Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn

4. utgave

Ingrid Hanssen

GYLDENDAL

INGRID HANSSEN

HELSEARBEID I ET FLERKULTURELT SAMFUNN

4. utgave

GYLDENDAL

© Gyldendal Norsk Forlag 2019
1. utgave 1991 (Universitetsforlaget)
2. utgave 1996
3. utgave 2005
4. utgave 2019, 2. opplag

ISBN 978-82-05-55985-1

Omslagsdesign: Kristin Berg Johnsen
Sats og figurer: HAVE A BOOK
Brødtekst: Minion 10/14,5 pkt

Alle henvendelser om boken kan rettes til
Gyldendal Akademisk
Postboks 6730 St. Olavs plass
0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk
akademisk@gyldendal.no

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven
eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR,
interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i
strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning,
og kan straffes med bøter eller fengsel.

Forord

Det er 14 år siden forrige revisjon av denne boken. Siden den gang har jeg blant annet gjennomført et større forskningsprosjekt, «God demensomsorg i et multikulturelt samfunn». Den norske delen av dette prosjektet, som i stor grad er finansiert av Kulturdepartementets Gandhi-pris for 2010, ble gjennomført blant samiske pårørende og pleiere til pasienter med demens på et sykehjem i Finnmark, og blant utenlandske pleiere som arbeider med norske sykehjemspasienter med demens, pårørende til asiatiske og afrikanske innvandrere med demens på sykehjem i Oslo og med demenskoordinatorer i Oslo kommune. I tillegg er det gjennomført dybdeintervjuer med pårørende og pleiere til sykehjemsbeboere med demens i Serbia, Montenegro og Sør-Afrika. Kunnskap vunnet gjennom arbeidet med disse delstudiene har ført til endringer i flere av kapitlene, ikke minst knyttet til hva som karakteriserer kollektivistiske og individualistiske samfunn. Dette er et tema jeg introduserer i kapittel 3 og som du finner utdypet og eksemplifisert i flere av kapitlene. Likeledes er kapittel 6, «Eldre innvandrere med etnisk minoritetsbakgrunn», utvidet og kapitlene 1–2 og 4–5 er i større eller mindre grad revidert. De resterende kapitlene har gjennomgått mindre endringer.

Boken er ment som et verktøy til å gi helsearbeidere kunnskap som kan gjøre kommunikasjonen og helsetilbudet til pasienter med innvandrerbakgrunn, ikke minst de som selv har innvandret til Skandinavia, bedre. Det faktum at sju av kapitlene omhandler ulike pasientgrupper, så som samiske pasienter og muslimske pasienter, gjøre at leseren kan miste de ulike enkeltmenneskene som enhver gruppe består av, av syne. Det er så mange andre faktorer som kan være like viktige – eller enda viktigere – enn kulturell og/eller religiøs bakgrunn, som for eksempel sosial situasjon, arbeidsforhold, utdannelse, alder og økonomi. Som forfatter er det en utfordring både å dekke behovet for kunnskap om de kulturelle variasjonene en kan finne blant pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn,

og å få fram på en tydelig og fyllestgjørende måte at ethvert menneske er unikt og bare kan «representere» seg selv og ikke den gruppen han eller hun tilhører eller stammer fra.

Det særegne ved den enkelte personen man som helsearbeider har med å gjøre, er noe helsearbeideren må utforske gjennom sin samhandling med den aktuelle personen. Hvilke tanker den aktuelle pasienten har om sin etnisitet og om han eller hun har en religiøs tro eller ikke, er noe bare han eller hun selv kan gi oss kunnskap om. Det samme gjelder hva slags utdannelse og sosial status vedkommende har, hvordan han eller hun tenker angående sykdomsårsak, behandling, etc. Denne boken er derfor ikke skrevet som en «håndbok om den enkelte pasient», men som en innføring i hvilke praktiske og etiske utfordringer man kan stå overfor når man samhandler med pasienter fra etniske minoriteter og deres familier. Om de utfordringene som her skisseres er aktuelle i forhold til aktuelle pasienter – og i de tilfeller de er det, i hvilken grad de er en utfordring – er noe situasjonen må avgjøre.

Bokens kapitler kan sies å utgjøre to deler, uten at boken er utformet med en Del 1 og Del 2. De seks første kapitlene er en generell innføring i sentrale temaer når mennesker med ulik språk- og eller kulturbakgrunn møtes. De seks neste kapitlene tar opp temaer som ligger i krysningspunktet mellom religion og kultur, med særlig søkelys på ulike religioner. Det siste kapitlet omhandler pasienter med samiskkulturell bakgrunn. Man blir lett så opptatt av «innvandrerne» og deres problemer og behov, at man glemmer at den befolkningsgruppen som med historisk rett kunne kalle den norske majoritetsbefolkningen for «innvandrere», kan ha behov og synspunkter som krever spesiell oppmerksomhet og omtanke.

Ettersom befolkningsgruppene som denne boken omhandler, på ingen måte utgjør noen homogen gruppe, er det viktig at boken ikke oppfattes som en oppskriftsbok, men som en kilde til innsikt i kulturelt kompetent helsearbeid, definert som helsearbeid der det utvises várhet overfor den variasjonsbredde man kan finne av menneskelige erfaringer og reaksjoner ut fra personlighet, utdannelse, sosial og økonomisk situasjon, etnisitet og kulturbakgrunn, for å nevne noe. Kulturelt kompetent helsearbeid bygger på forståelse for hvordan forskjeller på disse og andre områder kan påvirke menneskers reaksjoner og den pleie og behandling som gis. Som forfatter må jeg ha tiltro til at leseren klarer å tilegne seg det som her er skrevet og som fokuserer på religion, kultur og det som er «annerledes» og «fremmed», uten at han eller hun mister enkeltindividet av syne, eller glemmer at ethvert menneske har grunnleggende behov og at enhver pasient har sin egen unike historie og bakgrunn. Det er i det reelle møtet mellom helsearbeideren og pasienten at bokens generaliserte kunnskap kan omsettes til handlinger og holdninger som gir pasienten frihet til å være seg selv med sitt livssyn, sin forståelse og sine kunnskaper, tanker og holdninger.

Jeg vil takke mine medforskere som har gjort det mulig å gjennomføre prosjektet «God demensomsorg i et multikulturelt samfunn»: Studien i Tschwane (Pretoria), Sør-Afrika: Universitetslektor Flora Mkonto og professor Malmsiy Segand, Sefako Makgatho Health Sciences University, førsteamanuensis Yolanda Havenga, Tschwane University of Technology og høgskolelektor/studieleder Hilde Øieren, VID, Oslo. Studiene i Serbia og Montenegro: Førstelektor/instituttleder Anne Lene Sørensen, Lovisenberg diakonale høgskole. Oslo: Høgskolelektor Phuong Thai Mihn Tran.

Oslo, april 2019
Ingrid Hanssen

Innhold

KAPITTEL 1 KULTUR, INNVANDRING, MILJØENDRING OG HELSE 15

Innvandring, miljøendring og helse 16
Immigrasjonsprosessen 17
- Turistfasen 19
- Sjokk- og reaksjonsfasen 19
- Bearbeidings- og nyorienteringsfasen 20
- Betydningen av sosial støtte 20

Sykdomspanorama 21
Medisinske forklaringsformer og behandlingspraksis 21
- Sammenhenger mellom forklaringsformer, symptomer og behandlingspraksis 22
- Sykdomssyn og sykdomsatferd 23
- Møtet med den skandinaviske sykehuskulturen 30

KAPITTEL 2 KOMMUNIKASJON, SAMHANDLING OG BRUK AV TOLK .. 33

Nonverbal kommunikasjon 34
- Ansiktsuttrykk 35
- Stemmeklang, stemmevolum og tonefall 35
- Blikk og øyekontakt 36
- Hodebevegelser 36
- Bevegelser med armene, hendene og føttene 36
- Kroppsbevegelser og kroppsstillinger 38
- Personlig rom og samhandlingsavstand 38
- Fysisk berøring 38

Verbal kommunikasjon 39
- Språket og vår oppfatning av verden 39

Å kommunisere på et nytt språk i en ny kultur 39

Den kulturspesifikke uttrykksformen.
Høykontekst- og lavkontekstkommunikasjon 40
Språkproblemer 42
Bruk av tolk 45

KAPITTEL 3 HELSEARBEID PÅ TVERS AV FORSTÅELSESRAMMER OG FORVENTNINGER 53
Kollektivisme og individualisme 53
Kollektivisme 54
Individualisme 55
Pasienters og pårørendes mestringsstil 56
Syn på tid 59
Tidsoppfatningens innvirkning på helsearbeider–pasient-samarbeidet 62
Kommunikasjon av smerter 63
Smerteuttrykket og helsearbeider–pasient-samarbeidet 64
Helsearbeid på tvers av kulturelle ulikheter 65
Kulturell datasamling 66
Noen korte betraktninger om døden 68

KAPITTEL 4 INTERKULTURELL ETIKK I HELSETJENESTEN 71
Holdninger og verdier 71
Antirasisme 72
Multikulturalisme 73
Samhørighet 73
Å behandle mennesker som individer 74
Kommunikasjon og mellommenneskelig makt 74
Utøvelse av makt gjennom å hindre pasienter i å uttrykke behov og følelser 75
Utøvelse av makt gjennom å ikke sørge for språklig og/eller innholdsmessig forståelse 75
Autonomi i et interkulturelt perspektiv 76
Autonomi versus respekt 77
Autonomi i lys av kollektivisme og individualisme 79
Kulturelle aspekter ved det å fortelle «sannheten» 80

KAPITTEL 5 PSYKISK HELSE. FLYKTNINGER OG TRAUMATISERTE PASIENTER 85
Reaksjoner etter traumatisering 88
Barn som flyktninger 91
Helsearbeid overfor torturerte pasienter 94
Noen avsluttende betraktninger 96

KAPITTEL 6 ELDRE PASIENTER MED ETNISK MINORITETSBAKGRUNN 99
Aldring i et kulturelt perspektiv 100
Eldre innvandreres opplevelse av sin tilværelse 101
Ensomhet og behovet for å være sammen med landsmenn 102
Språkbarrierer 103
Lengsel etter hjemlandet 103
Fremmedgjøring overfor barn og barnebarn 104
Ønske om å opprettholde kulturell integritet og å ha en undervisende rolle i familien 105
Helsearbeid overfor eldre pasienter fra etniske minoriteter 105
Omsorg for etniske minoritetspasienter på sykehjem 107

KAPITTEL 7 MUSLIMSKE PASIENTER 115
Kort innføring i tro og kultur 115
Språk og kommunikasjon 119
Syn på tid, individualitet og gruppetilhørighet 119
Sykdomsforklaring, behandling og sykdomsatferd 120
Det arabiske medisinske system 121
Unani-tibb 122
Muslimsk medisinsk tenkning integrert i afrikansk tradisjonell medisin 123
Behandling innenfor islam 125
Behandling innenfor det arabiske medisinske systemet 127
Behandling innenfor unani-tibb 129
Helsearbeid overfor muslimske pasienter 130
Datasamling – kommunikasjon og samhandling 131
Tiltak 132

KAPITTEL 8 BUDDHISTISKE PASIENTER 143
Kort innføring i religion og kultur 143
Språk og samhandling 145
Diett 145
Sykdom, fødsel og død 145
Livets begynnelse 146
Livets sluttfase 146

KAPITTEL 9 HINDUISTISKE PASIENTER 149
Kort innføring i tro og kultur 149
Kastevesenet 151
Rituell renhet 151
Diettregler 152

Syn på tid, individualitet og gruppetilhørighet 152
Sykdomsforklaring, behandling og sykdomsatferd 153
Behandling innenfor ayurveda 155
Helsearbeid overfor hinduistiske pasienter 156
Datasamling. Kommunikasjon og samhandling 157
Tiltak 157
Noen avsluttende praktiske råd 160

KAPITTEL 10 JØDISKE PASIENTER 163
Kort innføring i religion og kultur 163
Renhetskrav og diett 165
Sykdom, informasjonsgivning, fødsel og død 166
Informasjonsgivning til den syke 168
Det nyfødte barnet 169
Livets sluttfase 169

KAPITTEL 11 KRISTNE PASIENTER 173
Den lutherske og den romersk-katolske kirke 173
Den lutherske kirke 174
Den katolske kirke 174
Helsearbeid overfor kristne pasienter 175
Spesielle religiøse tiltak overfor lutherske pasienter 176
Spesielle religiøse tiltak overfor katolske pasienter 176

KAPITTEL 12 PASIENTER TILKNYTTET JEHOVAS VITNER OG JESU KRISTI KIRKE AV SISTE DAGERS HELLIGE 179
Jehovas vitner 179
Helsearbeid overfor Jehovas vitner 180
Jesu Kristi Kirke av Siste Dagers Hellige (Mormonkirken) 181
Helsearbeid overfor mormoner 182
Ved livets slutt 183

KAPITTEL 13 SAMISKE PASIENTER 185
Kort innføring i historie og kultur 186
Språk og kommunikasjon 188
Syn på tid, individualitet og gruppetilhørighet 190
Sykdomsforklaring og behandling 191
Magiske metoder 191
Behandling med produkter av planter eller dyr 192
Manuelle behandlingsmetoder 192

Helsearbeid overfor samiske pasienter 193
Datasamling – kommunikasjon og samhandling 194
Tiltak 195

REFERANSER 199

REGISTER 211

KAPITTEL 1

Kultur, innvandring, miljøendring og helse

> Kultur eller etnisitet er ikke noe folk «har», eller noe de «tilhører». I stedet er det komplekse repertoar som mennesker erfarer, bruker, lærer og «gjør» i sine daglige liv, og innenfor disse konstruerer de løpende en følelse av seg selv og en forståelse av sine medmennesker (Jenkins, 1997, s. 14).

Hvordan vi mennesker tenker og handler, og hvilke forventninger og behov vi har ved sykdom og forestående død, er påvirket av mange ulike faktorer. Ved siden av den aktuelle helsetilstanden er vår oppdragelse, utdannelse, sosiale bakgrunn, livserfaringer, personlighet, psykologisk legning og tanker om hvorfor og hvordan vi er blitt syke, med på å forme oss som mennesker og som pasienter – og som helsearbeidere, for den saks skyld. Selv om kultur kan sies å være en *prosess*, noe som mennesker skaper gjennom sitt daglige liv, tilfører vår kulturelle bakgrunn oss gjerne visse religiøse overbevisninger – eller manglende sådanne – holdninger, språkmønstre, kostholdstradisjoner og forståelse av sykdom og behandling, for å nevne noe.

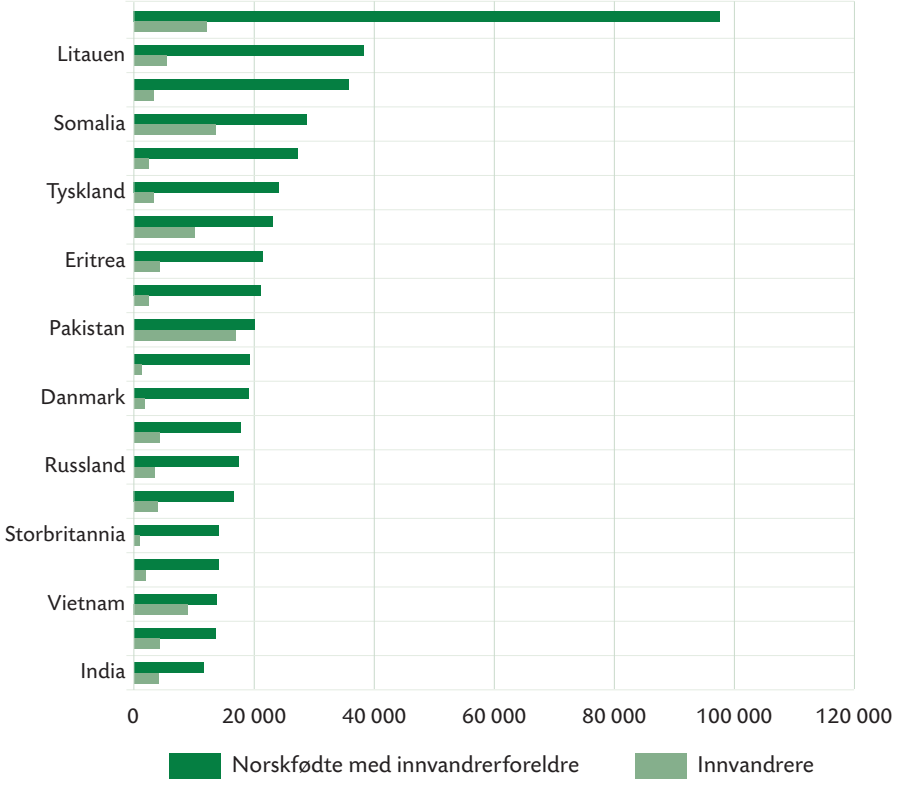
«Kultur» er altså ikke noe permanent og uforanderlig. Til tross for de store variasjonene i hvordan medlemmene av en og samme kulturelle gruppe velger å leve livet sitt, finner man likevel symbolske trekk, tradisjoner og så videre som gjør at gruppens medlemmer føler at de har en felles basis som gir «trygghet, integritet og tilhørighet» (Sherman, 2006, s. 3). Det er sentrale fellestrekk knyttet til migrasjon, kultur, religion, sykdom og helse til tross for menneskers innbyrdes forskjellighet, som er temaet for denne boken.

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/eller religion og hvilke konsekvenser dette kan ha for hans eller hennes behandling og pleie, kan det 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 helsearbeider og pasient – i stedet for en oppskrift fordi man

anser at alle mennesker som tilhører en gitt religion eller kultur, er «like» – er mye vunnet. Søkelyset på religion, kultur og det som er «annerledes» og «fremmed», må ikke gjøre at vi glemmer at ethvert menneske har grunnleggende behov, og at enhver pasient har sin egen unike historie og bakgrunn. Vedkommende må derfor slippe å bli møtt som en representant for eksempelvis vietnamesisk kultur eller buddhistisk religion; han eller hun må få lov til å være seg selv med sitt livssyn, sin forståelse og sine kunnskaper, tanker og holdninger.

Innvandring, miljøendring og helse

Ved inngangen til 2018 utgjorde innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre nærmere 917 000 personer, eller 17,3 prosent av befolkningen. Av disse var 746 661 førstegenerasjonsinnvandrere, og 169 964 var personer født i Norge med to utenlandsfødte foreldre. Personer med opphav fra Polen, Litauen og Sverige utgjorde de tre største innvandrergruppene i Norge per 1. januar 2018. Figur 1.1 viser de 10 største nasjonalitetsgruppene både når det gjelder førstegenerasjonsinnvandrere og personer født i Norge av to utenlandsfødte foreldre:



Figur 1.1 De 10 største innvandrergruppene i Norge (SSB, 2018a)

Ifølge offisiell språkbruk er *innvandrere* personer som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre (og fire utenlandsfødte besteforeldre), og som på et tidspunkt har innvandret til Norge. Barna deres kalles *norskfødte med innvandrerforeldre* (SSB 2018a).

Uansett hvem man er, og hvor man kommer fra, har man, som nevnt ovenfor, med seg en «bagasje» som er preget av utdannelse, individuelle psykologiske særtrekk, klassetilhørighet og læring gjennom personlige egenskaper og erfaringer, samt kulturelt og religiøst eller livssynsmessig tillærte verdier og holdninger. Og når mennesker fra et samfunn immigrerer til et annet, vil nærkontakten med nye ideer og atferdsnormer føre til endringer i immigrantenes tanker og væremåte. Noen vil ta mye av den nye kulturen opp i seg, andre vil i stor grad holde på opprinnelig kultur og levesett. Hvordan man forholder seg til den nye kulturen, har sammenheng med personlighet og med opplevelser og erfaringer. Evnen og/eller motivasjonen til å tilpasse seg majoritetskulturen varierer sterkt fra person til person.

Immigrasjonsprosessen

Innvandring fra et land til et annet kan skje frivillig eller under tvang. Flyktninger tilhører dem som av ulike årsaker har vært tvunget til å emigrere (jf. kapittel 5). Mellom dem som er kommet frivillig, og dem som er kommet av tvang, er det en stor gråsone av mennesker som kan føle seg som flyktninger uten å ha status som det. Uansett utgjør immigrasjonen i seg selv en stressende begivenhet i ens liv. Det innebærer at man blir skilt fra alt som er kjent og kjært – fra hjemlandets kultur og natur, farger og lukter, fra familie og venner og kjente ansikter, og fra eiendom, sosial status og innarbeidete roller. Oppbruddet fører til at innvandreren rammes av en rekke store sosiale, kulturelle og psykologiske tap. Han eller hun taper sin fysiske, intellektuelle og følelsesmessige verden, noe som innebærer tap av – eller lengsel etter – personer, det hjemlige landskapet og kulturen. En flyktning uttaler:

> Det går ikke en eneste dag uten at jeg tenker på hjemmet mitt, familien og vennene mine. Når jeg lukker øynene ser jeg utsikten fra terrassen vår, den vakreste i hele verden. Det er ikke bare stedet, det er mennesker jeg savner. Jeg savner å gå i byen og treffe folk som jeg har gått på barneskolen med, folk som jeg har kjent hele livet. Det er vanskelig å forklare, men det føles som om man har mistet en del av seg selv og ingenting annet kan fylle det tomrommet. Det ordtaket at tiden leger alle sår! Det kan du bare glemme, det stemmer ikke (Rizvic, 2005, s. 46).

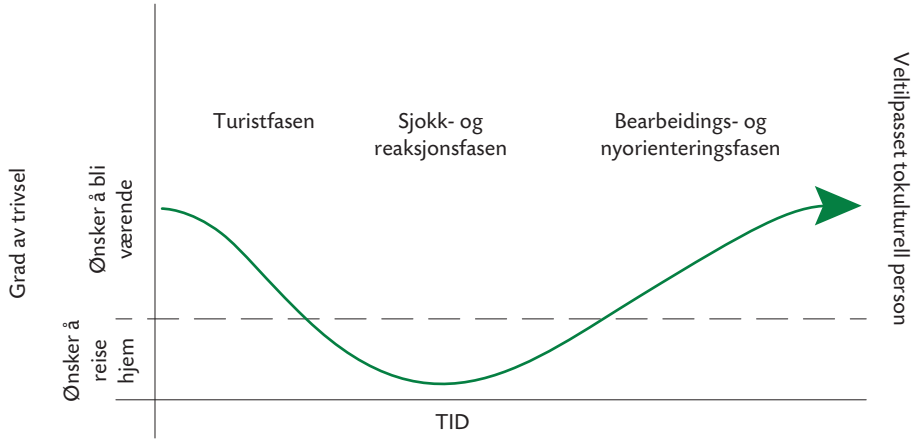
Migrasjon kan være en belastning på både den fysiske og den psykiske helsa (MacPherson, Gushulak & MacDonald, 2007). Hvor sterkt den enkelte blir påvirket, vil variere med personlighet, livssituasjon og hvor fremmed det nye samfunnet er for vedkommende. Hvor

lang tid det tar å finne seg til rette i det nye landet, kan også variere sterkt. Man kan tenke seg at de som ufrivillig har måttet forlate alt det som er kjent og kjært, gjennom flukt, og som har gjennomgått store påkjenninger under flukten, kan ha vanskeligere for å bygge opp en ny tilværelse enn de som har flyttet frivillig på grunn av arbeid eller studier. Det er også vanskeligere å finne seg til rette for den som er alene, enn for den som har et godt nettverk, det være seg familie, venner og/eller et student- eller arbeidsfellesskap.

I så måte er personer som har opplevd diskriminering, arbeidsløshet, manglende bolig, manglende sosial støtte og begrenset tilgang til helsehjelp på grunn av språkproblemer og/eller manglende kjennskap til «systemet», svært utsatt. Dette gjelder også i høyeste grad dem som har gjennomlevd ekstra store påkjenninger som krigsopplevelser, fengsling, tortur, vold og flukt (Spiegel, Checchi, Colombo & Paik, 2010; Abraham, Lien & Hanssen, 2018). Slike påkjenninger kan føre til at personens evne til å håndtere påkjenninger som følger med det å være innvandrer, svekkes, noe som kan øke risken for fysisk og psykisk sykdom (Matheson, Jorden & Anisman, 2008) (jf. kapittel 5).

Immigrasjonsprosessen kan ut fra dette beskrives som et kriseforløp. Selv om de fleste kommer seg igjennom innvandringsprosessen uten at krisetilstanden blir alvorlig eller vedvarende, er den en stressfaktor som gjør en person generelt mer utsatt for sykdom.

Immigrasjonsprosessens kriseforløp følger gjerne et visst mønster som kan beskrives på ulike måter. Hiebert (1976) beskriver den som trivselsutvikling over tid som han deler inn i tre faser: i turistfasen, sjokk- og reaksjonsfasen og bearbeidelses- og nyorienteringsfasen (jf. figur 1.2).



Figur 1.2 Immigrasjonsprosessen sett som trivselsutvikling over tid

Turistfasen

Turistfasen er den travle første tiden i det nye landet, da alt er nytt og spennende og man er nysgjerrig på alle de mulighetene som ligger åpen for en. Hvor lenge denne fasen varer, avhenger av hvor stor avstand det er mellom hjemlandets og vertslandets kultur. Her spiller også andre faktorer inn, som hvorvidt man finner et tilfredsstillende sted å bo.

Sjokk- og reaksjonsfasen

Sjokkfasen oppstår når immigranten ikke lenger ser på seg selv som en turist i et litt pussig og eksotisk land, eller når flyktningen er kommet over den første lettelsen etter en vellykket flukt. Plutselig skjønner immigranten at han eller hun skal leve sitt framtidige liv i en fremmed verden. Kultursjokk kan defineres som en tilstand av forvirring og kulturell desorientering som følge av at man befinner seg i en ukjent situasjon hvor man mangler nødvendige kunnskaper for å samhandle med andre og fungere i dagliglivet. Sjokkfasens grad og varighet kan sies å være avhengig av ulike belastende faktorer eller stressorer som å finne ut av *dagligdagse gjøremål* som det å kjøpe mat og klær; *sosial isolasjon*, ofte knyttet til manglende sosialt nettverk og lengsel etter familie og venner; å skulle lære et nytt språk; og å lære seg de vanlige og forventete atferdsmønstrene i det nye landet.

Enhver som flytter fra én kultur til en annen, vil i større eller mindre grad bringe med seg sin fortid, sine erfaringer og sin kulturelle bagasje. Det man tidligere anså som naturlig og selvfølgelig, kan av de «innfødte» bli ansett som verdiløst og kanskje til og med galt, og ens høflighetsgester blir ofte misforstått, med pinlige situasjoner som resultat. Den daglige samhandlingen med vertslandets innbyggere blir derfor noe som krever mye energi og tankearbeid. Noen kan føle at en slik samhandling er så problematisk at de begrenser kontakten med de «innfødte» mest mulig.

Savnet av det de har reist fra, øker. De er av den grunn tilbøyelig til å utvikle en sorgreaksjon som svar på tapet av sin tidligere livsstil. Den representerer noe godt og trygt, mens det nye oppfattes som fiendtlig og farlig. I denne fasen er det vanlig å isolere seg fra eventuelle slektninger og venner. Man kan reagere med passivitet eller med hyperaktivitet. Helsen kan også påvirkes ved at man blir lettere trøtt og har mindre motstandskraft.

En del innvandrere kan til en viss grad verge seg mot sjokk- og reaksjonsfasen ved å oppsøke sine landsmenn og begrense kontakten med omverdenen utenfor familie, slektninger og venner. Da kan de fortsette å praktisere sin tradisjonelle livsførsel, omtrent som om de var hjemme. Denne begrensete kontakten kan imidlertid ikke vare evig. Før eller siden må ethvert menneske opprette kontakt med vertssamfunnet, enten det er i forbindelse med arbeid eller skolegang, eller fordi man trenger hjelp fra det offentlige på grunn av sykdom eller andre problemer. Det går an for en person å holde seg

isolert i årevis, for deretter å oppleve kultursjokk når familien for eksempel flytter til en forstadsbolig, etter å ha hatt en leilighet i et område der det bor mange mennesker med samme kulturbakgrunn. Kultursjokket kan også komme når en slik person blir lagt inn på sykehus.

Bearbeidings- og nyorienteringsfasen

I denne fasen begynner immigranten å møte problemene på en konstruktiv måte, slik at han eller hun kan finne seg til rette i sin nye livssituasjon. Immigranten prøver nå å finne fram i det nye samfunnet og går inn for å skaffe seg skandinaviske venner. Den følelsesmessige energien begynner å rette seg framover i tiden i stedet for bakover. Man blir mindre følelsesmessig labil og tilpasser seg langsomt den nye situasjonen.

Nyorienteringsfasen åpner for et nytt og rikere liv i vertssamfunnet. Immigranten har nå ikke bare akseptert sin nye situasjon, men har også bearbeidet og integrert erfaringene sine og er blitt et mer modent menneske:

> Det förgångna är nu en del av livet och inte längre ett hinder för ett normalt liv. Nya intressen ersätter de förlorade, «nya» människor de forna vänner, partner med mer. Det skapar självkänsla, självförtroende och identitet. Jag-funktionen eller de psykologiska försvarsmekanismerna återupprättas och svikna förhoppningar bearbetas (el Hissi, 1991, s. 38).

Betydningen av sosial støtte

Behovet for sosial støtte og et sosialt nettverk øker når man forlater alt som er kjent og kjært, og må finne seg til rette i et nytt miljø. Mange innvandrere mangler slike buffere, noe som øker risikoen for sykdom og hemmer den rehabiliterende prosessen. Forskning tyder på at svak sosial støtte og et dårlig sosialt nettverk i seg selv kan fungere som stressorer (Stamnes, 2000). Noen grupper av innvandrere kan imidlertid oppleve *mindre* risiko for psykiske problemer enn majoritetsbefolkningen. Dette tilskrives det som kalles «the healthy migrant effect»: De som flytter, kan være ekstra ressurssterke og ha en støttende familiekultur som beskytter mot psykiske helseproblemer (Ingebretsen, 2017).

Sosial støtte dreier seg både om emosjonell støtte, råd og veiledning. I tillegg kan materiell støtte bli inkludert når dette er nødvendig eller hensiktsmessig. Hensikten med støtte er å opprettholde personens identitet og å øke hans eller hennes selvfølelse og mestringsrepertoar. Ifølge Stamnes (2000, s. 24) viser forskning at sosial støtte kan forebygge negative psykososiale reaksjoner ved sykehusinnleggelse, gi raskere rekonvalesens etter sykdom og operasjon samt gi lavere forbruk av medisiner. I tillegg hevder han at «ensomhet og sosial isolasjon er assosiert med dårlig immunfunksjon. De negative implikasjonene for helsestatus er klare, også når det gjelder maligne sykdommer.»