion og livssyn kan være med på å skape for pasienten. I dette kapittelet er jeg fortsatt inne på utfordringer, men her vil fokuset være på

de situasjonene hvor religion og livssyn oppleves som uheldig for pasientens helse.

Det var flere av informantene som fortalte meg forholdet pasienten har til sin religion er avgjørende for om religion og livssyn har positiv eller negativ effekt for dem. Det ble blant annet nevnt ovenfor det var viktig med balanse i forhold til det religiøse. Det oppfattes som uheldig om de ikke greier å opprettholde denne balansen. Når de her forteller om balanse, så forstår jeg dette som at pasienten evner og både ta vare på å utføre sin religion, samtidig som de har forståelse for hva som er bra for deres egen helse. Det blir også sagt at det er viktig å ha et avklart forhold til religion.

Det å ha en religion eller et livssyn som man blir stengt inne i oppfattes også som lite heldig. Informant 5 forteller om slike miljøer;

”om man er i miljøer som er veldig trange, hvor det er store krav til hvordan man skal leve, hvor man kanskje hele tiden har en følelse av og ikke strekke til, ikke være god nok, så tenker jeg at det kan være negativt for helsen. Og det er jo viktig å ta tak i. Hva slags religion den enkelte har. Om det er av den positive eller negative varianten. Jeg har jo opplevd det at jeg har hatt pasienter som har vært i en religiøs sammenheng hvor jeg har tenkt at dette kanskje kan være problemskapende...”

Her forteller hun videre at det da blir viktig å finne ut av om dette kan være et eventuelt problem for pasienten. Dette sier hun kan gjøres ved å være direkte og å spørre pasienten hvordan det ligger an. Hun beskriver videre situasjoner med deprimerte pasienter, hvor hun flere ganger har møtt de som har mye syndfølelse. De føler de har syndet så mye at de ikke er gode nok for Gud. De har da en redsel for å være forlatt. Når pasienter befinner seg i en depressiv tilstand, og mister den normale følelsen av seg selv, er det også noen som føler at de har mistet kontakten med Gud.

Langfeldt gav i 1954 ut boken ”Mentalhygiene og kristendom” (sitert i; Roness 1988). Her snakker han om mental helse og kristendom, men jeg tenker at dette også kan nyttes i forhold til andre religioner og livssyn. I den går han sterkt ut mot usunn kristendomsforkynnelse som han mener finns i Norge. Dette tenker han også skaper psykiske lidelser. Han fremholder hvordan kristen forkynnelse, og med all den fokus på synd, lett kan forårsake mindreverdighetsfølelse. Dette kan igjen være med å danne grunnlaget for angst og depresjoner. Når det gjelder nevrotiske forstyrrelser og sammenbrudd, mener Langfeldt (i;

Roness 1988) at psykiatere stadig erfarer at mange av de ofte nærtagende og selvusikre personene som søker til oppbyggelsesmøter, etter kortere eller lengre tid får nervøse sammenbrudd som ytrer seg ved sykelig skyldfølelse, engstelse for fortapelse og depresjon.

Videre sier Langfeldt (i; Roness 1988) at hos enkelte oppstår rene forvirringstilstander som nødvendiggjør øyeblikkelig psykiatrisk innleggelse. Da kan det han kaller klisjeer fra bibelen bli til livsfarlige impulser.

Det er kanskje en slik tilstand en av informant 4 her forteller om. Hun sier at det noen ganger blir nødvendig å sette begrensinger i forhold til religiøs aktivitet. Situasjoner hvor dette blir nødvendig er når de i for stor grad går ut over pasientens helse, og som hun sier, ”det er livsfarlig, de kan dø av det”. Her viser hun til en situasjon hvor en pasient hadde lagt sin skjebne i Guds hender, og sluttet å ta til seg mat og drikke.

”Hun satt og siterte koranen kontinuerlig. Hun ønsket å sitte på netter hele tiden for å se på koranopplesninger på youtube. Og bruker religionen som flukt... som jeg forstår det. Man bruker religion som en flukt fordi man ikke håndterer livet sitt her og nå. Og det er ikke helt heldig det heller, fordi hun gikk rett og slett inn i en kataton tilstand. Vi fikk ikke kontakt med henne på flere timer...”

Alt skulle da foregå gjennom Gud, og religionen ble altopplukkende. Da tenkte sykepleieren at de måtte inn å korrigere adferden og sette begrensninger. Videre sier hun at det er uheldig at man har et slikt bilde av religionen, at den kommer inn og redder deg, og at den blir flukten fra virkeligheten. Konsekvensene kan da bli at pasienten slutter å ta ansvar for sitt eget liv. Situasjoner som dette har hun opplevd både hos kristne og muslimske pasienter.

Den samme sykepleieren forteller videre om situasjoner som ofte oppstår på ”skjermet avsnitt”¹. Her sier hun at pasientene svært ofte er altopplukkende i forhold til religion, og det er her ”det religiøse koker over”. ”Religionen og kongen og statsminister`n”. Dette er området hvor Gud, kongen og statsministeren ofte står i sentrum, og hun tenker at det ikke har noen sammenheng i hvor man kommer fra. Det er både Gud og Allah som befinner seg der.

¹ ”Skjermet avsnitt” er et avgrenset område i avdelingen, hvor pasienten er skjermet for ytre stimuli. Dette området har også en forsterket sikkerhet, i form av økt tilstedeværelse av personal og fravær av skadelige gjenstander. Pasientene som befinner seg her er ofte preget av uro og mye tankekaos, vrangforestillinger og psykotiske symptomer. Det må fattes skjermingsvedtak i henhold til psykisk helsevernloven om skjermingen foregår utover 24 timer.

Koenig skriver i sin bok, *Handbook of Religion and Health* (2012) at symptomer på psykopatologi ofte er sammenvevd med religiøs tro og praksis. Ofte kan man se at psykiatriske sykdommer som schizofreni, mani eller depresjoner med psykotiske symptomer ofte er ledsaget av religiøse vrangforestillinger. Det kan for eksempel være at pasienten hører stemmer fra Gud, eller satan som ber han gjøre ting. Det kan også være visuelle hallusinasjoner av religiøse symbol. Den maniske pasienten vil kunne ha grandiose forestillinger om at han eller hun er Jesus, Messias eller Gud. Pasienten med depresjon og psykotiske symptomer tror kanskje han har begått en utilgivelig synd og er dømt til evig fordømmelse hvor det ikke finnes håp for å unnslipe. En pasient med obsessive-compulsive-disorder (OCD), tvangstanker, vil trolig repetere bønner eller andre religiøse ritualer. Han sier at på den ene siden er det mulig at en økning av religiøs tro og praksis kan føre til mer psykisk sykdom. På den andre siden ser han at mange pasienter som lider av psykisk sykdom bruker religion som en kilde til trøst og styrke til å takle prøvelsene de må gjennom (Koenig mfl. 2012).

En av informantene forteller også at hun har hørt om pasienter som har gjort skader på seg selv, religiøst betinget i en psykotisk tilstand. Som jeg skrev noen avsnitt lengre oppe, fortalte Langfeldt (1954) om pasienter som får livsfarlige impulser fra noe de har lest i bibelen. Dette tar også Koenig (2012) opp. Her henviser han til Matteus 5:29-30

If your right eye causes you to sin, gouge it out and throw it away. It is better for you to lose one part of your body than for your whole body to be thrown into hell. And if your right hand causes you to sin, cut it off and throw it away, It is better for you to lose one part of your body than for your whole body to go into hell (Koenig 2012:67)

Han viser videre til flere konkrete tilfeller hvor psykisk syke har skadet seg alvorlig, og hvor referansene til skadene blir tatt fra bibelske tekster.

I motsetning til hva informantene i kapittel 4.2.1 presenterte som positivt for helsen, har de nå fortalt hvordan de mener religion kan være med på å skade helsen. Her kommer også et ubalansert forhold til religion inn. Dette forstår jeg som blant annet det å være altoppslukende i forhold til for eksempel religiøse ritualer. En av informantene beskriver også det hun kaller trange religiøse miljøer som skadelig. Dette er miljøer hvor religionen fokuserer mye på skam og synd, i den grad at pasienten blir skadelidende av den grunn. Litteraturen støtter også oppunder dette, og man kan se at religion og Gud ofte trekkes inn som en del av symptomene på alvorlig sinnslidelse.

4.4.2 Faglige og personlige utfordringer

Utfordringene jeg har beskrevet ovenfor kan være av ulik art. Informantene forteller at det påvirker dem på ulike måter. I dette kapittelet kommer jeg nærmere inn på hva det gjør med dem som sykepleiere og profesjonsutøvere. Noe er personlige utfordringer og andre går på utøvelse av profesjonen.

Som jeg har beskrevet tidligere snakker noen av informantene mine om at verdiene i religion kan være relativt like, men at disse verdiene har ulike kulturelle uttrykk. Det er flere av de kvinnelige informantene som nevner situasjoner som har vært vanskelige for dem i møtet med muslimske menn. De kan fortelle om situasjoner hvor menn med muslimsk bakgrunn ikke ønsker å ha kontakt med dem fordi de er kvinner. Informant 2 forteller blant annet:

”... Jeg har vært borti mannlige pasienter som ikke ønsker å ha noe med meg å gjøre i det hele tatt fordi jeg er kvinne. Og det er utfordrende for meg. Hovedparten av miljøpersonalet på posten er kvinner. Vi prøver å gjøre så godt vi kan, det gjelder begge veier. Pasienter som ønsker kun kvinnelige kontakter, og pasienter som ønsker kun mannlige kontakter. ... så prøver vi å tilstrebe det. Men det er vanskelig å gjennomføre på en post som dette, hvor det er flest kvinner. Og da med en mann som ikke ønsker å snakke med deg på noen som helst måte. Det er ekstremt tøft. Rett og slett sann personlig tøft og profesjonelt tøft. Personlig fordi det er så stort kulturelt sprik, og faglig fordi du ikke får gjort jobben din. Du får ikke tatt det blodtrykket, du får ikke gitt den maten, du får ikke sørget for at han får aktivitet og frisk luft...”

Informant 4 forteller også om en lignende episode, hvor hun jobbet med en pasient som hun tenker var ganske ekstrem i sin måte å være på og i forhold til praktisering av religion og kultur. Han kunne blant annet ikke hilse på kvinner. Hun sier man lett kan gå rundt og tenke og føle på hvorfor pasienten ikke vil hilse på en, og man føler seg avvist på bakgrunn av egen kultur og egne erfaringer.

Både informant 2 og 4 beskriver dette som ”ekstreme situasjoner”, og at det ikke er ofte slike episoder oppstår. Samtidig kan man se at det er de samme følelsene som oppstår hos begge to. Informant 2 forteller videre:

”... da var jeg relativt desperat. Jeg synes det var ordentlig vanskelig. Også kjente jeg litt på, at jeg ble forbanna også. Og det samsvarer ikke med det å være profesjonell...”

Dette kan være følelser av frustrasjon og avmakt som trolig oppstår ved at de føler at de ikke får utført sine arbeidsoppgaver og at de ikke greier å finne en felles måte å kommunisere på. Dette kan dermed også skape motoverføringsreaksjoner i form av sinne, noe som ikke samsvarer med den profesjonelle sykepleien man skal utøve. Magelssen (2008) kommer med forslag til hvordan man kan løse utfordrende situasjoner. Hun mener at man gjennom samtaler og observasjon kan avdekke i hvilken grad sykepleieren og pasienten har en felles referanseramme. På denne måten kan man bli bevisstgjort hva som er likt og hva som er forskjellig. Dette kan være starten på bedre kommunikasjon og god samhandling.

Gjennom samtaleene jeg har med disse to informantene kommer det også frem at de tenker at det er mulig å unngå at vanskelige situasjoner som dette avsluttes på denne måten. De har reflektert mye rundt dette, og mener de har kommet frem til gode løsninger. Informant 4 tenker at det ikke er sikkert at denne pasienten mente å vise at han ikke respekterer henne, men at hun i denne situasjonen ikke fikk vite mer om det, fordi hun ikke fikk snakket med han. Videre sier hun at hennes fortolkninger av hendelsen er sett ut i fra hennes egne briller, med den norske kulturen som bakgrunn. Informant 2 sier at hun opplevde en tankevekker i møtet med en mannlig muslimsk pasient, fordi hun i etterkant forsøkte å snakke med pasienten om hva som lå bak handlingen. Han kunne da fortelle at det handlet om respekt. For han var det en handling gjort i respekt for henne som kvinne, da han ikke skal berøre en fremmed kvinne uten hensikt. Det kan imidlertid være grunner til at man trosser dette, og han fortalte henne at om en kvinne trengte hjelp, så ville dette hensynet veie tyngre enn den kulturelle normen. Dette gjelder også om han var i behov av en undersøkelse, og det kun var en kvinne tilgjengelig for å gjøre undersøkelsen.

Det å ha snakket med pasienten om hva det var som var viktig for han i denne situasjonen opplevdes som nyttig for informantene. Hun fikk da kunnskap om hva som skulle til for å møte akkurat denne pasienten med respekt. I tillegg lærte det henne nye ting i forhold til kultur og religion, og handlinger hun i utgangspunktet møtte med skepsis ble hun nå mer komfortabel med. Noe som også er viktig er å vise pasienten at man søker å forstå dem og hvordan man kan finne en felles måte å kommunisere på. For som informant 3 sier om denne situasjonen, så førte dette til at hun ble kjent med ”en av de snilleste og mest omsorgsfulle personene hun har møtt i jobbsammenheng”. Informant 4 forteller om en lignende situasjon hvor en mannlig

pårørende ikke ønsket å hilse på henne, og hun spurte han da hva det handlet om, og på hvilken måte hun kan hilse på han. Han kunne også fortelle henne at det handlet om respekt, og at han som en gift mann ikke skal ta på andre kvinner. Dette er en handling gjort i respekt for sin kone, og i respekt for sykepleieren. Deretter viste han henne hvordan de kunne hilse. Dette gav henne kunnskap om hvorfor tidligere pasienter hadde handlet som de gjorde, og det viste henne at om hun hadde turt å spørre hadde hun kanskje fått svar på hva dette handlet om tidligere. Likevel hadde hun unngått dette fordi det var ubehagelig for henne. Det er også viktig å prøve å finne løsninger på utfordrende situasjoner som dette, slik at man på denne måten unngår motoverføringsreaksjoner i form av sinne og frustrasjon. Dette kan ofte være med på å skape negative holdninger som kan spre seg videre i personalgruppen.

Det høres i tekstene over noe dramatisk ut, hvor man presenterer ”store utfordringer” og store variasjoner mellom ulike mennesker. Det som slår meg i samtalene er likevel at det ikke ligger noe dramatik rundt dette. De møter en rekke utfordringer som jeg vil komme nærmere inn på i dette avsnittet, men møter disse med en god faglig forståelse og mange refleksjoner på hvordan man kan løse disse på en god måte.

4.5 Religiøse og kulturelle forskjeller– Sykepleierens opplevelse av hva som er annerledes

Jeg vil her komme inn på hva informantene erfarer er annerledes i møtet med denne pasientgruppen, i forhold til pasienter med de som har lik kulturell og religiøs bakgrunn som seg selv.

Informant 4 kommer med et eksempel fra en pasient hun møtte en gang. Dette var en pasient fra Afrika, som hele tiden snakket om ”djinner” eller ånder, og at han var besatt av ånder. Av helsepersonellet ble det raskt brukt ord som psykose i forklaringen på hva dette dreide seg om. Hun sier de gikk rett på en faglig vurdering, og tok i bruk de ”naturlige og norske” måtene å reflektere over denne væremåten, eller som de så det, symptomene på. Det ble tolket som psykotisk kaos. I tillegg til at man også kan bli lurt av språket, sier hun at de gikk helt forbi hverandre i kommunikasjonen, og det var ikke noe rom for å se på de kulturelle forskjellene, og at dette skulle ha noe betydning for situasjonen. Magelssen (2008) sier at vår egen

overbevisning kan skygge for det faktum at det finnes andre virkelighetsoppfatninger, basert på en sosial og kulturell bakgrunn som vi ikke selv er en del av. I dette tilfellet som informanten beskriver vil det være av stor betydning med antropologisk kunnskap. Informant 4 gav uttrykk for at hun ikke hadde nok kunnskap om hva det her dreiet seg om, og gikk derfor inn på internett og søkte etter informasjon som kunne være til hjelp for dem. Da finner hun raskt ut at dette er en helt vanlig kommunikasjonsform for mange, og det er språket de har i sin kultur, på noe vi kaller noe annet i vår kultur. Hun beskriver dette som en tankevekker for henne, og sier at det burde være en selvfølge at man rommer dette i behandlingen av psykiatriske pasienter.

Dette tar også Hanssen (2007) opp, hvor hun sier at en persons *polis* eller sosiale omgivelser behøver ikke bare bestå av levende familiemedlemmer og av samfunnet rundt, slik vi i den ”vestlige verden” mener. For mange asiater og afrikanere består polis også av forfedreånder og andre ånder som befolker kosmos. Når det er snakk om å være besatt av ånder, er også dette tenkning som er utbredt over hele verden. Et eksempel er da at man blir syk gjennom å være besatt av djevlere eller onde ånder. Når man i bibelen finner beskrivelser av Jesus som driver ut onde ånder, er dette et uttrykk for denne måten å tenke på. Al-Issa (2000) starter i sin bok *Al-Junun*, som omhandler mental sykdom i den islamske verden å forklare navnet på sin bok. Han forklarer dette som djinn, eller ånd, som ”gal”. Her skriver han at begrepet ”*mental illness*” er relatert til den vestlige medisinen og som oftest i bruk i en profesjonell kontekst, men ikke i hverdagslivet. På tross av at begrepet *djinn* også bærer et stigma med seg, reflekterer den vide bruken av uttrykket, sammenlignet med ”*mental illness*”, toleranse av ”galskap” i det tradisjonelle islamske samfunnet. I koranen kan man finne beskrivelser av ”djinner” eller ånder, som enten er til skade eller til gagn for menneskene. Djinn er sentral innen psykisk sykdom, da Djinn kan gjøre man gal, og derfor være årsak til sykdom. Avdøde forfedreånder er også beskrevet til å kunne blant annet gi fruktbarhet og vekst til menneskene, dyr og planter. Men de kan også forårsake sykdom, uår og død. Da kan spesielle medisinmenn forordne ofringer, bønner eller andre tiltak som kan tilfredsstille åndene, slik at de gir helse, god avling og liv. I følge Al Issa er det ikke beskrevet mirakuløs helbredelse eller eksorsisme i koranen, med unntak av Jesus`helbredelse av den blinde og spedalske, og gjenoppplivning av den døde (sure 3:49 og 5:113). Helbredelse er likevel nevnt en rekke ganger i koranen, og koranen i seg selv er beskrevet som helbredelse. I det islamske samfunnet har både eksorsisme og magisk praksis vært lovlig så lenge det blir praktiser i ”the name of God”, for å hjelpe andre.

The Prophetic Medicine av Ibn Qayyim (i; Al Issa 2002) er et eksempel på islamsk og profetisk medisin. Ibn Qayyim referer til surer i koranen og til profetens tradisjoner, hvor man ser at sykdom kommer som en prøve eller en velsignelse for den troende. De som holder ut fatale og kroniske sykdommer blir sett på som martyrer som er sikret en plass i paradiset. Flere av informantene mine forteller også om situasjoner hvor de opplever at muslimske pasienter tar sykdommen som en prøve fra Allah. Al Issa (2002) forklarer også at for å få en forståelse av unormalitet og også mental sykdom, har koranen og hadithene² blitt brukt mye som kilde i det muslimske samfunnet. Koranen i seg selv har ikke gitt så mye veiledning om medisinske tilstander, mens hadithene tilførte visse holdninger og handlinger i forhold til fysisk velvære.

I motsetning til i kristendommen, forteller Al Issa (2002) at sykdom ikke blir sent som straff for muslimske troende, og de får ikke selv skylden for sine lidelser. Bønn blir i profetisk medisin sett på som en metode for å helbrede syke.

First there is the divine command to worship. Secondly there is the psychological aspect, i.e., the sufferer will forget his pain in his prayer so that this feeling of pain will grow less and so finally his strength will overthrow the pain and cast it out. And thirdly it teaches that the best doctor is he who uses all manner of guile to strengthen the faculties. At one moment he will give strength by food, at another by setting in motion joy and grief or even hope and fear. But prayer is the best of them all (hadith sitert av forskeren Al-Suyuti, I; Al Issa 2002).

Informant 4 reflekterer senere i samtalen rundt et svært viktig poeng. Det er at man må greie å finne et felles prosjekt.

"... viss man snakker to forskjellige språk, ikke sånn verbalt sett, men har ulik forståelse, så er det ikke rart... man står på to vidt forskjellige planeter. Man klarer ikke å finne et felles prosjekt. Og man klarer ikke å forstå de samme tingene, viss man ikke snakker."

Her sier hun litt om hvor viktig kommunikasjon er i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Og man kan da i fellesskap også kanskje finne ut av at ting kanskje ikke er så ulikt, og er det egentlig noe problem at man kaller det forskjellige ting? Så lenge man kan finne frem til et felles språk, og finne et felles prosjekt, som gjør at man kan få den bedringen som er ønsket i forhold til pasienten. Dette sier hun må være en del av behandlingspakken man tilbyr pasienten. Det må være pasienten som skal eie sitt prosjekt, det kan ikke bare være vi som har våre tanker sier hun. Videre tenker hun at det skal ikke være pasienten som må forme seg etter

² Profetens tradisjoner

hjelperne. Det er hjelperne som må forsøke å forstå og snakke samme språk som pasienten. Dette gjør man ikke om man skal gå inn å bruke norske fagbegreper på noe de er overbeviste om er onde ånder eller ånder fra besteforeldre. Det nytter da ikke at de kommer og forteller at dette er vrangforestillinger.

I eksempelet over kan man se hvordan det kan fortone seg når sykepleier og pasient kommer fra forskjellig kultur og har en ulik måte å forstå sykdom og symptom på. I Eide og Eide (2002) kan man lese at inntrykk siles gjennom språk, kulturelle koder og vår personlighet. På denne måten vil kulturen kunne ha betydning for hvordan pasienten oppfatter og uttrykker sin sykdom. Dette vil også ha betydning for sykepleierens syn på sykepleie. Hvordan sykdom forstås og behandles, utgjør to viktige aspekter ved ethvert medisinsk system. Medisinske systemer bygger videre på de kunnskapene som samfunnet utvikler om hvordan og hvorfor sykdom oppstår, med tilhørende behandlingsmetoder og eksperter som nyttegjør seg av disse metodene.

Når jeg i dette kapittelet presenterer sykepleiernes erfaringer i forhold til det som er annerledes i forhold til det de tenker den norske kulturen rommer, kommer en av de med et interessant eksempel. Informant 4 forteller om erfaringer gjort av en kollega som gjorde et studiebesøk på et psykiatrisk sykehus i Malawi.

”de undersøkte hvordan de arbeidet med psykotiske pasienter, så de var innom forskjellige avdelinger... for de har jo de samme diagnosene, og de samme symptomene, men med et helt annet uttrykk. Men det er jo det samme, men de jobber på en annen måte... Det var blant annet en som var innlagt grunnet fødselspsykose. Hun var innlagt i en avdeling hvor det i tilknytning til avdelingen var et lite hus. I dette huset bodde hele hennes familie sammen med henne. Alle var innlagt sammen. Til og med barnet. Hele storfamilien var innlagt, i dette lille huset. I Malawi. Hvorav i Norge så er det veldig annerledes. Her er bare mor innlagt. Og jeg synes tanken er veldig befriende... at vi har noe å lære. Kanskje har de noe å lære oss akkurat der. De har et helt annet fokus. Familien er på en måte en enhet. Familien er en del av individet. Her er det bare enkeltpersonen...”

På spørsmål hvordan dette gjøres i Norge, sier hun at de også her har familiesamtaler. I norske familier er det derimot ikke vanlig at man involverer mer enn en eller to personer i familien som sine nærmeste pårørende. I familier med annen kulturell bakgrunn er det mer vanlig å se at også søsken, onkler, tanter og besteforeldre er en del av det nære nettverket. Hun forklarer

dette som;

”... det er jo ett fett hvem som er her, fordi de er jo en enhet. Det er ikke bare mamma som er mamma, tante er jo like viktig.. Og kanskje er bestefar enda viktigere..”

Al Issa (2000) bekrefter hennes tankegang her. Han sier også at muslimer ofte er motvillige til å sende sine familiemedlemmer til psykiatriske institusjoner, om ikke vedkommende er voldelige og uhandterbare for familien. Denne tendensen til å holde pasienter hjemme, reflekterer islamsk kultur holdninger som fremhever at det overordnede ansvaret for de psykisk syke er familien.

Do not give to the incompetent (sufha) their property tha God has assigned o you to manage; provide for them and clothe them out of it; and speak to them honourable words (Sure 4:4, I; Al Issa 2000)

Dette stemmer i stor grad med hva Ingrid Hanssen skriver om i sin bok, Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn. Hun beskriver skandinaviske helsearbeidere som produkter av et vestlig samfunn som framviser betydelige individualistiske trekk. Dette kan blant annet være fokus på ”jeg” bevissthet, autonomi, uavhengighet, selvstendighet og så videre. Individualisme er også det sett av verdier som sykepleierens etikk intellektuelt og morals bygger på. Videre sier hun at individualisme kan defineres som en sosial organisasjon hvor individene bare er forventet å ivareta seg selv og sin næreste familie. Kollektivism er en motsetning til dette. Dette er en sosial organisasjon med tette sosiale bånd mellom individet og den utvidede familie eller klan. Medlemmene av familien eller klanen er da ofte følelsesmessig nært knyttet til hverandre. Individet blir beskyttet av familien eller gruppen så lenge individet utviser lojalitet ovenfor denne.

Her er fokuset mye på familien. Årsaken til at jeg tar for meg dette her, er at tilknytning til religiøse grupper vil ha mye av den samme funksjonen tenker jeg. Mange av pasientene som har en annen kulturell bakgrunn stammer fra såkalte kollektivistiske samfunn. Noen vil i stor grad være påvirket av den individualistiske orienteringen her i landet, mens andre fastholder den kollektivistiske ”vi”- bevisstheten.

Mennesket er en kropp, et selv, og et sosialt vesen. Hvilken tanker man har om kroppen, psyken og den sosiale sammenhengen man står i, varierer ofte fra samfunn til samfunn – og gjerne også fra individ til individ innenfor et gitt samfunn. Hanssen (2007) sier at særlig forståelsen av årsaker til sykdom varierer sterkt. De forklaringsformene et gitt samfunn eller en

gitt person velger å forholde seg til, kan bare forstås innenfor rammen av spesifikke meningssammenhenger. Disse meningssammenhengene er knyttet til personens kulturbakgrunn, livssyn, utdanning og personlige erfaringer.

Flere av informantene er inne på det med følelser, og de opplever at mennesker fra ulike kulturer noen ganger uttrykker følelser på ulik måte. Informant 4 forteller at rent sykdomsmessig, så er symptomene relativt like, og hun sier at mange følelser er jo de samme. Dette fortøner seg på samme måte uansett hvor man kommer fra, men uttrykket er annerledes. Når hun da tenker at symptomene er de samme, så er de jo det, men siden de uttrykkes annerledes blir de også trolig oppfattet annerledes av sykepleiere og behandlere. Videre kommer hun med eksempler, blant annet på hvordan man tenker at følelser fortøner seg i den norske kulturen, og hvordan det da er forventet at man skal uttrykke for eksempel tristhet. Mens barn, ofte uttrykker tristhet, angst og annen smerte gjennom å si de har vondt i magen. Dette sammenligner hun litt med måten mennesker fra andre kulturer uttrykker seg. At de overfører det til kroppslig smerte, da det er lettere å forholde seg å ha vondt i kroppen enn å ha vondt i tankene. Likevel er grunnsymptomene de samme, selv om de uttrykkes annerledes. Det med å bruke bilder i forklaringen på hvordan man har det tilskriver hun også de fra andre kulturer. Det kan være vanskelig å finne ord på angst, og da kan man heller beskrive det som at det er noe galt med hjertet. Hun sier at disse like måtene å forholde seg til følelseslivet på, også forekommer hos mange norske. Det er mange som ikke har et språk på følelseslivet sitt.

Skamfølelse er også noe som blir nevnt kan fortøne seg annerledes hos pasienter med muslimsk bakgrunn. Samtidig som en informant sier at skam og skyld ofte føles verst for de som har minst grunn til det. Og dette erfarer hun er likt mellom alle pasienter. Men i forhold til de store linjene i kulturer, tror hun at skammen står sterkere i andre kulturer enn det hun kaller sin egen kultur. Dette tenker hun er fordi man ikke er et enkelt individ på samme måte som i den norske kulturen. Man står derfor ansvarlig for en hel familie om man gjør noe galt. Hun sier videre at dette kan vanskeliggjøre frie samtaler med pasienter. De kan være redde for og uttrykke seg på en måte som bringer skam på andre i familien. Man må da lære seg andre måter å gå frem på. Man kan kanskje trekke inn bestefar, og spørre pasienten om hva han hadde ville rådet henne til å gjøre. Dette er en annerledes måte å behandle mennesker på en hva man vanligvis gjør i Norge. Her er fokuset på individet. Det er likevel pasienten som er i fokus, og da må man finne frem til den måten som fungerer best i den aktuelle situasjon.

Informant 2 sier også at det kulturelt sett er litt forskjellig tradisjon på hvordan man gir uttrykk for det man går og kjenner på. Hun sier at noen er veldig reserverte, og at det kulturelt sett ikke er greit å snakke om alle typer følelser. Selv om hun tenker at dette kan være noe som gjelder flere pasienter, tenker hun at de som kommer fra en annen kultur har vanskeligere for å snakke om ting som er vanskelig, og at det tar lengre tid før man kan ha en dialog rundt det som er vanskelig. Man må da forsøke andre alternative tilnæringsmetoder for å komme til bunns i problemene. Hun opplever da at en metode kan være å gå via somatiske plager, for så å skape en allianse og en tillit hvor man videre kan komme i en posisjon til å trygge pasienten på at det er greit å snakke om det. Andre metoder kan være å diskutere sosiale eller praktiske forhold, hvor man kanskje er på tilbudssiden med hjelp til å ordne opp i bo situasjonen eller økonomiske problemer. Likevel er dette innfallsvinkler som også brukes hos etnisk norske, og hun mener det ikke alltid er kulturelt. Det kan være mange årsaker til at man ikke er i kontakt med det som er vanskelig, og at man dermed ikke ønsker å snakke om det. Hun sier videre at dette oftere gjelder menn, da hun tenker de føler på en forventning til seg selv om at de skal være sterke og greie seg selv uansett. Denne følelsen av forventninger til seg selv tenker hun er sterkere hos menn fra andre kulturer.

Informant 2 forteller at forskjellene mellom hver enkelt pasient er stor, men at hun har opplevd å møte noen med annen kulturell bakgrunn som spiller ut det religiøse veldig. Dette fremtones veldig dramatisk av pasienten, og sykepleierens opplevelse er at pasienten ikke tar ansvar selv. Ansvar legges heller på de rundt, for eksempel på hjelperne, familien og pårørende. Det blir da opp til de andre om de skal få det bedre eller ikke. Informanten opplever dette som at pasienten uttrykker at han ikke har så mye innvirkning på dette selv, og at man i enkelte kulturer kan se at det er tradisjon for at familien skal ivareta de som har det dårlig. Det oppleves at den enkelte gir opp, legger ansvaret utenfor seg selv og venter på at de skal bli bedre. Som sykepleier synes hun noen ganger dette er utfordrende. Dette tenker jeg kan være mye grunnet de kulturelle og religiøse forskjellene på hvordan man håndterer sykdom. Som jeg skrev om i kapittel 4.6 (s.34) har ofte muslimer et annet forhold til familiens rolle i sykdom, og det er vanlig at det er familien som tar mer hand om pasientene. For sykepleiere med norsk bakgrunn, oppleves nok dette som en motsetning til ”den norske sykepleien”, og som informant 2 sier,

”vi jobber mye med å legge ansvaret over hos den enkelte, og at man selv har mulighet til å

påvirke sitt eget liv, og å ta det ansvaret. Og når dette ansvaret i veldig stor grad legges hos oss, så kan jeg synes at det er utfordrende. Jeg tenker at det kan være kulturelt betinget”.

I Norvoll (2009) kan man lese at Scheff mente at den sosiale gruppen kan bevege den avvikende personen til å spille den forventede rollen som psykisk syk. Dette kan også kanskje være tilfellet i situasjonen informantene forteller om. Han sier at de ensartede mønstrene av vink og handlinger som han for eksempel møter i familien eller i avdelingen, kan låse vedkommende inn i et spesielt mønster av reaksjoner slik at det blir vanskelig å ikke spille den rollen som forventes. Dette rollespillet som syk kan ha frivillige elementer hvor det blir en strategi for å oppnå hjelp eller for å oppnå goder. Det kan samtidig være det han kaller et sekundæravvik, hvor da personen bruker rollen som avviker som et middel til forsvar, angrep eller tilpasning til de problemene som samfunnets reaksjoner skaffer. Vedkommende kan da velge å avvise den rollen han har blitt tildelt, men kan også gå fullstendig inn i rollen når den er en del av personens forventninger. Kanskje blir også disse forventningene bekreftet i sosialt samvær.

At forskjellene som informantene beskriver kan skyldes kultur og religion er ikke lett og vite om man ikke har kunnskap om både religioner og kulturer. Videre uttrykte denne sykepleieren at det ofte kan være utfordrende å vite om det er kultur eller om det er personlighet, men at når hun tenker det er kulturelt betinget, så prøver hun å se det fra det perspektivet også. Noe annet hun nevner er i situasjoner hvor pasienten og nettverket rundt pasienten, ser på sykdommen som noe åndelig, eller noe som kan drives ut av den enkelte, og det kan bli en kollisjon med hva vi tenker. Hun sier da;

”Det og da forsøke å tenke de to tankene samtidig, å ivareta begge sidene av saken, det kan være noe å bryne seg på innimellom.”

Noe annet som også er interessant å høre informant 5 fortelle om, er at hun tenker at det er lettere for muslimene å være åpne i forhold til tro og religion.

”Jeg tror at de forventer at det er en selvfølge at de er muslimer når de for eksempel kommer fra Pakistan eller Iran og sånne land. Men jeg tror at den sjenansen vi har i forhold til det å snakke om religion er mye mer til stede i forhold til de som har en kristen bakgrunn. Det er mye nærmere oss selv. Kanskje blir vi utfordret viss vi selv har uavklarte spørsmål i forhold til tro. Og det er jo også noe som har vært... at en ikke skulle snakke om kristen tro i det offentlige rom og i jobbsammenheng og sånne ting. Det har vært definert som en privatsak. Mens våre nye

landsmenn, man forventer nesten av de at de er religiøse.”

Denne informanten erfarer at kristne er mye mer sjenerte. Det er ikke vanlig å gå rundt i det daglige å vise at man er kristen. Dette opplever hun annerledes blant muslimer, da de ikke er redde for å vise at de er muslimer.

”De går i sine religiøse plagg, og jeg tenker at vi har lett for å tenke negativt rundt kvinner som bruker hijab. Men samtidig så sier jo dette noe om at de i vertfall ikke er redd for å vise at de er muslimer da. De er stolte av troen sin. Mens vi er mer sann.. jeg er kristen, gjør det noe?”

Hun tenker at dette har mye å gjøre med at vi har tradisjon for at religion skal være en privatsak, mens i mange andre land så er religionen en del av det kollektive. Dette kan man også se i ortodokse land sier hun.

”... folk løper ikke rundt og er så veldig religiøse i det daglige, men kommer man inn i en kirke, så kyser man ikonene og de tenner lys og er veldig fromme med en gang. De feirer alle høytidene, og kirken har en veldig stor plass. Selv om ikke de gjør så veldig mye ut av det i det daglige. De går på jobben sin. De fester og de feirer. De tenker ikke på om Gud synes det er synd at de tar seg et glass vin.”

Her forteller hun videre om at man i en psykiatrisk avdeling er opptatte av å skulle ordne praktiske saker i forhold til religion, som for eksempel å tilrettelegge for at de ikke blir servert svin. Det stopper likevel opp på det praktiske planet. Det er vanskelig for dem å gå videre i samtaler rundt troen, og om de har noen som helst problemer rundt den. Problemstillinger som dette blir ikke tatt opp.

Som man kan se her i dette kapittelet opplever sykepleierne at de møter mange kulturelle og religiøse forskjeller. Likevel opplever jeg at i noen tilfeller resonerer de seg frem til at kanskje det i noen tilfeller ikke er forskjeller, men at man ikke blir godt nok kjent med mennesket, og dermed tror det er forskjeller. I forhold til sykdom og behandling kommer flere av dem med eksempler på situasjoner hvor sykepleieren og pasienten har ulike tanker og forståelse sykdom og behandling. Det er ikke alltid at det norske behandlingsopplegget er tilpasset en pasient som er klar over normene for hvordan man skal innrette seg etter den norske behandlingen. Man har også ulik måte å uttrykke seg på, noe som kom frem når sykepleierne forteller at de vurderte 'djinner' som en vrangforestilling, og dermed et symptom, mens det for pasienten kan være en kulturell naturlig årsaksforklaring til sykdommen.

Vi har også sett eksempler på hva man tenker er viktig i behandlingen, og familien og fellesskapets betydning for individet. Flere av dem trekker også inn at man har ulike måter å uttrykke følelser på, på tross for like symptomer, og at i noen kulturer har man et stort fokus på skam. At man forholder seg på ulike måter til religion, blir også nevnt. Det fremkommer at noen mener at kristne er mer sjenerte i forhold til sitt personlige forhold til tro og religiøsitet, og at muslimer i motsetning til dette er åpne og kan vise mer stolthet i forhold til det å være muslim. Dette blir satt i sammenheng til at det er tradisjon for å være privat i forhold til det religiøse i Norge, og at til muslimene, som grupper, er det forventet at de uttrykker religiøsitet i større grad.

I møte med det som er annerledes fremkommer det hvor viktig det er med god kommunikasjon. Dette er avgjørende for å kunne gi god behandling. Og som en av sykepleierne sier må man finne et felles prosjekt. I mange tilfeller i møte med pasienter av annen etnisk opprinnelse enn norsk, vil man også kunne ha lett for å tillegge pasienten egenskaper i forhold til kulturelle og religiøse forhold. Utslaget vil da kunne bli at man begrunner en pasients oppførsel med dens kulturelle og religiøse bakgrunn. Uten tilstrekkelig kunnskap vil ikke dette være særlig holdbart.

4.6 Kulturelle hensyn, og hvordan tilrettelegge for religiøs praksis?

Alle sykepleiere som arbeider i en psykiatrisk avdeling har erfaring i å møte pasienter, som er mennesker med ulike diagnoser, bakgrunn og behov. En spesiell utfordring ligger i at ulike kulturelle oppfatninger av sykdomsårsaker er avgjørende for hvordan en person forholder seg til helse, sykdom og ulike helseplager. For mange innvandrere fra andre kulturer kan den norske sykdomsforståelsen avvike så mye fra deres egen forståelse, at behandlingen vanskelig kan gis uten at behandler har kjennskap til pasientens bakgrunn. Dermed står helsepersonellet overfor store utfordringer i følge Hanssen (2007): Hvordan behandle en person likeverdig med en annen, når forståelsen av grunnleggende sykdomsbegreper, symptomer og bruk av medisiner, kan variere sterkt fra det man er vant til å behandle? Hvordan nærme seg kulturregulerte og eventuelt tabubelagte områder, uten å krenke pasientens grunnleggende krav til respekt og verdighet? Nå vil jeg presentere hvordan informantene opplever at de møter denne pasientgruppen. Hvordan tilrettelegger de, og hvilke refleksjoner gjøres rundt dette møtet.

Ved sykdom og lengre innleggelse på sykehus skriver Danebolt mfl. (2014) at mange kan

oppleve at de mister tilgangen på kilder som til vanlig har vært viktige for å skape mening i hverdagen. Nettopp i slike situasjoner hvor det kanskje er størst behov. Dette er et meningsparadoks også de mener helsetjenesten har undervurdert. Det har i tidligere kapittel kommet frem at de fleste informantene erfarer at det er mangelfulle rutiner for kartlegging av kulturelle og religiøse behov. Likevel går det igjen hos alle informantene at mye av informasjonen de tilegner seg, får de ved å spørre pasienten selv. En av informantene erfarer at det å møte denne gruppen pasienter går greit. Hun sier at om det er noe man lurer på så leser man seg opp eller spør pasienten. Det er denne måten hun forbereder seg i møtet med pasientene på. Når hun sier han leser seg opp, går jeg ut fra at hun mener han leser om pasientens sykehistorie i pasientens journal, hvor han da kanskje kan finne ut mer om det som har vært aktuelt under tidligere innleggelse. Det er også en mulighet at hun søker å finne informasjon om pasientens kulturelle bakgrunn, og her kanskje bruker litteratur til å finne fakta. En annen sier man må spørre pasienten og høre hva de ønsker og hvordan de følger sin religion.

Denne informanten forteller at alle pasienter har mulighet til å utøve ritualer i forhold til sin religion i avdelingen om de ønsker. Med dette mener hun at de kan for eksempel be fem ganger om dagen, hvor personalet tilrettelegger så de ikke går inn på rommet under bønningen. De vil også kunne få tilgang til bønneteppe og tilrettelegging for å kunne utføre rituell vask i forkant av bønningen. Hallstensen (i; Danbolt mfl. 2013) skriver at ulike former for bønn er å oppsøke Guds nærhet. I kombinasjon med religiøse symboler skriver hun at dette kan være med på å konkretisere troen på at Gud er allestedsnærværende. Konkretiseringen gjennom symboler og ritualer kan ha psykologisk funksjon ved at de på en synlig måte befester den usynlige gudens eksistens, og styrker opplevelsen av at Gud er nær.

Informanten viser også til eksempler fra høytiden ramadan, hvor de kan unngå å sette depotinjeksjoner på dagen, men heller gjøre dette på nattetid. Da tilrettelegger man også i forhold til mat. Hun mener det er mye tilrettelegging rundt det som trengs å tilrettelegge, og at dette finner man også informasjon om på sykehusets internett sider, blant annet om når det er ramadan³ og id [al-fitr]⁴.

³ Fastemåned for muslimer. En av de fem grunnpilarene i Islam.

⁴ Islamsk høytid, som markerer slutten på ramadan.

Det er likevel ikke alle informantene som synes det er like uproblematisk i dette første møtet med pasienter fra andre kulturer. En av dem mener det er stor aksept og ønske om å tilegne seg kunnskap i avdelingen rundt dette, men at det likevel kan være vanskelig å vite hvordan man på best mulig måte kan hjelpe. Men hun sier at det stadig tilrettelegges for at pasientene får utøvd religiøs praksis i avdelingen. Her nevner også hun at de under ramadan tilrettelegger og gir tilbud om for eksempel mat på natten. Hun sier også at de følger pasientene som har ”utgang med følge”⁵ til kirke og moské. Likevel er det ikke alltid det er mulig å få til, dette kan for eksempel være om kvinnelig personal ikke kan følge mannlig pasient inn i moskeen, også grunnet mangel på tiledekking av hodet. Da sier hun det er lettere å invitere dem til avdelingen. Men om ikke kulturen setter en stopper for det, forsøker de å tilrettelegge. Dette er det selvfølgelig også diskusjoner rundt, hvor mye man skal tilrettelegge, og hva man kan gjøre. Fra ledelsen i avdelingen hun jobber, blir det sagt at så lenge den som følger ikke har noe imot det, så er det greit. Da blir det et valg hvert enkelt individ har. Hun tenker det blir likt for pasient og ansatt da, og at man må ha toleranse for begge deler.

Dataene mine viser at flere av informantene opplever at det er mye bevissthet rundt dette, og at man forsøker å ivareta den enkeltes behov for å utøve sin religion. En av dem sier at det er stor forskjell på hvor opptatte de [pasientene] er av det [religion], men at personalet i stor grad prøver å tilpasse så godt de kan. De fleste har sagt at de følger pasienter til moské og kirke, og gir tilbud til pasienter med ulike kostrestriksjoner. Når det gjelder bønnetider, sier noen at de forsøker å unngå å legge behandlersamtaler til disse tidene. En av informantene nevner da at ”de muslimene som er nyanserte”, vil ofte si at de kan tilpasse seg. De kan be på et annet tidspunkt. De kan be når de har tid og det passer seg sånn. For noen er det viktig, for andre er det mindre viktig. Alle sier at disse individuelle behovene blir prioritert, og at de ønsker å tilrettelegge i forhold til deres religiøse utøvelse.

Her gir blant annet informant 3 et eksempel på noe han kan si til en pasient han opplever sliter med tankekaos:

”unnskyld meg, men nå har du forsynt deg med feil mat”. ”Å, har jeg det?” ”ja, nå sitter du og spiser svinestek.” ... Da blir pasienten takknemlig for å ha fått beskjed om dette.

Det å tilegne seg informasjon og kunnskap om pasienten fra pasienten selv er nok alltid en god

⁵ Utgangsstatus til pasienter som er innlagt i psykiatriske avdelinger. Utgang med følge gjelder ofte hos pasienter som er innunder tvunget psykisk helsevern (TPH).

ting. Pasienter er på ingen måte identiske, på tross av lik kulturell og religiøs bakgrunn. De har derfor med stor sannsynlighet ulik måte å forholde seg til både religion og sykdom. Likevel kan man nok noen ganger møte utfordringer i det å skulle få informasjon fra pasienten. Dette kan blant annet være fordi man ikke er bevisst på hva man skal spørre om, og fordi pasienten grunnet sin sykdom kanskje ikke kan gjøre rede for dette på en god nok måte. Språkbarrierer kan også være en utfordring.

Man kan anta at noen pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn har andre forventninger til det norske helsevesenet. Disse gjelder trolig også forventninger til hver enkelt sykepleier enn det de ”norske sykepleierne” er vant til å møte fra ”norske pasienter”.

Forventninger og atferd har mange og sammensatte årsaker. Kulturell bakgrunn, oppdragelse, personlig psykologisk legning og erfaring er noen av dem. Når noen blir lagt inn på sykehus, blir tilvante tenkning og adferd utfordret på en ny måte. Hanssen (2007) sier at hvilke kulturelle aspekter som får betydning for personen i møtet med helsevesenet, i stor grad er situasjonsavhengig. Det vil også være store individuelle forskjeller. En pasient med foreldre fra et afrikansk land vil kunne ha helt andre omsorgsbehov enn hans foreldre ville ha hatt. Dette kommer av at denne personen er vokst opp her og i stor grad kjenner ”systemet” og ”kodene” som gjelder i det norske samfunnet.

Informantene har ulike erfaringer rundt det å møte pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn. Som beskrevet ovenfor er det flere av dem som tenker at dette er uproblematisk, og at man løser problemene underveis ved å spørre. Det er imidlertid noen av sykepleierne som gir uttrykk for at mye kunne vært gjort annerledes for å kunne møte pasientene på en enda bedre måte. Informant 5 tenker at det ikke er noe organisert tilbud i avdelingen. Hun sier det finnes en prestetjeneste på et høyere nivå i sykehuset. Hun forteller også om samtalepartnerprosjektet, som også er beskrevet i kapittel 3.2.4, hvor man kan snakke med noen fra sin egen religion om pasienten ønsker det. Hun har ikke erfaring med at dette er et tilbud som man ofte benytter seg av. I avdelingen hvor hun jobber blir det derimot ikke mye brukt. Videre sier hun;

”Jeg jobbet ved et annet sykehus tidligere, hvor det var en mye tettere kontakt med sykehuspresten, og hvor han kom innom jevnlig. Alle viste hvem han var. Og sånn har vi det ikke her. Vi vet jo kanskje ikke hvem presten eller prestene er. Og det gjør også at listen for å ta kontakt med presten ligger mye høyere. Fordi han ikke er en vi ser i det daglige.”

For de som tilhører andre livssyn og religioner har hun ikke noe kjennskap til at avdelingen har

noe samarbeid med andre enn prestetjenesten. Hun tror at sykehusprestene har en oversikt over hvem man kan kontakte fra andre trossamfunn om det skulle være behov for det. Likevel forteller hun at avdeling for likeverdige helsetjenester har *samtalepartnerprosjektet*, som er et tilbud for pasientene i avdelingen.

Hun forteller også at de forsøker å tilrettelegge rundt pasienters individuelle behov. Likevel sier hun;

”... ja, hva er tilrettelegging... Jeg vet ikke om tilrettelegging er at man bestiller minus svin... Når man automatisk tenker når man får en muslimsk pasient, at da er det minus svin. Da sier det noe om at vi ikke vet nok om Islam. Fordi vi ikke har halal slaktet kjøtt på sykehuset. Så i praksis må det bli minus kjøtt. Så tenker vi at når vi har bestilt minus svin så har vi ivaretatt den muslimske pasienten. Jeg kan ikke akkurat si vi tilrettelegger så mye mer enn det. Og jeg tenker i Ramadan, når vi har pasienter inne som ikke tar medisiner og sånn og sånn... hadde vi tenkt litt lenger enn vår egen nesetipp da så hadde vi tatt kontakt med imamen som er tilknyttet tros og livssynsbetjeningen som kunne komme og fortelle at når du er syk, så er du fritatt fra å faste. Du kan trygt både ta medisiner og spise mat. Det hadde vært mye bedre tilrettelegging. Jeg må også innrømme at jeg ble ganske overrasket selv en gang over hvor mye man må ta hensyn til, når vi hadde en muslimsk pasient, som var opptatt av desserter, og om det var brukt gelatin i dem. Fordi gelatin også er basert på svin. Og det har jeg aldri tenkt over selv. Og jeg innbiller meg jo at jeg er litt opptatt av det religiøse... Og det sier noe om hvor komplisert det faktisk kan bli når man har med de som er veldig beviste på hva de kan og hva de ikke kan spise... Så det er ikke bare nok å bestille minus svin. ”

Hun forteller at det finnes mange muligheter, men at de fleste bare ikke er klar over hvilket tilbud som faktisk eksisterer. Likevel mener hun at bare ved å være litt mer bevisste, og å tenke litt mer selv, så kan man komme langt. Om det er pasienter som ønsker å gå i kirken eller i moskeen, så kan de gjøre dette om de er friske nok til det. Hun har ikke opplevd at de følger pasienter dit, men mener at dette burde være mulig å få til. Dette tenker hun også kunne vært en positivt for både pasienten og avdelingen. Likevel så er det ofte sånn at om de ikke kan gå ut alene, så er de for syke til å delta på denne type aktiviteter.

En av informantene sier at deres møte med pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn er et tema som det burde være mye større fokus på. Da de i avdelingen hun arbeider har hatt flere problemstillinger knyttet til kulturelle og religiøse faktorer det siste halvåret, ble fokuset noe økt. Det ble samtaleemne på fagmøter, og det ble holdt seminar for avdelingen hvor

fokuset var på religion av behandlingen av psykiatriske pasienter. Hun tenker at dette trolig er noe unikt for denne avdelingen, og har ikke hørt at det har vært lignende fokus andre steder. Likevel skulle hun ønske at fokuset var større, så det ikke forsvinner i alt det andre. I det daglige er man så preget av sin egen forståelse at man ikke ser utover det, noe hun tenker gjør at man glemmer temaet litt. Hun tenker også at mange frykter litt å berøre samtaler rundt kultur og religion, fordi man er redd for å tråkke feil. På spørsmål om hva det er de er redde for, svarer hun at det ofte er mangel på kunnskap, og at man derfor unngår det. Man ønsker å opptre profesjonelt, og er da redd for å gjøre feil. Da kan det virke som det er lettere å la være å forholde seg til det i det hele.

Denne informanten har også kjennskap til samtalepartner prosjektet. Hennes erfaring er at avdelingen i stor grad nytter seg av dette tilbudet. Det ligger også informasjon om prosjektet i avdelingen, så pasientene får vite om tilbudet som finnes. Dette tilbudet kan de benytte seg av når behovet oppstår. Da er det bare å ringe, og de vil for eksempel kunne få en imam til avdelingen. Pasienten vil da kunne få snakke sitt eget språk, og møte noen med lik kulturell og religiøs forståelse som seg selv. Til dette sier hun;

”Jeg synes jo det er et knallbra tilbud! Og det var noe som ble tatt tak i etter den fagdagen vi hadde. Vi ble informert om prosjektet, og vi fikk brosjyrer som vi kunne gi til pasientene og sånn.. Og vi har jo alltid hatt sykehuspresten. Men det har vært litt sånn... hvordan skal vi kontakte han... og viss de hører til en annen religion hva gjør vi da... og det er ikke alle som ønsker å snakke med en som er høyt oppe viss du skjønner hva jeg mener... men en som forstår! Og så er det også en effekt i det at det ikke er helsepersonell som observerer deg”

Hun forteller også om flere tilfeller av hvor de har brukt samtalepartnerne. Hun forteller om situasjoner da pasienten kan være usikker på om det er greit å følge behandlingsopplegget sykehuset setter i gang;

”Vi har hatt imamer her som har vært inne til samtale med pasientene, hvor de har fått beskjed om å skrive ned et spesielt koranvers, også må de putte det i en flaske vann, og deretter drikke vannet... og det må de drikke til oppgitte klokkeslett. Og det hjelper dem! Imamen sier også til dem hva de må gjøre rent åndelig, og det andre de må gjøre, er å høre på sykepleierne i avdelingen. ”

Hun tenker derfor at samtalepartneren, i dette tilfelle en Imam, hjelper pasienten med sine religiøse utfordringer, så kan sykepleierne ta seg av helsen. Imamen er opptatt av å fortelle dem

hva de skal gjøre i forhold til troen, men også at det er viktig å følge opp behandlingsopplegget. Og til dette sier hun;

”... det er sånn jeg skulle ønske vi tenkte mye mer! At man ikke kan... Det er som å skille kropp og sinn! Å skille kropp, sinn og åndelighet. Og det går liksom ikke. Man må se det i en sammenheng!

Dette har hun også erfaring med fungerer. På tross av at det i noen tilfeller strider med hva man selv tenker, sier hun det er høy toleranse blant sykepleierne. Behandlingsapparatet aksepterer det i stor grad. Hun forklarer at siden arbeidsstedet hennes er en psykiatrisk avdeling, så har de sitt fagområde hvor det er stort fokus på høy faglig kompetanse. Når de ser at religion kan sette en stopper for god helse, må de også gripe inn. Dette kan for eksempel være under fastemåneden Ramadan. Da skal ikke pasienten spise, drikke eller innta medisiner så lenge sola er oppe. Om det ikke er mulighet til å forsøke å finne en løsning hvor pasienten tar medisiner, så blir det vanskelig å gi støtte til dette. Det medisinske går foran det andre. Hun forteller også om en situasjon da en pasient ønsket å bli med på et møte hvor man talte i tunger. Dette skulle gå gjennom en natt. Da nektet de henne det, fordi de mente det var uheldig for hennes helse. Det å prate med noen er det likevel aldri noen som ikke får lov til. Å ha mulighet til å snakke med noen som har forståelse for deres egen kultur og religion blir sett på som veldig viktig i en så kritisk fase som pasientene ofte befinner seg i.

En av informantene tenker også at de som har gode kunnskaper om sin religion i større grad mestrer å skille mellom vrangforestillinger og religiøsitet, og at det kan være til hjelp for å sortere tankene i en psykose. Han tenker at dette går ut på at de også er i kontakt med for eksempel en prest eller en imam som har kunnskaper i det religiøse og så dermed kan veilede dem i å forstå hva som er virkelighet og hva som er psykose. Har man et forhold til en menighet er det også enklere å få hjelp til å handtere eksistensielle utfordringer.

Konklusjonen her er at informantene sier de forsøker å møte alle pasienter på en god måte, hvor de ivaretar og tilrettelegger for individuelle behov. En av dem sier de møter en rekke problemstillinger i møtet med mennesker med annen kulturell og religiøs bakgrunn, og at det derfor i større grad har blitt satt på dagsorden. Likevel er det behov for ytterligere fokus på dette mener hun. De fleste mener også at møtet med denne pasientgruppen går grei, men forteller også om utfordrende situasjoner. Jeg får også fortalt at det i en avdeling er stor aksept og toleranse for religion og livssyn i behandlingsapparatet.

Alle informantene forteller om tilrettelegging i forhold til ulike behov på forskjellige måter. De følger til kirken, moskeen, tilkaller prest og imam. De tilrettelegger også rundt kost og høytider. Mens dette er selvfølgeligheter for de fleste, forteller en av informantene at hun tenker at dette ikke er god nok tilrettelegging. Hun mener at det viser at man bare er i stand til å tilrettelegge rundt praktiske formål. Det bakenforliggende, som hun tenker er vanskelig å ta tak i blir ikke snakket om. Dette tenker hun krever ytterligere kunnskap for å kunne ta tak i. De andre informantene gir heller ingen informasjon om at de tilrettelegger utover det som er praktisk enkelt å gjennomføre. Hun sier at om man øker bevisstheten, så vil tilbudet også forbedre seg.

4.7 Holdninger i møtet med mennesker men annen kulturell og religiøs bakgrunn

I dette kapitlet kommer jeg til å beskrive hvilke holdninger informantene selv uttrykker, og hvilke holdninger de erfarer at kollegaene og samfunnet eller har til pasienter og personer med annen religiøs og kulturell bakgrunn. Denne studien innbefatter flere stigmatiserte grupper, de med annen kulturell og religiøs bakgrunn og psykiatriske pasienter. Noen vil også si at personer som uttrykker sin kristne religiøse tro opplever stigmatisering. I neste punkt vil jeg komme nærmere inn på holdninger til religion og livssyn i en psykiatrisk avdeling.

Sykepleierne har erfaring med at det finnes både gode og dårlige holdninger blant de ansatte på sitt arbeidssted. Holdningene til sykepleierne jeg har intervjuet vil jeg komme nærmere inn på i dette kapitlet. Blant annet gjennom media og sosiale medier kan man til tider få et inntrykk av det er mye negative holdninger blant folk. Debatten er til stadighet opphetet, og negative holdninger i kommentarfeltene i diverse medier vies stor oppmerksomhet. Media styrer også mye av språkbruken vår rundt dette, og det blir produsert nye ord og uttrykk i forhold til dette som blir en del av dagligtalen og samfunnsdebatten.

Dataene mine viser meg at sykepleierne som arbeider i psykiatriske avdelinger også har ulike holdninger til mennesker med annen kulturell og religiøs bakgrunn. Noe som trolig samsvarer med resten av befolkningen i det norske samfunnet. Likevel opplever jeg at informantene mine i større grad er positive til dette i møtet enn det litteraturen jeg presenterer i kapittel 3 antyder at den generelle befolkningen er. Som en av informantene sier, ” folk er forskjellige, og folk

har sine forskjellige meninger”. Videre sier hun at det er et tema det absolutt blir snakket om i avdelingen. Om man har en konkret situasjon man er oppgitt over, og om kjemien i tillegg er dårlig med pasienten, så kan det være man relaterer dette til kulturforskjeller. Et konkret tilfelle som blir gitt som eksempel på dette, er møtet med mennesker uten lovlig opphold i Norge, som i tillegg har begått kriminelle handlinger. Dette skaper frustrasjon, som mange sykepleiere kjenner på. Da kan man bli gående rundt å kjenne på denne frustrasjonen, og man kobler det gjerne opp i mot kultur og religion. I virkeligheten har det kanskje ingenting med saken å gjøre. Mens informanten reflekterer rundt situasjoner som denne, sier hun at denne typen frustrasjon også kan oppstå i møtet med norske pasienter hvor det er lignende situasjoner. Jeg tror nok det er mange som tenker og reagerer på denne måten. Frustrasjonen gir følelsesmessige reaksjoner i form av negative oppfatninger av den andre. Likevel tenker jeg at man som profesjonell bør forsøke å unngå disse reaksjonene. Kanskje er dette mulig ved ytterligere kunnskap og refleksjon rundt situasjonene man forsøker å handtere.

Usikkerhet blir trukket frem av informant 5. Hun opplever at dette preger holdningene.

”Man er usikker på hvordan man skal møte dette. Ikke negativ, men mer usikker... Og at det ligger en følelse i at dette er noe man ikke kan noe om, her strekker man ikke til. Og så har jo vi generelt ikke kunnskap nok til å forstå at det er mange forskjellige varianter av islam, og at det er mange måter å være muslim på. Og at når noen kan være muslim på samme måte som en nordmann som definerer seg som kristen fordi vi bor i et kristent land, så trenger de ikke være praktiserende muslimer. Så vi har lett for å putte alle i en bås. Liksom den store muslimsekken, hvor ingen muslimer spiser svin.”

På tross av usikkerheten som preger holdningene til mange, opplever hun at det stadig blir bedre, og at det blir mer åpenhet rundt religion som tema. Selv tenker hun at dette kan være grunnet hennes eget fokus på å gi religionen en plass i den psykiatriske avdelingen hun arbeider. Hun erfarer at når man snakker om det, så blir det mer fokus blant de andre også. Dette forteller også en annen informant. Hun sier også at det er mye toleranse og nysgjerrighet i avdelingen. Likevel tenker hun at mangel på kunnskap kompliserer forholdet til kultur og religion for mange.

En annen av sykepleierne sier hun opplever at det er blandede holdninger blant personalgruppen. Videre sier hun at dette er noe man kan snakke om på ”bakrommet” og i faglunsjer, uten at det skal påvirke deres adferd i miljøet med pasientene. Hennes opplevelse av det, er at i miljøet så er holdningene til personalet at de skal ta imot mennesker til behandling,

helt uavhengig av etnisk og kulturell bakgrunn. Dette er noe hun mener de er enige om. Videre legges det i stor grad til rette for at hver og en av pasientene får utøve sine kulturelle handlinger, og dette er en felles holdning for sykepleierne. Noe man da kan spørre seg om, er om det er mulig å skille dette så totalt som informanten sier. Holdninger spres lett, og negative holdninger vil lett kunne bli en del av diskursen. En av dem sier at hun ikke har reagert på noen holdninger egentlig. Etter litt refleksjon rundt det sier hun at; ”det kan jo være, det kan man jo kjenne på selv også, at man synes ting er rart, at man ikke helt forstår, at det er annerledes enn det man er vant med”. Likevel sier hun at hun opplever et at de [personalet på avdelingen] er veldig interessert i å prøve å forstå. Dette mener hun er en god holdning.

Ikke bare skal man forholde seg til holdningene i personalgruppen. Disse holdningene er oppfatninger som kanskje er basert på kunnskap eller på personlige erfaringer. Holdninger kan også oppstå via venner, bekjente og ikke minst gjennom massemedier og sosiale medier. Holdninger som råder ute blant ”folk flest” vil også påvirke de som jobber i en psykiatrisk avdeling. Det er knyttet sosial stigmatisering til både psykiatriske pasienter og til mennesker med annen etnisk bakgrunn enn norsk i Norge.

Informantene forteller også at de mener massemediene har en negativ påvirkning på folks holdninger. En av dem sier;

”Det er klart, katastrofehistorier selger bedre enn solskinnshistorier. Og jeg har ikke møtt de som blir fremstilt i media. Mine pasienter er veldig ulike de som blir fremstilt i media. Og psykiatrien er veldig ulik som den blir fremstilt i media. Om jeg ikke hadde sett på ”den fjerde statsmakt” med kritiske øyne, så vill jo jeg også hatt andre holdninger. Og her kommer jeg igjen inn på hvor viktig det er med kunnskap”

Videre mener hun at det også kan påvirke personalet i avdelingen;

”Man blir jo påvirket av alt man ser og leser. Man trenger ikke å ta det inn over seg, og man kan stille seg kritisk til det å være forbannet. Det skjer jo støtt og stadig. Men det er naivt å tenke at man ikke blir påvirket av noe av det. Det er jo rundt deg hele tiden. Så jeg vil kanskje tenke at med kunnskap og erfaring så endres min forståelse og fortolkning... Og det er derfor det er så viktig at det ikke sluttes å snakke om det! Nettopp fordi det vil begrense stigmatisering og feiltolkning.”

En av informantene trekker også inn at mange har et nettverk med mennesker med ulik

kulturell og religiøs bakgrunn. Man møter ikke muslimer bare som pasienter, men også som venner og kollegaer. Da vil man bli bedre kjent med kulturen, og det blir ikke lenger så fremmed. Denne informanten mener at dette også er med på å avdramatisere det media forteller oss. Man får et mer nyansert bilde av verden. Ellers så tar hun opp at det er noe stigmatisering rundt både de som praktiserer islam og kristendom. I forhold til de muslimske kvinnene som kler seg med hijab og niqab, er det for eksempel mange som tenker at islam er en mannsdominert religion, og at denne kvinnen som dekker seg til er undertrykt. Og man undervurderer disse kvinnene på bakgrunn av dette. På samme måte kan kristne oppleve stigmatisering i forhold til at mange tenker at de er prektige og fromme.

Holdninger kan også komme til uttrykk i andre sammenhenger, og holdninger kan være med på å påvirke bedring hos pasienter med psykisk sykdom. I *Samfunn og psykisk helse* (2002) kan man lese om WHO's studie på schizofreni. Her viste resultatene at forløp ved schizofreni var bedre i "den tredje verden", noe som motsa antagelsene om bedre ressurser og behandlingsmuligheter i den vestlige verden. Forklaringen på dette funnet er blant annet at det er større toleranse av irrasjonell oppførsel i disse delene av verden, og at psykose i større grad blir sett på som enkeltstående tilfelle. Vedkommende blir dermed i mindre grad definert som kronisk syk og behandlet deretter. Dette kan også ha sammenheng med at noen samfunn har større toleranse for psykiske variasjoner i atferd. Det skal derfor mer til for at vedkommende blir definert som "gal" Videre skriver Norvoll (2002) at det er et mer positivt forhold til hallusinasjoner og det man tenker på som irrasjonelle uttrykksformer, som derigjennom ikke fører til samme fall i sosial status. Definisjon som galskap er dermed mer avgrenset og knyttes mer opp til voldelig og skadende oppførsel.

Warner og Waxler (i; Norvoll 2002) påpeker også at andre kulturer har sterkere ritualer rundt psykiske lidelser som inkluderer helbredelse og inkludering tilbake til fellesskapet. Dette gjør det lettere å gå tilbake til sine vanlige sosiale roller. Her tar de også opp noe som jeg har beskrevet tidligere i oppgaven, hvordan religion har en positiv effekt på pasienten i form av et godt og stabilt nettverk. Da kan vi se hvordan dette også henger sammen med holdningene som finnes i samfunnet. Warner og Waxler (ibid) mener at det moderne samfunnet trenger flere ritualer for reintegrering tilbake til samfunnet, ikke bare innføring i behandlingssystemet. I tillegg påpekes det at i tradisjonelle samfunn er mindre komplekse samfunn med utvidede familienettverk og familiebaserte arbeidsformer. Dette gjør det lettere for den syke til å komme

tilbake til et sosialt nettverk og til et arbeid enn i den moderne verden. I mer kollektivistiske samfunn er det trolig også mindre stigmatiserende å være avhengig av familien sin, ved blant annet å bo hjemme, enn i den individualiserte moderne verden hvor uavhengighet er en sentral verdi. Det kan dermed oppstå et fall i sosial status også i andre samfunn, men den sosiale ensomheten som følger psykisk lidelse, er mindre. De samfunnsmessige holdningene til psykiske lidelser varierer også i ulike kulturer utenfor den vestlige verden, og påvirkes av kulturutveksling og moderniseringsprosesser.

Tverrkulturelle studier bekrefter imidlertid at samfunnsmessige og kulturelle holdninger synes å ha stor betydning for den lidendes situasjon og forholdet mellom inklusjon og eksklusjon i det sosiale fellesskapet er av betydning. Lemert (sitert i; Norvoll 2002) fortolket psykisk sykdom som en sosial reaksjon mer enn som en biologisk eller psykologisk sykdom. Sosiale avvik kan dermed ikke forklares ut fra egenskaper hos den enkelte person som bryter normen, men refererer til karakteristiske trekk ved samfunnet som skaper de sosiale normene, og som gir den evaluerende konteksten for personens oppførsel. Hva som betegnes som avvik vil variere, og hvem som regnes som avvikende er dermed ikke objektivt, kulturfritt eller ahistorisk. Dette skyldes at sosiale normer i et samfunn er i stadig endring og vil variere med ulike tidsepoker og innenfor ulike samfunn og sosiale grupper.

Til tider kan man få et inntrykk av at man er nødt til å være svært positiv til innvadrings eller svært negativ til det, og nyansene i debatten kan noen ganger se ut til å bli borte. Holdninger ses ofte som et uttrykk for om man er positiv eller negativ til det flerkulturelle samfunnet. Likevel er det viktig å se at det er fullt mulig å ha god forståelse for det flerkulturelle samfunnet og hver enkelt pasient og dermed gjøre en god jobb, uten at man nødvendigvis er svært positiv til innvandring og svært positiv til multikulturalisme som samfunnsordning. Det er for eksempel mulig å ivre for en god integreringspolitikk for innvandrere som allerede er kommet til landet, uten at man dermed går inn for mer innvandring. Og vice versa. Når det gjelder multikulturalisme er dette en normgivende teori for hvordan man kan bygge samfunnet på kulturelt mangfold. Dette innebærer sympati med enkelte innvandrers grupper som ønsker om å bevare etnisk og kulturelt autonomi innenfor nasjonalstatens grenser. Det er også en pågående debatt om dette, om multikulturalisme er enestående bra for alle i samfunnet. Her er det også stort fokus på religion, og den beskyttelsen religion og religiøse grupper automatisk blir tildelt. Flere forfattere (Aden 2008 og Fahradi 2009) mener blant annet at multikulturalisme er ille for

kvinner, og at norske myndigheter i for stor grad bekrefter og støtter de religiøse eller etniske gruppens ledere. Dette kan bety at man er positive til de kulturelle impulsene som mangfoldet representerer på individnivå, og samtidig si nei til forsøk på systematisk gruppeorganisering med sikte på å beskytte og konversere disse kulturelle forekomstene. Det er likevel fullt mulig å være positiv til mangfoldet som finnes i et multikulturelt samfunn uten dermed å gå inn for multikulturalisme som ideologisk rettesnor for samfunnsorganisering. (Båtnes og Egden 2009)

Båtnes (2009) skriver at det er en inneforstått formel for hvordan en innvandringstilhenger skal finne sin posisjon i debatten, regelen om at den som er svært positiv til innvandring også er svært positiv til multikulturalisme, det oppfattes da som at man bryter med diskursen. Det er likevel nødvendig å tidvis stille seg utenfor etablerte diskurser, og at man innimellom makter å løfte seg over de rådende tankemønstrene.

På tross av medias fokus på at mange nordmenn har fordommer og vansker med å forholde seg til andres kultur, og da spesielt til Islam, opplever jeg at et av de mest fremtredende funnene mine, er at alle informantene har en positiv holdning til det å møte pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn. De uttrykker nysgjerrighet og en interesse i å prøve å forstå alle sine pasienter på best mulig måte, uavhengig hvor de kommer fra. På denne måten vil de kunne yte best mulig sykepleie. Dette samsvarer også med Båtnes (2012) erfaringer med studenter i flerkulturell forståelse. Han har gjennom dem fått innblikk i deres holdninger og i samfunnet generelt. Han spør derfor om det kanskje er mindre av kulturelle fordommer mange steder i samfunnet enn vi vil ha det til?

4.8 Holdninger til religion i en psykiatrisk avdeling

Som tidligere beskrevet, har aksepten for religion som en del av den psykiatriske behandlingen vært varierende. Holdninger til dette blant personalgruppen, kan kanskje også være med å påvirke hvor stor plass det skal få i en psykiatrisk avdeling.

Flere av informantene nevner at religion, politikk og sex er noe man tidligere ikke har skullet snakke om. Informant 5 sier at dette er en myte nå.

”Tidligere var det nesten opplest og vedtatt at man ikke snakket med pasientene om religion, politikk, alkohol og seksualitet. Og spesielt var religion og politikk tabu områder. Det var

knyttet til en tid da man hvor man skulle være verdinøytrale. Og det har det jo vært en voldsom grøftegang i helsevesenet, for går du langt nok bak i tid, så var jo religion helt sentralt.”

Imidlertid er det ingen som sier at det finnes regler for at man ikke skal gjøre dette nå. Informant 4 nevner at det likevel er et tema som man ofte skal unngå å snakke om i fellesmiljøet, men at det kan snakkes om i en privat sammenheng. Dette fordi det kan være med på og uroe andre pasienter. Noe hun utdyper med;

”Vi har jo også pasienter som har vært i sekter og lignende. Som har blitt traumatisert og misbrukt. Av noen som igjen har misbrukt Guds navn, og utgitt seg for å være hans talerør. Så vi har en overordnet regel på at man skal være litt forsiktig med å snakke om disse tingene i fellesmiljøet. Fordi det kan være med på å skape uro hos de andre pasientene”

Når det kommer til aksepten for å vise at man er religiøs, blir det også fortalt at det er ulike oppfatninger av hvor greit dette er. Informant 5 forteller dette;

”Jeg var jo sånn at jeg aldri brukte kors på jobben. Og jeg tenker at man kan tolke det som bare et alminnelig smykke. Men det kan også gjøre at noen blir nysgjerrige., og lurere på om jeg er en de kan snakke om tro om. Og jeg har opplevd noen ganger at det funker sånn. Og det tenker jeg er positivt! Det er ingen som har fortalt meg at det er en regel mot å bære religiøse symbol. Det hadde nok blitt mange diskusjoner om det skulle bli en regel. Og nå er det jo ganske moteriktig også. Så hvordan kan en skille mellom dem som bare bruker det som et smykke og hvem som bruker det som et religiøst symbol?”

Her kan man se at både litteraturen og informantene forteller om varierende aksept for å inkludere religion i behandlingen. Likevel er det ingen av dem som har hørt at det er regler for at dette ikke er greit på deres arbeidssted. De fleste sier at avdelingene er positive til det, så lenge det kan gi pasientene en helsegevinst.

4.8.1 Tabu rundt religion? - hvorfor er religion så vanskelig

Til tross for at mange sier de ikke har vanskeligheter med å forholde seg til temaet religion på arbeidsstedet, opplever jeg motstridende utsagn. Noen sier også at det er vanskelig. Spesielt på grunn av at det oppleves som et tabu å ta opp saker i tilknytning til dette temaet. Flere av dem sier også at de skulle ønske at det var et større fokus og at problemstillinger rundt pasienters religiøsitet skulle være mer i sentrum av behandlingen.

I løpet av intervjuene opplevde jeg at alle informantene kom inn på at religion i psykiatrien er et tabuområde. Derfor tenker jeg nå å gå nærmere inn på hva de tenker og forteller rundt dette. En av dem sier at man er redd for å ta i tabuområder, og at man forsøker å holde seg unna disse områdene.

”Jeg føler det er tabubelagt mange steder. Det er noe man frykter å ta i, fordi man er redd for å tråkke feil i psykiatrien. Og jeg tror det handler om at man ikke ønsker å tråkke feil. Om man snakker om det, kan det røre noe i oss. Kanskje fordi man ikke tør, fordi man er redd for hva som vil skje. Det kan jo hende at man ikke har det så implementert i det verbale språket, og at det ikke er noe kultur for det i norske sykehus. Her i denne avdelingen har vi ingen kultur for det. Heller ikke i hverdagspråket. Det er en utvikling fra hvordan det var. Tidligere kunne man ikke se psykiatri utenom religion. Så det har skjedd en utvikling i samfunnet.

Olstad (2003) har skrevet artikkelen *Religion tabu for sosialarbeidere*. Her beskriver hun at norske sosialarbeidere ikke tør å ta tak i slike spørsmål. Ikke vil de, og ikke er de sikre på om det er yrkesetisk forsvarlig sier hun.

To av mine informanter mener at eget forhold til religion påvirker hvordan man forholder seg til religion også i en profesjonell sammenheng. De forteller at om man selv ikke har et avklart forhold til religion, og ikke er bevisst sine egne tanker og følelser rundt religion og livssyn, kan det bli vanskelig. Den danske sykepleieforskeren Schärfe (sitert av Leenderts 2014:235) oppdaget i sin forskning om åndelig omsorg en klar sammenheng mellom hjelperens forhold til livsspørsmålene, og vedkommendes mulighet for å kunne yte hjelp på dette området. Schärfe er ikke opptatt av hva slags livssyn hjelperen har, men om hjelperen har et avklart forhold til egne livsverdier. Tanken er da at om man ikke er fortrolig med eget livssyn, vil man ha vansker med å identifisere seg og møte livssynsbehov hos pasienter.

Leenderts (2014) skriver at med profesjonaliseringen av omsorgsyrkene endret synet seg på hvilke kvaliteter ved omsorgsarbeideren som var viktig. Hun mener at tyngdepunktet ble flyttet fra personlige til profesjonelle kvaliteter. Livshistorisk kunnskap ble skjøvet i bakgrunnen til fordel for vitenskapsbasert kunnskap. Noe annet hun mener det førte med seg er verdinøytralitet. Med dette menes at man ikke skal gi til kjenne sine egne verdier, og heller ikke ta stilling til slike verdier i sitt forhold til pasienten. Om dette er et absolutt prinsipp i en avdeling, kan jeg forstå at det oppleves som vanskelig å skulle ha en åpen samtale rundt

religion og livssyn med pasienten. Samtidig er det ingen av mine informanter som sier at verdinøytralitet er en regel i deres avdeling.

4.9 Kunnskap og ”flerkulturell” kompetanse

Et av de mest sentrale funnene mine gjennom studien har vært at alle informantene reflekterer rundt i hvor stor grad kunnskap om temaet er viktig. De har ulike synspunkt på hvilke kunnskap man er i behov av. En av dem uttrykker ønske om å ha mer kunnskap om andre religioner og kulturer, mens en annen tenker at om man er bevist nok på sin egen kultur og religion, så vil man ha bedre forutsetninger for å møte pasienter med annen kultur på en god måte. Dette vil jeg beskrive nærmere i dette kapittelet.

Mangel på kunnskap kan føre til usikkerhet. Dette kan videre gjøre det vanskelig å ivareta pasientene på en god måte. Koenig (2012) skriver at på tross av flere rapporter over både fordelene og ulempene med å ta religion inn i behandlingen, er mange helsearbeidere usikre på hvordan de skal nærme seg dette temaet i møte med pasienten. Utfallet har ofte vært at man har ignorert det helt. Her sier han videre at å ignorere noe som kan påvirke helsen i så stor grad ikke er veien å gå. Man må derfor gjøre en innsats i å søke å forstå rollen religion har i forhold til helse. Her tenker jeg at økt fokus og økt kunnskap kan være nyttig for økt forståelse.

Informant 4 forteller meg at hun synes det kan være vanskelig å forholde seg til pasienter med religiøse behov fordi hun ikke har nok kunnskap om religion. Dette gjelder spesielt kunnskap om andre religioner enn kristendommen. På tross av at hun har vokst opp som medlem av den norske kirke sier hun at det også kan være vanskelig å bidra i forhold til kristne pasienter. Videre sier hun at på tross av at det skorter på hennes kunnskap rundt religion, så er det hennes oppgave som sykepleier å ta religion med i behandlingen om pasienten er i behov av dette.

”Jeg tror det er mangel på kunnskap som skaper usikkerhet hos oss. I vertfall for meg. Det er også flere kollegaer som har bekreftet dette. Det er litt det der... at det kan vi ingenting om. Og det liker vi ikke som mennesker. Man liker ikke som profesjonell å komme til kort. Det vi ønsker er å hjelpe. Men når man ikke forstår eller ikke klarer det, så blir det vrient å hjelpe et annet menneske.

Informanten er likevel litt i tvil om hvilken type kunnskap hun mangler. Hun tenker at generell kunnskap om ulike religioner og livssyn hadde hjulpet. Likevel er hun usikker på om det

virkelig er nødvendig. Hun tenker at man kan komme langt bare ved å være åpen og nysgjerrig.

”jeg hadde en pasient som bare la seg ned, og tenkte at det kom til å ordne seg uansett. Hun tenkte at hun bare kunne ligge der. Ikke spise, ikke drikke, ikke gå. Fordi Gud var med henne og hjalp henne... Da brukte jeg det som eksempel, at Gud er i alle, og at hun burde tenke at det var Gud som har hjulpet henne hit, og at vi var hjelpere som skulle være med på å hjelpe henne til å bli bedre.”

Hun forteller at dette var et forsøk på å nå inn til pasienten, og møte henne der hvor hun var. Likevel utfordret det sykepleieren å handle på denne måten, da det strider med den naturlige måten å være profesjonell på. Det ble likevel et verktøy å bruke for å snakke det hun kaller samme språk. Videre sier hun at hun tenker det er lurt å være tøff og tørre å ta utfordringer i måten å kommunisere på. Hun har ikke opplevd at pasientene blir fornærmet over at hun opptrer nysgjerrig og spørrende i forhold til deres kultur og religion. Hun tenker at dette er nøkkelen til bedre kommunikasjon. At man forsøker å være åpen og å snakke om det som oppleves som fremmed og derfor også skummelt. Hun mener at nordmenn kvier seg for å ta opp disse problemstillingene. Mangelen på kunnskap kan også føre til at hun tenker at hun ikke kan gi alt hva pasienten er i behov av under en sykehusinnleggelse. Dette fordi hun da ikke kan tilby tilstrekkelig hjelp i forhold til åndelige og religiøse utfordringer pasienten har. Sykepleieren sier også at hun skulle ønske at det ikke var pasientens ansvar å ta det opp, og at det var en åpnere dialog i behandlergruppen.

Flere av informantene beskriver eksempler hvor de har gått ut i fra at utsagn fra pasienten har vært basert på psykotiske forestillinger, men så har det kommet frem at dette er en kulturell eller religiøs uttrykksform. Hadde man hatt kunnskap hadde man kanskje unngått slike misforståelser. På spørsmål rundt hvordan de blir opplyst og hvordan de kan tilegne seg kunnskap, har sykepleierne ulike erfaringer rundt dette. Det viser seg videre at det er lett for informantene å tenke at de får den informasjonen de har behov for, men når vi går videre inn på hvordan og hva informasjonen innebærer, så ser de at det nok i stor grad er mangel på kunnskap blant de fleste som jobber i avdelingen. En av dem sier at kunnskapen de får i stor grad retter seg mot den de får direkte fra pasienten, ved å spørre spørsmål. Dette er ofte spørsmål vedrørende religion eller kostholdsrestriksjoner, og om pasienten har noen behov for at man følger dette opp.

Noen av informantene er opptatt av at man trenger konkret kunnskap om den enkelte religion

og kultur, mens andre ønsker en generell økt forståelse i møtet med mennesker fra andre kulturer. Informant 3 sier de både trenger, og ikke trenger kunnskap om kultur og religion. Hun sier

”Jeg tenker at det kan være lurt å ha et fokus på det som handler om religiøsitet, og at mennesket har en iboende religiøsitet. Det er en naturlig del av mennesket. Hvordan den uttrykkes og hvordan den gir seg utslag vil derimot være veldig forskjellig. Har man en tanke om det, så møter man dem med den holdningen. Jeg tenker kanskje at opplysningsarbeidet som kanskje vi, i vertfall som etnisk norske, kanskje burde hatt et større fokus på hva det er som er vår religionstradisjon. Og at vi vektlegger på en måte kanskje litt større kunnskap om det. For der opplever jeg at norske folk ikke er opplyste i det hele tatt. Og dette tenker jeg har betydning for hvordan man møter mennesker med annen religiøs kulturoverleveringstradisjon også. Fordi om man ikke er bevist sitt eget kulturelle ståsted, så kan det være en utfordring å møte mennesker med andre kulturell ståsteder. Fordi dette handler om kulturarv.”

Informant 5 mener også at mange tenker at de ikke har kunnskap om kulturer og religioner og derfor ikke tør å snakke om det. Videre sier hun;

”Jeg tror alle har kunnskap om å snakke med pasienter om det som er vanskelig. Da er det noe med det å snakke med pasienten om det som er vanskelig med troen. Og så trenger ikke vi å sitte med svarene. Det er veldig mange som opplever en stor lettelse bare ved å kunne snakke om det. Om de trenger mer hjelp enn det vi kan gi i en samtale, og ved det å lytte, så kan vi eventuelt gå videre å forsøke å finne noe de kan snakke med som har litt mer kunnskap på å møte de eksistensielle spørsmålene.”

”Det har litt lett for å være sånn at når noe religiøst kommer på banen så er det noen som sier at da må vi ringe presten. Jeg har selv vært åpen på hva jeg tenker rundt de tingene hvor jeg jobber, og fått aksept på at jeg kan snakke med pasientene om det. Og jeg har jo flere ganger selv snakket med pasienter og fått tak i at her kan det være greit at de kan få en samtale med presten. Og det har vært veldig greit. Det er et eller annet med presterollen. Ikke nødvendigvis personen, men presterollen i forhold til at den er noe de ser på som nesten er bindeledd til Gud. Han kan da komme inn å si at sånn og sånn er det. Så det at det er presten som er prest som kommer, kan av og til være godt for noen”

Likevel er hennes erfaring at sykepleiere kan gjøre store deler av jobben selv. Årsaken til at dette kan være vanskelig, tenker hun har å gjøre med at det ikke har vært noen tradisjon for det i psykisk helsevern. Hun sier at man til og med har lært at man ikke skal snakke om religion

med pasienten. Likevel kommer hun tilbake til at mangel på kunnskap nok gjør mange så usikre at de føler at de ikke kan gå inn i det. Personlige mener hun at som helsepersonell bør kunne mestre disse samtalene, på tross av manglende teologisk utdanning. Som sykepleier har man lært å møte mennesker, og man har utdanning i det å forholde seg til mennesker med ulike problemer. På tross av at sykepleiere ikke er eksperter på religion, så har vi en samtalekompetanse som gjør at vi skal være i stand til disse utfordringene også.

”Jeg tror at for den alminnelige sykepleier, som ikke er spesielt religiøs, så kan man ikke forvente at man skal gå og sette seg inn i veldig mye som har med religion å gjøre. Men det jeg syns man kan forvente, det er at man har kunnskap nok til å vite at det er viktig for veldig mange mennesker. Og at det er noe man må ta hensyn til, å være åpen for å snakke med de om. Og så trenger man ikke være så redd for at man selv ikke har så mange svar og så mye kunnskap. Pasienten selv har mye kunnskap om sin egen religion, og vi kan bare spørre pasienten om det er noe vi lurere på. Det er noe med den generelle åpenheten i forhold til det å være menneske, og i det å være menneske, så ligger det for veldig mange mye religiøst. Og viss vi ikke er interessert i den delen av menneske, så kan man jo lure på hvorfor man i det hele tatt jobber med mennesker.”

Det å ivareta pasienten, både i forhold til det fysiske og psykiske, åndelige og sosiale mener informant 5 er en del av jobben som sykepleier. Noe det også finnes støtte for i litteraturen. Leenderts (2014) skriver at sykepleiere i kraft av sin utdanning har en generell kompetanse til blant annet kommunikasjon, relasjonsarbeid, ressursmobilisering og nettverksarbeid. Denne kompetansen er knyttet til at man kan ivareta mennesker i utfordrende livssituasjoner. Videre mener hun at mange sykepleiere også har det hun kaller en spesiell kompetanse i møte med ulike livssynsspørsmål. Denne kompetansen er knyttet til sykepleieren som person og til faktorer som personlig livssyn, livserfaring og formell og uformell kunnskap. Leenderts (ibid) tenker at en kombinasjon av disse kompetansene medfører at mange pasienter kan få god hjelp av sykepleieren.

Når det gjelder hvordan man oppnår denne kunnskapen tenker noen at den beste måten er å spørre pasienten selv, og eventuelt å lese seg opp på relevant litteratur. Utfordringene i dette kan være at om man spør en pasient fra en kultur om noe, så er det ikke sikkert at neste pasient fra samme kultur har de samme behovene. Det er heller ikke alltid så lett å vite hva man skal spørre om, viss man ikke har bakgrunnskunnskap i det hele tatt.

Det å spørre pasienten kan likevel være et greit utgangspunkt, og en av informantene mine sier at hun da får den informasjonen hun trenger for å møte akkurat denne pasienten. Og selv om pasienten tilhører en religion, er det på ingen måte bestemt at han har like kultur med en annen pasient med lik religion. Derfor etterspør man pasienten hva de har behov for. Dette mener hun også hun lærte om i videreutdanningen i psykisk helsearbeid, nemlig forståelse. Og dette gjelder i møtet med alle pasienter, uansett bakgrunn. Erfaring er også en viktig kilde til kunnskap, og dette poengterer en av sykepleierne. Hun mener at man også er nødt til å innse at ting ikke alltid er som man hadde sett for seg, og som man umiddelbart tenker.

Norge beskrives i dag som et flerkulturelt samfunn, og derfor stilles det krav til at yrkesgrupper utvikler flerkulturell kompetanse. I den offentlige diskurs er det likevel ofte uklart hva slags innhold denne typen kompetanse bør ha. Hanssen (2007) skriver at kunnskap om andre kulturer er et viktig redskap for å møte mennesker fra etniske minoriteter på en god måte. Dersom vi utviser en smule kunnskap om en pasients kultur og religion og hvilke konsekvenser dette kan ha for hans eller hennes behandling og pleie, kan dette gi pasienten en opplevelse av å bli møtt med omsorg og respekt og dermed gjøre møtet med helsevesenet mer positivt. Dersom denne typen kunnskap blir brukt som en ressurs i samhandlingen mellom sykepleier og pasient istedenfor en oppskrift fordi man anser at alle mennesker som tilhører en gitt religion eller kultur som "like", er mye vunnet. Fokuset på religion, kultur og det som er annerledes og fremmed må imidlertid ikke gjøre at vi glemmer at enhver pasient har sin egen unike historie og bakgrunn. Vedkommende må derfor slippe å bli møtt som en representant for eksempel den pakistanske kulturen, eller den islamske religionen. Han eller hun må få lov til å være seg selv med sitt livssyn, sin forståelse og sine kunnskaper, tanker og holdninger.

Kunnskap er en forutsetning for forståelse. I et ressursdokument, Veiledning i religionsmøte (2006), utarbeidet av Den norske kirke skriver de at det er et tegn på respekt å skaffe seg konkret og etterrettelig kunnskap om andres tro. Det kan også være en utfordring å skille mellom faglig fundert informasjon om andre religioner på den ene siden og negativ propaganda på den andre. Religioner er også hele tiden i forandring, og denne endringen kan forsterkes når en religiøs tradisjon slår rot på nye steder, eller går fra å være majoritet til minoritet eller omvendt. I møte med innvandrere med annen tro er det viktig å lytte til hvordan troen fortolkes i vårt land og ikke forutsette at deres tro forblir upåvirket av forflytning over landegrensene.

Stifoss-Hanssen og Kallenberg (1998) mener helsevesenet befinner seg i en situasjon hvor målsettingen om å inkludere religion ikke fullt ut blir oppfylt. De sier at både pasienter og ansatte opplever frustrasjon som henger sammen med at viktige behov ikke blir dekket. De nevner også at omsorg på det livssynsmessige området er et ekstra tydelig uttrykk for helsearbeideren etiske holdninger og stiller store krav til innlevelse og åpenhet. Våre egne verdier er ofte noe vi tar for gitt, og det krever bevisstgjøring å lyte seg frem til det andre menneskets verdier. Dette kan blant annet vise seg i møtet med mennesker fra andre kulturer og religioner enn mans egen, noe man for eksempel kan møte når en pasient med muslims tro stiller nye krav til sykepleierne. Menneskets åndelige side må forstås i forhold til kultur og tradisjon – det gjelder både et fremmede og det kjente. Derfor sier de at adekvat åndelig omsorg bygger på kunnskap om livssyn, kultur og tradisjoner.

Jeg synes dette er interessant å lese, i forbindelse med at i dataene mine finner jeg akkurat dette, at hver og en av informantene er bevisst akkurat dette, at hver og en pasient er ulik, med sin egen identitet. Dette vil jeg drøfte videre i neste kapittel. Thorbjørnsrud mener at behovet reduseres altfor ofte til at «man bør forstå de andre», det vil si etniske minoriteters grupper som har innvandret eller flyktet til Norge i løpet av de siste ti årene. Parallelt forklares fremveksten av det flerkulturelle samfunn i Norge som en konsekvens av disse gruppenes adkomst. For å realisere den politisk vedtatte integrasjonsstrategien bør derfor medlemmer av den norske majoritetsbefolkningen utvikle en kompetanse som vil gjøre dem i stand til å hjelpe minoritetene. Kulturforståelse knyttes til det å forstå de andre. Dette fører videre med seg en rekke debatter om hvorvidt det er riktig eller galt å forstå og ta hensyn til minoritetenes eventuelle forskjellige livsoppfatninger og livspraksiser «når de nå bor i Norge». Dette viser seg også i psykiatriske avdelinger, hvor man ofte mener at man må forholde seg til de samme regler og prosedyrer ovenfor alle pasienter, uavhengig kulturell og religiøs bakgrunn. Informantene mine deler imidlertid ikke denne holdningen, at man skal forholde seg til de samme regler og prosedyrer ovenfor alle pasienter. De sier alle at de gir hver enkelt pasient individuell behandling og tilrettelegging.

Fokuset og interessen for det flerkulturelle samfunnet er stor, og gjenstand for mye forskning. Informantene mine sier også at det finnes tilbud omkurs og videreutdanning innen dette fagfeltet, men det er likevel ikke et satsningsområde fra avdelingen og ledelsens side. Forskningsinteressen, og da i stor grad sosiologisk og antropologisk forskning har i hovedsak

konsentrert seg om diskriminering og diskvalifisering fra vertsbefolkningens side, strategier for opprettholdelse av gruppeidentitet, og forholdet mellom innvandrernes kultur og vertslandets. Forskingen har i følge Båtnes (2009) hatt en kulturalistisk tendens, da det ofte har vært menneskers etniske eller kulturelle tilhørighet som dannet utgangspunktet for interessen. Ulike grupper av innvandrere ble tilskrevet kulturelle kjennetegn og klassifisert. Når informantene snakker om hvilken kunnskap de tenker de mangler, nevner også noen av dem at de trenger konkrete opplysninger om hver enkelt kultur og religion. Det er heller ikke vanskelig å ha forståelse for det, når man er i en situasjon med en pasient som man ikke greier å løse. Da er det nærliggende å tro at om man for eksempel hadde vist at akkurat den folkegruppen i dette landet hadde en spesiell tradisjon, så hadde dette vært til stor hjelp. Likevel vil undervisning og kunnskap som bare er rettet mot etniske kjennetegn ikke være optimal for disse sykepleierne og den sosiale virkeligheten de møter. Det er da nødvendig med kunnskap med et mer pragmatisk preg, og som retter seg i mot at man skal handtere pasienter fra det flerkulturelle Norge, som består av mennesker med en svært kompleks og mangfoldig kulturell ballast. Da er det ikke mulig å lære nok om hver enkelt gruppe, og den teoretiske interessen må være pragmatisk og rette seg mot de praksisnære spørsmålene. Det er viktig at man erkjenner at flerkulturell forståelse ikke kan reduseres til kunnskap om kulturer og etniske eller religiøse grupper. Her mener Båtnes (ibid) at det som er viktig er kultursensitivitet, at man utvikler en emosjonell beredskap for kulturmøter generelt – altså ikke en beredskap for møter med bestemte talspersoner eller representanter for folkegrupper, men utviklingen av en følsom kontaktflate mot det kulturelle mangfold som finnes i individuell menneskelig atferd overalt.

Per Inge Båtenes (2012) har skrevet en bok hvor flerkulturell forståelse er temaet. Han starter med å forklare begrepet ”flerkulturell”. Han sier de bruker begrepet som et beskrivende adverb for samfunn, institusjoner, organisasjoner eller andre grupper av mennesker, men aldri for å karakterisere et enkelt menneske. Videre sier han det gir lite mening å omtale forståelsen til et menneske som mer eller mindre flerkulturell. Tanken med ”flerkulturell forståelse” er å forstå det flerkulturelle samfunnet. Dette vil si at flerkulturell forståelse betyr kunnskap eller kompetanse om et samfunn som er preget av kulturelt mangfold. Det er mange aspekter ved flerkulturell forståelse, og Båtnes (ibid) nevner fire aspekter som er; å ha gode kunnskaper om fremmede kulturer, å kunne kommunisere bra på tvers av kulturgrensene, å ha kunnskaper om livet i et flerkulturelt samfunn og å handle kompetent i et flerkulturelt mangfoldig samfunn.

Når jeg snakker om flerkulturell forståelse, så har det heller ingenting å gjøre med i hvor stor grad man er for eller imot innvandring. Det kan også være problematisk når politisk korrekthet ledsager det faglige engasjementet. Dette kan hindre diskusjon og spørsmål. Når jeg har arbeidet med studien min har jeg også vært opptatt av å forsøke at informantene skal unngå å måtte være politisk korrekte, så jeg på denne måten kan få mest naturlige svar.

Informant 2 forteller om en situasjon hun opplevde en gang på sitt arbeidssted hvor hun i etterkant forstod hvor viktig kunnskap og erfaring er i arbeidet med mennesker.

”Jeg jobbet med en pasient, som var veldig... etter mitt syn, ekstrem i sin måte å være på. Mye var på bakgrunn i religion, men også mye var kulturelt. Som at han ikke kunne hilse på damer for eksempel. Hvor jeg da brukte en del tid på å snakke med han om det. ”Hvordan er det for deg? Hvordan tenker du om det? ... og det var en litt sånn tankevekker... for der man lett kan tenke, og noen ganger føle litt på at det handler om respekt... For han var det sånn, om det var en dame som trengte hjelp, så ville det være sterkere enn den kulturelle biten som sa han ikke kunne hilse på, eller ta på damer. Det som han kalte unødvendig fysisk kontakt, handler om å respektere damer. Men dersom han trengte en undersøkelse, og jeg som kvinnelig sykepleier måtte ta på han for å gjennomføre den undersøkelsen, så var det også greit. Og det å ha snakket om det, og å snakke med den enkelte om hva det innebærer for deg, Hvordan skal jeg oppføre meg for at du skal føle at jeg møter deg med respekt? Det er greit å formidle et ønske om at man ønsker å ivareta det som er viktig for den enkelte. Der jeg i utgangspunktet var litt sånn... veldig undrende, og kanskje litt skeptisk, gjennom samtale ble kjent med noen som er et av de snilleste og mest omsorgsfulle menneskene jeg har erfart å møte i jobbsammenheng. Og det har jeg med meg videre, at ting ikke alltid bare er det man kan se. Man må kanskje utforske litt mer og finne ut av hva trenger den enkelte for at det skal være greit for den... Og mennesker er forskjellige, akkurat som nordmenn er forskjellige på hva som er greit, så er det også sann for de som har en annen bakgrunn... For meg er det en veldig god erfaring, det å snakke om det, og det å lære av den enkelte. Så tror jeg det er viktig å få faglig påfyll. Med videreutdanning og kurs. Jeg tenker det er viktig med den kombinasjonen mellom faglig kunnskap og erfaringskunnskap.

Fra ledelsen blir det lite vektlagt denne type kunnskap sier denne informanten. Flere er enige om at det ikke er et prioritert tema når det gjelder internundervisning, og sier at det er generelt lite fokus rundt temaet religion og livssyn. Om det oppstår situasjoner, blir hvert enkelt tilfelle diskutert, så man får snakket om det, og prøve å finne løsninger. Etter å snakke litt rundt dette,

kommer det frem at det finnes tilbud, man har hatt mulighet til å gå på individuelle kurs. Det er da opp til hver enkelt å melde seg på å delta. Dette er det også flere som bekrefter, nemlig at om man har interesse for det kan man gå på kurs som settes opp både internt og eksternt.

Ledelsen vil da legge til rette for at man kan gå. En av informantene sier han selv har forsøkt og tatt det opp ved noen anledninger, hvor han da har hatt det som tema i en faglunsj. Det er da mulighet for å snakke åpent omkring religiøse motsetninger, hvordan man kan legge til rette for den flerkulturelle og så videre. Det er også rom for å reflektere og dele erfaringer, samtidig som man kan lufte sine egne tanker og høre om andre har andre måter å se på situasjonen på.

Kunnskap er viktig for å utvide sine egne perspektiver. En av sykepleierne sier at det er lett å bruke seg selv som referansepunkt. Kunnskap kan bidra til nye måter å se verden på, og dermed å være med på å hjelpe en til å bevege seg bort fra det man sammenligner med seg selv. Man har også et ansvar selv for å holde seg oppdatert, men det er også viktig med gode grunnleggende holdninger. På tross av alt man har lest i bøker og aviser er det først i møtet med det enkelte mennesket at man får kunnskap om den enkelte. Det er da viktig å ha en strukturert måte å kartlegge dette må, istedenfor at det blir tilfeldig fra hver enkelt sykepleier og hvor opptatt de er av religion som tema.

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å få økt kunnskap om sykepleieres erfaringer med å møte pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn. Dette har jeg i stor grad oppnådd. Jeg vil nå kort oppsummere studien.

Sykepleierne rapporterer at de ofte møter pasienter med annen kulturell og religiøs bakgrunn enn seg selv. At denne pasientgruppen ikke er en homogen gruppe bemerket alle. De beskriver at de har ulike bakgrunn og ulike kulturer. På tross av sammensetningen i befolkningen, er det ingen av informantene som kan huske situasjoner hvor de har møtt pasienter tilhørende andre religioner enn kristendom og islam. Sykepleierne erfarer at det noen ganger oppleves annerledes å møte denne pasientgruppen. De forteller da at de kan oppleve at pasienters adferd henger sammen med kulturell og religiøs bakgrunn. Her kommer det blant annet frem at noen tenker at pasienter fra andre kulturer i større grad forventer at andre tar over ansvaret når de er inneliggende i sykehus. Dette står i motsetning til den norske sykepleiekulturen som i stor grad vektlegger å ansvarliggjøre pasienter. Fokuset på familien og fellesskapets betydning for individet blir også presentert som en forskjell. Tross ulikheter opplever jeg at de forsøker å bli kjent med enkeltmenneske, for deretter kunne se hvilke behov de har. Da erfarer flere at det de trodde var forskjeller bare er ulike måter å uttrykke seg på. I møtet med det som er annerledes fremkommer det også hvor viktig det er med god kommunikasjon. Dette er avgjørende for å kunne gi god behandling. Og som en av sykepleierne sier må man finne et felles prosjekt.

At informantene mener religion og livssyn har betydning for pasientene er også et viktig funn. De mener at det ligger til sykepleieryrket å se hele menneske. I forbindelse med psykisk sykdom, og den krisen pasienten kanskje går gjennom, tenker de at det er spesielt viktig at pasientens religiøse og livssynsmessige behov blir fulgt opp. Dette kan være som en trøst og støtte i hverdagen, og det kan være nyttig for å ivareta et sosialt nettverk. Religion og livssyn oppleves som positivt for pasienten når de har et sunt religiøst forhold. Alle informantene fremviser positive og reflekterte holdninger, både i forhold til å møte med pasienter med andre kulturer og til det å inkludere religion og livssyn i behandlingen. Likevel erkjenner flere at det finnes mindre positive holdninger blant andre i arbeidsmiljøet.

At religion heller ikke alltid er heldig for pasientens helse har sykepleierne også erfaringer med. I motsetning til den sunne troen, tenker informantene at religioner og livssyn, hvor

fokuset er stort på synd og skam er negativt. Det fremkommer også at det er viktig å ha et balansert forhold til sin egen religion. Her blir det også sagt at om man har god kunnskap og innsikt i egen religion gjør dette enklere. Da er ofte pasienten selv i stand til å vite i hvilken grad troen er til nytte eller ikke. Andre tilfeller hvor det oppleves som uheldig er i tilfeller hvor pasienten er psykotisk og har religiøse vrangforestillinger. Dette oppleves også som utfordrende for sykepleieren, da det er vanskelig å skille hva som forestillinger og hva som er religiøs tro. Situasjoner hvor de opplever at pasienten tar lite ansvar for egen helse ved å tenke at Gud og religionen ordner opp erfares også som lite helsefremmende.

For å ivareta pasientene forteller sykepleierne hvordan de går frem for å tilrettelegge for pasientens ulike behov. Noen steder følger de til kirke og moské. I religiøse høytider, som under ramadan forsøker de også å tilrettelegge for måltid og medisinerer etter solnedgang. De forteller også at de er hjelpelige med å tilkalle prest eller imam, og noen benytter seg av tilbudet til *samtalepartner* prosjektet. Det er likevel ikke mange eksempler på at dette faktisk blir gjort. Et interessant funn i forhold til tilrettelegging, er at en av sykepleierne mener at måten det tilrettelegges på ikke er god nok. Hun tenker at man burde kunne gå dypere i problemstillingene, og søke hvordan man virkelig kan hjelpe på best mulig måte, uten at det bare blir tilrettelegging rundt praktiske ting.

Sykepleiere fra ulike avdelinger opplever ulikt fokus på problemstillinger knyttet til religion og livssyn. I flere av avdelingene er det lite eller ingen fokus fra ledelsen, mens en av sykepleierne forklarer at grunnet flere aktuelle problemstillinger, har dette blitt tatt opp på avdelingsnivå. For å kunne ivareta disse behovene på en bedre måte tenker jeg det er nødvendig med rutinemessig kartlegging av pasienters religiøse og livssynsmessige behov. Her er det tydelig fortsatt mye å arbeide med i de psykiatriske avdelingene informantene mine arbeider. Det er ingen av disse som har rutiner for å fange opp disse behovene. Ut fra hva jeg hører informantene fortelle, så ender det opp med at det er tilfeldig hvilke behov som blir fanget opp. Dette skjer oftest ved at pasienten selv uttrykker behov for det. Jeg tenker at denne kartleggingen hadde vært nyttig i flere situasjoner. Blant annet for å se om det kan være religiøse årsaker til sykdom, hvilke behov pasienten har for samtaler eller oppfølging i avdelingen og for å se hvilke ressurser religion og livssyn tilfører pasienten. En av informantene forteller at en av årsakene til at det ikke snakkes om religiøse og livssynsmessige behov i avdelingene, er at det ikke er tradisjon for å snakke om disse tingene, og at man er

sjenererte i forhold til egen og andres tro i den norske kulturen.

Gjennom dette studiet er nok et av de mest fremtredende funnene i hvor stor grad informantene vektlegger kunnskap i møtet med pasienter med annen religiøs og kulturell bakgrunn. Dette tenker de er viktig både for å kunne hjelpe pasienten på best mulig måte, men også for å unngå utfordringer man møter som profesjonell. Flere forteller om usikkerhet i forhold til det å forholde seg til religiøse spørsmål. Da blir deres rolle som profesjonelle utfordret, i opplevelsen av og ikke være i stand til å hjelpe pasienten. Den enkle løsningen kan da være å la være å forholde seg til religion. Imidlertid opplever jeg at de viser stor interesse for å skulle tilegne seg ny kunnskap. Både teori og empiri forteller om betydningen av kunnskap. Dette går ikke bare ut på det å skulle ha kunnskap om andre kulturer og religioner, men flere av dem nevner at man trenger økt kunnskap om seg selv og sin egen kulturelle bakgrunn for å være i stand til å forstå andre. Det blir også beskrevet at man i form av sin sykepleieutdanning skal ha god kompetanse i å møte mennesker i en vanskelig livssituasjon. Denne kunnskapen kan man også nytte seg av i møtet med kulturelle og religiøse spørsmål. Analysen av dataene viser derfor at det er behov for mer undervisning og økt fokus, både på ulike kulturer og på religioner og livssyn. Som nevnt kan ikke alt læres gjennom undervisning. Da er det ofte ervervet kunnskap gjennom praksis som kan hjelpe til å få et vellykket møte med pasienten. En kombinasjon av kunnskap gjennom undervisning og erfaring vil trolig være med på å trygge sykepleierne i samhandlingen med pasientene.

Litteraturliste:

- Aadland, E. (2004). *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aadnanes, P. M. (1992). *Livvsyn*. Aschehoug.
- Al-Issa, I. (2000). *Al-Junun: Mental Illness in the Islamic World*. International Universities Press Inc.
- Båtnes, P. I. og Egden, S. (2012). *Flerkulturell forståelse i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, E, Norvoll, R og Rugkåsa, M. (2001). *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og Sosialantropologi for helse. Og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brunvoll, A. Bringeland, H. Gilje og N. Skirbekk, G. (2009). *Religion og kultur. Ein fleirfagleg Samtale*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Casanova, J. (2006). *Religion, European secular identities, and European integration*. I C.A. Døving.(2009) *Integrering. Teori og Empiri*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Dahl, Ø. (2013). *Møte mellom mennesker. Innføring i interkulturell kommunikasjon*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, D. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Danebolt, L.J. Engedal, L.G. Stifoss-Hanssen, H. Hestad, K. Lien, L. (2014). *Religionspsykologi* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, T.H. (2010). *Samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, T.H. (2008). *Røtter og Føtter. Identitet i en omskiftelig tid*. Oslo: Aschehoug Forlag.
- Eriksen, T.H. og Sørheim, T.A. (2003). *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Friis, S., og Vaglum, F. (1999). *Fra idé til prosjekt: en klinisk innføring i klinisk forskning* (2. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Garsjø, O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Gilhus, I. S., og Mikaelsson, L. (2001). *Nytt blick på religion. Studiet av religion i dag*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Grasaas, K. (2005). *Åndelig behov og åndelig omsorg I: Stordalen, J. Grunnleggende behov* Oslo: Høyskoleforlaget.

- Gullestad, M. (2002). *Det norske sett med nye øyne. Kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helman, C.G. (2001). *Culture, Health and Illness*. Fourth edition. London: Arnold
- Henderson, Virginia A. (1998). *Sykepleiens natur. En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hyden, L C. (1995). *Psykiatri samhandle patient. Psykisk sykdom i sosialt och kulturellt perspektiv* Bokforlaget Natur och Kultur.
- Jacobsen, C.M. (2002). *Tilhørighetens mange former. Unge muslimer i Norge*. Unipax.
- Kaiser, K. (2000). *Hva er vitenskap?* (2.utg) Oslo: Universitetsforlaget.
- Klausen, A M. (1970). *Kultur: –variasjon og sammenheng*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Koenig, H. King, D.E. Carson, V.B (2012). *Handbook of Religion and Health*. Second edition. Oxford university press.
- Kvale, S og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Second edition. SAGE Publications, Inc.
- Leenderts, T A. (2014). *Person og profesjon. Om menneskesyn og livsverdier i offentlig omsorg*. 3 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene*. 2. utgave. Oslo: Akribe
- Malterud, K. (2009). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. 2. utgave. Universitetsforlaget.
- Norvoll, R. (2002). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver- en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Said, E. (2004). *Orientalismen. Vestlige oppfatninger av Orienten*. Norsk utgave. J.W Cappelens forlag AS
- Stifoss-Hanssen, H. og Kallenberg, K. (1998). *Livssyn og helse. Teoretiske og kliniske perspektiver*. Ad. Notam Gyldendal
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

Wikan, U. (1995). *Mot en ny norsk underklasse. Innvandrere, kultur og integrasjon*. Oslo: Gyldendal

Publikasjoner:

Borge, L. og Rolfsnes, J.K. (2009) *Pasienters erfaring med sjelesorg i en psykiatrisk klinikk. Sykepleien Forskning 4(2):142-149.*

Dybing, B. (2014). *Troen som ble en byrde. Hvilken hjelp trenger mennesker som har vært i usunne miljøer? Masteroppgave i diakoni.*

Døving, C.A. (2009). *Livsfaseriter. Religions- og livssynspolitiske utfordringer i Norge*. Oslo: Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn.

Leuba, JH. (1986). *A study in the psychology of religious phenomena*. American Journal of Psychology 1896, 5, 309-385

McSherry, W. Jamieson, S. (2010). *An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care*. Journal of Clinical Nursing.

Olstad, L. (2003 08:10) *Religion tabu for sosialarbeidere*.

NOU 2013:1. *Det livssyns åpne samfunn. En helhetlig tros- og livssynspolitikk*. Oslo: Tros og livssynspolitisk utvalg

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2001) ICNs etiske regler, NSF-serien 2/01

St.meld. nr. 63 (1997/1998) *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Hentet fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199.html?id=274864

Veiledning i religionsmøte. Et ressursdokument for Den norske kirke. Vedtatt av kirkemøtet 2006. hentet fra: <https://www.yumpu.com/no/document/view/19965809/last-ned-heftet-her-samarbeidsrad-for-menighet-og-misjon>

Helse og omsorgsdepartementet (2013). *Likeverdig helse- og omsorgstjenester – god helse for alle Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Hentet fra: http://www.regjeringen.no/pages/38431748/Likeverdige_tjenester.pdf

Internettadresser:

- 1: Statistisk sentralbyrå: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef> 25/11/2014
- 2: Statistisk sentralbyrå: <http://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/hva-forteller-statistikkene-om-religion-tro-og-livssyn-i-norge> 27/09/2013
- 4: Statistisk sentralbyrå: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvhold/aar/2012-12-18#content>

Vedlegg 1

Silje K Ringstad
Bølerskogen 1
0691 Oslo
91 88 63 98/ silje_ringstad@hotmail.com

Avdelingsleder
Institusjon xx

Oslo, februar 2013

Forespørsel om deltakelse i studiet «Sykepleieres erfaringer med religion og livssyn i psykiatriske avdelinger»

Jeg er masterstudent ved Kulturmøte ved Høgskulen i Volda. I denne forbindelse skal jeg gjennomføre en masteroppgave hvor temaet er sykepleieres erfaringer med religion og livssyn i psykiatriske avdelinger. Oppgaven vil ha fokus på møtet med pasienter med ikke etnisk norsk bakgrunn, og annen religiøs tilhørighet enn Den norske kirke. Hensikten med studien er å belyse dette temaet og dermed kunne øke kunnskap og forståelse i forhold til sykepleiernes arbeid i forhold til den aktuelle pasientgruppen. Jeg er selv offentlig godkjent sykepleier, med videreutdanning i flerkulturell forståelse og jeg har 8 års arbeidserfaring fra psykiatrisk avdeling.

Det norske samfunnet er i stadig utvikling, og sammensetningen av mennesker med ulik kulturell og religiøs bakgrunn er stor. Sykepleiere i psykiatriske avdelinger er dermed også sannsynligvis en del av behandlingen av pasienter med ulike religiøse bakgrunner. Jeg ønsker derfor å intervju 5-6 sykepleiere med minimum to års arbeidserfaring fra psykiatrisk avdeling. Fortrinnsvis ønsker jeg å intervju sykepleiere med etnisk norsk bakgrunn. Intervjuet vil ha en varighet på ca 1 time, hvor skriftlig informert samtykke vil bli innhentet av deltakerne.

Jeg er underlagt taushetsplikt, og alle deltakere vil bli anonymisert. Dataene som samles inn ved hjelp av lydband og notater vil bli destruert i samsvar med Datatilsynets føringer ved studiets slutt i desember 2013. Studien er meldt og godkjent ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD) før studiestart. Resultatene fra dataene vil først og fremst presenteres i masteroppgaven. Deltakelsen er frivillig, og man står fritt til å trekke seg når som helst fra studiet.

Jeg svarer gjerne på spørsmål ved behov.

Håper på positivt svar på denne forespørselen, planlagt oppstart av intervju vil være i april 2013.

Masteroppgaven vil bli utført av undertegnede under veiledning av førsteamanuensis ved Høgskulen i Volda, Knut-Willy Sæther.

Med vennlig hilsen
Silje K Ringstad

Vedlegg 2

Silje K Ringstad
Bølerskogen 1
0691 Oslo
91 88 63 98 / silje_ringstad@hotmail.com

Oslo, februar 2013

Til sykepleier

FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I INTERVJU

Jeg er masterstudent ved Kulturmøte ved Høgskulen i Volda. I denne forbindelse skal jeg gjennomføre en masteroppgave hvor temaet er sykepleieres erfaringer med religion og livssyn i psykiatriske avdelinger. Oppgaven vil ha et fokus på møtet med ikke etnisk norske pasienter med annen religiøs bakgrunn enn Den norske kirke. Hensikten med studien er å belyse dette temaet og dermed kunne øke kunnskap og forståelse i forhold til sykepleiernes arbeid i forhold til den aktuelle pasientgruppen. Jeg er selv offentlig godkjent sykepleier, med videreutdanning i flerkulturell forståelse og jeg har 8 års arbeidserfaring fra psykiatrisk avdeling. Masteroppgaven vil bli utført av undertegnede under veiledning av førsteamanuensis ved Høgskulen i Volda, Knut-Willy Sæther.

Det norske samfunnet er i stadig utvikling, og sammensetningen av mennesker med ulike kulturell og religiøs bakgrunn er stor. Sykepleiere i psykiatriske avdelinger er dermed også sannsynligvis en del av behandlingen av pasienter av ulike religiøse bakgrunner. Jeg ønsker derfor å intervju 5-6 sykepleiere med minimum to års arbeidserfaring fra psykiatrisk avdeling. Fortrinnsvis ønsker jeg å intervju sykepleiere med etnisk norsk bakgrunn. Intervjuet vil ha en varighet på ca 1 time, hvor skriftlig informert samtykke vil bli innhentet av deltakerne. I intervjuet ønsker jeg dine opplevelser og refleksjoner rundt møtet med denne pasientgruppen.

Dersom du er interessert i delta, blir vi sammen enige om tid og sted for intervjuet. Jeg er underlagt taushetsplikt og alle deltakere vil bli anonymisert. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd som blir oppbevart i låst safe. Lydbåndet vil få et foreløpig nummer som vil bli knyttet til navn ved hjelp av en kodeliste som kun er tilgjengelig for studenten. Lydbånd og kodeliste vil bli slettet ved prosjektslutt desember 2013. Intervjuet er frivillig og deltaker kan når som helst trekke seg fra undersøkelsen, inntil resultatene er publisert, uten at det vil medføre ubehag eller andre negative konsekvenser. Opplysninger som blir gitt vil ikke kunne føres tilbake til deltaker som person. Om noen ønsker å supplere egne refleksjoner med pasienthistorier i intervjuet, må jeg be deg huske på at historien anonymiseres av hensyn til taushetsplikten og personvern.

Vedlagt ligger et skjema for informert samtykke. Om du ønsker og delta kan du fylle ut skjemaet og sende det tilbake til meg og jeg vil ta kontakt så fort som mulig for å avtale tid og sted. Studien skal være ferdig i løpet av 2013 og jeg ønsker derfor å gjennomføre intervjuet fra april 2013.

Er det spørsmål knyttet til studien, vennligst ta kontakt med meg på telefon eller e-post som er ført ovenfor.

Med vennlig hilsen

Silje K Ringstad

Vedlegg 3

SKJEMA FOR INFORMERT SAMTYKKE

Jeg er informert om overnevnte vilkår og rettigheter, og ønsker å delta som informant i intervjustudiet om sykepleieres erfaringer med religion og livssyn i psykiatriske avdelinger.

Sted/ dato:

Informantens navn:

Arbeidssted:.....

Telefonnummer:.....

Underskrift Informant

Vedlegg 4

Intervjuguide:

Dette er først og fremst en samtale hvor jeg ønsker å høre litt om dine tanker og resonnementer rundt aktuelle temaer. Ingen svar vil på noen måte være feil. Om noen av spørsmålene er uklare, er det bare å spørre.

| Tema: | Teori: | Kommentarer: |
|---|---------------|---------------------|
| Innledning: <ul style="list-style-type: none">• Åpner intervjuet med å invitere informanten til å snakke om egen bakgrunn.• Kjønn, alder, utdanning (hvor lenge har du jobbet som sykepleier? –og på dette stedet?), eget livssyn/religiøs tilhørighet og forhold til religion generelt. | | |
| Sykepleie: <ul style="list-style-type: none">• Erfaring med psykiatri?• Erfaring med etniske minoritetspasienter? (konkret og objektivt sett)• Hva innebærer de sykepleiefaglige oppgavene?• Har du noe forhold til begrepet likeverdige helsetjenester?• Flerkulturell kompetanse?• Utfordringer ift kompetanse/mangel på kompetanse | | |
| Kultur: <ul style="list-style-type: none">• Erfaringer fra møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn? – hvordan påvirker dette deg? (den subjektive opplevelse)• Hvordan forstår du <i>deres</i> | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>behov?</p> <p>(for mange oppleves det «fremmede» som mer utfordrende og noe skremmende, kjenner du deg igjen i dette?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke holdninger du til pasienter med annen kulturell bakgrunn? Hva blir sagt? Hvilke holdninger har ledelsen til dette? Inviter til å snakke rundt aktualiteten i deres avdeling. • Hvordan påvirker dette behandler/personal gruppen? | | |
| <p>Religion og livssyn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke erfaringer har du i møtet med livssyn og religion med pasienter? • Hvilke religioner møter du? • Kunnskap og erfaring med Islam? • Oppleves religion som et utfordrende tema i behandlingen? Om ja, hvorfor? Konsekvenser av at det er utfordrende? • Finnes det tilbud til pasientene? Hvilke/hvordan tilrettelegges dette? Benytter man seg av dette? • Holdninger til dette? Både personlig og generelt? Påvirker dette behandlingen? • Har du et inntrykk av at det er behov for slike tilbud? Finnes det et samarbeid med menigheter/trossamfunn? • Ulike måter å forholde seg til religion? • Utfordringer i forholdet | | |

| | | |
|---|--|--|
| mellom psykiatri/ religion? | | |
| <p>Sterotyper:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beskrivelse av <i>den andre</i> pasienten og den norske pasienten? Beskrivelse av seg selv, og sykepleiegruppen i forhold til dette? • Fremstillingen av etniske minoriteter/ islam i media, stemmer dette med dine oppfatninger? • Opplever man at de oppfatter den <i>norske sykepleien</i> annerledes? | <ul style="list-style-type: none"> • Mulige diskursive føringer • Mulighet til å definere <i>den andre</i>. E. Said. | |