

**Helsepersonells erfaringer fra utveksling:
En kvalitativ studie av norsk helsepersonells
erfaringer fra arbeidsutveksling til Tanzania.**

Kristin Lillevik

Masteroppgave

Masterprogram i helsevitenskap-studieretning

sykepleievitenskap

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Det medisinsk-odontologiske fakultet

Universitetet i Bergen

Vår 2020



Forord

Jeg har selv tidligere vært deltaker på et utvekslingsprosjekt mellom Haukeland Universitetssjukehus og et sykehus i Tanzania og det er nok særlig denne erfaringen som førte til at jeg valgte nettopp denne tematikken for studien. Min erfaring gir meg innsikt i og forståelse for hvordan et slikt utvekslingsprosjekt kan erfares og oppleves for den enkelte deltaker.

Det har vært en tidkrevende og utfordrende, men spennende og lærerik prosess å arbeide med denne masteroppgaven, hvor jeg har fått anledning til å fordype meg i et tema jeg lenge har vært interessert i å få mer kunnskap om. Jeg har heldigvis hatt gode hjelpere underveis, og mange støttespillere som har heiet på meg fra sidelinjen.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til veileder Astrid Blystad. Tusen takk for gode og reflekterte veiledninger, og ikke minst gode samtaler og støtte underveis i prosessen. En takk rettes også til mine informanter, denne oppgaven ville ikke blitt til uten dere.

En stor takk rettes også til Norsk Sykepleierforbund som tildelte meg et masterstipend på 20 000 kroner. De har vært gull verdt for en fattig student!

Min kjære samboer Jakob har vært en stor støtte for meg under hele studiet. Ingen heier så mye på meg som det du gjør! Du har gitt meg motivasjon og tro på at jeg skulle klare det når jeg har trengt det som mest. Jeg vil også rette en takk til min venninne og sosialantropolog, Angelina Penner for gode og reflekterte samtaler. Hun har kommet med kjærkomne innspill når jeg har vært usikker, og hun har hjulpet meg mer på vei enn hun vet.

Bergen, 13. april, 2020.

Kristin Lillevik

Sammendrag

Utveksling av helsepersonell og studenter fra høyinntektskontekster til lavinntektskontekster har blitt stadig mer populært de siste 20 årene. Det har også vært en økning i prosjekter hvor gjensidig utveksling har vært i fokus. Det er imidlertid gjort lite forskning knyttet til erfaringer fra ferdig utdannet helsepersonell som reiser til lavinntektskontekster for å jobbe. I denne masteroppgaven belyser jeg hvilke erfaringer norsk helsepersonell gjør seg gjennom arbeidsutveksling til en tanzaniansk sykehuskontekst. Jeg undersøker videre norske helsearbeideres tanker om sykepleieomsorg i Tanzania, hvilket individuelt læringsutbytte den enkelte helsearbeider har fra utvekslingen, og til sist helsepersonells erfaringer knyttet til strukturene rundt utvekslingen.

Studien har et kvalitativt, eksplorerende design. Det ble gjennomført 7 semi-strukturerte intervju med tidligere Norec-deltakere (sykepleiere og leger) som har vært på utveksling i Tanzania. Informantene ble rekruttert fra universitetssykehus som har utveksling via Norec. En fleksibel intervjuguide med åpne spørsmål ble utarbeidet og brukt under intervjuene. Temaene som ble tatt opp var hvilke forventninger deltakerne hadde til utvekslingen, hvilke erfaringer de gjorde seg med tanke på gjensidighet, og hvilke erfaringer de hadde med premissene som ble lagt til grunn for utvekslingen. Intervjuene ble tatt opp på lydfil og transkribert og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering beskrevet av Malterud (2017).

Funnene i studien viser hvordan informantene erfarte utvekslingsoppholdet. Helsearbeiderne møtte en annerledes og svak omsorgspraksis som var preget av mye likegyldighet. Informantene møtte en omsorgskontekst med en enorm arbeidsbyrde, hvor forventningene om at de skulle ha en slags ekspertrolle opplevdes som problematisk. Funnene indikerer sviktende forberedelse, både fra institusjonen som sendte helsearbeiderne på utveksling og hos helsearbeiderne selv. Informantene belyste utfordringer knyttet til hvem som legger premissene for utvekslingen. Funnene i studien er belyst ved hjelp av kulturteori og studier som omhandler sykepleieomsorg i en annen kontekst. Studiens funn kan indikere et behov for videre forskning på helsearbeideres erfaring fra gjensidig utveksling.

Nøkkelord

Utveksling av helsepersonell, omsorgspraksis, kultur, Norge, Tanzania.

Abstract

Exchanging health professionals and students from high income-contexts to low income-contexts has been increasingly popular over the last 20 years. There has also been an increase in projects where mutual exchange has been the focus. However, little research has been done about experiences from health professionals who travel to low income -contexts to work.

In this master thesis I have tried to illustrate the experiences Norwegian health care professionals get through work exchanges in a Tanzanian hospital context. Furthermore, I investigate Norwegian health workers' thoughts on nursing care in Tanzania, their individual learning outcomes from the exchange, and finally, health care professionals' experiences linked to the structure around the exchange.

The study has a qualitative, exploratory design. 7 semi-structured interviews were conducted with former Norec participants (nurses and doctors) who have been on exchange in Tanzania. The informants were recruited from university hospitals in Norway that exchange via Norec. A flexible interview guide question was prepared and used during the interviews. The topics that were raised were expectations of the participants for the exchange, the experiences they gained in terms of reciprocity and equality, and the experiences they had with the premises on which the exchange was based. The interviews were recorded on audio and transcribed and analyzed using systematic text condensation by Malterud (2017).

The findings of the study indicate that health workers had little awareness about which care context they were working in when they were exchanging. The findings indicate weak preparations, both from the institution that sent the health workers on the exchange, but also from the health workers themselves. The informants expressed ambivalence about traveling to another country and work with some or little professional experience. The health workers in the study expressed a certain ambivalence about inequality in the pay and working conditions. Furthermore, they reflected on whether the reciprocal exchange was real.

The findings indicate a need for further research regarding health personnel's experience with reciprocal exchange.

Keywords

Exchange of health personnel, care practices, culture, Norway, Tanzania.

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning	1
1.1. Bakgrunn og litteratur knyttet til student- og arbeidsutveksling mellom nord og sør	1
1.2. Studiens kontekst	6
1.3. Strategi for utvekslingssamarbeid	8
1.4. Tanzania	9
1.5. Sykepleieomsorg i en tanzaniansk kontekst	10
1.6. Oppgavens teoretiske grunnlag	13
1.7. Oppsummering av teori og forskning	17
1.8. Hensikt og forskningsspørsmål	17
2.0. Metode	19
2.1. Valg av metode	19
2.2. Datainnsamling	21
2.3. Analyseprosessen	24
3.0. Studiens funn	31
3.1. Om likegyldighet: «De sa “Insh Allah”, også gikk de videre»	31
3.2. Opplevelse av svak omsorg: «Jeg syns arbeidsmoralen deres var veldig negativ»	33
3.3. Forventninger: «Vi er egentlig på likt nivå»	34
3.4. Alder og erfaring: «Det var ubehagelig at de jeg jobbet med der nede var eldre enn meg»	36
3.5. Lengden på oppholdet: «Det hadde vært meningsløst å reise hjem etter et halvt år»	38
3.6. Om at de norske holdt sammen: «Det spriker sånn fra vår kultur»	42
3.7. Om formålet med utvekslingen: «Jeg vet ikke om premissene for en gjensidig utveksling var tilstede»	44
3.8. Om ulike lønnsvilkår: «Det er synd at det ikke bare er idealister som reiser»	46
3.9. Forberedelse til arbeidsutveksling: «Du kan aldri være helt forberedt»	47
3.10. Utbyttet med utvekslingen: «En lærer jo mye om seg selv, også lærer en mye om kultur og forskjeller»	49
4.0. Drøfting av studiens funn og metode	51
4.1. Drøfting av studiens funn	51
4.1.1. Møte med en svak omsorgskultur	51
4.1.2. Om misforhold i forventninger	57
4.1.3. Om betydningen av holdninger	59
4.1.4. Om strukturelle utfordringer i arbeidsutveksling	66
4.2. Drøfting av studiens metode	69
4.2.1. Studiens troverdighet	71
4.2.2. Egen rolle som forsker	72
4.3. Avsluttende kommentarer	74
Referanser	76

Vedlegg

Vedlegg I Intervjuguide

Vedlegg II informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg III Meldeskjema til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig dataserter (NSD)

1.0. Innledning

1.1. Bakgrunn og litteratur knyttet til student- og arbeidsutveksling mellom nord og sør

Utveksling av helsepersonell og studenter fra høyinntektskontekster til lavinntektskontekster har blitt stadig mer populært de siste 20 årene. Det har også vært en økning i prosjekter hvor gjensidig utveksling har vært i fokus. Dette innebærer at studenter og ferdig utdannet helsepersonell i både høy- og lavinntektsland reiser til hverandres institusjoner for å jobbe i en periode (Arora et al., 2017, s. 6). Det finnes en del forskning knyttet til sykepleie- og medisinstudenter fra høyinntektskontekster som drar på utveksling til lavinntektskontekster. Det er imidlertid gjort mindre forskning knyttet til erfaringer fra ferdig utdannet helsepersonell som reiser til lavinntektsland for å jobbe. Denne studien belyser helsepersonells erfaringer med utveksling som innebærer bevegelse av ansatte fra institusjoner i det globale nord til institusjoner i det globale sør for å øke kunnskap om læringspotensialet knyttet til langtidsutveksling av helsepersonell.

I 2010 utviklet en internasjonal arbeidsgruppe med representanter fra et bredt spekter av (helse)institusjoner i Nord- og Sør-Amerika, Afrika, Asia og Europa et sett med etiske retningslinjer for institusjoner, personer og sponsorer som er involvert i utviklingssamarbeid. Arbeidsgruppen Working Group on Ethics Guidelines for Global Health Training vil videre bli referert til som WEIGHT. WEIGHT utviklet retningslinjer med bakgrunn i medlemmenes erfaringer med globalt helsesamarbeid (Crump et al, 2010, s. 1178). Retningslinjene ble delt i tre, med ulike deler for institusjoner, for helsearbeidere på utveksling og for sponsorer av slike program. Retningslinjene for institusjoner og helsearbeidere er svært relevante for denne studien og kommenteres i noe detalj.

Retningslinjene ble utviklet fordi et økende antall studenter og fagfolk viser interesse for globale helsemessige utfordringer og ønsker å få førstehåndskunnskap og arbeidsrelatert erfaring fra lavinntektsland (ibid:1178). Retningslinjene legger først og fremst vekt på at det er viktig å utvikle godt strukturerte utvekslingsprogram for å fremme læring hos institusjoner som sender og mottar helsearbeidere. Dette innebærer god kommunikasjon mellom partnerne, hvor forventninger og ansvar blir tydeliggjort på forhånd. Dette er i følge WEIGHT tema som partnerne bør diskutere jevnlig. Videre bør det i følge WEIGHT tas utgangspunkt i hvilke lokale behov og prioriteringer som finnes for å utvikle en optimal struktur for samarbeidet.

Det understrekes at partnere bør ha et mål om langsiktig samarbeid, og at de er åpne om motivasjonen for et slikt samarbeid. Opplæring av ansatte, både lokale og utenlandske, sikkerhet for de ansatte (vaksinasjoner, trygg bolig, forsikringer, o.l.) og bevisste valg av deltakere er andre faktorer som blir understreket for at man skal kunne oppnå et godt utvekslingssamarbeid (ibid:1179-1180).

Betydningen av deltakernes holdninger, oppførsel og handlinger blir vektlagt. Retningslinjene retter fokus mot at deltakerne har et ansvar for å kommunisere godt med sine nye kolleger og ledere både før og under utvekslingen. Videre blir det vektlagt at deltakere bør lære seg det lokale språket. I tillegg bør deltakerne vise interesse for, og tilegne seg sosio-kulturelle normer og politisk og historisk kunnskap om landet eller området man har reist til. Deltakerne bør oppsøke muligheter for å lære seg nye ferdigheter, men må samtidig være bevisst sitt eget kunnskap- og ferdighetsnivå. Tilegnelse av det som benevnes som kulturell kompetanse i form av forståelse for dresskode, hvilke gester som er passende eller upassende, både i samhandling med pasienter, kolleger og andre understrekes. Det står videre at deltakerne må vise respekt og forståelse for at man kan møte mennesker med andre religiøse ståsted, eller annet forhold til helse og helsearbeidere (ibid:1180). Det utdypes ikke hvordan deltakerne kan tilstrebe å følge disse retningslinjene på best mulig måte.

Selv om det blir stadig mer vanlig med gjensidig utveksling, skriver Crump et al (2010) at lite er kjent om fordelene og ulempene av denne typen utveksling, både på institusjonelt og på individuelt plan. En artikkel av Dacso, Chandra & Friedman (2013) refererer til WEIGHT-retningslinjene som et etisk rammeverk for institusjoner og personer som arbeider med å organisere og utvikle system for utveksling. De hevder at retningslinjene vil bidra til å bygge opp og styrke eksisterende partnerskap mellom helseinstitusjoner i høy-og lavinntektsland. Forfatterne (2013, s. 1650) skriver at aktiv bruk av retningslinjene vil øke sannsynligheten for at utveksling kan være gjensidig fordelaktig for partnerinstitusjoner i høy- og lavinntektsland. De hevder at utveksling kan ha positiv effekt på helsearbeidernes faglige utvikling. Forfatterne (ibid:1649) gir videre uttrykk for at slike partnerskap mellom institusjoner i høy- og lavinntektsland kan bidra til at institusjoner i lavinntektsland lettere kan nå sine utdannings- og forskningsmål. Betydningen av tydelige roller og ansvarsfordeling hos partnerinstitusjonene vektlegges, inkludert oppmerksomhet rundt en mulig problematikk knyttet til brain drain (ibid:1649).

Retningslinjene fra WEIGHT-gruppen har fått kritikk for å være smale i omfang (Miranda et al., 2011, s. 506). Miranda et als artikkel beskriver hvordan retningslinjene hovedsakelig fokuserer på etiske problemstillinger for utvekslingsprogrammer som sender studenter fra høyinntektsland til lavinntektsland. De skriver at retningslinjene ikke vier nok oppmerksomhet til sør-sør-utveksling, som forfatterne anser som et svært godt alternativ, ettersom personalet vil få en mer hensiktsmessig opplæring. Forfatterne anerkjenner fokuset på gjensidighet og langsiktig partnerskap, men hevder at retningslinjene likevel er for sterkt fokusert på institusjoner i høyinntektsland, og at de ikke bidrar til å belyse de underliggende forskjellene mellom institusjoner i nord og sør (ibid:3).

Tjoflåt et als (2017) studie fokuserte på erfaringer fra utveksling blant sykepleiestudenter. I studien ble norske sykepleierstudenter intervjuet om deres erfaringer fra å være på utveksling. Sykepleierstudenter fra Madagaskar ble intervjuet om deres erfaringer med å være vert for norske utvekslingsdeltakere. Hovedfunnene i studien viser at både de sykepleierstudentene fra både Madagaskar og Norge hadde en opplevelse av at de delte kunnskap og lærte sammen. Studentene ga uttrykk for at de satte pris på å jobbe sammen, og at de på den måten kunne dele erfaringer og se andre og nye måter å utøve sykepleie på. De norske sykepleiestudentene ga uttrykk for at de var imponerte over de tekniske ferdighetene til sykepleierstudentene fra Madagaskar, mens sykepleierstudentene fra Madagaskar på sin side lot seg imponere over de norske sykepleierstudentenes teoretiske kunnskap og måten de kommuniserte og forholdt seg til pasientene på (ibid:37). De norske sykepleierstudentene ga uttrykk for undring over hvordan sykepleierstudentene og sykepleierne på Madagaskar organiserte arbeidet. De opplevde at det var et større fokus på tekniske oppgaver, og mindre fokus på pasienthåndtering og kommunikasjon (ibid:36). Begge studentgruppene gav videre uttrykk for at det var utfordrende å kommunisere godt sammen på grunn av språket (ibid:37). De norske sykepleierstudentene hadde også bekymringer relatert til de begrensede ressursene på sykehuset de var på utveksling på, samtidig som at syntes de det var imponerende å se hvordan en kunne utføre ulike prosedyrer med et minimum av ressurser (ibid:36). Artikkelforfatterne mener at studien indikerer at høyskoler og universitet som tilbyr utveksling mellom institusjoner i høy- og lavinntektskontekster bør legge større vekt på utfordringer knyttet til møtet mellom sosio-økonomiske og kulturelle forskjeller mellom høyinntektsland og lavinntektsland.

Ulvund og Mordal (2017) beskriver hvordan relativt korte utvekslingsopphold i lavinntektsland kan ha innvirkning på sykepleiestudenters kulturelle kompetanse i artikkelen «The impact of short term clinical placement in a developing country on nursing students: A qualitative descriptive study». Studien baserer seg på individuelle intervju av norske sykepleiestudenter som har vært på utveksling på et sykehus i Etiopia. Funnene i studien indikerer at utvekslingsoppholdet gir en kulturell oppvåkning hos studentene og beskriver svært positive erfaringer fra utvekslingen. Artikkelforfatterne adresserer likevel noen bekymringer, og spør om utvekslingsopphold kan styrke etnosentriske holdninger hos studentene. Artikkelforfatterne nevner også at det er viktig at alle parter i en slik utveksling blir adressert, både institusjonene som sender og tar imot studentene, samfunnet der sykepleiestudentene skal bo mens de er i praksis, og sykepleierne som jobber på institusjonen som tar imot sykepleiestudentene (Ulvund & Mordal, 2017, s. 100).

Torsvik & Hedlunds (2008) artikkel diskuterer hvorvidt sykepleiestudenter utviklet en større grad av refleksiv sykepleiepraksis gjennom kulturelle møter mellom norske og tanzanianske sykepleiestudenter. I studien ble de norske og tanzanianske studentene satt sammen i grupper for å jobbe sammen på to avdelinger på et sykehus i Tanzania (ibid:390). I etterkant ble studentene intervjuet i fokusgrupper. Studentene ga uttrykk for at det var både likheter og forskjeller i måten de vurderte sin rolle som sykepleier på. Den største forskjellen var hvordan sykepleie ble utøvet. Sykehuset hadde implementert en oppgavesentrert sykepleieomsorg, hvor studentene og sykepleierne ble tildelt oppgaver om morgenen. Eksempelvis kunne en student bli satt til å skifte på senger og tørke støv, mens en annen student fikk i oppgave å utføre sårstell eller administrere medisiner. Studentene var opptatt med disse oppgavene gjennom hele vekten. Artikkelforfatterne skriver at praksisen med oppgavesentrert sykepleie samsvarer med studier gjort på andre sykehus i Tanzania (ibid:392). Som i Tjoflåt et als studie (2017), ga de norske sykepleiestudentene uttrykk for at de var imponert over både de tekniske ferdighetene og sykdomskunnskapen til de tanzanianske studentene. De norske studentene mente at de tanzanianske studentene hadde svært god kunnskap om sammenhengen mellom symptomer og sykdommer, og at de ikke var redde for å trå til. De norske studentene mente de hadde mye å lære fra de tanzanianske studentene på dette området. De tanzanianske sykepleiestudentene beskrev de norske studentene som svært kunnskapsrike når det kom til prosedyrer, anatomi og sykdommer. Studentene fra Norge gav samtidig uttrykk for at de tanzanianske studentene fokuserte for mye på tekniske ferdigheter og prosedyrer, fremfor omsorgsaspektet ved sykepleie (ibid:392). Studentene mente også at de hadde en ulik

tilnærming til hva de følte var det viktigste ansvaret. De tanzanianske studentene på sin side mente at de norske var for opptatt av å gi individuell pleie og omsorg til pasientene, og mente at dette ikke var gjennomførbart i en tanzaniansk sykehusavdeling på grunn av underbemanning. En annen stor forskjell mellom studentene var hvordan de så på pårørendes rolle. I Tanzania hadde de pårørende en viktig rolle for å pleie pasientene. De norske studentene uttrykte at det var uvanlig at pårørende skulle spille en så viktig rolle i pasientoppfølgingen, mens de tanzanianske studentene ga uttrykk for forventninger om at pårørende burde holde seg ved pasientens seng store deler av dagen for å hjelpe pasienten. Pårørende hadde ansvar for ernæring, personlig hygiene og toalettbesøk. De norske studentene var delte i oppfatningen av hvilken rolle de mente pårørende kunne ha i en norsk sykehushverdag. Noen mente det kunne være positivt, mens andre mente at det kunne fungere som «en sovepute» for sykepleierne og ville gjøre det mulig å fraskrive seg ansvaret for pasientens pleie og omsorg (ibid:393).

Det siste hovedfunnet i studien til Torsvik og Hedlund var forskjellen i hvordan studentene kommuniserte med pasient og pårørende. De norske studentene vektla kommunikasjon med pasientene i større grad enn kommunikasjon med pårørende, mens de tanzanianske studentene som regel prioriterte de pårørende. De tanzanianske studentene mente at de norske studentene senket standarden for omsorgen ved å henvende seg mindre til pårørende og ved å snakke direkte med pasienten. Det var av tanzanianerne ansett som korrekt og høflig å gi informasjon om pasienten via pårørende, mens de norske studentene anså indirekte kommunikasjon og lite empati som neglisjering av god sykepleiepraksis (ibid:393). Torsvik & Hedlund (2008) peker på kulturelle forskjeller og «tause» verdier som blir kommunisert under sykepleierutdanningen, og viser at også andre studier indikerer at dette er viktige faktorer for å forklare oppførsel og holdninger. De beskriver hva de omtaler som familisme og kollektivismen som viktige faktorer i en afrikansk sosio-kulturell setting. Familisme innebærer en sterk føring knyttet til å gi omsorg til familiemedlemmer når det er nødvendig, og det er ansett som god sykepleiepraksis å la pårørende spille en viktig rolle i pasientens pleie-og behandlingsforløp (ibid:394).

1.2. Studiens kontekst

Denne studien tar for seg norsk helsepersonells erfaringer med utvekslingsarbeid med partner i en lavinntektskontekst. Flere sykehus i Norge har samarbeid med Norec (tidligere Fredskorpset). Både Haukeland Universitetssjukehus og Oslo Universitetssykehus har for eksempel utvekslingssamarbeid som har gått over en rekke år, og Norec er en sentral part i arbeidet. Norec som sentral aktør for helsearbeideres utveksling - inkludert for utvekslingsprosjektet som er fokuset for denne studien - beskrives i det neste avsnittet.

I 1963 ble Fredskorpset Norge¹ etablert, med inspirasjon fra det amerikanske Peace Corps. Ideen bak organisasjonen var å vise solidaritet med mennesker som lever i fattigdom (Fredskorpset, 2019). Fredskorpsets mål var å sende fredskorpsdeltakere fra Norge til land i «sør» for å jobbe med bistandsarbeid på ulike områder. På 90-tallet ble det økende fokus på at denne modellen ikke lenger var bærekraftig, og måten Fredskorpset organiserte arbeidet sitt på ble av mange sett på som svært likt de tradisjonelle u-hjelpsprogrammene som sendte fagfolk til utviklingsland for å jobbe. Det ble sett på som en lite effektiv måte å overføre kunnskap på, og i 1999 ble modellen avsluttet. Utenriksdepartementet bestemte imidlertid i 2000 at Fredskorpset skulle re-etableres. Programmet skulle ikke lenger være et program for frivillige, men et gjensidig utvekslingsprogram mellom partnere i Norge og partnere fra land i sør. Fredskorpset etablerte på dette tidspunktet også utvekslingsavtaler mellom land i sør (Tjønneland et al, 2016, s. 10-11). I 2018 skiftet Fredskorpset navn til Norec, og er i dag en statlig norsk aktør som fullfinansieres over statsbudsjettet (Forvaltningsdatabasen, 2019). Etter re-etablering la Norec betydelig vekt på at prosjektene de finansierer skulle være preget av verdien solidaritet, likhet og gjensidighet.

Norec har i dag tre mål: 1) Fasilitere gjensidige utvekslingsprogram mellom partnere i utviklingsland og partnere i Norge. 2) Legge til rette for gjensidig læring og deling av erfaringer. 3) Bidra til å utvikle og styrke sivile samfunn i utviklingsland (Tjønneland et al, 2016, s. 10). Norecs kjerneverdi er gjensidighet. Gjensidighet innebærer at alle bidrar og at alle som deltar i utvekslingsarbeidet får et utbytte. Det betyr også at alle parter i et gjensidig partnerskap er likeverdige, og at partene skal samarbeide om å utforme mål og innhold i prosjekter. Norec har videre adferdsverdier som skal kjennetegne både de ansatte i Norec og

¹ Fredskorpset skiftet navn til Norsk senter for utvekslingssamarbeid, kortnavn NOREC, i 2018 (<http://www.nsd.uib.no/polsys/data/forvaltning/enhet/4603/endringshistorie>)

utvekslingsdeltakere; Utfordre og vise respekt. Være engasjert og profesjonell (Norec, 2020, s. 7).

Norecs kjernevirksomhet er utveksling av unge ansatte og medlemmer i organisasjoner og virksomheter, og Norec gir støtte til utveksling av ansatte og frivillige mellom Norge og land i Afrika, Asia og Latin-Amerika. Utvekslingen skjer mellom norske og utenlandske virksomheter eller organisasjoner. Organisasjonen eller bedriften som får støtte driver utvekslingen. Det innebærer at organisasjonen eller bedriften som er ansvarlige for å sende og å ta imot deltakerne. Norec tilbyr opplæring og kurs både før, under og etter utvekslingen. Deltakerne som reiser skal som hovedregel være mellom 18 og 35 år, og alle må delta på utreiseseminar i regi av Norec. Utvekslingen skjer ved at norske deltakere reiser til aktuell partner i utlandet, mens de utenlandske deltakerne kommer til Norge. Norec dekker kostnadene til lønn, i tillegg til reise, opphold, forsikring og språkkurs, mens det er partneren som er ansvarlig for å opprettholde kontakten med Norec, og for å følge opp og administrere utvekslingen (Norec, 2019).

Norec publiserte i 2019 en rapport av Cliff Allum hvor alle evalueringer, undersøkelser og rapporter fra 2002 og frem til i dag er gjennomgått. Hovedfunnene i rapporten kan oppsummeres i fire hovedpunkter:

- Partnere som utveksler deltakere mellom land i sør lærer mest av hverandre. Dette kan komme av mer balansert maktforhold, like verdier og fokus på nettverk både i og utenfor organisasjonen.
- Norske partnere har ikke bestandig forstått læringspotensialet som ligger i utvekslingene. Graden av utbytte har i stor grad vært knyttet til hvordan deltakerne blir tatt imot og integrert både på og utenfor arbeidsplassen.
- Partnerne som stadig forbedrer og tilpasser rekrutteringen av deltakere får mest læringsutbytte.
- Organisasjoner med internt rekrutterte lærer mest når deltakerne kommer tilbake til arbeidsstedet etter utvekslingen. Det er en viktig faktor at den ansatte blir værende i organisasjonen (Allum, 2019, s. 37).

1.3. Strategi for utvekslingssamarbeid

Flere helseforetak tilbyr internasjonal utveksling for sine ansatte i samarbeid med Norec. Haukeland Universitetssykehus (HUS) og Oslo Universitetssykehus (OUS) har for eksempel i flere år hatt internasjonal utveksling av helsepersonell til flere lavinntektsland. Både HUS og OUS har opprettet Avdeling for internasjonalt samarbeid, som finansieres med eksterne prosjektmidler fra Utenriksdepartementet, Norad, Norec, Aktiv mot kreft og fra private donasjoner. Både HUS og OUS topper lønnen som Norec tilbyr for å kunne gi de norske deltakerne grunnlønn under langvarige opphold i utlandet (Helse Bergen, 2017, s. 7 & Oslo Universitetssykehus, 2019, s. 4). Sykehusene har flere pågående prosjekter i Malawi, Sør-Afrika, Etiopia og Zanzibar (ibid:6 & ibid:1).

Prosjektene som HUS og OUS er involvert i er basert på gjensidig utveksling av helsepersonell. Sykepleiere, leger og annet helsepersonell reiser til sykehus i ulike lavinntektsland, og helsepersonell fra sykehus i lavinntektsland kommer til Norge og HUS eller OUS. Hensikten for begge parter er å få erfaring og lære fra et nytt arbeidsmiljø, hvor gjensidig utveksling av kunnskap og kompetanse står i fokus. Et av målene til HUS med prosjektene er videre å bidra til en bedre global helse for alle gjennom å forbedre helsetjenestene til befolkningen i dekningsområdet til de aktuelle sykehusene i sør, samt i HUS' dekningsområde (Helse Bergen, 2017, s. 2). Ifølge strategiplanen til HUS gjøres dette ved å bruke egne faglige ressurser til å støtte partnerinstitusjonene i sør (ibid:2). Helse Bergens strategidokument legger vekt på viktigheten av lokalt eierskap i partnerinstitusjonene, og hovedregelen er at partnerinstitusjonene er ansvarlige for å ta initiativ til nye prosjekter. Hovedprinsippet til HUS er at partnerskapet med sykehus i sør skal være likeverdige (ibid:2-3). OUS fokuserer også på langsiktige samarbeid, hvor et av hovedmålene er å bidra til bedre pasientbehandling og øke kompetansen til de ansatte i samarbeidslandene (Oslo Universitetssykehus, 2019, s. 2)

1.4. Tanzania

Tanzania har i flere tiår vært et av de viktigste samarbeidslandene for norsk bistand. Samarbeidet startet i 1962, det vil si før uavhengigheten i 1964, og har favnet bredt. Tanzania har vært et av de største mottakerlandene av bistand. Tanzanias mål er å bli et mellominntektsland innen 2025, noe som har innebåret redusert bistand fra Norge. Tanzania mottok i 2018 397 millioner kroner i bistand fra Norge, mot 584 millioner kroner i 2013 (Norad, 2019).

Kort historikk

Tyskland opprettet et protektorat i Øst-Afrika i 1885, men etter Napoelonskrigen ble øst-Afrika delt mellom Tyskland og Storbritannia. Det som i dag er fastlands-Tanzania ble underlagt kolonien tysk Øst-Afrika, mens Zanzibar ble britisk protektorat i 1890. Storbritannia overtok administrasjonen av tidligere tysk øst-Afrika under første verdenskrig, og kalte området Tanganyika-territoriet. Julius Nyerere opprettet partiet Tanganyika African National Union (TANU) i 1954 som en del av frigjøringsprosessen. Tanzania ble erklært selvstendig i 1961 med Nyerere som president og Zanzibar ble selvstendig i 1963 (Mbogoni, 2013, s. 4). Året etter (januar 1964) var det revolusjon på Zanzibar, en revolusjon som bunnet i store forskjeller mellom den velstående arabiske overklassen og den fattige afrikanske befolkningen (Killian, 2008, s. 110). Lederen for Afro-Shirazi-partiet, Abeid Karume, opprettet i kjølvannet av revolusjonen Zanzibars første regjering. Bare noen måneder etter revolusjonen skrev Karume og Nyerere under på avtalen om å forene landene i en union, og landet Tanzania ble etablert som egen selvstendig stat (ibid:111).

Landet har i dag en befolkning på ca. 58 millioner. Offisielle språk er swahili og engelsk, men det snakkes rundt 130 forskjellige lokale språk i landet. Tanzanias beliggenhet ved kysten bidrar til at landet har en rik historie med betydelig kulturell påvirkning gjennom tidene. På øyen Zanzibar er befolkningen i hovedsak muslimsk. I befolkningen for øvrig er ca. 60% kristne og 35% muslimer. Det finnes også minoriteter som tilhører hinduisme, buddhisme, og lokale tradisjonelle religioner (Central Intelligence Agency, 2020).

Etter frigjøringen kom helsevesenet i en rivende utvikling, og i de første tiårene (etter 1961) klarte myndighetene å gi gode sosiale tilbud til befolkningen. På 70- og 80-tallet kom imidlertid landet i en vanskelig økonomisk situasjon blant annet pga av Verdensbankens

strengt 'structural adjustment programme' som førte til redusert offentlig støtte til helsevesenet. Dette hadde stor innvirkning på det nasjonale helsevesenet i Tanzania (Songstad et al, 2012, s. 2). Gilson & Erasmus (referert i Songstad et al, 2012, s. 2) viser til at det i 1990 var 26% reduksjon i ansettelse i helsevesenet. Fra 1993 til 1999 var det ansettelsesstopp i offentlig sektor (helsevesen og skole), som følge av den økonomiske krisen landet var kommet i. Muligheten for å få jobb som helsepersonell i det offentlige helsevesenet ble dermed svært lav. Mellom 1995 og 2005 ble kun 16 % av alt nyutdannet helsepersonell ansatt i det offentlige. Mange fikk seg jobb i kirkelevne klinikker eller i private helseforetak. De siste årene har imidlertid denne trenden snudd. Myndighetene har klart å styrke bemanningssituasjonen i det offentlige helsevesenet, og en ser nå at helsepersonell som tidligere jobbet privat søker seg tilbake det offentlige (ibid:2). Sykepleier til befolkningsratioen i Tanzania er fremdeles lav sammenlignet med europeiske land. Gjennomsnittet globalt er 9,3 sykepleiere pr 1000 innbyggere. I Europa regner man et gjennomsnitt på 18,9 sykepleiere pr 1000 innbyggere, mens det i Tanzania er 0,39 sykepleiere pr 1000 innbyggere (Manzi et al, 2012, s. 2).

1.5. Sykepleieomsorg i en tanzaniansk kontekst

Omsorg utgjør kjernen i pasientbehandling, og blir ofte omtalt som essensen av sykepleie. Ifølge Våga et al (2013, s. 1045) blir sykepleie i lavinntektsland ofte beskrevet som av dårlig kvalitet, og for å være fokusert på oppgaver fremfor mennesket. Våga et al (2013) gjør i sin artikkel rede for hvordan tanzanianske sykepleieres omsorg blir uttrykt og erfart i deres kommunikasjon med HIV-positive kvinner inkludert i et program for å forebygge smitte av HIV fra mor til barn (PMTCT). Artikkelforfatterne beskriver fire hovedfunn fra den langvarige etnografiske feltstudien hvor sykepleiere og HIV-positive kvinner ble fulgt opp, observert og dybdeintervjuet. Tidligere litteratur på området har beskrevet hvordan sykepleiere kunne fremstå som autoritære og formynderske i sin måte å kommunisere på. I Våga et als (2013) studie fremgikk det imidlertid at pasientene ikke oppfattet kommunikasjonen som uttrykk for makt. De satte pris på å få tydelige instruksjoner. Sykepleierne så på sin side instruksene og måten å kommunisere på som viktig for å kunne gi klare og tydelige råd som ikke ble misoppfattet (ibid:1048). Sykepleierne bidro videre med veiledning til pasienter med negative tanker. Når pasient og sykepleier møttes under mer uformelle omstendigheter, både i og utenfor sykehus tok kvinnen en mer aktiv rolle i kommunikasjonen. Hun kunne fortelle om situasjoner fra livet som hun hadde utfordringer

med å takle, og sykepleierne kom med råd og støtte, med spesielt fokus på å ikke tenke negativt rundt sin situasjon (ibid:1049). Sykepleierne involverte seg også personlig. Artikkelforfatterne beskriver hvordan forholdet mellom sykepleier og pasient ble mer fremtredende etter hvert som feltarbeidet foregikk. Det var ikke uvanlig med hjemmebesøk, spesielt hos kvinner som ble sett på som spesielt sårbare. Disse kvinnene mottok gjerne flere hjemmebesøk (ibid:1049-1050). Våga et al (2013, s. 1046) viser på svært informativt vis hvordan sykepleiernes omsorg må sees ut ifra kontekst og kulturell mening. Studiens funn indikerer også at sykepleieomsorg er forankret i kulturelle forventninger til hierarkiske forhold av kunnskap og autoritet.

Miltenburgs (2019) mixed-method studie av kvaliteten på den medisinske behandlingen og oppfølgingen av gravide kvinner i rurale Tanzania gir en dyptgående beskrivelse av den varierende kvaliteten på behandlingen gravide og fødende kvinner mottar. Miltenburgs kvalitative studie innebar observasjoner i felt, uformelle samtaler med helsepersonell og fødekvinnene og deres familier. Sykepleiernes notater, rapporter som ble overført mellom hvert skift og oversikt over bemanning ble også gjennomgått (Miltenburg et al, 2018, s. 3). Miltenburgs observasjoner beskrev hvordan sykepleiere ikke brukte verktøy som partogram² eller skrev notater i journalen til kvinnene. Dette til tross for noen ganger dager med innleggelse før fødsel. Hvis observasjoner eller undersøkelser ble gjort ble det sjeldent dokumentert i partogrammet, men heller i separate sykepleienotater. Noen observasjoner som var dokumentert ble heller ikke utført, men sykepleierne gjettet på verdiene og førte disse inn i journal eller partogram. På dagtid ble observasjoner og undersøkelser noen ganger utført relativt hyppig, mens kvinnene kunne gå uten tilsyn hele kvelden og natten. Enkle observasjoner som å måle blodtrykk, hjerterytme hos fosteret og puls og temperatur hos mor ble sjeldent utført eller diskutert om det burde utføres i relasjon til fødselen (ibid:5). Fokus fra media og helsemyndigheter førte til en frykt for å dokumentere, da sykepleierne risikerte å bli holdt personlig ansvarlig dersom noe gikk galt (ibid:7).

Sykepleierne uttrykte en forventning om normal fødsel hos de fleste kvinner, til tross for at noen fødsler varte lenger enn normalt. De så ofte vekk fra tidligere dokumentasjon på for eksempel cervixdilatasjon, eller endret dokumentasjonen for å gi kvinnen mer tid til fremgang

² Partogram er en metode for å grafisk dokumentere fremgangen i fødsel (WHO, 1995).

uten intervensjon. Andre ganger foretrakk sykepleierne å ikke dokumentere eller aktivt monitorere fødende kvinner før kvinnene selv ba om det. Dette medførte at kvinnene «plutselig» fødte på venterommet, eller at det «plutselig» var en uforutsett komplikasjon under fødsel (Miltenburg, 2018, s. 6).

I Miltenburgs kvantitative studie kan en lese hvordan de gravide kvinnene mottok svært varierende behandling under svangerskapet. Studiens resultater viser svakheter i tilbudet kvinnene fikk om adekvat anamnese, oppmerksomhet rundt faresignal og tilbud om essensiell informasjon om helse.

Häggström et al (2008) studie gir en beskrivelse av hvordan tanzanianske sykepleiere opplever belastningen i sin jobb. Sykepleierne i Häggström et al (2008) studie forteller om hvordan de hver dag må pleie og gi omsorg til svært mange kritisk syke pasienter, hvor de i tillegg må prioritere hvem som skal få tilgang til det utstyret som eventuelt er tilgjengelig. Sykepleierne i studien gir tydelig uttrykk for at mangelen på utdannede sykepleiere og misforhold mellom antall pasienter og sykepleiere gjør at sykepleierne blir utslitte. Selv om forholdene ikke ligger til rette for optimal pleie beskriver Häggström et al (2008) hvordan sykepleierne forsøker å gjøre så godt de kan forholdene tatt i betraktning.

Tjoflåt et al (2018, s. 324) intervjuet ti sykepleiere som jobbet på et sykehus i rurale Tanzania hvordan de oppfattet sin rolle som sykepleier og deres erfaringer med å utøve sykepleie og omsorg på sykehuset de jobbet på. Sykepleierne ble spurt om hvilke faktorer som førte til at de valgte å bli sykepleier, og hva de tenkte var viktig i rollen som sykepleier. Videre ble de intervjuet om deres tanker om sykepleie(n) som ble utøvd på avdelingen de jobbet på.

Artikkelforfatterne fant to hovedtema som gikk igjen i intervjuene:

Sykepleierne følte yrkesstolthet, samtidig som de opplevde begrensninger og utilstrekkelighet. De ga i intervjuene uttrykk for at de ble sykepleiere på bakgrunn av et ønske om å hjelpe mennesker som ikke er i stand til å hjelpe seg selv på grunn av sykdom. Mange av sykepleierne hadde et ønske om å yte pleie og omsorg av høy kvalitet, og de jobbet hardt for å nå målet sitt. Noen av sykepleierne beskrev også viktigheten av en individuell tilnærming til pasienter og pårørende (ibid:325). Sykepleierne reflekterte samtidig over mangelen på både menneskelige ressurser og materielle ressurser. De beskrev også en følelse av å være utilstrekkelige. Følelsen av å være utilstrekkelig var i hovedsak relatert til underbemanning, overbelegg av pasienter og mangel på utstyr (ibid:325). De ga uttrykk for at de likevel forsøkte å gjøre så godt de kunne, til tross for mangel på utstyr og menneskelige

ressurser. Artikkelenes funn indikerer at sykepleierne i studien var stolte yrkesutøvere, og at de var stolte over å kunne gi god, pasient-sentrert omsorg. De følte en sterk forpliktelse til å yte god sykepleie. Selv om sykepleierne ga uttrykk for at det var viktig for dem at sykepleien de utøvet var pasientsentrert, beskrev de hvordan arbeidet var noe rutinepreget og oppgavefokuset. Å være sykepleier betød også å utføre spesifikke oppgaver og å utføre legens forordninger. Artikkelforfatterne antyder at det er en motsetning mellom pasientsentrert sykepleie og det å skulle utøve oppgavefokuset sykepleie, og at det er utfordrende å utøve pasientsentrert sykepleie i et sykehus med overbelegg av pasienter og underbemanning av sykepleiere (ibid:326).

«Compassion fatigue» er et uttrykk som er anerkjent hos vestlige helsearbeidere, spesielt helsearbeidere som stadig er i møte med døden. Compassion fatigue er et begrep som best kan beskrives som en kombinasjon av utbrenthet og sekundær traumatisering (Kelly, Runge & Spencer, 2015, s. 523). Faktorer som ligger til grunn for compassion fatigue hos helsearbeidere som jobber i akuttmottak i Tanzania, kan ifølge artikkelforfatterne være mangel på riktig utstyr og tilgjengelig kompetent personale. Å være vitne til hyppige dødsfall hos sine pasienter kan til slutt føre til at helsearbeiderne bruker opp sin emosjonelle kapasitet (ibid:110). Andre årsaker kan være mangelfulle henvisningssystemer, manglende kunnskap om helse hos innbyggerne, lav moral hos kollegene på grunn av økonomiske bekymringer og lite støtte og andre ikke-helserelaterte faktorer. I min studie skal jeg se på hvordan pleie og omsorg i en tanzaniansk sykehussetting kom til uttrykk fra norske helsearbeidere som hadde vært på utveksling.

1.6. Oppgavens teoretiske grunnlag

Et teoretisk perspektiv er et sett med forutsetninger om virkeligheten. For å styre arbeidet trenger forskeren en referanseramme og et perspektiv (Dalland, 2015, s. 134). Når man trekker på teoretisk perspektiv innen forskning innebærer det å ha et sett med forutsetninger som man belyser problemstillingen ut fra. Et teoretisk perspektiv gjør oss bedre rustet til å presisere problemstillingen, da det underveis i forskningen kan vise seg at kunnskapen man produserer belyser flere eller andre aspekt enn det man i utgangspunktet hadde sett for seg (ibid:134). Jeg vil i dette prosjektet trekke på kulturteori som synes særlig relevant for å belyse denne studiens fokus og funn, og introduserer disse som teoretisk referanseramme.

Kulturteori

Ifølge antropologen Clifford Geertz er det kultur som gjør mennesket til et menneske, og det er umulig å forestille seg mennesket uten kultur (Thorbjørnsrud, 2019, s. 223). I ethvert samfunn vil mennesket skape kunnskapstradisjoner, hvor begreper og verdier utvikles og brukes til fortolkning og forståelse av verden. Det er ikke gitt hvilken kunnskap som er gyldig, fordi kunnskap er sosialt konstruert i betydningen sosialt produsert i interaksjon med andre mennesker (Brodtkorb & Rugkåsa, s. 13, 2019). Kulturteori trekker på sosialkonstruktivistisk teori, som innebærer å se på sosiale fenomen og hvordan de oppstår gjennom sosial samhandling, institusjonaliseres, blir kjent og gjort til tradisjoner.

Forforståelse og kategorisering

Mennesker som tilhører ulike samfunn utvikler sett med begreper og verdier som de benytter til å fortolke og forstå den virkeligheten de lever i. Å fortolke betyr å forstå eller å forklare hva betyr i en gitt sammenheng. Å fortolke kommer fra hermeneutisk tradisjon, som opprinnelig ble brukt til å fortolke bibelske tekster. Hensikten med å fortolke er å forstå delene av en tekst ut fra helheten, som igjen forstås i lys av de enkelte delene. Menneskers fortolkning innebærer at man kontinuerlig kategoriserer verden rundt seg med utgangspunkt i en type forforståelse (Brodtkorb & Rugkåsa, 2019, s. 28).

Kategorisering henger sammen med forforståelse. Å kategorisere handle om å skape orden og mening i en kompleks verden. Kjønn, klasse, sosial klasse, seksualitet og etnisitet er eksempel på ulike sosiale kategorier som mennesket gjerne tar for gitt. Sosiale og kulturelle kategorier er med på å avspeile og forme faktiske forhold. De er dermed med på å virkeliggjøre en bestemt sosial orden. Kategoriene er således med på å påvirke menneskers muligheter og hvordan vi møter og oppfatter hverandre (ibid:29). Evnen og behovet for å kategorisere er felles, men hvilke kategorier som etableres vil variere fra samfunn til samfunn. Gjennom sosialiseringssprosessen en går igjennom i sitt samfunn innføres en i en bestemt måte å kategorisere og oppfatte omgivelsene på (Thorbjørnsrud, 2019, s. 224). Thorbjørnsrud beskriver for eksempel hvilken betydning maten har for ulike grupper mennesker (ibid:225). Mat og måten man spiser på kan bli sett på som symbolsk for en bestemt sosial orden, som igjen er relatert til det som er klassifisert som sosialt og kulturelt passende mat (Mwaseba, Kaarhus & Mvena, 2016, s. 328).

En persons utgangspunkt og videre livssjanser er avhengig av hvilket kjønn en har, hva slags etniske, religiøse, politiske og økonomiske gruppe en fødes inn og hvilke intellektuelle og emosjonelle muligheter og begrensninger. En persons spesielle fortolkning av kulturelt fellesgods vil utvikles på grunnlag av faktorene nevnt over. Personen blir en 'situert aktør', som forholder og tolker omgivelsene fra en posisjon betinget av kjønn, seksualitet, slekt, utdanning, arbeid, venner, politisk eller religiøs overbevisning (Rosaldo, 1984, referert i Thorbjørnsrud, 2019, s. 237).

Kulturrelativisme bygger på en forståelse av at ulike folkegruppers ideer og handlinger må forstås ut fra deres egen sosiokulturelle kontekst, en kontekst som ikke påvirkes av bare kulturelle forestillinger, men også politiske, økonomiske og sosiale faktorer.

Kulturrelativisme dreier seg ikke om å like eller omfavne andres kultur ukritisk, men at andres kultur, ideer og skikker må plasseres i rett kontekst for at en skal forstå meningsinnholdet gruppen selv tillegger dem. En forsøker altså å sette en midlertidig parentes rundt egne kulturelle fortolkningsrammer for å prøve å forstå andres holdningsmotiver (ibid:280). Det motsatte av kulturrelativisme er etnosentrisme (ibid:280).

Stereotyper og fordommer

Behovet for å kategorisere fører til at mennesket danner seg arbeidshypoteser om det eller de som er ukjente. Mennesket har behov for å danne seg et bilde av hvem de ukjente er, hvordan de oppfører seg og hvordan en selv bør oppføre seg overfor dem (ibid:227). Dette er en form for stereotyper, som i utgangspunktet representerer behovet vi har for å generalisere på et lite grunnlag. Det er en måte å lære på, og trenger ikke nødvendigvis være noe negativt.

Problemet er når læreprosessen stopper opp, og en nekter å vurdere ny og gammel informasjon opp mot hverandre. Da blir stereotypen en fordom, og en klarer ikke lenger å skille mellom kategori og individ. Man blir mindre fleksibel og samhandling blir vanskelig (ibid:227).

Maktstrukturer

Innenfor helsesektoren kommer makt og sosial kontroll til uttrykk på flere områder, både mellom den profesjonelle helsearbeiderens forhold til pasient, mellom profesjonene og mellom institusjoner (Norvoll, 2019, s. 63). Makt ble av Max Weber (1982 [1922], s. 53) definert som «et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand». Den som

har mest makt i relasjonen er den som har størst sjanse til å få gjennomslag for sine interesser og ønsker. Makt må heller ikke nødvendigvis utøves for å være tilstede i en relasjon eller et forhold. Selve muligheten til å utøve makt inngår i et styrkeforhold i relasjonen (Norvoll, 2019, s. 64).

Hvordan makt kommer til uttrykk varierer ut fra relasjonen eller forholdet. Kommunikasjon og språk danner selve grunnlaget for maktforhold i sosiale relasjoner. Makthandlinger henger dessuten ofte sammen med et større sosialt system som er større enn mennesket selv.

Maktforhold blir derfor ofte sett på som *strukturelle* fenomener der maktforhold blir etablert som faste mønstre i samfunnet, blant annet gjennom den sosiale klasse- og lagdelingen i samfunnet (ibid:65).

Grunnlag for makt

Max Webers teori om legitim maktutøvelse er en klassisk teori som stiller spørsmål ved hva det er som gjør at andre mennesker gir andre autoritet. Weber beskrev tre ulike former for makt som grunnlag for legitim maktutøvelse i samfunnet (ibid:70): *tradisjonell makt*, *karismatisk makt* og *legal makt*. De tre formene for makt kan forekomme i et samfunn og spiller sammen, for eksempel ved at lovverket støtter opp om de tradisjonelle ledernes makt (ibid:70).

Tradisjonell makt innebærer at en makt eller autoritet er nedfelt i tradisjoner, i det Weber kalte «den evige fortids autoritet», eller «skikk og bruk som er helliggjort gjennom hevd og vanemessig opprettholdelse» (ibid:71). Tradisjonelle maktforhold kan prege dynamikken mellom ulike profesjoner og institusjoner (ibid:72).

Karismatisk makt knyttes til en persons karisma eller personlige utstråling, der en antar at en person har helt spesielle lederegenskaper (ibid:72).

Legal makt hviler på en anerkjennelse av lovverket. Denne formen for makt er mer formålsrasjonell enn de to andre maktypene og er mest fremtredende i moderne samfunn som kjennetegnes av et velutviklet byråkrati og av aktiv statsdannelse.

1.7. Oppsummering av teori og forskning

Det er skrevet flere artikler og utviklet overordnede retningslinjer for hvordan gjensidig utveksling bør foregå, som Crump et al (2010) artikkel. Retningslinjene sier likevel ikke noe konkret om hvordan de som er på utveksling bør gå frem for å følge retningslinjene slik de står i dag. Sykepleieomsorg i en annen kulturell kontekst blir beskrevet av Våga et al (2013) og av Miltenburg (2019), med to ulike perspektiv. Våga et al studie (2013) viser at omsorg og måten omsorg utføres på må belyses ut fra hvilken kulturell kontekst en befinner seg. Miltenburgs studie (2019) viser et mer kritisk blikk på omsorgskulturen i Tanzania. Artikler som omhandler sykepleiestudenters erfaringer fra utveksling til sykehus i ulike land i Øst-Afrika beskriver deres møter med en annerledes omsorgskultur. Til sist er kulturteori kort gjennomgått.

1.8. Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikt

Hensikten med denne studien er å øke kunnskapen om erfaringer knyttet til utveksling av helsepersonell mellom institusjoner i nord og sør. I denne studien vil jeg særlig utforske helsepersonells erfaringer fra utvekslingsprogram mellom Norge og Tanzania. Mer konkret vil studien fokusere på norske Norec-deltakeres erfaringer med å være deltaker i et utvekslingssamarbeid mellom Norge og Tanzania.

Forskningsspørsmål

Hvilke erfaringer gjør norsk helsepersonell seg gjennom arbeidsutveksling til en tanzaniansk sykehuskontekst?

Mål:

- Å få økt kunnskap om norske helsearbeideres opplevelse av læringsutbytte fra utvekslingen til Tanzania.
- Å få økt kunnskap om norske helsearbeideres erfaringer fra møtet med sykepleieomsorg i Tanzania.

Oppgavens struktur

I det første kapitlet har studiens kontekst og relevant litteratur, samt studiens hensikt, forskningsspørsmål og mål blitt skissert. Som nevnt i innledningen er det gjort relativt lite forskning relatert til helsearbeidere som reiser for å arbeide i et lavinntektsland. Kapittel 2 omhandler den metodologiske og metodiske tilnærmingen. Studiens funn blir presentert i kapittel 3, og kapittel 4 består av drøfting av studiens funn og metode. Til slutt vil jeg forsøke å kort oppsummere funnene, og antyde deres mulige implikasjoner for videre arbeidsutveksling til lavinntektskontekster samt for videre forskning.

2.0. Metode

Ifølge Kvale & Brinkmann (2017, s. 83) er den opprinnelige betydningen av ordet metode «veien til målet». Metode er forskerens verktøy for å få svar på sine spørsmål. I denne studien ønsker jeg å utforske norsk helsepersonells erfaringer fra deltagelse i et utvekslingsprogram mellom Norge og Tanzania. Jeg benytter kvalitativ metode og et eksplorerende design for å legge så lite føringer og la informantene fortelle så fritt og detaljert som mulig om erfaringene sine. Kvalitativ metode med et eksplorerende og induktivt design er gunstig når hensikten er å søke menneskers erfaringer samt når man har relativt begrenset kunnskap om emnet på forhånd (Malterud, 2017, s. 36).

2.1. Valg av metode

I utgangspunktet var målet å intervju både tanzanianske og norske helsearbeidere som hadde vært del av et gjensidig arbeidsutvekslingsprogram i regi av Norec. Det ble jobbet lenge og grundig med søknader om forskningstillatelse fra både norsk etisk komite og den nasjonale forskningskomiteen i Tanzania. På grunn av at det tok svært lang tid å få svar på disse søknadene ble det imidlertid besluttet (i samråd med veileder) å kun fokusere på erfaringene til de norske deltakerne.

Det kvalitative forskningsintervju

Semistrukturerte kvalitative intervju ble valgt da det ble antatt at denne metoden best ville kunne utforske og gå i dybden på feltet jeg ville studere. Semistrukturerte intervju er en metode som er spesielt godt egnet til å få innsikt i informanters erfaringer, tanker og følelser (Dalen, 2011, s. 13). Et kvalitativt design med semi-strukturerte intervju søker etter tilgang til opplevelser og erfaringer fra informantens perspektiv. Formålet med kvalitative intervju som metode er å fremskaffe fylldige og beskrivende informasjon om hvordan mennesker opplever sin livssituasjon (Dalen, 2011, s.13). Det semi-strukturerte intervju er en samtale hvor forskeren på forhånd har utarbeidet en temaguide over ulike tema som forskeren ønsker å dekke. Det er hensiktsmessig å utforme en åpen og fleksibel intervjuguide som tar opp de mest sentrale temaene studien er ment å belyse (ibid:26). Spørsmålene som er stilt i intervjuguiden kunne endres og ble endret underveis i intervjuprosessen. I denne studien ble intervjuguiden modifisert i prosessen ved at nye spørsmål knyttet til erfaringene med strukturen rundt utvekslingsprogrammet ble lagt til. Et semi-strukturert intervju er en samtale hvor forskeren vil lytte og være åpen for hva informanten sier. Under intervjuet vil forskeren

også kunne inkludere eventuelle oppfølgingsspørsmål som ikke var forberedt på forhånd. Oppfølgingsspørsmålene kan variere fra intervju til intervju, da det avhenger av dialogen mellom informant og forsker (Kvale & Brinkmann, s. 20-22 & s. 46-47). Det varierte i hvor stor grad det var behov for å stille oppfølgingsspørsmål. De fleste informantene snakket fritt og svarte på spørsmål jeg hadde tenkt å stille før jeg fikk stilt dem. I noen av intervjuene ble intervjuguiden fulgt i rekkefølgen som var tenkt, mens i andre intervjuer hoppet vi litt frem og tilbake da det opplevdes som en naturlig rytme å følge.

Egen rolle og refleksivitet

Det var min egen erfaring fra utveksling til Tanzania som førte til at min interesse for studiens tema og problemstilling ble vekket. Både som sykepleierstudent og ferdig utdannet sykepleier har jeg tilbrakt lengre tid på ulike sykehus i Tanzania, hvor jeg har gjort meg mange erfaringer og tanker om denne typen utvekslingsarbeid. Mitt utgangspunkt er at jeg selv hadde, til tross for mange tøffe inntrykk, en positiv erfaring fra utvekslingene, både med tanke på hva jeg møtte i sykehuset mens og med tanke på samfunnet utenfor sykehuset. Det var spesielt opplevelsen av å se hvordan både leger og sykepleierne på sykehuset håndterte ressursknapphet på. Jeg skal ikke legge skjul på at det til tider var utfordrende for meg å godta at det noen dager ikke var mulig å gi behandling til enkelte pasienter fordi det var mangel på enten menneskelige ressurser, medisiner eller utstyr. I etterkant av utvekslingen har jeg reflektert mye over hva denne typen utveksling gjør med både de norske og de tanzanianske helsearbeiderne som reiser ut. Jeg har stusset over om de tilsynelatende like premissene for utveksling gir helsearbeiderne møter med strukturer for utveksling som likevel fører til ulikhet. Med denne forforståelsen til grunn har jeg arbeidet aktivt gjennom både forberedelser, gjennomføringen og fasen med postfeltarbeidsanalyse og skriveprosess med å sette egne erfaringer til side og aktivt lytte til hva informantene formidlet. Det har vært utfordrende, men jeg tror at jeg i noen grad lyktes med dette da erfaringene fra informantene i stor grad skilte seg fra mine egne, og jeg fikk en del overraskelser over refleksjoner jeg selv ikke hadde gjort meg. Selv om jeg selvsagt ikke klarte å legge mine egne opplevelser og egen kunnskap helt til side, så gjorde jeg et betydelig forsøk på å være åpen og nysgjerrige i mine møter med informantene. Kvale & Brinkmann (2017, s. 273) beskriver *refleksiv objektivitet* som det å reflektere over forskerens bidrag til produksjonen av kunnskap. I kvalitativ forskning betyr objektivitet at man streber etter objektivitet om subjektivitet. Å strebe etter sensitivitet med hensyn til ens fordommer, eller forskerens subjektivitet, innebærer en refleksiv objektivitet.

2.2. Datainnsamling

Rekruttering av informanter

Jeg ønsket å rekruttere norske sykepleiere men også leger som hadde deltatt på utvekslingsprosjekt til sykehus i Tanzania. Flere norske universitetssykehus har prosjekt i ulike land i Afrika sør for Sahara, men Tanzania ble valgt da det er det landet jeg har best kjennskap til gjennom egen utvekslingserfaring. Dette gjorde det lettere å stille relevante spørsmål og se for meg konteksten informantene fortalte fra. Samtidig hadde dette implikasjoner for hvordan jeg forholdt meg til egen forforståelse for ikke å legge føringer på informantenes beskrivelser. Dette kommer jeg tilbake til nedenfor.

Informanten måtte ha deltatt i et av Norecs utvekslingsprosjekt for helsepersonell i Tanzania. Både leger og sykepleiere som hadde deltatt i utvekslingsprosjektet til Tanzania ble spurt om å delta i studien, og menn og kvinner ble kontaktet.

For å nå ut til informantene, ble det sendt ut en e-post med informasjon om studien til avdelingsleder ved et større norsk sykehus, med spørsmål om vedkommende kunne være behjelpelig med å kontakte aktuelle informanter. Jeg mottok en liste over tidligere Fredskorpsdeltakere fra fem år tilbake i tid samt deres kontaktinformasjon. Alle deltakerne på listen ble kontaktet ved å sende forespørsel på e-post, inkludert informasjonsskriv om studien og skjema for samtykke. Dette inkluderes som vedlegg. De fleste av de forespurte ønsket å delta i studien. Det ble avtalt tidspunkt for intervju med 10 deltakere, men kun sju av disse ble av praktiske årsaker faktisk intervjuet. Av disse var seks sykepleiere og en lege.

Informantgruppen bestod av seks kvinner og en mann.

Det ble understreket overfor potensielle informanter at informasjonen de bidrar med skal være konfidensiell, og at forhåndsregler skal tas for å beskytte informantenes privatliv og konfidensialitet. Informantene må gi sitt informerte samtykke for å delta i studien. Dette innebærer også at informantene har rett til innsyn i studien, og at de har rett til å trekke seg fra studien på hvilket som helst tidspunkt. Ulemper og fordeler for informantene må vurderes kontinuerlig av forskeren. Eventuelle ulemper skal være minimale i et forskningsprosjekt. Å delta i et forskningsprosjekt skal være fordelaktig for informanten (WMA, 2013). Det ble i forkant vurdert om studien var mulig å gjennomføre uten at det skulle være til ulempe for

informantene. Vurderinger ble også gjort underveis for å kontinuerlig holde fokus på forskningsetiske prinsipper. Samtykkeerklæring (se vedlegg II) ble utformet ved hjelp av mal fra Regional Etisk Komite (REK). Samtykkeerklæringen ble lagt ved e-post-forespørselen, slik at informantene kunne lese igjennom denne før de bestemte seg for eventuell deltagelse. I forkant av intervjuet gikk vi gjennom detaljene i samtykkeerklæringen, før den ble underskrevet. Ingen av informantene hadde innvendinger eller spørsmål til det som sto skrevet i samtykkeerklæringen. I forbindelse med gjennomgang av samtykkeerklæring ble også prinsippet om konfidensialitet vektlagt. Informantene ble gjort oppmerksomme på at de har rett til å være anonyme. Dette innebærer at forsker ikke kan offentlig publisere gjenkjennbare detaljer om informantene. Navn og kontaktinformasjon ble kun skrevet ned når det var høyst nødvendig, for eksempel på samtykkeerklæringen. Materiale i form av transkribert intervju ble merket med pseudonym i stedet for informantens eget navn. Ingen personlig informasjon ble skrevet ned. Ingen av informantene har bedt om å få trekke seg fra studien.

Transkriberte intervju ble lagret på en passordbeskyttet datamaskin hvor kun jeg har hatt tilgang (Polit & Beck, 2017, s. 147). Innenfor kvalitativ forskning er det spesielt viktig å ivareta konfidensialiteten til informantene for under kvalitativt intervju kan det komme frem svært private opplysninger. Det kan i tillegg fremkomme informasjon om andre personer som kan gjenkjennes (Polit & Beck, 2017, s. 148). Eventuelle navn som ble nevnt av informantene i intervjuene har blitt fjernet i sin helhet. Jeg har lagt stor vekt på å anonymisere informantene, spesielt med tanke på at miljøet hvor informantene er hentet fra er relativt lite.

Det er rimelig å anta at denne studien ikke har vært til ulempe for informantene. Flere av informantene ga uttrykk for at de syntes det var spennende å bli intervjuet om sine erfaringer, og de var positive til å dele sine erfaringer med studenten. Det kan også tenkes at muligheten til å få snakke fritt og åpent om sine erfaringer har bidratt til økt refleksivitet hos informantene, noe en må anse som positivt.

Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD), og datamaterialet har blitt oppbevart i henhold til NSD sine retningslinjer. Studien ble ikke sendt til REK fordi den ikke innbefatter forskning på taushetsbelagte helseopplysninger, direkte kontakt med forskningsdeltakere ved av intervensjoner eller invasive studier, innhenting av biologisk materiale (Regional Etisk Komite, 2015)

Antall informanter ble ikke avgjort på forhånd, men ble diskutert med veileder i løpet av datainnsamlingen. I følge Malterud et al (2016, s. 1754) kommer størrelsen på utvalget blant annet an på om man har et vidt eller smalt forskningsspørsmål. Helt generelt krever et bredt forskningsspørsmål flere informanter enn et smalt forskningsspørsmål, og vanlig prinsipp for å bestemme størrelsen på utvalget i en kvalitativ studie er at utvalget skal være stort og variert nok til å belyse hensikten med studien (ibid:1753). En annet moment som må vurderes med tanke på rekruttering av informanter er kvaliteten på intervjuene (ibid:1755). Er kommunikasjonen sterk og klar, kan det kreve færre informanter enn om dialogen er diffus eller ufokusert. Malterud, Siersma & Guassora (2016) viser til det generelle prinsippet «metning» ved rekruttering av informanter. Metning er forskerens subjektive opplevelse av at store tema blir gjentatt og bekreftet i intervjuene. Malterud, Siersma & Guassora (2016) diskuterer hvorvidt metning er et relevant begrep å bruke, da det ofte ikke er begrunnet i annet enn nettopp forskerens subjektive opplevelse av at sentrale tema repeteres i samtalene. I denne studien ble sentrale tema etter hvert gjentatt av flere av informantene, om enn i ulik form. De fleste intervjuene ble videre opplevd som å ha god kvalitet ved at informantene fremsto som både reflekterte og artikulerte. Studien ble således avsluttet etter sju intervju.

Et annet viktig kvalitativt prinsipp er å sikre variasjon innen informantgruppen. Informantene i denne studien var relativt nær hverandre i alder, med unntak av en informant. Dette er knyttet til Norecs krav til at deres deltakere må være under 35 år når de er på utveksling. Det er videre en overvekt av kvinner i informantgruppen, noe som gjenspeiler kjønnsfordelingen hos helsearbeidere for øvrig. Variasjon i gruppen er blant annet knyttet til lengden på oppholdet deres, samt personlige egenskaper og kvalifikasjoner. Det var videre seks sykepleiere og kun en lege blant informantene

Intervjuet

Alle intervjuene ble utført på et kontor hvor vi ikke ble forstyrret. Intervjuene ble spilt inn på diktafon. Intervjuene varte fra 23 minutter til 55 minutter.

De fleste av informantene fremstod som engasjerte i temaet for studien. Seks av informantene hadde mye på hjertet, og ga uttrykk for at de syntes det var spennende å bli intervjuet om sine erfaringer. Jeg opplevde at kommunikasjonen mellom meg og informantene i stor grad var

tydelig og fokusert på relevante tema, og informantene så ut til å uttrykke seg fritt og som regel svært tydelig, med unntak av en informant. Denne informanten svarte på spørsmålene, men viste liten grad av interesse, refleksivitet og bevissthet rundt temaene som ble diskutert. Denne informanten opplevde jeg at det var vanskelig å få i tale.

2.3. Analyseprosessen

Ifølge Kvale & Brinkmann (2017, s. 221) består analyseprosessen av seks mulige trinn, hvor deler av analysen begynner allerede under intervjuet. Før postfeltarbeidsanalysen av intervjuene forholdt jeg meg til de fire første trinnene som beskrives kort her. Første trinn er når intervjupersonen forteller spontant om sine erfaringer. Jeg forsøkte å la informantene snakke så fritt som mulig, og avbrøt dem ikke med oppfølgingsspørsmål før jeg opplevde at de hadde fått sagt sitt. Andre trinn er at intervjupersonen selv oppdager nye sider av tema i løpet av intervjuet. Dette innebar at blant annet rekkefølgen på spørsmålene og oppfølgingsspørsmålene varierte fra intervju til intervju. Jeg stilte heller ikke de samme oppfølgingsspørsmålene i hvert intervju, siden informantene fortalte om ulike erfaringer. Tredje trinn omhandler intervjueren selv, og innebærer at intervjueren fortolker meningen i det intervjupersonen formidler, og sender budskapet tilbake til intervjupersonen som da får anledning til å bekrefte eller avkrefte intervjuerens fortolkning. Jeg forsøkte i stor grad å gjøre dette under intervjuene, men antakeligvis ikke i så stor grad som Kvale & Brinkmann (2017) mener. De skriver at denne dialogen bør fortsette kontinuerlig til det teoretisk sett ikke er flere fortolkningsmuligheter igjen. Det blir således et «selvkorrigerende» intervju hvor intervjueren fortolkninger blir bekreftet eller avkreftet umiddelbart. I fjerde trinn blir transkripsjonen av intervjuet tolket av intervjueren i etterkant (ibid:222). Jeg har valgt å bruke systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017, a. 97) i postfeltarbeidsanalysen av intervjuene. Dette vil jeg komme tilbake til i delen som omhandler systematisk tekstkondensering.

Transkribering

Alle intervjuene ble tatt opp som lydfil med diktafon med godkjenning fra informantene. Lydfilene ble gjort tilgjengelige som tekst for å ha materialet mer tilgjengelig og håndterbart under analyseprosessen. Transkriberingen ble utført av studenten selv. Utskriften av lydfilen kan kun gi et indirekte bilde av selve intervjuet, selv om intervjuet er transkribert nøyaktig og ord for ord. Transkripsjonen må derfor ikke anses som virkeligheten, men heller som en allerede fortolket versjon av intervjuet (Malterud, 2017, s. 77). Den som transkriberer har

imidlertid et ansvar for å være lojal mot lydfilene, slik at informantenes erfaringer blir formidlet ordrett. Dette prinsippet ble fulgt i denne studien.

Det var et omfattende og tidkrevende arbeid å transkribere til tross for at det kun var snakk om syv intervju. Det tok tid å høre på lydfilene og få med seg hvert ord, alle pauser, mumling osv. Malterud (2017) mener at forskeren kan ha informasjon om momenter fra intervjuet som f.eks. kan oppklare eventuelle uklarheter i lydfilene. Forskeren bør derfor i utgangspunktet utføre transkripsjonsjobben selv og at dette kan bidra til å styrke validiteten av analyse materialet. Ved å transkribere selv fikk jeg en grundig gjennomgang av materialet og ble dermed godt kjent med forskningsmaterialet. Transkribering kan også åpne opp for nye refleksjoner og ettertanker. Gjennom transkripsjonfasen kan forskeren bli kjent med hvor mye eller lite såkalt 'dødt materiale' intervjuene inneholder. Svakheter i materialet blir dermed tidligere oppdaget. Forskeren får også muligheten til å bli kjent med sider av materialet som han/hun kanskje ikke la så godt merke til under selve intervjuet (ibid:80). Malterud hevder at nybegynnere særlig bør se på muligheten til å transkribere selv som et hjelpemiddel til å styrke systematikken i forskningsprosessen (ibid:81).

Under transkriberingen oppdaget jeg enkelte nye temaer som gikk igjen i materialet som jeg på forhånd ikke hadde lagt merke til. Prosessen ga meg også en pekepinn på hvilke tema som fremsto som sentrale og mindre sentrale i beskrivelsene til informantene. Som nybegynner opplevde jeg det som en styrke både for meg selv og studien at jeg transkriberte materialet selv. Jeg var bevisst på å ta med alt som ble sagt under intervjuet, derfor ble for eksempel lange pauser, latter, sukk inkludert i det transkriberte materialet.

Systematisk tekstkondensering

I tråd med Kvale & Brinkmann (2017, s. 221) starter analyseprosessen allerede under intervjuet. Under den strukturerte delen av analysen benyttet jeg systematisk tekstkondensering.

Malterud (2012) har beskrevet systematisk tekstkondensering (STC) som en strategi for kvalitativ analyse, eller en beskrivende og eksplorativ metode for analyse for kvalitative data fra for eksempel intervjuer. Det er en pragmatisk tilnærming, inspirert av fenomenologisk tenkning. STC er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologisk funderte analyse. STC er en beskrivende tilnærming hvor deltakernes erfaringer presenteres slik de blir uttrykt av

informantene. Det er ikke den mulige underliggende meningen som skal presenteres i analysen (Malterud, 2012, s. 795-796).

Systematisk tekstkondensering består av fire trinn, hvor første trinn er å etablere en oversikt over, og bli kjent med datamaterialet. Man ønsker å få et generelt inntrykk av hele materialet og lete etter foreløpige temaer. I dette trinnet i analysen søker forskeren å sette sin forforståelse til side, men vil fortsatt være i en tolkningsposisjon med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Forskeren skal imidlertid møte dataene med et åpent sinn og være oppmerksom på informantens stemmer. Siden jeg transkriberte lydfilene selv kunne jeg gjenkalle stemningen og ulike nyanser som kom frem under intervjuene. Jeg leste nøye gjennom det skriftlige materialet flere ganger. Når dette var gjort oppsummerte jeg mine inntrykk av hvert intervju. I løpet av første trinn i STC er det meningen å finne hvilke *foreløpige tema* som dukket opp eller trer frem. Malterud (2017, s. 99) antyder at mellom fire til åtte hovedtemaer ofte vil utkrystallisere seg. Jeg identifiserte seks ulike sentrale tema som fikk foreløpige navn i denne runden. Malterud (2017, s. 100) hevder at det er positivt dersom de foreløpige temaene er en videreutvikling fra intervjuguiden, det vil si at de ikke nødvendigvis er identiske med spørsmålene i intervjuguiden. Hensikten med å lese og analysere materialet er å få frem nye inntrykk og sider ved materialet. Blir temaene svært like temaene i intervjuguiden, kan det være at forskeren ikke har klart å lytte godt nok til hva som har kommet frem av nye tema i intervjuene, eventuelt har ikke evnet å sette sin forforståelse godt nok til side.

I trinn to av analysen reflekterte jeg over hvilke tema jeg skulle gå videre med. Jeg endte opp med å identifisere fem sentrale tema med foreløpige navn (tabell 1).

Navn på temaene ble endret på underveis, da jeg opplevde at navnene ikke var beskrivende nok for tekstmaterialet som skulle sorteres.

Tabell 1 Skjema med foreløpige tema

A. Tidsaspektet ved utveksling	B. Språket	C. Møtet med en annerledes omsorgskultur	D. Misforhold mellom forventninger til partene	E. Strukturelle utfordringer
--------------------------------	------------	--	--	------------------------------

Videre i trinn to av analysen skal en identifisere og organisere datamaterialet i *meningsbærende enheter*; det vil si identifisere utdrag fra teksten som belyser de sentrale temaene. Hensikten her er å skille relevant fra irrelevant materiale, siden hele teksten ikke anses for å være meningsbærende (ibid:101). Malterud (2012) skriver at forskeren bør inkludere mye tekst i denne delen av analysen. I denne delen av prosessen valgte jeg ut en stor mengde tekstmateriale som jeg mente bar med seg budskap om ett eller flere av de sentrale temaene jeg fant i første trinn av analysen. Teksten ble gjennomgått flere ganger. For å holde oversikt ble de meningsbærende enhetene flyttet til et eget dokument. De meningsbærende enhetene ble identifisert og kategorisert etter de foreløpige temaene. I denne delen av prosessen hadde jeg også undertema og kodegrupper i tankene.

Etter at jeg hadde samlet de sentrale meningsbærende enhetene i en oversikt, begynte jeg å kode og systematisere enhetene. I kodingsprosessen tar man sikte på å identifisere og sortere alle meningsbærende enheter i teksten (Malterud, 2017, s. 100). Kodingen innebar å identifisere og sortere de meningsbærende enhetene som kunne knyttes til de foreløpige temaene. De meningsbærende enhetene ble identifisert og merket med en kode som forbandt tilhørende meningsbærende enheter i en kodegruppe. Forskeren må være fleksibel under denne prosessen, da det eksempelvis kan oppstå behov for å endre på kodegruppene underveis (Malterud, 2012, s. 797), noe jeg fikk behov for flere ganger i analyseprosessen. Å kode tekstmaterialet på denne måten innebærer en systematisk dekontekstualisering av materialet. Deler av teksten blir tatt ut av sin sammenheng. Senere skal det dekontekstualiserte materialet kunne leses sammen med beslektede elementer i lys av teoretiske perspektiver (ibid:104). I denne delen av prosessen valgte jeg å endre noe på de sentrale temaene, ved å flytte tidligere tema B til en underkategori under tema A, da disse temaene nå så ut til å handle om det samme overordnede temaet.

Tabell 2 Kategoriseringsskjema med koder

A. Møte med en annerledes omsorgskultur	B. Tidsaspekt ved utveksling	C. Misforhold mellom forventninger fra de ulike partene	D. Strukturelle utfordringer
1 En annen måte å forholde seg til omsorg på	1 Betydningen av tid for å komme inn i arbeidsmiljøet	1 Høye forventninger til eget kunnskapsnivå	1 Ujevn balanse i maktforholdet mellom nord og sør
2 En annen måte å forholde seg til pasienter og pårørende på	2 Betydningen av tid for å bli trygg på sin egen rolle	2 Høye forventninger til endringer man skal utføre	2 Premissene som blir lagt til grunn blir tillagt ulik betydning
3 Et annerledes forhold til døden	3 Viktigheten av å kunne språket som tilegnes over tid	3 Ulike forventninger til hva utvekslingen skal være	3 Utenforskap

Tredje trinn i analyseprosessen innebar *systematisk abstraksjon*, eller *kondensering* av meningsbærende enheter innenfor hver av kodegruppene. Et kondensat er et kunstig sitat, som skal bære med seg en beskrivelse av det konkrete innholdet. Hensikten med å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene er å hente ut konkret meningsinnhold fra de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. Malterud (2017, s. 107) fremhever viktigheten av å gjøre kondensatet så tekstnært som mulig. Dette har jeg forsøkt å tilstrebe så langt det har latt seg gjøre ved å bruke begrep og uttrykk som informantene selv brukte under intervjuet. Malterud (2017) understreker også viktigheten av å representere hver av deltakerne. Jeg har derfor brukt jeg-form i kondensatet for å tilstrebe det. Kondensatet skal summere opp informantenes stemmer om det fenomenet de er intervjuet om, innenfor de ulike kodegruppene.

Tabell 3 Eksempel på analyseskjema

Meningsbærende enhet	Kondensert enhet	Kode	Kategori
Den dårligste opplevelsen der nede var at man måtte forholde seg til død på en helt annen måte enn hva man gjør i Norge. Jeg kunne komme i avdelingen på morgenen. Det første jeg gjorde var å ta en runde og sjekke hvor mange som var døde den dagen. Så det å finne døde barn i kuvøsen der ingen hadde oppdaget at barnet var dødt før jeg kom på jobb, det var tøft.	Det var utfordrende at de forholdt seg til død på en annen måte enn jeg er vant med. Jeg pleide å sjekke hver morgen på jobb for å se om det var noen som hadde dødd om natten. Det å oppdage et dødt barn i kuvøsen, som hadde ligget der siden dagen før kanskje, det var tøft.	Et annerledes forhold til døden	Møte med en annerledes omsorgskultur

I det fjerde og siste trinnet i STC ble datamaterialet rekonstruert. I dette trinnet settes altså funnene sammen igjen til en analytisk tekst, som vil være grunnlag for nye beskrivelser av materialet. Delene settes sammen i en ny sammenheng, men sammenhengen skal samtidig være tro mot den sammenhengen eller konteksten datamaterialet ble hentet ut fra (Malterud, 2017, s. 108). Kondensatene ble brukt til å utforme en analytisk tekst for hver av kodegruppene. Den analytiske teksten skal ikke bare bestå av en rekke sitater, men man kan bruke tekst hentet fra de meningsbærende enhetene når man lager den analytiske teksten. Hensikten er å få frem informantenes stemme og å få frem sentrale momenter i deres historie. Malterud (2017, s. 109) peker på at forskeren skal være lojal med tanke på informantenes

stemmer, samtidig som man skal gi leseren innsikt i og tillit til materialet. Forskeren skal bruke tredjepersonform når den analytiske teksten skrives, fordi forskerens rolle er å gjenfortelle på vegne av informantene, slik at ny kunnskap blir produsert (ibid:109). Her har forskeren en viktig rolle, noe jeg forsøkte å ivareta i så stor grad som mulig under dette arbeidet. De analytiske tekstene blir skrevet ut ifra hvilken kodegruppe de tilhører. Når dette arbeidet er utført for alle kodegruppene, kan en med fordel lese de analytiske tekstene opp mot det originale materialet for å minne forskeren om hva som faktisk ble sagt under intervjuene. Ser man at man opererer med begrep, uttrykk, tolkninger eller beskrivelser som en har vansker med å knytte opp mot råmaterialet, kan det være grunn til å stoppe opp og vurdere om man godt nok har ivaretatt informantenes fortellinger og budskap (ibid:110).

Videre kan en undersøke om det er enkelte deltakere som er mer eller mindre representert i det analyserte materialet. At enkeltindivider bidrar med mindre informasjon enn andre trenger ikke være et problem, men det er viktig å ta med i betraktning når det kommer til overføringsverdien av funnene (ibid:110). I mine intervjuer og under analyseprosessen var det to informanter som kom mindre til orde enn andre. Den ene informanten hadde i utgangspunktet lite å si under selve intervjuet. Det som ble sagt under intervjuet var likevel i stor grad meningsbærende, og vedkommende har derfor likevel kommet til orde i analyseprosessen. Den andre informanten hadde imidlertid mye på hjertet under intervjuet, men utsagnene er blitt mindre brukt under analyseprosessen fordi andre informanter formidlet like eller liknende poeng eller erfaringer enda mer tydelig. Videre bør forskeren vurdere funnene opp mot eksisterende empiri fra andre relevante studier og mot det teoretiske fundamentet som er valgt. Dette vil jeg komme tilbake til i diskusjonskapittelet.

3.0. Studiens funn

Erfaringene til informantene vil bli presentert ved at sentrale deler av det informantene formidlet vil bli gjengitt i sitatform. Det var betydelige fellestrekk i informantenes beskrivelser av erfaringene sine, men det var også mange nyanser og kontraster i materialet. Jeg forsøker å ivareta både større mønstre og motsetningsfulle erfaringer i dette kapittelet.

3.1. Om likegyldighet: «De sa “Insh Allah”, også gikk de videre»

Informantene ble spurt om de kunne forsøke å trekke frem den mest positive og den mest negative opplevelsen eller erfaringen de hadde gjort seg under utvekslingen. Her kom det frem aspekt som i hovedsak omhandlet samarbeidet med de tanzanianske kollegaene. Både positive og negative erfaringer kom til uttrykk, men informantene hadde ikke minst en rekke problematiske erfaringer de ønsket å fortelle om.

Flere informanter trakk frem forskjellen i arbeidsmoral mellom de norske og tanzanianske helsearbeiderne. Et gjennomgående tema var at de tanzanianske helsearbeiderne var late og brukte ‘Guds vilje’ som forklaring dersom noe gikk galt med en pasient.

«De er veldig annerledes enn hos oss. De tar ikke ansvar på samme måte som vi gjør her hjemme. Sant, de sier «Insh Allah». Hvis ting går galt så er det Guds vilje. Jeg mener mange bruker det som en ansvarsfraskrivelse. Mange er late, de gidder ikke gjøre det som er nødvendig en gang. Så når ting går galt så er det Insh Allah, det er Guds vilje» (Anne)

En informant beskrev det som utfordrende at det skjedde unødvendige feil eller dødsfall, og at det tilsynelatende ikke gikk inn på kollegene.

«Og de sa Insh Allah, at det var opp til Gud og at de ikke kunne gjort noe annerledes også gikk de videre. Jeg opplevde ikke at de syns det var like problematisk som det jeg syns det var. Men det var derfor vi var der nede, sånn at vi kunne snakke om hva vi kunne gjøre for å unngå unødige dødsfall». (Solveig)

Flere informanter ga uttrykk for at de syntes det var tøft å jobbe et sted hvor det var så mange barn som døde, og at det var tøft å se hvordan dette så ut til å ha blitt en del av hverdagen til de tanzanianske helsearbeiderne.

«Den dårligste opplevelsen der nede var at man måtte forholde seg til død på en helt annen måte enn hva man gjør i Norge. Jeg kunne komme i avdelingen på morgenen. Det første jeg gjorde var å ta en runde og sjekke hvor mange som var død den dagen. Så det å finne døde barn i kuvøsen der ingen hadde oppdaget at barnet var dødt før jeg kom på jobb, det var tøft». (Solveig)

Informantene opplevde kollegenes engasjement for pasientene som svært varierende. På den ene siden anerkjente informantene kollegenes kompetanse og engasjement, samtidig gav informantene uttrykk for at flere av kollegene var lite engasjerte og ikke så ut til å bry seg om verken jobb eller pasienter.

«Men så har du mange som er hardtarbeidende, de er dyktige og gjør alt det de skal. Det er som her; du har mange gode helsearbeidere, men så har du noen råtne epler innimellom. Det er bare litt flere råtne epler der, og de ødelegger mye. På avdelingen opplevde jeg at det var et problem at mange av sykepleierne ikke brydde seg. (Anne)

Informantene viste forståelse for at det er utfordrende å vise omsorg og være engasjert når en har svært mange pasienter og lite folk på jobb.

«Og jeg kan forstå det, for når det er 32 pasienter og en sykepleier, hvordan skal du klare å se alle og hvem skal du velge hvis du skal se noen». (Anne)

En informant eksemplifiserte på liknende måte utfordringen med høy arbeidsbelastning for å forklare hvorfor det kunne se ut som at sykepleierne ikke ble berørt av dødsfall.

«Det var såpass få sykepleiere på jobb i forhold til antall pasienter, at døden var en del av hverdagen til de som var lokale og jobbet der til vanlig» (Solveig)

3.2. Opplevelse av svak omsorg: «Jeg syns arbeidsmoralen deres var veldig negativ»

De negative erfaringene med svak arbeidsmoral hos de tanzanianske helsearbeidere ble også i stor grad eksemplifisert med henvisning til at ulike prosjekt eller endringene de satte i gang ikke ble fulgt opp da informantene reiste hjem fra utvekslingen.

«Spørsmålet er om de faller tilbake til gamle vaner med en gang vi reiste hjem. Det tror jeg det er en stor sjans for. Det spørres om de endringene vi har gjort vedvarer. Skulle det vedvart så måtte man vært der og overlappet hverandre hele veien for at det skulle holdt. Da er det noen som passer på de». (Berit)

Flere informanter ga uttrykk for at de opplevde at de tanzanianske helsearbeiderne tok lett på endringer som ble innført, på gode endringer i måten sykepleieoppgaver ble utført på.

«Vi lagde for eksempel en rutine på at observasjoner skulle tas på alle pasienter annenhver time. Det ble på papiret fulgt veldig godt opp mange ganger. I journalen til pasientene så det ut som at de hadde tatt observasjonene, men når vi gikk legevisitt senere på dagen viste det seg at den sykepleieren som hadde vært på natten bare hadde skrevet tall. Du kunne se at de samme tallene gikk igjen hele natten og det var de samme tallene på alle pasientene, og pasienten var dårligere enn det tallene gjennom natten skulle tilsi. Det var vanskelig å få de til å innrømme at de enten ikke hadde tid, lyst eller kapasitet til å faktisk gjennomføre det. Vi i Norge mener jo at det er viktigere å la vær å skrive noe hvis du ikke har tid til det enn å dikte». (Solveig)

At de tanzanianske helsearbeiderne ikke fulgte opp endringer som ble innført av norske helsearbeidere, ble knyttet til dårlig arbeidsmoral og en annerledes kultur.

«Det er kanskje der kulturen kommer inn. Vi prøvde å forklare hvorfor vi gjorde som vi gjorde, men fordi det var mer tidkrevende så gadd de ikke gjøre det. Jeg måtte jobbe veldig med holdningen deres, at de har en annen kultur og en annen måte å jobbe på. Selv om vi sier at dette her er det beste for pasienten, at det er for å unngå bivirkninger for eksempel, så gidder de ikke gjøre det. Med en gang vi var borte en uke så vi at de var gått tilbake til gamle vaner allerede. Jeg syns arbeidsmoralen deres var veldig negativ. De gjorde det de måtte, men ikke mer enn det». (Berit)

«Av og til var holdningen litt sånn 'du er jo nordmann, du liker jo å jobbe, så da kan du gjøre det, så kan jeg sitte her'. Jeg måtte jobbe veldig med meg selv der, men det er jo kulturen som er sånn». (Berit)

En utfordring som ble nevnt av flere informanter var at det var tradisjon for at personalet på sykehuset roterte på ulike avdelinger.

«Sant, så har man hatt fokus på diabetes, men så er det jo sånn at de flytter personalet veldig mye rundt. Så hvis du kanskje har klart å trenge igjennom til en eller to, så plutselig har de flyttet personen». (Anne)

Selv om et gjennomgangstema var at man opplevde svak arbeidsmoral og vanskelige samarbeidsforhold var det noen informanter som også opplevde eksempler på godt samarbeid med sine tanzanianske kolleger.

«Det jeg likte best var at jeg satte i gang opplæring i forskjellige sykdommer. Og da la jeg det opp sånn at jeg ville ha opplæring i tropesykdommer, også kunne jeg gi de opplæring i for eksempel SIRS, altså spotting av sepsis eller ketoacidose. Og så ga de meg opplæring i det de kunne best. Også gjorde jeg det veldig sånn lavterskel, jeg brukte ikke PowerPoint eller noe sånt, for da visste jeg at det var jeg som kom til å bli sittende og lage disse powerpointene for de, så det var whiteboard og de holdt foredrag». (Kim)

3.3. Forventninger: «Vi er egentlig på likt nivå»

For flere av informantene var det utfordrende å finne sin plass i arbeidsmiljøet. Dette handlet om forventninger fra både dem selv og de tanzanianske kollegene, eller ledelsen på sykehuset. Flere informanter opplevde det som motstridende at de opplevde det som om de var der for å lære bort eller «være bedre» enn sine tanzanianske kolleger- samtidig som at de følte at de ikke var i en posisjon der de bare kunne fortelle andre hva de skulle gjøre og hvordan de skulle gjøre det. Flere av informantene opplevde høye forventninger til kunnskapsnivået sitt både fra seg selv og norsk arbeidsgiver.

«Jeg følte at det var forventet at jeg skulle være overlegen både teoretisk/medisinsk faglig, og i praksis var det forventet at jeg skulle kunne veldig mye mer enn det jeg kunne. Men den forventingen lå nok mer fra Norge enn fra Tanzania, for de lokale der tror jeg ikke opplevde det på samme måten. De opplevde nok seg selv som flinke sykepleiere, men at nivået på pleien blir begrenset på grunn av økonomiske utfordringer og tilgang på utstyr og opplæring». (Solveig)

En informant forteller om store forventninger fra sine tanzanianske kolleger til hvilken kunnskap vedkommende hadde. Denne informanten ønsket å jobbe i team med sine nye kolleger, og å vise at de var likestilte når det kom til erfaring og kompetanse.

«Men av og til så er det litt sånn «hva synes professoren», at de kaller meg professor, men de gjorde det jo med hverandre også på tull da. Men det er litt ubehagelig. Dette kan jeg egentlig ikke, vi prøve å finne ut av det sammen. Vi er egentlig på likt nivå. Men jeg prøvde stadig å si det, og det ble bedre etter hvert som vi ble kjent». (Vigdis)

Da en informant (som var lege) opplevde at mye forefallende arbeid ble gitt til vedkommende, tok informanten det selv opp med nærmeste leder.

«Jeg syns det var veldig fint at jeg kunne ta det med nærmeste leder der. Da diskuterte vi det, - så sendte de faktisk opp en annen lege fra en annen avdeling. Og da ordnet det seg, for hun var også arbeidsom. Men det kan være en utfordring hvis man er en sånn som er veldig arbeidsom og de andre ikke er det. Det har jeg hørt fra de andre som har vært der, at man ender opp med mye ansvar. Jeg fikk nok en del ansvar». (Vigdis)

3.4. Alder og erfaring: “Det var ubehagelig at de jeg jobbet med der nede var eldre enn meg”

Et tema som gikk igjen hos informantene i forbindelse til rollen de fikk, var alder og den øvre aldersgrense på 35 år hos Norec. Flere så på alder som en avgjørende faktor både for å være trygg i det man driver med, for å trives, men også for å kunne stå i den belastningen det kan være å reise på en slik utveksling, og at det gjorde noe med erfaringen de fikk. Mange opplevde at den lave alderen var problematisk med tanke på forventningene om å ha svært mye erfaring, kunnskap og kompetanse

«Akkurat innenfor helse tror jeg at de kunne fått større utbytte av prosjektet og flere søkere hvis aldersgrensen var høyere. For legene er ferdig utdannet når de er i slutten av 20-årene, og da er det mange som begynner å stifte familie, og da har du problemet med at den aldersgrensen på 35 år blir for kort tid for de å reise når de da har mange forpliktelser hjemme. Men de som er i 40 og 50-årene er mer etablert og har kanskje lyst på et eventyr der de får oppleve litt andre ting». (Solveig)

«Jeg kunne jo lett se at det var ting jeg kunne jobbe med, for så erfaren var jeg jo. Og jeg skjønte jo at det var mye jeg kunne gjøre. Men jeg syntes det var ubehagelig at de jeg jobbet med der nede var eldre enn meg. Ikke at noen sa noe, men jeg var redd de tenkte på meg som en drittunge som skulle komme og redde verden. At jeg var så ung, også skulle jeg komme og fortelle de som har jobbet her i 30 år hva de skal gjøre. Så jeg var veldig varsom når jeg kom dit og visste at jeg ikke skulle trampe på noen. Jeg vet ikke om det hadde vært lettere om jeg var eldre.. jeg hadde sikkert følt på det samme at «her skal jeg komme og fortelle deg hva du skal gjøre». (Berit)

Et av prosjektene åpnet i en periode opp for deltakere over 35 år for en periode.

«Fordi medisinsk avdeling trumfet det igjennom og mente at forutsetningen for å lykkes var bedre hvis du hadde ballast og familie med deg. Så de to legene som reiste ned før meg hadde med familie, og jeg hadde med familie. Jeg vet at de måtte søke om dispensasjon for å få lov til det. Men det er det slutt på nå, nå må man være under 35 år». (Kim)

Flere informanter kom inn på hvilken betydning yrkeserfaring kan ha å si for prosjektene. Et gjennomgående tema er at informantene peker på at prosjektene de satte i gang hadde hatt større utbytte dersom man sendte mer erfarent helsepersonell på utveksling. Noen av informantene ga uttrykk for at ung alder gjorde det vanskelig å skulle være overordnet kolleger som hadde jobbet på sykehuset i en årrekke.

«Det har jo, som jeg er et levende bevis på, ingenting for seg å sende ned en sykepleier med tre års erfaring til et halvt års engasjement til det feltet de jobber i. Men der hadde de nok tenkt at vi skulle utfylle hverandre, meg og hun jeg reiste med. At jeg ble valgt fordi jeg hadde vært i Tanzania før og hadde mer reiseerfaring, og hun hadde mer erfaring på det faglige. Så jeg vil absolutt si at det hadde vært en stor fordel å ha en høyere aldersgrense for å kunne sende ned folk med mer erfaring».

(Laila)

Videre ble det beskrevet at Norec har andre forventninger til utbyttet av utvekslingen enn det partnerinstitusjonene og deltakerne har slik det ble antydnet ovenfor.

«Fredskorpset ønsker noe helt annet en det som kanskje trengs i praksis. De er opptatt av at det skal være en ungdomsutveksling, at kandidater skal være under 35 år. Men det er vanskelig å rekruttere folk som har erfaring, som har faglig tyngde nok, som er trygg nok på seg selv til å reise ned på en sånn utveksling hvis de er under 35. Du har noen, men kanskje spesielt for leger. De er knapt nok ferdig utdannet da. Jeg tror det hadde vært lettere å rekruttere tryggere personell herfra hvis de ikke hadde vært så streng på den alderskvoten. Men altså, de (Fredskorpset) er jo åpne om det, det er det de fokuserer på. De er ikke så opptatt av at vi skal nå forskjellige mål, de er mest opptatt av ungdomsutveksling, mens sykehuset er opptatt av å senke dødeligheten, hjelpe til med rutiner». (Anne)

En annen informant beskriver en litt annerledes erfaring med tanke på forventninger til at man skal lære bort eller fortelle de tanzanianske helsearbeiderne hvordan de skal gjøre jobben sin.

«Jeg gjorde gjerne tingene annerledes enn de gjorde noen ganger, men jeg følte ikke at jeg var i en posisjon hvor jeg kunne fortelle dem at de måtte gjøre det samme som meg. Selv om det ikke var alt de gjorde som var rett. Noen ganger gjorde jeg bare det som jeg følte var riktig». (Laila)

Kun en informant ga uttrykk for at han ikke opplevde at det var usikkerhet rundt hans rolle og profesjon som sykepleier, og sa at var befriende å vite at han kunne fylle stillingen sin med han ønsket.

«Det som var befrielsen for meg, det var at 'du skal jobbe som sykepleier på medisinsk avdeling på dette sykehuset i et år'. Det var arbeidsbeskrivelsen, også kunne jeg fylle den med det jeg ville. Jeg hadde ikke noe fast oppdrag der jeg kunne møte veggen. Jeg kunne gå og være sykepleier utfra de kunnskapene jeg hadde om å være sykepleier. Så det var både en utfordring, men også betryggende i tunge stunder, for jeg kunne ikke gjøre annet enn mitt beste uansett». (Kim)

3.5. Lengden på oppholdet: 'Det hadde vært meningsløst å reise hjem etter et halvt år'

De fleste informantene mente at tidsaspektet var en viktig faktor for å bli kjent med både kulturen, språket, nye kolleger, arbeidsrutiner og for å få mulighet til å utforske om det var behov for å sette i gang med ulike prosjekter. De fleste informantene anså det å lære seg språket som en viktig faktor både for å komme bedre inn i arbeidsmiljøet, og for å kunne kommunisere bedre med pasientene, men få brukte mye tid og krefter på å lære seg språket. Ofte snakket tanzanianerne swahili seg imellom, men det bidro ikke til at helsearbeiderne nødvendigvis følte seg ekskludert.

«Det plagde ikke meg at de snakket Swahili seg imellom. Syns de var egentlig ganske høflige og inkluderende. Jeg følte mange av pasientene var litt begeistret for at jeg var der og de ville komme til meg i stedet for de andre lokale sykepleierne. Det ble en del enkle prosedyrer, også fant man ut hvordan man skulle si akkurat de enkle tingene man kunne på Swahili». (Laila)

For flere informanter gikk mye av kommunikasjonen mellom dem og tanzanianerne på swahili i begynnelsen, og de måtte ofte spørre de lokalt ansatte om å oversette. Etter hvert snakket de lokalt ansatte mer engelsk når de norske var på jobb, samtidig som de lærte seg mer swahili.

«De tok det meste på swahili, i hvert fall i begynnelsen. Da måtte jeg spørre; hva sa dere nå, hva snakket dere om, hva har dere vurdert nå, kan du fortelle meg? Men etter hvert så begynte de å inkludere meg mer og mer på engelsk også begynte jeg mer og mer å skjønne hva de sa, så det ble en sånn flytende overgang». (Solveig)

Tanzanianerne bidro som oversettere hvis det var behov for det i kommunikasjon med pasienter. De fleste pasientene snakket lite engelsk, - informantene opplevde derfor at det var nødvendig å lære seg enkle fraser angående pasientbehandlingen.

«De er jo kjempegode i engelsk. Og de måtte jo hjelpe oss med pasienter om det var noe vi lurte på med swahili. Da var de der med en gang og hjalp til og skulle oversette, så jeg tror ikke det var et problem egentlig. Vi spurte, de spurte, og det foregikk på engelsk, så det var ikke noe problem». (Berit)

En av informantene hadde god kjennskap til swahili fra før, og mente at det gjorde det mye lettere å bli en del av arbeidsmiljøet.

«Det var nok preget av at jeg kan swahili. Det er lettere å følge med på samtaler, det som blir sagt og det som skjer. Det er lettere å være en aktiv del av personalet på en annen måte enn for mange andre, og det var sikker derfor jeg ble forespeilet litt andre forhold enn det som faktisk ble fordi man kan delta på en helt annen aktiv måte da. Det gikk kanskje ikke så fort, men følelsen var etter hvert at vi er et team. For i begynnelsen så fikk jeg jo alle epikrisene og de utnyttet meg». (Vigdis)

Noen var ansatt i 6 måneder i første omgang, men fikk utvidet kontrakten til 13 måneder da de selv så at det var lite hensikt i å være på utveksling i bare seks måneder. Andre var ansatt i 13 måneder i utgangspunktet, der de etter planen skulle rullere på flere avdelinger.

«Vi følte ikke at vi kunne komme ned første dag og begynne på et prosjekt. For du må nesten bli litt kjent med de du skal jobbe med og komme deg inn i gruppa før du kan begynne å gjøre noen endringer. Så vi følte ikke at vi hadde gjort nok, og jeg følte at det ikke var nok å bare være der i seks måneder, jeg ville være et halvt år til for da hadde vi begynt å tenke på et prosjekt-men det ville ta tid». (Berit)

Informantene gav uttrykk for at det tok flere måneder å få innpass i avdelingen.

«Jeg skulle egentlig være på to forskjellige avdelinger, men når jeg hadde vært på den ene avdelingen i 4,5 måned og begynt å få et lite fotfeste, så skjønte jeg at det er tåpelig å bytte avdeling. På avdelingen trodde de først at jeg var lege, mange oppfattet meg som det. Så jeg brukte veldig mye tid på å være tydelig på at jeg var sykepleier og nesten slavisk å utføre basalt sykepleierarbeid i flere måneder. I stedet for å være med på morgenvisittene til legene så gikk jeg heller ut i posten og drev med basal sykepleie. Jeg var med på den daglige driften av sykehuset. Etter ha gjort det i en to-tre måneder fikk jeg en helt annen relasjon til sykepleierne. Jeg er veldig glad for at jeg ikke var der bare et halvt år. Det hadde vært helt meningsløst å reise hjem etter et halvt år». (Kim)

En informant nevner at det var en utfordring med hyppig utskiftning av utenlandske helsearbeidere, noe som gjorde det vanskeligere å opparbeide seg tillit og respekt. Noen opplevde økt tillit da de valgte å forlenge kontrakten sin.

«De var vant med å se mye helsepersonell fra Norge og andre land komme og gå over korte perioder. Jeg spurte aldri direkte hva de synes om det, men jeg selv opplevde jo det (å være kort tid) som at da gidder de i hvert fall ikke høre på dem, da er de bare innom og vet ikke hva det går i. Så jeg tror det hadde mye å si at jeg ville forlenge og vise at jeg ville være der og være engasjert» (Solveig)

Flere av informantene opplevde at det tok lang tid å komme inn i arbeidsmiljøet og bli kjent med rutiner og systemer, og at tidsdimensjonen derfor var viktig.

«Jeg merket at det tok lang tid å komme inn i arbeidsmiljøet og å bli kjent med rutiner og systemer og hvordan ting fungerte der. Og derfor syns jeg selv at 6 måneder ble for lite til å klare å utgjøre en forskjell». (Kim)

De opplevde videre at det tok tid å opparbeide tillit fra tanzanianerne.

«Det ble bedre etter hvert. Når de ble litt mer kjent med meg så skjønnte de at jeg kom faktisk på jobb hver dag og hjalp til. Så jeg fikk inntrykk av at de satte pris på det, og da ble det litt kjekkere». (Therese)

Flere informanter forlenget arbeidskontrakten under utvekslingen, og opplevde økt tillit og interesse fra tanzanianerne på grunn av dette.

«Det mest positive jeg opplevde var vel kanskje når kontrakten min ble forlenget så forandret folk sin tilnærming til meg. Tidligere så var det sånn at de inviterte meg hjem, men de mente det ikke. De sa: «kom til huset mitt», men de sa aldri «kom lørdag kl. 5». Etter at kontrakten min ble forlenget og jeg og begynte å bli bedre i swahili, så var det flere som inviterte meg hjem. Det er veldig kjekt å få være med på, å få være med dem å feire Ramadan for eksempel. Du føler at du blir mer en del av dem enn hva du gjør tidligere». (Anne)

En informant hadde en opplevelse av å bli raskt inkludert, selv om det ofte ble til at informanten og dennes norske kollega jobbet i «i team».

«Vi kom liksom inn i et miljø der nede. De var veldig hyggelige og livlige og noen av de som jobbet på sykehuset hadde jo vært i Norge på utveksling tidligere, og jeg husket noen av dem, så de var veldig inkluderende. De skulle vise oss rundt og komme med tips. Vi ble godt ivaretatt. Ja, det var veldig gøy egentlig. Selvfølgelig, det ble litt sånn at jeg og hun norske kollegaen min jobbet sammen, de hadde jo sitt miljø. Men vi fikk komme inn der vi ville, vi fikk tilbud om vi ville ha te og mat og alt vi ville ha. Ja, de var veldig inkluderende, det var de flinke til». (Berit)

3.6. Om at de norske holdt sammen: «Det spriket sånn fra vår kultur»

Et par av informantene opplevde det å være alene norsk/utlending på avdelingen som utfordrende. Selv om de etter hvert ble mer inkludert i arbeidsmiljøet, opplevde de likevel en form for utenforskap. Det å f.eks. kunne ta lunsj samtidig som andre norske/utenlandske gjorde at informantene følte seg mindre alene og utenfor.

«Jeg gikk jo til lunsj og fikk snakket med disse andre norske som var på sykehuset, så det var ikke sånn at jeg satt der hele tiden og kopet». (Therese)

At de tanzanianske helsearbeiderne delte matfatet opplevdes som annerledes enn de norske helsearbeidernes måte å spise på.

«Det ble mer en profesjonell forbindelse. Det gikk og litt på det at lunsjen deres besto i å dele på å spise suppe fra samme skål og samme skje oppi flere ganger. Det spriket sånn fra vår kultur og måte å gjøre ting på at vi som norske valgte å gå i kantinen og sitte der å spise framfor å sitte i avdelingen der det ikke var plass og ikke var fasiliteter til det i utgangspunktet». (Solveig)

Kollegastøtte fra andre norske ble en viktig mestringsstrategi for flere av deltakerne. De fleste bodde sammen med andre norske og utenlandske som deltok i lignende utvekslingsprosjekt, og hadde dermed både formelle og uformelle samtaler hvor ulike tema kontinuerlig ble tatt opp og diskutert.

«Vi som dro ned samtidig og bodde sammen, vi satte umiddelbart opp debriefinggrupper som vi gjennomførte hver uke eller annenhver uke. Der satte vi av tid til å snakke om de opplevelsene vi hadde, veldig strukturert. Men den debriefingen, at kollegaen min som hadde jobbet mye i utlandet tidligere var så streng på at dette begynner vi med en gang. Det var veldig lurt. Og det var ikke noe vi gledet oss til, de sesjonene der. Og det var ikke noe sånn casepresentasjon, eller at vi satt i noe sånt legemøte med kliniske presentasjoner, det var hvordan vi hadde det, om vi holdt på å rakne helt totalt eller om det gikk fint». (Kim)

Ikke alle hadde strukturerte debrifingsgrupper, men alle hadde uformelle samlinger med andre norske helsearbeidere.

Jeg grein aldri på jobb og prøvde å være veldig profesjonell. Jeg avreagerte nok litt mer når jeg kom hjem fra jobb, for da samlet vi oss alltid om kvelden, tok et glass vin og snakket om dagen og hva vi hadde vært igjennom. Det var med norske kolleger, og det var nok min måte å reagere på.» (Solveig)

En informant sier tydelig at det var mangel på tanzanianske venner, og dette sammenfaller med flere informanternes opplevelse. Samværet med andre vestlige opplevdes som positivt. Å få «lokale» venner ble beskrevet som noe unikt, på samme tid som informantene opplevde det som utfordrende å kommunisere like godt med de lokale som med de vestlige.

«Det er klart, jeg skulle gjerne vært der alene og hatt en evne til å stå i det enda mer enn det jeg gjorde, og ikke være streng på at nå drar jeg hjem kl. 16 til familien. Jeg hadde jo blitt enda mer involvert i lokalsamfunnet. Jeg hadde ikke mange lokale venner.» (Kim)

«Du kan godt bli venner med de lokale og det gir deg en helt unik verdi. Samtidig vil du ikke kunne snakke med en lokal på samme måte som du kan med en som kommer fra samme bakgrunn. Så du blir venner med vestlige og lokale på forskjellig måte.»
(Anne)

3.7. Om formålet med utvekslingen: «Jeg vet ikke om premissene for en gjensidig utveksling var tilstede»

Et av temaene informantene ble spurt om var formalitetene rundt og premissene for utvekslingene. Her ble et gjennomgående tema at de fleste opplever at premissene blir lagt i Norge, men at ønsket om et utvekslingssamarbeid gjerne kommer fra sykehusene i Tanzania.

«Nei, det er klart det er en forskjell i styrkeforholdet. Premissene ble lagt i fra nord, så ble det opp til oss som var der hvordan vi skulle løse den utfordringen vi fikk da. Men det er klart, Tanzania er et mottakerland for bistand. Bistandsministeren (i Tanzania) jobber jo ikke med å gi bistand, han jobber jo med å få tak i bistand. Det er jo på det nivået man er på. Men, jeg og vi var veldig bevisste på det. At vi er her for å jobbe på gulvet, og for å være de beste sykepleierne som vi er. Også godtok vi situasjonen sånn som den er uten å slite oss ihjel for å endre det, for det går ikke, det skjønnte vi. Vi prøvde å gjøre enkle, basale løsninger på vanskelige problem. Men klart vi hadde penger, vi hadde tilgang til midler som hjalp oss på vei». (Kim)

Et av formålene med utvekslingsprosjektene er gjensidig utveksling av kunnskap, men informantenes opplevelse av utvekslingen samsvarer ikke nødvendigvis med dette.

«Jeg vet ikke om premissene for en gjensidig utveksling var tilstede nesten i det hele tatt. Stedet jeg følte det var mest gjensidig i forhold til hvem vi møtte og hvem vi skulle utveksle med var når vi møttes på utreiseseminar de to første ukene, der alle fra mange forskjellige yrker ble samlet i to uker og gikk igjennom et opplæringsprogram som skulle forberede oss på hvordan det kom til å være på utveksling. Og der følte jeg at vi var veldig likeverdige i måten vi ble forberedt på, måten man snakket med hverandre på og hvordan vi utvekslet erfaringer med hverandre. Men med en gang vi kom til Tanzania så var det veldig tydelig at vi i Vesten mener at vi kan ting veldig mye bedre enn de kan der nede og derfor ble det vi som skulle lære de opp». (Solveig)

Et annet aspekt ved dette var ifølge informantene det økonomiske fokuset og hva det kunne ha å si for prosjektene. Noen informanter gav uttrykk for at ledelsen ved de enkelte sykehusene i Tanzania ønsker å ha disse prosjektene på grunn av de økonomiske midlene som følger med.

«Jeg følte i hvert fall når jeg var der at det er styrt i fra Norge, og at sykehuset der var kanskje mer interessert i de økonomiske midlene som prosjektet førte med seg i mye større grad enn de var interessert i kompetansen min».

De fleste informantene forteller at den gjensidige utvekslingen er avhengig av tydelig lederskap fra både norsk og tanzaniansk side, men at dette kan være utfordrende fordi Norec og sykehusene i Norge legger sterke føringer for prosjektene. Sykehusene i Tanzania er på sin side mottakere av både helsearbeidere og økonomiske midler som følger med prosjektet, og står dermed i en annerledes posisjon.

«Men det at utvekslingene skal være gjensidige på et høyere plan, at de som kommer til Norge for eksempel skal få like mye ut av det som vi som reiser dit, det tror jeg er mer avhengig av lederskapet. Hvilke forventninger de har til den som kommer til sin institusjon og hva de legger opp til for den enkelte som kommer til sin institusjon. Men det er nok også litt vanskelig fordi Fredskorpset og den norske partneren gjerne legger mye mer føringer enn den lokale partneren, som er en mottaker av noe, og da er det nok også en utfordring å få det gjensidig. Den som mottar er på en måte litt prisgitt det som kommer utenfra. Jeg tenker i en ideell verden så burde det vært sånn, for da hadde man kanskje hatt mer samme forventningene, både de som kommer og de som sendes da, hvis man la de premissene sammen». (Vigdis)

Ulike posisjoner med tanke på hvem som legger premissene kom til uttrykk hos flere av informantene som mente prosjektet ble styrt fra de som sitter med de økonomiske midlene.

«Det er vel vi nordmenn som har pengene tenker jeg. De som er i sør, de sa sikkert at «dette ønsker vi», men igjen er de avhengige av å ha penger, og det er det jo nord som har. Jeg tror for Tanzanias del så var det veldig viktig å sende leger opp for å få de utdannet og få veiledning og sånt, og det hørte de jo på. Samtidig er det jo vi som sitter med pengene». (Therese)

3.8. Om ulike lønnsvilkår: «Det er synd at det ikke bare er idealister som reiser»

De fleste informantene var ikke klar over at man som norsk deltaker tjente mer enn de tanzanianske deltakerne. Felles for informantene er at de gir uttrykk for en viss ambivalens knyttet til tema som omhandler økonomi.

«Nei, det er jo ikke greit. Hadde de fått mer i lønn, de tanzanianske helsearbeiderne som kom til Norge, så hadde de fått oppleve mer av Norge enn det de gjør. Jeg tror at de i veldig stor grad går og handler på Rema hvor de kjøper bønner, ris og loff, og så tar de det med seg hjem og spiser det hjemme. Det er lite kino, lite kulturelle opplevelser. Vi må jo være flinkere til å invitere de hjem». (Kim)

Flere informanter snakker om at lønnen til de norske deltakerne bør vær såpass høy når de er på utveksling for å rekruttere erfarne fagfolk. De peker også på at med lavere lønn ville man ikke hatt samme mulighet til å leve slik som andre utlendinger gjør i Tanzania.

«Og det er synd at det ikke bare er idealister som reiser, men det er nok gunstig for prosjektene at det ikke er det. Da får man sendt erfarne leger og folk som har familie, som man ikke hadde klart å få sendt uten å gjøre gi de en god lønn. Jeg er redd for å si noe skikkelig upolitisk korrekt! Det hadde vært veldig vanskelig og få folk til å reise med lavere lønn fordi man mister den muligheten til å være sånn som andre utlendinger på det stedet man er, for man hadde ikke kunnet hatt samme levestandard som andre utlendinger». (Vigdis)

Samtidig var flere informanter opptatt av at det ikke var uproblematisk å gi høyere lønn til de tanzanianske deltakerne, fordi det ville bli så stor forskjell fra lønnen de mottok i hjemlandet.

«Utfordringen med at hvis man hadde gitt samme lønn til de som kom til Norge, det er at det er altfor stor forskjell i forhold til det de vanligvis mottar. Det er en kulturforskjell at de gjerne tenker på at når de kommer hjem vil de gjerne hjelpe familie eller ... hjelpe seg selv for så vidt også, fordi det er vanskeligere å komme videre i livet på en måte. For eksempel det å få bygget seg hus eller få gjort en del ting, sendt barna på gode skoler». (Anne)

3.9. Forberedelse til arbeidsutveksling: «Du kan aldri være helt forberedt»

Tre av informantene i studien hadde også vært på utveksling da de var sykepleie- eller legestudenter, eller hadde reist mye privat. De var således kjent med møter med svært annerledes kontekster. Disse informantene ga uttrykk for at det var en fordel å vite hva man gikk til i forkant. Store deler av helsearbeidernes forberedelser til Tanzaniaoppholdet handlet om å snakke med tidligere deltakere eller deltakere som befant seg på sitt nye arbeidssted i Tanzania. Dette kunne være kolleger de jobbet med til daglig, eller som de har opprettet kontakt via sosiale medier.

«Jeg ble satt i kontakt med sykepleieren som var der før meg. Vi snakket en del på Messenger pluss at jeg som sagt kjenner andre som og har vært nede der. Sånn at jeg visste litt hva som møtte meg. Likevel, det er et sjokk når du kommer ned der og det er blodsprut opp etter veggene og katter som løper rundt inne på avdelingene. Det er en helt annen hverdag enn sånn som det er her. Så du kan aldri være helt forberedt på det, men likevel, jeg visste litt hva jeg kunne forvente». (Anne)

Det ble uttrykt at informantene hadde behov for å forberede seg mentalt på hvordan kulturforskjellene kom til å oppleves.

«Jeg snakket med noen som hadde vært der tidligere. De ville helst ikke beskrive noen ting, for det kunne uansett ikke forberede meg på hvordan det var der, sa de. Og da begynner man jo å lage seg noen bilder oppi hodet. De bildene stemte nok, selv om man blir alltid overraska. Altså, jeg hadde forventninger til utfordringer som det å være hvit i Afrika, - det tenkte jeg mye på. Og kulturforskjeller og hvordan jeg kunne klare å bygge relasjoner i en kultur som er helt fremmed for meg selv». (Kim)

Det var få informanter som hadde mye kontakt med avdelingen som drifter utvekslings samarbeidet i forkant av utreise. Alle informantene deltok imidlertid på utreiseseminar i regi av Norec, men de fleste informantene beskriver dette utreiseseminalet som noe de ikke fikk spesielt mye ut.

«Jeg synes ikke det passet helt til meg. Det var jo veldig mange forskjellige typer yrker og folk som var der nede. Det ble litt vel overpedagogisk av og til med leker og oppgaver som jeg synes ble litt fjasete. Noe var jo konstruktivt da, de snakket jo en del om sikkerhet og sånne ting, men det ble kanskje litt lite spesifikt for min del. Det var ikke innretta mot helse eller sykepleiere. Men det var positivt å bli kjent med de som hadde vært på utveksling i Norge, og de tanzanianske som skulle til Norge. Også var det veldig ålreit å snakke med de norske som kom rett fra utvekslingen i Tanzania og skulle hjem». (Therese)

En av informantene opplevde utreiseseminalet som positivt.

«Det var veldig høy kvalitet på det jeg opplevde på utreiseseminalet, men noe av det var jo ekstremt utmattende. 8-10 timer hver dag med samvær med folk du ikke kjente, også delte du rom med folk du ikke kjente fra før. Det var veldig slitsomt. Men der lærte jeg veldig mye. Det gjorde meg forberedt og bedre innstilt på å gjøre en god jobb. Også var det artig å møte folk fra mange land i Afrika som du egentlig ikke har så god kunnskap om. Så det var en øyeåpner for meg og forberedte meg ganske bra». (Kim)

3.10. Utbyttet med utvekslingen: «En lærer jo mye om seg selv, også lærer en mye om kultur og forskjeller»

Alle informantene mente de hadde hatt utbytte av utvekslingene. Flere beskriver hvordan deres kulturelle kompetanse har økt ved å ha bodd og jobbet over lengre tid i et fremmed land med en fremmed kultur.

«Det er vel den erfaringen med å være annerledes og utenfor og alene. Den er viktig. Da får du kulturell kompetanse. Du vet hvordan det er å være annerledes og alene. Og det tenker jeg på. Når jeg ser folk som er alene, så kjenner jeg igjen den følelsen».

(Kim)

En informant forteller at det faglige utbyttet fra utvekslingen ikke var særlig stort.

«Sånn prosedyremessig så lærte jeg jo ikke så mye. Men en lærer jo mye om seg selv, også lærer en mye om kultur og forskjeller» (Therese)

Å ha erfaring med pasienter fra en annen kulturell bakgrunn blir trukket fram som et positivt utbytte av utvekslingen.

«Mest med tanke på å møte pasienter med annen kulturell bakgrunn. Så tenker jeg at uansett hvilken kultur de kommer fra så vil det å ha erfaring fra utlandet alltid være en positiv ting. Ikke noe mer sånn konkret tror jeg. Det er jo en kjempeviktig erfaring å ha med seg». (Laila)

2 av 7 informanter peker på både den kliniske erfaringen som en har gjort seg i løpet av et år på sykehus i Tanzania.

«Jeg tror at det har gitt et erfaringsgrunnlag som jeg ikke nødvendigvis ville hatt på et år i Norge, selv om det er på en annen måte da... Det at jeg kan gjerne litt mer tropemedisin gjør at jeg er med og mikroskoperer når det egentlig er en annen mer erfaren lege som skal gjøre det offisielt, men så kan jeg egentlig det bedre enn den andre. Sånn sett tror jeg kanskje jeg har hatt nytte av det». (Vigdis)

En av informantene nevner også det å erfare hvordan man kan samarbeide til tross for at man ikke kjenner hverandre.

«Rent faglig, så lærte jeg nok mye om hvordan man kan være pedagogisk i tilnæringsmåte og hvordan man kan jobbe sammen uten å kjenne hverandre. Det tror jeg at jeg lærte veldig mye om. Faglig, med tanke på behandling av barn, så tror jeg at jeg lærte meg å bli mer selvstendig. Spesielt med tanke på at jeg ofte måtte ta avgjørelser på hvilke antibiotika vi skulle bruke, for vi hadde ikke alltid lege tilgjengelig. Når det kommer til sånne ting, så lærte jeg meg å se helheten i pasienten, fordi det var det vi prøvde å lære sykepleierne (i Tanzania) og». (Solveig)

4.0. Drøfting av studiens funn og metode

4.1. Drøfting av studiens funn

I dette kapitlet vil studiens funn bli diskutert. Jeg vil gjøre et forsøk på å trekke på kulturteori og studier om omsorg og global utveksling for å diskutere sentrale trekk ved det som ble formidlet om kultur møtene.

4.1.1. Møte med en svak omsorgskultur

Opplevelser av svak omsorgskultur

Informantene i studien forteller om rystende erfaringer som indikerer likegyldighet og avflatete følelser i møte med syke pasienter og i møte med døden. Dette fremsto forståelige nok som sjokkerende for de norske helsearbeiderne. Med ethvert blick vil det se ut som at helsearbeiderne har møtt et helsesystem med alvorlige svakheter på både individuelt og strukturelt nivå. I diskusjonen vil jeg likevel forsiktig løfte frem en del spørsmål for å forsøke å problematisere det bildet som formidles i intervjuene. Det er ikke et forsøk på å betvile informantenes erfaringer, men et forsøk på å peke på potensiell problematikk relatert til kultur møte i globale utvekslingsprogram.

De fleste informantene i studien formidler erfaringer som indikerer møter med det de ser på som dårlige holdninger. Dette kommer til uttrykk gjennom utsagn som beskriver de tanzanianske sykepleierne som late. Det blir beskrevet av informantene at de ikke følger retningslinjer eller at de ikke bryr seg om hvorvidt pasienter dør. Informantenes konstruerte virkelighet av hvordan en sykepleier skal eller ikke skal være står i kontrast med tanzanianske sykepleieres ideal om sykepleieomsorg. Informantene kunne fortelle om ulike situasjoner hvor de følte seg hjelpeløse eller ble stående alene med dårlige pasienter eller vanskelige oppgaver, mens de tanzanianske kollegene deres ikke så ut til å bli nevneverdig affisert av dette. Det kan imidlertid være mange faktorer som spiller inn for hvordan sykepleiere og leger i Tanzania erfarer hverdagen sin og hvordan de oppfører seg på jobb. Dette ser ut til å bli tatt i betraktning i liten grad av informantene. Enkelte utsagn som *«jeg kan på en måte forstå det, for når det er 32 pasienter og en sykepleier(...)hvem skal du velge om du skal se noen»* indikerer at informantene erkjenner at konteksten den svake omsorgen spiller seg ut i er svært annerledes og krevende.

Informantene trekker ikke minst frem sine opplevelser i møte med et annerledes forhold til døden. Det var, ifølge noen av informantene, ikke uvanlig å finne døde barn i kuvøsene sine om morgenen. Det var ifølge informantene heller ikke uvanlig at dette ikke var blitt oppdaget av sykepleierne som var på nattevakt. Dødsfall hos både voksne og barn gjør inntrykk på informantene og de uttrykker undring over at de tanzanianske sykepleiere ikke ser ut til å bry seg om disse hendelsene. Flere informanter nevner at en slik tilsynelatende mangel på engasjement kan forstås på bakgrunn av en opplevelse av å være overveldet av oppgaver på grunn av underbemanning.

Ser man på disse hendelsene med blick fra norsk omsorgskultur vil det å finne døde babyer i kuvøse være svært rystende. At de tanzanianske sykepleierne ser ut til å ikke bry seg kan tenkes å dreie seg om både å være nonchalant og å avskrive seg ansvar for å beskytte seg selv. Å være vitne til hyppige dødsfall hos sine pasienter kan i følge Sawe, Murray & Jamieson (2016, s.109) til slutt føre til at helsearbeiderne bruker opp sin emosjonelle kapasitet, eller får «compassion fatigue» noe som for utenforstående kan oppfattes som om de ikke bryr seg. Helsearbeidere kan bli utsatt for «compassion fatigue», et begrep som best kan beskrives som en kombinasjon av utbrenthet og sekundær traumatisering (Kelly, Runge & Spencer, 2015, s. 523). Emosjonell utmattelse, depersonalisering og undergraving av ens personlige prestasjoner kan føre til utbrenthet. Sekundær traumatisering kan oppstå hos mennesker som tar vare på pasienter og deres pårørende med betydelig lidelse eller traumer. Langvarig, kontinuerlig og intens kontakt med denne gruppen pasienter kan føre til sekundære traumatisering (ibid:523). Informantene ser i liten grad ut til å reflektere over hva som kan være årsaken til at sykepleierne tilsynelatende ikke bryr seg. Det er ikke urimelig å tenke at de tanzanianske sykepleierne som blir beskrevet av informantene har vært utsatt for langvarig stress, med mangel på både menneskelige ressurser, nødvendig utstyr og medisiner som et kontinuerlig bakteppe. Sammenligner man pleietyngden pr sykepleier i Norge og Tanzania er overveldende for den tanzanianske sykepleieren (Songstad et al, 2012). Å jobbe med akutt kritisk syke pasienter, mens en alltid har ustabil tilgang til utstyret en trenger eller de menneskelige ressursene en trenger for å gi pasientene god pleie og omsorg, kan være en umenneskelig belastning å stå i over tid.

I en arbeidshverdag i en lavinntektskontekst vil de ansatte erfare at viktig utstyr mangler. Dette gjør at man i en del situasjoner ikke kan gi tilstrekkelig god behandling og pleie selv om man ønsker å gjøre dette. En slik arbeidskontekst over tid kan føre til en opplevelse av å ikke

strekke til, en motløshet og etter hvert en utvikling av en likegyldig holdning for å håndtere stress relatert til kontinuerlig mangelfull omsorg. Sykepleierne i Häggström, Mbusa & Wadenstems (2008) studie forteller om hvordan de hver dag må prioritere mellom pasienter, og hvilke kvaler det gir dem i deres arbeidshverdag. Sykepleierne gir uttrykk for at de blir overveldet på grunn av den belastende arbeidssituasjonen (ibid:485). Som Kwesigabo et al (2012) beskriver kan mangelen på, eller ustabil tilgang til utstyr og medisiner føre til manglende motivasjon til å opprettholde god standard, og dårlig infrastruktur føre til dårlig jobbutførelse. Når en sykepleier har for mange pasienter vil det innebære dårligere muligheter for å følge opp hver enkelt pasient godt nok. Kombinerer man alle disse faktorene med lav lønn, kan det over tid kan føre til både utbrenthet og compassion fatigue (Sawe, Murray & Jamieson, 2016, s.109).

Informantene formidlet av sykepleierne på avdelingen valgte å ikke utføre observasjoner, eller valgte å overse resultat fra observasjonene viste, og dokumenterte fiktive tall som tilsynelatende tilsa at pasientens tilstand var bedre enn den var. Miltenburg (2018) viser at sykepleierne som jobbet på en fødeavdeling eller klinikk i vestlige rurale Tanzania handlet på samme måte som sykepleierne på det aktuelle sykehuset i min studie. Det var ikke uvanlig at sykepleierne enten ikke fulgte retningslinjer for hvordan og hvor ofte undersøkelser og observasjoner av fødekvinne skulle utføres. I frykt for represalier eller å bli holdt personlig ansvarlig hvis noe gikk galt, valgte sykepleierne å ikke dokumentere. Sykepleierne valgte også å sette i verk tiltak uten at den kliniske situasjonen tilsa at det var behov for verken det ene eller det andre som ble gjort, antakeligvis for å kunne vise til at de hadde satt i gang tiltak om noe uforutsett skulle skje (ibid:7). Funnene i min studie utdyper ikke om det ble satt i gang unødvendige tiltak, men at man ofte manglet informasjon for å kunne gjøre en reell klinisk vurdering av pasienten.

Det funnene i Miltenburgs og denne studien indikerer er at ved å ikke observere og ved manglende dokumentasjon av observasjoner kan pasientene bli skadelidende enten i form av overbehandling eller underbehandling fordi viktige observasjoner ikke ble utført eller dokumentert. Til tross for lav kvalitet på omsorgen som ble gitt til fødekvinne i Miltenburgs studie, var det sjelden at mor døde under fødsel på de aktuelle institusjonene Miltenburgs studie observerte. Det var imidlertid ikke uvanlig at barn var dødfødt eller at de nyfødte døde etter fødsel. Det er vanskelig å si om barna hadde overlevd om sykepleierne hadde fulgt rutine for undersøkelser, observasjoner og tiltak, men faktum er at dødeligheten

blant nyfødte i Tanzania ligger på 39 % (World Health Organization, 2015), mens det i Norge dør i gjennomsnitt 2,2 nyfødte per 1000 barn som blir født (Statistisk Sentralbyrå, 2018).

Om kultur som årsak til svak omsorgspraksis

Materialet mitt indikerer at informanter i betydelig grad forklarer årsaken til svak omsorg og behandlingspraksis på kultur. Dette ble ofte uttalt eksplisitt. Ved å legge skylden på kultur, så forsøker informantene å se handlingene deres fra et annet perspektiv. Det er vanskelig å unngå å plassere aspekt ved bildet ved det store kulturkonseptet. Det er imidlertid vanlig i dag å rope et varsku ved for raskt å plassere mangler hos andre ved en generell referanse til kultur. Kulturbegrepet bør brukes med forsiktighet hevder Wikan (1995, s. 18, referert i Thorbjørnsrud, 2019, s. 220) da det kan fungere rasistisk når det blir en menneskemodell vi bruker kun for å forstå «de andre», men ikke «oss selv» og hvis denne modellen gjennomgående innebærer en nedvurdering av andre. Bruker man kultur som forklaring for alt en annen gruppe mennesker gjør (for eksempel tanzanianske helsearbeidere) kan det gi inntrykk for eksempel av at alle tanzanianske helsearbeidere har en svak og kulturspesifikk måte å tenke og håndtere sykepleieomsorg på, en kultur de må bryte med for at ting skal bli bedre (Thorbjørnsrud, 2019, s. 233).

Informantenes utsagn om at de tanzanianske sykepleierne ikke fulgte retningslinjer, indikerer at fordi de nye rutinene - som ble innført av de norske utvekslingsdeltakerne - tok lenger tid enn måten de vanligvis jobbet på, så hadde de tanzanianske sykepleierne dårlig oppfølging av rutinene. Informantene utviste liten grad av refleksjon over hvorfor de tanzanianske sykepleierne ikke ønsket å gjøre forbedringstiltakene som ble iverksatt. Som vi skal se nedenfor var informantene svært refleksive med tanke på betydningen av deres korte opphold, at de var relativt unge og uerfarne, men de knyttet dette i liten grad til mangelen på oppfølging av prosjektene sine. Som antydning over er tanzanianske sykepleiere en yrkesgruppe som er hardt presset. Å skulle utføre rutiner som tar lengre tid enn det en opprinnelig prosedyre har tatt kan medføre dårligere kapasitet til å kunne ta seg av de mange pasientene de har. Miltenburg (2018) viser til at sykepleierne i hennes studie utførte observasjoner og undersøkelser av pasientene med langt hyppigere frekvens på dagtid enn på kveldstid og natt, noe som indikerer en betraktelig reduksjon i bemanning fra dag til kveld og natt. Færre sykepleiere på vakt betyr mindre tid til hver enkelt pasient. At observasjoner ikke utføres kan skyldes både faktorer hos den enkelte sykepleier som følger for dårlig opp, men kan også skyldes strukturelle faktorer som at tiden ikke strekker til på grunn av underbemanning.

Strukturelle dimensjoner ble imidlertid vektlagt i langt mindre grad enn individuelle og kulturelle aspekt når en skulle forklare manglende oppfølging.

Når man omtaler noe en gruppe gjør på grunn av kulturen sin, så er det i følge Thorbjørnsrud (2019) sjeldent positivt ladet. Dette fenomenet kan være uttrykk for etnosentrisme, som betyr at man i liten grad greier å vende blikket og se på seg selv og sin gruppe på samme måte som en ser på «de andre». Det er tvert imot vanlig at man oppfatter seg selv som et menneske som tenker og handler ut fra de mulighetene og begrensningene en til enhver tid møter, i stedet for å handle ut fra sin kultur eller kulturelle tenkemåte, mens «de andres» handlinger og tankemønster blir forklart med kulturbegrepet (ibid:233). At man blir definert som lik eller som offer for sin kultur vil si at man blir beskrevet og fortolket som generaliserte manifestasjoner av sin kultur og ikke som enkeltindivider som tenker og handler ut fra egen vilje. Informantenes beskrivelse av hvordan de opplevde holdningene og handlingene til de tanzanianske sykepleierne viser at de norske sykepleierne hadde et sterkt ønske om å yte god pleie og omsorg til pasientene de møtte. De gir uttrykk for at de ønsket å være gode forbilder for sine tanzanianske kolleger, men at dette opplevdes som vanskelig å gjennomføre. At de norske sykepleierne synes at de selv gir bedre pleie og omsorg og dermed kan være forbilder kan tyde på at de norske sykepleierne anser seg selv som bedre enn sine tanzanianske kolleger.

Man skal ikke undervurdere de norske sykepleiernes rapporter om svakheter ved sykepleieomsorgen de møtte. Samtidig ser det ut til at informantene ikke i betydelig grad så ut til å reflektere over at de tanzanianske sykepleierne også kan være stolte over jobben sin, og at de kan ha et ønske om å gi omsorg til pasientene sine, men at det ligger en rekke begrensninger på utførelse av optimal sykepleieomsorg. Tjoflåt et als studie (2018) beskriver hvordan tanzanianske sykepleiere føler yrkesstolthet på tross av begrensninger og en opplevelse av utilstrekkelighet. De ytret et ønske om å yte god pleie og omsorg av høy kvalitet, og at de til tross for mangel på både menneskelige og materielle ressurser, forsøkte å gjøre en så god jobb som mulig. Hæggstrøm et al (2008) har på sin side funnet at også de tanzanianske sykepleierne slår hardt ned på kolleger som blir betegnet som late eller passive. Informantene i Hæggstrøm et als (2008) studie mener at latskap og passivitet fører til dårligere kvalitet på pleien. De setter imidlertid søkelys på at grunnen til dårlig etterlevelse av nye retningslinjer kan være et høyt antall pasienter, og at det fører til nedsatt motivasjon og engasjement.

Flere av studiene som omhandler norske sykepleiestudenters opplevelse av å være i praksis i eksempelvis Tanzania, Madagaskar og Etiopia viser noen av de samme tendensene som beskrevet i seksjonen over. Sykepleiestudentene hadde ulikt fokus; de norske studentene fokuserte på det man i Norge gjerne ville kalt holistisk omsorg, hvor hele mennesket står i fokus, mens de mente at de tanzanianske sykepleiestudentene primært fokuserte på tekniske prosedyre og oppgaver som skulle utføres i forbindelse med pasientens behandling. På en annen side gir Våga et als (2013) etnografiske studie en annerledes beskrivelse av tanzanianske sykepleieres holdninger til oppfølging og ansvar for behandling. Her kan man lese om sykepleiere som gjør en betydelig innsats for å gi oppfølging til HIV-positive mødre ved å blant annet oppsøke dem i hjemmet for å forsikre seg om at kvinnene følger opp behandlingen, eller bidrar med problemløsning på andre områder, som potensielt kan bidra til bedre helse for kvinnene og barna deres. Dette kunne blitt beskrevet som holistisk omsorg av norske sykepleiere, kanskje i en enda mer utstrakt form enn det norske sykepleiere ville gjort. Våga et als (2012) studie strakk seg over lengre tid, og viser hvordan forskerne i studien la til grunn tidligere studier om at tanzanianske og andre afrikanske sykepleieres pleie og omsorg har vært ansett som av dårlig kvalitet. Våga et als (2012) funn indikerer at omsorg må sees i sammenheng med de kontekstuelle og kulturelle rammene rundt for å kunne gi mening.

Våga et al (2013) argumenterer for at omsorgen som blir gitt ikke kan diskuteres hvis man ikke tar hensyn til de sosiale, materielle, økonomiske, historiske, politiske og strukturelle kontekstene som omsorgen blir gitt i. Når informantene i min studie forteller om sine i stor grad negative erfaringer fra tanzaniansk omsorg, kan det tenkes at informantene ikke har blitt godt nok forberedt på hva som ville møte dem på et tanzaniansk sykehus eller brukt nok tid til å bli kjent med - tett på - hvordan omsorg spilles ut på godt og vondt på et tanzaniansk sykehuskontekst.

Om kontekstuell kunnskap

Informantene peker på den høye arbeidsbelastningen som en forklaring på hvorfor sykepleierne er late, men knytter likevel omsorgsbelastningen lite til kvaliteten på omsorgen, og reflekterer ikke videre rundt spørsmålet om over hvorfor helsevesenet i Tanzania befinner seg i en situasjon med så høy arbeidsbelastning per sykepleier. Songstad et al (2011) viser til at i mange av verdens lavinntektsland er helsevesenet i krise. Tanzania er intet unntak. De tanzanianske sykepleierne som ble intervjuet i Songstad et als (2011) studie var misfornøyde

med arbeidsvilkårene sine, hvor faktorer som lønn, anerkjennelse av arbeidserfaring, mulighet for videreutdanning og arbeidsorganiseringen ble vektlagt som spesielt viktige.

Songstad et al (2012) beskriver hvordan Tanzania har gjennomgått store forandringer siden landet ble selvstendig i 1961, og hvilken innvirkning det har hatt på både helsevesenet og de som jobber i helsevesenet. Som vi så i introduksjonskapittelet ble det på 1990-tallet ble det innført ansettelsesstopp i offentlig sektor. Kun 16% av nyutdannede sykepleiere fikk seg jobb på offentlige sykehus eller klinikker. Det førte til at de fleste forsøkte å få seg jobb i kirkedrevne sykehus eller klinikker, eller på private sykehus. Det er ikke før nylig at offentlig sektor har reversert ansettelsesstoppen. Det er imidlertid fremdeles prekært få sykepleiere. Man regner ca. 0,39 sykepleier pr 1000 innbyggere i Tanzania, mens man i Europa regner med ca. 18,9 sykepleiere pr 1000 innbyggere (Manzi et al, 2012, s. 2). Det er en enorm forskjell i pleietyngde for den enkelte sykepleier. Det ser ut til at informantene i studien i begrenset grad tok inn over seg både den nåværende historikken til det tanzanianske helsevesenet, da de tilsynelatende mangler en god del kontekstuell kunnskap om hvorfor sykepleierne fremstår som late.

4.1.2. Om misforhold i forventninger

Forventninger om ekspertrolle

Et fellestrekk hos informantene er at de opplevde høye forventninger til eget kunnskapsnivå. Forventningene kom både fra dem selv og fra deres norske arbeidsgiver, men også fra de tanzanianske kollegene. Flere understreket at det var vanskelig å innfri disse forventningene, blant annet fordi Norecs retningslinjer gir begrensinger på alder på deltakerne. Flere av informantene ga uttrykk for at de hadde en opplevelse av å ha mindre å bidra med faglig på grunn av ung alder og at de dermed ikke hadde hatt muligheten å til å opparbeide seg den nødvendige erfaringen og kompetansen som de mente trengtes der de var på utveksling. Flere ga uttrykk for at prosjektene hadde hatt et bedre faglig utbytte av utvekslingen om de kunne ansatt noen som var eldre og hadde mer erfaring. Den ene informanten som var over øvre aldersgrense ga tydelig uttrykk for at alder og erfaring gjorde vedkommende bedre rustet til å takle utfordringene vedkommende møtte på utveksling. Dette fordi opplevelsen av å være faglig trygg, i tillegg til å være i større grad trygg i seg selv, gjorde at informanten opplevde både samarbeid og kommunikasjon med sine tanzanianske kolleger som bedre enn det mange av de andre informantene ga uttrykk for. En informant som var relativt ung da vedkommende

var på utveksling ga uttrykk for et behov for å være varsom og å ikke tråkke på noen av de eldre tanzanianske sykepleierne nær under utvekslingsperioden. Det er Norecs øvre aldersgrense på 35 år som gjør at mange deltakere reiser ut med få års erfaring: alderen er i så måte en strukturell faktor som begrenser hvilken faglig kompetanse og erfaring deltakeren som får adgang til prosjektet har.

Utfordringen her kan være forventningene man har til hverandre. De norske helsearbeiderne er forespeilet et års engasjement på et tanzaniansk sykehus, hvor hensikten i følge både Haukeland Universitetssykehus (HUS) og Oslo Universitetssykehus (OUS) sine retningslinjer er å få erfaring og lære fra et nytt arbeidsmiljø, hvor gjensidig utveksling av kunnskap og kompetanse står i fokus. Et av HUS' mål med utvekslingen er å bidra til en bedre global helse for alle gjennom å forbedre helsetjenestene til befolkningen i dekningsområdet til de aktuelle sykehusene i sør (Helse Bergen, 2017, s. 2). OUS fokuserer også på langsiktige samarbeid, hvor et av målene er å bidra til bedre pasientbehandling og øke kompetansen til de ansatte i samarbeidslandene (Oslo Universitetssykehus, 2019, s. 2). Strategidokumentene sier lite om at man skal forsøke å integreres og inkluderes i et nytt arbeidsmiljø, noe blant annet retningslinjene fra WEIGHT legger vekt på (Crump et al, 2010, s. 1180). Dacso, Chandra & Friedmans artikkel (2013) retter også søkelyset mot WEIGHT-retningslinjene, og mener at ved å følge disse vil det styrke eksisterende partnerskap og at det vil øke sannsynligheten for at utvekslingen vil vær gjensidig fordelaktig for begge parter. WEIGHT-retningslinjene retter fokus mot at deltakerne har et ansvar for å kommunisere godt med sine nye kolleger og ledere både før og under utvekslingen. Betydningen av deltakernes holdninger, oppførsel og handlinger blir vektlagt (ibid:1180). Informantenes holdninger til hvordan de skal inkluderes i arbeidsmiljøet kan indikere at de har mottatt lite informasjon på forhånd om viktigheten av å inkluderes, og at de dermed har reflektert lite over tema før de reiste.

Om å starte opp prosjekter

Flere av informantene uttrykte frustrasjon over at retningslinjer som var utviklet av de norske utvekslingsdeltakerne ikke ble fulgt opp, eller kun ble fulgt i kort tid. Noen informanter mente at man måtte passe på dem for å holde prosjektene ved like. Hvor føringene som lå til grunn for igangsettelse av ulike prosjekter kom fra er ikke helt klart. OUS sine hovedprinsipper for utveksling sier at fokuset skal være på veiledning og undervisning, ikke klinisk virksomhet. Det er ikke konkretisert i HUS sitt strategidokument, men et av delmålene er at HUS ønsker å

bidra til klinisk kompetansebygging ved partnersykehusene, blant annet ved å bygge opp utdanningsprogram. Det kan være at deltakerne har fått inntrykk fra arbeidsgiver av at måten de skal jobbe på er å ved å lage prosjekt og retningslinjer som skal implementeres i den aktuelle avdelingen de jobber ved. En informant savner at prosjektene er mer forankret i ledelsen, og mener det hadde vært enklere om man hadde en konkret plan for hva man skulle gjøre mens man var på utveksling. En annen informant synes på sin side at det var befriende at det ikke lå sterke føringer for hva vedkommende skulle gjøre i sin jobb som Norec-deltaker. Felles for informantene er at de satte i gang med ulike prosjekt med ulike fokusområder. En informant lagde et gjensidig undervisningsopplegg, hvor informanten selv og informantens tanzanianske kolleger byttet på å undervise hverandre om ulike tema som de hadde ekspertise på. Andre lagde retningslinjer som de forsøkte å implementere i avdelingen med varierende hell.

En informant reflekterer over at det var relativt stor gjennomtrekk av vestlige helsearbeidere som kom og gikk på sykehuset og at dette kunne ha noe å si for interessen for å følge opp alle initiativene. Det tyder på at informanten har tenkt over hva det betyr for et sykehus og dets ansatte å stadig måtte forholde seg til nye mennesker og som ikke kjenner godt til sykehusets utfordringer og behov. I en slik situasjon kan det være forståelig at tanzanianske ansatte på sykehuset blir noe demotiverte og utviser en viss mistillit til prosjektene, og at det således blir vanskelig å få gjennomført prosjekter. Det er videre sannsynlig at ingen har etterspurt prosjektet som gjennomføres og ikke helt forstår betydningen av det. Man kan videre problematisere det gjensidige i utvekslingen når norsk helsepersonell reiser til Tanzania på utveksling med mål om å sette i gang utviklingsprosjekter i avdelingen, mens tanzaniansk helsepersonell kommer til Norge på utveksling for å lære av oss, primært for å observere.

4.1.3. Om betydningen av holdninger

Om tidsaspekt og holdninger

Funnene i studien kan antyde at informantene som har tilbrakt lengst tid på utveksling, er de som utviser størst forståelse for kulturelle forskjeller. De utviser en større refleksivitet og sensitivitet enn informantene som var på utveksling kun et halvt år. Men til tross for lengre tid er ikke måten de snakker om sine erfaringer fra utvekslingsoppholdet betydelig endret. Alle informanter snakker om kollegene sine som «de der nede», eller kommer med utsagn som «noen må passe på dem», når de omtaler sine tidligere kolleger, som er en måte å snakke om

mennesker på som kan oppfattes som nedgraderende. Begrepsbruken er neppe bevisst hos informantene, og det er uklart hva de legger i begrepene «de andre» og «de der nede», men denne begrepsbruken vil uansett virke fremmedgjørende. Ved å snakke om «de der nede» konstrueres det et kontinuerlig skille mellom «oss» og «de andre». Begrepene kan ifølge Miner, (referert i Thorbjørnsrud, 2019, s. 216) implisitt befeste ideer «vi» har om «de andre» som annerledes og fremmede, mens «vi» er de som er normale og vanlige.

Språket vi bruker om andre legger rammer for virkelighetsforståelsen vår. Språket vårt har makt over tankene våre og har dermed makt over handlingene våre. Når informantene snakker om «de der nede», kan det føre til en 'dehumaniseringsprosess', hvor «de der nede» blir sett på som en gruppe tanzanianske helsearbeider uten individuelle forskjeller og ulikheter. Det ligger videre et verdigrunnlag bak ordene vi bruker, og språket indikerer menneskesyn (Thorbjørnsrud, 2019, s. 86). Gjennom å omtale kollegene sine gjennom enn 'oss' og 'de andre'-dikotomier kan det argumenteres for at informantene bidrar til å etablere eller opprettholde et maktforhold (ibid:87).

Om norske samhandlingsarenaer

Flere informanter forteller at de ikke tilbrakte mye tid sammen med kollegene sine, for eksempel i lunsjen eller på fritiden. Dette hadde flere årsaker. Flere forteller at når kontraktene deres ble utvidet fra seks måneder til et år, oppdaget de en endring hos kollegiet. De ble for eksempel oftere invitert hjem på besøk til tanzanianske kolleger. Noen valgte å takke ja til noen av invitasjonene, selv om det ikke nødvendigvis førte til dype vennskap med kollegene. Ifølge en informant sitt utsagn «*vil du ikke kunne snakke med en lokal på samme måte som du kan med en som kommer fra samme bakgrunn. Så du blir venner med vestlige og lokale på forskjellig måte*». Utsagn som dette ser igjen ut til å indikere en 'vi' og 'de andre'-holdning til kollegene. Det ser umiddelbart ut til å være et svakt utgangspunkt for videre samhandling med kollegene når man anser de som så annerledes at man ikke kan bli venn med de på samme måte som med en 'vestlig'.

Det blir ikke beskrevet ytterligere hvorfor det var vanskelig å bli venn med tanzanianere, men flere av informantene bekrefter at det var viktig for dem å ha et godt samhold med de andre norske utvekslingsdeltakerne, fordi de opplevde støtte og trygghet i gruppen. Å drikke vin sammen og «debriefe» på kveldene ble viktig for flere for å komme seg gjennom hverdagen.

Det var godt å snakke om tøffe inntrykk fra arbeidsdagen sammen med andre som forsto hva det gikk i. Det fremkommer ikke i funnene om informantene forsøket å «debriefe» med de tanzanianske kollegene sine, selv om eksempelvis Tjoflåt et al (2018) studie indikerer at også tanzanianske sykepleiere har tanker og refleksjoner rundt tøffe inntrykk på jobb. Sykepleierne som ble intervjuet i Tjoflåt et al (2018) studie reflekterte over mangelen på både menneskelige ressurser og materielle ressurser. De beskrev også en følelse av å være utilstrekkelige, fordi de ikke kunne gi individuell og god omsorg til alle pasientene (Tjoflåt et al, 2018, s. 325). Dette tyder på at til tross for at de tanzanianske sykepleierne er mer vant til å stå i krevende situasjoner uten nødvendig utstyr eller medisiner, så er det likevel noe som preger dem og deres opplevelse av å være sykepleier.

Det er naturlig for mennesket å søke mot det som er kjent og trygt, men informantene i studien viser lite tegn til refleksjon over at de ved gjennomgående å trekke seg tilbake og mer eller mindre ekskludere seg selv fra det nye arbeidsmiljøet, så bidrar de til å fremmedgjøre seg selv ovenfor kollegene sine. Å flytte til et nytt og annerledes samfunn kan være en utfordring som kan føre til problemer med å skape orden, som igjen kan føre til en usikkerhet om hvordan man skal oppføre seg (Thorbjørnsrud, 2019, s. 229). I følge Thorbjørnsrud (2019) opplever mange å få 'kultursjokk' når de flytter til et nytt samfunn. Kultursjokk kan komme av at det er så mange nye inntrykk å forholde seg til at spenningsnivået hos mennesket øker. Kultursjokk kan i beste fall føre til læring hos den enkelte (ibid:230). Informantenes behov for å søke sammen med andre norske både på jobb og i fritiden gjør at de til en viss grad slipper å forholde seg til det som er nytt. Det betyr imidlertid også at de mister muligheten til å lære, og de åpner ikke opp for å bli kjent med sine tanzanianske kolleger eller andre i lokalsamfunnet. En mulig fortolkning er at for å beskytte seg selv blir man kritisk til tanzanianeres arbeidsmetoder, men evner ikke i like stor grad å være kritisk til seg selv, sin rolle i og utenfor avdelingen.

Om manglende språkfelleskap

En viktig erfaring som de fleste informantene gir uttrykk for at har vært en utfordring er å lære seg språket. De fleste opplevde at det tok tid å komme inn arbeidsmiljøet, rutiner, utvikle vennskap med både tanzanianere og andre. Informantene reflekterer over at det er viktig å kunne språket, både for å kommunisere med pasienter og pårørende, men også for å lettere komme inn i arbeidsmiljøet og for å kunne kommunisere bedre med kollegene på sykehuset. Kun en av informantene kunne swahili fra før, og uttrykte at dette var en klar fordel for å

komme raskere inn i arbeidsmiljøet. Denne informanten, som også var lege, ga uttrykk for at hennes erfaring var annerledes enn andre (legers) erfaringer fordi hun kunne språket. Språk fungerer som fundamentalt bindemiddel mellom mennesker, og det legger viktige rammer for kommunikasjon og virkelighetsforståelse. Mangler man språklige ressurser vil det representere en grunnleggende barriere som vanskeliggjør samhandling med andre (Norvoll, 2019, s. 86-87). Det virker som at informantene har tenkt over betydningen av å lære seg språket, men har tatt lite ansvar for å lære seg swahili. Ved å ikke videreutvikle språkferdighetene lages det en barriere mellom dem og kollegene deres, som kan være vanskelig å komme over. Å ha et felles språk, en felles måte å kommunisere på er som Norvoll (2019) påpeker avgjørende for samhandlingen mellom partene. Å bli bedre kjent med et språk ville også ha videreutviklet forståelsen for non-verbal kommunikasjon, uformelle samtaler og tanzaniansk/swahili-kultur, og deltakerne blir lettere inkludert i arbeidsmiljø og lokalsamfunn. Informanten som kunne swahili bemerket nettopp dette. Tjoflåt et als studie (2017) legger også vekt på at institusjoner som tilbyr utveksling (av studenter) mellom høy- og lavinntektsland bør fokusere mer på hvilke sosio-økonomiske og kulturelle forskjeller en kan møte når man reiser på utveksling til et annet land. Tjoflåt et als informanter beskriver blant annet utfordringer knyttet til kommunikasjon. Studentene fra Norge og Madagaskar hadde ikke et felles språk de kunne kommunisere på, noe som i følge Norvoll (2019, s. 86-87) kan skape en barriere mellom partene. Informantene i Tjoflåt et als studie beskriver ulikheter mellom studentene i måten de ga omsorg på. I mangel på et felles språk å kommunisere disse ulikhetene på snakket de heller om hverandre og måten de to studentgruppene jobbet på.

Flere av informantene i min studie ga imidlertid uttrykk for at det var enkelt å kommunisere med de tanzanianske helsearbeiderne fordi de kunne engelsk godt. De tanzanianske helsearbeiderne bidro også med hjelp til å oversette samtaler med pasienter.

Et interessant aspekt som belyses av enkelte informanter er at de tanzanianske kollegene syntes å ta mer hensyn til at de ikke snakket så godt swahili når det ble kjent at kontraktene deres ble forlenget fra seks måneder til ett år. I stedet for å fortsette å lære deltakerne swahili snakket de tanzanianske kollegene engelsk i stedet. Andre informanter opplevde på sin side at kollegene ble mer tålmodige når de prøvde seg på swahili. En mulig fortolkning av dette aspektet kan være at også de tanzanianske helsearbeiderne har erfaring med vestlige helsearbeidere som kommer og går på sykehuset og at et varierende engasjement for å lære vestlige helsearbeidere swahili kommer fra dette. Både at de er mer tålmodige når de norske

helsearbeiderne forsøker seg på swahili og at de snakker oftere engelsk kan antyde at tanzanianerne har et ønske om å inkludere dem enda mer.

Om å ikke dele måltider

De fleste informantene valgte å spise sammen med andre norske eller vestlige helsearbeidere med bakgrunn i måten de delte mat og måten de spiste på. At de tanzanianske sykepleierne spiste fra samme skål med suppe ble fremstilt som noe som spriktet så fra informantens kultur at vedkommende fant det vanskelig å spise sammen med dem. Å endre praksis eller vaner i forbindelse med måltid er dermed ikke noe som nødvendigvis er enkelt å endre på. Dette kan forsterkes dersom den nye måten å spise på blir oppfattet som være uforenlig med eksisterende sosiale normer eller aksepterte matvaner (Mwaseba, Kaarhus & Mvena, 2016, s. 328). I følge Mauss (referert i Mwaseba, Kaarhus & Mvena, 2016, s. 328-329) inkluderer begrepet mat måter å tenke, handle og å ta avgjørelser på i forbindelse med hvilken mat man skal spise, som igjen relaterer til individuelle følelser angående ulike typer mat. I et sosiokulturelt perspektiv blir mat sett på som noe langt mer enn kun et av våre basalbehov, det blir også sett på som et sett med regler for oppførsel og kommunikasjonssystem. Mat er et sentralt element i forbindelse med sosialisering, både for voksne og barn, og gis verdi innenfor en spesifikk kulturell kontekst. Mat kan således sees på som et grunnleggende element relatert til sosial og kulturell identitet (ibid:329).

Hvorfor en viktig sosiokulturell faktor som mat og måltider ikke er blitt vektlagt i større grad før utreise kan en undres over. Å utvise sensitivitet og respekt innebærer selvsagt ikke at man skal omfavne alle tradisjoner og ritualer, men å sette seg inn i hvilken type mat og hvilke mattradisjoner en har i Tanzania samt si ja takk til å dele måltid for å skape nærhet i relasjonen synes relativt noe basalt. Å unngå felles måltider en sterk markør av at man ikke ønsker en slik nærhet i relasjonen.

Å spise mat sammen er et sosialt rituale både i Tanzania og i Norge. Det er en måte å bli kjent med hverandre på. Informantene nevner utreiseseminaret som de måtte delta i forkant av utvekslingen. En innføring i for eksempel Tanzanias sosiokulturelle mattradisjon kunne hjulpet deltakerne litt på vei med tanke på hva de kan forvente å møte. Mat og måltid er en så naturlig del av livet, at en reflekterer ikke nødvendigvis over maten og måltidets betydning så lenge man er i sine vante omgivelser. Når deltakerne blir satt i helt nye situasjoner i nye omgivelser kan det føre til behov for å skape orden (Brodtkorb & Rugkåsa, 2019, s. 29). At

deltakerne valgte å trekke seg unna slike situasjoner og fortsatte å spise lunsj som i Norge, kan være et slikt forsøk på å skape orden. Konsekvensene blir imidlertid en markering av annerledeshet og distanse, manglende aksept for andres mattradisjoner og i dette tilfellet vansker med å bli inkludert i det kollegiale fellesskapet.

Om stereotype holdninger og etnosentrisme

Flere av funnene i studien kan tolkes dithen at deltakerne ikke har vært godt nok forberedt på hva de kom til å møte når de begynte å jobbe på et sykehus i Tanzania. Utsagn hvor informantene omtaler noen av de tanzanianske kollegene sine som «råtne epler» indikerer at informantene beskriver og vurderer sykepleiere og annet helsepersonell på sykehuset de jobber på i Tanzania ut fra egne fortolkningsrammer. De vurderer andres handlinger ut fra egne fortolkningsrammer og forbeholder seg retten til å avgjøre om handlingene er gode eller dårlige, rette eller gale (Thorbjørnsrud, 2019, s. 280).

Alle mennesker er etnosentriske, og det er vanlig å ha en holdning som går ut på at man tenker at sin kultur er den beste. De norske sykepleierne mener at tanzanianske sykepleiere har større opphopning av dårlige sykepleiere, av 'råtne epler' enn i Norge. Artikkelen til Tjøflåt et al (2018) indikerer at tanzanianske sykepleiere følte en sterk forpliktelse til å gjøre en god jobb, og følte yrkesstolthet. Tjøflåt et al (2018) antyder at det er en motsetning mellom pasientsentrert sykepleie og oppgavefokusert sykepleie, og at konteksten tanzanianske sykepleiere jobber innenfor gjør det utfordrende å gi pasientsentrert sykepleie. Sykepleiestudentene som ble intervjuet i Torsvik & Hedlunds (2008) artikkel gir en beskrivelse av at de norske og tanzanianske sykepleiestudentene hadde ulike tilnærminger til hvordan de skulle utøve sykepleie.

Informantenes beskrivelser tyder på at de forbeholder seg retten til å avgjøre hvorvidt sykepleierne er gode eller dårlige sykepleiere, og tar ikke med i betraktning de tanzanianske sykepleiernes sosiokulturelle kontekst. Kulturrelativisme bygger på en forståelse av at ulike folkegruppers ideer og handlinger må forstås ut fra deres egen sosiokulturelle kontekst, en kontekst som ikke bare består av kulturelle forestillinger, men også politiske, økonomiske og sosiale faktorer. Kulturrelativisme dreier seg ikke om å like eller omfavne andres kultur ukritisk, men at andres kultur, ideer og skikker må plasseres i rett kontekst for at en skal forstå meningsinnholdet gruppen selv tillegger dem. En forsøker altså å sette en midlertidig parentes rundt egne kulturelle fortolkningsrammer for å prøve å forstå andres holdningsmotiver

(Thorbjørnsrud, 2019, s. 280). Det er forståelig at informantene kategoriserer de tanzanianske sykepleierne de møter i samme gruppe. Det er et menneskelig behov å holde orden. Imidlertid kan det virke som om informantene beskriver stereotypier om 'de andre' også etter måneder og år i landet. Ulvund & Mordal (2017) adresserer bekymring rundt dette, og spør om utvekslingsopphold kan føre til at utvekslingsdeltakere kan utvikle etnosentriske holdninger. Funnene i studien deres tyder på at studentene får en kulturell oppvåkning, men bekymringen for etnosentrisme er like fullt tilstede. Utviklingen av kulturell bevissthet, kunnskap og sensitivitet fører til utvikling av kulturell kompetanse og er en kontinuerlig prosess (ibid:96). Studier viser at å opparbeide seg internasjonal erfaring er positivt for utviklingen av studenters forståelse av kultur og sykepleie i andre kulturer (ibid:97).

I følge Thorbjørnsrud (2019, s. 228) er det viktig å være klar over at stereotypier kan ha ulike konsekvenser ut ifra hvem som har makt over hvem. Stereotypier om andre hos en stor majoritet kan ha større konsekvenser enn om en minoritetsgruppe har stereotypiske holdninger om andre. Ut fra funnene i denne studien er det vanskelig å peke på hvem som har makten i relasjonen mellom den norske og tanzanianske helsearbeideren. Det er de norske sykepleierne og legene som er på besøk hos de tanzanianske sykepleierne, noe som i utgangspunktet ville indikere at maktbalansen ligger hos de tanzanianske sykepleierne eller hos det tanzanianske sykehuset. En kan likevel ikke skyve fortiden med kolonitid fram til 1960- tallet, misjonsarbeid og bistandsarbeid fram til i dag under teppet. Rent historisk har makten i mange land i Afrika ligget hos kolonimakter fra Vesten. Gjennom flere tiår med ulike typer bistandsarbeid har makten videre ligget hos en eller flere eksperter på sitt fagområde fra den vestlige verden som reiser til et fattig land i Afrika som trenger hans eller hennes ekspertise. Videre kan man stille spørsmål ved om utvekslingen utgjør reelle muligheter til å øke faglig og kulturell kunnskap og kompetanse eller om det kan bidra til å understreke og forsterke eksisterende stereotypier og maktforhold.

Om ambivalens til egen ekspertrolle

Informantene uttrykker en viss grad av ambivalens over å komme til et annet arbeidssted i et annet land og skulle fortelle andre hvordan de skal gjøre jobben sin. En informant sier *«Jeg gjorde gjerne tingene annerledes enn de gjorde noen ganger, men jeg følte ikke at jeg var i en posisjon hvor jeg kunne fortelle at de måtte gjøre det samme som meg»*. Flere andre informanter uttrykker noe av den samme ambivalensen. De reiste til Tanzania med utgangspunkt i at de skulle starte noen prosjekt, men opplevde det som utfordrende når de var

der. Det kommer ikke frem om ambivalensen stammer fra et ubehag med å føle at man er i en maktposisjon, men det er ikke urimelig å antyde at det kan være en del av årsaken. Som Norvoll (2019) skriver, henger maktforhold og makthandlinger ofte sammen større sosiale system, et strukturelt fenomen hvor maktforholdet blir etablert. Med kolonitiden og bistandsarbeid som bakteppe, er det klart at vestlige land har hatt både formell og uformell makt i århundrer i Tanzania. Den formelle makten eksisterte så lenge Storbritannia og Tyskland hadde herredømme over Tanzania og Øst-Afrika, og mange vil argumentere for at den eksisterer fremdeles gjennom et nettverk av globale avtaler som opprettholder maktbalanse. Den uformelle makten eksisterer videre ved for eksempel at individer eller grupper fra vesten med ulike yrkesprofesjoner reiser til Tanzania og andre lavinntektsland for å vise, fortelle og forklare hvordan tanzanianere skal gjøre jobben sin (ibid:68-69).

Man kan se på arbeidsutveksling, dersom det ikke skjer på helt likeverdige kår, som en del av en institusjon som utøver indirekte makt ved være en del av en struktur hvor maktforholdet er institusjonalisert (ibid:65). Man kan snakke om institusjonell makt, men man heller ikke se bort i fra det Max Weber definerte som *tradisjonell makt*: makt eller autoritet nedfelt i tradisjoner, som kan påvirke dynamikken for eksempel mellom profesjoner og institusjoner (ibid:72). Informantene, som et produkt av de sosio-kulturelle forutsetningene, tar med seg mer eller mindre ubevisste makttradisjoner inn i prosjekt hvor hensikten er å utveksle kompetanse og kunnskap på likefot. De tanzanianske sykepleierne har på sin side med seg en historie som innebærer at de er underlagt den (ubevisste) makten. Som tidligere koloni og langvarig mottaker av både bistandsmidler og u-hjelp fra Norge er tanzanianerne vant med å være mottaker. Det setter de både de norske og de tanzanianske sykepleierne i en posisjon som kan påvirke dynamikken mellom dem.

4.1.4. Om strukturelle utfordringer i arbeidsutveksling

Mål om gjensidighet

Norec viser til gjensidighet som sin kjerneverdi (Norec, 2019). I studiens funn ser vi at informantene gir uttrykk for at premissene for en gjensidig utveksling kanskje ikke var tilstede i dette programmet. En av informantene sier ganske eksplisitt at det «*var tydelig at vi i Vesten mener at vi kan ting veldig mye bedre enn de kan der og derfor ble det vi som skulle lære de opp*». Informantene ser ut til å ha inntrykk av at det er den norske partneren som legger premissene for utvekslingen, og at dette kan se ut som at det forplanter seg videre i organisasjonen ned til deltakernivå. Informantene gir i stor grad uttrykk for at opplever ikke

utvekslingen som gjensidig, men at utreiseseminaret hvor Norec-deltakere fra hele verden møtes, var det stedet hvor utvekslingen ble diskutert av partene på et gjensidig nivå. Likevel opplever flere av informantene at arbeidet som blir gjort på seminaret ikke var nyttig for forberedelse til utveksling.

Det kan diskuteres hvilken virkelighetsmodell som legger premissene for samhandlingen i denne typen utveksling. Den gruppen som får aksept for sin virkelighetsforståelse som sitter med makten (ibid:87) I følge Thorbjørnsrud (2019) er det som regel majoriteten som legger premissene for samhandling. Minoriteten må dermed samhandle på majoritetens premisser. Siden det er de norske helsearbeiderne som er på besøk i et annet land skulle en tro at det var de tanzanianske sykepleierne som satt med makten. Hvem som er majoriteten kan imidlertid defineres med utgangspunkt i gruppenes ulike tilgang på makt. Den som legger premissene for samhandlingen har det Barth (referert i Thorbjørnsrud, 2019, s. 243) kaller definisjonsmakt. Til tross for at informantene uttrykker gjensidighet på utreiseseminarene, kan det likevel tenkes at det er de norske deltakerne som legger premissene for samhandlingen allerede på utreiseseminaret. Som beskrevet over er den tradisjonelle makten med oss, både bevisst og ubevisst. Om man legger til grunn at den institusjonelle makten også var tilstede under utreiseseminaret, som foregår på tilsynelatende «nøytral grunn», er det ikke overraskende om de norske deltakerne allerede der har definisjonsmakten. Det gir dem mulighet til å legge premissene også når de kommer til selve arbeidsstedet, selv om det ikke er en bevisst handling fra de norske deltakerne.

Erfaringer med utbytte av utvekslingen

Flere av informantene i denne studien gir uttrykk for at de ikke har hatt et særlig godt utbytte av utvekslingen, og at de har vanskeligheter med å se hvordan det å være på utveksling har betydning for dem som helsepersonell. På en annen side er det informanter som peker på at utvekslingen har gitt dem nye utfordringer som de har lært mye av, spesielt med tanke på å samarbeide med og undervise kolleger. Allums rapport (2019, s. 36) peker på at det er en tendens til at norske deltakere er «lærere» mens deltakerne fra sør er «elever». Dette er en annen side ved mangelen på balansen som blir pekt på over.

Allums rapport (2019) legger videre vekt på at læringsutbyttet til deltakerne avhenger av hvordan deltakerne blir tatt imot og hvordan de blir integrert på den nye arbeidsplassen. Kun en informant så ut til å ha tenkt over dette på forhånd. Denne informanten gikk tydelig inn for

å vise at vedkommende ønsket å jobbe i drift sammen med sine kolleger, og brukte lang tid på å opparbeide seg tillit og respekt hos sine tanzanianske kolleger. Informanten innførte etter hvert gjensidige undervisningsopplegg, hvor de tanzanianske sykepleierne underviste informanten og andre kolleger på sykehuset i det de var eksperter på, som malaria, mens informanten underviste i eksempelvis diabetes eller sepsis. Slik fikk begge parter, ifølge informanten, økt kunnskap om relevante tema. Denne informanten ga videre uttrykk for at dette hadde blitt satt stor pris på av kollegene, og bidro til bedre samarbeid mellom dem. I tillegg kunne informanten tydelig se et klinisk utbytte både hos seg selv og sine kolleger. Denne informanten var også den eldste av informantene, og hadde lang erfaring både som sykepleier og annen fagbakgrunn. Miranda et al (2011) mente at det var for stort fokus i WEIGHT-retningslinjene på (etiske) problemstillinger for utvekslingsprogrammer som sender deltakere fra høyinntektsland til lavinntektsland, mens oppmerksomhet til sør-sør-utveksling ikke vies nok oppmerksomhet. Allums rapport (2019, s. 37). peker på det samme. Det fremkommer tydelig i Allums rapport at deltakere som deltar på sør-sør-utveksling har større utbytte av utvekslingen enn deltakere som deltar på nord-sør-utveksling. Allum (2019, s. 37) mener det kan komme av mer balansert maktforhold, like verdier og fokus på nettverk både i og utenfor organisasjonen.

Ulik lønn

Flere av informantene brakte sine tanker om lønnsnivået til dem selv og til de tanzanianske sykepleierne de jobbet med på bane. De fleste omtaler temaet med en viss ambivalens. Både HUS og OUS topper lønnen som Norec tilbyr (Helse Bergen, 2017, s. 7 & Oslo Universitetssykehus, 2019, s. 4), slik at de norske deltakerne som reiser ut beholder grunnlønnen sin mens de er på utveksling. De topper ikke lønnen til utvekslingsdeltakere som kommer til HUS eller OUS.

En informant mener at utfordringen med at de tanzanianske deltakerne skulle fått samme lønn som de norske (når de er på utveksling i Norge) var at forskjellen mellom hva de ville fått og hva de vanligvis mottar i lønn er altfor stor. Det anses som logisk riktig at de tanzanianske sykepleierne på utveksling bør tjene mindre enn de norske. En annen informant forteller at det er nødvendig at de norske deltakerne får utbetalt grunnlønnen sin, for å kunne leve på samme standard som andre utlendinger i Tanzania. Disse uttalelsene antyder manglende refleksjon rundt hva lønnen betyr for de tanzanianske sykepleierne. Det er tilsynelatende lite refleksjon rundt kostnadsnivået på mat, kollektivtransport, kulturelle opplevelser som f.eks. kino og konserter i Norge. De fleste informantene syntes det var rettferdig at de norske deltakerne

mottok sin grunnlønn mens de var på utveksling. Når de forklarte hvorfor det var greit at de tanzanianske sykepleierne på utveksling i Norge tjente mindre, var det på bakgrunn av at de ikke syntes lønn burde være hovedmotivasjonen for å reise på utveksling. For de norske helsearbeiderne som mottar sin vanlige lønn mens de er på utveksling kan det være enkelt å si at det ikke var lønn som var deres hovedmotivasjon for å reise, men det kan tenkes at informantene ikke nødvendigvis har reflektert så mye over det nettopp fordi de ikke taper penger på å reise. De tanzanianske sykepleierne som reiste til Norge på utveksling fikk bedre lønn enn de ville fått i sin vanlige jobb i Tanzania, men det endrer ikke det faktum at begge gruppene er ansatt i samme stilling og skal (i utgangspunktet) gjøre samme jobb mens de er på utveksling i et annet land.

Løfter man dette opp et nivå, ser man at Norec legger vekt på verdiene solidaritet, likhet og gjensidighet, og har som mål for utvekslingsarbeidet å fasilitere gjensidige utvekslingsprogram mellom partnere i utviklingsland og partnere i Norge (Norec, 2016, s. 10). Gjensidighet og likhet er viktige prinsipper som ligger til grunn for Norecs utvekslingsarbeid. Sykepleiere som reiser til Tanzania og vice versa er da i utgangspunktet likeverdige deltakere og man skulle da tro at de skal behandles likt også. Men selv om både den norske og den tanzanianske sykepleieren er ansatt i samme utvekslingsprogram, så er de ikke ansatt på likt grunnlag. Den ene parten tjener mer enn den andre. Informantene begrunner dette med at man er nødt til å tilby høyere lønn til de norske deltakerne for å få de mest erfarne, som kanskje har familie og huslån å ivareta. De anser det ikke som nødvendig for de tanzanianske deltakerne å få like høy lønn, fordi det da vil tiltrekke de som har lønn som hovedmotivasjon. Kan den manglende refleksjonen tyde på at de norske deltakerne har en grunnleggende aksept for ulikhet i arbeidsforhold? Som Songstad et al (2011) studie viser handler ikke lønn nødvendigvis om motivasjon for de tanzanianske sykepleierne i studien. Det handler om anerkjennelse og bekreftelse for den erfaringen de har, og jobben de gjør under relativt dårlige forhold. Forholdene er ikke nødvendigvis sammenlignbare, men det sier noe om at tanzanianske sykepleiere både har yrkesstolthet på lik linje med norske sykepleiere, og det sier også noe om viktigheten av å gi lik lønn for likt arbeid.

4.2. Drøfting av studiens metode

Utgangspunktet for studien var som beskrevet i oppgavens innledning å også intervju tanzanianske helsearbeidere som hadde vært på utveksling i Norge. Da ville en ha sikret

komparativt perspektiv. Dette hadde vært en betydelig styrke for studien, da de tanzanianske helsearbeiderne ville bidratt med sine opplevelser, erfaringer og perspektiver fra sitt perspektiv og med utgangspunkt i sin periode på utveksling i Norge.

Semi-strukturerte intervju ble brukt som metode. Det viste seg å fungere godt. Informantene så ut til å kommunisere fritt rundt temaet. Jeg fikk betydelig informasjon fra de ulike informantene. Fokusgruppeintervju kunne også vært benyttet, men på grunn av at det var forventet et relativt lavt antall informanter (mellom 7-10) syntes det mest hensiktsmessig å bruke semi-strukturerte dybdeintervju hvor hver enkelt informant er i fokus. Det var også et ønske å ha muligheten til å gå i dybden på enkelte spørsmål eller enkelte funn som kom frem under intervjuene hos hver informant og da fremstod semi-strukturerte individuelle intervju som best.

Det hadde vært interessant å intervju enda flere informanter, og gjerne flere leger for å se om man kunne finne systematiske forskjeller mellom erfaringene sykepleiere og leger gjorde seg. Dette kunne gitt studien enda mer bredde. Malterud, Siersma & Guassora (2016) viser til begrepet informasjonsstyrke i stedet for å bruke metning. Et smalt forskningsspørsmål kan innebære at en trenger færre informanter til studien. I denne studien kan det argumenteres for at forskningsspørsmålet er relativt bredt, og at man i så måte burde hatt flere informanter for å belyse hensikten med studien bedre. Malterud, Siersma & Guassora (2016) argumenterer imidlertid for at informantenes spesifikke erfaringer og kunnskap kan gjøre at man trenger færre informanter. Informasjonsstyrken i utvalget oppleves som relativt god.

Informantgruppen bestod av utdannet helsepersonell med spesifikke egenskaper og kvaliteter som var nødvendige for å kunne delta i studien, og informantgruppen hadde - bortsett fra en informant - god evne til å sette ord på erfaringene sine. Informantene var i stor grad velartikulerte og kommunikasjonen mellom informantene og studenten fløt godt, igjen med unntak av en informant. Det var imidlertid to informanter som utpekte seg med tanke på hvordan de uttrykte seg. De framsto begge som noe mer reflekterte enn de resterende informantene. Den ene informanten var lege, den andre var den eldste av informantene og (mannlig sykepleier). På bakgrunn av dette tenker jeg at det hadde vært en styrke for studien å intervju flere helsearbeidere med høyere alder enn gjennomsnittet hadde i denne studien. Det hadde også vært en styrke for studien å intervju flere leger.

4.2.1. Studiens troverdighet

Validitet er et omdiskutert begrep som har sitt opphav innenfor en kvantitativ forskningstradisjon. Lincoln og Guba har utviklet fire kriterier for å bevise sannsynliggjøre troverdigheten av en kvalitativ studie; kredibilitet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet. De fire alternative kriteriene ble lansert som en parallell til positivistiske kriterier som intern og ekstern validitet (Polit & Beck, s. 559, 2017). Et siste kriterium, autentisitet, ble etter hvert lagt til.

At studien har kredibilitet inkluderer to aspekt. Forskeren må utføre selve studien på en måte som øker funnernes troverdighet, og forskeren må også kunne vise dette i forskningsrapporten, i dette tilfellet i oppgaven. Jeg har forsøkt å beskrive studiens metode så detaljert som mulig, inkludert mitt forsøk på refleksivitet overfor rollen som forsker på et felt jeg har god kjennskap til. Jeg var bevisst på å ikke legge ord i munnen på informantene, eller å ikke legge føringer for hva informantene skulle fortelle under intervjuene.

Studiens pålitelighet baserer seg på hvorvidt studiens funn kan bli gjenskapt med omtrent samme resultat med de samme informantene i samme eller lignende kontekst som da intervjuene ble utført første gang. Jeg mener at med utgangspunkt i den informantgruppen jeg hadde ville studien kunne utføres igjen med relativt liknende resultat. Studien ville imidlertid antagelig sett noe annerledes ut dersom jeg eksempelvis hadde intervjuet flere leger eller hvis jeg hadde intervjuet tanzanianske helsearbeidere som hadde vært på utveksling i Norge for da hadde informantgruppen sett annerledes ut.

Bekreftbarhet innebærer at datamaterialet som blir presentert gjengir informasjonen som ble gitt av informantene. For å sannsynliggjøre dette må funnene reflektere informantene, ikke forskerens perspektiv eller bias. Under transkripsjon, analysen og fremstilling av funnene har jeg forsøkt å være svært bevisst på å gjengi informasjonen slik den bli gitt under intervjuene, med unntak av småord som er bevisst tatt bort for å gjøre sitatene mere leselige.

Overførbarhet dreier seg om hvorvidt funnene i studien kan overføres til eller være anvendelige for andre og tilsvarende informantkategorier. I forhold til dette punktet må forskeren gi leseren nok deskriptive data til at leseren kan vurdere anvendeligheten av materialet (ibid:559-560). Om funnene i studien kan være anvendelige for andre, vil komme

an på hvilken kontekst de skal brukes i. For annet helsepersonell eller studenter som skal eller har vært på utveksling kan det være nyttig å få et innblikk i tidligere deltakers beskrivelser. Det kan bidra til å øke bevisstheten rundt egen rolle når man er på utveksling i et annet land. Det kan også være nyttig for de koordinerende partene som organiserer denne typen arbeidsutveksling å lese denne studien. Studien vil ikke kunne sies å være ‘representativ’ eller ‘generaliserbar’ med tanke på helsearbeideres utveksling fra Norge til det globale sør, men jeg vil argumentere for at oppgaven kan ha betydelig relevans for å kunne gi refleksjon rundt en gruppe helsearbeideres erfaringer fra nord-sør utveksling.

Autentisitet viser til hvorvidt forskningen viser bredden av realiteter, og inviterer leseren til å forstå informantenes erfaringer og konteksten rundt informantenes liv og erfaringer (ibid:560). Dette har jeg forsøkt å ivareta så langt det har latt seg gjøre innen rammen av en masteroppgave ved å presentere en lang rekke sitat slik de ble uttrykt av helsearbeiderne i studien.

4.2.2. Egen rolle som forsker

Å forske på helsepersonells erfaringer, med vekt på sykepleieres erfaringer med utveksling, har vært både interessant og utfordrende. Siden jeg selv er sykepleier og tidligere Norec-deltaker, hadde jeg -som beskrevet i metodekapittelet - enkelte antagelser og ideer om hvordan helsepersonell bør være og hvilke holdninger de bør ha. Jeg har funnet det utfordrende å diskutere funnene da noe av det som møtte meg i intervjuene overrasket meg og opprørte meg. Noen av informant-utsagnene har for meg fremstått som fordomsfulle og bidrar til å understreke forskjellene mellom «oss» og «dem». Samtidig skal jeg fortolke svarene fra utsiden, som forsker, og forsøke å gi dem mening med utgangspunkt i den konteksten de ble uttrykt innenfor. Jeg reagerte på mange av utsagnene som ble formidlet. Jeg kan likevel ikke utelukke at jeg i forhold til en del av temaene hadde svart på liknende vis som mange av informantene dersom det var jeg som ble intervjuet om samme tema.

Ifølge Dalen (2011, s. 16) er all forståelse bestemt av en forforståelse. I en intervjusituasjon vil forskeren alltid stille med en forforståelse, forskeren vil ha oppfatninger om det fenomenet som skal studeres. Målet til forskeren bør være å trekke inn sin forforståelse på en slik måte at det åpner opp for størst mulig forståelse for det som kommer frem av data. Forskerens forforståelse kan også være viktig for senere tolkning av datamaterialet. Om forskeren er

denne forforståelse bevisst, kan det gjøre forskeren mer sensitiv når det kommer til analysering og fortolkning av datamaterialet (ibid:16-17). Med utgangspunkt i min nærhet til feltet jeg studerer, både som sykepleier og tidligere Norec-deltaker har jeg blitt utfordret med tanke på min egen refleksivitet som forsker. Jeg har personlig kjennskap til mye av det informantene beskrev under intervjuene, og det har vært utfordrende å være meg helt bevisst min forforståelse og legge den til side, siden det er en del av meg. Jeg har imidlertid forsøkt å være bevisst på å ikke legge store føringer på hva som blir sagt under intervjuene. Jeg tok utgangspunkt i en relativt åpen og fleksibel intervjuguide, slik at informantene kan snakke fritt og ikke i nevneverdig grad skulle bli påvirket av mine meninger eller holdninger. På samme tid mener jeg at mine erfaringer fra feltet jeg studerer gjort at jeg har evnet å sette meg inn informantenes beskrivelser på en annen måte enn jeg ville gjort uten denne erfaringen. Jeg opplevde at jeg lettere kunne forstå meningen i det informantene kommuniserte. På den måten kan min forforståelse av feltet styrke studien, samtidig som den klart har innebåret en utfordring eller svakhet for studien. En for stor forforståelse kan åpenbart gjøre at man stenger for den åpenheten som er nødvendig for å utføre en kvalitativ studie.

Forskerens integritet er avgjørende, dette gjelder ikke minst når en skal gjennomføre kvalitative intervjuer. Dette skyldes at forskeren eller intervjueren selv er det viktigste verktøyet for å samle informasjon og kunnskap. Forskerens uavhengighet vil uvegerlig påvirkes intervjusituasjonen. Denne innflytelsen kan få forskeren til ubevisst å ignorere visse aspekt som blir formidlet og fremheve andre resultater.

Forskeren vil i kvalitative studier forsøke å identifisere seg med informantene, og på den måten operere både som forsker og som deltaker i en samtale (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108). Under analysen av resultatene har jeg igjen vært svært bevisst på å forsøke å sette min forforståelse til side, og har så nøyaktig som jeg har kunnet fulgt Malteruds modell for systematisk tekstkondensering for å gjøre analysen så empiritro som mulig.

4.3. Avsluttende kommentarer

Denne studien har tatt utgangspunkt i norsk helsepersonells erfaringer med utvekslingsarbeid. Som flere av artiklene brukt i studien indikerer, kan videre forskning med fordel fokusere på erfaringene fra utveksling blant helsearbeidere fra lavinntektsland. Dette er et tema som er lite forsket på, men som har stadig større relevans da denne typen utveksling blir mer vanlig.

Funnene i denne studien indikerer at norsk helsepersonell som reiser på utveksling er lite forberedt på hva de kommer til å møte på sitt nye arbeidssted, hva de kan forvente av seg selv og av sine nye kolleger. Med grundigere forberedelser og refleksjon kunne man fokusert mer på samarbeid mellom de norske utvekslingsdeltakerne som reiser til Tanzania og de tanzanianske sykepleierne og legene som skal ta imot dem.

Utveksling av helsepersonell er i utgangspunktet antatt å være positivt, med forventninger om det positive ved økt kulturell kompetanse og refleksjon. Funnene indikerer at informantene i denne studien utviser relativt begrenset refleksivitet og sensitivitet i møte med en ny og annerledes omsorgskultur. De norske informantene snakker om ansvarsfraskrivelse, om det å ikke bry seg eller å ikke vise omsorg. Informantene gir uttrykk for at mange av inntrykkene fra sykehuset ryster dem og er vanskelig å forholde seg til. De synes det er utfordrende at de samme inntrykkene ikke ryster deres tanzanianske kolleger på samme måte, men gir lite uttrykk for dypere reell refleksjon over hva de kontekstuelle årsakene til de ulike handlingsmønstrene kan være. Den grunnleggende kulturelle og kontekstuelle kompetansen synes å være lite til stede, og faktoren kultur fremstår som dekontekstualisert.

Funnene viser også at informantene erfarer at det er utfordrende å komme inn i arbeidsmiljøet og at de har få tanzanianske venner utenfor sykehuset. Dette kan tenkes å være utfordrende for begge parter. De tanzanianske helsearbeiderne må med jevne mellomrom ta imot nye, norske helsearbeidere som ikke kan språket, som ikke kjenner kulturen. Informantene i min studie gir også uttrykk for at de tydelig foretrekker å være sammen med andre norske eller utenlandske 'expats'. Dette er et lite heldig utgangspunkt for reell kulturell utveksling og læring.

Et viktig aspekt ser ut til å være om man tar nok i betraktning hvilke muligheter det er for å overføre kunnskap, og hva den reelle hensikten med utvekslingen er. En felles forståelse av

hva disse prosjektene går ut på, hvorfor man driver med utveksling, og i større grad felles mål for utvekslingen kan være hensiktsmessig. Et skifte av fokus fra at norsk helsepersonell skal reise til sykehus i ulike land i Afrika for å lære bort noe, overføre kunnskap, til at norsk helsepersonell også skal være mottaker av kunnskap kan være viktig og meningsfullt.

Informantene gir uttrykk for frustrasjon over at de tanzanianske helsearbeiderne ikke følger opp ideer og retningslinjer som blir laget. Det kan fremstå som om de norske helsearbeiderne har en oppfatning av at de skal komme til et sykehus i et lavinntektsland hvor meningen er å gjøre store grep for å endre måten omsorg gis på. Dette kan oppleves som frustrerende for begge parter. Både norsk og tanzaniansk helsepersonell har behov for faglig utvikling, og det er ikke skrevet i stein at det er Norge som sitter med fasiten for hva som er rett å gjøre i ulike situasjoner. Et viktig spørsmål er hvor ideen om at norske helsearbeidere skal endre rutiner og praksiser i Tanzania kommer fra. Dette er et sentralt spørsmål for kommende forskning med fokus på nord-sør utveksling.

Referanser

Allum, C. (2019) What do we know about exchange for development? *Norec* [Internett]

Tilgjengelig fra: <https://www.norec.no/nb/om-norec/organisasjon/rapportar/> [Lest 06.03.20].

Arora, G. et al. (2017) Bidirectional Exchange in Global Health: Moving Toward True Global Health Partnership. *American Journal of Tropical Medicine* [Internett] 97 (1) pp. 6-9.

Tilgjengelig fra: doi:10.4269/ajtmh.16-0982

Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M (2019) Sosiologisk og sosialantropologisk tenkemåte, i

Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (red) *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og*

sosialantropologi for helse-og sosialprofesjonene. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 11-34.

Central Intelligence Agency (CIA) *The world factbook* [Internett] Tilgjengelig fra:

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tz.html> [Lest 04.04.20].

Crump, J.A. & Sugarman, J. (2010) Ethics and best practice guidelines for training

experiences in global health. *American Journal of Tropical Medicine* [Internet] 83 (6) pp.

1178–1182. Tilgjengelig fra: doi:10.4269/ajtmh.2010.10-0527

Dacso, M., Chandra, A. & Friedman, H. (2013) Adopting an ethical approach to global health training: The evolution of the Botswana-University of Pennsylvania Partnership. *Academic Medicine* [Internet] 80 (11). pp. 1646-1650.

Tilgjengelig fra: doi: 10.1097/ACM.0b013e3182a7f5f4

Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2015) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Felleskatalogen (2018) *Oxytocin Orifarm* [Internett] Tilgjengelig fra:

<https://www.felleskatalogen.no/medisin/oxytocin-orifarm-orifarm-generics-644412> [Lest 10.03.20].

Fredskorpset (2019) *Fredskorpsets historie* [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.fredskorpset.no/om-norec/historikk/> [Lest 27.05.19].

Helse Bergen (2017) *Strategi for internasjonalt samarbeid*. [Internett] Utgitt av: Helse Bergen. Utgivelsessted: Bergen. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/seksjon/internasjonalt-samarbeid/Documents/Strategi%202017.pdf> [Lest 01.05.18].

Häggström, E., Mbusa, E. & Wadensten, B. (2008) Nurses' workplace distress and ethical dilemmas in Tanzanian health care. *Nursing Ethics*. 15 (4) s. 478-491. Tilgjengelig fra: doi: 10.1177/0969733008090519

Kelly, L., Runge, J. & Spencer, C. (2015) Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses Lesly *Journal of Nursing Scholarship* 47 (6) [Internet] Tilgjengelig fra: doi: 10.1111/jnu.12162

Killian, B. (2008) The state and identity politics in Zanzibar: challenges to democratic consolidation. *Tanzania, African Identities*, (6) 2, s. 99-125 [Internet] Tilgjengelig fra: DOI: 10.1080/14725840801933932

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kwesigabo et al (2012) Tanzania's health care system and work force crisis. *Journal of Public Health* [Internet] (33) s. 35-44. Tilgjengelig fra: doi:10.1057/jphp.2012.55

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K., Siersma, D.V. & Guassora, A.D. (2016) Sample size in qualitative interview studies: Guide by information power. *Qualitative Health Research* [Internet] (26) 13. S. 1753-1760. Tilgjengelig fra: doi: 10.1177/1049732315617444

Malterud, K. (2012) Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health* [Internet] (40). Tilgjengelig fra: doi:10.1177/1403494812465030

Manzi, F., et al. (2012) Human resources for health care delivery in Tanzania: a multifaceted problem. *BMC Human resources for health*. [Internet] 10 (3). Tilgjengelig fra: doi: [10.1186/1478-4491-10-3](https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-3)

Mbogoni, L.E.Y. (2013) Aspects of colonial Tanzania history. Dar Es Salaam: Mkuki na Nyota Publishers Ltd.

Miltenburg, A. S., Kiritta, R. F., Meguid, T., Sundby, J. (2018) Quality of care during childbirth in Tanzania: identification of areas that need improvement. *Reproductive health*. [Internet] 15 (1) Tilgjengelig fra: DOI:10.1186/s12978-018-0463-1

Miltenburg, A. S., van der Eem, L., E. C., Nyanza, van Pelt, S., Ndaki, P. (2017) Antenatal care and opportunities for quality improvement of service provision in resource limited settings: a mixed-methods study. *PLoS One*. [Internet] 12 (12) Tilgjengelig fra: DOI: 10.1371/journal.pone.0188279

Miranda, J.J. et al. (2011) Letter to editor. Global health training- One-way street? *American Journal of Tropical Medicine* [Internet] 84 (3) Tilgjengelig fra: doi:10.4269/ajtmh.2011.10-0694a

Mwaseba, D. J. B., Kaarhus, R. & Mvena, Z. S. K. (2016) Food culture and child-feeding practices in Njombe and Mvomero districts, Tanzania, *Journal of Eastern African Studies*, 10 (2), s. 325-342, [Internett] Tilgjengelig fra: doi: [10.1080/17531055.2016.1184834](https://doi.org/10.1080/17531055.2016.1184834))

Norad (2019) *Tanzania* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://norad.no/en/front/countries/africa/tanzania/> [Lest 09.03.20].

Norec (2020) *Strategi og visjon 2022* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.norec.no/nb/om-norec/organisasjon/strategi-og-visjon/> [Lest 09.03.20].

Norsk Senter for Datainnsamling (2019) *Forvaltningsdatabasen* [Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no/polsys/data/forvaltning/enhet/4603/endringshistorie> [Lest 27.05.19].

Norvoll, R. (2019) Makt og avmakt, i Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (red) *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse-og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 63-91.

Oslo Universitetssykehus (2019) Strategi for global helse 2019-2022. Upublisert.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017) *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10. utgave. Wolters Kluwer Health.

Regional Etisk Komite (2017) [Internett]. Tilgjengelig fra: https://helseforskning.etikkom.no/frister/malforinformasjonsskriv?p_dim=34672 [Lest 28.05.18]

Regional Etisk Komite (2015) [Internett]. Tilgjengelig fra: https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997 [Lest 04.04.20]

Sawe, R.H., Murray, B. & Jamieson, J. (2016) Compassion fatigue in emergency providers: Experiences from Sub-Saharan Africa. *Emergency Medicine Australasia*. [Internet] Tilgjengelig fra: doi: 10.1111/1742-6723.12536

Songstad, N.G., Molan, K.M., Massay, D.A., Blystad, A. (2012). Why do health workers in rural Tanzania prefer public sector employment? *BMC Health Services Research*. 12 (92) [Internet] Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-92>

Songstad, N.G., Rekdal, O.B., Massay, D.A., Blystad, A. (2011). Perceived unfairness in working conditions: The case of public health services in Tanzania. *BMC Health Services Research*. 11 (34). [Internett]. Tilgjengelig fra: doi:10.1186/1472-6963-11-34

Statistisk Sentralbyrå (2018) *Deaths* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/en/befolkning/statistikker/dode/aar> [Lest 10.03.20].

Thorbjørnsrud, B. (2019) Kulturelle fortolkningsrammer, i Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (red) *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse-og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 211-242.

Thorbjørnsrud, B. (2019) Kultur, helse og sykdom, i Brodtkorb, E. & Rugkåsa, M. (red) *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse-og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 253-279.

Tjoflåt, I., John, M., Theodotha, M.E., Hansen, B.S. & Karlsen, B. (2018) How do Tanzanian hospital nurses percieve their professional role? A qualitative study. *Nursing open* (5) 3, s. 323-328. [Internet] Tilgjengelig fra: doi:10.1002/nop2.139

Tjoflåt, I., Razaonandrianina, J., Karlsen, B., Hansen, B.S. (2017) Complementary knowledge sharing: Experiences of nursing students participating in an educational exchange program between Madagascar and Norway. *Nurse education today* (49) [Internet] Tilgjengelig fra: doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.011

Tjønneland, E.N. et al. (2016) *Chasing civil society? Evaluation of Fredskorpset*. Tilgjengelig fra: <https://www.norad.no/en/toolspublications/publications/2016/evaluering-av-fredskorpset/> [Read 05.06.18].

Torsvik, M. & Hedlund, M. (2008) Cultural encounters in reflective dialogue about nursing care: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 63 (4), 389–396. [Internett]. Tilgjengelig fra: doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04723.x

Ulvund, I. & Mordal, E. (2017) The impact of short-term clinical placement in a developing country on nursing students: A qualitative descriptive study. *Nurse education today* (55) [Internet]. Tilgjengelig fra: doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.013

Unicef (2015) *Maternal and newborn health disparities. Tanzania*. [Internett]. Tilgjengelig fra: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/country_profiles/United%20Republic%20of%20Tanzania/country%20profile_TZA.pdf [Lest 10.03.20].

Våga, B.B., Moland, K.M., Olsen, B.E., Leshabari, S.C., Blystad, A. (2013) Rethinking nursing care: An ethnographic approach to nurse-patient interaction in the context of HIV-prevention program in rural Tanzania. *International journal of nursing studies* (50) [Internet] Tilgjengelig fra: doi:[10.1016/j.ijnurstu.2012.11.025](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.025)

World Health Organization (1994) *The partograph: the application of the WHO partograph in the management of labour* [Internett] Tilgjengelig fra: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58589/1/WHO_FHE_MSM_94.4.pdf

World Medical Association (2013) [Internett].

Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> [Lest 25.06.18]

Vedlegg

Vedlegg I Intervjuguide

Tema I: Forventninger

- Bakgrunnsinformasjon
 - Alder
 - Utdanning
 - Arbeidssted
 - Arbeidserfaring
- Hvorfor valgte du å søke deg til/reise til Tanzania på utveksling?
- Kan du fortelle om dine forventninger før du reiste på utveksling til Tanzania?
 - Mulig oppfølgingsspørsmål: Hva ble du forespeilet av arbeidsgiver?
 - Utreiseseminar?

Tema II: Opplevelse av gjensidighet og likhet

- Hva er din mest positive og negative opplevelse av utvekslingen?
- Kan du fortelle om dine erfaringer med dine kolleger og dine pasienter når du var på utveksling? Kom gjerne med eksempel!
- Hvordan opplevde du kommunikasjonen mellom deg og dine kolleger, og deg og dine pasienter?
 - Mulig oppfølgingsspørsmål: Opplevde du noen utfordringer eller vanskeligheter med tanke på kommunikasjon?
- Hvordan opplevde du veiledningen før og under utvekslingsoppholdet? Hvordan var oppfølgingen da du kom hjem?
 - Mulig oppfølgingsspørsmål: Har du fått ta i bruk noe av det du eventuelt har lært under utvekslingen?
 - Hjemkomstseminar?

Tema III: Partnerskap

- Hvordan kan slike utvekslingsprogram fungere?
- Hvem mener du la premissene for denne gjensidige utvekslingen?
- Mulig oppfølgingsspørsmål: Opplevde du at programmet er basert på gjensidige interesser?
- Hva med forskjellene i lønn?

Vedlegg II Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om å delta i forskningsprosjekt

I forbindelse med mitt masterprosjekt på studiet sykepleievitenskap ved Universitet i Bergen ønsker jeg å komme i kontakt med tidligere Fredskorpsdeltakere som har jobbet på et av Norecs prosjekter på sykehus i Tanzania.

Målet med dette masterprosjektet er å utforske helsepersonells opplevelse av utveksling av helsepersonell mellom institusjoner i høyinntekts- og lavinntekts-kontekster.

Dette er en kvalitativ studie hvor intervjuer vil være hovedkilden til informasjon.

Som studiedeltaker vil all informasjon du gir bli anonymisert. All informasjon vil bli prosessert og brukt uten å bruke ditt navn eller annen form for identifikasjon.

Det vil bli brukt diktafon under intervjuet.

Datamaterialet som blir samlet inn under intervjuene vil bli oppbevart på en passordlåst datamaskin som kun undertegnede vil ha tilgang til. Eventuelle utskrifter av transkriberinger av intervjuer vil bli oppbevart innelåst på et privat kontor som kun undertegnede har tilgang til. Datamaterialet blir slettet og gjort utilgjengelig når studien er over i juni, 2019.

Som studiedeltaker har du rett til å ha tilgang til studiematerialet til enhver tid. Du har rett til å endre eventuelle feil i informasjonen som er gitt. Du har rett til å trekke tilbake ditt samtykke til enhver tid.

Om du ønsker å delta i studien, ta kontakt på enten telefon eller e-post, se kontaktinformasjon under.

Kontaktinformasjon:

Masterstudent Kristin Lillevik

E-postadresse: kristin.lillevik@uib.no

Tlf.nr: 922 16 794

Veileder Astrid Blystad

E-postadresse: astrid.blystad@uib.no

Jeg samtykker til å delta i forskningsprosjektet

Sted/Dato

Studiedeltakers signatur

Studiedeltakers navn
(BLOKKBOKSTAVER)

Jeg bekrefter at jeg har gitt informasjon studien.

Sted/Dato

Signatur

Rolle i forskningsprosjektet

Vedlegg III Meldeskjema til personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)



MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.6) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Intro		
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være direkte identifiserbar via navn, personnummer, eller andre personentydige kjennetegn.
Hvis ja, hvilke?	<input checked="" type="checkbox"/> Navn <input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Adresse <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefonnummer <input type="checkbox"/> Annet	Les mer om hva personopplysninger er. NB! Selv om opplysningene skal anonymiseres i oppgave/rapport, må det krysses av dersom det skal innhentes/registreres personidentifiserende opplysninger i forbindelse med prosjektet.
Annet, spesifiser hvilke		Les mer om hva behandling av personopplysninger innebærer.
Skal direkte personidentifiserende opplysninger kobles til datamaterialet (koblingsnøkkel)?	Ja ○ Nei ●	Merk at meldeplikten utløses selv om du ikke får tilgang til koblingsnøkkel , slik fremgangsmåten ofte er når man benytter en databehandler .
Samles det inn bakgrunnsopplysninger som kan identifisere enkeltpersoner (indirekte personidentifiserende opplysninger)?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.
Hvis ja, hvilke	Arbeidsplass, yrke, alder, kjønn	NB! For at stemme skal regnes som personidentifiserende, må denne bli registrert i kombinasjon med andre opplysninger, slik at personer kan gjenkjennes.
Skal det registreres personopplysninger (direkte/indirekte/via IP-/epost adresse, etc) ved hjelp av nettbaserte spørreskjema?	Ja ○ Nei ●	Les mer om nettbaserte spørreskjema .
Blir det registrert personopplysninger på digitale bilde- eller videoopptak?	Ja ○ Nei ●	Bilde/videoopptak av ansikter vil regnes som personidentifiserende.
Søkes det vurdering fra REK om hvorvidt prosjektet er omfattet av helseforskningsloven?	Ja ○ Nei ●	NB! Dersom REK (Regional Komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) har vurdert prosjektet som helseforskning, er det ikke nødvendig å sende inn meldeskjema til personvernombudet (NB! Gjelder ikke prosjekter som skal benytte data fra pseudonyme helseregistre). Les mer. Dersom tilbakemelding fra REK ikke foreligger, anbefaler vi at du avventer videre utfylling til svar fra REK foreligger.
2. Prosjektittel		
Prosjektittel	Health personnel's experience with bidirectional exchange from north to south and vice versa	Oppgi prosjektets tittel. NB! Dette kan ikke være «Masteroppgave» eller liknende, navnet må beskrive prosjektets innhold.
3. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Bergen	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende.
Avdeling/Fakultet	Det medisinske fakultet	Dersom institusjonen ikke finnes på listen, har den ikke avtale med NSD som personvernombud. Vennligst ta kontakt med institusjonen.
Institutt	Institutt for global helse og samfunnsmedisin	

Les mer om [behandlingsansvarlig institusjon](#).

4. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)

Side 1

Fornavn	Astrid	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Les mer om daglig ansvarlig . Daglig ansvarlig og student må i utgangspunktet være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Etternavn	Blystad	
Stilling	Professor	
Telefon	55586161	
Mobil	48185096	
E-post	astrid.blystad@uib.no	
Alternativ e-post	astrid.blystad@uib.no	
Arbeidssted	Universitetet i Bergen	
Adresse (arb.)	Kalfarveien 31	
Postnr./sted (arb.sted)	5018 Bergen	
5. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	Dersom det er flere studenter som samarbeider om et prosjekt, skal det velges en kontaktperson som føres opp her. Øvrige studenter kan føres opp under pkt 10.
Fornavn	Kristin	
Etternavn	Lillevik	
Telefon	92216794	
Mobil		
E-post	kristin_lillevik@hotmail.com	
Alternativ e-post	kli044@uib.no	
Privatadresse	Nordbø 4	
Postnr./sted (privatadr.)	5009 Bergen	
Type oppgave	● Masteroppgave ○ Bacheloroppgave ○ Semesteroppgave ○ Annet	
6. Formålet med prosjektet		
Formål	Exchange of health personnel and students from resource-rich settings to resource-limited settings has become increasingly popular over the last two decades. Little research has been conducted about the topic of bidirectional exchange of health personnel. The aim of this master project is to explore the experience with exchange of health personnel between health institutions in resource-limited and resource-rich contexts. I also want to explore the executive agenda in projects like this. Research question: What is health personnel's experience with bidirectional exchange from north to south and vice versa?	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.
7. Hvilke personer skal det innhentes personopplysninger om (utvalg)?		
Kryss av for utvalg	<input type="checkbox"/> Barnehagebarn <input type="checkbox"/> Skoleelever <input type="checkbox"/> Pasienter <input type="checkbox"/> Brukere/klienter/kunder <input type="checkbox"/> Ansatte <input type="checkbox"/> Barnevernsbarn <input type="checkbox"/> Lærere <input checked="" type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Asylsøkere <input type="checkbox"/> Andre	Les mer om forskjellige forskningstematikker og utvalg .
Beskriv utvalg/deltakere	Sykepleiere og leger fra Haukeland Universitetssykehus i Bergen, Ocean Road Cancer Institute og Mnazi Moja Hospital i Tanzania.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om.

Rekruttering/trekking	Utvalget rekrutteres gjennom kontakt med avdelingsleder for Avdeling for internasjonalt samarbeid på Haukeland Universitetssykehus, deretter via direktørene for de respektive sykehus i Tanzania. Rekrutteringen vil foregå via e-post, utført av avdelingsledere/sykepleiere på de respektive sykehusene.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø eller eget nettverk, eller trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre.
Førstegangskontakt	Utvalget kontaktes av avdelingsledere/sykepleiere på de respektive sykehusene.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om førstegangskontakt og forskjellige utvalg på våre temasider .
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	Les om forskning som involverer barn på våre nettsider.
Omtrentlig antall personer som inngår i utvalget	20	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	Les mer om sensitive opplysninger .
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Les mer om pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse .
Samles det inn personopplysninger om personer som selv ikke deltar (tredjepersoner)?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan identifisere personer (direkte eller indirekte) som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem, som identifiseres i datamaterialet. Les mer .
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Papirbasert spørreskjema <input type="checkbox"/> Elektronisk spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Deltakende observasjon <input type="checkbox"/> Blogg/sosiale medier/internett <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata (medisinske journaler)	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre). NB! Dersom personopplysninger innhentes fra forskjellige personer (utvalg) og med forskjellige metoder, må dette spesifiseres i kommentar-boksen. Husk også å legge ved relevante vedlegg til alle utvalgs-gruppene og metodene som skal benyttes. Les mer om registerstudier . Dersom du skal anvende registerdata, må variabelliste lastes opp under pkt. 15 Les mer om forskningsmetoder .
	<input type="checkbox"/> Registerdata	
	<input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	
Tilleggsopplysninger	Semistrukturert intervju med en på forhånd utarbeidet intervjuguide.	
9. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget/deltakerne informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Les mer . Vennligst send inn mal for skriftlig eller muntlig informasjon til deltakerne sammen med meldeskjema.

		<p>Last ned en veiledende mal her. Les om krav til informasjon og samtykke.</p> <p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 15 Vedlegg.</p>
--	--	--

Side 3

Samtykker utvalget til deltakelse?	<ul style="list-style-type: none"> ● Ja ○ Nei ○ Flere utvalg, ikke samtykke fra alle 	<p>For at et samtykke til deltakelse i forskning skal være gyldig, må det være frivillig, uttrykkelig og informert.</p> <p>Samtykke kan gis skriftlig, muntlig eller gjennom en aktiv handling. For eksempel vil et besvart spørreskjema være å regne som et aktivt samtykke.</p> <p>Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes. Les mer.</p>
10. Informasjonssikkerhet		
Spesifiser	<p>Lydopptak fra intervju vil bli lagret på en passordlåst, privat datamaskin som kun brukes av meg. Utskrift fra transkribering av intervju vil bli oppbevart innelåst på kontor hvor kun jeg har tilgang.</p> <p>Studiedeltakerne vil ikke bli identifisert med navn på lydopptak.</p>	<p>NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet. Vi anbefaler koblingsnøkkel.</p>
Hvordan registreres og oppbevares personopplysningene?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> På server i virksomhetens nettverk <input type="checkbox"/> Fysisk isolert PC tilhørende virksomheten (dvs. ingen tilknytning til andre datamaskiner eller nettverk, interne eller eksterne) <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten ■ Privat datamaskin <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi ■ Lydopptak ■ Notater/papir ■ Mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon) <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode 	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p> <p>Med «virksomhet» menes her behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>NB! Som hovedregel bør data som inneholder personopplysninger lagres på behandlingsansvarlig sin forskningsserver.</p> <p>Lagring på andre medier - som privat pc, mobiltelefon, minnepinne, server på annet arbeidssted - er mindre sikkert, og må derfor begrunnes. Slik lagring må avklares med behandlingsansvarlig institusjon, og personopplysningene bør krypteres.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	<p>Lydopptak fra intervju vil bli lagret på en passordlåst, privat datamaskin som kun brukes av meg. Utskrift fra transkribering av intervju vil bli oppbevart innelåst på kontor hvor kun jeg har tilgang.</p>	<p>Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?</p>
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler (ekstern aktør)?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvilken		<p>Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres.</p>
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja ○ Nei ●	<p>F.eks. ved overføring av data til samarbeidspartner, databehandler mm.</p>
Hvis ja, beskriv?		<p>Dersom personopplysninger skal sendes via internett, bør de krypteres tilstrekkelig.</p> <p>Vi anbefaler ikke lagring av personopplysninger på nettskytjenester. Bruk av nettskytjenester må avklares med behandlingsansvarlig institusjon.</p> <p>Dersom nettskytjeneste benyttes, skal det inngås skriftlig databehandleravtale med leverandøren av tjenesten. Les mer.</p>
Skal andre personer enn daglig ansvarlig/student ha tilgang til	Ja ○ Nei ●	

datamaterialet med personopplysninger?		
Hvis ja, hvem (oppgi navn og arbeidssted)?		
Utleveres/deles personopplysninger med andre institusjoner eller land?	<ul style="list-style-type: none"> ● Nei ○ Andre institusjoner ○ Institusjoner i andre land 	F.eks. ved nasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles eller ved internasjonale samarbeidsprosjekter der personopplysninger utveksles.
11. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja ○ Nei ●	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten . Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Hvis ja, hvilke		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ● Nei ○	I noen forskningsprosjekter kan det være nødvendig å søke flere tillatelser. Søkes det f.eks. om tilgang til data fra en registreier? Søkes det om tillatelse til forskning i en virksomhet eller en skole? Les mer om andre godkjenninger .
Hvis ja, hvilken	Det søkes om forskningstillatelse fra COSTECH i Tanzania.	

Side 4

12. Periode for behandling av personopplysninger		
Prosjektstart Planlagt dato for prosjektstutt	03.09.2018 30.06.2019	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når kontakt med utvalget skal gjøres/datainnsamlingen starter. Prosjektstutt: Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet.
Skal personopplysninger publiseres (direkte eller indirekte)?	<input type="checkbox"/> Ja, direkte (navn e.l.) <input checked="" type="checkbox"/> Ja, indirekte (identifiserende bakgrunnsopplysninger) <input type="checkbox"/> Nei, publiseres anonymt	Les mer om direkte og indirekte personidentifiserende opplysninger. NB! Dersom personopplysninger skal publiseres, må det vanligvis innhentes eksplisitt samtykke til dette fra den enkelte, og deltakere bør gis anledning til å lese gjennom og godkjenne sitater.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektstutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	NB! Her menes datamaterialet, ikke publikasjon. Selv om data publiseres med personidentifikasjon skal som regel øvrig data anonymiseres. Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. Les mer om anonymisering av data .
13. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?		Fylles ut ved eventuell ekstern finansiering (oppdragsforskning, annet).
14. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		Dersom prosjektet er del av et prosjekt (eller skal ha data fra et prosjekt) som allerede har tilrådning fra personvernombudet og/eller konsesjon fra Datatilsynet, beskriv dette her og oppgi navn på prosjektleder, prosjektittel og/eller prosjektnummer.
15. Vedlegg		
Vedlegg	Antall vedlegg: 2. <ul style="list-style-type: none"> ● interview_guide.docx ● invitation_to_participate_in_a_research_project.docx 	