

Norske helsearbeidere i møte med kulturelle
sykdomsforklaringer blant minoritetspasienter

Marit Rousing Ngamchalad
VID vitenskapelige høgskole
Stavanger

Masteroppgave
Master i Interkulturelt Arbeid

Antall ord: 21615
15.12.2023

Sammendrag

Dette er en masteroppgave i studiet interkulturelt arbeid, og det er kvalitativ metode som ligger til grunn. Målet med dette studiet har vært å forske i helsearbeideres opplevelse og håndtering av minoritetspasienter som har kulturell forklaring på sykdom. Problemstillingen har vært: Hvordan helsepersonell opplever møter med minoritetspasienter som legger til grunn kulturell tro som forklaringer på sykdommen, og hvordan disse møtene blir håndtert. For å kunne svare på problemstillingen ble det gjennomført intervju av syv helsearbeidere innenfor fem ulike yrker i norsk helsevesen.

Økende kulturell mangfold og innvandring de siste årene har gjort at helsevesenet i større grad enn før blitt stilt ovenfor nye utfordringer. Som resten av befolkningen blir de syke og trenger hjelp fra helsevesenet. Helsetjenesten skal yte likeverdig helsetjenester til alle grupper i befolkningen uavhengig av bakgrunn, tro og tilhørighet. Selv om mye er likt, har noen innvandrere en noe annen helsesituasjon og forekomst av sykdommer, men også forståelse av sykdommens årsak. Flere helsearbeidere rapporterer om begrenset kompetanse og usikkerhet til å yte god helsehjelp som er kultursensitiv. Dette kan skape mistillit mellom pasient og helsepersonell.

Denne undersøkelsen konkluderer med at det kan oppstå en miks av mange barrierer som kan hindre en pasient med minoritetsbakgrunn til å få likeverdig helsehjelp fra helsevesenet. På det strukturelle plan er de to mest framtrepende manglene god nok opplæring i kulturell kompetanse, og for lite bruk av kvalifiserte tolker. Ved å sette et sterkere søkelys på disse aspektene kan det gi et godt bidrag i å utvikle en helsetjeneste som i enda større grad er beredt til å ta imot minoritetspasienter og gi de en likeverdig og trygg omsorg.

Abstract

This is a master's thesis in the study of intercultural work, and it is based on a qualitative method. The aim of this study has been to research health workers' experience and handling of minority patients who have a cultural explanation for illness. The problem has been: How healthcare personnel experience encounters with minority patients who base cultural beliefs as explanations for the illness, and how these encounters are handled. To be able to answer the problem, interviews were conducted with seven healthcare workers within five different professions in the Norwegian healthcare system.

Increasing cultural diversity and immigration in recent years have meant that the healthcare system has been faced with new challenges to a greater extent than before. Like the rest of the population, they get sick and need help from the healthcare system. The health service must provide equal health services to all groups in the population, regardless of background, faith and belonging. Although much is the same, some immigrants have a slightly different health situation and occurrence of diseases, but also an understanding of the cause of the disease. Several health workers report limited competence and uncertainty in providing good health care that is culturally sensitive. This can create mistrust between the patient and healthcare personnel.

This study concludes that a mix of many barriers can arise that can prevent a patient with a minority background from receiving equal healthcare from the healthcare system. On a structural level, the two most prominent shortcomings are insufficient training in cultural competence, and too little use of qualified interpreters. By putting a stronger spotlight on these aspects, it can make a good contribution to developing a health service that is even more prepared to accept minority patients and provide them with equal and safe care.

Forord

Takk til hele den flotte familien min. Først takk til mannen min som gjennom mange år har åpnet dører inn til andre virkelighetsforståelser, tradisjoner og kulturer jeg aldri trodde jeg skulle komme så tett på. Du har lært meg språk og forklart meg mang en gang om innviklede kulturelle og religiøse faktorer som påvirker folks liv og verdensbilde. Uten deg hadde jeg ikke fattet hvor viktig dette studiets tema faktisk er for veldig mange. Tusen takk til døtrene mine for å ha tro på at mamma greier dette. Takk for gode ord og middager som har blitt lagd mens jeg har sittet i innspurt med oppgaven. Takk til gode venner som har trodd på meg, og spesielt til Solveig for alle meldinger og heiarop fra sidelinjen. Og for stor bukett roser på døra når skrivedagene var som lengst. Takk til mamma og pappa, Ole Christian og Victoria. Dere er alle mine forbilder og det betyr mye at dere har tro på meg. Takk for god veiledning, Sanjana, du inspirerer meg og din kompetanse har gjort at jeg har hatt en faglig utvikling jeg ikke hadde sett komme. Takk til kollokviegruppa mi som har vært en god støtte gjennom hele prosessen.

Takk til informantene som har gjort dette studiet mulig. Jeg er så takknemlig for at dere alle satt av tid til et intervju i en travel hverdag, og at dere svarte så åpent og ærlig på mine spørsmål.

Til slutt vil jeg takke meg selv for at jeg igjennom hele studiet har hatt stor motivasjon og tro på at jeg ville fullføre dette. Jeg har hatt glede av hele prosessen, både under informantintervjuene, når jeg dykket ned i fagtekster for å finne relevant teori, og i skriveprosessen. Det har vært svært lærerikt og spennende, og – det frister til gjentakelse!

Marit R. Ngamchalad

Stavanger, desember 2023

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	7
1.1 Presentasjon av tema.....	7
1.2 Relevans	8
1.3 Eget ståsted.....	8
1.4 Problemstilling	9
1.5 Oppgavens struktur.....	9
2. Relevant forskning på feltet	11
2.1 Likeverdig helsetjeneste?.....	11
2.2 Barrierer	14
2.3 Funn fra India	15
3. Teori	17
3.1 Sykdomsårsak definert i lys av kulturelt ståsted	17
3.2 Lekfolks sykdomsforklaring	19
3.3 Medisinsk mangfold	21
3.4 Kulturell kompetanse hos helsearbeideren	23
3.5 Begrepsanalyse for helsevesenet.....	23
3.6 Interaksjon mellom lege og pasient	25
3.8 Kunnskap om pasientens forklaringsmodell	26
3.9 Bruk av tolk	27
4. Metode	28
4.1 Kvalitativ intervjumetode	28
4.2 Vitenskapsteori	28

4.3 Rekruttering av informanter.....	30
4.4 Forskningsintervjuet	30
4.5 Transkribering	31
4.6 Tematisk analyse	31
4.7 Reliabilitet og validitet	32
4.8 Forskningsetikk	33
5. Presentasjon av funn	37
5.1 Pasientmøter.....	38
5.2 Helsearbeiderens opplevelse og håndtering.....	42
5.3 utfordringer	47
5.4 Løsningsforslag.....	49
6. Diskusjon.....	55
6.1 Årsaksforklaringers utspring	55
6.2 Helsearbeidernes opplevelse og håndtering.....	58
6.3 Strukturelle barrierer	62
7. Avslutning	67
Litteraturliste.....	68
Vedlegg	73

1. Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Det norske samfunnet har blitt mangfoldig og sammensatt, og de siste årene har vi opplevd en merkbar øking i innvandring fra mange deler av verden. I inngangen av 2023 bodde det nesten 900.000 innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre i Norge. De utgjør 19,9 % av den totale befolkningen, og av disse kommer 42% fra land i Afrika og Asia (SSB, 2023). Disse blir, som resten av befolkningen, nå og da syke og må ha hjelp av helsevesenet. Selv om mye er likt blant forskjellige kulturelle og etniske grupper, har mange innvandrere en noe annen helsesituasjon, forekomst av sykdommer, men også forståelse av hva sykdom er (Janbu, 2008). I helsetjenesten skal det ytes likeverdige helsetjenester til alle grupper i befolkningen. Dette uavhengig av deres kulturelle bakgrunn, tro og tilhørighet. Kulturelle ulikheter og språk kan vanskeliggjøre kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient, og bidra til at det for helsepersonell blir utfordrende å yte gode helsetjenester (Janbu, 2008).

Så er det dette møtet mellom helsepersonell og minoritetspasient. Hvilke barrierer kan være til hinder for at pasienten får samme likeverdige behandling som en pasient fra majoritetsbefolkningen? Og hvordan kan legen behandle ham eller henne likeverdige når forståelsen av sykdomsårsaken, diagnosen og bruk av medikamenter kan være en helt annen? Hvordan kan tillitt skapes når strukturelle barrierer som for liten tid til hver pasient, står i veien for en større gjensidig forståelse?

I Folkehelsemeldingen (2015) står det at hensynet til befolkningens helse skal få en mer framtrødende plass i steds-, nærmiljø og utvikling av lokalsamfunn, og det er en uttalt målsetting å gi befolkningen flere leveår med god helse og trivsel (Helsedepartementet, 2015). De siste årenes økning i antall personer med migrantbakgrunn vil medføre stor betydning for helse- og omsorgstjeneste og vil kreve økt kompetanse av helsepersonell. På samme tid er det på det rene at personer med minoritetsetnisk eller migrantbakgrunn har lavere bruk av deler av helsetjenesten enn hva majoritetsbefolkningen har, og de opplever barrierer og utilstrekkelig hjelp i møte med helsepersonell (Debesay et al., 2019; Debesay, 2022). På den andre siden rapporterer flere helsearbeidere om usikkerhet og begrenset

kompetanse til å kunne yte helsehjelp som er kultursensitiv. utfordringene kan skape utgangspunkt for mistillit mellom pasientene og helsepersonellet (Huslage et al., 2021). Tillitt til helseinstitusjonene må derfor være en viktig helsefaglig og politisk målsetting, slik at minoritetsetniske pasienter kan møtes med relevant kompetanse og bedre tilpassende tjenester (Debesay, 2022).

1.2 Relevans

Jeg funnet at tidligere forskning i større grad fokuserer på sosial ulikhet i helse (Folkehelseinstituttet, 2007) og risikofaktorer som gjør innvandrere mer utsatte for psykiske helseplager (Abebe, Lien & Hjelde, 2014; Vrålstad & Wiggen, 2017). Det finnes mye forskning rundt belastninger innvandrere utsettes for, som rasisme og diskriminering (Barstad, 2018). Det er også forskning på utfordringer knyttet til helsearbeidernes kulturelle kompetanse. Det finnes betydelig mindre forskning rundt kulturelle eller religiøse forklaringer på sykdommen sett fra helsepersonells perspektiv. Denne forskningen vil derfor kunne bidra til å få en større forståelse rundt dette temaet, også i Norge.

1.3 Eget ståsted

Etter å ha jobbet med bistandsarbeid i Sørøst-Asia i over 20 år, flyttet jeg for en tid siden tilbake til Norge. I min jobb som tolk her får jeg ofte møtt mennesker i sårbare situasjoner i livet og i møte med ulike offentlige instanser. I flere situasjoner har jeg opplevd pasienter som forklarer sykdommen sin ut ifra kulturelle eller religiøse overbevisninger. Dette har gjort meg oppmerksom på barrierer som kan oppstå mellom pasienter med minoritetsbakgrunn og helsearbeidere som jobber i offentlig sektor.

For en tid tilbake tolket jeg for en kvinnelig pasient med minoritetsbakgrunn på et norsk sykehus. Hun hadde en alvorlig diagnose, men da legen forklarte den bakenforliggende sykdomsårsaken, var kvinnen svært uenig. Hun mente en person fra hjemlandet som driver med sort magi hadde sendt forbannelse over henne, og at dette forårsaket sykdommen hun hadde fått. Legen avfeide dette, hvorpå han forklarte om den medisinske behandlingen. Pasienten sa hun ikke kom til å ta den foreskrevne medisinen for den uansett ikke ville hjelpe mot forbannelsen.

Selv har jeg levd i en holistisk kultur i Asia nesten halve livet. Gjennom å ha levd og jobbet tett med lokalbefolkning, har jeg lært at det ikke er store skillelinjer mellom den fysiske og den åndelige dimensjonen. Språk, kultur og tro er ofte sammensmeltet og vanskeligere å skille enn i Norge som er et mer sekulært og dualistisk samfunn. Selv var jeg vestlig innvandrer til Asia i møte med et helsevesen med andre forankringer enn det jeg var vant til. Når jeg nå har flyttet til Norge for en periode, er dette bakgrunnen for hvorfor ønsket om å forske i hvordan norsk helsepersonell oppfatter og håndterer innvandrere med sterke kulturelle og religiøse tilknytninger, har kommet.

1.4 Problemstilling

Problemstillingen lyder følgende: hvordan helsepersonell opplever møter med minoritetspasienter som legger til grunn kulturell tro som forklaringer på sykdommen, og hvordan disse møtene blir håndtert.

Følgelig er det to forskningsspørsmål der det første spør om hva fagfeltet sier om møter mellom minoritetsbefolkningens kulturelle tro og helsevesenet. Det neste søker å definere sykdomsbegrepet og hvordan sykdomsårsak blir definert i lys av kulturelle ståsted.

1.5 Oppgavens struktur

Oppgaven starter med innledning, som leder til kapittel to som omhandler tidligere forskning. Her framgår det blant annet fra en rapport framlagt av Den Norske Legeforening at mange for mange innvandrere fra ikke-vestlige land så kan den norske sykdomsforståelsen avvike mye fra deres egne oppfatninger. Dette kapittelet vil besvare det første forskningsspørsmålet. Kapittel tre, som omhandler teori, vil bli delt i to deler. Da denne oppgaven berører to fagområder; på den ene side årsaksforklaring forankret i kulturelle kontekster, og på den annen side helsearbeidernes kulturelle kompetanse, har jeg valgt å dele teoridelen i to deler. I den første blir Helmans (2007) teori som belyser lekfolks sykdomsforklaring, en sentral teori. I den neste delen vil Cai (2016) sin begrepsanalyse for kulturell kompetanse i helsevesenet, være framtrødende. I kapittel fire vises det til metodologiske valg, og denne oppgaven er bygget på kvalitative forskningsintervju. Her vil også prosessen rundt hele oppgaven bli utførlig beskrevet. Funn og analyse fra innhentende data fra informantintervju vil bli beskrevet i kapittel fem. I kapittel seks drøftes funnene sett i

lys fra tidligere forskning og teori, og de store linjene vil bli skissert. Til slutt avsluttes hele oppgaven med en konklusjon.

2. Relevant forskning på feltet

I dette kapittelet vil tidligere forskning bli belyst. Det inneholder blant annet rapport fra Den Norske Legeforening der det blir stilt spørsmål om likeverd i helsetjenester blir god nok ivaretatt. Videre har jeg valgt å trekke fram andre rapporter og studier som er relevante for mitt forskningsprosjekt.

På leting etter tidligere forskning har jeg valgt å søke på følgende databaser: Academic Search Ultimate, Medline, Idunn, Google Scholar og Oria. Søkeord jeg brukte, var eksempelvis: illness and culture, cultural belief and healthcare system, social-cultural perspective on health and illness, tillitt til helsevesenet, sykdomsforståelse og helsetjeneste til minoritetspasienter. I tillegg har jeg brukt mye tid på leting i relevante artiklers litteraturliste for å finne fram til de mest interessante forskningene som kan underbygge min egen forskning.

2.1 Likeverdig helsetjeneste?

Den Norske Legeforening (2008) har skrevet en rapport som viser at for mange innvandrere fra ikke-vestlige land kan den norske sykdomsforståelsen avvike mye fra deres egen forståelse og oppfatning (Den Norske Legeforening, 2008). Dette gjør at behandling vanskelig kan gis hvis behandleren ikke har kjennskap til pasientens bakgrunn. I rapporten stilles spørsmålet om hvordan en person kan bli likeverdig behandlet med en annen når forståelsen av symptomer, grunnleggende sykdomsbegreper, og bruk av medisiner kan variere sterkt med hva man er vant til å behandle? Rapporten belyser at problemene må løses på flere nivåer; både gjennom mer tilrettelegging i sykehus og på legekontor, men også at helsetjenesten må tilrettelegges bedre for et flerkulturelt samfunn gjennom tolketjenester (Den Norske Legeforening, 2008).

Informasjon er grunnlaget for kommunikasjon, og god kommunikasjon er viktig for sikker diagnostikk og riktig behandling, og samtidig nødvendig for at pasientene aktivt skal ta del i behandlingen og oppfølgingen av den (Den Norske Legeforening, 2008). Videre står det beskrevet at hvis informasjonen fra legen skal ha nytteverdi, må den tilpasses hver enkelt pasient, samt at den må gis slik at den blir forstått. Det kan være en utfordring at noen

pasienter ofte sier ja og nikker for å være høflige, men uten at de nødvendigvis har forstått innholdet i informasjonen. Helsepersonell bør da avklare at informasjonen er forstått ved å stille kontrollspørsmål (Den Norske Legeforening, 2008). Foruten at informasjon om legemiddelet må forstås, er pasientens tillit til legen viktig for å bedre etterlevelsen av behandlingen. Å ta hensyn til pasientens sykdomsforståelse antas å bedre forutsetningene for å oppnå god etterlevelse. Det er derfor av stor betydning at det blir etablert tillit mellom pasient og behandler. I rapporten kommer det fram at helsetjenesten av og til møter pasienter med mange *vondter* der plagene fremstilles som diffuse, og at det kan ha mange forskjellige årsaker (Den Norske Legeforening, 2008). Somatisering, at psykiske plager ofte forstås og uttrykkes som et fysisk problem, synes utbredt på tvers av kulturer, og mange kommer fra land hvor psykiske lidelser er belagt med skam og tabu (Den Norske Legeforening, 2008). Kulturkunnskap setter helsepersonell i stand til å stille de rette spørsmålene og kunne få en god dialog med pasienten. Det gir også mulighet for god innsikt i pasientens situasjon, som et individ som også er preget av sin kultur (Den Norske Legeforening, 2008).

For at helsetjenesten i Norge skal tilrettelegges mer for et flerkulturelt samfunn, foreslås det i rapporten at det er sentralt at det finnes gode rutiner for bruk av tolketjenester (Den Norske Legeforening, 2008). Det er en lovfestet pasientrettighet å få forståelig informasjon om egen helsetilstand og om helsehjelpen som ytes. For å kunne gi forsvarlig helsehjelp til alle er det en forutsetning at lege og pasient kan kommunisere muntlig. Informasjon som gis til pasienten skal tilpasses individuelle behov, herunder også språk. I de tilfeller når lege og pasient ikke snakker samme språk, vil det være behov for tolk. Forutsetninger for å skape god kommunikasjon mellom partene vil kunne falle bort om ikke tolk benyttes, og behandlingskvaliteten vil da kunne forringes. Selv om pasienten tilsynelatende snakker tilstrekkelig godt norsk, kan tolk være viktig siden språkkunnskapene ofte kommer til kort likevel (Den Norske Legeforening, 2008).

Folkehelseinstituttet har skrevet en fakta rapport om sosial ulikhet i helse (2007). Den slår fast at innvandrere kan ha økt sykdomsrisiko av to grunner. For det første så antas innvandrere å være en gruppe som er spesielt utsatt for ekstrabelastninger knyttet til deres situasjon som innvandrere, og den andre grunnen er at innvandrere kan ha sosiale og

økonomiske levekår som er knyttet til økt sykdomsrisiko (Folkehelseinstituttet, 2007). Med innvandrere menes det personer hvis begge foreldrene er født utenfor Norge. Rapporten avdekker at levekårene til ikke-vestlige innvandrere er dårligere enn blant majoritetsbefolkningen. Dette grunnet lavere inntekt, flere arbeidsledige, dårligere boforhold, og lavere utdanningsnivå. Innvandrere som gruppe er derfor spesielt utsatt for en rekke risikofaktorer knyttet til lav sosioøkonomisk status. Flere risikofaktorer gjør innvandrere mer utsatt for psykiske helseplager. Det kan være opplevd rasisme, ekskludering, identitetsproblemer og stress knyttet til møte med en ny og ukjent kultur, og manglende sosiokulturell integrasjon (Folkehelseinstituttet, 2007). Innvandrere som trekker seg tilbake fra det norske storsamfunnet, eller de som assimileres inn i det norske storsamfunnet uten å ta vare på sine egne kultur- tradisjoner, har flest psykiske helseproblemer. Flyktninger har økt forekomst av posttraumatisk stresslidelse, angst og depresjon (Folkehelseinstituttet, 2007).

De fleste undersøkelser finner at innvandrere er noe mindre tilfredse med livet enn majoritetsbefolkningen, og i tillegg er de mer utsatte for mer negative erfaringer følelsesmessig (Barstad, 2017b; Barstad, 2018). Flertallet av undersøkelser om psykisk helse i Norge har funnet at innvandrere er en gruppe som er utsatt (Abebe, Lien & Hjelde, 2014; Vrålstad & Wiggen, 2017). Den gruppen som har dårligere psykisk helse enn majoritetsbefolkningen er særlig innvandrere fra lavinntektsland (Barstad, 2018). Det som er særlig utslagsgivende for tilfredsheten er nedsatt funksjonsevne på grunn av helseproblemer, samt økonomi. Opplevelsen av diskriminering eller forskjellsbehandling samt problemer med språket er andre faktorer som forklares med at innvandrerne har noe lavere subjektiv livskvalitet enn majoritetsbefolkningen (Barstad, 2018).

I de siste årene har innvandreres helse blitt betydelig forringet, og migrantene ender opp som sykere (Aambø, 2020). En slik utvikling kan best forklares ved den økte allostatisk belastningen som innvandrere utsettes for, altså den samlede slitasje på ulike organsystemer som følge av stresset ved å skulle tilpasse seg en ny kultur og et nytt samfunn. I tillegg kommer utfordring til det å måtte forholde seg til uvante omgivelser og uvant klima, vanskene ved å skulle tilegne seg et nytt språk, uvante og til dels ukjente kulturelle praksiser og forventninger, utfordrende møter med nye organisasjonsformer og institusjoner og, ikke minst, diskriminering. Blant dem som opplever å ha blitt diskriminert er

det over dobbelt så mange som rapporterer om psykiske problemer som blant dem som ikke opplever diskriminering (Kjøllestad, 2016; Aambø, 2020).

2.2 Barrierer

Økningen i antall eldre og personer med migrantbakgrunn har de siste årene vært to av de mest markante endringene både i Norge og internasjonalt (Debesay, 2022). Dette vil medføre stor betydning for helse- og omsorgstjeneste og vil kreve økt kompetanse av helsepersonell. På samme tid er det på det rene at personer med minoritetsetnisk eller migrantbakgrunn har lavere bruk av deler av helsetjenesten enn hva majoritetsbefolkningen har, og de opplever barrierer og utilstrekkelig hjelp i møte med helsepersonell (Debesay et al., 2019; Debesay, 2022). På den andre siden rapporterer flere helsearbeidere om usikkerhet og begrenset kompetanse til å kunne yte helsehjelp som er kultursensitiv. Utfordringene kan skape utgangspunkt for mistillit mellom pasientene og helsepersonellet (Huslage et al., 2021). Tillitt til helseinstitusjonene må derfor være en viktig helsefaglig og politisk målsetting, slik at minoritetsetniske pasienter kan møtes med relevant kompetanse og bedre tilpassende tjenester (Debesay, 2022). Helsetjenesten har en utfordring i flerkulturelle samfunn, og det er behov for et helsetilbud som er som er fortrolig med folkelig sykdomsforståelse og i møte med pasientenes kulturelle bakgrunn (Nergård & Vitebsky, 2019). Hvis de ikke er det, kan de bidra til feiltolkning av sykdomsbilder og ufølsomme behandlingsstrategier. De største hindringene for minoritetspasienters adgang til gode helsetjenester viser seg å være språkbarrierer, ulike forståelser av sykdom og behandling, mangel på kjennskap til helsevesenet og negative holdninger blant ansatte ved helseinstitusjonene (Priebe et al., 2011; Debesay, 2022).

Også i Alpers (2017) doktoravhandling fant hun at helsepersonell generelt opplever å ha utilstrekkelig kompetanse i møte med etniske minoritetspasienter. Resultatene tyder på at det er flere konkrete områder der helsepersonell har manglende kompetanse, og et av disse områdene er i møte med andre sykdoms- og behandlingsfilosofier enn den biomedisinske. Helsepersonell som deltok i studien, rapporterte at de har utilstrekkelig kunnskap på dette området. Blant annet kan det oppleves krevende når pasienter har en annen årsaksforklaring på sykdommer enn det som er vanlig innenfor biomedisinen. Måten sykdom og behandling

oppfattes på er påvirket av kultur, og fordi slike oppfatninger er dypt integrert i det enkelte individ og svært vanskelig å endre, har det stor betydning at helsepersonell har kunnskap om dette og etterspør pasientenes forklaringsmodeller (Alpers, 2017). På individnivå finnes betydelige forskjeller både når det gjelder og graden av tilpasning til det norske samfunnet og helsekompetanse. Dette medfører at helsearbeidere møter et mangfold som det ofte kan være vanskelig å forholde seg til (Aambø, 2020).

Det er et økende behov for tolketjenester i helse- og omsorgssektoren, og på samme tid er det et underforbruk av tolk i helsetjenesten (Le et al., 2013). En kvalitativ studie blant pasienter med innvandrerbakgrunn og helsepersonell viser mangler i rutiner for å kvalitetssikre helsepersonells tolkebruk samt deres vurdering av tolkebehovet (Le et al., 2013). Studien avdekker at det norske helsevesenet har vansker med å tilpasse tjenestene til den del av befolkningen som i varierende grad eller ikke i det hele tatt behersker norsk. Det framgår at helsepersonellens erfaringer viser at pasienten ikke sjelden behersker norsk mye dårligere enn hva helsepersonell først trodde, og når man er syk og bekymret forstår man enda mindre (Le et al., 2013). Med bakgrunn i dette kan det derfor være en utfordring å tilby likeverdige helsetjenester til pasienter med varierende norskerferdigheter og med en annen kulturell bakgrunn.

2.3 Funn fra India

En kvalitativ og kvantitativ studie ble gjennomført blant innbyggerne i en landsby i India for å kartlegge helseatferd og årsaksforklaringer ved sykdom (Larsen & Andersson, 2007). En vanlig holdning var at det finnes behandling for enhver type sykdom. Dersom en person ikke ble frisk, skyldtes det at sykdomsårsaken var en annen enn først antatt, og pasienten ville dermed trenge annen behandling. Studien avdekket fire årsaksforklaringer som var særlig vanlige og som dermed påvirket helseatferd: balanse mellom hete og kulde, forhekselse (det onde øyet), onde ånder og påvirkning fra universet (Larsen & Andersson, 2007).

Studien avdekket at både forebyggende og behandlingssøkende helseatferd styres i stor grad av forestillinger om årsak til sykdom. Ut ifra vestlige begreper viste informantene liten interesse for å forebygge sykdom, de uttrykte nærmest et fatalistisk syn på muligheten (Larsen & Andersson, 2007). Med utgangspunkt i sine egne årsaksforklaringer hadde de

imidlertid mange forebyggende tiltak. De sørget eksempelvis for balanse i kroppens kontakt med hete og kulde, beskyttet omgivelsene mot forheksede øyne ved å tegne med kullstift rundt småbarnas øyne, og de bandt «antra» på kroppen til barn for å beskytte mot påvirkning fra universet og mot onde ånder. Disse prinsippene ble også brukt ved behandling av sykdom., og type behandling var blant annet avhengig av tidligere erfaringer og symptombylde. Her hjemme er det derfor viktig å være oppmerksom på at pasienter i gitte tilfeller vil handle ut fra sin tidligere sykdomsforståelse. Denne forståelsen er en del av folks virkelighetsbylde, overlevert gjennom generasjoner. Å skulle endre dette er derfor ingen enkel oppgave, og hvorfor skulle de stole mer på en utenforstående helsearbeider? Dette understreker nødvendigheten av å respektere pasientens forståelse for å oppnå godt samarbeid og god etterlevelse av legens tiltak og råd (Larsen & Andersson, 2007). Studiet konkluderer med at med tanke på fremmedkulturelle pasienter er det en fordel for norske leger å ha noe bakgrunnskunnskap om forståelsesmodellene – slik at misforståelser og konflikter kan motvirkes. Ved å ta hensyn til pasientens kulturelle sykdomsforståelse vil man ha bedre forutsetninger for oppnå god etterlevelse i behandlingen (Larsen & Andersson, 2007).

Dette kapitlet har omhandlet tidligere forskning som har vært relevant for mitt eget studie. Det har vist til forskning gjort på likeverdig helsetjeneste, eller i noen tilfeller, mangler på det. Det har ført til underkapitlet som omhandler forskning og studier rundt ulike barrierer som kan oppstå mellom minoritetspasienter og norsk helsevesen. Jeg har til slutt valgt å ta med en studie fra India som kartlegger helseatferd og årsaksforklaringer ved sykdom. Disse funnene leder til elementer av utfordring dette føre til i samhandlingen mellom pasienter og behandlere i en flerkulturell kontekst.

3 Teori

Teorikapitlet utgjør det teoretiske «bakteppet» som forskeren har til å analysere forskningsprosessen og fungerer i tillegg som verktøy til å analysere data innhentet fra informanter. Johannessen et al. (2021) definerer teori som «en teori er et sett med antagelser om et fenomen» (Johannessen et al., 2021, s.29).

Denne forskningsoppgaven er bygget på en problemstilling som på mange måter har en fot i to ulike disipliner. Problemstillingen tar et utgangspunkt i at noen pasienter har en årsaksforklaring på sykdom som er forankret i kulturelle kontekster. På den annen side ønsker problemstillingen svar på hvordan helsepersonell *opplever*, samt *håndterer* disse møtene. For at sistnevnte skal kunne besvares, krever det at kulturelle sykdomsårsaker blir teoretisk forankret. Dette kapitlet er derfor delt inn i to deler der det første tar for seg *sykdomsårsaker definert i lys av kulturelle ståsted*. Den neste delen legger derimot vekt på *helsearbeiderens kulturelle kompetanse*. I de pasientmøtene som denne oppgaven tar for seg, er det noen ganger helt ulike verdener og virkelighetsforståelser som møtes, noe som teorikapitlet gjenspeiler.

3.1 Sykdomsårsak definert i lys av kulturelle ståsted

I denne første delen vil det bli en gjennomgang av ulike varianter av sykdomsforståelse. Det vil bli lagt vekt på Helman (2007) sin teori som omhandler lekfolks sykdomsforklaring.

Når mennesker flytter fra et land til et annet, har man samtidig også med seg måter å forstå virkelighet på, samt å definere sykdom på (Eriksen & Sajjad, 2020). Migrantenes oppfatninger endres derimot ofte i møte med andre mennesker og deres innstilling til sykdom og behandlingsformer. Det er likevel vanskelig å endre oppfatninger om helse og sykdom i et kort tidsperspektiv, og innvandrerene kan derfor ha svært forskjellig erfaring med sykdom og behandling når de kommer til Norge. Dette kan ha sammenheng med opprinnelsesland, kjønn, alder, økonomi og religion. I Norge kan de møte andre måter å forklare sykdommer eller å tolke symptomer på (Eriksen & Sajjad, 2020). Vestlig skolemedisin bygger på prinsipper om at sykdom er universell. En slik oppfatning forutsetter at meningsforståelsen

og tolkningene ved sykdom er de samme over alt, men virkeligheten er at mennesker tolker sykdom ulikt (Eriksen & Sajjad, 2020).

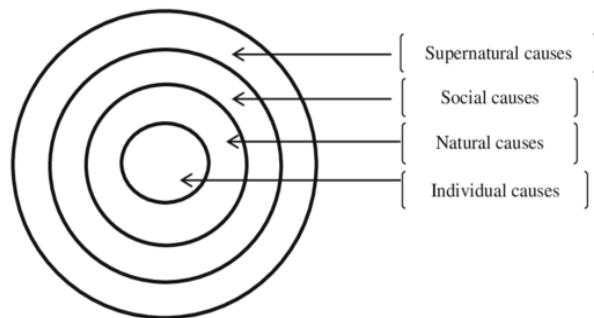
Kulturelle uttrykk for smerte og lidelse, eller oppfattelse om årsakssammenheng som ligger til grunn for sykdom, kan variere kulturelt (Grimen & Ingstad, 2006). Oppfatninger av det å være pasient kan være forskjellig i ulike samfunn til ulike tider. Gjennom å se helse og sykdom med et kulturelt perspektiv vil *mening* være et sentralt begrep. Hva betyr sykdom og helse for de menneskene som er berørte, og hva betyr de for samfunnet? For å finne ut av det må man ofte sammenligne hva som skiller forskjellige oppfatninger om helse og sykdom og hva de har til felles (Grimen & Ingstad, 2006). For å forstå helse og sykdom fra et kulturelt perspektiv må aktørens perspektiv tas alvorlig. Dette gjennom å få fatt på hvordan folk tenker, hvordan de vurderer og hvordan de uttrykker seg, hvilke perspektiver de har på verden samt hvordan de forholder seg til andre (Grimen & Ingstad, 2006).

Sykdomsforklaringer er også beskrivelse av verdenssynet til den syke eller til pårørende (Eriksen & Sajjad, 2020). Disse forklaringene kan hjelpe til å forstå hva som hendte og hvorfor det hendte. Fra vi er små lærer foreldrene barna sine over hele verden om hva som er sykdom, og hva slags behandling som kan og bør benyttes.

Før vi går videre vil jeg stoppe opp ved Hiebert (2008) sine innsikter om hvorfor vårt verdenssyn er så viktig for oss mennesker. Han forklarer det med at verdensbildet tjener en rekke viktige kulturelle og sosiale funksjoner (Hiebert, 2008). Verdenssynet vi har er våre strukturer som gir svar på våre ultimate spørsmål, og det gir oss følelsesmessig trygghet. Stilt overfor en farlig verden full av lunefulle og ukontrollerbare krefter og kriser med sykdom og død, vender folk seg til sin dypeste kulturelle tro for komfort og trygghet. Videre validerer vårt verdensbilde våre dypeste kulturelle normer, som vi bruker til å evaluere våre opplevelser samt og velge handlingsmåter. Det verdensbildet vi har hjelper oss til å integrere i vår kultur, og det overvåker kulturendringer. Når vi stadig blir konfrontert med nye ideer og ny atferd, gir det verdensbilde vi har, oss psykologisk forsikring om at verden virkelig er slik vi ser den (Hiebert, 2008).

3.2 Lekfolks sykdomsforklaring

Legen og antropologen Cecil Helman (2007) grupperer lekfolks sykdomsforklaringer i fire kategorier. Den første kategorien er at sykdommens årsak finnes hos *den enkelte individ*. Den neste er at årsaken finnes *i naturen*. Den tredje forklaringen baserer seg på at årsaken har en forankring i *den sosiale verden*, og den siste kategorien viser til at sykdommens opprinnelse finnes i *den overnaturlige verden* (Helman, 2007).



Kilde: Helman, 2007, s. 134

3.2.1 Årsaken finnes hos det enkelte individ

Denne teorien går ut på at man forklarer sykdom ut ifra at individet selv er ansvarlig for at sykdommen oppstod, ofte fordi man har gjort noe «galt» (Helman, 2007). Denne troen er spesielt utbredt i den Vestlige verden der opphav til sykdom er at man ikke tar godt nok vare på eget kosthold, drikkevaner, røyking, seksuell oppførsel, trening, hygiene eller lignende. Sykdom kan derfor årsaksforklares som et bevis for uforsiktighet, og den lidende burde føle på skyld og skam for å ha forårsaket det. Individet pålegges skyld både av seg selv og fra samfunnet generelt (Helman, 2007). Da denne forskningsoppgavens målgruppe er innvandrere, vil ikke denne kategorien bli utdypet mer. Det er allikevel viktig å nevne den for å kunne forstå helheten i Helmans teori om de fire ulike formene for sykdomsårsak.

3.2.2 Sykdommens årsak finnes i naturen

Her begrunnes sykdomsårsakene både i de synlige, men og i de usynlige omgivelsene (Eriksen & Sajjad, 2020). Eksempler kan være årstidsendringer, klimatiske endringer, astrologiske endringer eller miljøforurensning. Infeksjon grunnet virus, eller allergi på grunn av tilsetningsstoffer i mat, er vanlige forklaringer. Ofte kan asiater forklare sykdommer og plager at det grunnes det kalde klimaet i Norge gjennom at det oppstår en ubalanse i kroppen på grunn av ytre påvirkning (Eriksen & Sajjad, 2020). I noen tilfeller blir kreft

oppfattet som at kroppen blir invadert av en ekstern levende enhet, som vokser og spiser opp kroppen innenfra. Parasittiske angrep utgjør også en del av denne gruppen (Helman, 2007).

3.2.3. Sykdommens årsak finnes i den sosiale verden

Å skyldte på andre mennesker for ens egen sykdom er et vanlig trekk i småskala samfunn, der mellommenneskelige konflikter er hyppige. I noen samfunn er de vanligste formene knyttet opp mot dette hekseri, trolldom og det «onde øyet» (Helman, 2007). Hos alle tre tilskrives sykdom mellommenneskelig ondskap, enten det er bevisst eller ubevisst.

Heksekraft er til dels vanlig i Afrika, og man tror at noen mennesker, vanligvis kvinner, er besatt av en mystisk kraft for å skade andre. Denne kraften er vanligvis en iboende kraft, og arves enten genetisk eller ved medlemskap i en bestemt gruppe. Antropologer har kommet fram til at beskyldninger om hekseri oftere er vanlig i perioder med sosiale endringer, usikkerhet og sosiale konflikter (Helman, 2007).

Trolldom, definert som «kraften til å manipulere overnaturlige hendelser med riktig magisk kunnskap og utførelse av ritualer», er forskjellig fra hekseri. Det er ekstremt vanlig i noen ikke-Vestlige samfunn. Trollmannen utøver sin makt bevisst, vanligvis på grunn av misunnelse eller ondskap. Han eller hun forårsaker sykdom gjennom visse trylleformler, trylledrikker eller ritualer. I noen tilfeller brukes svart magi til å kontrollere oppførselen til andre, som når en kvinne bruker trylleformler for å hindre mannen å forlate henne. Sykdom som er tilskrevet trolldom inkluderer en rekke gastrointestinale tilstander, samt generelle endringer som anoreksi eller vekttap. Trolldom finnes gjerne i samfunn preget av fattigdom, usikkerhet eller fare (Helman, 2007).

Det onde øyet er en annen måte å forklare sykdom og uhell. Dette innebærer en ubevisst skadelig kraft i mennesker som oftest virker gjennom kvinners blikk, og misunnelse er ofte bakenforliggende årsak. Noen tror at det er mulig å beskytte seg med amuletter, ritualer, eller ved å avsi en bønn (Helman, 2007). Også i vestlige samfunn kan denne årsaksforklaringen komme til uttrykk ved at sykdomsopprinnelsen blir plassert hos en annen. I følge Helman er fellesnevneren for disse måtene å forklare sykdomsårsaker på, at selve årsaken finnes *utenfor* dem som rammes, og at de som rammes, i større grad fritas for skyld (Helman, 2007).

3.2.4 Sykdommens årsak finnes i den overnaturlige verden

I slike tilfeller forklares sykdommer som noe som er forårsaket av en direkte handling som er utført av overnaturlige vesener, eksempelvis Gud, ånder, djevler eller forfedre (Helman, 2007). Noen ganger blir sykdom forklart med at det er *Guds straff*. Vedkommende trenger en påminner eller straff for syndig oppførsel. Hvis dette er den bakenforliggende årsaken vil verken egenpleie eller en lege ble ansett som nyttige for å behandle tilstanden. Kun omvendelse og bønn kan kurere synd (Helman, 2007).

I noen kulturer tilskrives sykdom invasjon av lunefulle, ondsinnede *ånder*. I noen afrikanske samfunn, kan *sykdomsbærende ånder* ramme uventet og forårsake en rekke symptomer hos ofrene. Deres invasjon er ikke tilknyttet den enkeltes oppførsel, og han eller hun anses derfor som ulastelig (Helman, 2007). I likhet med virus i den vestlige verden avslører åndene sin identitet gjennom spesielle symptomene de forårsaker, og kan kun behandles ved å drive dem ut av kroppen. Mens slike overnaturlige forklaringer på sykdom som guddommelig straff eller åndebesettelse er mindre vanlige i den industrialiserte verden, er det å skyldes dårlig helse på uflaks, skjebne, stjernene eller Guds handling noe man oftere ser (Helman, 2007). Når noen forklarer sykdom og ulykker som forårsaket av en gud, overnaturlige vesener eller jinn, er det viktig å være klar over at for dem som tror, er dette *verken* merkelig eller unaturlig. Derimot er det rasjonelt, og disse forklaringene inngår i en naturlig del av deres verdensbilde (Eriksen & Sajjad, 2020).

3.3 Medisinsk mangfold

I en kunnskapsverden blir det å behandle symptomer minst like viktig som å behandle deres umiddelbare årsak (Ingstad, 2015). Det er ikke mye hjelp i å stoppe magesmerter hvis pasienten er overbevist om at de skyldes hekseri. I neste omgang vil man da forvente å bli rammet av en annen, og kanskje verre, ulykke. Mange pasienter bruker skolemedisin på symptomer der man har erfart at det hjelper, men går samtidig til den folkelige helbrederen for å behandles for den egentlige årsaken til symptomene. Svart magi og heksetro finnes trolig de fleste steder i verden. En slik sameksistens av ulike tradisjoner innen helse, kalles medisinsk pluralisme eller mangfold (Ingstad, 2015).

Det medisinske mangfoldet er folk bevisste på i kraft av de ulike forklaringsmodellene som legges til grunn når sykdommen rammes. Mangfoldet finnes i samfunnet i form av behandlingstilbud som er mer eller mindre offisielle som den syke kan velge blant. I visse land, som eksempelvis Kina, er det medisinske mangfoldet anerkjent ved at det moderne og tradisjonelle alternativet går hånd i hånd, noen ganger også under samme tak (Ingstad, 2015).

Kleinman (1980) hevder at biomedisinsk (skolemedisin) praksis i større grad må vise en forståelse for pasientens opplevelse av egen lidelse (illness), og at dette må skje i utdannelsen (Ingstad, 2015). I denne sammenhengen er det en fordel å gjøre et analytisk skille mellom «illness» og «disease». Begge ordene kan oversettes med «sykdom» på norsk, og gir derfor en noe upresis framtoning (Eriksen & Sajjad, 2020).

Et nøkkelprinsipp i medisinsk antropologi er dikotomien mellom to aspekter av sykdom: «disease» og «illness». «Disease» refererer til en feilfunksjon i biologisk og/eller psykologisk prosess, mens begrepet «illness» refererer til den psykologiske opplevelsen og betydningen av opplevd sykdom (Kleinman, 1980). «Illness» kan være personlige og sosiale reaksjoner på en primær funksjonsfeil (disease) i individets fysiologiske eller psykiske status (eller begge deler). Selv tanken om «illness» inkluderer kommunikasjon og mellommenneskelig interaksjon, spesielt innenfor konteksten av familien og det sosiale nettverket. Sett i dette perspektivet former «illness» opplevelse av sykdommen (disease). I følge Kleinman er det å skille «illness» fra «disease» er en sentral funksjon i helsevesenet, og det første steget til helbredelse (Kleinman, 1980). «Disease» står derfor for legens perspektiv på sykdommen, altså den medisinske forståelsen og definisjonen av sykdom (Eriksen & Sajjad, 2020). Når legen stiller en diagnose er det fordi det er funnet en sykdom (disease). «Illness» står på den annen side for pasientens reaksjoner og opplevelser av sykdom og plager. Både «disease» og «illness» er kulturelt betinget (Eriksen & Sajjad, 2020).

Når helsepersonell møter pasienter med andre årsaksforklaringer enn hva man finner i biomedisinen, kan måten de reagerer på få implikasjoner for pasientens helse. I tillegg kan det også få konsekvenser for tillitten pasienten har til helsetjenestene. Kulturell kompetanse er derfor et nyttig konsept for å forstå hvordan helsearbeideren best kan være forberedt på å møte minoritetspasienter.

3.4 Kulturell kompetanse hos helsearbeideren

I denne andre delen vil det bli gjort et scenskifte fra sykdomsforklaring til helsearbeiderens kulturelle kompetanse. Her vil Cai (2016) sin begrepsanalyse for helsearbeidere løftet fram, og interaksjon mellom lege og pasient.

Kommunikasjon mellom lege og pasient vil se forskjellig ut i ulike samfunn. I mange samfunn inviterer ikke legen pasienten til noen form for dialog, verken om sykdom eller medisinbruk (Eriksen & Sajjad, 2020). Derimot gir de medisiner og råd uten noen form for samtale. I slike samfunn vil pasientene være vant til at de også i andre sammenhenger kun er passive mottagere av informasjon, eller at de bare repeterer det autoriteter eller leger har sagt. Respekt for dem som har mer kunnskap eller autoritet, uttrykkes ved at man blant annet ikke stiller spørsmål ved det legen sier. Når pasienten er vant til denne kommunikasjonsformen, vil det ofte ta tid å lære seg en annen måte å kommunisere på (Eriksen & Sajjad, 2020).

Det er viktig for helsearbeidere å vite noe om hvordan man tilegner seg kjennskap til pasientenes egne trossystem eller forklaringsmodeller, og hvordan den enkelte pasient tenker rundt sykdom og behandling (Eriksen & Sajjad, 2020). Dette er noe som ikke finnes fasit på i litteraturen, men kunnskap om religion og behandlingsformer og medisinske systemer i de landene pasientene kommer fra, kan være et godt utgangspunkt til å komme i en konstruktiv dialog. Ved å ha noe kunnskap om pasientens bakgrunn viser man i tillegg at man er interessert. I denne sammenhengen menes dialog med en gjensidig utveksling av kunnskap og erfaring, altså en toveis kommunikasjonsprosess (Eriksen & Sajjad, 2020). Helsearbeidere kan, i motsetning til å *gi* informasjon, forsøke å legge til rette for en gjensidig læringsprosess både for egen og pasientens del. Slik kan pasientens ulike forutsetninger, erfaringer, forventninger og kunnskap synliggjøres slik at helsepersonell kan tilpasse informasjonen. Bakgrunnskunnskap vil gi generell kunnskap som kan bidra til at helsearbeideren kan undre seg, stille nye spørsmål og bli litt nysgjerrige (Eriksen & Sajjad, 2020).

3.5 Begrepsanalyse for helsevesenet

Duan-ying Cai (2016) har utviklet en begrepsanalyse for kulturell kompetanse i helsevesenet.

Kulturell kompetanse er et vidt begrep, og Cai har delt det opp i fem undergrupper; kulturell bevissthet, kulturell sensitivitet, kulturell kunnskap, kulturell ferdighet og dynamisk prosess. I sin studie har målgruppen for denne begrepsanalysen vært på sykepleiere. Jeg vil allikevel ta meg den friheten å se hennes analyse i konteksten som gjelder for *alle* helsearbeidere (Cai, 2016).

Kulturell bevissthet refererer til utviklingen av sykepleiernes bevissthet rundt klientenes ulike verdier, tro, normer og livsstil (Cai, 2016). Kulturelle likheter og forskjeller mellom klienter bør anerkjennes, og kulturens innflytelse på helse bør verdsettes. Egne, personlige stereotypier, skjevheter eller antakelser overfor andre kulturer som oppfattes som annerledes bør unngås. Sykepleiere kan bare bedre forstå andre kulturelle gruppers verdier, oppfatninger og praksiser hvis de er klar over sine egne kulturelle verdier, tro og praksis (Cai, 2016).

Kulturell sensitivitet refererer til verdsettelse, respekt og trøst til det kulturelle mangfoldet til klienter (Cai, 2016). Kulturen til hver pasient kan ikke antas å være den samme, og kulturelt mangfold er uunngåelig. Dette mangfoldet bør verdsettes for å oppnå gjensidig læring for felles fremgang. Respekt for kulturelle forskjeller er alltid avgjørende for å gi tilfredsstillende og genuin omsorg for klienter. Både respekt og verdsettelse er basert på å føle seg komfortabel innenfor dette kulturelle mangfoldet (Cai, 2016).

Kulturell kunnskap refererer til oppnåelse av et godt grunnlag om ulike kulturelle grupper for bedre å forstå ulike trosretninger, verdier og atferd hos klienter. Nødvendig kunnskap involverer vanligvis "does" og "don'ts" i samhandling med klienter fra forskjellige kulturer (Cai, 2016). Med en slik bakgrunn kan utilsiktede kulturlovbrudd forebygges og tillit fra klienter etableres. Nøkkelen er i midlertidig forberedelse før møte med klienten.

Kulturell ferdighet er evnen til å utføre kulturelle vurderinger for å samle inn relevante kulturelle data om en klients nåværende helseproblem, samt nøyaktig å inkorporere relaterte data i behandling og tilbud på en kultursensitiv måte (Cai, 2016). Denne ferdigheten er garantert gjennom effektiv kommunikasjon, og riktig bruk av tolk er noen ganger avgjørende for å oppnå gjensidig forståelse. Dessuten bør tilgjengelige og kulturelt passende ressurser

innhentes for å planlegge og tilby tilfredsstillende, trygge og fordelaktige omsorgstjenester (Cai, 2016).

Dynamisk prosess er også en av viktige egenskaper ved kulturell kompetanse, og det betyr at sykepleiere *blir* kulturelt kompetente i stedet for å *være* kulturelt kompetente gjennom ulike klientmøter (Cai, 2016). Kultur, som er påvirket av mange variabler, har en dynamisk karakter, og dermed kan ikke kulturell kompetanse være en statisk situasjon. Folk uttrykker følelsene sine, manifesterer lidelsene sine og tolker symptomene og bekymringene sine på forskjellige måter på grunn av kulturelle ulikheter. Helsearbeidere kan ikke antas å ha tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter til å yte tjenester som er kulturelt tilpasset hver klient. Derfor kan kulturell kompetanse gradvis utvikles gjennom løpende innsats for å gi omsorg etter klienters kulturelle kontekst. Sykepleiere kan bare lære av ulike kulturelle grupper for å være kulturelt dyktige i helsetjenester gjennom denne tilnærmingen (Cai, 2016).

3.6 Interaksjon mellom lege og pasient

Helman har skissert noen av de han mener er potensielle forskjellene i medisinske og lekmannsperspektiver på dårlig helse - mellom «disease» og «illness» - og noen av problemene som dette kan forårsake (Helman, 2007). Helman foreslår seks hovedstrategier for å håndtere disse problemene: Det første er å forstå lidelse "illness". Den neste strategien er forbedre kommunikasjonen, og den tredje er økende refleksivitet. Deretter løfter han fram behandling av "illness" og "disease". Den femte strategien handler om å respektere mangfold, før han avslutter med vurdering av kontekstens rolle (Helman, 2007).

Vel så mye som å søke etter diagnose, burde legen prøve å oppdage hvordan pasienten og de rundt ser på årsaken, betydningen og prognoser (Helman, 2007). Pasientens emosjonelle reaksjon (som frykt, skyld, skam, usikkerhet eller sinne) er også relevant for legen i tillegg til de fysiske data som må innhentes.

Det er viktig at diagnosen som legen presenterer *gir mening* for pasienten. Dette også med tanke på pasientens eventuelle egen årsaks beskrivelse. Legen bør respektere pasientens tolking og erfaring med sin egen lidelse (Helman, 2007). Interkulturell kompetanse innebærer

evnen til å kommunisere passende og hensiktsmessig i en gitt situasjon med andre mennesker med andre forutsetninger (Dahl, 2017). Det krever adekvat kunnskap, passende adferd og moralske holdninger. Nøkkelen til en god kommunikasjon er gjensidig tillitt mellom begge parter (Dahl, 2017).

Suksessfull doktor-pasientkommunikasjon er ikke egentlig mulig uten økt selvbevissthet (refleksivitet) fra doktorens side i møte med pasienten. Dette være seg enten ved å stille en diagnose eller foreskrive behandling, så bør legen reflektere rundt sin egen rolle, sosiale bakgrunn, kultur, erfaringer og profesjonelle makt ol. (Helman, 2007). Det er viktig å understreke at det er vanskelig å skulle forstå et annet menneskes indre tanker, motivasjon og tro hvis man ikke fullt ut forstår sin egen.

Medisinsk behandling bør aldri bare omhandle fysiske abnormiteter eller funksjonsfeil (Helman, 2007). De mange dimensjonene av lidelser - emosjonelle, sosiale, atferdsmessige, religiøse - bør også behandles med adekvat forklaring og trygghet i termer som gir mening for pasientene og de rundt dem. Når nødvendig bør behandling bli delt med psykoterapeut, prest, sosialarbeider ol. På denne måten kan alle dimensjoner av pasientens lidelse behandles, så vel som enhver fysisk sykdom (Helman, 2007).

Leger må erkjenne at den vestlige medisinske modellen for dårlig helse ikke er den eneste tilgjengelige. De må erkjenne at det finnes mange andre måter, over hele verden, som tolker menneskelige lidelser, og mange forskjellige måter å lindre den på. Noen av disse har klare fordeler i forhold til den biomedisinske modellen, selv om andre ikke har det.

Dette innebærer også å se biomedisin i proporsjon - som bare en del av et verdensomspennende system for pluralistisk helsevesen (Helman, 2007).

3.8 Kunnskap om pasienters forklaringsmodell

Forsker og professor i medisinsk antropologi, Benedicte Ingstad, mener at samfunnsforskere må trekkes inn i klinisk undervisning, og at legene må trenes opp til å fange opp pasientenes forklaringsmodell på egen sykdom (Ingstad, 2015). Dette vil sette legen i stand til å forholde seg både til diagnose (disease) og lidelse (illness). Ingstad hevder at det vil føre til mer effektiv behandling, mer hensiktsmessig planlegging og bedre oppfølging av medisinske

regimer (Ingstad, 2015). Hun viser videre til at det hersker en utbredt tverrfaglig enighet i at modellen til Kleinman vedrørende illness og disease kan være et nyttig verktøy i forståelsen av kulturelle faktorer i pasient-lege-forholdet.

3.9 Bruk av tolk

I den nye tolkeloven (2022) står det i §1 første ledd at «loven skal bidra til å sikre rettssikkerhet og forsvarlig hjelp og tjeneste for personer som ikke kan kommunisere forsvarlig med offentlige organer uten tolk.» (Tolkeloven, 2022, §1). Videre står det i §4 at «offentlige organer skal ikke bruke barn til tolking eller annen formidling av informasjon» (Tolkeloven, 2022, §4). Her kan unntak kun gjøres i nødsituasjoner eller der det ut ifra barnets hensyn og de øvrige omstendighetene anses forsvarlig. I §6 står det at offentlige organer skal bruke tolk når det er nødvendig for å yte forsvarlig hjelp og tjeneste, eller for å ivareta hensynet til rettssikkerhet. I vurderingen av om bruk av tolk er nødvendig, skal det vektlegges om samtalepartene kan kommunisere forsvarlig uten tolk, og på sakens alvorlighet og karakter (Tolkeloven, 2022, §6).

Det finnes i tillegg et krav på å bruke kvalifiserte tolker. I §7 står det at når et offentlig organ har plikt til å bruke tolk, skal det brukes kvalifisert tolk, dersom det er nødvendig med bruk av tolk for å ivareta hensynet til rettssikkerhet eller for å yte forsvarlig tjeneste og hjelp (Tolkeloven, 2022, §7). Videre forklares det i loven av med kvalifisert tolk menes en tolk som er oppført i Nasjonalt Tolkeregister (Tolkeloven, 2022, §7).

Teorikapittelet har, som beskrevet innledningsvis, bestått av to deler. I kapittelets første del ble Helman (2007) sin teori om lekfolks årsaksforklaring presentert. I denne delen ble det også vist til betydningen for mennesker å ha et verdensbilde, og hva det innebærer. I kapittelets andre del ble det satt søkelys på helsearbeiderens kulturelle kompetanse, der Cai (2016) og hennes begrepsanalyse for kulturell kompetanse i helsevesenet, vektlagt. Til sist ble den nye tolkeloven (2022) presentert. Der ble viktigheten av å bruke tolker for å ivareta rettssikkerheten eller for å yte forsvarlig tjeneste og hjelp, presisert. Dette gjelder til personer som ikke kan kommunisere forsvarlig med offentlige organer uten tolk.

4 Metode

Kapittelet redegjør for den metodiske tilnærmingen dette studiet bygger på. Ordet metode betyr opprinnelig «veien til målet». Det er viktig at innholdet og målet med studiet på forhånd er fastlagt, slik at gjennomtenkte metodevalg kan prege studiens ulike faser (Kvale & Brinkmann, 2021). Følgende vil jeg diskutere mine metodiske valg i lys av målet med forskningen min.

4.1 Kvalitativ intervjumetode

Med utgangspunkt i min problemstilling: Hvordan helsepersonell opplever møter med pasienter som har kulturelle forklaringer på sykdommen og hvordan blir disse møtene håndtert? vil en kvalitativ tilnærming være mest hensiktsmessig. Et viktig mål med kvalitative tilnærminger er å oppnå forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fyldige data om situasjoner og personer (Thagaard, 2018). Kvalitativ metode er særlig hensiktsmessig når det skal undersøkes fenomener som det er lite forsket på og som man ikke kjenner særlig godt (Johannessen et al., 2021). Kunnskap om helsepersonell sin erfaring med pasienter som har en kulturell og religiøs forklaring på sykdom er begrenset, spesielt i norske sammenheng. Kvalitativ metode er derfor et hensiktsmessig metodisk verktøy for denne forskningen. Mitt mål er å forske i hvordan helsepersonell opplever samt håndterer møter med pasienter som har en kulturell eller religiøs forklaring på egen eller barns sykdom. Dette studiet er basert på dybdeintervju av sju helsepersonell ansatt i norsk helsevesen.

4.2 Vitenskapsteori

4.2.1 Hermeneutikk

Den vitenskapsteoretiske tilnærmelsen i dette studiet vil være Gadammers hermeneutikk. Hermeneutikk er en vitenskapsteori som omhandler forståelse (Krogh, 2014). Den betegner en tradisjon av teorier om fortolkning og forståelse (Thomassen, 2007). Gadammers kanskje viktigste teorier handler om fordommer og forståelser (Krogh, 2014). Ingen forståelse starter fra nullpunktet, fordi enhver forståelse forutsetter en annen, forutgående forståelse som

Gadamer kaller *fordom* (Krogh, 2014). I denne sammenheng har ikke dette begrepet et negativt fortegn. Det er kun på bakgrunn av en forståelse som vi allerede besitter, at vi kan gripe en mening, for uten noen forforståelse vil man være helt uforstående til alt nytt som møter oss (Thomassen, 2007).

Våre fordommer og vår forforståelse utgjør en helhet som vi aldri være oss helt bevisst (Krogh, 2014). Vi kan aldri ha et kritisk forhold til summen av våre egne fordommer fordi den samlede mengden vil være enorm. Dette kalles *forståelsens horisont*. Denne horisonten kan endre seg, og det skjer gjennom at den stadig utvikles og at nye momenter kan dukke opp i horisonten vår. Horisontinnholdet er ikke først og fremst individuelt, men det dreier seg i hovedsak om *delte* forutsetninger og forutsetninger som er *felles* for medlemmer av en bestemt kultur (Krogh, 2014). Gadamer utviklet Den hermeneutiske sirkel, som er et forhold mellom *to horisonter*, og forståelse innebærer at begge de to horisontene nærmer seg hverandre i en *horisontsammensmeltning* (Krogh, 2014). Den hermeneutiske sirkelen viser «hvordan forståelsen utvikler seg gjennom en stadig bevegelse frem og tilbake mellom *helhet* og *del* i det materialet vi søker å forstå» (Thomassen, 2007).

4.2.2 Hermeneutikk i forskning

Som fortolkningslære har hermeneutikk en sentral plass i kvalitativ forskning (Krogh, 2014). Det kan da legges til grunn at den hermeneutiske vitenskapsteori vil være passende briller å ha på seg når en forsker på møter mellom pasient og helsepersonell. Min bakgrunn som tolk, og lang erfaring med asiatiske tenking og levemåte, vil kunne påvirke min forståelse og analyse av deltakernes erfaringer. Ved å bruke Gadamers hermeneutiske tilnærming vil det gi en bevisstgjøring av tilegnede fordommer og forforståelse. Videre vil den hermeneutiske sirkelen påminne meg om hvordan forståelsen utvikler seg gjennom helhet og del gjennom oppgavens ulike aspekter. Gjennom at egne fordommer konfronteres kan det oppstå en ny forståelse (Drønen et al., 2011). Denne nye forståelse som jeg både har fått gjennom informantintervjuene, teori og tidligere forskning, har vært svært nyttig både for egen forståelse og for studiet i sin helhet.

4.3 Rekruttering av informanter

I studiet ble det gjort strategiske utvalg av informanter ut ifra informanter som har kvalifikasjoner, egenskaper eller erfaringer som er strategiske i forhold til studiets problemstilling og teoretiske perspektiver (Thagaard, 2018). Denne problemstillingen tar for seg hvordan helsepersonell opplever møter med pasienter som har kulturelle forklaringer på sykdom, og hvordan disse møtene blir håndtert. Ved informantutvelgelse ble det derfor hensiktsmessig å kontakte helsepersonell som er selve målgruppen i studiet. Det blir brukt variasjonsutvelgelse ved valg av informanter da det er ønskelig å fange opp ulike erfaringer, argumenter, oppfatninger og perspektiver rundt dette temaet. Dette vil bli gjort grundigere rede for i avsnittet som omhandler reliabilitet.

Det viste seg å være lettere å rekruttere enn først antatt. På forhånd var det antatt at ville være utfordrende for informantene å organisere tid til et forskningsintervju, men de aller fleste som ble kontaktet, gav positiv respons. Alle informantene ble kontaktet via mail der de fikk informasjonsbrev og samtykkeerklæring. Forskeren hadde noe kjennskap til noen av informantene fra før, men ingen privat, mens andre var helt ukjente. Noen ble endatil rekruttert gjennom informanter som etter å ha blitt intervjuet foreslo andre i sitt nettverk som kunne tenkes å være interessert. I alt fire av syv informanter foreslo på eget initiativ andre kolleger som kunne forespørres til å være informant i dette studiet. Dette tolker jeg som at informantene mente problemstillingen er høyst aktuell, og at de fikk en positiv opplevelse av intervjusituasjonen.

Til sammen består informantene av syv personer; en overlege, tre fastleger, en lege i forsvaret, en ansatt som interkulturell veileder på et norsk sykehus, og en helsesykepleier. Blant disse var det fem kvinner og to menn. Selv om selve rekrutteringen tok kortere tid enn forventet, ble intervjuene fordelt på en hel måned. Dette fordi informantene måtte finne ledige tidspunkt i en travel hverdag.

4.4 Forskningsintervjuet

Utformelsen av forskningsintervjuet vil bli delvis strukturert der temaet er i hovedsak fastlagt på forhånd, men rekkefølgen bestemmes underveis. Strukturen for denne intervjumetoden er fleksibelt, noe som gjør at spørsmålene til intervjupersonen kan tilpasses, og spørsmål som ikke var planlagt i forkant kan også inkluderes underveis i intervjuet (Thagaard, 2018).

Før intervjuet ble informantene spurt om hvor de foretrakk å ha selve intervjuet, og de fleste ønsket å ha det på sitt kontor. Informantsamtalen ble tatt opp på lyd, men ingen notatskriving underveis gjorde det letter å være konsentrert rundt innholdet i samtalen. Varigheten på samtalene varierte fra 20 til 50 minutter. Ikke under noen av intervjuene var det forstyrrelser eller komplikasjoner som påvirket lydopptaket.

4.5. Transkribering

Gjennom transkribering blir intervjusamtalene strukturert og på denne måten klargjøres for analyse (Kvale & Brinkmann, 2021). Transkripsjon fra lydopptak til tekst er forbundet med tolkningsmessige problemstillinger som må tas. Spesielt gjelder dette angående ordrett talespråk versus stil på skriftspråket. Bør de muntlige uttalelsene transkriberes ordrett med registrering av alle «hm», «eh» og pauser, eller bør det omskrives til en lettlest utgivelse av det informantens forteller? (Kvale & Brinkmann, 2021) Siden denne studien ikke er en detaljert språklig analyse, har valget falt på en strategi der transkripsjonen er tro mot alt det informanten sier, men der ikke pauser og «hm» er registrert. Kort tid etter hvert enkelt intervju ble derfor lydopptakene avspilt og transkribert av meg selv. Dette bidro til at det var mulig å gjennomgå det foregående intervjuet mens det ennå var ferskt, og muligens omjustere intervjuguiden før neste intervju.

4.6 Tematisk analyse

I studiet vil det bli brukt tematisk analyse. Denne analyseformen innebærer å se etter temaer i dataene, og der målet er å gruppere svarene i mer generelle kategorier som til sammen svarer på forskningsspørsmålet (Johannessen et al., 2021).

Den tematiske analysen består av fire faser. Første fasen omhandler *forberedelse*. Her ble alle data skaffet til veien gjennom utskrift av alle de ferdig transkriberte intervjuene, der alle ble merket med pseudonymer i stedet for informantens navn. På denne måten var det lett å få oversikt over all innsamlet data. Den andre fasen er *koding*, og i denne fasen ble alle data grundig lest. Jeg valgte å framheve viktige poeng og utsagn ved å skrive i marginen. I tillegg markerte jeg ord, setninger eller avsnitt med ulike markeringsfarger, der hver farge

representerte en kode. Eksempelvis kunne blå bety interessante refleksjoner som informanten kom med, eller gul betydde utsagn som kan siteres. Denne teknikken gjorde at viktige data ble tydelig framhevet og godt tilrettelagt for neste fase.

Analysens tredje fase er *kategorisering*. I denne fasen skal alle data sorteres i mer generelle tema. Mens det i den forrige fasen ble zoomet inn på detaljene i materialet, skal det nå zoomes ut for letter å se hvordan dataene kan settes sammen til en helhet (Johannessen et al., 2021). Denne fasen var etter min mening den mest utfordrende, da dataene kunne kategoriseres på mange ulike måter. Videre måtte det konkluderes med hvilke tema som skulle analyseres, og hvilke data som skulle under hvilket tema. Gjennom hele skriveprosessen har jeg hatt problemstillingen lett tilgjengelig slik at det har vært mulig å kaste et blikk på den for å minne meg selv på hva det er som skal svares på. I kategoriseringsprosessen var det til stor hjelp, og etter hvert ble det tydelig for meg hvilke tema som måtte bli sentrale. Rapportering er siste fase i den tematiske analysen. Nå skal alle temaene og deres innhold rapporteres (Johannessen et al., 2021). Denne siste delen av analysen gikk veldig godt. En ryddig og god struktur i de første tre delene var til stor hjelp, og jeg fikk her «skrevet fram» temaene som jeg mener svarer til studiets problemstilling. Her ble det vektlagt at presentasjonen skulle være både grundig og nyansert.

En naturlig og strukturell sammenheng går som en rød tråd gjennom oppgaven. For å skape en god sammenheng er det lagd innganger og utganger i hvert kapittel gjennom å fortelle leseren hva som skal komme og hvilken funksjon den har i helheten (Furseth & Everett, 2020). I slutten av hvert kapittel blir innholdet kort oppsummert. Krysshenvisninger mellom kapitlene er i tillegg med å skape sammenheng mellom oppgavens ulike deler (Furseth & Everett, 2020).

4.7 Reliabilitet og Validitet

Et grunnleggende spørsmål i all forskning er hvor pålitelige dataene er (Johannessen et al., 2021). Reliabilitet, som betyr pålitelighet, knytter seg til nøyaktigheten til forskningsdata, hvilke data som benyttes, måten de er samlet inn på, og til sist måten de blir bearbeidet på. For å oppnå høy reliabilitet må uavhengige målinger kunne gi tilnærmet identiske resultater, og en høy måloppnåelse må de ulike leddene i prosessen være frie for unøyaktigheter

(Halvorsen, 2011). Forskeren åpnet for at informanten selv kunne legge føringer for når og hvor intervjuet skulle finne sted. På denne måten kunne alt ligge praktisk til rette for at konteksten passet informanten, noe som også gjorde at informanten kunne snakket åpent og utvunget. I fem av tilfellene ønsket informanten å ta å intervju på hans eller hennes kontor, i et tilfelle hjemme hos informanten, og i et tilfelle i et samtalerom på et bibliotek. Alle lokasjonene var godt egnet til intervju og hadde liten eller ingen grad av støy som kunne forstyrre.

Som tidligere nevnt under 5.3 ble det innhentet data fra helsearbeidere som har ulike stilinger i helsevesenet, og ikke bare fra én yrkesgruppe. En form for triangulering kan innebære bruk av et bredt spekter av informanter (Shenton, 2004). Dette er en måte å triangulere via datakilder. Her kan individuelle synspunkter og erfaringer verifiseres mot andre, og til syvende og sist kan et rikt bilde av holdningene, behovene eller oppførselen til de som er under gransking konstrueres basert på bidragene fra en rekke mennesker.

I tillegg til vektlegging av reliabilitet, må dataene i tillegg være valide, eller relevante, for problemstillingen. En utfordring kan eksempelvis være hvis de innsamlede dataene dersom de er innsamlet av andre, og til et annet formål enn det denne studien har (Halvorsen,2011). I denne studien ble alle data innsamlet av forsker, der også intervjuguiden ble utarbeidet med den hensikt å få data som er mest mulig relevante for problemstillingen. I samfunnsvitenskapene dreier validitet seg om hvorvidt en metode egnet til undersøkelsen med grunnlag i hva som skal undersøkes (Kvale & Brinkmann, 2021).

For å tilrettelegge til overførbarhet er det gitt tilstrekkelig detaljer om konteksten til feltarbeidet til at leseren kan avgjøre om det rådende miljøet ligner en annen situasjon han eller hun er kjent med, og om funnene med rette kan brukes på en videre forskning (Shenton, 2004). Selv om en fullstendig oppnåelse av pålitelighetskriteriet er vanskelig i kvalitativt arbeid, har jeg som forsker strebet etter å gjøre det mulig for en fremtidig etterforsker å gjenta studien.

4.8 Forskningsetikk

Forskningsetikk består av flere grunnleggende normer som har blitt utviklet over tid og

forankret i det internasjonale forskerfellesskapet (NESH,2021). I all vitenskapelig forskning er sannhetsnormen ufravikelig. Faktorer som sannhetsforpliktelse, sannhetssøken, ærlighet og redelighet er en forutsetning for forskningens pålitelighet og kvalitet (NESH,2021). Et kunnskapsbasert, demokratisk og velfungerende samfunn er avhengig av forskning som en kilde til pålitelig kunnskap. Alle som utfører forskning, har ansvar for å ivareta forskningsetikk (NESH,2021).

NESHs retningslinjer er utviklet samfunnsvitenskapelig og humanistisk forskning, og retningslinjene gjelder for all forskning i privat eller offentlig regi. Retningslinjene består av fem deler som angir forskjellige forskningsetiske prinsipper: Det første er **forskerfellesskapet**. Forskere har et kollegialt ansvar overfor hverandre, og de skal behandle hverandre med respekt og anerkjennelse. De skal bidra til å bygge faglige fellesskap som preges av åpenhet, saklighet og kollegialitet. All teori skrevet av andre forskere som er framlagt i oppgaven har tydelige referanser og kildehenvisninger. Det skal ikke herske noe tvil om hva som er inspirert fra andre forskere og hva som er egne refleksjoner (NESH,2021).

Det andre er **hensyn til personer**. Forskere har ansvar overfor alle personer som deltar eller inngår i forskningen. Videre skal forskere respektere deres personlige, integritet, sikkerhet og velferd. Et forskningsetisk hovedprinsipp er informert samtykke til å delta i forskning. Samtykket skal være informert, frivillig og utvetydig, samt dokumenterbart. Noen grupper har lovpålagt taushetsplikt da de gjennom fortrolige situasjoner får tilgang til informasjon, eksempelvis i relasjon mellom lege og pasient (NESH,2021). Informantene som var deltagere i denne oppgaven, jobber som helsearbeidere og er underlagt streng taushetsplikt. Alle eksemplene om møtet mellom informantene og pasientene er derfor anonymisert, og det vil ikke være mulig å spore tilbake til enkeltpersoner. Det neste punktet er **grupper og institusjoner**. Sårbare og svakstilte grupper kan ha særdeles behov for beskyttelse, og det kan være nødvendig å ta spesielle hensyn i forskning på tvers av kulturer. Forskere må beskytte sårbare og svakstilte gruppers interesser og integritet. Det fjerde retningslinjen som NESH viser til, er **oppdragsgivere, finansører og samarbeidspartnere**. Forskere har forpliktelser overfor samarbeidspartnere, oppdragsgivere og finansører. Alle aktører innen forskning må beskytte forskerens uavhengighet mot styring og press. Det siste er **forskningsformidling**. Forskere har ansvar for å formidle vitenskapelige resultater, holdninger og arbeidsmåter fra egen og andres forskning, til resten av samfunnet. Et viktig mål er å

styrke individuell ytringsfrihet og autonomi, samt å bidra til en opplyst offentlig samtale (NESH,2021).

4.8.1 Etikk i forskning

I forkant av intervjuene ble det innhentet godkjenning fra Sikt for vurdering av behandling av personopplysninger. Godkjenning og kommentar fra Sikt er lagt ved som vedlegg (vedlegg 1). Det stilles i henhold til Personopplysningsloven, krav til samtykke (Johannessen et al., 2016). Hvis enkeltpersoner kan identifiseres, må de samtykke for at de kan delta i undersøkelsen. Samtykkeskjemaet ble sendt til alle informanter før intervjuet tok plass. Skjemaet er vedlagt (vedlegg 2).

Ifølge forvaltningsloven er all informasjon som kan føre tilbake til enkeltpersoner, taushetsbelagt (Johannessen et al., 2021). Alle resultater fra forskningsprosjektet som inneholder personopplysninger, blir derfor formidlet i anonymisert form. I oppgaven vil det bli lagd pseudonymer slik at det ikke vil være mulig å spore informasjonen tilbake til informanten. Samtlige informanter ble informert om at det er frivillig å delta, samt at de når som helst kan trekke seg. Det ble skriftlig formidlet i informasjonsbrev de fikk i forkant av intervjuet (vedlegg 3).

Det finnes imidlertid noen utfordringer knyttet til informert samtykke i kvalitativ forskning, da det vil være begrensninger til hvor mye informasjon forskeren på forhånd kan gi (Thagaard, 2018). Hvis informasjonen blir for detaljert, kan det påvirke informantens atferd. Eksempelvis kan prosjekter som forsker på hvordan lærere forholder seg til gutter og jenter i klassen, og eventuelle forskjellbehandlinger. Hvis lærerne får detaljert informasjon på forhånd, kan dette være med å påvirke lærernes svar, og konsekvensen kan bli at forskeren får lite eller feil informasjon om hvordan læreren vanligvis håndterer dette temaet (Thagaard, 2018). I mitt forskningsarbeid valgte jeg kun å oppgi informasjon rundt tema og problemstilling på forhånd slik at informanten kunne vurdere om vedkommende hadde informasjon som kunne være nyttig i denne type forskning, samt om han eller hun kunne ta stilling til om det fra deres side var ønskelig å delta.

4.8.2 Insider eller outsider som forsker

Som nevnt i innledningen har jeg mange års bakgrunn fra asiatiske samfunn der jeg har fått et nært innblikk i verdensbilde og tenkemåte. Denne kunnskapen har jeg tilegnet meg

gjennom å stifte familie der, men også gjennom tette vennskap og kollegieskap med lokalbefolkning. Dette har gjort at jeg på mange måter har blitt identifisert som en av gruppen, men allikevel ikke, på grunn av mitt vestlige utseende. Når jeg nå velger å forske i et tema som omhandler minoritetsbefolkning i møte med norsk helsevesen, vil jeg på den ene siden kunne innta en insider-perspektiv med bakgrunn i beskrevet kjennskap til minoritetsgrupper. Insiderforskning refererer til når forskere utfører forskning med populasjoner de også er medlemmer av slik at forskeren deler identitet, språk og erfaringsbase med studiedeltakerne (Dwyer & Buckle, 2009). En insiderforsker kan øke dybden og bredden i forståelsen av en populasjon som kanskje ikke er tilgjengelig for en ikke-innfødt vitenskapsmann. På den annen side er jeg også en outsider, da jeg verken er minoritet i møte med norsk helsevesen, ei heller noen av de yrkesgruppene som informantene representerer. Det vil allikevel være mulig for meg på noen områder å kunne sette meg inn i begge siders virkelighetsforståelse. Dette er noe jeg har vært bevisst på gjennom hele forskningsprosessen; både i intervju av informanter, og senere når alt skulle skrives ned.

Metodekapittelet har beskrevet metodiske vurderinger og valg som er tatt i denne forskningen. Det er framkommet hvorfor valget falt på kvalitativt forskningsintervju, og det er gjort rede for vitenskapsteori gjennom å presentere Gadammers hermeneutikk. Videre er det redegjort for utvelgelse av informanter, samt selve forskningsintervjuet. Prosessen med transkribering og tematisk analyse er nøye forklart. Det viktige aspektet som omhandler forskningsetikk har fått stor plass i kapittelet, og det er eksemplifisert hvordan etikk er tatt hånd om gjennom hele denne prosessen.

5 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg tematisk presentere funn fra innsamlet datamateriale.

Problemstillingen som ligger til grunn for informantintervjuene, er:

Hvordan helsepersonell opplever møter med pasienter som har kulturelle forklaringer på sykdommen og hvordan blir disse møtene håndtert?

Innholdet i kapittelet reflekterer funn knyttet til innhentede data, og de er strukturert i følgende fire tema:

1. Pasientmøter
2. Helsearbeiderens opplevelse og håndtering
3. utfordringer
4. Løsningsforslag

Som argumentert i metodekapittelet falt valget på å innhente data fra deltagere som jobber innenfor ulike sektorer innen helsevesenet. Gjennom å bruke et bredt spekter av informanter kan individuelle erfaringer og synspunkter verifiseres mot hverandre, og det kan til slutt dannes et rikere bilde av det innsamlet materialet da det er basert på bidragene fra en rekke informanter (Shenton, 2004). For å tydeliggjøre bredden i yrkeserfaringene til informantene, innleder jeg dette kapittelet med en kort presentasjon av informantenes profesjon og bakgrunn. Som tidligere nevnt er alle informantenes navn, grunnet hensynet til personvern, byttet ut med pseudonymer.

«Silje» er utdannet innen medisin og har jobbet på et norsk sykehus siden 1990. Hun har medisinsk embetseksamen, utdanning i infeksjonsmedisin, tropemedisin, og en doktorgrad. Hun har jobbet som lege i Afrika i til sammen 20 år. Nå har hun stilling som overlege på et norsk sykehus. «Rakel» har jobbet som fastlege i ni år i en norsk kommune. I tillegg har hun erfaring fra sykehus og Distriktpsikiatrisk senter, og har totalt jobbet 19 år innen medisinfaget. «Maria» har jobbet som lege i 12 år. Hun har to års legerfaring fra Afrika. I

Norge har hun jobbet på sykehus og som fastlegevikar. Nå jobber hun i forsvaret som sesjonslege, samt på legevakt. «Oscar» er fastlege, og har jobbet som det i 23 år. «Annette» er ansatt som kultur og livssynsrådgiver ved et norsk sykehus, og har jobbet deltid der i seks år. Hun har også vært ansatt som tolkerådgiver. «Johannes» har jobbet som fastlege siden 2012. «Solveig» har jobbet som helsesykepleier i til sammen ti år, men har også erfaring fra barnevernet.

5.1 Pasientmøter

Deltakerne fortalte om sine møter med pasienter som hadde mangfoldig sykdomsforståelse og forventninger og preferanser for behandling. I denne delen vil disse bli presentert slik de kom fram i informantintervjuene.

5.1.1 Sykdom overført fra andre

Silje forteller om en utenlandsk borger som var innlagt med covid-19. Pasienten selv mente han ikke hadde det og trodde det var påført av visse politiske systemer som følge av en global sammensvergelse. Dette selv om han lå på sykehuset og var svært dårlig og nesten ikke kunne puste. Han hadde ikke minoritetsbakgrunn, men han hadde en helt annen virkelighetsoppfatning. Helsesykepleier «Solveig» jobber på en helsestasjon. Hun forteller om en familie hun skulle følge opp der barnet var diagnostisert med en sjelden komplikasjon. Mor og barn lå på sykehuset i lengre tid før de kom hjem. Denne moren forklarte barnets sykdom med at den var påført fra barnets far. Solveig forteller:

Moren snakket veldig om at dette var noe som var helt ukjent i hennes familie, og det var noe pappaen til barnet hadde gitt barnet. Det var akkurat de ordene hun brukte. [Pasient sier] «Det er han som har gitt barnet mitt dette. Det er noe vi ikke har i vår familie». Så hadde hun veldig tro på at det å reise hjem til egen familie og at han skulle bli bedt for, at det ville helbrede ham. Hun kom fra et land i Afrika. Det mor sa da, det var at hun tenkte at det at han var blitt bedt for av hennes familie, og at de hadde vært hjemme, og mor mente det ikke syntes så mye på sønnen mere.

Overlege Silje forteller om en kvinnelig pasient som hun hadde i Afrika som mente at hun ikke kunne få barn fordi hun var utsatt for en forbannelse påført av noen slik at hun var låst

nedentil. Dette gjorde det håpløst og hun trodde hun aldri kunne få barn. Kvinnen kom inn i fødsel og det oppstod foster-stress.

Oscar, som er fastlege, forteller om pasienter som mener de har parasittsykdommer.

Det er en del som har inntrykk av at de føler det er noe inni de som lager alle problemer for eksempel. Det kan være mageplager eller noe, at det er noe dyr inni der. Det kan være vanskelig å motbevise hvis en har bestemt seg for det. Av og til så kan det selvsagt være det, men en sjekker jo ting og tang knyttet til det. Dette er jo noe som jeg vil tro de er vant til som man nesten ikke ser i Norge lengre, og da det norske helsevesenet har lite kompetanse på.

Alle disse eksemplene representerer pasienter med ulik sykdom og diagnose, men som alle forklarer sin egen eller barns sykdom med årsaker som på en eller annen måte er påført de fra andre. Selv om utgangspunktene er forskjellige er fellesnevneren at en selv kan fritas for skyld i sykdommen.

5.1.2 Motvilje mot medisinerer

Informantene hadde ulike erfaringer hvor pasienter av forskjellige årsaker utviste motvilje mot medisinerer.

«Ja, faktisk så hadde jeg en av disse i dag.» sier Oscar da jeg intervjuer ham. Han forteller om en eldre, kvinnelig pasient fra et land i Sørøst Asia:

Det har det vært utfordringer å få henne til å rett og slett ta de medisinene som hun skal. Mye motstand rundt det. Jeg har forståvidt ikke gått inn i hvorfor, men en snakker ofte via pårørende. Hun sluttet å komme, og ble veldig syk. [...] Til slutt så endte det med innleggelse og med store komplikasjoner med ubehandlet sykdom. Det gikk jo greit til slutt.

Oscar forklarer videre at noen pasienter kanskje ikke har tro på vestlig medisin. Det kan eksempelvis være kinesere som gjerne er åpen for å bruke vestlige medisiner, men han har inntrykk av at de gjerne bruker begge deler:

De går her og får litt medisin, men de går og parallelt og får hjelp av andre ting. Det kan være akupunktur eller spesielle medisiner som lages av spesielle ingredienser som de tar ved siden av. Det legger jeg meg heller ikke så mye oppi hvis det ser ut til at de gjør det jeg tenker er bra.

Johannes hadde en pasient som hadde en ganske komplisert fødsel. Hun ble absolutt frarådet å bli gravid på nytt, for det ville sannsynligvis føre til en stor komplikasjon på henne, og i verste fall dødsfall. Legen brukte mye tid på å prøve å få aksept for prevensjon, men det viste seg at i hennes religion er det ikke noe man skal bruke. Fastlegen Rakel har ikke hatt pasienter som direkte har uttrykt en kulturell forklaring på sykdommen, men hun trekker fram et møte med en diabetespasient fra et afrikansk land. Den kvinnelige pasienten ville ikke ta medisiner da hun trodde at Gud skulle ordne dette for henne. Hun gikk til slutt med veldig høyt blodsukker og begynte å få komplikasjoner. Pasienten ble svimmel, uvel og kvalm og fikk dobbeltsyn.

Noen pasienter velger endog å avstå fra behandling mot slutten av livet. Fastlege Johannes forteller om pasienter som uttrykker at «Jeg har levd mitt liv og nå skal jeg til himmelen». Johannes sier:

Du har *det* perspektivet på det, og da er ikke de to ukene ekstra som du kan få hvis du tar alle medisinene som kreftlegen kommer med. De var kanskje ikke så viktige når du har et evighetsperspektiv. Så det opplever en litt, at de forsoner seg, og faktisk avstår fra behandling.

I det første eksemplet tolker jeg det dithen at legen faktisk ikke helt vet hvorfor pasienten lar være å etterleve foreskrevet medisinsk behandling, men at dette ble kritisk for pasienten. De neste eksemplene gjenspeiler hvor mye personlig tro betyr for noen, og at det kan resultere i at man faktisk avstår fra å følge legens anbefaling.

5.1.3 Åndelig forklaring på sykdom

Flere av informantene erfarer pasientmøter der pasienten forstår egen sykdom ut ifra en åndelig forklaringsmodell.

Maria jobbet som lege i Afrika i to år. Hun forteller at der var det veldig mye snakk om heksedoktor og forbannelse og at pasienter hadde blitt syke etter at ting har skjedd. Hun forteller om en av jentene som bodde på barnehjemmet der hun jobbet. Det kom nåler ut av huden hennes og hun hadde så traumatiske og smertefulle opplevelser at hun nesten lå i bro og skrek av smerte. Man antok at årsaken var at fra hun var liten var det tiltenkt at denne jenta skulle bli en eller annen form for heks, og at noen hadde behandlet henne med å stikke nåler i henne, eller om hun måtte svelge de, det var usikkert. Selv om Maria ikke så det selv forteller hun om andre som opplevde at det kom reelle nåler ut av kroppen på henne. Maria avslutter med å si at sånne ting opplevde man i Afrika.

Også Silje forteller fra tiden hun jobbet i Afrika at åndene kunne blir veldig plagsomme og invaderende slik at pasientene ble psykotiske. Når hun ville gi de medisiner fikk hun ofte til svar at medisinene ikke hjelper mot åndene. Silje opplevde også at lokale kollegaer kunne ha den samme åndetroen. Hun forteller:

Det jeg så var at åndene er like fullt til stede, men de kommer litt mere i bakgrunnen fordi de har de filtrene som utdannelsen representerer. Men når det begynner å gjelde, så er åndene der. Jeg hadde en kollega i Mosambik, og han brukte aldri kondom når han hadde sex fordi at bestefaren hans hadde gjort noe slik at han aldri kom til å få HIV. Han trengte ikke å beskytte seg selv om han daglig så HIV pasienter som døde.

Selv om de to foregående eksemplene ikke ble erfart i Norge, har jeg valgt å ta de med da jeg mener de er relevante da dette er erfaringer som norske leger har gjort seg. Samt gir det et bedre forståelsesgrunnlag om bakgrunn og virkeligheten noen innvandrere kommer fra.

5.1.4 Når gud straffer

Solveig har hatt en kollega på helsestasjoner som har fortalt om en familie som hadde fått et barn med leppe og ganespalte. De ble utstøtt av familien fordi de så på det som en straff som var kommet. De mente foreldrene hadde gjort noe galt, og da ville de ikke ha noe med hverken barnet eller foreldrene og gjøre.

Johannes erfarer at tro har noe å si for veldig mange, ikke bare for minoriteter. Han forteller at noen pasienter nok har en forklaring for at sykdommen kan være Gud sin straff eller Gud sin belønning, men at dette ikke kun gjelder for minoriteter fra andre land, norske kristne kan også ha den samme tilnærmingen til det. «Hvorfor vil Gud meg så vondt?» Men det er jo ikke sikkert at det er Gud som vil det, sier han. Johannes opplever at for minoritetene så er troen en større del av realiteten og hverdagen.

5.1.5 Til hjemlandet for å bli kurert

Oscar har erfaring med pasienter med alvorlige sykdommer og som ikke ønsker å ta imot medisiner.

...men som reiser hjem og får, jeg ser for meg en slags behandling av heksedoktor og sånn. Dette er kanskje også et tabubelagt ord. At de skal få urter og røkelse for å få åndene ut av kroppen og sånn. Og de kommer tilbake igjen litt fattigere og litt sykere, i mine øyne. Og det er mest fra Sørøst- Asia. Det er jo litt fortvilende, men jeg har iallfall et par eksempler på at de kommer tilbake til slutt. Når det blir ille nok, tror jeg kanskje.

Johannes har erfart at både afrikanere og østeuropeere og har en annen oppfatning av medisin. Han forteller at ganske mange reiser til hjemlandet sitt og tar en MR undersøkelse der etter at han har ment det ikke er behov for en slik undersøkelse. Han tror at mange er vant til at det i hjemlandet er lavere terskel for å få behandling enn i Norge.

Begge disse eksemplene viser at selv om mennesker flytter fra et land til et annet, så vil noen ganger kjent praksis fra hjemlandet gjøre at man heller velger det framfor den behandlingen man blir anbefalt hos norsk lege.

5.2 Helsearbeiderens opplevelse og håndtering

I dette underkapittelet vil informantens opplevelse og håndtering av de beskrevne pasientmøtene bli løftet fram. Deltakerne tok i bruk ulike måter å håndtere slike møter på som varierte fra å møte pasienten på deres tro, til å ta ekstra tester og blodprøver eller henvise pasientene til psykiatrisk avdeling eller sykehusprest.

Annette som er kultur og livssynsrådgiver ved et norsk sykehus forteller at hun hadde undervisning med en sykepleier, og som kom med et eksempel fra akuttmottaket. Der hadde de fått inntrykk av at hvis noen innvandrere kom med forklaring på sykdom som på en måte var en straff fra gud eller lignende, så ble de henvist rett til psykiatrisk. Legene var veldig kjappe med å avskrive det med at det var noe innen psykiatrien. Annette forteller:

Så det syntes jeg var litt overraskende for å si det sånn, at uansett om det bare var en liten ting som at de tror det er en straff fra gud, så tenker man det er psykiatrisk. Sykepleieren reagerte også på det, spesielt etter det jeg hadde fortalt i undervisningen, og hun spurte om det var sånn det skulle være?

Silje beskriver situasjonen med kvinnen som var i fødsel om som mente hun var utsatt for en forbannelse som hindret henne i å få barn:

Så sa jeg at jeg tror jeg har mere makt en de, så nå skal jeg gjøre en undersøkelse og da skal jeg oppheve den forbannelsen. Deretter gjorde jeg en gynekologisk undersøkelse og fant ut at alt var normalt. Så sa jeg til henne at «her er alt normalt, og nå er det åpent». Og det hjalp, for da fødte hun normalt etterpå.

Noe av det som er det mest fascinerende med allmenntilleggsmedisin, mener Johannes er å se alle de forskjellige måtene folk velger å leve livet sitt på. Gitt ganske like forutsetninger og lik kunnskap. Som lege tenker han at det er viktig at det er *pasienten* sitt valg. Han sier han kan komme med råd, men at det ikke er *han* som skal være en formynder eller bestemme over dem. Han reflekterer i at da vil de til slutt bare si «ja takk» og gå og ikke gjøre sånn som han sier uansett. Han konkluderer med at det derfor gjelder å spille på lag med dem og prøve å nøste i hva som er galt.

Helsesykepleier Solveig undret seg over hva som gjorde og hva som var bakgrunnen for at moren la skylden på barnets far for sønnens medfødte sykdomsdiagnose. På tross av at moren hadde en høyere utdanning så hadde hun et såpass sterkt forankret kulturelt syn på sykdommen. Solveig valgte å snakke med moren om dette, og hun forteller:

Det ble på en måte en balansegang mellom det å møte henne og *respektere* henne for det synet hun har, men samtidig ikke la vær å gi informasjon om hva som er

forventet utvikling i forhold til hvordan hennes barn var. Så da var det naturlig for meg å snakke om det, men å gjøre det på en respektfull måte, og bekrefte at ja, noen ganger kan det komme fra familier der man har opplevd det før, men det kan også oppstå sånn helt uten at man kjenner til noen ting i tidligere ledd langt bakover.

Oscar opplever slike møter veldig forskjellig. Eksempelvis var den eldre, asiatiske pasienten veldig høflig. «Hun bare sa «ja» og at alt tilsynelatende var fint og flott, og det er ingen problemer der i gården. Selv om hun kunne være ganske syk.» Han erfarer at andre ganger så prøver han å å gi de forklaringer som de enten ikke er interessert i eller vil ha, og at han derfor ikke kommer i posisjon, noe som kan være frustrerende. Også Johannes kan oppleve utfordring i kommunikasjonen med noen asiatiske pasienter. Han forteller at han kan være frustrert når noen pasienter han har fra Asia som er så hyggelige og de sitter og smiler og «ja, ja» men han ser på dem at de ikke får med seg noen ting.

Videre setter Oscar ord på at den grunnleggende måten en ser ting på, kan føre til tillitsbrist. Han har erfart at for en del er det av og til vanskelig å få den tillitt uansett hvor lenge man holder på. Han tror det er fordi man er så forskjellig i måten en ser på ting.

Det kan jo være en hyggelig stemning, og det kan være en god prat, og av og til kan jeg hjelpe de med konkrete ting. Men *under* det, for eksempel til å få de til å ta forebyggende medisin som kun gir potensielle bivirkninger uten at en kanskje merker en effekt. Hvis en da egentlig ikke har tro på betingelsene, så er det ikke sikkert man kommer der da, noen gang.

Rakel, som også er fastlege, opplevde at en pasient ikke ønsket medisinerings fordi hun trodde at Gud skulle helbrede henne. Rakel forteller at hun i pasientmøtet bestemte seg for å møte kvinnen med å åpne opp om egen tro:

En vet jo at mange har en overbevisning, og det skal en respektere, så jeg tenker at en må jo møte de på det. For hennes del så tror jeg nok at mye hjelp, for hun spurte meg veldig direkte «Hva tror du på?». Det skal jo vi egentlig ikke si noen ting om. Men her, akkurat i denne settingen så tenkte jeg at nå skal jeg bare si at jeg tror på det samme som henne. Og da tror jeg egentlig at det hjalp henne mye. Da kunne vi begynne å

snakke om at ja, kanskje vi kan få hjelp på to områder: kanskje vi kan tenke at medisinen er Guds måte å hjelpe på. Kanskje en skulle prøvd å stole på det. I allfall se, en har ikke noe å tape. Jeg så at hun slappet litt mere av. For når hun fortalte meg at [pasienten sier] Nei, jeg tror at Gud kan hjelpe meg, så lo hun litt. Som om at hun tenkte at nå ville jeg synes at hun var tåpelig.

I møte med pasienter som mener de har parasittsykdom, håndterte Oscar det med å ta en del tester eller blodprøver for å komme de i møte. Han forteller at han av og til velger å ta tester og prøver som han kanskje ikke tenker er nødvendigvis er fornuftig. Dette er noe han gjør som en måte å komme nærmere, og for å prøve å møte de litt for å se om han kan hjelpe. Oscar forteller at hvis det da kommer tilbake negativt svar, så kan han for eksempel si: nei, det var ikke det. Da er det noen som forholder seg til det, sier han, så er det noen som aldri gir seg. Han forteller at han har opplevd noe lignende fra Sørøst-Asia. Det var en tanke om at det var noe som levde inni kroppen som pasienten mente han eller hun måtte få en kur for.

Når Silje har møtt pasienter som ikke tror at medisiner vil få bukt med åndene de mener er årsaken til sykdommen, håndterer hun det på følgende måte:

Da har det hendt ganske ofte at jeg sier at medisinen ikke hjelper mot åndene, men de kan hjelpe slik at åndene får litt større avstand til deg. At de ikke er så tett på. Det kan gjøre at medisinene gjør at du får det litt bedre. Dette har gjort at de har tatt medisinene.

På sykehuset i Norge hender det at Silje henviser pasientene til andre som kan hjelpe de på et psykisk eller åndelig plan:

Hvis man har noe fysisk så vil man jo ta fatt på det fysiske og forvalte det først. Men hvis man eksempelvis har vondt i magen og ingen funn, så er det jo vanskelig og da henviser man til psykiatere. Så er det noen som har så kalt åndelige problemer, og at de sliter med ting. Da er sykehuspresten veldig god. Det fungerer også godt til muhammedanere og hinduer og diverse. Vi har også hatt folk fra andre kirkesamfunn som kommer og snakker med pasientene.

Annette mener pasientene kan miste tillitten til helsevesenet hvis man ikke har en god kommunikasjon om hvordan sykdommen er, hva man kan gjøre, og hva sykdommen skyldes. Da kan det skje at de ikke får behandling, eller at de får behandling for sent. Hun forteller fordi en del innvandrerpasienter gjerne har en del andre forklaringsmåter på hva smertene skyldes. Dette gjør at de kommer sent i behandling fordi den norske legen ikke forstår det. Annette løfter fram et eksempel at en pasient kommer og sier han eller hun har *vondt i magen* eller *vondt i hjertet*. Det kan kanskje være psykiske ting. Men legen sjekker hjertet eller magen. «Nei, alt ser jo fint ut der», men det er jo egentlig ikke *det* som er problemet, for de har andre forklaringsmåter. I sin kultur har de kanskje ikke begreper på psykisk sykdom.

For Johannes er det viktig å ta pasienten på alvor uansett hvilken forklaringsmodell de har. Han har et interessant perspektiv:

For alle som ikke kan medisin, så er jo egentlig medisinen magi. Så har vi våre måter å forklare magi på i vesten, også har en del innvandrere sin måte å forklare den magien på. Men de velger ofte det åndelige, men vi ofte velger forklaring i oss selv. Alt kan skyldes på kost eller levestil. Da er det jo lettere å skylde på en ond ånd! Den vanligste årsaken til sykdom er jo uflaks, og den får du ikke gjort noe med. Om du kaller det en religion eller en ånd eller dårlig kosthold når du var barn, det har ingenting å si. Men pasienten må velge sin egen forståelse av «hvorforsliter jeg med dette?» og forsone seg med det. Og det tror jeg er viktig som lege at en har respekt for det.

Videre så mener han at det er mange rare måter å forklare livet sitt på. Han mener det er viktig for han som lege å ha en aksept for at «sånn har denne pasienten valgt å forklare det.» I de tilfellene han ser at de har en overbevisning som absolutt er farlig, så må han gå inn å korrigere. Noen ganger må han jobbe med å få pasientene til å forstå hvorfor han mener det er viktig.

Maria på sin side trekker fram viktigheten av at legen er åpen ved håndtering av pasienter som har en annen årsaksforklaring på sykdommen. Hun hevder det handler om hvor åpne leger er for å se andre perspektiver og kulturer. Videre spør hun seg som leger inkluderer det

sjelelige og det åndelige? Og om skolemedisinen det riktige overalt? Dette er jo noe hun har lært, sier hun, men er det bare det som er riktig? Hun tror pasienters opplevelse i møte med lege sikkert er veldig forskjellig, og at det kommer an på hvor åpen den legen er. Hun frykter at mange vil nok føle seg avvist fordi de opplever at de ikke blir hørt eller sett.

Det har vært et stort spenn i både hvordan helsepersonell har opplevd møter med pasienter som har en annen forklaringsmodell på sykdom, men også i håndteringen. Kartleggingen videre handler om utfordringer som helsepersonell erfarer rundt denne tematikken.

5.3 Utfordringer

Gjennom intervju av deltagerne framkom det flere utfordringer som kan hindre en god lege-pasientdialog i møter der pasienten har andre forklaringsmodeller enn legen. Dette kunne omhandle alt fra mangel på helhetlig forståelse til kommunikasjonsvansker.

5.3.1 Å se pasienten som et «helt» menneske

Annette påpeker utfordringen med en manglende helhetlig tankegang. Hun mener at religion ikke er en så naturlig del av livet og hverdagen for veldig mange nordmenn, som det det er for de fleste andre i verden. Vi i Norge, mener hun, er så veldig opptatt av å skille mellom sykdom og religion, som om det er egne deler. Videre forteller hun at vi ikke tenker så helhetlig, men at for mange andre så er det helt naturlig å tenke at alt henger sammen.

Også Maria erfarer dette som utfordrende. Hun sier:

Vi har våre følelser, vi har en sjel og vi har en ånd. Hele mennesket. Og det savner jeg veldig i helsevesenet. Vi snakker ofte om kroppen vår. Vi snakker litt om sjela, men det åndelige perspektivet blir ofte holdt ute. Det er mest fokus på det fysiske. Men vi kan jo ikke si at et menneske bare er det fysiske, for det er jo så mye mer enn det. Og der skulle jeg ønske at man kunne tatt litt mere tak gjennom å fokusere mer på hele mennesket.

Rakel tror ikke hun har hatt så mange pasientmøter der de forklarer sin eller barns sykdom kulturelt. Hun tror at årsaken kan være at hun selv ikke åpner opp for det. Hun sier: «Så det kan jo veldig godt være at det var mange der som egentlig tenker det, også bare avkrefter jeg eller bekrefter en ørebetennelse. Uten egentlig å vite hva det egentlig er de er redde for?»

Maria mener mange leger lettere forsøker å finne en årsak i det fysiske.

Hvis man skal begynne å lete i det psykologiske så.. Veldig mange leger er, jeg kan snakke for meg selv også, så er vi litt opptatt av at vi skal *fikse* ting. Der kommer pasienten, og du som lege skal være med å fikse og hjelpe. Hvis du da opplever at «her vet jeg ikke hva jeg skal hjelpe med», så kan vi oppleve det som frustrerende fordi man ønsker jo virkelig å hjelpe. [...] Da er det lettere å sette en fysisk diagnose og si sånn og sånn, ta den pillen der. Men her er det ofte så mye mer som rører seg. Og det finnes ikke noe enkelt svar på det. Det tror jeg kan være et problem for veldig mange.

5.3.2 Vi gjør det på vår måte

Noen ganger kan vi bli litt vant til å gjøre ting på vår måte, og Silje sier:

her er det en veldig fast setting og vi sier at sånn og sånn oppfatter vi det, og sånn og sånn behandler vi det. Vi skjønner at det ligger under overflaten her, men vi behandler ut ifra vår setting og vår virkelighetsoppfatning. Man ser at noen pasienter ikke tar medisinene og de sliter forferdelig psykisk og de har det problematisk av mange årsaker. Blant annet kulturelt. [...] Det jeg vet er at folk flest, av kollegaer og sånn, opplever slike møter som forferdelig slitsomme og krevende og de vil helst ikke ha det, mens jeg synes at det er noe av det mest givende, det mest spennende og det mest interessante. Kanskje er det viktig å formidle budskapet om at det kan være veldig spennende og givende slitsomt.

5.3.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en utfordring flere av deltagerne fortalte var en utfordring, og Annette forteller at det skjer mange misforståelser på sykehuset på grunn av dårlig kommunikasjon.

Hun sier:

Hvis noen vil bli behandlet eller vasket av noen av samme kjønn, så kan man kanskje tenke at denne pasienten er vanskelig. Men det er jo ofte gode grunner til at de har disse ønskene. Eller det at noen lett blir sinte: Å, denne pasienten er så sint. Det blir gjerne veldig negativt, i stedet for å finne ut *hvorfor* de er sinte. Hva er årsaken til at de har kommet i den situasjonen? Har de fått nok informasjon? Vet de hvorfor de er her, og vet de alt som de skal vite?

Hun mener at episoder hun hører om handler om misforståelser og dårlige kommunikasjon. Eksempelvis trekker hun fram at noen helsearbeidere kan tenke at personlighetstrekk er kultur. Hvis noen blir sinte, så tenker en gjerne at det er deres kultur å bli sint. Noen kan bli redd fordi minoritetspasienter har en annen framtoning eller en annen måte å være på. Videre peker hun på at mange nok ikke får god nok informasjon grunnet språkproblemer, og at dette veldig fort fører til misforståelser, så blir ting litt forenklet, og man går ikke nok inn i problemet. På denne måten blir det fort misforståelser og en tenker at «dette er deres kultur». Man legger kulturen til grunn for det de gjør eller sier.

5.3.4 Utdanning

Det er bred enighet om at tverrkulturell kommunikasjon bør vektlegges mer i utdanning av helsearbeidere. De fleste deltagerne sier de har vært borti temaet i studietiden, og kanskje hørt noen forelesninger om det. En av informantene sier han tipper det var satt av én forelesningstime til dette temaet på medisinstudiet. Selv om det i etterkant av forelesningen var diskusjoner i såkalte *casus-grupper*, sitter ikke informanten igjen med at han fikk så mange verktøy til hvordan man løser slike situasjoner. En annen informant nevner at de på studiet lærte om kommunikasjon, men lite om kommunikasjon med fremmedspråklige.

5.4 Løsningsforslag

Til slutt reflekterte deltakerne rundt mulige løsninger som kan styrke samhandlingen mellom lege og pasienter i møter der denne tematikken gjør seg gjeldende.

5.4.1 Våg å spørre pasienten

Maria foreslår mer ydmykhet som en metode å komme pasienten i møte på, ved å tørre å si at man faktisk ikke vet alt. Hun opplever at en del leger skal vite alt og at de skal ha et svar på det meste. Andre leger, mener hun, har en innstilling at dette er så stort at de ikke har en sjans til å kunne alt. Hun vil utfordre leger til å spørre pasienten om hva de tror er årsaken til egen sykdom. For mange leger tror hun det kan være ydmykende og at de tenker at de heller burde vite selv enn å spørre pasienten. Hun sier:

Men jo, vi vet faktisk ikke alt. Og ethvert menneske er unikt. Så er det jo det om vi tør. For da er vi inne på et område som vi ikke helt har fasiten på. Det jeg tenker alle vi leger kan bli bedre på, det er å imøtekomme mennesket. Imøtekomme deres historie. Vi har så mye å lære av hverandre, og det er der jeg tror vi må bli flinkere. «Jeg som lege kan lære noe av dette mennesket.» Så når pasienten setter seg foran deg, ikke tenke at det er du som skal lære de noe, men de kan faktisk lære meg noe! Og denne holdningen tror jeg vi må være mye flinkere til. Med en gang du er der, så blir du ydmyk. Det vil folk også merke: Oj, her er det noen som er interessert i meg!

Midt under intervjuet sier Rakel plutselig: «Nå kom jeg til å tenke på ei, faktisk.» Hun kom i tanke om en pasient med minoritetsbakgrunn som har masse vondter men hun greier ikke å finne årsak selv etter MR og andre undersøkelser. Denne plagen gjør at pasienten heller ikke får sove. «Kanskje jeg bare neste gang skal bare gå helt vekk fra det og bare høre litt med henne?» sier Rakel tankefull. Videre sier hun at hun ofte er så opptatt med det somatiske at hun glemmer å spørre pasienten «hva tror *du* egentlig?» eller «hva er du mest redd for at dette kan være?» Til undertegnede sier Rakel avslutningsvis «Det var godt du kom. Dette må jeg gjøre noe med.»

5.4.2 Tid til å forklare

De fleste informantene nevnte tid som en utfordring. Helsepersonell har en hektisk hverdag med en viss mengde arbeid som må gjøres, og man får ikke nok tid til pasientene. Annette mener det er viktig å ta seg god tid til å forklare. Hun har erfart at leger ofte forter seg litt med minoritetspasienter. Spesielt hvis det er litt dårlig kommunikasjon, så bruker en ikke god nok tid til å forklare alt godt nok. Videre påpeker hun at man heller ikke er flink nok til å

bruke tolk. Hun mener at helsearbeideren må prøve å finne ut hva pasienten tenker om situasjonen. Man må også ha i bakhodet at helsekompetansen er veldig varierende hos folk, og ofte dårligere hos en del innvandrergupper. De vet kanskje ikke hva alle sykdommer og medisiner er, og hva det betyr. Annette advarer mot at de ikke får en grundig forklaring på sykdommen, men kun vite diagnosen. Dette kan føre til at pasienter går hjem og googler, noe hun mener ikke er bra. Hun konkluderer med at spesielt med innvandrerpasienter er det viktig at man tar seg god tid og la de få stille spørsmål.

Solveig har fått positive tilbakemeldinger på at hun satte av god tid og ringte mammaen flere ganger. Hun forteller at kvinnen på helsestasjonen ved en senere anledning sa at:

[Pasienten sier] Jeg har sagt til alle at jeg er så heldig at jeg hadde en god helsesykepleier som ringte til meg hele veien og som var interessert i å høre hvordan jeg hadde det. Så sa jeg [Solveig] igjen: men jeg var av og til litt i tvil om det ble litt masete for deg, så noen ganger så kjente jeg på om jeg skulle ringe nå igjen. Men jeg gjorde det. Og da gjentok hun [pasienten] igjen at: det er noe dere nordmenn tenker det at det er masete. I min kultur tenker vi ikke det. I min kultur tenker vi at det er omsorg.

Oscar mener at i møte med pasienter som har komplekse problemstillinger og spesielt hvis det er kulturelle, økonomiske og familiære ting, så må en ofte sette av mye tid for å høre på historien og komme til bunns i det. Han forteller at vanligvis er det satt av 15 minutter til en konsultasjon, men ofte blir det litt lengre, «for en bruker jo den tiden en må» sier han. En annen løsning er å sette opp en ny time, gjerne med tolk eller med pårørende.

Det som er interessant i de foregående eksemplene er at uttalelsene kommer fra helsepersonell med tre ulike bakgrunner der den ene er kulturveileder, den andre helsesykepleier og den tredje fastlege. Alle uttrykker de viktigheten av å sette av nok tid til pasienter med denne type problematikk.

5.4.3 Kommunikasjon og bruk av tolk

Annette foreslår at man som lege i disse situasjonene må huske å stille direkte og enkle spørsmål, samt tenke hva som kan være underliggende. Kommunikasjonen blir veldig viktig,

og at de forstår det legene spør om. Hun minner om at vi snakker et språk som ikke er deres første språk, og at man rett og slett må forenkler ting.

Alle informantene uttrykte viktigheten av å bruke tolk. To av fastlegene fortalte i intervjuet at de fra tid til annen opplever asiatiske pasienter veldig høflige og nikker og sier «ja», uansett om de har fått med seg det du har sagt eller ikke. Johannes forteller at de noen ganger ikke får med seg at de skal tatt blodprøver på vei ut. Han prøver derfor å ha ganske lav terskel for å ha med tolk slik at en forstår hva som blir sagt, ofte selv om de sier at de snakker godt nok norsk.

Tre av informantene tok opp behovet for kulturtolk og at dette er noe som kan lette gjensidig forståelse i tillegg til kommunikasjon. En informant mener det er viktig med bruk av tolk, men at tolken også oversetter kulturelle ting når man senser at det er noe, og hvis han eller hun har kunnskap om det. En annen peker på at i Norge så bruker man tolk som direkte oversetter, men han tenker at hvis tolken ikke bryter inn når det tydelige misforståelser, så mener han det er uetisk ikke å si noe om det. Han mener at prinsippet om at tolken ikke skal bryte inn er et greit prinsipp, men spørsmålet er om det av og til går for langt slik at det ikke lengre er nyttig. En mulighet, mener han, er hvis man bruker tolk som begrepsavklarer, og at man henviser til en kulturell samtale på samme måte som hvis en henviser til en sosionom. Sosionomen tilkaller man for å få hjelp med regelverk og lovverk som en gjerne ikke skjønner selv, og det samme kunne man gjort med tolk. Også en tredje fastleger løfter fram kulturtolkning som en mulig løsning i kommunikasjon med minoritetspasienter. Hun sier at profesjonelle tolker bare tolker det som blir sagt. Hvis hun derimot hadde hatt en kulturell tolk så tror hun det hadde vært lettere og kanskje fått en bedre forklaring og dermed unngå misforståelser.

5.4.4 Motiveringsintervju

Rakel reflekterer over at leger skal se hele mennesket, men at den biten ofte blir glemt i all somatikken. Hun tenker at første gangen pasienten kommer så må det avklares om det er noe reelt somatisk, men hvis de kommer flere ganger med den samme plagen og det er diffuse ting, så foreslår hun at man kan gå videre. Legen kan da stille litt åpne spørsmål, og

finn ut hvilken bakgrunn de har, hva tror de selv tror er årsaken til sykdommen, hva han eller hun er mest bekymret for. Videre kan legen spørre om det er noe pasienten tenker det er viktig at legen får vite om. Slik jeg tolker det så tenker Oscar i samme baner og foreslår å finne rom til å bruke motiveringsintervju der legen viser interesse for *deres* forståelse, og spør om hva *de* mener. Ved bruk av denne teknikken forteller han at man ikke kommer med noen råd, og en skal ikke si hvordan ting er. Målet er derimot og få pasienten selv til å sette ord på ting, som mulig kan skape endring. Så kan en, forteller han, ut ifra dette lære seg spesielle teknikker. Han legger til at man da vil behøve en god tolk. I tillegg foreslår han at det er mulig å lese litt mer om denne type problematikk, og at man er klar over prinsippet om at det er andre forståelser og er nysgjerrig på det. Annette sier man først og fremst må være åpen for at folk tenker forskjellig og hvis det er utgangspunktet, så er det så mye lettere. Hun mener at hvis ser at denne personen kanskje ikke tenker likt om sykdommen eller diagnosen, så kan man finne ut hva denne pasienten selv tenker om sykdommen. Videre kan man spørre om hva pasienten selv ville gjort i sitt hjemland hvis han eller hun fikk denne sykdommen der. Hun tror man kan bli klokere på å være nysgjerrig på hvordan de tenker, og snakke litt rundt det.

Også Johannes tror at idet en tør å spørre litt mer *bak*, så får en ofte et mye bedre svar. Han sier hvis en tør og bry seg om pasienten og det han eller hun tror på, hvilke problemer vedkommende har, da tror han at du får det lettere på sikt som lege.

Maria sier hun for det første vært åpne for hva de har å si. Det ville være umulig å kunne lære seg alt om forskjellige kulturer, sier hun, men sier at man alltid kan være åpen gjennom å høre og lytte. Hun sier:

Hvis du velger det, så kan du undersøke litt i forhold til det de sier. Prøv å imøtekom de der hvor de er, og tenk: hva kan du gjøre for å hjelpe de på en best mulig måte?

Hvis du gjør det, har du faktisk gjort en veldig god jobb. For noen ganger er det *det* de har behov for. Rett og slett bli hørt og sett.

Solveig mener det er viktig å skynde seg langsomt og *lytte* til dem. Hun sier at man ikke lytter, så får man heller ikke noe inngangsport til å komme inn på det, for da vil de bare avvise det som vi sier. Videre fordrer hun viktigheten av å være respektfull og lytte til forklaringen de gir. Hun foreslår å spør litt mer og *prøv* å få et større bilde, og spør så om lov til å si noe om hva

man selv tenker om dette og undrer seg over. Det er viktig å være respektfull når mange allerede har opplevd så mye skam og skyld, og har behov for å årsaksforklare, så tenker hun at da er det viktig å være lyttende for å komme i en posisjon.

Hun sier videre at

Man kommer ikke i en posisjon til å snakke åpent om det hvis vi ikke først hører deres historie og deres ståsted. Så det ville jeg si var viktig å fortelle. Men det er jo egentlig viktig for alle! Det er jo ikke spesielt for de ifra andre kulturer. Det er jo sånn vi mennesker er. At vi vil gjerne bli lyttet til og bli bekreftet før vi kan gå inn i en refleksjon og justere ting.

Dette kapittelet har presentert funn innhentet gjennom kvalitative intervju av til sammen syv informanter som jobber i ulike stillinger innen norsk helsevesen. Kapittelet ble delt i tema som naturlig vokste fram gjennom tematisk analyse. Temaene som ble belyst var: pasientmøter, helsearbeiderens opplevelse og håndtering, utfordringer og til slutt løsningsforslag.

6 Diskusjon

I dette kapittelet drøfter jeg funnene med utgangspunkt i studiets problemstilling, og i lys av relevant teori og tidligere forskning. Diskusjonen vil knytte sammen funnene fra de to vinklene som ble nevnt i innledning til teorikapittelet; nemlig sykdomsårsaker definert i lys av kulturelle ståsted og helsearbeiderens kulturelle kompetanse.

6.1 Årsaksforklaringers utspring

6.1.1 Når andre har skyld i sykdommen

Kvinnen på helsestasjonen ga tydelig uttrykk for at hennes sønns medfødte sykdom *var noe pappaen til barnet hadde gitt barnet*, og at dette var noe som var helt ukjent i hennes familie. Dette på tross av at det ikke var medisinsk grunnlag for å komme fram til en slik konklusjon. Også den koronasyke pasienten som lå på sykehuset mente at dette var noe som *var påført av visse politiske systemer*, og at dette kom som følge av en global sammensvergelse. Helman viser til at noen mennesker finner sykdommens årsak i den sosiale verden, det vil si at andre har påført noen en sykdom eller lidelse. Pasienten i Afrika som sa hun hadde blitt forbannet slik at hun ikke kunne få barn, er et annet eksempel. Her er det sannsynlig at årsaksforklaringen er knyttet opp mot trolldom eller hekseri. Helman forklarer at heksekraft til dels er vanlig i Afrika, der man tror at visse mennesker er besatt av en iboende kraft for å skade andre mennesker (Helman, 2007). Trolldom derimot, er når en trollmann utøver sin makt bevisst, enten av ondskap eller misunnelse. Gjennom ritualer kan svart magi benyttes for å kontrollere andre. Fellesnevneren for alle disse måtene å forklare sykdommen på, sier Helman, er at årsaken finnes utenfor de som rammes og at de selv i større grad fritas for skyld (Helman, 2007). I de tre nevnte eksemplene blir nettopp dette beskrevet, at sykdommens skyld av ulike grunner plasseres utenfor en selv.

6.1.2 Sykdommens årsak finnes i naturen

Oscar har opplevd pasienter som sier de har parasittsykdommer. Han sier det er en del som har inntrykk av at de føler det er noe dyr inni de som lager mageplager. Muligens kan det ses

i lys av hva Helman (2007) sier om at noen begrunner sykdommen med at årsaken finnes i naturen. I noen tilfeller kan sykdom (kreft) oppfattes som at kroppen blir invadert av levende vesener som vokser og spiser kroppen innenfra. Denne gruppen inkluderer også angrep forårsaket av parasitter (Helman, 2007).

6.1.3 Overnaturlig forklaring på sykdom

Noen forklarer årsaken til at de har blitt syk med en åndelig virkelighet der overnaturlige vesener som ånder, forfedre eller djevlere forårsaker sykdommen (Helman, 2007). To av informantene har jobbet som leger i Afrika, og de forteller at der er den åndelige virkeligheten mer tilstedeværende enn hva vi er vant til fra Norge. Informanten som her blir kalt Silje erfarte at pasienter ble psykotiske fordi åndene ble veldig plagsomme og invaderende. Utfordringen var å få pasientene til å ta medisiner, da de mente disse ikke ville virke mot åndene. I følge Helman (2007) kan *sykdomsånder*, i likhet med virus i den vestlige verden, avsløre sin identitet gjennom spesielle symptomene de forårsaker, og kan *kun* behandles ved å drive dem ut av kroppen. Når dette ligger til grunn vil det kunne være forståelig at pasienter mener medisin ikke vil virke.

Sett i lys av dette, er det lettere å forstå hvorfor Oscar har hatt pasienter med alvorlige sykdommer som ikke ønsker å ta medisiner han har foreslått. Oscar tror de i stedet har reist hjem og fått behandling av heksedoktor eller lignende for å få åndene ut av kroppen. Med Helmans forklaring som bakteppe, om at hvis man er overbevist om at sykdom påvirket av åndelige faktorer *kun* kan kureres på det åndelige plan, så kan det gi mening at disse pasientene stiller seg skeptisk til bruk av skolemedisin.

Det som kanskje er like så oppsiktsvekkende er når Silje forteller om en lokal kollega som hun jobbet med i behandling av HIV pasienter i Afrika. Selv om vedkommende var utdannet innen helsesektoren, så praktiserte han sex uten å bruke kondom. Dette grunnet en tro på at bestefaren hadde gjort noe slik at han ikke kunne få HIV. Selv om han daglig så HIV pasienter som døde, så var troen på overnaturlige krefter så tilstedeværende at han trodde det kunne beskytte ham mot sykdommen.

Også guds straff kan forklare sykdom, og Helman (2007) forklarer at noen tror det kan forklares med bakgrunn i en syndig oppførsel. Informanten som jeg kaller Solveig, fortalte om

kollegaen på helsestasjonen som hadde en familie der barnet hadde leppe og ganespalte. De opplevde å bli utstøtt fra egen familie fordi man trodde at dette var guds straff for noe barnets foreldre hadde gjort, og som forårsaket at barnet ble født slik. Resten av familien ville derfor ikke ha noe med hverken barnet eller foreldrene å gjøre. Hvis dette er den bakenforliggende årsaken vil verken egenpleie eller en lege ble ansett som nyttige for å behandle tilstanden. Kun omvendelse og bønn kan kurere synd (Helman, 2007).

Fastlegen som i denne oppgaven har fått navnet Johannes, har erfart at tro har noe å si for veldig mange, og ikke bare for minoritetspasienter. Noen pasienter har en forklaring for at sykdommen kan være Gud sin straff eller Gud sin belønning. Johannes setter allikevel ord på at for minoritetene så er troen en større del av realiteten og hverdagen enn for mange norske pasienter.

6.1.4 Medisinsk mangfold

Flere av informantene hadde erfart at pasienter ikke har tro på vestlig medisin, men at noen både bruker tradisjonell medisin i tillegg til legens anbefaling.

Benedicte Ingstad, forsker og professor i medisinsk antropologi kaller dette fenomenet *medisinsk mangfold*. Hun forklarer at mange pasienter bruker skolemedisin på symptomer der man har erfart at det hjelper, men går samtidig til den folkelige helbrederen for å behandles for den *egentlige* årsaken til symptomene. Videre forteller hun at det medisinske mangfoldet er folk bevisste på i kraft av de ulike forklaringsmodellene som legges til grunn når sykdommen rammes. Dette mangfoldet finnes i samfunnet i form av behandlingstilbud som er mer eller mindre offisielle som den syke kan velge blant, og i land som Kina er det medisinske mangfoldet anerkjent ved at det moderne og tradisjonelle alternativet går hånd i hånd, noen ganger også under samme tak (Ingstad, 2015). Også den kvalitative og kvantitative studien fra en landsby i India gir innblikk i kulturelle årsaksforklaringer. Studien peker på fire årsaksforklaringer som var særlig vanlige og som dermed påvirket helseatferd: balanse mellom hete og kulde, forhekselse (det onde øyet), onde ånder og påvirkning fra universet (Larsen & Andersson, 2007). Med utgangspunkt ifra disse årsaksforklaringer hadde landsbybefolkningen mange forebyggende tiltak. De sørget eksempelvis for balanse i kroppens kontakt med hete og kulde, beskyttet omgivelsene mot forheksede øyne ved å tegne med kullstift rundt småbarnas øyne, og de bandt «antra» på kroppen til barn for å

beskytte mot påvirkning fra universet og mot onde ånder. Alt dette faller inn under begrepet *medisinsk mangfold*.

6.2 Helsearbeidernes opplevelse og håndtering

To av informantene som er fastlege har erfart at pasienter fra Asia ofte er hyggelige, smiler og sier «ja, ja», uten at de får med seg noen ting. Eller at pasienten er høflig og at alt tilsynelatende virker fint og flott, og det blir uttrykt at man ikke har problemer, dette selv om pasienten kan være ganske syk. En forklaring til dette kan være at kommunikasjon mellom lege og pasient vil se forskjellig ut i ulike samfunn (Eriksen & Sajjad, 2020). I mange samfunn inviterer ikke legen pasienten til noen form for dialog, verken om sykdom eller medisinbruk, de gir kun medisiner og råd uten noen form for samtale. Hvis pasienten er vant til denne type kommunikasjon fra hjemlandet, vil de ofte kun være passive mottagere av informasjon, eller i beste fall at de bare repeterer det leger har sagt. Respekt for dem som har mer kunnskap eller autoritet, uttrykkes ved at man blant annet ikke stiller spørsmål ved det legen sier. Når pasienten er vant til denne kommunikasjonsformen, vil det ofte ta tid å lære seg en annen måte å kommunisere på (Eriksen & Sajjad, 2020).

En annen forklaring kan være at informasjonen som ble gitt, ikke ble forstått av pasienten. Legeforeningen (2008) forklarer at informasjon er grunnlaget for kommunikasjon, og at god kommunikasjon er nødvendig for at pasientene aktivt skal ta del i behandlingen og oppfølgingen av den (Den Norske Legeforening, 2008). Videre står det at hvis informasjonen fra legen skal ha nytteverdi, må den tilpasses hver enkelt pasient, samt at den må gis slik at den blir forstått. Det kan være en utfordring at noen pasienter ofte sier ja og nikker for å være høflige, men uten at de nødvendigvis har forstått innholdet i informasjonen. Helsepersonell bør da avklare at informasjonen er forstått ved å stille kontrollspørsmål (Den Norske Legeforening, 2008).

6.2.1 Flere dimensjoner av lidelse

Silje forteller at hvis man har noe fysisk så vil man jo ta fatt på det fysiske og forvalte det først, mens hvis pasienten eksempelvis har vondt i magen og man ikke finner noe, så kan

man henviser til psykiatere. Videre sier hun at når pasienter har så kalt åndelige problemer, så er sykehuspresten veldig god. Hun har også hatt andre pasienter som har hatt god erfaring med det. I tillegg forteller hun at de (sykehuset) også har hatt folk fra andre kirkesamfunn som kommer og snakker med pasientene. Dette er noe som gjenspeiles i Helmans teorier. Han sier at medisinsk behandling aldri bare bør omhandle fysiske abnormiteter eller funksjonsfeil (Helman, 2007). Grunnen er at det er mange dimensjoner av lidelser: emosjonelle, sosiale, atferdsmessige, religiøse, og at alle disse bør behandles med adekvat forklaring og trygghet i termer som gir mening for pasientene og de rundt dem. Når nødvendig bør behandling bli delt med psykoterapeut, prest, sosialarbeider ol. På denne måten kan alle dimensjoner av pasientens lidelse behandles, så vel som enhver fysisk sykdom (Helman, 2007).

6.2.2 Tillitt

Fastlegen Rakel opplevde at en diabetespasient over lengre tid ikke ønsket medisinerer fordi hun trodde at Gud skulle helbrede henne. Rakel forteller at hun i et av pasientmøtene bestemte seg for å møte kvinnen ved å åpne opp om egen tro. Hun opplevde at det hjalp pasienten mye, og de kunne ha en dialog om at man kan tenke at medisinen er Guds måte å hjelpe på. Helman (2007) sier at en suksessfull lege-pasientkommunikasjon ikke er mulig uten økt refleksivitet fra legens side i møte med pasienten. Han understreker at det er vanskelig å skulle forstå et annet menneskes indre tanker, motivasjon og tro hvis man ikke fullt ut forstår sin egen (Helman, 2007). Rakel sin åpenhet mot pasienten i dette tilfellet, kunne være med å bygge en tillitt. Også fastlegen Oscar eksemplifiserer viktigheten av tillitt. Dette gjør han ved av og til å ta en del tester og prøver som han ikke nødvendigvis tenker er fornuftig. Han velger å gjøre det for om mulig å komme nærmere og møte pasientene for å se om han kommer i posisjon til å hjelpe de. Han trekker fram eksempelet med en pasient fra Sørøst-Asia som hadde en tanke om at levende parasitter levde inni kroppen som vedkommende trengte en kur for å bli kvitt. Legeforeningen presiserer at pasientens tillit til lege være viktig for bedre etterlevelsen av behandlingen (Den Norske Legeforening, 2008). Å ta hensyn til pasientens sykdomsforståelse antas også å bedre forutsetningene for oppnåelse av god etterlevelse. Det er derfor av stor betydning å bygge opp tillit mellom pasient og behandler.

6.2.3 Bakenforliggende årsak

Maria mener at mange leger, inkludert henne selv, er litt opptatt av å skulle *fikse* ting, og at man forsøker å finne en årsak i det fysiske. Hun sier at hvis du opplever at «her vet jeg ikke hva jeg skal hjelpe med», så kan vi oppleve det som frustrerende fordi man ønsker jo virkelig å hjelpe. ... Da er det lettere å sette en fysisk diagnose og si «sånn og sånn», «ta den pillen der». Men her er det ofte så mye mer som rører seg. Og det finnes ikke noe enkelt svar på det. Det tror jeg kan være et problem for veldig mange.» Helsetjenesten møter av og til pasienter med mange *vondter* der plagene fremstilles som diffuse, og kan ha mange forskjellige årsaker (Den Norske Legeforening, 2008). Somatisering, at psykiske plager ofte forstås og uttrykkes som et fysisk problem, synes utbredt på tvers av kulturer, og mange kommer fra land hvor psykiske lidelser er belagt med skam og tabu (Den Norske Legeforening, 2008). Dette er noe Annette også setter fingeren på når hun beskriver at en pasient kommer og sier han eller hun har *vondt i magen* eller *vondt i hjertet*. Det kan kanskje være psykiske ting, men legen sjekker hjertet eller magen uten å finne noe. Hun mener det ikke er *det* som er problemet, for de har andre forklaringsmåter, og i sin kultur har de kanskje ikke begreper på psykisk sykdom. Rakel opplever også dette som fastlege, og hun mener at den biten med «å se hele mennesket» ofte blir glemt, for *det blir så mye somatikk*. Hun sier at første gangen de kommer så må man avklare om det er noe reelt. Hvis pasienten kommer flere ganger med den samme plagen som kanskje er litt diffus, da må man kunne stille litt åpne spørsmål. Kanskje finne ut hvilken bakgrunn de har, hva de selv tror er årsaken, og hva de er mest bekymret for. Videre kan man spørre om det er noe pasienten tenker kan være lurt for meg som lege å vite?

6.2.4 Kulturell sensitivitet

Solveig håndterte møtet med moren som var overbevist om at barnets far hadde påført han sykdom, gjennom å respektere henne for hennes syn. Hun fortalte at det var en balansegang mellom å respektere henne, men samtidig informere henne om hva som er forventet utvikling i forhold til hvordan hennes barn var. På denne måten ble det naturlig for Solveig å snakke om det, men på en respektfull måte. Dette kan være i tråd med det som Cai (2106) forklarer om *Kulturell sensitivitet*. Det refererer til verdsettelse, respekt og trøst til klienter. Hun mener at det kulturelle mangfoldet bør verdsettes for å oppnå gjensidig læring for felles

fremgang. Respekt for kulturelle forskjeller er alltid avgjørende for å gi tilfredsstillende og genuin omsorg for klienter. Både respekt og verdsettelse er basert på å føle seg komfortabel innenfor dette kulturelle mangfoldet (Cai, 2016).

6.2.5 Respektere mangfold

Maria, som er lege i forsvaret, trekker fram hvor viktig det er at legen er åpen i møte med pasienter som har en annen årsaksforklaring på sykdommen. Hun mener at leger bør stille seg spørsmålet om de også tenker på det sjelelige og åndelige i møte med pasienter. Videre stiller hun spørsmål om skolemedisin er riktig overalt? Det er jo det man har lært, men finnes det noe annet også? Hun under på hvordan pasienter opplever å bli møtt, og konkluderer med at det sikkert vil være veldig, veldig forskjellig. Hun mener det kommer an på hvor åpen legen er. Hun frykter at mange vil føle seg avvist fordi de opplever at de ikke blir hørt eller sett. Dette er noe Helman (2007) også tar opp, og han mener det handler om at leger må respektere mangfold. Han sier at leger må erkjenne at den vestlige medisinske modellen for dårlig helse ikke er den eneste tilgjengelige. De må erkjenne at det finnes mange andre måter, over hele verden, som tolker menneskelig lidelser, og mange forskjellige måter å lindre den på. Noen av disse har klare fordeler i forhold til den biomedisinske modellen, selv om andre ikke har det. Til slutt sier han at dette innebærer å se biomedisin i proporsjon - som bare en del av et verdensomspennende system for pluralistisk helsevesen (Helman, 2007). Silje valgte å håndtere pasientene i Afrika ved å si at medisinen kanskje ikke hjelper mot åndene, men at de kan hjelpe slik at åndene kommer litt mer på avstand. Dette førte til at de tok medisinene som hun foreskrev.

I denne første delen har jeg diskutert hvorfor noen pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn forklarer sykdom ut ifra kulturelle og åndelige perspektiver. Gjennom informantintervjuene ble det åpenbart at dette ikke er en ukjent problematikk. Selv om informantene erfarte det i større eller mindre grad, hadde alle eksempler på situasjoner der de har måttet håndtere denne tematikken. I den neste delen av diskusjonen vil det bli drøftet hvordan noen av barrierene kan forseres gjennom god tilrettelegging av kulturell kompetanse.

6.3 Strukturelle barrierer

Informantene erfarer utfordringer med dagens system i møte med pasienter med kulturell årsaksforklaring på sykdom, men samtidig peker de på mulige løsningsforslag for hvordan håndtere det på en god måte.

6.3.1 Kulturell kompetanse

Det var bred enighet blant informantene at det er behov for mer tverrkulturell kommunikasjon i utdanning. De fleste fortalte at de har vært innom dette temaet i studietiden, og kanskje hørt noen forelesninger om det. En av informantene sier han tipper det var satt av én forelesningstime til dette temaet på medisinstudiet. En annen informant nevner at de lærte om kommunikasjon, men lite om kommunikasjon med fremmedspråklige. Ingstad mener at en løsning kan være at samfunnsforskere må trekkes inn i klinisk undervisning, og at legene må trenes opp til å fange opp pasientenes forklaringsmodell på egen sykdom (Ingstad, 2015). Dette vil sette legen i stand til å forholde seg *både* til diagnose (disease) og lidelse (illness). Ingstad hevder at det vil føre til mer effektiv behandling, mer hensiktsmessig planlegging og bedre oppfølging av medisinske regimer (Ingstad, 2015). For å forstå helse og sykdom fra et kulturelt perspektiv må aktørens perspektiv tas alvorlig. Dette gjennom å få fatt på hvordan folk tenker, hvordan de vurderer og hvordan de uttrykker seg, hvilke perspektiver de har på verden samt hvordan de forholder seg til andre (Grimen & Ingstad, 2006).

I sin doktoravhandling fant Alpers at helsepersonell generelt opplever å ha utilstrekkelig kompetanse i møte med etniske minoritetspasienter (Alpers, 2017). Helsepersonell som deltok i studien, rapporterte at de har utilstrekkelig kunnskap på området som omhandler andre sykdoms- og behandlingsfilosofier enn den biomedisinske. I tillegg kunne det også oppleves krevende når pasienter har en annen årsaksforklaring på sykdommer enn det som er vanlig innenfor biomedisinen (Alpers, 2017, s. 79).

De største hindringene for minoritetspasienters adgang til gode helsetjenester viser seg å være språkbarrierer, ulike forståelser av sykdom og behandling, mangel på kjennskap til helsevesenet og negative holdninger blant ansatte ved helseinstitusjonene (Priebe et al.,

2011; Debesay, 2022). Man må være åpen for at folk tenker forskjellig, sier Annette. Man må være bevisst på at pasienten kanskje ikke tenker likt om sykdommen og om diagnosen som en selv. Hun mener at man kan utforske mer om hva pasienten eller pårørende tenker rundt denne sykdommen gjennom å spørre om hva pasienten ville ha gjort i sitt hjemland hvis du fikk denne sykdommen, og hvordan familien ville ha håndtert det. Hun tror at det å være nysgjerrig på hvordan tankemåten er og at en kan bli litt klokere på det, og snakke litt om det. Av den grunn er det derfor viktig for helsearbeidere å vite noe om hvordan man tilegner seg kjennskap til pasientenes egne trossystem eller forklaringsmodeller, og hvordan den enkelte pasient tenker rundt sykdom og behandling (Eriksen & Sajjad, 2020). Dette er noe som ikke finnes fasit på i litteraturen, men kunnskap om religion og behandlingsformer og medisinske systemer i de landene pasientene kommer fra, kan være et godt utgangspunkt til å komme i en konstruktiv dialog. Ved å ha noe kunnskap om pasientens bakgrunn viser man i tillegg at man er interessert. I denne sammenhengen menes dialog med en gjensidig utveksling av kunnskap og erfaring, altså en toveis kommunikasjonsprosess (Eriksen & Sajjad, 2020).

Tilbake til studien fra India, så minner den om at deres årsaksforståelse er en del av folks virkelighetsbilde, overlevert gjennom generasjoner. Å skulle endre dette er derfor ingen enkel oppgave, og hvorfor skulle de stole mer på en utenforstående helsearbeider? Dette understreker derfor nødvendigheten av å respektere pasientens forståelse for å oppnå godt samarbeid og god etterlevelse av legens tiltak og råd (Larsen & Andersson, 2007). Studiet konkluderer med at med tanke på fremmedkulturelle pasienter er det en fordel for norske leger å ha noe bakgrunnskunnskap om forståelsesmodellene – slik at misforståelser og konflikter kan motvirkes. Ved å ta hensyn til pasientens kulturelle sykdomsforståelse vil man ha bedre forutsetninger for oppnå god etterlevelse i behandlingen (Larsen & Andersson, 2007). Helsetjenesten har en utfordring i flerkulturelle samfunn, og det er behov for et helsetilbud som er som er fortrolig med folkelig sykdomsforståelse og i møte med pasientenes kulturelle bakgrunn (Nergård & Vitebsky, 2019).

6.3.3 Kulturell kunnskap

Annette, kultur og livssynsrådgiveren utfordrer helsepersonell på å lese litt om temaet, for da vet du litt hva du skal se etter, og hva du skal spørre om. Alle pasienter er forskjellige, og hun minner på viktigheten at man spør om hva som er viktig for pasienten, og hva som er relevant i den situasjonen. Hun mener på den annen side at for å kunne stille de spørsmålene så må man kunne vite litt om hva som er vanlig i den aktuelle kulturen. Til slutt sier hun at selv om man ikke alltid treffer, så er det greit å ha litt bakgrunnskunnskap. Det Annette her sier kan man finne igjen i Cai (2016) sin begrepsanalyse under punktet *kulturell kunnskap*. Det refererer til oppnåelse av et godt grunnlag om ulike kulturelle grupper for bedre å forstå ulike trosretninger, verdier og atferd hos klienter. Nødvendig kunnskap involverer vanligvis hva man bør og ikke i samhandling med pasienter fra forskjellige kulturer, og at nøkkelen er å forberede seg *før* møte med klienten. (Cai, 2016). Hun peker på ved å ha en slik bakgrunn kan utilsiktede kulturlovbrudd forebygges, og tillit fra klienter etableres. Også i Legeforeningens rapport nevnes *kulturkunnskap* noe som setter helsepersonell i stand til å stille de rette spørsmålene, og kunne få en god dialog med pasienten (Den Norske Legeforening, 2008). Det gir mulighet for bedre innsikt i pasientens situasjon, som et menneske som også er preget av sin kultur.

6.3.4 Kulturell ferdighet

Cai (2016) forklarer *kulturell ferdighet* med evnen til å utføre kulturelle vurderinger for å samle inn relevante kulturelle data om en klients nåværende helseproblem, samt nøyaktig å inkorporere relaterte data i behandling og tilbud på en kultursensitiv måte (Cai, 2016). Hun hevder at denne ferdigheten er garantert gjennom effektiv kommunikasjon, og at riktig bruk av tolk er noen ganger avgjørende for å oppnå gjensidig forståelse. Så og si alle informantene løftet opp bruk av tolk i kommunikasjon med minoritetspasienter som en viktig faktor. Fastlegen Johannes opplever noen ganger asiatiske pasienter som nikker og sier «ja» uten at de har forstått hva han sier. Det gjør at han pleier å ta med tolk selv om pasientene selv mener de snakker godt nok norsk. Dette for å forhindre at mange ting faller vekk. Det leder til neste avsnitt som omhandler tolkebruk.

6.3.5 Bruk av tolk

Legeforeningen mener at gode rutiner for bruk av tolketjenester er sentralt (Den Norske Legeforening, 2008). Det er en lovfestet pasientrettighet å få forståelig informasjon om egen helsetilstand og om helsehjelpen som ytes. For å kunne gi forsvarlig helsehjelp er det en forutsetning at lege og pasient kan kommunisere muntlig. Informasjon som gis til pasienten skal tilpasses individuelle behov, herunder også språk. I de tilfeller når lege og pasient ikke snakker samme språk, vil det kunne være behov for tolk. Forutsetninger for å skape god kommunikasjon mellom partene vil kunne falle bort om ikke tolk benyttes, og behandlingskvaliteten vil da kunne forringes. Selv om pasienten tilsynelatende snakker tilstrekkelig godt norsk, kan tolk være viktig siden språkkunnskapene ofte kommer til kort likevel (Den Norske Legeforening, 2008). Også en kvalitativ studie blant pasienter med innvandrerbakgrunn og helsepersonell, viser mangler i rutiner for å kvalitetssikre helsepersonells tolkebruk samt deres vurdering av tolkebehovet (Le et al., 2013). Studien avdekker at det norske helsevesenet har vansker med å tilpasse tjenestene til den del av befolkningen som i varierende grad eller ikke i det hele tatt behersker norsk. Studien viser til at det kan derfor være en utfordring å tilby likeverdige helsetjenester til pasienter med varierende norskferdigheter og med en annen kulturell bakgrunn (Le et al., 2013).

Ifølge Tolkeloven (2022) §6 står det at offentlige organer skal bruke tolk når det er nødvendig for å yte forsvarlig hjelp og tjeneste, eller for å ivareta hensynet til rettssikkerhet. I vurderingen av om bruk av tolk er nødvendig, skal det vektlegges om samtalepartene kan kommunisere forsvarlig uten tolk, og på sakens alvorlighet og karakter (Tolkeloven, 2022, §6). Videre så pålegger tolkeloven å bruke tolker som er kvalifisert gjennom å være oppført i Nasjonalt Tolkeregister (Tolkeloven, 2022, §7). Tolkeloven skriver i §1 første ledd at «loven skal bidra til å sikre rettssikkerhet og forsvarlig hjelp og tjeneste for personer som ikke kan kommunisere forsvarlig med offentlige organer uten tolk.» (Tolkeloven, 2022, §1).

Cai mener i tillegg at tilgjengelige og kulturelt passende ressurser bør innhentes for å planlegge og tilby tilfredsstillende, trygge og fordelaktige omsorgstjenester (Cai, 2016). Tre av informantene tok opp behovet for bruk av kulturtolk. Oscar foreslår at man hadde en felles time hvor faktisk tolken ikke var tolk, men begrepsavklarer. Han argumenterer med at når

han henviser til spesialist så er det av og til fordi en ønsker en annen type tilnærming, og en kunne jo henvist til en sånn type kulturell samtale. Silje sier at det er viktig at ved bruk av tolk at tolken da også oversetter kulturelle ting når man senser at det er noe, og ikke tolker bare akkurat ordene som blir sagt. Hun tenker det er veldig viktig at en tolk også hjelper til å tolke kulturelt hvis han eller hun har kunnskap om det. Også Rakel påpeker behovet for bruk av kulturtolk. Hun sier at hvis hun hadde hatt en kulturell tolk så tror hun det hadde vært lettere og kanskje fått gitt bedre forklaring til den kvinnelige pasienten. Det kunne kanskje ført til at hun hadde sluppet å gå veldig mange år med veldig høyt blodsukker.

I dette kapittelet har funn som omhandler pasienters årsaksforklaring på sykdom blitt drøftet i lys av Helmans teori om lekfolks sykdomsforklaring. Det er påvist gjennom mange eksempler at det er ikke sjeldent forekommer at minoritetspasienter holder fast i innlærte verdensbilder og tradisjoner, også i møte med sykdom i norsk helsevesen. Videre i diskusjonen knyttes disse perspektivene opp imot helsearbeidernes opplevelse og håndtering av møter der pasienten har lagt kulturelle årsaksforklaringer til grunn. I diskusjonens neste del har funn knyttet til helsearbeidernes beskrivelse av utfordringer og løsninger blitt knyttet opp til teori, og de strukturelle barriererne har blitt drøftet. Det ble argumenter at kulturell kompetanse og bruk av tolk er de to tydeligste barriererne som må forseres for at minoritetspasienten skal få en sterkere tillitt til helsevesenet og en mest mulig likeverdig tjeneste.

7 Avslutning

I dette studiet har jeg intervjuet syv helsearbeidere som lot meg få ta del i noen av deres erfaringer og opplevelser i møter med pasienter med minoritetsbakgrunn. Det ga verdifull data som ble kategorisert, analysert og diskutert.

Motivasjonen til å gå i gang med denne studien kommer fra alle mine år med jobb og hverdag i Asia der verdensbildet og forståelsen av sykdom var en annen en hva jeg var vant til. Nå etter å ha flyttet tilbake til Norge etter to tiår har samfunnet blitt mer flerkulturelt. Det gjorde meg nysgjerrig på å finne ut av hvordan helsearbeidere erfarte og håndterte mennesker med andre sykdomspreferanser enn det skolemedisinen representerer. Gjennom innhentet data som er drøftet i lys av tidligere forskning og relevant teori, har jeg svart på problemstillingen. Denne prosessen som dette studiet har vært, helt fra første dag med planlegging og til siste dag med skriving, har vært svært spennende og lærerik.

Det finnes mange ulike former for barrierer som pasienter opplever i møte med helsevesenet. Dette studiet har fokusert på en av barrierene som oppstår når pasienten har en kulturell eller åndelig forklaring på sykdom. Funnene viser at slike forklaringer munner ut fra ulike årsaker, som vist i teoridelen. Dette viser hvorfor kulturell kompetanse er så viktig i helseomsorgen. Hvis denne kompetansen er svak kan det føre til at minoritetspasienter ikke har lik tilgang til helsevesenet som pasienter fra majoritetsbefolkningen. Som beskrevet tidligere er likeverdig helsetjeneste en viktig målsetting i Norge, og derfor trengs det mer forskning og forståelse av hvordan likheten erfares eller ikke erfares blant minoritetspasienter. I tillegg er det av stor betydning å forstå hvor ulike kulturelle årsaksforklaringer på sykdom har sitt opphav fra og hvordan det håndteres i ikke-vestlige kontekster.

Videre har dette studiet vist at det er en miks av mange faktorer som kan bidra til å skape barrierer, men at det mest handler om strukturelle hindringer. På det strukturelle plan er de to mest framtrædende manglene god nok opplæring i kulturell kompetanse, og for lite bruk av kvalifiserte tolker. Ved å sette et sterkere søkelys på disse aspektene kan det gi et godt bidrag i å utvikle en helsetjeneste som i enda større grad er beredt til å ta imot minoritetspasienter og gi de en likeverdig og trygg omsorg.

Litteraturliste

- Abebe, D. S., Lien, L. & Hjelde, K. H. (2014). What We Know and Don't Know About Mental Health Problems Among Immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23117694/>
- Aambø, A. (2020). Innvandreres helse – en utfordring for helsetjenesten. *Den norske medisinske Selskab*, 2020(2).
<https://www.michaeljournal.no/article/2020/03/Innvandreres-helse---en-utfordring-for-helsetjenesten>
- Alpers, L. M. (2017). Helsepersonells kompetansebehov i møte med etniske minoritetspasienter [Doktorgradsavhandling, Høgskolen i Oslo og Akershus].
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/5019/A-17-2-Alpers-SPS.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Barstad, A. (2017b). *Innvandring, innvandrere og livskvalitet: en litteraturstudie*. (Rapporter 2017/3). Statistisk Sentralbyrå. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/299825?_ts=15aea713c70
- Barstad, A. (2018). *Livskvalitet blant innvandrere. En analyse basert på Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016* (Rapporter 2018/31). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/en/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/362063?ts=165ccb60e80
- Cai, D. Y. (2016). A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*, 2016 (3). <https://www.sciencedirect.com/journal/international-journal-of-nursing-sciences>
- Dahl, Ø. (2017). *Møte mellom mennesker. Innføring i interkulturell kommunikasjon* (2 utg.). Gyldendal akademisk.

Debesay, J. (2022). Heterogenitet og likeverdige helse- og omsorgstjenester. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 8(2). <https://www.idunn.no/doi/epdf/10.18261/tfo.8.2.10>

Debesay, J., Arora, S. & Bergland, A. (2019). Migrants' Consumption of Healthcare Services in Norway: Inclusionary and Exclusionary Structures and Practices. I A. Borch, I. Harsløf, K. Laitala, & I. Grimstad Klepp (red.), *Inclusive Consumption. Immigrants' Access to and Use of Public and Private Goods and Services*. Universitetsforlaget.
<https://www.idunn.no/doi/book/10.18261/9788215031699-2019>

Den Norske Legeforening. (2008). *Likeverdig helsetjeneste? – Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*. Den Norske Legeforening.
<https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/rapporter/likeverdig-helsetjeneste-om-helsetjenester-til-ikke-vestlige-innvandrere/>

Drønen, T. S., Fretheim, K. & Skjortnes, M. (red.). (2011). *Forståelsens gyldne øyeblikk. Festskrift til Øyvind Dahl*. Fagbokforlaget.

Dwyer, S. C., Buckle, J. L. (2009). The Space Between: On Being an Insider-Outsider in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(1).
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1609406918788176>

Eriksen, T. H., Sajjad, T. A. (2020). *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge* (7. utg). Gyldendal.

Folkehelseinstituttet. (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. (2007:1). Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/sosial_ulikhet_i_helse_fhirapport2007_1.pdf

Furseth, I., Everett, E. L. (2020). *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Grimen, H., Ingstad, B. (red.). (2006). *Kulturelle perspektiver på sykdom og helse*. Universitetsforlaget.

Halvorsen, K. (2011). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg). Cappelen Akademiske Forlag.

Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness* (5th ed.). Hodder Education.

Helsedepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*. Helse og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 19 (2014-2015).

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

Helsedirektoratet (2016). *Helse blant innvandrere i Norge – Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016 (2019)*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/levekarsundersokelsen-blant-innvandrere-i-norge-2016-rapport-2019-v2.pdf>

Hiebert, P. G. (2008). *Transforming Worldviews. An Anthropological Understanding of How People Change*. Baker Academic.

Huslage, M., Rai, A. & Held, M. L. (2021). Building Partnerships and Trust: Research With Vulnerable Immigrant Communities. *Families in society*, 103(2).

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10443894211034776>

Ingstad, B. (2015). *Medisinsk Antropologi. En innføring*. Fagbokforlaget.

Janbu, T. (2008). *Likeverdig helsetjeneste? – Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*. Den Norske Legeforening.

<https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/rapporter/likeverdig-helsetjeneste-om-helsetjenester-til-ikke-vestlige-innvandrere/>

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt forlag.

Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2021). *Hvordan bruke teori? Nyttig verktøy i kvalitativ analyse* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press.

Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. Gyldendal.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal.

Larsen, I., Andersson, H. G. (2007). Årsaksbegreper og helseatferd i indisk folkemedisin.

Tidsskrift Norsk Lægeforening, 2007(24).

<https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2007--3278-81.pdf>

Le, C., Kale, E., Jareg, K. & Kumar, B. N. (2013). Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester. *Tidsskrift for norsk*

psykologiforening, 2013(19).

<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/10/nar-pasienten-snakker-litt-norsk-en-dypere-forstaelse-av-underforbruk-av-tolk-i>

Nergård, J. I., Vitebsky, P. (red). (2019). *Kulturen som pasient. Uvanlige møter for vanlige folk*. Universitetsforlaget.

NESH. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora* (5. utg.).

De nasjonale forskningsetiske komiteene.

<https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora>

Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J. F., Stankunas, M., Straßmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M. & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health, 11(1)*, 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>

Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information, 2004(22)*.

Statistisk sentralbyrå. (2023, 6. mars). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*.

<https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal.

Tolkeloven. (2022). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven)*. (LOV-2021-06-11-79). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-11-79>

Vrålstad, S., Wiggen, K.S. (Red.) (2017). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (Rapporter 2017/13). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/309211>

Vedlegg 1: Godkjenning

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

04.06.2023, 10:58



[Meldeskjema](#) / [Masteroppgave](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 684918	Vurderingstype Standard	Dato 03.05.2023
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel
Masteroppgave

Behandlingsansvarlig institusjon
VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag / Fakultet for teologi, diakoni og ledelsesfag Stavanger

Prosjektansvarlig
Sanjana Arora

Student
Marit Rousing Ngamchalad

Prosjektperiode
19.06.2023 - 18.12.2023

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 18.12.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

TAUSHETSPLIKT

Forskningsdeltagerne har yrkesmessig taushetsplikt. De kan ikke dele taushetsbelagte opplysninger med forskningsprosjektet. Vi anbefaler at du minner dem på taushetsplikten. Merk at det ikke er nok å utelate navn ved omtale av elever, pasienter el. Vær forsiktig med bruk av eksempler og bakgrunnsopplysninger som tid, sted, kjønn og alder.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.l.).

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å

<https://meldeskjema.sikt.no/6426aad1-b44d-4178-841e-a38d8a1352b7/vurdering>

Side 1 av 2

oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Norske helsearbeidere i møte med kulturelle sykdomsforklaringer blant minoritetspasienter»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge norske helsearbeideres opplevelse og håndtering av møter med minoritetspasienter/brukere som har religiøse forklaringer på sykdom.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med forskningsprosjektet er å kartlegge helsearbeideres møte med minoritetspasienter som har en kulturell forklaring på sykdom. Det kan være snakk om egen sykdom eller hos barn som en har omsorgsansvar for. Forskningen vil ha et søkelys på helsepersonell sin opplevelse av slike møter, samt hvordan de håndterer det.

Omfanget på denne masteroppgaven tar sikte på å intervju opp til ti informanter, alle ansatt som helsepersonell ved norske sykehus, legekantor eller helsestasjon.

Forskningsspørsmålet lyder følgende:

«Hvordan helsepersonell opplever møter med pasienter som har kulturelle forklaringer på sykdommen og hvordan blir disse møtene håndtert?»

I tillegg er det to underspørsmål det også vil bli forsket på i prosjektet:

- Underspørsmål 1: Hva sier fagfelt om sykdomsforståelse grunnet på kulturell tro i møte med helsevesenet?
- Underspørsmål 2: Hvordan definere sykdomsbegrepet, og hvordan blir sykdomsårsak definert i lys av kulturelle ståsted?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta på dette forskningsprosjektet på bakgrunn av din jobb innenfor det norske helsevesenet. Kriterier for utvelgelse er at informant enten jobber på sykehus, legekantor eller helsekontor. I dette prosjektet vil opp til ti informanter få forespørsel om å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et intervju som vil vare opp til 45 minutter. Intervjuet vil bli utført der det passer best for deg, eksempelvis på ditt kontor. Under intervjuet vil det bli tatt lydopptak, samt notater. Ved behov kan det hende du blir kontaktet på et senere tidspunkt hvis jeg har noen tilleggsspørsmål.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Ved VID Stavanger vil det være student og veileder som får tilgang til innhentet materiale.
- Tiltak jeg vil gjøre for å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene, er at navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. I tillegg vil alt datamateriale bli lagret på egen forskningsserver.
- Deltageren vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen da personopplysninger som navn vil bli erstattet med en kode (eks. «mannlig lege, 40 år» eller «kvinnelig helsesykepleier, 55 år»)
- Lydopptak, transkriberte dokumenter og eventuell e-post korrespondanse vil bli oppbevart på en beskyttet mappe med begrenset tilgang
- Deltakere vil bli kontaktet for samtykke ved bruken av direkte sitat i masteroppgaven

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent (ca. juni 2024). Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres. Alle personopplysninger og lydopptak av informant vil bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID Stavanger har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- VID Stavanger ved Sanjana Arora (sanjana.arora@vid.no)
- Vårt personvernombud: personvernombud@vid.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Norske helsearbeidere i møte med kulturelle sykdomsforklaringer blant minoritetspasienter?», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Informasjonsbrev

Hei!

Jeg er i gang med å skrive en masteroppgave gjennom VID Stavanger. I den anledning trenger jeg informanter, og lurer på om du kunne tenke deg å være med på dette forskningsprosjektet? Temaet som jeg ønsker å forske i, er:

«Norske helsearbeidere i møte med kulturelle sykdomsforklaringer blant minoritetspasienter»

Hvis dette er noe du har erfaring med og kunne tenke deg å være min informant, er det fint om du leser igjennom samtykkeerklæringen som ligger vedlagt, signerer og returnerer til meg. Deretter finner vi en tid som passer for deg å gjøre intervjuet på.

Vennlig hilsen,

Marit R. Ngamchalad

Tel: 92 033 701

Marit.ngamchalad@gmail.com