

# MØTE MELLOM FLYKTNINGER OG HELSEVESENET

**Heidi Øseth**

**Mastergradsoppgave i helsefag**

Avdeling for sykepleie og helsefag  
Institutt for klinisk medisin  
Det medisinske fakultet  
Universitetet i Tromsø

Oktober 2008

## **Forord**

Til gjennomføring av min mastergradsoppgave i helsefag har jeg en del mennesker å takke. Først vil jeg rette en takk til min veileder førsteamanuensis Siri Moe ved avdeling for sykepleie og helsefag, for faglig veiledning gjennom mitt arbeid med masteroppgaven.

Videre vil jeg takke min helsesøster i min kommune for god bistand til å komme i kontakt med flyktninger til samtale med meg. Vil også takke min hjelper, som gav meg en lærerik erfaring i å tydeliggjøre det hermeneutiske grensetilfellet. Takker også til de tre flyktingene som ønsket å samtale med meg.

Ellers vil jeg takke slekt og venner og arbeidskollegaer for faglige bidrag i mitt arbeid med mastergradsoppgaven, der dere alle har medvirket på hver deres måte.

## **Sammendrag**

Bakgrunnen for denne masteroppgave er å prøve å forstå hvordan møtefeltet mellom allmennleger og flyktningpasienter oppleves for partene. Det å se på hvordan kommunikasjonen fungerer, og hvilke utfordringer de står overfor hverandre i samhandlingen. Jeg anlegger et hermeneutisk perspektiv. Som er mitt teoretiske verktøy gjennom oppgaven. Der jeg velger hermeneutiker Hans-Georg Gadamer. Gadamer fikk i gang språklig forståelse, der han fremhever tradisjonen som betingelse for forståelse. Det vil si at tradisjonen innebærer både begrensninger og muligheter som det er viktig å være bevisst på i møte med den andre part (Gadamer 2004).

Min fremgangsmåte gjennom oppgaven er dokumentundersøkelse. Der leger og flyktningpasienter beskriver sin erfaring i møte med hverandre. De to valgt en undersøkelse er fra 1995 og 2006. Der det eldste studiet belyser både fra pasient og et legeperspektiv. Den nyeste undersøkelsen er fra kun fra legers perspektiv i møte med flyktningpasienten. Grunnen til at jeg velger to studier fra ulike tidsperioder er for å se på om det er noen likheter og forskjeller i dette tidsrommet. Jeg presenterer også samtaler med 3 flyktninger om deres opplevelse i møte med en lege i Norge. Antallet av aktørenes stemmer i materialet har noe ulik fordeling. Fordi det er flest legestemmer. Der mine individuelle samtaler med flyktningene kan utjevne dette noe.

Resultatet fra begge dokumentundersøkelsene og mine samtaler med tre flyktninger er ganske sammenfallende når det gjelder å forstå den andre part. Det vil si at både legene og flyktningpasientene opplever manglende forståelse for hverandres verbal og nonverbale språk. Der konsekvensen er at partene ikke alltid deler samme sykdomsforståelse. En del leger hevder også at disse pasientene ikke forstår hvordan den norske legepraksisen fungerer. Der noen av disse pasientenes opplevelse samsvarer med det legene sier om dette. Fordi det norske skolemedisinske systemet fungerer noe annerledes, enn det en del av denne pasientgruppen er kjent med fra sitt opprinnelsesland.

Min fortolkning av partenes manglende språkforståelse og forståelse for hverandres tradisjon, og kultur, kan løses ved at leger benytter den profesjonelle tolketjenesten. Da denne tjenesten kan bidra til å unngå misforståelser mellom partene. Slik at legen og pasienten kan oppnå en felles forståelse av saksforholdet.

## **Resyme'**

The initiation for my thesis is to create an understanding of how the meetings between physician and refugee patients are experienced. Looking at the communication and the challenges this two groups experience in their meetings will be the main tool. I will use a hermeneutisk perspective, which will be my teoretisk background throughout this thesis. Furthermore, I chose hermeneutic Hans-Georg Gadamer. Gadamer had a understanding of the language where he emphasize the traditions as the conditions for understanding. Moreover, this tradition features both limitations and opportunities, which are important to keep in mind in interactions between these two groups (Gadamer 2004).

The procedure throughout this thesis is to investigate documents, where physicians and refugee patients describe their experience in their meetings with each other. The chosen survey is from 1995 and 2006. The oldest one illustrate experiences form both groups: physicians and refugee patients, while the newest one only display the perspective from the physicians point of view in the meeting with the refugee patients. The reason that I chose two studies from two time periods is to investigate if there are similarities and differences between this two time epochs. In addition to these surveys I have interviewed three refugees regarding their experiences meeting a physician in Norway. The number of participants in each group has a differential distribution, where praticions outnumber the refugee patients. However, my interviews with refugees hope to equalise this uneven distribution in the surveys.

The result from both document investigations and the interview with three refugees has a similarity when it comes to understand the other group. Meaning both physician and refugee patients seem to have a lack of understanding for each others verbal and non- verbal language. The consequence is that the groups do not share the same understanding regarding illnesses. Furthermore, some physicians claim that these patients have a lack of understanding for how the Norwegian practice works. This is confirmed by some of the refugee patient's experiences. The explanation for this can be explained due to the differential practice by the Norwegian medical system and the one the refugee patients is used to in their native country.

My interpretation of the two groups' lack of understanding regarding language, as well as each others traditions and culture could be solved by using the professional interpretation service. This service can contribute to the avoiding of misunderstandings, so both groups can achieve a joint understanding of the case circumstances.

<b>1.0. INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemformulering, begrepsavklaring og avgrensing .....	2
1.2. Oppgavens oppbygging.....	5
<b>2.0. TEORETISK PERSPEKTIV .....</b>	<b>6</b>
2.1. Språk og forståelse mellom kulturer.....	7
2.2. Språk og makt.....	9
2.3. Sykdomsforståelse i et kulturelt perspektiv.....	10
2.4. Medisinske systemer.....	11
<b>3.0. FREMGANGSMÅTE .....</b>	<b>14</b>
3.1. Forståelsesprosessen i litteraturstudiet.....	15
3.2. Kontaktprosessen med min hjelper .....	17
3.3. Samtalene med flyktingene .....	22
3.4. Etske betraktninger gjennom oppgaven. ....	26
<b>4.0. MØTEFELTET MELLOM FLYKTINGER OG LEGER I NORGE.....</b>	<b>29</b>
4.1. Møtet mellom allmennpraktiserende leger og innvandrere .....	29
4.1.2. Møtet mellom kulturer.....	30
4.1.3. Møtet mellom legerollen og pasientrollen .....	35
4.2. Fastlegens møte med flyktinger.....	39
4.2.1. Legens forståelse av flyktingpasientens sykdomssituasjon .....	40
4.2.2. Legens sektortilhørighet - innvirkning på flyktingpasienten?.....	45
4.3. Flyktingenes møte med legen .....	48
4.3.1. Flyktingenes opplevelse av kommunikasjonen i dialogen med legen.....	49
4.3.2. Flyktingenes møte med den norske skolemedisinske sektoren .....	52
<b>5.0. AVSLUTTENDE DRØFTING OG OPPSUMMERING .....</b>	<b>58</b>
5.1. Utfordringer i kommunikasjonen mellom leger og flyktingpasienter .....	58
5.1.2. Det medisinske systemets påvirkning på forståelsen mellom partene .....	65
<b>LITTERATUR .....</b>	<b>76</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>1</b>
Kort informasjon om samtalen.....	1
Short information on the conversation.....	2

<b>Intervjuguiden</b> .....	<b>3</b>
<b>Interview</b> .....	<b>4</b>
<b>Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS</b> .....	<b>5</b>

## 1.0. INNLEDNING

I de senere år har jeg som helsefagarbeider arbeidet i et statlig arbeidsmarkedstiltak som heter Arbeid med Bistand. Tiltaket var rettet mot mennesker med yrkeshemming. Mange av de som var henvist til tiltaket var flyktninger. Begrepet flyktning forstås om personer som er innvilget asyl/flyktningstatus, individuelt opphold på humanitært grunnlag eller midlertidig kollektiv beskyttelse. Enten disse er kommet som asylsøker, overføringsflyktninger eller gjennom familiegjenforening (St.mld. 17, 1996-97:9)

Flyktingenes yrkeshemming var i hovedsak at de ikke behersket det norske språket. I tillegg hadde de manglende kjennskap til hvordan de skulle komme i kontakt med det norske næringsliv for å få et ordinært arbeid. Mitt arbeid var å kartlegge deres arbeidsønsker, og bistå i tilretteleggingen av en arbeidsplass. I denne prosessen misforsto vi ofte hverandre. En av årsakene til det, var at vi ikke forsto hverandres språk. Gadamer sier at det viktigste redskapet for å kunne fungere i sosiale sammenhenger er å forstå språket. Forstår vi ikke hverandres språk lever vi i hver vår begrepsverden (Gadamer, 2004)

Thornquist sier det slik, at mennesker lærer å oppfatte verden og alt som er i den gjennom språket, både bevisst og ubevisst. Hun sier videre at vi tar lett vår egen tradisjon for gitt i forhold til den måten vi tenker på. Det kan føre til at vi kan oppfatte mennesker som ikke tenker og handler slik vi gjør, som underlige og spesielle (Thornquist, 1998). Både flyktingene og jeg hadde i samhandlingen en forståelse for hverandre ut fra vår erfaringshorisont, der vi har lært å sette navn på ting, handlinger, følelser, og teoretiske begreper.

Det å forstå mennesker som snakker et annet språk, med en annen kulturtradisjon enn det enn selv har, kan ofte oppleves utfordrende. I slike hermeneutiske grensetilfeller tydeliggjøres den ufriheten vi befinner oss i. Vi må resignere, vi må si klart i fra at vi ikke forstår. Hvis en situasjon prinsipielt er slik at vi ikke får med alle dimensjoner. Så betyr det at vi av og til må gi avkall. Enhver som allikevel prøver å forstå hva et annet menneske sier tar sin oppgave alvorlig, sier Gadamer (Gadamer, 2004).

Det at vi ikke snakket samme språk gjorde det mer utfordrende og tidkrevende. Vi måtte derfor ofte gå utover den fastlagte tidsrammen for å prøve å oppnå forståelse for hverandre. Vi lyktes ikke alltid i dette, og min opplevelse som helsefagarbeider på dette tidspunktet var at jeg hadde en mangelfull ferdighet i min yrkesutøvelse. Jeg hadde lite kunnskap på området om det å være flyktning i Norge, noe som gjorde prosessen besværlig. Å benytte en profesjonell tolk som et hjelpemiddel i forståelsesprosessen mellom meg og flyktningene var aldri antydning som et alternativ. Vi som arbeidet i dette tiltaket manglet kjennskap til denne tjenesten.

På denne tiden var heller ikke språkopplæringen for flyktninger en lovbestemt ordning. Denne loven trådte i kraft 1.september 2003, og ble fra 1. september 2004 obligatorisk for alle personer som er bosatt etter 1.september 2003. Lovens formål er å sikre alle nyankomne flyktninger en grunnleggende språkopplæring og en innføring i det norske samfunnsnivå, som en forberedelse til videre deltakelse i yrkeslivet. Dette programmet går over et helt år og på full tid. Det inneholder norskopplæring og samfunnskunnskap. Denne ordningen kan være inntil to år, og når særlige grunner taler for det kan det ha en varighet på inntil tre år (Ot. prp.nr.28 (2002-2003) Om lov om introduksjonsordning for nyankomne innvandrere.

Flyktningene i tiltaket på denne tiden følte nok sin utilstrekkelighet i sin samhandling med meg. De var nok i utgangspunktet mer sårbar enn meg med tanke på hva de måtte erverve seg av språkkunnskap og informasjon om det norske næringsliv, for å kunne delta aktivt i samfunnet. Ut fra min erfaring med flyktningene fra et arbeidsmarkedsforetak ønsker jeg å vite mer om hvordan møtet med flyktninger foregår i andre systemer i samfunnet, da bestemt helsevesenet.

### **1.1. Problemformulering, begrepsavklaring og avgrensning**

Jeg er helsefagutdannet, og går på et helsefaglig studium. I den forbindelse har jeg utarbeidet en mastergradsoppgave med nye spørsmål ut fra de erfaringene jeg ervervet meg i møte med flyktningene. Jeg har valgt å studere møtet mellom flyktninger og leger. Oppgaven er et teoretisk studium med bruk av teori og forskning innen området. Studiet inneholder også en empirisk del, der jeg har hatt samtaler med tre flyktninger om deres opplevelser i møte med



allmennleger i Norge. Min problemformulering er følgende: Hvilke utfordringer er det i kommunikasjonen mellom flyktninger og leger når det gjelder forståelsen av sykdom og behandling?

Problemer med å forstå og bli forstått er utbredd i helsevesenet, ikke bare i forhold til flyktninger. Fra vi er små lærer de fleste av oss blant annet av våre foreldre hva sykdom er, og hva slags behandling som bør benyttes. Noen flyktninger, også nordmenn, tror at sykdom og ulykker forklares slik at de er forårsaket av en gud eller av overnaturlige "vesener". Dem som tror på dette synes det verken er merkelig eller unaturlig men derimot, en rasjonell oppfatning. Forklaringen inngår som en naturlig del av deres totale verdensbilde. Når mennesker flytter fra et land til et annet har det med seg sin måte å se virkeligheten på, og forståelsen av hva som er sykdom og avvik (Eriksen, Sørheim 2003).

Ordet kultur er i betydningen et meget vidt begrep. Det kan brukes om en menneskegruppers livsform, men mer. Presist kan enn si at kultur i denne betydningen er ideer, regler, verdier og normer som et menneske overtar fra den foregående generasjon. Det bringes videre ofte noe forandret til neste generasjon. I kulturen lærer man om hva som er rett og galt, unyttig eller nyttig - om den daglige væremåte og mening med livet (Tylor, 1971). Forskjellige menneskegrupper har forskjellig kultur. Forskjellen kan være av nasjonal art, av geografisk karakter, eller yrkeskultur. Vi behøver ikke å krysse en geografisk grense for å oppleve kulturforskjeller. I det sosiale landskapet vil vi ofte bli kjent med andre individer og deres tradisjoner (Klausen, 1978).

Tradisjonsbegrepet knyttes i vår tid ofte til kulturbegrepet. Begge begrepene brukes til å belyse kulturelle uttrykk fra ulike vinkler, der det også vil variere i forhold til sammenhengen og formålet med definisjonen (Jensen, Løngreen, 1995). Begrepet tradisjon brukes om innhold i et kulturelement som er tradert, det vil si overført. Sagn er eksempler på mulig tradisjonsstoff. All tradering betyr en eller annen form for kommunikasjon. Muntlig tradisjon overføres gjennom det talte ord, og skriftlig tradisjon overføres gjennom det skrevne ord (Kverndokk, 2000). I samhandlingen mellom flyktningpasienten og legen kan kulturtilhørigheten gi ulike uttrykk ut fra tradisjonen de er en del av, det vil si ut fra deres

sosial eller instrumentell tradisjon. Kommunikasjon og dialog i slike møter gir mulighet for konstruksjon av nye virkeligheter, eller forhandlinger om felles forståelse av en virkelighet.

Kommunikasjon er et vidstrakt og omfattende begrep. Ordet kommunikasjon har sitt utspring fra det latinske ordet *communicare* som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, eller ha forbindelse med. I vårt språk har vi ord som samhandling eller samarbeid som dekker det samme, og som samtidig minner oss om at å kommunisere er noe mer enn bare å snakke, skrive og overføre informasjon (Nessa, 2003). I samtalen mellom flyktningene og legene foregår det også en tverrkulturell og interkulturell kommunikasjon, der utfordringen er å formulere seg på en slik måte, at en er sikker på å bli forstått i en sammenheng.

Begrepet interkulturell kommunikasjon forbindes umiddelbart med kommunikasjonsproblemer. Dette fordi, når det oppstår kommunikasjonsproblemer ofte begrunnes med "den fremmedes" kulturbakgrunn. Interkulturell kommunikasjon forstås som kommunikasjon mellom mennesker som kommer fra forskjellige kulturer. Ofte blir dette jamstilt med nasjonalkulturer. Det vil si at mennesker opplever representanter i et kulturelt fellesskap så forskjellig, at deres tilskrivning av mening påvirkes (Jensen/Løngreen1995).

Tverrkulturell kommunikasjon brukes når det er snakk om sammenligning av ulike måter å kommunisere på, både verbalt og nonverbalt. Ulike hilseskikker er et eksempel på nonverbalt språk (Dahl, 2001). I møtefeltet mellom flyktningpasienten og legen foregår det en både en interkulturell og tverrkulturell kommunikasjon.

I denne oppgaven vil jeg hovedsakelig bruke begrepene flyktning, flyktningpasienten og innvandrerpasienten eller bare pasienten i min beskrivelse. Da det uansett dreier seg om samme fenomen.

Opgaven omhandler aktuell teori og forskning på norske legers erfaring og forståelse i møte med pasienter med flyktningbakgrunn. Grunnen til at jeg velger å se på leger, også omtalt som eksperten i min oppgave, og ikke andre helseprofesjoner, er at primærleger ofte er den helsefagarbeideren flyktningpasienten først møter. Før han eventuelt blir henvist videre i

helsevesenet. Jeg drøfter også fra flyktningers perspektiv om deres opplevelse i møte med en lege i Norge.

Årsaken til at jeg belyser både fra et pasientperspektiv og legeperspektiv er, for å prøve å få et sammensatt bilde av begge partenes opplevelse av den andres forståelse i samhandlingen. Fordi jeg velger å fokusere på selve sykdomsforståelsen begge parter har ut fra sin forståelseshorisont. Har jeg i oppgaven bare en kortere redegjørelse av sykdomsbegrepet.

Videre har jeg en beskrivelse fra samtaler med tre flyktninger. Der jeg får vite noe om deres opplevelser og forståelser i møter med allmennleger i Norge. Konsultasjonene disse flyktningene forteller fra, er vanlige legetimer flyktningene selv hadde tatt initiativet til. Denne informasjonen danner bakgrunn for min forståelse av flyktningenes forståelse.

## **1.2. Oppgavens oppbygging**

Oppgaven har fem kapitler. Kapittel en inneholder innledning, bakgrunnen for problemstillingen og avklaring av begreper. Kapittel to inneholder oppgavens teoretiske analyseredskap. Kapittel tre beskriver jeg valgte fremgangsmåte, der jeg redegjør for min forståelsesprosess i litteraturstudiet. I dette kapitlet beskriver jeg kontaktprosessen med min hjelper- det vil si en flyktning som bisto meg å få kontakt med aktuelle flyktninger til samtaler med meg. Videre er det en beskrivelse av samtaleprosessen med tre flyktninger om deres opplevelse i møter med en leger i Norge. Kapitlet avsluttes med en redegjørelse for mine etiske betraktninger gjennom studiet. Kapittel fire presenterer jeg og drøfter to utvalgte studier. En eldre undersøkelse fra 1995, som omhandler møtefeltet mellom innvandrere og leger. Det andre studiet er en nyere undersøkelse fra 2006 som er fra legers perspektiv. Videre i dette kapitlet er en beskrivelse av tre flyktninger sine opplevelser av sine møter med leger i Norge. Kapittel fem inneholder en avsluttende drøfting og oppsummering av studiet.

## 2.0. TEORETISK PERSPEKTIV

Jeg anlegger et hermeneutisk perspektiv på oppgaven, fordi hermeneutikk er fortolkende og subjektivt, og egner derfor seg som et analyseredskap i mitt prosjekt (Guddal, Møller, 1999). Hermeneutikk betyr fortolkningskunst eller forståelselære med røtter helt tilbake til gresk mytologi (Thornqist 2003). Hermeneutikk ble opprinnelig utviklet for bibeltolkning i forbindelse med reformasjonen. Er også senere brukt i juss. Hermeneutikken sier at verden ikke kan oppleves direkte, men via menneskets persepsjon av den (Guddal/Møller 1999).

Hans-Georg Gadamer (1900-2002) betraktes som den mest sentrale filosofiske hermeneutiker i det tjuende århundret (Guddal/Møller 1999). Gadamer sier at hermeneutikk omfatter all menneskelig forståelse, hvor forståelse og fortolkning hører uløselig sammen., der forståelse av felles språk gjør at to parter kan oppleve å forstå en felles verden. Det vil si at hvis legen og pasienten ikke forstår hverandres språk, lever de i hver sin horisont med en overfladisk kontakt, fordi språket er det som definerer mulighetsfeltet for forståelse.

Gadamer sier videre at mennesket fødes inn i tradisjonsfellesskapet, der historien i realiteten ikke tilhører individet. Det vil si at individets tilhører historien, og at all forståelse er grunnleggende begrenset av individets historiske situasjon. I møtefeltet mellom flyktningpasienten og legen er også partenes kulturbakgrunn avgjørende for hvordan forståelsen mellom dem utarter seg. Partenes oppdagelse av den andres verden, der de erfarer hvor forskjellig den er fra ens egen, kan innebære at de oppdager noe nytt i sin egen verden som er preget av forforståelse og fordommer i den tradisjonen de er en del av (Gadamer, 2004).

Gadamer innfører begrepet fordom som er den måten tradisjonen manifesterer seg på individet. Fordom skal forstås som en ”nøytral” fornuft, eller i ordets opprinnelige betydning, som er å felle dommer på forhånd. Dette gjør vi hele tiden, og på alle områder, i følge Gadamer. Mennesker vurderer alltid om noe er sant eller usant, vakkert eller stygt. Fordommen preger vår forforståelse eller erfaringshorisont ut i fra vår fornuft. Vi forklarer alltid det vi ikke kjenner eller forstår ut fra det vi kjenner- det vil si ut fra forståelsens historisitet. Gadamer sier videre at en gjennomgripende kritikk eller mistillit ikke er mulig,

fordi på den andre siden ligger erfaringshorisonten, ikke fastlåst, for den kan endres og omarbeides hver gang vi får en ny forståelse av noe (Gadamer, 2004).

I samhandlingen mellom flyktningpasienten og legen ligger det en forforståelse hos begge parter. Underveis i møtet mellom dem må de kanskje endre forståelse etter hvert som samtalen går. Etter endt møte må de kanskje endre større eller mindre deler av den totale forståelsen for hverandre. Den nye forståelsen utgjør igjen en ny forståelseshorisont, eller nye fordommer, som igjen kan revideres. Dette er Gadamers versjon av den hermeneutiske sirkel, en veksling mellom helhetsforståelse og delforståelse., hvor målet er en helhetsforståelse, en horisontsammensmelting. Et eksempel er når en oppnår en felles forståelse av et saksforhold.

Eller slik som Skjervheim sier det, i essayet "Deltakar og Tilskodar". Handler det om den interessertes deltagelse og forståelse av sykdomsbildet eller saken. Han beskriver at en treleddet relasjon er en relasjon mellom to aktører som deler et saksforhold slik som for eksempel at legen og flyktningpasienten deler en felles sykdomsforståelse. Gadamer, kaller dette en oppnådd horisontsammensmelting. Det motsatte skjer i en toleddet relasjon. Der deler partene ikke et felles saksforhold, men har hver sin forståelse av sykdomsbildet (Skjervheim, 2001).

Videre i dette kapitlet er det fire undertema som omhandler språk og forståelse mellom kulturer, og et underkapittel som omhandler språk og makt, og videre er det en beskrivelse av sykdomsforståelse i et kulturelt perspektiv. I det siste underkapitlet fremstilles en modell som forklarer et samfunns totale helseomsorgssystem.

## **2.1. Språk og forståelse mellom kulturer**

Gadamer fikk i gang språklig forståelse, der han fremhever tradisjonen, eller kulturen som betingelse for forståelse. Menneskets tilhørighet i tradisjonen medfører både begrensninger og muligheter som det er viktig å være bevisst på. I sin utdypning av perspektiv forståelse innfører Gadamer som premiss, at en mestrer språket. Hvordan skal flyktningpasienten og legen kunne oppnå en felles forståelse i samhandlingen hvis de ikke forstår hverandres språk, eller forstår bare deler av det? I dette møtiefeltet er det også et tokulturelt repertoar, der begge

partene bruker dette ut fra sin kulturelle sammenheng. Utfordringen er å finne eller utvikle en felles språkforståelse slik at man på den måten prøver å forstå hverandre. Dette sammenfaller med forståelseshandlingen, eller å komme til enighet, sier Gadamer.

Sand og Walle-Hansen (1992) sier, at å bli tokulturell betyr ikke bare å lære to språk. Mye annet må læres før en kan samhandle på en god og likeverdig måte med mennesker som har en annen kulturell bakgrunn. Det å kunne snakke samme språk er ikke nok. I samhandlingen mellom flyktningpasienten og legen må de kunne snakke om alle ting på en riktig måte. Da må en vite når og med hvem en for eksempel kan fleipe. Det ideelle er at begge parter kjenner til hverandres kulturmønster både verbalt og nonverbalt.

Ulike skikker er ikke ansett som en personlig atferd, men en del av et kulturmønster som tilhører en tradisjon. Slik som kroppsspråk, som innbefatter ulike måter å formidle en tilstand eller en situasjon på. Enkelte kulturer bruker mye av denne kroppslige atferden. Det kan være vifting og veiving med armer, eller ulike hilsningsritualer som håndtrykk, klemmer og kyss, eller andre handlinger (Thornquist, 1998). Det vil si at flyktningen i møte med en norsk lege bruker både det språklige, og ikke språklige ut fra sin kulturelle bakgrunn. Legen anvender sitt språklige repertoar ut fra sin faglige terminologi i dette møtet. Språket blir derfor sett på som vurderende for forståelsen av virkeligheten.

Legenes og flyktningpasientenes kulturtilhørighet og språkforståelse kan gjøre dem både seende og blinde på samme tid. Det vil si at det har noe med innenforskap og utenforskap å gjøre. Kulturer er summen av de erfaringer og kunnskapene begge erverver seg gjennom sosialisering og ved å være medlemmer i et samfunn. Dette kan gjøre dem seende i innenfor sin egen verden, men samtidig blinde for den andres verden. (Nergård 1994).

Hvis begge parter ideelt sett skal kunne forstå hverandre, må de pendle mellom to rollesystemer. Dette innebærer at de utvikler og får tilskrevet ulike identiteter i de to kulturene. En slik pendling kan være svært krevende. Hvis verdinormene i de to kulturene er motstridende, kan det føre til verdikonflikter (Sand, Walle-Hansen, 1992).

I dette møte har nok legen mer makt enn pasienten fordi legene forstår det norske språket, i tillegg til å beherske det medisinske språket fra vestlig medisinsk terminologien.

Flyktningpasientens manglende språkforståelse både av det norske språket og de medisinske fagbegreper kan føre til at partene ikke forstår hverandres kontekst.

## **2.2. Språk og makt**

Det verbale språket ligger i en tykk kontekst med ulike handlingskjeder som ligger utenfor språket selv (Eriksen/Sørheim 2003). Et eksempel er at legen forstår flyktningpasienten sykdomsbilde ut fra den vestlige medisinske tradisjonen der behandlingsformen for en bestemt sykdom er kjent for legen og ikke pasienten. Legen vet i teorien hva pasienten må igjennom av behandling. Pasienten kan være uviten om dette når informasjonen blir overlevert. Dette forekommer når pasienten ikke forstår det norske, og det medisinske fagspråket. Maktforskjellen i beherskelse av det norske språket og fagspråket er klart i legens favør. Manglende kjennskap til diagnoser og behandling i det norske helseomsorgssystemet, gjør det ikke enklere for flyktningpasienten.

Max Webers definerer at makt er til stede når et eller annet flere mennesker har mulighet til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samvær. Dette skjer uavhengig om andre deltakere skulle gjøre motstand. Maktbegrepet henger ofte sammen med autoritetsbegrepet.

Autoritetsbegrepets definisjon betyr myndighet til å beordre og plikt til å adlyde (Weber, 2000). Legen i makt av sin status kan velge å bestemme over flyktningpasientens behandlingsform, selv om pasienten ikke forstår eller er enig i dette. Det vil si at behandlingen blir gitt ut fra legens sykdomsforståelse fra den norske skolemedisinske terminologien.

Flyktningpasientens medisinske tradisjon trenger nødvendigvis ikke å bli forstått, eller vurdert av legen.

Et annet perspektiv kan være at noen av disse pasienter har en annen erfaring fra det helseomsorgssystemet de er kjent med fra sitt opprinnelsesland - en erfaring som går ut på, å se på legen som en autoritet. Det vil si en fagperson de har stor tillit til i behandlingssammenheng. Det kan også være slik at noen av disse pasientene har stor ærefrykt for legen. I slike tilfeller kan disse pasientene innta en underdanig holdning i samhandlingen

med legen. Denne type atferd kan være individuell, men kan også være et særpreg fra tradisjonen.

Sosiologen Alfred Schultz (2005) skriver i sitt sosialpsykologiske essay "Hverdagslivets sociologi", om en fremmed som henvender seg til en ny sosial gruppe. Den fremmedes fortolkning og orientering av en gruppes kulturmønster er vanskelig å forstå. Med gruppelivets kulturmønster menes om den terminologien som omfatter de særlige vurderinger, institusjoner, orientering og veiledningssystemer, tradisjoner og sedvaner, lover og regler. Manglende fortrolighet med hvordan eksperten og pasienten skal opptre i et gitt kulturmønster gjør at de fortolker det som ikke oppfattes oversiktlig eller trygt, som ukjent.

Den sterke vestlige medisinske tradisjonen med sitt fagspråk ikke gjør sykdomsforståelsen enklere for en fremmedspråklig. En del nordmenn kan nok også ha vanskeligheter med å forstå det medisinske fagspråket selv om de forstår norsk. Nordmenn har likevel et fortrinn i møte med det norske helsevesenet fordi de har større kjennskap til hvordan sykdomsforståelsen i den norske medisinske kulturen defineres.

### **2.3. Sykdomsforståelse i et kulturelt perspektiv**

Mennesker i alle samfunn er opptatt av sykdom og behandling, sier Aadnanes. Det som oppfattes som sykdom eller avvik i et samfunn trenger ikke å forstås på samme måte andre steder, fordi menneskets kulturelle bakgrunn med religion og livssyn, verdsett og erfaring påvirker dets forståelse av sykdom og helbredelse. Livssyn inneholder et helhetlig syn på tilværelsen, og prøver å gi svar på såkalte livsspørsmål og synspunkter. De fleste livssyn kan plasseres innenfor området virkelighetsoppfatning. Religion er å tro på "overnaturlige" makter og ordninger. Både personlig eller upersonlig (Aadnanes, 1992).

En forståelse av en sykdoms årsak som er spesielt utbredt i den ikke- industrialiserte verdenen er at man beskylder andre for å ha forårsaket ens sykdom, som ved hekseri og trolldom, eller svart magi. Denne oppfatningen er vesentlig for den det gjelder, og mennesker innretter sine liv etter dette (Aadnanes, 1992).



Det ”onde øye” er en annen forklaringsmåte for uhell og sykdom, og oppfatninger omkring dette finnes i store deler av verden. Dette er en ubevisst skadelig kraft i mennesker som virker gjennom blikk, ofte kvinners blikk. Sykdom kan også forstås slik at den skjer på bakgrunn av overnaturlige vesener som ånder, eller at forfedre utfører direkte handlinger. Sykdom kan da oppleves som en straff. Mennesket som blir rammet har ikke herredømme over denne handlingen. Disse forklaringer er fremstillinger av verden ut fra hvordan den blir oppfattet og tolket av den syke og de pårørende (Aadnanes, 1992).

Den vestlige biomedisinen er preget av en ensidig årsaksforklarende tenkning rundt sykdom. Det vil si at sykdom er universell. Begrepene *illness* og *disease* av sykdomsforståelsen i det engelske språket synes jeg synliggjør den vestlige medisinske tenkningen. *Illness* blir kalt pasientens perspektiv da dette er den enkeltes pasients opplevelse av symptomer og lidelser i forhold til sykdom. På en slik måte at det får konsekvenser for personen i hverdagen. Begrepet *disease* kan sies å være helsevesenets perspektiv. Det er det sanne og observerbare faktumet som kan klassifiseres og forklares, og behandles i biomedisinske termer (Helmann, 2001). Ut fra de ulike perspektiv å forstå sykdom på, kan enn si at forståelse av begrepet sykdom er relativt i perspektivet. Dette kommer ut av at meningsaspektet på sykdom er svært forskjellig i de ulike medisinske systemer.

#### **2.4. Medisinske systemer**

Ulike medisinske systemer omfatter menneskesyn og verdensbilde - en antagelse om virkeligheter. Antropolog og psykiater Arthur Kleinman har utarbeidet en modell av et samfunns totale helseomsorgssystem. Dette er et redskap til å forstå det samspillet som foregår mellom forskjellige behandlingssystemer i alle samfunn. Dette system er delt inn i tre ulike medisinske sektorer. Ingen av sektorene er klart avgrenset, og mennesker vil forholde seg til sektorene på ulike måter i forskjellige samfunn over tid.

Den *skolemedisinske*, også kalt den profesjonelle sektor, består av de offisielle, autoriserte og lovregulerte helseprofesjoners virksomhet. Som hos allmennpraktiserende leger. Der går virksomheten ut på å avsløre *illness* før *disease*. Det vil si, helst unngå at *disease* oppstår.

I den *folkelige sektor* finnes mennesker som har spesialisert seg på religiøse, eller jordbundne (åndsførlatt) behandlingsformer, eventuelt begge former for behandling. Behandlerne kan være ulike healere, kloke koner, eller urtemedisinere, med flere. Disse behandlerne kan i norsk sammenheng plasseres som alternative og folkelige behandlere, og har vanligvis ikke offentlig godkjente status. Noen av dem kan ha en tilknytning til den profesjonelle sektor. De fleste folkelige behandlere fra Norge og andre land, deler sine kulturelle verdier med sine pasienter.

Den tredje er den *private sektor*. Denne sektoren omfatter individet, familien og det sosiale nettverket. Det er denne sektoren som omfatter lekmannsdelen av systemet. I denne sektoren er det at sykdom og lidelse først oppdages, forklares og beskrives. Det er i denne sektoren det bestemmes hvordan man skal forholde seg til sykdom, hvilke tiltak som skal settes i verk. Avgjørelser blir tatt om den syke skal oppsøke lege i den medisinske sektoren, eller en annen behandler fra den folkelige sektoren. I den private sektor forekommer den største delen av helseomsorgen, med den alminnelige borgers forståelse av sykdom. Sykdomsforståelse, omsorg og behandlingsformer må derfor sees ut fra den kulturelle konteksten de opptrer i (Kleinman, 1980).

De fleste mennesker tror at helsevesenet står bak all organisering av helsetilbud. I følge Kleinman er det folket selv som aktiviserer helsetjenesten, ved selv å bestemme når og hvem de ønsker å motta tjenester fra. Mennesket avgjør selv om de skal følge de råd som blir gitt, eller se tidligere, benytte seg av andre behandlingstilbud. Dette skjer ut fra egne vurderinger. Det vil si om pasientene opplever seg tilfredse, om tjenestetilbudet er effektivt. Den skolemedisinske sektoren er opptatt av å disiplinere menneskene til å lære seg hvilke symptomer det skal bringe videre. I den private sektoren skjer det imidlertid en selektering på hvem som skal oppsøke den skolemedisinske eller den folkelige sektoren. Derfor blir den private sektor en hovedsektor, sier Kleinman.

Det kan være vanskelig for en flyktning å søke råd i den norske folkelige sektoren. Denne sektoren kan være helt annerledes enn den folkelige sektoren vedkommende er kjent med fra sitt hjemland. Det samme kan gjelde i privat sektor, hvis vedkommende flyktning ikke har noen av sine familiemedlemmer eller har noe annet nettverk som deler ens eget syn på

sykdom og behandling. I tillegg kan den skolemedisinske sektoren i Norge ha større eller mindre avvik fra det behandlingssystemet vedkommende er kjent med fra sin kultur. Dette kan skape forvirring og usikkerhet som kan få betydning for vedkommendes sykdom og behandling. Dette er faktorer som kan være viktig å tenke over i behandlingssammenheng.

Forståelse og fortolkning er ikke kun et anliggende for vitenskapen, men hører også til den menneskelige verdenserfaringen som helhet (Gadamer, 2004). Kleinmann (1980) sier, at det er av stor betydning for den skolemedisinske sektoren å akseptere den folkelige sektoren og den sykdomsforståelsen som er i den.

Det kan by på utfordringer for legene å akseptere sykdomsforståelsen i flyktningpasientens folkelige og private sektor. Særlig hvis den avviker mye fra den norske skolemedisinske sektoren. Fra en flyktnings perspektiv kan legens manglende forståelse av disse pasientenes egen sykdomsforståelse ut fra deres private sektor, oppleves særlig utfordrende for denne pasientgruppen. Hvis det i tillegg er ulike fremgangsmåter i å behandle sykdommer på i den norske skolemedisinske sektor og tilsvarende sektor i flyktingenes hjemland, vil det kreve at det er stor forståelse og gode rammevilkår for samhandling, dersom en skal kunne komme til felles enighet.

### 3.0. FREMGANGSMÅTE

Hermeneutikken er ikke en ensartet vitenskapelig fremgangsmåte. Hermeneutikken er i utgangspunktet en tolkningsprosess – en kunst i det å fortolke fenomen. Fenomen er som regel tekster (Gadamer, 2004). Hermeneutisk tilnærming er min valgte fremgangsmåte gjennom oppgaven.

I dette kapitlet vil jeg forklare min fremgangsmåte, det vil si min forståelsesprosess gjennom studiet. I første underkapitel beskriver jeg min prosess i arbeidet med kildevalgene ut fra min fortolkning og forståelse. Bakgrunnen for mitt valg av litteraturstudie, også kalt dokumentundersøkelse, er at jeg ønsker å finne ut hva andre har skrevet om møtefeltet mellom flyktninger og leger i Norge. I andre underkapitel beskriver jeg mitt møte med en flyktning med akademisk utdanning som bisto meg i å komme i kontakt med flyktninger jeg kunne samtale med. Denne mannen omtaler jeg som min hjelper. Grunnen til at jeg presenterer dette møtet, er at det synliggjør det hermeneutiske grensetilfellet. Det vil si der to parter forstår hverandre, men at resultatet kommer i en uventet form. Det siste kapitlet er en beskrivelse av samtaler jeg har med tre flyktninger, der de forteller om sin opplevelse i møte med en leger i Norge. I det siste underkapitlet har jeg gjort mine etiske betraktninger gjennom oppgaven.

Min samtale med min hjelper, og samtalene med tre flyktningene er primærdata. Det vil si førstehånds informasjon. (Jakobsen, 2003). Målet med møtet med denne hjelperen, var å få kontakt med aktuelle samtalepartnere til mitt prosjekt. Mitt møte med tre flyktninger er min empiri. Saken mellom meg og disse flyktningene dreier seg om å forstå hverandre, der de forteller om sitt møte med en lege i Norge

Empiri er en vitenskapelig undersøkelse av virkeligheten. Begrepet empiri kommer av den greske *empeira*, som betyr undersøkelse eller forsøk (Johannesen, Tufte, 2002). Empiri betyr at påstander om virkeligheten må ha sin basis i erfaringen, ikke synsingen (Jakobsen, 2003). Det vil si de erfaringer jeg erverver meg i møte med min hjelper og mine tre samtalepartnere. Beskrives ut fra min virkelighetsoppfatning, min egen forståelse.

Presentasjon av empiri krever nøyaktighet, men også en bevissthet om en uungåelige avstand til opprinnelsen. I empiriske undersøkelser går teori og empiri hånd i hånd. Teorier som ikke er empirisk underbygd, kan lett bli spekulasjoner. Teori danner bare en generell ramme om de konkrete analyser. Det å veve sammen teori og empiri er ikke alltid enkelt å oppfylle. Dette fordi forståelse krever teori i betydningen av systematiske forestillinger om sammenhenger (Frønes, 2001).

Å studere tidligere undersøkelser og samtale med flyktninger, er interessant. Det er interessant å se om det er situasjoner eller forhold som har bestemte likhetstrekk. Da kan en overveie om det er en større eller mindre sannsynlighet for at partenes opplevelse av hverandre i dette møtet har en viss overensstemmelse, både ut fra samtalene og undersøkelsene.

Jeg har valgt en undersøkelse fra 1995 og en fra 2006. Grunnen til at jeg har valgt studier fra to ulike tidsperioder, er for å kunne sammenligne en nyere undersøkelse med en tilbake i tid. Det er interessant å undersøke hva som er likt og ulikt i undersøkelser fra to ulike tidsepoker. Problemer knyttet til bruk av data fra ulike tidsperioder er at prinsipper for registreringer kan endre seg fra et tidspunkt til et annet. I perioden da den eldste undersøkelsen ble gjennomført var ikke introduksjonsloven ennå ikke trådd i kraft. Det vil si at flyktninger eller innvandrere, ikke hadde rett til obligatorisk norsk og samfunnsfagundervisning. Derfor kan resultatene se annerledes ut fra det eldste til den nyeste undersøkelsen.

Da kildegranskning er sekundærdata., vil det si at det er ferdige nedtegnede kilder samlet inn av andre. Denne sekundærdata er ofte skreddersydd til det formålet de eller den opprinnelige innsamlerne har. Dette kan være både en styrke og en svakhet i forhold til å få tak i virkeligheten. Styrken er at disse dokumentene ofte er gjennomtenkt og bearbeidet. Svakheten er at spontaniteten er manglende i dokumentundersøkelse. Dette kan gjøre at informasjonen er fordreid for å gjøre et bestemt inntrykk (Jakobsen, 2003).

### **3.1. Forståelsesprosessen i litteraturstudiet**

I min studie av de to undersøkelsene startet jeg med en viss forforståelse av hva disse inneholder. I min studentrolle har jeg stor frihet til å velge hvilke forfattere jeg ønsker å

nyttiggjøre meg av i mitt prosjekt. Derfor er valget også vurdert ut fra aktualiteten i forhold til min problemstilling.

I slike annenhånds undersøkelser kan jeg ikke si noe om forfatterens resultat i avhandlingen er gyldig eller ikke. Dette fordi, ved bruk av sekundærdata sier, Jakobsen (2003), har enn ikke slik kontroll. Det vil si at man aldri vet noe om bearbeidelsen og eventuelt utvelgelsen av den innhentete informasjonen. Jeg anlegger mitt teoretiske perspektiv, som er min forståelsesmåte, mitt redskap i dette analysearbeidet.

Hva betyr egentlig å forstå? Rommetveit sier at når en blir konfrontert med dette spørsmålet blir man tvunget inn i en refleksjon omkring det å forstå og ordet "forstå". Forståelsen av en tekst eller andre mennesker er kanskje i sin dypeste og mest inderlige betydningen å tolke som et fellesskap i opplevelsen. Det å forstå blir for meg å tilegne meg innsikt i deler og delfunksjoner, og skaffe meg kunnskap om hvordan delfunksjonene griper inn i hverandre (Rommetveit, 1981). En slik sirkelstruktur, er en fremgangsmåte som gir en økt forståelse gjennom tolkning og innsikt. Det vil si at jeg forstår noe, men går noe tilbake for å innhente mer informasjon. Målet med denne sirkelstrukturen er å utvide min egen forståelseshorisont.

Forståelse oppstår, i følge Gadamer (2004) i en spenning mellom tekst og den samtiden teksten springer ut av. Leseren, som da er meg, er ikke et blankt ark (tabula rasa) som kan nærme seg teksten objektivt. Det foreligger en forforståelse som underveis i lesningen må revideres noe etter hvert som jeg øker forståelsen av den nye kunnskapen jeg erverver meg gjennom teksten.

Jeg bringer med meg erfaringer og disposisjoner inn i forståelsen, og skaper selv den konteksten noe forstås innenfor. I min direkte fortolkningsprosess av kildene befinner jeg meg i en nærhet til teksten, med mine fordommer eller forforståelse i ut fra kulturen jeg er en del av (Jakobsen, 2003).

Som student studerer jeg fortidige tekster og forsøker å rekonstruere disse tekstenes kontekst. Det vil si at rekonstruksjonen alltid skjer innefor min egen nåtidige forståelseshorisont,

sammenføyd med mine fordommer, forforståelse, og mitt teorigrunnlag. I prosessen med å forstå tekstens historiske kontekst skjer en sammensmelting mellom denne konteksten og min forståelsesverden (Gadamer, 2004).

I forståelsen av overleveringen av den skriftelige informasjonen fra forfatterne er det ikke bare selve teksten de overleverer til meg, jeg skal prøve å forstå. Må også erverve meg innsikt og forståelse av deres forståelse, og anerkjenne deres funn. Selve forståelsesfenomenet gjennomtrenger nødvendigvis ikke all menneskelige verdensforhold sier Gadamer. Det vil si at ettersom jeg nødvendigvis er bundet til å fortolke ut fra min egen tids forutsetning, vil det også alltid være perspektiver jeg ikke ser. Den hermeneutiske sirkels uunngåelighet i humanvitenskapen beror nettopp på at jeg som den undersøkende ikke kan løsrive meg fra det "livsforhold", den *sensus communis*, eller tradisjonen, jeg i kraft av mine fordommer er forbundet med (Gadamer, 2004).

Det er en vekselvirkning som jeg går litt ut og inn av, i de to tilstandene i mitt hermeneutiske analysearbeid. Gadamer (2004) sier, det blir en sammeneksistens av fortid og nåtid., der nåtidens bevissthet i prinsippet har fri adkomst til alt det skriftelige overleverte. I denne prosessen får jeg muligheten til å fordype meg og utvide min egen horisont, og dermed berike min egen forståelse med ny dybde dimensjon.

Gadamer (2004) sier, at dette overleveringens vesen er særpreget ved sin språklighet, og får sin fulle hermeneutiske betydning når overleveringen blir skriftlig. Skrifteligheten er et bevis på at språket kan løsriveres fra talen. I skriftlig form er alt overlevert samtidig med enhver nåtid. Det komme gjennom den språklig overlevering. Den språklig overlevering er i ordets egentlige forstand en overlevering. Det vil si det ikke er noe som er blitt til overs, eller noe som skal tydes som en levning fra fortiden, fordi det viser seg umiddelbart for enhver som er i stand til å lese det.

### **3.2. Kontaktprosessen med min hjelper**

Jeg var på et tidlig tidspunkt i prosessen i kontakt med helsesøster i min kommune. Hun har stor kontaktflate blant flyktninger i mange kommuner. Jeg spurte henne om hun kunne bistå

meg med å komme i kontakt med flyktninger for en samtale i henhold til mitt prosjekt. Hun stilte seg positivt til det.

Helsesøster informerte meg om at en del flyktninger er skeptiske til å fortelle om seg selv til en norsk person de ikke kjenner. Derfor anså jeg det som viktig å ta henne med i mitt første møte med flyktingene. Helsesøster fikk ordnet et møte mellom meg og en mann med flyktningsbakgrunn fra en annen kommune. Dette var en fransktalende mann med høy akademisk utdanning fra sitt hjemland. Det var hensiktsmessig for meg å få presentere prosjektet til en flyktning med høyere utdanning, fordi vedkommende kan ha gjort tilsvarende undersøkelser i sin utdanning. Ut fra det kan denne mannen hjelpe meg med å fortelle og ufarliggjøre min hensikt til de aktuelle flyktingene jeg behøver å samtale med. Denne mannen, min hjelper, snakket og forsto lite norsk og engelsk. Helsesøster hadde derfor engasjert en tredjeperson som amatørtolk slik at vi kunne kommunisere. Amatørtolken hadde også flyktningsbakgrunn. Vedkommende amatørtolk behersket fransk, og snakket og forsto en del norsk. En amatørtolk, er en tolk som ikke er utdannet etter de direktiver som kreves for å få offentlig godkjenning som tolk (Tolkeportalen.no, 2007)

I en språklig prosess hvor samtalen på to forskjellige språk foregår gjennom en tolk, blir tolkens oppgave å overføre den meningen som skal forstås til samtalepartnerens livssammenheng. I en situasjon der forståelsen blir forstyrret eller vanskeliggjort, blir vi bevisst over betingelsene for å komme til en forståelse, sier Gadamer. Slik blir enhver oversettelse allerede en fortolkning. Det vil si at en oversettelse er en fullbyrdelse av den fortolkningen tolken overleverer av ord som vedkommende tolk mottar (Gadamer, 2004).

Samtalen mellom min hjelper og meg via amatørtolken var en ny opplevelse for meg. Min hjelper som skulle bistå meg i å komme i kontakt flyktninger for samtale fikk jeg god kontakt med via vår tolk, i vår trekantdialog. Han spurte om noen faglige spørsmål i forbindelse med mitt prosjekt, og jeg svarte etter beste evne. Det foregikk en slags dialog mellom oss. Som Gadamer sier det, vi mennesker vikler oss inn i en samtale, der det ene ordet tar det andre og at, samtalen tar en vending, finner sin fortsettelse og sin utgang. Samtalen kan også være en slags føring. Ingen vet på forhånd hva som kommer ut av en samtale. Å komme til en forståelse, eller ikke, er en hendelse som overgår oss (Gadamer, 2004).



Det var ingen flytende samtale mellom oss. Dette kom av, at det forgikk en interkulturell kommunikasjon mellom oss, fordi vi hadde ulik kulturbakgrunn. I tillegg snakket vi ulikt språk, noe som er krevende når viktig informasjon skal utveksles. En kan aldri være helt sikker på om mottaker og sender forstår hverandres budskap. Vi konstruerte en slags samtale, hvor vi begge engasjerte oss i, med de ideer og tanker vi hadde.

Jeg hadde en forbigående opplevelse av å være den mest fremmede i samtalen mellom oss. Min hjelper og amatørtolken virket mindre fremmed for hverandre, i og med at de kommuniserte med felles språk og kom fra samme land. Denne amatørtolken ble også etter hvert engasjert i vårt tema, og blandet seg noe inn i samtalen. Jeg fant dette særlig utfordrende, men kunne ikke gjøre noe på dette tidspunktet, da jeg manglet erfaring på området når det gjelder tolking. Vedkommende hjelper viste en oppriktelig interesse for mitt prosjekt. Etter endt møte ønsket han å bistå meg i å få i kontakt med andre flyktninger. Min opplevelse var at vi befant oss i en treleddet relasjon hvor vi delte saken. Han fikk med noen kopier av informasjonsskrivet. Dette skrivet er utformet både på engelsk og norsk (se vedlegg nr. 1 og 2), der jeg forklarer mitt prosjekt.

Informasjonsskrivet har en enkel utforming, fordi jeg fra tidligere erfaringer med flyktninger har jeg lært at skriftelig informasjonen må utformes med enkel og forståelig tekst. Intervjuguiden (se vedlegg nr. 3 og 4) både på norsk og engelsk ble også gitt til min hjelper, slik at min hjelper kunne levere disse til aktuelle flyktninger som ønsket å samtale med meg. Grunnen til at jeg sendte med intervjuguiden var for å vise at det ikke er noen sensitive opplysninger jeg ønsker. Jeg hadde på forhånd testet ut min intervjuguide på to bekjente med flyktningbakgrunn, der jeg fikk tilbakemelding på at den var oversiktlig og forståelig.

Vi ble enige om at min hjelper skulle ta kontakt med noen aktuelle flyktninger, for å gi dem denne informasjonen. Disse flyktningene skulle kontakte meg igjen, enten via telefon eller e-post. Ut fra mine tidligere erfaringer med flyktninger fikk jeg en opplevelse av at dette etterarbeidet denne hjelperen skulle bistå meg med kunne, bli særlig utfordrende. På bakgrunn av at språkproblemene. Derfor skaffet jeg vedkommende hjelpere et oversettelsesprogram på norsk-fransk/fransk-norsk, så vi kunne kommunisere via e-post.

Etter en tid avtalte vi å møtes igjen, og det ble en uventet vending. Min hjelper overrakte meg 10 ferdigutfylte intervjuguider. Det vil si at 10 personer med flyktningbakgrunn hadde skriftlig redegjort sitt møte med en lege i Norge. Vedkommende hjelper var selvfølgelig tilfreds med sitt vel utførte arbeid. Ved dette møtet var vi uten tolk, altså bare oss to. Jeg var litt oppgitt akkurat med det samme, men tenkte at dette var en nyttig erfaring for meg. Dette gav meg kunnskaper om, at når to parter skal kommunisere på hvert sitt språk, kan utfallet bli noe annet en forventet.

I dette andre møte med min hjelper fikk jeg en bekreftelse på at vi aldri hadde vært i en treleddet relasjon, men befant oss i en toleddet relasjon. Det vil si, to aktører som ikke delte samme saksforhold. Misforståelsen for hverandre ble synlig, vi hadde forstått deler av hverandres budskap, men hadde ikke en fullendt forståelse for hverandre. Mitt mål for min hjelper forut for dette møtet var at han skulle komme i kontakt for meg aktuelle flyktninger for en samtale. Det vil si på dette tidspunktet befant vi i sirkelen, der vi mangler deler fra hverandre for å kunne oppnå en felles forståelse. Vi var i hver vår horisont, som Gadamer sier det, der våre horisonter ikke på noen måte hadde smeltet sammen til en felles horisont.

Mine fordommer ble satt på prøve i denne sammenhengen. Gadamer sier at vi alle har fordommer, og at fordommer nødvendigvis ikke er negativt ladet. Min fordom ble på en måte ytterligere utvidet, fordi jeg anså mine muligheter for å oppnå en felles forståelse med flyktninger som nesten uoppnåelig. Jeg prøvde på nytt å forklare vedkommende hjelper hva jeg ønsket han skulle bistå meg med, men etter hvert innså jeg, at han følte seg ferdig med arbeidsoppdraget. Så jeg takket bare for hjelpen.

Møtet med min hjelper og amatørtolken var lærerikt for meg på flere måter. Det å benytte en amatørtolk var i grunnen ikke helt som forventet. Jeg trodde denne tolken kunne oversette på en slik måte at jeg og min hjelper kunne dele saken mellom oss. Det store spørsmålet mitt i denne situasjonen, er om vi faktisk befant oss i toleddet relasjon der vi ikke delte saksforholdet. Eller om vi var i en treleddet relasjon der vi delte saken, men at resultatet ble i en litt annen form (Skjervheim, 2001).

Min forståelse er, at vi beveget oss litt i begge relasjonene, ut fra Skjervheims relasjonsteori. Da min fordom utgjør min forståelse ut fra erfaringshorisonten, vil det si at jeg alltid forklarer det jeg ikke kjenner eller forstår ut fra det jeg kjenner. Det som er helt sikkert, er at jeg fikk utvidet min erfaringshorisont i mitt møte med min hjelper. Min nyervervede erfaring tilsier at det ikke alltid er en fordel å benytte en amatør tolk når viktig informasjon mellom parter skal utveksles.

I en slik dialog mellom min hjelper og meg, var det ikke livsnødvendig å forstå hverandre. Vi kunne selvfølgelig ha unngått misforståelser ved å benytte en profesjonell tolk. Gadamer sier, at vi ikke kan forstå hverandre fullt ut når vi ikke snakker felles språk, noe jeg kan si meg enig i, etter å ha møtt min hjelper (Gadamer, 2004).

Heldigvis er ikke en erfaringshorisont fastlåst, for den kan endres og omarbeides hver gang vi får en ny forståelse av noe, sier Gadamer. Min nye forståelsen fra mitt møte med denne hjelperen utgjør en ny forståelseshorisont, eller nye fordommer, som igjen kan revideres. Gjennom møtet med denne mannen ble jeg kjent med flere flyktninger, og jeg gjorde mitt prosjekt kjent i deres miljø.

Min fremgangsmåte gikk ut på at jeg tok direkte og individuell telefonisk kontakt med fire personer med flyktningstatus. De var villig til å møte meg for å høre om mitt prosjekt. Jeg hadde ingen tilknytning til disse flyktningene som yrkesutøver. Det ble avtalt individuelle informasjonsmøter med alle fire flyktningene, der to informasjonsmøter foregikk på et møterom på et bibliotek, og på to på en kulturkafe. På disse informasjonsmøtene informerte jeg om prosjektet, og om min rolle. Thornquist sier at roller ofte fremstilles som noe fullendt som individer går inn i, som for eksempel min rolle som student i en samtale med flyktninger (Thornquist, 1998).

Etter endt presentasjon av prosjektet ønsket tre av fire å ha en samtale med meg. Vi avtalte tid og sted for samtalene. Alle tre flyktningene snakket bra norsk. Den ene av dem snakket og forsto noe mindre norsk enn de to andre, men behersket godt engelsk. Gadamer (2004) er

opptatt av språkets karakter av hendelse. Det er i språket verden presenterer seg selv. Språket avdekker verden, og han insisterer på at språkets grunnleggende eksistens er dialogen.

Min tidligere erfaring i slike samtaler har vist meg at risikoen er til stede for at misforståelser kan oppstå. Jeg måtte arbeidet med meg selv for ikke å være altfor forutinntatt, eller ha fordommer, før samtalene med flyktningene.

### **3.3. Samtalene med flyktningene**

De individuelle samtalene med tre flyktninger foregikk i deres hjem på kveldstid, etter deres eget ønske. To av samtalepartnerne, en mann og en kvinne, kom fra to forskjellige land i Vest Afrika, den tredje, en mann, fra vestlige Sentral Afrika. Disse tre flyktningene hadde ingen kjennskap til hverandre, og bodde i ulike kommuner.

Jeg valgte å gå i dialog med flyktningene, da jeg hadde forståelsen for, at en dialog er en kunnskapsproduserende prosess, noe annet enn spørsmål og svar. Ønsket jeg å utøve denne samtaleformen med flyktningene (Fuglerud, 2004).

Da flyktningene snakket og forsto bra norsk, var muligheten for å kunne oppnå en forståelse mellom oss tilstede. Det å forstå et språk, sier Gadamer (2004) er ikke i seg selv noe ekte forståelse og innebærer ikke noen fortolkningsprosess. Det er en fullendt livssituasjon. Språket forstår noen ved å leve i det, noe disse flyktningene ikke gjør, fordi deres morsmål er et annet språk en det norske.

I samtalene med flyktningene valgte jeg å anlegge en hermeneutisk tilnærming på min opptreden som initiativtaker. Dette for å prøve å forstå hva flyktningen formidlet. Jeg benyttet intervjuguiden for å holde fokus, men jeg gikk ikke detaljert etter punktene. Dette fordi jeg ønsket at samtalen mellom oss skulle flyte uten altfor mange avbrekkende spørsmål fra min side. Jeg krysset bare ut etter hvert som punktene naturlig ble nevnt gjennom samtalen.

Min opplevelse i møte med disse tre flyktningene var, at de utviste litt anspenthet før selve samtalen startet. Denne vurderingen er selvfølgelig en subjektiv opplevelse fra min side, da dette kan være en helt normal reaksjon alle mennesker kan ha i lignende situasjoner, og ikke noe særegent for denne gruppen. På en annen side kan det være noe som angår flyktningene spesielt, ut fra det som helsesøster fortalte om at flyktninger utviser en skepsis til å snakke med nordmenn de ikke kjenner. Et annet moment kan være at flyktningene opplevde et stress når de måtte forstå og snakke det norske språket i samtale med meg.

Ut fra disse momentene tilknyttet min observasjon, innledet jeg møtet med å snakke om litt trivielle ting for prøve å løse opp denne spenningen. Noe jeg tror jeg lyktes forholdsvis bra med. To samtalepartnere serverte pulverkaffe med mye sukker ved ankomst. Dette var deres måte å drikke kaffe på, hvor jeg også høflig gjorde det samme.

Før selve samtalen startet opplevde jeg også en reaksjon hos en av samtalepartnere når jeg hentet frem cd-opptakeren. Selv om jeg hadde informert om dette på forhånd, virket vedkommende flyktning noe skeptisk. Jeg fikk avklart denne uroligheten ved å la vedkommende snakke litt i opptakeren, slik at denne personen kunne høre sin egen stemme før vi begynte samtalen. Opptakets hensikt i denne sammenhengen var å få med alt hva flyktningene snakket om i samtalen, slik at denne informasjonen blir bevart en tid, til mitt etterarbeid.

Gadamer sier at overføringer av erfaringsinformasjonen alltid vil stå i fare for å bli forvrenget fordi det glemmer sin bestående skjulthet (Gadamer, 2004) der min interesse, det vil si min skjulthet, er å samle inn sentral informasjon, slik at det passer inn i prosjektets tema og problemstilling.

Selv om mine samtalepartnere klarer seg bra når det snakkes om kjente ting, kan det være problematisk eller helt umulig for dem å kommunisere på norsk i andre situasjoner, der det kreves at informasjonen mellom partene må forstås, som for eksempel under en medisinsk behandling. Samtalen mellom oss var ikke av en slik karakter, og kunne gis rom for misforståelser.

Det hermeneutiske problemet dreier seg ikke om å beherske språket perfekt, men å komme til en forståelse av en sak. Eller som Skjervheim sier å dele saksforholdet, å befinne seg i en treleddet relasjon, der saksforholdet mellom mine samtalepartnere og meg, var at vi snakket og forsto hverandres språk, slik at disse flyktningene kunne fortelle om sine opplevelse av sitt møte med leger i Norge.

Med flyktningenes manglende forståelse av det norske språket, er makten i min favør i forhold til at vi kommuniserer på mitt morsmål. I tillegg til min oversikt over hvilken informasjon jeg måtte ha for å oppnå mitt mål. Ut fra Weber ligger maktdefinisjonen hos den som kan sette igjennom sin egen vilje i en sosial sammenheng (Weber, 2000) Slik makt utøvde jeg til dels, i samtalene med disse flyktningene, fordi jeg kun etterspurte informasjon som var egnet for mitt prosjekt. Alt annet flyktningene måtte fortelle som ikke var relevant for oppgaven. Kunne jeg velge bort.

Jeg kan ikke si, at jeg bevisst utøvde noen form for makt under disse samtalene, men jeg kan heller si, at jeg ikke var i en maktsituasjon, fordi det på dette tidspunktet mellom oss var umulig å oppnå en full autonomi, med full gjensidighet og forståelse (Weber, 2000). Hadde det vært en profesjonell tolk til stede, hadde vi hatt et annet utgangspunkt. Det vil si vi kunne ha oppnådd et annet resultat.

Da en historie kan frembringes på ulike måter, er det å snakke om en tilbakelagt konsultasjonstime, ikke bare en passiv prosess hvor enn henter opp minner. Dette innbefatter også en aktiv prosess der mening og forståelse kan aktiviseres og bevisstgjøres gjennom samtalen, der flyktningenes gjenfortelling av sin opplevelse og forståelse i møte en norsk lege er emnet.

Det vil si i selve språkhandlingen mellom meg og flyktningene etablertes det først et intersubjektivt entydig ”nå”. Den opplevde samstemmig av ”nået mellom oss er til enhver tid i øyeblikket, i det noe som ble sagt eller hørt. I samtalens ”nå” var samtaleemnet om flyktningenes opplevelse av en hendelse i fortid, der det intersubjektive nået alltid blir sammenlignet og forstått ut fra tidligere erfaringer i lignende situasjoner. Denne forståelsen har

alltid en sammenheng med vår kulturelle bakgrunn og interesse (Rommetveit, 1981). I flyktingenes samtale med meg opplevde de den språklige utfordringen i dialogen på nytt, kanskje en tilnærmedesvis lik opplevelse som i sitt møte med legen.

Jeg kan ikke på vegne av mine samtalepartnere fortelle hvilke opplevelser de sitter igjen med etter samtale mellom oss. Det jeg kan beskrive noe eksakt om, er min opplevelse. Alle tre samtale med flyktingene opplevdes forskjellige. To av samtale gikk mer eller mindre flytende, hvor en var mer ujevn. Ujevnheten oppsto fordi vedkommende samtalepartner ofte tilføyde noen engelske ord inn i vår samtale, noe som gjorde at vi hyppig måtte kontrollere hverandre at vi forsto samme sak. Gadamer sier at i en hver ekte samtale hører det med å komme motparten i møte. Det vil si la å vedkommendes synspunkter gjelde, og sette seg inn i hva motparten faktisk sier (Gadamer, 2004).

Dette forsøkte jeg ut i fra mine forutsetninger, da jeg hadde med meg mine tidligere erfaringer med interkulturelle kommunikasjon i møte med disse flyktingene. Selv med mennesker som ikke snakker og forstår det samme språket like bra som meg, er alltid målet å prøve å komme i dialog. Det hermeneutiske problemet i samtalen dreier seg ikke om å beherske språket perfekt sier, Gadamer (2004), men å komme til en forståelse av en sak. Det vil si, en samtale må dreie seg om noe bestemt samtalepartnerne ikke må miste ut av syne. Dette er saken som leder an i samtalen. Forståelsen som skapes er noe som skjer, ikke noe vi får til å skje.

Gadamer (2004) sier videre at i sin bestrebelse etter å forstå forståelsens univers bedre, må en kunne etablere et nytt forhold til begreper vi selv bruker. Vi må bli bevisst på at vår egen forståelse og fortolkning ikke er en konstruksjon basert på prinsipper. Det vil si at jeg i møte med mine samtalepartnere ikke ukritisk bør gjøre krav på mine begreper jeg har fått overlevert av disse begreper opprinnelige betydningsinnhold. Dette hadde jeg i friskt minne fra mitt møte med min hjelper, inn i mine samtaler med disse flyktingene.

Jeg vil nevne et eksempel fra samtale med to av flyktingene som omhandler begrepet forståelse. Ved flere anledninger brukte de ordlyden "forstår ikke" i samtale, der min forståelse når dette omtales, var at de ikke forsto hva jeg sa. Dette viste seg å være feil

fortolkning fra meg. Det jeg forsto etter hvert var at de brukte denne ordlyden når de fortalte fra sitt møte med sin lege, der de ikke forsto hva legen sa. Et annet begrep som ofte ble benyttet av mine samtalepartnere, er ordet ”vanskelig”. Der gikk jeg i samme fellen, da dette begrepet også var knyttet til deres historie fra samhandlingen med en lege i Norge.

Da saken mellom meg og flyktningene som nevnt omhandlet forståelsen av ordene vi sier til hverandre, er målet å prøve å unngå misforståelser i disse språklige overføringene. Det var periodevis utfordrende å prøve å forstå hva flyktningene formidlet. Jeg måtte virkelig bruke meg selv sammen med tidligere erfaringer, for kunne forstå hva de sa. Like viktig var min evne til å snakke på en forståelig måte tilbake til dem. Vi testet jevnlig ut om vi delte samme saksforhold. Det betyr at i samtalene befant vi oss både i toleddet og en treleddet relasjon. Vi møttes i en felles forståelse for igjen å gå tilbake til hver vår forståelse. Slik beveget vi oss i dialogen, frem og tilbake i sirkelen. Det som Gadamer (2004) sier, at en samtale har sitt eget liv, som kan vokse frem, og i etterkant fortsette å eksistere.

Derfor kan man aldri være helt sikker på at man forstår hverandre fullstendig. Vi forblir kanskje i en evig sirkelstruktur, der vi forstår bare deler av hverandre. Slik Gadamer (2004) sier det, vi kan aldri helt bli fullendt i vår forståelse av hverandre, vi forblir i sirkelen. Vi møtes i en felles forståelse i kortere eller lengre sekvenser, for igjen å gli litt fra hverandre i hver vår horisont, der vi møtes av og til i en felles horisont, for igjen å gli tilbake i vår egen horisont.

### **3.4. Etske betraktninger gjennom oppgaven.**

Løgstrup sier at det alltid ligger en uutalt fordring i hvilket som helst møte mellom mennesker. Dette gjelder alltid og uansett hvilke omstendigheter møtet finner sted, og hvilke karakter det har. Selv om kommunikasjonen mellom mennesker arter seg forskjellig, gjelder det alltid å prøve å bli imøtekommet. Det er nerven i den etiske fordringen, det vil si det etiske livs grunnfenomen (Løgstrup, 2000).

Etikk er en annen måte å vurdere situasjoner på enn det faglige perspektivet. Allikevel går fag og etikk hånd i hånd, der min teoretiske referanseramme utgjør mer enn allmenne tolkninger.



Det vil si at, min tolkning av kildene og samtalepartnerne er alltid ut fra mitt teoretiske ståsted, med min forståelse i øyeblikket. Etikken er å forsøke å gjengi forfatterne og flyktingenes oppfatninger og slutninger så riktig mulig, da dette kan bli en mer eller mindre vellykket presentasjon om deres virkelighet (Jakobsen, 2003).

Etikken omhandler også mitt kildevalg, det vil si min kritiske vurdering av dette utvalget. Den enkleste løsningen kan være å innhente de kilder som gir riktig og viktig informasjon ut fra valgte problemstilling. Ut fra nøye overveielser mener jeg å ha benyttet riktige dokumentundersøkelser i min oppgave. På en annen side kan kildene selvfølgelig unnlate å fortelle sannheten, slik at jeg som student tolker og drøfter resultater som ikke er valide. Allikevel er det viktig for meg å være klar over at mye av informasjonen om den sosiale virkelighet i seg selv er meningsbærende, der både flyktingene og legene i de ulike undersøkelsene har en oppfatning av denne virkeligheten (Jakobsen, 2003)

I mitt møte med flyktingene forteller de meg om sin opplevelse i møter med en leger i Norge. Den tilliten de viste meg gjennom sin fortelling om sitt møte, anvender jeg på en etisk og riktig måte. Jeg gjenforteller informasjonen fra dem så korrekt som mulig, ut fra min forståelse. Selv de mest nøyaktige betraktning og gjengivelse kan aldri fange inn den sanne virkeligheten, men kun et utsnitt av det som studeres. Mye informasjon går tapt underveis, sier Johannesen og Tufte (2002). Dette fordi i etterarbeidet av informasjonen skjer det en seleksjon, der informasjon blir fortolket, det vil si tillagt mening ut fra min forforståelse. Jeg søker å gi den informasjonen flyktingene leverer meg, til å bli en så korrekt gjengivelse som mulig av virkeligheten.

I fra samtale med flyktingene står jeg selv ansvarlig for at resultatene fra denne empirien er mest mulig nøyaktig. Ved innsamling av denne primærdata har jeg til en viss grad kontroll over de forholdene som kan påvirke påliteligheten til denne informasjonen. Fordi jeg vet hva som er gjort og kan derfor reflektere over hvordan dette kan virke på nøyaktigheten. Allikevel representerer mine samtaler en begrepsmessig gyldighet. Dette fordi jeg spør etter flyktingenes egen opplevelse i møte med en lege i Norge. Da begrepet opplevelse kommer inn under kategorien vage og uklare begreper, som jeg ønsker å få respondentens synspunkter på (Johannesen og Tufte, 2002).

I forbindelsen med mine samtaler med flyktingene var jeg på et tidlig tidspunkt i diskusjon med veiledere ved utdanningsinstitusjonen, som oppfordret meg til å søke inn prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Dette ble gjort i god tid for å sikre at jeg ikke utøvde noen form for uetiske handlinger i forbindelse med studiet. Tilbakemeldingen fra samfunnsvitenskapelig datatjeneste var at mitt prosjekt faller utenfor deres mandat (se vedlegg nr, 5 ). Det behøvdes kun muntlig samtykke fra flyktingene, da jeg ikke ba om noen form for sensitive informasjon fra dem.

Faren for å krenke privatlivets fred oppstår først og fremst når det er mulig for utenforstående og gjenkjenn enkelt personer jeg har hatt samtale med. Denne faren er større dess mindre utvalg vi opererer med. Jeg hadde samtaler med kun tre flyktinger, og derfor ble denne anonymiseringen viktig. Anonymitet innebærer at det skal være umulig å koble informasjonene med opplysninger om enkeltpersoners identitet (Johannesen, Tufte, 2002). I innhenting av min empiri har jeg benyttet fiktive navn på flyktingen. Både under samtalene tatt opp på lydopptak, og under bearbeidelsen av materialet. Etter endt bruk, destrueres all materiell informasjon og lydopptakene, der de 10 ferdigutfylte intervjuguidene jeg fikk i den første innhentingsfasen også er makulert, da de inneholdt informasjon som ikke skulle brukes inn i mitt prosjekt.

Både Gadamer og Løgstrup sier at det er ikke gjennom teorier eller anskuelser at møter mellom mennesker er avgjørende om det oppnås en god forståelse av hverandre. Derimot ganske enkelt menneskenes holdning, eller fordom til den andre. Noe jeg skal greie ut om i neste kapittel, som omhandler møtefeltet mellom flyktinger og leger i Norge.

#### **4.0. MØTEFELTET MELLOM FLYKTNINGER OG LEGER I NORGE**

I dette kapitlet presenterer og diskuterer jeg to undersøkelser, en av undersøkelsene er møtet mellom leger og innvandrerpasienter, om begge parters individuelle opplevelse av den andre i samhandlingen. En innvandrere er en person som er født i utlandet og fast bosatt i Norge, med foreldre som begge er født i utlandet (St,mld nr 17, 1996).

Grunnen til at jeg velger å fordype meg i studiet som omhandler innvandreres møte med allmennpraktiserende leger, er fordi likhetstrekkene mellom det å være innvandrerpasient og flyktningspasient er stor, der begge gruppene er migranter, men at flyktingene er det under tvang. I tillegg har flyktingene ofte vært utsatt for grove krenkelser av menneskerettighetene. Det som er felles for de to gruppene er at de er minoriteter, men kan ha ulik årsak til sin migrasjon (Brunvatne, 2006).

Den andre undersøkelsen er fra legers perspektiv i møte med pasienter med flyktningsbakgrunn, og omhandler hvilke utfordringer de opplever i samhandlingen med denne pasientgruppen. Jeg har også en beskrivelse av mine samtaler med tre flyktinger, om deres opplevelse i møte med leger i Norge.

#### **4.1. Møtet mellom allmennpraktiserende leger og innvandrere**

En hovedfagsoppgave skrevet av fysioterapeut Kari Dyregrov (1995): Møtet mellom allmennpraktiserende leger og innvandrere. Dyregrov intervjuet 15 leger og 10 voksne innvandrere fra den tredje verden. Dette er en kvalitativ undersøkelse, med åpne ustrukturerte intervjuer. Informantene, både pasientene og legene, er av begge kjønn. Denne undersøkelsen omfatter aktørenes individuelle og subjektive tolkninger i møtet med den andre. Forfatterens mål med studiet er å øke forståelse og innsikt mellom mennesker i ulike møtefelt ved å belyse samspill og prosesser i samhandlingen. Studiens problemformulering er: ”hvor avgjørende er rammene for lege og pasientmøtefeltet i forhold til rammene som ligger i kulturmøtefeltet for interaksjonen mellom lege og pasient med innvandrere bakgrunn”? Oppgavens perspektiv i dette studiet er et sosiokulturelt perspektiv, dette innebærer at mennesker må forstås i den sosiale sammenheng det lever i. Det vil si at i dialogen mellom leger og innvandrerpasienter

må det som sies eller gjøres alltid sees i forhold til sosiale og kulturelle omgivelser (Dyregrov, 1995).

Innenfor hermeneutikken deles også denne forståelsen, at mennesker forstår det de forstår ut fra sin tradisjonsbakgrunn eller erfaringshorisont som Gadamer kaller det. Det vil si at forståelse alltid er fortolkning, og at mening alltid er sammensmelting av horisonter. Dette betyr at den enkeltes historiske og språklige situasjon ikke representerer en hindring for forståelse, men i stedet en horisont eller et perspektiv hvor forståelse blir muliggjort. Det språk man snakker utgjør derfor ikke en bergrensning av forståelsen, men heller en orientering om det i det hele tatt gjør forståelse mulig. Gadamer sier det er viljen hos mennesket til å ønske å forstå den andre som er avgjørende for å kunne oppnå en viss forståelse for hverandre.

Hermeneutikkens kritiske spørsmål er, i følge Gadamer å skille de sanne fordommene som bidrar til forståelse i møtefeltet fra de usanne som bidrar til misforståelse (Gadamer, 2004 ). Dyregrov beskriver to møtefeltet mellom legen og innvandrerpasienten, der det ene er møtefeltet mellom pasientrollen og legerollen. Det andre er møtet mellom ulike kulturer, der språkproblemer både verbalt og ikke verbalt, og bruken av ulike formidlende midler mellom partene, er knyttet til dette feltet. I disse møtefeltene kjempes det for å definere virkeligheten, sier hun.

#### **4.1.2. Møtet mellom kulturer**

Ulike problemer og konflikter mellom partene i denne undersøkelsen omtales ofte som kulturkonflikter. Møtet mellom ulike kulturer ligger i den grunnleggende kulturelle arven både hos legen og innvandrerpasienten, med dens verdier, normer, holdninger. Kultur kan forstås slik at den representerer et verdiorientert perspektiv, der ens egen kultur vurderes og blir ansett som bra, mens andre kulturer eller delkulturer ikke verdsettes. En slik måte å tenke på gjør at vi begynner å rangere kulturer innenfor kulturer, der oppfatningen representerer en etnosentrisk holdning til kultur. Det vil si at egen kultur vurderes som den beste, den mest ekte eller utviklede av alle. Den måten å tenke på er svært utbredt, og vi er ofte ikke bevisst på at vi har en slik forståelse (Sand, Walle-Hansen, 1992 ), der det motsatte av en etnosentrisk

holdning, å oppdage den andres verden, dens egenart og forskjelligheten fra sin egen, som innebærer at partene samtidig oppdager noe nytt i sin egen (Nergård 1994)

Dyregrov plasserer partenes kommunikasjonsproblemer inn i møtet mellom kulturer. Det vil si at all den verbale og non verbale kommunikasjonen innvandrerpasienten og legen ikke forstår hos den andre part, forklares som en ensidig årsak tilknyttet partenes kulturbakgrunn. Dette kan være reelt, men sett fra et hermeneutisk synspunkt kan både legene og innvandrerpasientenes bakenforliggende kulturtilhørighet påvirkes og utvikles i den direkte samhandlingen, noe enkelte av deltakerne, både legene og pasientene i Dyregrov sin studie også hevder.

I enkelte tilfeller har noen leger benyttet en uprofesjonell tolk, med den erfaring at, ved noen anledninger fungerer tolken som en god oversetter, der den i andre tilfeller ikke er til noe hjelp, fordi denne tolken ofte engasjere seg personlig i pasientens saksforhold.

Dyregrov snakker om formidlende midler, det vil si at ting og omgivelser er meningsbærende. Dyregrov sier det slik: hvis innvandrerpasienter har opplevd totur eller tvang av ulik karakter i sitt hjemland, kan disse pasientenes møte med en leger på et legekantoret bli særlig vanskelig. Dette fordi undersøkelsesbenken og det tekniske utstyret kan være meningsbærende for pasientens tidligere opplevelser, det vil si at utstyret kan gi innvandrerpasienten assosiasjoner om tidligere traumatiske opplevelser, som for eksempel tortur.

Ut fra min forståelse, er ikke dette bare en utfordring mellom partenes ulike forståelse av de formidlende midler, det er også en utfordring i selve samhandlingen mellom leger og innvandrerpasienter, der partene ideelt sett bør forstå, at den andre part har sin egen virkelighetsoppfatning. Selv om de i møte med hverandre er henvist til fortolkninger som er spesifikke for sin erfaringshorisont, kan partene faktisk velge om de ønsker å gjøre sin erfaring kjent for den andre part.

Det er i samhandlingen mellom partene det ofte gjøres feiltagelser i følge Nergård (1994). Selv om ulik språkforståelse mellom innvandrerpasientene og legene kan gjøre samtalen

mellom dem vanskelige, trenger ikke samhandlingen mellom dem å være umulig. I pasientens og legens famlinger i hverandres verdener bør ikke partene tenke på sin egen forståelse som den mest riktige, men være vitebegjærlig i forhold til den andres erfaringshorisont. Det felles språket de ikke snakker, kan de heller ikke ta feil av, da det ofte er anvendelsen av ens egen forståelse det taes feil av.

Leger i denne undersøkelsen sier, at innvandrerpasienter ofte bruker et verbalt språk de har hentet fra gaten, et språk disse pasientene har ervervet seg i ulike sosiokulturelle sammenhenger, der legene mener denne pasientgruppen bruker ord og uttrykk helt tatt ut av sin mening og sammenheng, og dette gjør samhandlingen mellom dem svært krevende. Den nonverbale kommunikasjonen innvandrerpasienten utviser, oppleves spesielt utfordrende for noen av legene, da denne pasientgruppen overdimensjonerer i sin nonverbale uttrykk når de framstiller sine smertesyntomer eller ubehag overfor legene. Legene opplever en usikkerhet, og en utilstrekkelighet i sin yrkesutøvelse i møte med disse pasientenes kroppsspråk, fordi de ofte misforstår disse uttrykkene, noe som kan føre til manglende eller feil behandling av innvandrerpasientene.

Eriksen og Sørheim (2004) sier, at enkelte kulturer brukes mye kroppsuttrykk, der det for eksempel viftes og veives med hendene når det forklares hvor på kroppen smertene føles. Slike sosiale atferdsmønstre gir en mening for egne handlinger, og standard for fortolkning av egne og andres væremåter.

Når slik atferd oppleves som underlig og annerledes for legen, er det fordi innvandrerpasienten og legen har ulik institusjonell sosialisering. I sosialiseringsprosessen læres normer for roller, atferd og samhandling. Thornquist (1998) sier, at i alle samfunn og kulturer er det enighet om at bestemte handlinger skal forstås på fastsatte måter. Sosiale skikker dreier seg ikke om personlige forhold, men om det vi er i en fastsatt kultur eller tradisjon.

I dialogen mellom legene og innvandrerpasientene er det ulike refleksjonsnivåer mellom partene, der legene er ekspertene på den ene siden og pasientene er den som søker hjelp. Det

vil si at legene fra på et høyere refleksjonsnivå, fordi de har sin medisinske fagkunnskap. På den andre siden befinner innvandrerpatienten seg på et lavere refleksjonsnivå, fordi de innehar ikke denne kunnskapen. Ut fra legenes høyere refleksjonsnivå burde de forstå sine pasienter på et lavere nivå (Skjervheim, 2001). I tillegg har disse legene en fordel med at, de forstår det norske språket, noe disse pasientene ikke fult ut gjør.

Disse ulike refleksjonsnivåene innebærer at deres verden blir mer tydeligere avgrenset fra hverandre, at det synliggjør deres innenforskap og utenforskap for hverandre som Nergård(1994) sier, der innvandrerpatientene er utenfor fordi de ikke forstår det norske eller det medisinske språket, og legene er innefor fordi de behersker både det norske og det medisinske språket. I slike situasjoner er partene i hver sin fortolkningsmodell. De tolker og forstår ut fra sin egen tradisjon. Konsekvensen er at de ikke forstår hverandres kontekst, og befinner seg i en toleddet relasjon, der de ikke deler saken. Det vil si de langt fra en horisontsammensmelting, fordi de befinner seg i hver sin horisont med en overfladisk kontakt.

Innvandrerpatientene sier også at de også opplever kommunikasjonen i møte med legen som utfordrende. Det å forstå legens verbale språk og samtidig fortelle sin sykehistorie oppleves vanskelig for disse pasientene. Noen av pasientene i denne undersøkelsen sier at legen ikke forstår deres kroppsspråk eller verbale språk. Pasientene spesifiserer ikke hva disse kommunikasjonsproblemene går ut på. Derfor vet en ikke hva. Noen av innvandrerpatientene sier at de opplever ulik kultur mellom legene og seg selv. Hva disse kulturforskjellene mellom partene handler om, er heller ikke konkretisert fra disse pasientene, så jeg vet ikke hva disse ulikhetene går ut på.

Innvandrerpatientens kulturbakgrunn, med de tanker og forståelse av seg selv fra sin egentradisjon, kan også være styrende i den direkte samhandlingen med legen. I møtet med en lege i Norge har disse pasientene sin forforståelse av hva dette møtet skal inneholde, der de har andre erfaringer i møter med leger fra sitt opprinnelsesland. Derfor kan møtet med en lege i Norge med ulik kultur og språk kan avvike noe fra deres tidligere erfaringer.

Hvis det er slik, kan enn si at det ikke er så merkverdig at disse pasientene kan fratras troen på sin egen virkelighet i møte med en norsk lege, da innvandrerpasientenes egne verdier og tro, kunnskap og erfaring av hva som er riktig oppfattelse sykdom og behandling forstås fra den skolemedisinske tradisjonen de har kjennskap til fra sin kultur. I møtet mellom legene og innvandrerpasientenes verden innebærer det å forstå, at deres egen forståelseshorisont ikke har uendelig utstrekning, og uinnskrenket gyldighet (Nergård 1994).

En fremgangsmåte for at partene skal kunne forstå hverandre, er å benytte den hermeneutiske sirkel. Gadamer anbringer en forståelsesprosess mellom individer i samhandling inn i en slik sirkel. Dette forstås slik at både innvandrerpasienten og legen kan bevege seg rundt i en sirkelform, der de går noe frem, men også tilbake, for å innhente mer informasjon hvis noe er uklart, for videre å bevege fremover i sirkelen når en viss forståelse om hverandre oppnås. Både før og under samhandlingsprosessen felles dommer om motparten. Dette trenger nødvendigvis ikke å være negativt ladet. Disse bevisste og ubevisste oppfatningene eller forståelsen de har for hverandre, kan justeres og eventuelt endres underveis som informasjonen blir mer oversiktelig. Slik kan både legen og pasienten bevege seg frem og tilbake i sirkelen for stadig å utvide sin forståelse. Målet er en horisontsammensmelting, som betyr at partenes forståelseshorisont er så utvidet, at de forenes i en felles forståelse av saksforholdet.

Hermeneutikken håndterer misforståelser, og manglende kunnskap om den andre part som et fenomen mennesker i mellom, og ikke som en ensidig årsak forankret til kulturen. Gadamer sier, at det illusorisk å tro at i møtet mellom to mennesker, kan de leve seg inn i hverandres totale livssituasjon og forstå hverandre fullt ut. Det som er hovedhensikten er å ta mennesker på alvor, å prøve forstå den andre (Gadamer, 2004).

Det andre møtefeltet Dyregrov refererer til er møtet mellom legerollen og pasientrollen, der pasientrollen og legerollen ikke byr på større problemer fordi denne interaksjonen er et ganske universelt fenomen. Det vil si at den norske medisinske sektor kan ha noen likhetstrekk med den medisinske sektoren innvandrerpasientene er kjent med fra sitt opprinnelsesland når det gjelder rolleavklaringen mellom lege og pasient



### **4.1.3. Møtet mellom legerollen og pasientrollen**

Dyregrov skriver om rørmodellen i sin studie, denne modellen innebærer koding, dekodning og overføring av budskap mellom sender og mottaker, og modellen illustrerer den medisinske sektorens rolleavklaring, og er vestens tankegang omkring kommunikasjon. Leger forholder seg til denne modellen sier hun, der legen eksperten som dikterer pasienten.

Ut fra Goffmanns rolleteori har legen sin status og rolle ut fra sin stilling eller posisjon, der det knyttes forventninger og ulike rolleatferd for de ulike rollene man opptrer i (I. Goffman, 1992). Legene er de hjelpende, de profesjonelle, som skal lytte til pasientens sykehistorie, illness, og utøve riktig behandling ut fra disease.

Det kan forstås som rørmodellen er kjent for denne pasientgruppen, fordi flere av pasientene i undersøkelsen ønsker at legen skal opptre som eksperten i samhandlingen. Selv om innvandrerpasientene gjenkjenner denne modellen trenger de ikke alltid å forstå den måten sykdom og behandling forstås på, i den norske skolemedisinske sektoren.

En del av pasientene i Dyregrov sin studie sier at leger i deres hjemland har større status og autoritet enn leger her i Norge, noe som bekrefter at denne rørmodellen også benyttes i disse pasientenes skolemedisinske. Det ble også hevdet av noen pasienter i dette studiet, at leger i Norge er snillere enn leger i noen av pasientenes hjemland. Denne opplevde vennligheten fra norske leger kan forveksles med, at det i Norge er vanlig at pasienter samarbeider med legen om å avdekke illness og eventuelt behandle disease. Det vil si, at i den norske skolemedisinske sektoren er det vanlig at pasienter har en brukermedvirkning i behandlingen.

I de senere år har brukermedvirkningsbegrepet kommet inn i det norske språket, og det er skrevet mye om dette. De norske pasienter krever medvirkning og har kunnskaper om sykdommer og behandling tilegnet seg gjennom litteratur og medier. I motsetning til kanskje i innvandrerpasientens medisinske systemer fra sitt hjemland, der praksisen kan være helt annerledes. Da det kan være helt normalt at pasienter inntar en passiv holdning i konsultasjonen med legen. Fordi brukermedvirkning ikke trenger å være er en del av deres tradisjon.

Legenes erfaringer i denne undersøkelsen er at enkelte i denne pasientgruppen krever at legen inntar en autoritær holdning. Det vil si å bestemme pasientens disease, ut fra pasientens opplevelse av illness, uten medvirkning fra pasienten selv. Holdningen hos disse pasientene, er spesielt fremtredende hos kvinner og gamle hevdes det i studien.

Skjervheims teori om deltaker og tilskuer blir snudd på hodet i en slik sammenheng. Det vil si disse pasientene inntreer selv i et tilskuerperspektiv i relasjonen til legen, og fraskriver sitt eget bidrag i å oppnå en treleddet relasjon. Legen er den deltagende og blir gjort ansvarlig for oppnåelse av en felles forståelse av saken. I slike situasjoner er en toleddet relasjon et faktum (Skjervheim, 2001).

Da de ulike medisinske systemer favner menneskesyn, verdensbilde, og aktørens individuelle virkelighetsoppfatning, eger Kleinmanns modell seg for å kunne forstå et samfunns totale omsorgssystem. I et slik perspektiv kan en forstå innvandrerpatientene og legenes ulike oppfatninger av sykdom og behandling ut fra rolleinndeling, og sektortilknytning. Det vil si at, legenes verden sees fra den skolemedisinske sektoren, og innvandrerpatientene virkelighet betraktes fra den private sektoren.

Største delen av all helseomsorg foregår i den private sektoren sier, Kleinman (1980). Slik som veiledning i forhold til kost, påkledning, omsorg og behandling. I mange samfunn i verden angår sykdom hele familien eller slektsgruppen. Noen har familieråd om hvordan den syke skal behandles. Familierådet kan bestå av en bestefar, mor eller andre familiemedlemmer. I slike familieråd avgjøres det hvor den syke skal søke behandling, enten i den private eller den folkelige eller innenfor den skolemedisinske sektoren. Det kan også være en hellig mann fra den private eller den folkelige sektoren, som har den avgjørende myndighet til å bestemme hvilke behandlingsform som skal iverksettes for den syke.

I mange av disse pasientenes hjemland oppsøker de legen ved behov. Denne tjenesten er en fri ytelse i deres hjemland. Innenfor den norske skolemedisinske sektoren eksisterer et betalingssystem, der alle pasienter over 12 år må betale for en legekonsultasjon. Det som innvandrerpatientene også opplever som forskjellig i den norske skolemedisinske sektoren fra

den samme sektoren i deres opprinnelsesland, er at det i Norge er det en fastlagt tidsramme i konsultasjonen med legen, en tidsramme på 15-20 minutter. I pasientenes hjemland er det en åpen tidsramme i legekonsultasjonen, det vil si disse pasientene benytter den tiden de måtte trenge for å komme til en enighet med legen. Det er store ulikheter her i forhold samhandlingstid med legen disse pasientene er vant med fra sitt hjemland, noe disse pasientene opplever, er for marginal til å kunne oppnå en felles forståelse med legen.

Dette tidsfenomenet kan også omhandle norske pasienter, der noen norske pasienter også vil kunne trenge mer utvidet tid for å komme frem til en felles forståelse av saken. Norske pasienter har nok et fortrinn, de er ikke fremmed i Norge, og de behersker det norske språket, og er kjent med det norske medisinske systemet, og dermed har et bedre utgangspunkt til å oppnå en gjensidig forståelse av konteksten.

Noen av legene i undersøkelsen sier, hvis det ikke avdekkes en sykdomstilstand hos disse pasientene, som trenger noen form for medikamentell behandling ønsker allikevel enkelte av disse pasientene gjerne en resept på et eller annet medikament. Dette fordi de vil ha noe igjen fra konsultasjonen de har betalt for.

Det kan hende at norske pasienter, både unge og gamle, også vil være fornøyde hvis de får en resept med seg fra legen. Da dette kan gi dem en bekreftelse og en trygghet på at legen har forstått deres illness, og er i gang med å behandle disease. Kanskje er pasienter med innvandringsbakgrunn ikke helt avvikende i forhold til den norske måten å opptre i pasientrollen på.

En del av innvandrerpatientene sier det er vanskelig å få tak i medisiner i Norge. Mange uttaler at de har lettere tilgang på reseptbelagte medikamenter i sitt opphavsland. Det vil si at det er ulike kriterier for medikamentutgivelse i det norske medisinske systemet enn i opereres med i noen av innvandrerpatientenes system.

Noen leger i denne undersøkelsen sier de mangler informasjon om denne pasientgruppen, og innser at de trenger mer kunnskap på området. En løsning som er nevnt slik at de kan unngå å innhente noe særlige kunnskaper om denne pasientgruppen er, at innvandrerpasienter bør konsulteres av leger fra sin egen kultur, det vil si leger som forstår disse pasientenes verbale og nonverbale språk. Da dette kan bidra til å unngå misforståelser mellom partene.

Det er mange nye utfordringer denne pasientgruppen må beherske i sitt møte den norske medisinske sektoren. Slik som innvandrerpasientene i denne undersøkelsen sier at den norske kulturen er annerledes enn den de er kjent med fra sitt hjemland, det kan forstås slik at den norske skolemedisinske sektorens tradisjonsmønster, som ligger i kontekstens grunnleggende form, avviker fra det disse pasientene er kjent med fra sin skolemedisinske tradisjon. Schultz sier, det slik: at den fremmede deler ikke disse grunnantagelsene, fordi de må stille spørsmålsteget ved alt som betegnes som selvfølgelig og ubestridt. Innvandrerpasienten i møte med en norsk lege må sette sin erfaringshistorie til side. Fordi deres fortolkningsmodell fra deres tradisjon ikke kan benyttes som en orienteringsmodell i møte med den norske skolemedisinske sektoren (Shultz, 2005 )

### **Oppsummering**

Både innvandrerpasientene og legene i denne undersøkelsen opplever en del utfordringer i møte med hverandre. Dette er blant annet fordi partene har ulike redskaper til disposisjon i dette møtet. Ulikt språk, både verbalt og nonverbalt, der alt partene ikke forstår om hverandre blir tillagt kulturen de er en del av. Partenes subjektive meninger om hverandre kan oppleves virkelig for begge parter, men trenger ikke å være den hele og fulle sannhet.

Fra en hermeneutisk synsvinkel betyr det at, den enkeltes historiske, og språklige situasjon ikke representerer en hindring for forståelsen, men en horisont eller perspektiv hvor forståelse først og fremst blir muliggjort. Når partene ikke snakker samme språk og tilhører hver sin tradisjon, vil det kreve mer tilrettelagte rammer enn det den skolemedisinske sektoren kan tilby denne pasientgruppen for å komme frem til en felles enighet. Legenes praksis i den skolemedisinske sektoren har sin måte å forstå og behandle sykdom på, der pasientene har sin forståelse fra den private og den skolemedisinske fra sitt hjemland. Begge partene har med

seg sine ferdige bruksanvisninger som Schultz kaller det, i møte med hverandre. Det strides mellom dem i å definere virkeligheten, det vil si hvem av partene sin bruksanvisning er den virkelige. Konsekvensen er, hvis partene ikke forstår hverandres kontekst, kan en mangelfull eller en feil behandling av innvandrerpatienten kan bli utfallet. I denne undersøkelsen sier leger at bruken av en profesjonell tolk ikke anvendes i stor grad under konsultasjonen med pasientene, selv om denne hjelpefunksjonen kunne ha avverge misforståelser mellom partene, slik at partene kan oppnå en treleddet relasjon, en felles sykdomsforståelse.

Anvendelsen av rørmodellens i avklaringen av partenes rolle i møte med hverandre viser seg å fungere i følge Dyregrov. Dette lege - pasient forholdet er et universelt anliggende. Allikevel er det i møtefeltet mellom legen og innvandrerpatientene noen avklaringsproblemer i forhold brukermedvirkningen i samhandlingen mellom partene. Leger opplever disse pasientene annerledes, fordi de avviker fra den pasientrollen norske pasienter har i slike sammenhenger. Pasientene på sin side krever at legen skal innta en autoritær holdning, og bestemme pasientens disease.

I det neste underkapitel er en fremstilling sett fra legers perspektiv, om hvordan de opplever sitt møte med flyktningpasienter. Legenes forståelse og erfaring med denne pasientgruppen

#### **4.2. Fastlegens møte med flyktninger**

En undersøkelse foretatt av Lisbeth Gruth, Laila Tingvold, og Erdvard Hauff, publisert i Tidsskriftet for Den norske lægeforening 2006;126:1318-20: Fastlegens møte med flyktninger. Denne studien omfatter et strategisk utvalg av 12 fastleger Oslo-området, der alle har ulike erfaringer med flyktningpasienter. Legene er alle spesialister i allmenntilleggsmedisin. I tillegg er en av legene spesialist innen samfunnsmedisin, og en innen psykiatri.

Undersøkelsen er fra legers perspektiv, om deres opplevelse av egen rolle i kommunikasjon med flyktningpasienten. Alle legene er intervjuet.

Bakgrunnen for deres studie er å undersøke hvilke utfordringer fastlegene har i møtet med denne pasientgruppen, som ofte har sammensatte lidelser knyttet til forfølgelse og eksil. Legenes kunnskap om flyktningpasientenes helseproblemer er ofte mangelfull her i landet.

Denne undersøkelsen mangler et teoretisk perspektiv, da det er benyttet en eksplorerende tilnærming. Det vil si at enn går fra empiri til teori, der teorier og bruken av begreper dannes ut fra det som blir gransket, men at alltid empirien danner utgangspunktet (Jacobsen, 2003). Legenes felles oppfatning i dette studiet er at flyktninger representerer en utfordring for det norske helsevesenet, der språk og kulturforskjeller hos denne pasientgruppen gjør prosessen besværlig i forståelsen av sykdom og behandling.

I min drøfting av denne undersøkelsen deler jeg disse inn to underkapiteler. Legens forståelse av flyktningpasientens sykdomsforståelse, og legens sektortilhørighet – innvirkning på flyktningpasienten?

#### **4.2.1. Legens forståelse av flyktningpasientens sykdomssituasjon**

Flyktningenes årsaksforklaring av egen helse og sykdom avviker fra det norske medisinske verdensbildet, sier legene. Et eksempel som er nevnt i denne undersøkelsen er en kvinnelig flyktningpasient med menstruasjonsstopp. Denne pasienten tror at blodet er gått opp i hodet, slik at det forårsaker hodesmerter og smerter i øvre deler av kroppen.

Forståelseskløften mellom legen og flyktningpasienten i dette eksemplet er åpenbar. Det er forståelig at legene synes det er vanskelig å forholde seg til slike sykdomsforklaringer. Denne sykdomsforståelsen avviker mye fra den vestlige fagmedisinske termen å forstå sykdom på. Skjerveheim sier, ved at å objektivere den andre er som å gå til angrep på den andre sin selvstendighet. Det vil si at legene i denne situasjonen gjør flyktningpasienten til et tilfelle, en ting i sin verden, og på den måte kan en skaffe seg kontroll over pasienten (Skjerveheim, 2001).

I en del av den ikke- industrialiserte verdenen er det andre måter å forstå hva som forårsaker sykdom. Flyktningpasientenes kulturelle bakgrunn med dens livssyn og religion vil i større eller mindre grad påvirke den enkeltes tenkning rundt sykdom og helbredelse (Aadnanes, 1992).

Med legenes forutinntatte forståelse av flyktningpasienten er horisontsammensmelting vanskelig å oppnå, der flyktningpasientene blir ansvarliggjort for at en treleddet relasjon ikke oppnås, med den konsekvens at disse pasientene som gruppe innenfor en slik forståelsesramme lett kan bli stigmatisert av legene. Dette fordi legene mener disse pasientene mangler egenskapen til selvforståelse av sitt eget sykdomsbilde. Et stigma, i følge Goffmann, er at det alltid er sosialt konstruert. Det vil si at egenskapen blir stigmatiserende fordi det sosiale miljøet anser egenskapen som annerledes enten i en gruppe, eller type menneske. Typiske trekk i interaksjonen mellom stigmatiserte og "ikke stigmatiserte" preges av usikkerhet hos begge parter (Goffmann, 1992).

Det vil si at denne pasientgruppens sykdomsforståelse som er nedfelt kulturen, ut fra et verdiorientert perspektiv, der legenes egen sykdomsforståelse fra kulturen anses som bra, og er innenfor, mens flyktningpasientenes kultur, som er utenfor, ikke verdsettes. Årsaken til dette fenomenet kan være vansker med å komme i dialog om hverandres virkelighet, fordi partene forstår ut fra hver sin kontekst, og ikke evner å forstå hverandres virkelighet. Legenes sosialt konstruerte virkelighet ut fra forståelsesrammen om disse pasientene, blir stående som det endelige faktum. Mens det innefor hermeneutikken dreier seg om hvordan forståelse og mening er mulig.

Hvis legene skal kunne hjelpe flyktningpasientene i å avdekke illness, bør de forstå at det opereres med forskjellige sykdomsforståelser i de ulike pasientenes tradisjoner. Eriksen og Sørheim (2003). Det betyr ikke at legen må vite mye om helseforholdet i landet pasienten kommer fra. Det som er viktig, er å undersøke hvordan pasienten selv oppfatter sitt eget sykdomsbilde.

Legenes utfordring i dette henseende er å komme i en sirkelstruktur sammen med pasientenes forståelse av eget sykdomsbilde. Det vil si å forsøke å forstå deler av det disse pasienten uttrykker, for å prøve å komme til en viss enighet i saken. I slike situasjoner skapes ny forståelse, som igjen utgjør en ny forståelseshorisont, som hele tiden revideres mot målet.

Legene i denne undersøkelsen er opptatt av pasientens språk og kulturbakgrunn, fordi dette påvirker kommunikasjonen i samhandlingen. Som nevnt i studiet til Dyregrov, er det i samhandlingen mellom partene det gjøres feiltagelser. Fordi en ikke deler felles språk, er det ikke språket en kan ta feil av, men det er anvendelsen av ens egen kulturers begreper man tar feil av.

I dialogen mellom legen og flyktningpasienten er det usikre mellomrom mellom den indre samtale, det vil si tanker, og det som blir ytret. Den som lytter, er en mer passiv mottaker, det vil igjen si at den lyttende er med på å skape hvordan den som sender budskapet ser på seg selv. Derfor er det viktig at legen viser pasienten interesse for hva vedkommende har å si. Kroppsspråket taler ofte mer enn ord, og flyktningpasienten kan bare se seg selv som et fullverdig menneske, i relasjoner til legen. I slike tette samhandlinger avslører ofte partene overfor hverandre hva de tenker om den andre, det vil si deres fordommer eller forforståelse for hverandre blir synlig.

Det som er vesentlig er at all kommunikasjon er utveksling av meningsfylte tegn. Tegn i form av ord eller en fysisk gest. Disse tegnene trenger ikke å ha samme mening for legen og pasienten (Eriksen, Sørheim, 2003). I legenes famlinger i flyktningpasientens verden, bør legene ikke bare tenke på sine egne kulturs begreper (Nergård 1994).

Gadamer (2004) sier at vitenskapens språk er et fastholdende språk. Det vil si at i den vestlige medisinske tradisjon er legene blitt lært opp til at bare en type språk gir erkjennelse, der vitenskapens begrepsspråk ses på som det entydige og presist henvisende til en fast sannhet. Erkjennelse og kunnskap er å kjenne tingenes forandring i noe varig, noe fastlagt. Dette foranderlige, slik som sansene og følelsene, er ikke til å stole på. Derfor er det slik at veien til viten og fornuft må gå gjennom en egenskap som er i stand til å opprettholde det vil si som gir tilværelsen kontroll.

Hvis legene ønsker å ha kontroll over flyktningpasienten sykdomstilstand, må partene i utgangspunktet kunne kommunisere og forstå hverandres kontekst. Hvis språkforståelsen



mellom legene og pasientene er svekket eller manglende, er et funksjonelt hjelpemiddel som kan bistå partene i å oppnå en felles sykdomsforståelse, å bruke en profesjonell tolk.

Mange av legene i denne undersøkelsen har manglende rutiner i å bestille tolk i forkant av konsultasjonen med flyktningpasienten. Brunvatne sier det slik, at en betingelse for kvalitativt gode konsultasjoner er at lege og pasient kan snakke sammen. Hvis legen og flyktningpasienten ikke snakker og forstår samme språk, er bruk av tolk nødvendig. (Brunvatne, 2006). Den språklige eksistens er en påminnelse om menneskets endelighet, og gir et begrenset perspektiv på verden (Gadamer, 2004 ).

Thornquist sier, at de ulike helsefaggrupper har litteratur og håndbøker om møte med mennesker fra andre kulturer, om skikker ved fødsel og død og andre viktige forhold. Dette er nok nyttig, men kan aldri erstatte pasientenes individuelle erfaring og forståelse, fordi bakgrunnskunnskapen hos hver enkelt pasient ikke blir gitt nok oppmerksomhet, selv om dette er avgjørende for hvordan legene forstår og tolker denne pasientgruppen (Thornquist 1998).

Legen hevder også at flyktningenes sykdomsbilde er forskjellig, ut fra hvilket land de kommer fra. Ulike typer ernærings sykdommer, infeksjonssykdommer og genetiske sykdommer. Dette oppleves utfordrende for disse legene å tilegne seg kunnskaper om. I tillegg har mange av flyktningene også fysiske og psykiske skader fra vold og tortur fra sitt opprinnelsesland, og de kan ha traumer i forbindelse med flukten.

Brunvatne sier at de fleste flyktninger kommer fra land der det foregår væpnet konflikt eller betydelige brudd på menneskerettighetene. Migrasjon og et liv i eksil utgjør en kompleks psykososial prosess, som kan ha varig virkning på identitet og forståelse av seg selv (Reidun Brunvatne, 2006). Å forstå disse pasientene og deres ulike fortidstraumer, oppleves vanskelig for legene å håndtere. Dette fordi disse problemstillingene er forskjellig fra det norske pasienter presenterer. Legene i denne undersøkelsen har ulike faringer i å få flyktningene til å fortelle om sin sykehistorie.

Noen av legene opplever det var vanskelig å spørre flyktingen om deres tidligere bakgrunn, fordi de er engstelig for at det kan oppleves opprivende for flyktingpasientene å måtte snakke om sine bakenforliggende traumatiske opplevelser. Legene er også usikker på hvordan de skal håndtere pasientene hvis de skulle få reaksjoner i slike sammenhenger.

Det vil si at disse legene opplever en form for avmaktfølelse, der de forsøker å beskytte seg mot flyktingenes livskrise, fordi legene opplever seg alene om å håndtere disse problemstillingene. Deres eneste diskusjonspartnere i slike sammenhenger er kollegaer tilknyttet samme legepraksis. Spesialisthelsetjenesten gir ikke disse legen den bistand de synes å måtte trenge i slike situasjoner.

Leger med lengre tids erfaring med flyktinger hadde tilegnet seg spesielle ferdigheter i å innhente informasjonen om flyktingenes bakgrunnshistorie allerede ved den første konsultasjon, da de opplever disse opplysningene som avgjørende for å treffe et riktig behandlingsopplegg. Andre leger igjen, ser ikke hensikten med å ha flyktingenes historie før behandlingsoppstart. De innhenter denne informasjonen hvis pasientene forblir gjengangere med de samme symptomene. Disse ulike måtene å håndtere flyktingpasienten på har en sammenheng med legenes bakenforliggende erfaring i å takle de forskjellige problemstillingene pasienten måtte ha.

Her praktiseres det ulike tilnæringsmåter innenfor den samme skolemedisinske kulturen i møte med flyktingene. Den ene praksisen trenger ikke å være mer riktig enn den andre. Det er bare ulike måter å arbeide på, der legene forstår og handler ut fra sin erfaringshorisont.

Denne praksisen som omfatter innhenting av informasjon om flyktingpasientens forhistorie, kan gi større muligheter til å skape seg et mer nyansert sykdomsbilde av flyktingpasienten på et tidligere tidspunkt. Som for eksempel, hvis pasienten føler seg syk, illness, og legen ikke klarer å avdekke disease, kan denne pasientens opplevelse av sin sykdomstilstand ha tilknytninger til bakenforliggende traumer. Dette kan ha skjedd under flukten, eller komme av årsakene til flukten. Disse legene som praktiserer denne fremgangsmåten kan muligens begynne behandlingen på et tidligere tidspunkt.

I den andre fremgangsmåten ønsker nok legene framfor alt å beskytte seg selv. Deres utilstrekkelighet i å takle flyktningpasientenes problemstillinger, er på bakgrunn av at de mangler kunnskaper på området. Det vil si manglende kunnskap om flyktningpasientenes ulike fortidstraumer. Samtidig kan en si at disse legene også opptrer fornuftig og respektfull i forhold til denne pasientgruppen, fordi de ikke ønsker å gjenopplive traumer disse pasientene har vært utsatt for, da disse legene ikke kan gi den nødvendige bistand disse pasientene måtte trenge i en slik situasjon. I tillegg er disse legene ærlige i forhold til seg selv. De ser sine egne faglige begrensninger i disse situasjonene.

Legenes forståelse av flyktningpasientene kan enn si er betinget av fordommer. Både når det gjelder det som kan aksepteres umiddelbart fordi det er velkjent, og det som er annerledes fordi det er nytt. Det vil si, at fordommer utgjør forforståelse ut i fra fornuften, fordi alt alltid forklares ut fra denne horisonten (Lægerid, Skorgen, 2001). Det kan også sies at disse legene er forutinntatte eller har fordommer når de gjelder troen på disse pasientenes evner til å takle en opprivende opplevelse i sin fortid.

All forståelse er betinget av den kontekst eller situasjon noe forstås innenfor. En slik kontekst eller horisont er ikke en objektiv, kontrollerbar størrelse som eksisterer uavhengig av den som fortolker. En kontekst som ytre sett omfatter de samme ting og hendelser kan erfares og konstitueres på svært forskjellige måter av ulike individer. Partene bringer med seg egne erfaringer og disposisjoner inn i forståelsen, og de skaper selv den konteksten noe forstås innenfor (Gadamer 2004). Disse pasientene i sitt utgangspunkt er mer sårbare fordi de i tillegg til manglende språkforståelse også mangler forståelse for det vestlige medisinske tradisjonens rasjonalitet.

#### **4.2.2. Legens sektortilhørighet - innvirkning på flyktningpasienten?**

Det å tilhøre en medisinsk sektor innebærer for den enkelte en bestemt måte å forstå verden på. Legen i møte med en kulturell fremmedhet er henvist til fortolkninger som er spesifikke for sin egen sektortilhørighet. De plasserer derfor flyktningpasientens forståelse inn i sin kultur. Dette skjer fordi legen ikke forstår flyktningpasientens kontekst. Det legen forstår ved

flyktningpasienten er uløselig knyttet til legen selv som person og kulturbærer (Gadamer, 2004).

Når pasienten og legen stammer fra forskjellige helse og behandlingssystemer og har svært ulike sykdomsforklaringer, kan dette føre til problemer. Dette fordi behandlingssystemer bygger på den kunnskapen som samfunnet utvikler om hvordan og hvorfor sykdommer oppstår (Kleinman, 1980). Legens tilhørighet er i den profesjonelle sektoren, med den vestlige instrumentelle rasjonelle tankegang, der flyktningpasientens tilhørighet er i den private sektor med sin forståelse av sykdom og behandling ut fra tradisjonen.

Det å være tilhørende i den norske medisinske sektoren kan gjøre legene både seende og blinde på samme tid. Seende i sin egen verden, men samtidig kan de være blinde for flyktningpasientens verden (Nerdgård, 1994).

Legene i denne undersøkelsen hevder at flyktningpasientene mangler kunnskaper om den norske medisinske sektorens organisering og funksjon. da flere leger hevder at fastlegeordningen ikke er tilpasset disse pasientene, fordi flyktningpasientene ofte trenger lengre tid en hva den norsk legepraksis kan tilby. En kan si at dette er en form for blindhet disse legen har. Det vil si at de ser sin virkelighetsverden kun fra sin sektortilknytning, der flyktningpasientens verden ikke er tatt med i betraktningen.

I tillegg har disse pasientene ofte minimalt med penger, sier legene. Dette kan føre til at disse pasientene unngår flere viktige oppfølgingskonsultasjoner for å komme frem til en felles forståelse av saksforholdet, der legen på sin side ikke kan gå utover den fastlagte tidsrammen uten økonomisk vederlag, og av hensyn til andre pasienter, selv om partene måtte trenge lengre tid for å kunne komme frem til et felles saksforhold. Ut i fra dette kan enn si at flyktningpasientens økonomiske midler er avgjørende for at legene skal kunne komme i en treleddet relasjon med disse pasientene.

Dette synliggjør den skolemedisinske sektorens bundethet i virksomheten. Der flyktningpasientens behandlingsbehov ikke kan ivaretas, fordi disse pasientene ikke kan innfri

virksomhetens regler i forhold til betalingssystemet. Dette kan få alvorlige konsekvenser for disse flyktningpasientene det angår.

I tillegg sier noen av legene, at en del av disse pasientene krever at legen skal opptre som en autoritet, ut fra sin status. Begrepet status er knyttet til det formelle og fastlagte. Begrepet innbefatter at legen i kraft av sin utdanning og autorisasjon, arbeider etter regulerte lov- og regelverk.(Weber, 2000 ). Disse flyktningpasientene som inntar en tilskuerrolle mener, at legen i kraft av sin status er den som skal være den deltakende. Det er legen som skal bestemme pasientens illness, og avgjøre hvilken behandlingsform som skal settes i verk for eventuelt å behandle disease, der konsekvensen av en manglende pasientmedvirkning er at partene blir værende i en toleddet relasjon. I slike tilfeller er det en utfordring for legen å få pasienten ut av tilskuerrollen og inn deltakerrollen. Det vil si å få flyktningpasienten inn i en sirkelstruktur, der målet er å oppnå en felles sykdomsforståelse med pasienten.

Meningssammenheng i slike situasjoner innebærer å forstå den meningen som ligger bak. Som for eksempel på dette med flyktningpasientens handlinger i form av å innta en tilskuerrolle, der disse pasientenes hensikter og virkelighetsfortolkninger er alltid forankret til kulturen de er en del av. I møtefeltet mellom partene er det ulike kulturelle fenomener som betegner seg å ha forskjellige forestillinger og fortolkningsmønstre. Gadamer sier at lenge før vi gjennom selvpoppfatningen forstår oss selv, forstår vi oss selv på en selvfølgelig måte i den familien, samfunnet og nasjon vi lever i, ut fra vår tradisjon. Derfor har ingen rett, sier Nergård (1994) til å fremstille sin forståelse av en andres verden.

### **Oppsummering**

Legene i denne undersøkelsen opplever kommunikasjonsproblemer med flyktningpasientene, fordi partene mangler forståelse for hverandres språk, og sektortilknytning. Konsekvensen er at legene ikke forstår flyktningpasientenes kontekst, og motsatt. Praksisen i å innhente tolk for å kunne oppnå en bedre forståelse med denne pasientgruppen er også manglende blant disse legene i denne undersøkelsen, selv om de ser behovet for denne tjenesten. Legene opplever området flyktningpasient svært stort med mangfoldige soner, og trenger derfor bistand fra spesialisthelsetjenesten. Dette oppnår de ikke fordi tilgjengeligheten til denne tjenesten er for

utilgjengelig. Følgen er at de må håndtere mange problemstillinger alene, de i utgangspunktet ikke har kunnskaper om.

Når legene sier at flyktningpasienten ikke forstår det norske helsevesenets ”spilleregler”, eller har en annerledes sykdomsforståelse enn den norske medisinske tradisjonen, er det fordi legene tolker flyktningpasienten ut fra sine egne verdier og normer som de beste og riktige. Dette kalles etnosentrisme. Det motsatte er kulturrelativisme, der alt forklares og kanskje aksepteres som kulturelle forhold. (Tronvoll, Moe, Henriksen, 2004).

Med legenes manglende forståelse av flyktningpasientenes ulike uttryksmåter kan det også oppleves utfordrende for flyktningpasientene å forstå legenes handlinger og mål i konsultasjonen. Dette vil jeg si mer om i neste underkapitel, der vil jeg gi en fremstilling av min empiri, der forteller tre flyktninger om sine opplevelser i møte med en lege i Norge, der det første handler om flyktingenes språkforståelse i samhandlingen med legen. Det andre omhandler flyktingenes forståelse av den norske skolemedisinske sektoren

### **4.3. Flyktingenes møte med legen**

Fra mine tre samtaler med tre flyktninger skal jeg belyse fra deres perspektiv, om hvordan de opplevde å møte allmennleger i Norge. Det å se på hvordan de opplever kommunikasjonen i dialogen med legen. Jeg vil også se på hvordan flyktingene opplevde sitt møte med den norske skolemedisinske sektoren.

Skjervheim(2001) sier at en opplevelse er alltid opplevelse av noe. Dette ”noe” er ikke likegyldig i forhold til om det er holdt for å være virkelig eller ikke. Det som er interessant, er om våre opplevelser gir oss sannheter, eller om det bare er illusjoner. Mennesket i dette spørsmålet står alltid i en tradisjon som gir en synsvinkel som det hele sees ut fra. Det vil si at flyktingenes opplevelse er knyttet til deres historiske fortid. Gadamer (2004) insisterer på at språkets betydningsfulle eksistens er i dialogen, og en premisse er at det forutsettes, at du mesterer språket, at du lever i det.

#### **4.3.1. Flyktingenes opplevelse av kommunikasjonen i dialogen med legen**

Mine tre samtalepartnere hadde noen like og ulike erfaringer i kommunikasjonen med legen. En av flyktingene hadde en profesjonell tilstedeværende tolk i konsultasjonen. Tolking er et fag, hvor det stilles krav til tolketeknikk og forståelse i medisinsk terminologi (UDI, 2003).

Flyktingen med tolkehjelp synes å oppnå en god kommunikasjon i dialogen med sin lege, der en felles sykdomsforståelse mellom partene var følgen. Det vil si de oppnådde en treleddet relasjon. Denne flyktingen hadde allikevel en spesiell opplevelse i dette møte. Det var at tolken og legen snakket mer sammen enn pasienten og tolken. Denne flyktingen fikk en opplevelse av å være noe tilsidesatt under konsultasjonen. Hvis dette er tilfelle, kan det være slik at tolken og legen måtte avklare informasjonen til hverandre før de videreformidlet dette til pasienten. Eller det kan ha andre årsaker.

Det en kan si, er at denne pasienten sannsynligvis følte seg noe innefor og utenfor i denne konsultasjonen. Han var innefor fordi legen forsto pasientens kontekst via tolken, utenfor fordi han var helt avhengig av bistand fra tolken for å kunne dele saken med legen. Derfor kan en kanskje si at denne flyktingen vaklet litt mellom fremmedhet og fortrolighet, der denne flyktingen må stole på det tolken formidlet mellom partene var korrekt. Det vil si at vedkommende pasient ikke helt hadde kontroll over det som ble sagt fra tolken til legen, og fra legen til tolken igjen.

Ved å benytte en tolk til oversettelse blir enn bevisst på at språket er et medium for en innbyrdes forståelse, det vil si å være henvist til en oversetter betyr at de to partene umyndiggjør seg selv på en måte (Gadamer, 2004).

Det å overføre ens mening via en tolk, er å forstå samtalepartnerens livstilværelse. Det betyr at tolken ikke har lov til å forvanske det den andre mener. Tvert imot så skal betydningen bevares, og den må forstås i den andre språkverden. En hver oversettelse allerede en fortolkning. Det kan sies slik at gjengivelsen er en fullbyrdelse av den fortolkningen som tolken har gitt av ord som tolken er blitt presentert for (Gadamer, 2004). Tolken er på en måte i besittelse av symbolsk makt, fordi alt som blir sagt mellom legen og pasient har denne

tolken en enerett til å forvalte på sin egen måte. Det vil si at tolken nødvendigvis ikke oversetter alt på en riktig og redelig måte.

Gadamer (2004) sier at hvis vi skal forstå hvordan språk, forståelse og dialog opptrer sammen, er anvendelsen utslagsgivende. Å forstå, er å være i stand til å formulere det sagte i sitt eget språk. Dette evnet ikke de tre flyktingene ikke fullt ut i samhandlingen med legen. Noe de tre flyktingene i sin samhandling med legen ikke fullt ut evner. Selv ikke flyktingen med tolkehjelp evnet dette.

Opplevelsene til de to flyktingene uten tolkehjelp, i sitt møte med legen, er noe annerledes enn den opplevelsen flyktingen med tolkebistand beskriver. Deres opplevelser i disse møtene var at det rådet en manglende språkforståelse mellom dem. Flyktingene kunne noen norske ord, i sin konsultasjon med legen. Dette var ikke fullkomment nok til at partene kunne forstå hverandres kontekst. Gadamer (2004) sier, at det viktigste redskapet for å kunne fungere i sosiale sammenhenger er uten tvil språket. Det er grunnleggende at mennesker må snakke samme nasjonale språk for i det hele tatt å ha en mulighet for å forstå hverandre.

Da de to flyktingene ikke behersker det samme nasjonale språk som legen, måtte de bruke de redskaper de hadde til rådighet i dialogen med legen. Det vil si de måtte benytte de norske ordene de hadde lært. De to flyktingenes felles opplevelse innbefatter at legene ikke alltid skjønnte hva flyktingene sa, og motsatt. I tillegg syntes flyktinger at de norske legene snakket altfor fort. Flyktingene sa det slik, av og til prøvde legene å snakke rolig, men det varte bare en kort stund, så snakker de like hurtig igjen. Flyktingene synes også at legene uttalte mange "vanskelige" ord de ikke forsto. Gadamer sier at ingen kan komme det talende ordet til unnsetning hvis det blir utsatt for misforståelser, om det er tilsiktet eller ei (Gadamer 2004).

De to flyktingene uten tolkehjelp måtte ofte spørre gjentatte ganger for å prøve å forstå hva legen formidlet. I flere sammenhenger bare måtte de gi avkall på å prøve oppnå en felles forståelse med legen. Det vil si de var i en toleddet relasjon med sin lege, der de forsto deler av hverandre uten å helt oppnå en felles sykdomsforståelse. Med disse utfordringene disse to



opplevde i kommunikasjon med legene, var det særlig utfordrende å oppnå en horisontsammensmelting.

I kommunikasjonen mellom disse flyktingene og legen er det et asymmetrisk forhold. Asymmetri i kommunikasjonen vil si når adressaten mesterer meningsinnholdet i ordene bedre enn den som sier det. Det vil si at legen om da er adressaten, sitter med forståelsen av det nasjonale og det medisinske språket. I tillegg forstår legen de norske ordene flyktingen meddeler, selv om legen ikke nødvendigvis forstår sammenhengen av ordene flyktingene sier. Flyktingene på sin side, er fraværende i det meste av den forståelsen legen innehar, fordi flyktingene er under innlæring av hva ordene betyr. Det vil si, de er i en opplæringsfase i å tilegne seg meningen i hva de ulike ord og begreper betyr. Ut fra dette byr det på særlige utfordringer å kunne komme i dialog med legen om saksforholdet. Noe av det sentrale i dialogen er at språk og tanke skal gi nye meningsnyanser mellom den som ytrer ordet, og den som hører (Rommetveit, 1981).

Derfor blir det å snakke forskjellige språk er ikke et forhold. Å lære et språk er ikke ett forhold. Å lære et språk er å kjenne verden, det vil si konteksten. Når disse flyktingene kommer fra en kultur med et annet språk enn det legen besitter, vil flyktingenes virkelighetsverden forstås annerledes enn legens verden.

Dette betyr hvis partene kunne snakke samme nasjonale språk og stammet fra samme kultur, ville dialogen mellom dem sett annerledes ut. I kulturforskningen blir dette innlysende forholdet ofte oversett. En flykting som ikke kjenner en annens kulturbakgrunn og personlige forutsetninger, kan ikke forstå seg selv på samme måte, fordi flyktingen har andre forutsetninger for å forstå seg selv (Nergård 1994).

Flyktingenes forståelse av det norske språket er en prosess som vil noe ta tid, før det integreres i dem. I den ytterste konsekvens oppnår de aldri en fullendt forståelse av språket. De vil kanskje bare lære seg å forstå de viktigste begrepene for å kunne gjøre seg forstått, slik at de kan mestre å føre en samtale. Ut fra Gadamer og Skjervheim kan aldri flyktingene lære

det norske språket fullendet. Fordi det ikke er deres eget morsmål, kan det ikke læres på samme måte som det språket de lærer i sin egen oppvekst.

#### **4.3.2. Flyktingenes møte med den norske skolemedisinske sektoren**

Alle tre flyktingene sa at det var helt forskjellig å gå til lege i Norge enn i Afrika. Den norske skolemedisinske sektoren fungerer annerledes enn den skolemedisinske sektoren disse flyktingene er kjent med fra sitt opprinnelsesland. I flyktingenes hjemland oppsøker de lege ved behov. De benytter den tiden de måtte trenge for å komme frem til en felles sykdomsforståelse med legen. Det vil si partene bruker den tiden de trenger for å komme til en enighet, der tilgjengeligheten til å komme til en legekonsultasjon i den afrikanske tradisjonen, er at pasientene oppsøker en lege den dagen de trenger en medisinsk vurdering eller behandling. Denne tilgjengeligheten til lege disse pasientene er kjent med fra sitt opprinnelsesland, fungerer nesten som den norske legevaktordningen.

De to flyktingene uten tolkehjelp syntes tidsrammen i konsultasjon med legen i Norge var for kort. Flyktingenes forståelse av dette var at de synes det var vanskelig å kunne oppnå en felles sykdomsforståelse med lege hvis det ikke var avsatt nok tid til å snakke sammen. Flyktingen med tolkehjelp delte ikke denne opplevelsen med de to andre. Den som fikk tolkehjelp opplevde at tidsrammen i konsultasjonen var passende, fordi de rakk å oppnå en felles forståelse av saksforholdet.

De to flyktingene uten tolkehjelp sier også at norske leger har en annen måte å forstå sykdom og behandling på, enn leger i Afrika. Den ene av flyktingene forklarer denne ulikheten på følgende måte "Ved hodepine sier bare en norsk lege at pasienten må spise sunn mat, drikke mye vann, og sove ordentlig for å bli frisk". I samme situasjon ville en afrikansk lege ha gitt medisiner for behandling av denne hodepinen, sier vedkommende flykting.

Flyktingen mente at norske leger ikke kunne unnlate å gi medisiner når pasienten hadde hodesmerter. Flyktingen sa det slik, "legen kjenner ikke pasientens kropp". Pasienten kjenner sin egen kropp best. Derfor mente denne flyktingspasienten å vite hvilke medisiner som kunne hjelpe for å bli frisk.

Dette viser de to forskjellige måtene å forstå sykdom og behandling på innenfor den skolemedisinske sektoren i Norge og land i Afrika. Det gir et bilde av at det i den profesjonelle sektoren rundt om i verden finnes ulike forståelsesmåter å arbeide ut fra. Det kan tenkes at andre leger i Norge kunne ha gitt denne pasienten en medikamentell behandling, fordi andre leger kunne ha hatt andre forutsetninger i sin observasjon av pasientens symptomer. Eller rett og slett ha forstått pasienten på en annen måte. Noen leger kan ha mer erfaringer med denne pasientgruppens ulike sykdomssymptomer, som knytter seg til deres forskjellige traumatiske opplevelser. Derfor kan de bedre bistå vedkommende flyktning med et medikament som hjelper denne pasienten til å dempe et eller flere symptom.

Hvis denne pasienten med hodepine ikke har alvorlige tilleggssymptomer, kartlegger nok de fleste norske legene disse pasientenes livsstil, som kostvaner, søvnrytme og eventuelt deres arbeidssituasjon og hjemmeforhold før en skolemedisinsk behandling settes i verk. Dette er grunnregel i den norske skolemedisinske praksisen. Denne grunninformasjon om pasienten anses som viktig for å unngå å behandle et symptom som ikke trenger en medikamentell behandling, men muligens bare en omstilling i livsstilen. I den afrikanske medisinske sektoren er, i følge de to flyktningene, en medikamentell behandling det eneste alternativet i en slik situasjon.

I flyktningenes hjemland har de tilgang på medisiner som er reseptbelagte her i Norge. Flyktningene sier de kjøper medisiner de selv synes å måtte trenge for å bli frisk. Derfor synes flyktningene det er et vanskelig system her i Norge. De må oppsøke en lege for å få tak i de samme medisinene de får kjøpt uten resept i sitt opprinnelsesland. Det vil si at den skolemedisinske sektoren i deres hjemland fungerer annerledes enn det norske skolemedisinske systemet, i følge disse flyktningene, også på dette området.

Når flyktningene og legene har ulik forståelse av sykdom og behandling, kommer det av at partene ikke forstår hverandres kontekst. De befinner seg i sirkelen, men med en mindre bevegelse, og er i en toleddet relasjon til hverandre.

Manglende forståelse av hverandres kontekst skjer fordi både legen og flyktningpasienten er forankret i hver sin egen virkelighet ut fra sin erfaringshorisont, der det kan oppleves reelt for flyktingen i måten å forstå sykdom og behandling på ut fra den afrikanske skolemedisinske sektoren. Både legene og flyktingene vurderer hverandres forståelse i samhandlingen med hverandre. De vurderer alltid om noe er sant eller usant. Det vil si deres fordommer for hverandre kommer til uttrykk ut fra forforståelsen eller erfaringshorisonten og ut fra deres fornuft.

En av flyktingene uten hjelp fra tolketjenesten sier at legen så på klokken flere ganger under konsultasjonen. Vedkommende flyktning synes dette var både stressende og uhøflig. Denne nonverbal kommunikasjon legen utviste kan ha flere grunner. Kunne være en ubevisst handling på bakgrunn av legens tidspress, fordi legen vet at flere pasienter venter. Derfor kunne ikke legen gå utover den fastlagte konsultasjonstiden med den gitt flyktingen. Eller det kunne ha andre årsaker.

En norsk pasient kunne nok også ha reagert på samme måte i en tilsvarende situasjon. Atferden til denne bestemte legen er en opplevelse som kan tolkes subjektiv av hvert enkelt pasient, ut fra tradisjonen. Flyktingene forklarer ut fra det de kjenner eller forstår ut fra den erfaringen med den skolemedisinske sektorene i sitt hjemland. Flyktingenes forståelse av sykdom og behandling fra den private sektoren også er en del av deres historisitet.

Flyktingenes egen opplevelse av illness, er også tilhørende i pasientens private sektor, der forståelsen av de ulike sykdommer og behandlingsformer blir diskutert og beslutninger om hvor disse flyktingene skal søke behandling for å bli frisk blir tatt (Kleinman, 1980). Ved å bo i Norge kan flyktingene miste deler av sin tilhørighet i den private sektoren. Den norske private sektoren kan være annerledes når det gjelder sykdomsforståelser og behandlingsmåter enn i flyktingenes sektor. Når i tillegg den norske skolemedisinske sektoren, i Norge avviker fra den samme sektoren flyktingene er kjent med fra sitt hjemland, blir deres forforståelse og erfaring fra sin egen tradisjon i møte med det norske medisinske systemet en utfordring for dem.

Da det er flere ulikheter enn likheter ut fra det flyktningene sier, mellom den norske og den afrikanske skolemedisinske sektoren, er det ikke så merkelig at disse flyktningpasientene opplever det norske medisinske systemet som annerledes. Tilgjengeligheten for å komme til en vanlig legekonsultasjon i Norge er annerledes enn i den afrikanske profesjonelle sektoren. Den norske praksisen er at pasienter må bestille legetime i forkant, og må ofte vente opptil flere uker på en legekonsultasjon, hvor tidsrammen i en norske "legetimen" er ca.15-20 minutter.

Det kan selv for en nordmann oppleves at den tilmålte konsultasjonstid er for minimalt for å oppnå en felles sykdomsforståelse. Selv om de to partene snakker samme morsmål, og den norske pasienten har kjennskap til den norske medisinske sektoren, kan både tidsrammen og det medisinske språket legen praktiserer være et hinder for å oppnå en felles forståelse av saken. Ut fra det kan en si at en flyktningpasient med et annet nasjonalt språk enn legen, og med en annen medisinsk tradisjon enn den norske, er mer sårbar enn en norsk pasient.

Derfor kan en si at flyktningpasientenes kjennskap til den afrikanske medisinske sektoren gjør dem seende i den tradisjonen, og blinde for den norske skolemedisinske praksisen. Dette finner sted fordi kultur er summen av de erfaringer og kunnskapene flyktningene erverver seg gjennom sosialisering og ved å være medlemmer i et samfunn (Nergård 1994).

Flyktningene i sitt møte med den norske legepraksisen, sier Schultz (2005) fratras troen på hverdagslivets virkelighet fordi de må stille spørsmålstegn ved nesten alt som betegnes naturlig og ubestridt. De må sette sin medbrakte naturlige innstilling til side. Det vil si, at det de opplever som oversiktelig ut fra sin fortolkningsmodell fra sitt hjemland, kan ikke benyttes som en orienteringsmodell i det nye samfunnet, i deres møte med den skolemedisinske sektoren i Norge.

Enhver orienteringsmodell forutsetter at de som benytter seg av den ser omverden som en gruppe omkring seg selv. Er dette Schultz (2005) kaller å være medlem av en inn -gruppe. En flyktning befinner seg i grensen utenfor dette området som dekkes av gruppens orienteringsmodell, og blir derfor ikke en del av det sosiale miljøet som en kan betrakte seg

selv som sentrum i. Flyktningen må forklare enhver situasjon, og befinner seg derfor i en ny fortolkningsituasjon, som innebærer en fortolkning av et nytt kulturmønster, i den norske medisinske sektorens.

Konsekvensen blir at flyktningen vakler mellom fremmedhet og fortrolighet, og er usikker og skeptisk overfor alt som virker enkelt og ukomplisert for legen, fordi flyktningpasienten streber etter å følge de gjeldende oppskrifter og regler til eksperten. Ut fra dette kan en si at flyktningen kan betraktes som en kulturell hybrid mellom to gruppelivsmønstre, fordi de befinner seg litt både i den norske og den afrikanske skolemedisinske sektoren i møte med lege i Norge. Det medisinske systemet, i følge Kleinmann (1981) må alltid sees ut fra kulturen. Det vil si at de forskjellige sektorene alltid er alltid knyttet til de ulike tradisjonene et hvert samfunn består av.

Kverndokk (2000) sier at tradisjon brukes om innhold i et kulturelement som er tradert, det vil si overført. Slik som den vestlige skolemedisinske tradisjonen med dens handlings hensiktsmessighet ut fra instrumentell tankegang. Flyktningenes skolemedisinske sektor fra sitt hjemland har noe annerledes tradisjon i sykdomsforståelse og behandling enn den norske.

I møte mellom flyktningpasienten og legen kan dette gi seg utslag i ulike uttrykk mellom partene. Det er fordi både legen og flyktningpasienten forstår ut fra sin erfaringshorisont, der kommunikasjon i dialogen mellom partene kan gi muligheter eller begrensninger i konstruksjon av nye virkeligheter, eller forhandlinger om en felles forståelse av hverandre.

Med slike ulike rammevilkår disse flyktningene er kjent med fra sitt opprinnelsesland, kan det være slik at disse pasientene bare går til lege når de er akutt syke, og ikke oppsøker lege i andre sammenhenger. Det er i den senere tid blitt en mer økt forståelse omkring denne pasientgruppen, om deres sykdomsproblematikk knyttet til flukten, og det å leve i eksil.

## **Oppsummering**

De tre flyktningene jeg hadde samtale med hadde noen felles og noe helt ulike opplevelser med norske leger. Flyktningen som hadde tolk under konsultasjonen opplevde sitt møte uproblemtisk, selv om vedkommende flyktning syntes å bli noe tilsidesatt i trekantdialogen med legen og tolken. De to flyktningene uten tolkehjelp hadde flere utfordringer i samhandlingen med legen. Utfordringer viste seg både i kommunikasjonen og i forholdet til den norske skolemedisinske sektorens måte og praktiserer på. Flyktningene opplevde tidsrammen i konsultasjonen med legen forkort til å kunne oppnå en felles forståelse av saksforholdet.

## **5.0. AVSLUTTENDE DRØFTING OG OPPSUMMERING**

En del av det å være menneske er å stå i relasjon til andre mennesker. I noen tilfeller i en interaksjon mellom to parter kan ting oppleves mer utfordrende enn i andre situasjoner, slik som i møtefeltet mellom flyktninger og leger. I dette møtefeltet inngår partenes tilknytning og forståelse av det medisinske systemet. Der kommunikasjonen er det som oppleves som særlig utfordrende mellom flyktningpasienten og legen for å kunne oppnå en felles sykdomsforståelse.

### **5.1. utfordringer i kommunikasjonen mellom leger og flyktningpasienter**

Enkelte av legene sier at kommunikasjonen med noen av flyktningpasientene bryter sammen på grunn av for store forskjeller i de kulturelle koder, eller kroppsspråket. Kultur innbefatter også tanker, kunnskap, og ferdigheter begge partene har tilegnet seg som medlemmer av et samfunn, noe begge parter blir konfrontert med i det kommunikative fellesskapet (Eriksen, Sørheim, 2003)

Flyktningpasientenes kroppsspråk har som nevnt sin årsak i de ulike sosiale skikker eller væremåter flyktningpasientene har med seg fra sin kultur, sosiale skikker som er allment akseptert i den tradisjonen de er en del av. Fra en del leger blir dette blir tolket som ukjent og merkelige atferd, sett fra norske skolemedisinske tradisjons kulturmønstre. En del av legene ser disse flyktningene som vanskelige pasienter. Istedenfor å forsøke å sette seg inn hva disse kroppslige signalene inneholder av informasjon og kunnskap om den enkelte pasient. Når legene opplever frustrasjon over ikke å forstå pasienten kroppsspråk, tilegner de alt det uvanlige disse pasientene utviser som en underlig atferd knyttet til pasientens kulturtradisjon. Det kan forstås slik at legene setter sine egne kulturelle koder som det allment anerkjente, og rangerer flyktningpasientens kroppsspråk til å være en mindre akseptert oppførsel.

Ut fra Gadamer (2004) har både legen og flyktningpasientene sin forforståelse eller fordommer fra sin erfaringshorisont, eller fortid. I møte med hverandre oppdager de hverandres uttrykksmåter, der partenes opplevelse av den andres atferd anses som annenrangs. En slik rangering av kulturelle uttrykk er uhensiktsmessig. Allikevel er det en forståelsesmåte både legene og flyktningpasientene har ut fra tradisjonen. Denne kan endres og omarbeides



hvis de oppnår en utvidet forståelse av hva de kroppslige uttrykkene betyr hos den andre, der erfaringshorisonten hos verken legen eller pasientene er fastlåst, men derimot åpen for ny utvidelse i partenes fremtid. Når ulikt språk, både verbalt og non verbalt blir sett på som et hinder for å oppnå en felles sykdomsforståelse, spesielt fra legene, er det viktig å huske at all forståelse eller fortolkning av mening alltid en sammensmelting av horisonter.

Både legene og pasientene i de to studiene, og fra mine samtaler med flyktningene hevder, at manglende forståelse av hverandres verbale språk, er den største barrieren for å oppnå en felles forståelse av hverandre. Forstår partene ikke hverandres både verbale og nonverbale språk, lever de i hver sin verden hevder både Gadamer (2004) og Skjervheim (2001), der en dialog for å skape et felles rom uteblir.

Flyktningene har også sin mening om legens kroppslige atferd. Et eksempel som er nevnt tidligere i oppgaven, er der legen så på klokken flere ganger under konsultasjonen med flyktningpasienten. Pasienten opplevde legens kroppsspråk som respektløs atferd. Dette kan komme av at, denne oppførselen til denne spesielle legen ikke samsvarer med den atferden pasienten er kjent med fra leger i sitt hjemland. Eller det kan være at denne pasienten synes denne nonverbale kommunikasjonen legen utviser ikke passer inn. Når denne pasienten opplever å ikke dele sykdomsforståelsen med legen, utviser allikevel legen noe stresset atferd, ved å se på klokken. Dette kan oppfattes av pasienten som om legen vil avslutte samhandlingen, selv om pasienten ikke anser konsultasjonen som avsluttet.

Både legene og flyktningpasientene kategoriserer øyeblikkserfaringene i møte med hverandre ut fra sin erfaringshorisont, slik at de skal bli meningsfulle i en grunnleggende forstand - der mening og kroppslige tegn er uløselig knyttet til hverandre, og der mening er den andre siden av kroppsspråket, som det ikke alltid er like enkelt for motparten å tolke og forstå.

Ut fra min forståelse av studiene og samtalene med flyktningene, kan det virke som kroppsspråket mellom partene er mer til forvirring enn til forståelse. Kroppsspråket til hver av partene blir det eneste kommunikasjonsmiddelet i samhandlingen når det felles verbale språket ikke er til stede. Allikevel kan enn ikke si at partenes forståelse av hverandre er rett

eller gal, det er bare forståelsesmåter begge parter har ut fra sin erfaringshorisont og tradisjonsbakgrunn, der det partene ikke forstår av hverandre anses som underlig og spesielt.

I slike sammenhenger blir partenes verden egentlig godt synlig for hverandre, der både legene og pasientene sier det motsatte. Det vil si at deres manglende forståelse for hverandres verden blir oppfattet som en blindhet istedenfor en innsikt. Innsikten går ut på, at alt legen og pasienten ikke forstår av den andre part. Er med på å synliggjøre hva begge partene må tilegne seg av viten om den andre, for å kunne dele saksforholdet.

En slik blindhet er ikke særlig tjenlig for legen å eie når det gjelder å avdekke pasientens sykdomstilstand. Følgen kan bli at den ”helsefremmende virkningen” av samhandlingen med pasienten svekkes. Med den ytterste konsekvens er, at disse pasientene får en mangelfull eller feil behandling fordi legene ikke forstår disse pasientenes nonverbale uttrykk.

Flyktningpasientenes ”uvanlige” kroppsspråk i samhandlingen med legen kan bli et underordnet problem hvis partene kunne snakke verbalt sammen. Eriksen og Sørheim (2003) sier, at de språklige utsagnene ofte er mindre mangetydige enn de ikke språklige. Det vil si at det verbale språket er det medium som kan løse opp misforståelse og føre partene sammen i en felles forståelse.

I slike tilfeller, der partene ikke snakker samme språk er bruken av en profesjonell tolk et godt hjelpemiddel mellom partene for å kunne komme til en felles enighet. Det er helt nødvendig slik jeg ser det, å bruke tolk, frem til disse pasientene lærere seg å snakke og forstå det norske språket.

I dag er det Integrerings- og mangfoldsdirektoratet som står for utdanningen og godkjenning av tolketjenesten i Norge. En slik tolk er statsautorisert, og har bestått en omfattende eksamen hvor de grunnleggende kunnskaper og ferdigheter i tolking er blitt nøye vurdert. Autorisasjonsprøven i Norge er, hittil gitt på 18 språk (Tolkeportalen, 2007). Det vil si at det er tilgang på profesjonelle tolker på mange ulike nasjonale språk.

Det viser det seg fra de to studiene at profesjonell tolk ikke brukes i så stort omfang. En del leger sier, at denne tjenesten benyttes noe tilfeldig, fordi det ikke anses som en helt nødvendig funksjon for å oppnå enighet og forståelse med flyktningpasienten. En av mine samtalepartnere, som hadde en profesjonell tolk i møte med en lege i Norge, opplevde sin konsultasjon både effektiv og tjenelig i forhold til å oppnå en felles forståelse av saken. Mens de to flyktningene uten tolkehjelp ikke synes å få den hjelpen de selv mente å trenge, der de to oppsummerer sine erfaringer med å si at det blir enklere å forklare sin egen situasjon og forstå hva legen sier, når de lærer og, forstår mer av det norske språket.

Bruken av uprofesjonelle tolker er av og til anvendt som et hjelpemiddel. Dette kan for eksempel være familiemedlemmer av pasienten. Disse tolkene egner seg ikke som et fullgodt redskap i samhandlingen mellom legen og pasienten, sier legene i studiene. Ofte engasjerer de seg personlig i pasientens situasjon, slik at de ikke fungerer som en profesjonell oversetter mellom partene. Dette sammenfaller med mine egne erfaringer da jeg benyttet en amatørtolk for å komme i kontakt med informanter.

Ut fra min forståelse fra undersøkelsene, og mine samtaler med flyktninger kan enn si at bruken av tolketjenesten blant leger i Norge ikke anvendes slik det ideelt bør utøves, da det ut fra kildene kan forstås slik, at denne funksjonen ikke benyttes i de sammenhenger det kunne vært anvendt for å unngå misforståelser mellom partene.

Det sies at underforbruk eller feilaktig bruk av tolk kan føre til diskriminering av pasienten. Dette kan true rettsikkerheten til de enkelte individer det gjelder. Det er alltid den offentlige part som skal ha samtale med en flyktning eller en minoritetsspråklig, som har avsvaret for å bestille tolk. Tolk skal tilkalles når den offentlige part anser at tolk er nødvendig for å oppnå en forsvarlig kommunikasjon, eller når flyktningen selv har påpekt et ønske om dette (UDI, 2004).

Bruk av profesjonell tolk i primærhelsetjenesten og hos privatpraktiserende spesialister dekkes av kommunen. Det er ulike typer tolk som kan benyttes, som fremmøtetolk, eller fjerntolk (via skjerm, eller teleform) (UDI, 2003).

Hvis praksisen hos alle leger kunne være å bestille profesjonell tolk i forkant av hver konsultasjon med de ulike flyktningpasientene, ville nok dette kunne løse mange utfordringer begge partene opplever i møte med hverandre. De verbale språkproblemer mellom legen og disse pasientene ville blitt mindre. Samtidig ville de ikke verbale uttrykkene flyktningpasienten måtte utvise under konsultasjonen ikke desorientere legen, fordi disse uttrykkene langt på vei kunne forklares med ord via tolken. På denne måten kunne partene hurtigere komme fram til en felles forståelse av saksforholdet.

Det hermeneutiske fenomenets opprinnelighet er språket. Hermeneutikkens begynnelse er den greske guden Hermes. Som hadde som oppgave å formidle til menneskene det som lå utenfor grensene for menneskenes forståelsesrammer, slik at det kunne gjøres tilgjengelig og forståelig for dem. Han skulle bidra til å gjøre det som var uforklarlig for oss, forklarlig (Thornquist, 2003). Det er dette som skjer ved bruk av en profesjonell tolk – det uforklarlige blir forklarlig.

Det viktigste redskapet for å kunne fungere i sosiale sammenhenger som nevnt, er språket. Språket blir det som definerer mulighetsfeltet for en felles sykdomsforståelse mellom flyktningpasienten og legen. Det vil si at språket blir en sosial aktivitet som hjelper partene til å skape mening, og har derfor en sentral rolle i anstrengelsen i å skape forestillinger og kommunisere om forestillingene til den andre part (Gadamer 2004)

Ved å benytte tolk har partene et bedre utgangspunkt for å holde fast i saken. Selve saken kan være ubestemt eller underbestemt. Dette lyder paradoksalt, men er kjernen i spørsmålet. Da spørsmålet holder tak i saken, holder den det samtidig åpent for ytterligere opplysninger. Dette representerer ikke begrensinger i forhold til forståelsen mellom legen og flyktningpasienten, men mulighetene til å kunne komme frem til enighet (Gadamer, 2004)

I en samtale er det en sender eller, en budskapsformidler, med en intensjon om å gjøre noe kjent for en mottaker. Å forstå, er å tilegne seg innsikt i deler og delfunksjoner, samt kunnskap om hvordan delfunksjonene griper inn i hverandre. Underveis er det viktig for begge parter å sjekke om mottaker forstår hva som formidles (Rommetveit 1981). Dette har

partene et bedre utgangspunkt for når de kan kommunisere med hverandre. Når ulikt språk både verbalt og ikke verbalt er en realitet mellom partene er det å oppnå en felles sykdomsforståelse særlig utfordrende, fordi det grunnleggende er at mennesker må snakke et felles språk for i det hele tatt å ha en mulighet for å forstå hverandre.

Som nevnt tidligere sier Gadamer at det er viljen hos mennesket til å ønske å forstå den andre som er avgjørende for å kunne oppnå en viss forståelse for hverandre. Innenfor hermeneutikken betyr det at den enkeltes historiske og språklige situasjon ikke representerer en hindring for forståelse. I stedet er det en horisont eller et perspektiv hvor forståelse blir muliggjort. Det språk man snakker, utgjør derfor ikke en bergrensning av forståelsen, men i stedet den orientering som i det hele tatt gjør forståelse mulig (Gadamer, 2004). Ut fra studiene, og mine samtaler med tre flyktinger, er det til stede hos begge parter en vilje til å forstå hverandre i samhandlingen, men at de ikke evner å forstå hverandre, fordi de ikke snakker det samme nasjonale språket.

Det som Skjerveheim sier i essayet, ”Den egne refleksjonen og fortolkninga av den andre”, er at når en snakker et visst språk som er ens morsmål, hindrer det ikke at man kan lære seg et annet språk, men det blir ikke på samme måte som man lærte morsmålet sitt (Skjerveheim 1996). Vil det si at selv om flyktingene lærer seg det norske språket, bør de i konsultasjonen med en norsktalende lege alltid ha en profesjonell oversetter. Flyktingene kan ikke tilegne seg alle viktige ord og begreper, som kan være avgjørende å mestre hvis partene skal unngå å misforstå hverandre i samhandlingen om pasientens saksforhold. En misforståelse av pasientens illness kan få alvorlige følger.

Det sies at flyktingene må oversette det nye kulturmønstrets begreper til begreper fra sitt eget kulturmønster i møte med legen. Dette kan være vanskelig selv om disse begrepene finnes i disse pasientenes fortolkningskvivalent. Disse begrepene kan gjenkjennes ved hyppig gjentagelse. Dette fordi det dreier seg om forskjellen mellom den passive forståelsen av et språk og den aktive beherskelsen av det middel til å realisere sine egne tanker og handlinger (Schultz, 2005)

Dette samsvarer noe med det jeg selv opplevde i samtalen med flyktingene. Selv om de snakket og forsto en god del norsk, fikk de ikke alltid tilgang til de rette begrepene. Dette kan være fordi flyktingene følte det som en ekstra påkjenning i møte med meg, når de måtte anskueliggjøre sine norskkunnskaper overfor meg. Når flyktingene er i en annen kontekst, det vil si i en legekonsultasjon og i tillegg er syke, kan nok deres situasjon oppleves som ytterligere presset. Da kan de få vanskeligheter med å kunne forklare sitt saksforhold til legen. På samme måte kan det vanskeliggjøre mottagelsen av viktig informasjon fra legen.

Da språket er en sosial aktivitet som i utgangspunktet skal hjelpe både legene og flyktingpasientene å skape mening, har språket en sentral rolle i menneskets anstrengelse for å skape forestillinger og kommunisere om forestillingene til andre. I møtet mellom flyktingen og legen har de flere dialoger gående samtidig. Hver av dem har en indre dialog med seg selv. Det vil si der de har tilgang til sin forforståelse, sin erfaring og kompetanse. Samtidig har partene en dialog med hverandre, der de bestreber seg på å skape en mening som er gyldig for begge parter. Dette inngår også forståelser av regler som er basert på lang tids erfaring, noe som leder til umiddelbar handling i en situasjon der de ikke har tid til å reflektere. Det vil si at, det skjer en umiddelbar vurdering og handling (Gadamer, 2004).

Hvis partene ikke har tilgang til hverandres virkelighet, er dialogen mellom dem viktig for å kunne utveksle meninger. Det vil si å kunne bidra til å skape et felles rom for en felles forståelse av pasientens sykdomsbilde (Tronvoll, Moe, Henriksen, 2004). Både legene og flyktingpasientenes ytringer refererer ikke først og fremst til det saksforholdet, men til den konteksten den tilhører. En kontekst som ytre sett omfatter de samme ting og hendelser, kan erfares og konstitueres på svært forskjellige måter av begge parter. For flyktingpasienten er det å få sin egen individualitet og verdi bekreftet gjennom at legen forstår pasientens kontekst. På en slik arena er det viktigere å oppnå en felles forståelse av konteksten, enn å opprettholde en viss kulturell likhet, fordi fellesskapet, en treleddet relasjon, nettopp gir bilde av hvem du er.

Språket formidler ikke bare nøytrale beskrivelser, men også handlinger. Ut fra det igjen skapes forestillinger hos begge parter. Disse tankebildene er noe de forholder seg til og handler ut i fra. Hvilke forestillinger som skapes, påvirkes av mange elementer, slik som

personlige erfaringer og kulturelle tradisjoner og preferanser er sentrale. Både legen og flyktningpasienten stiller nye spørsmål til en fremmed kultur som den aldri har stilt seg selv. Fordi begge partene søker svar på sine egne spørsmål i den, og den fremmede kulturen svarer oss ved å åpne nye sider av seg selv. Det vil si nye betydningsdybder. (Tronvoll, Moe, Henriksen, 2004).

Det er foretatt noen få norske studier innen dette området, sier Gruth, Hauff, og Tingvold. Der lite er undersøkt om hvordan flyktningpasientene selv opplever sitt møte med en lege i Norge. De hevder at det trengs mer inngående studier av lege pasientforholdet. Da det kan være med på å øke forståelsen mellom partene. Mine samtaler med de tre flyktningene kan være et lite bidrag i slike studier. Stemmene til disse flyktningene gir et lite innblikk i hvordan de opplever sitt møte med en allmennlege i Norge. Dette saksområdet er stort, og det vil det nok ta noe tid for både norske leger og flyktningpasienter å tilegne seg oversikt over hva som trengs av forståelse og kunnskap i dette tokulturelle møtefeltet.

I dette tokulturelle møtefeltet mellom flyktningpasienten og legen må begge parter ideelt sett beherske et felles språk, der de må bruke det riktig i forhold til den aktuelle kulturelle sammenhengen. En profesjonell tolk er et godt hjelpemiddel for begge parter til å kunne oppnå en felles sykdomsforståelse, mellom partene. I tillegg bør legene innhente viten om flyktningpasientenes ulike kulturelle måter å forstå sykdom på, samt kunnskap om de spesielle sykdommer som er aktuell for denne pasientgruppen. Flyktningpasientene på sin side som minoritet med eget morsmål, tilstreber seg å lære seg det norske språket. Det er blitt obligatorisk i Norge for nyankomne flyktinger å delta i slik opplæring. Undervisningen omfatter også samfunnssystemet, der de lærer om hvordan dette systemet er anlagt og fungerer.

### **5.1.2. Det medisinske systemets påvirkning på forståelsen mellom partene**

Både flyktningpasienten og legen er i utgangspunktet enkeltmennesker som møtes i en situasjon, der pasienten har den folkelige forståelse av symptomer, og legen en vitenskapelig forståelse. Dette blir som ofte beskrevet som to verdener, eller to kulturer, som møter hverandre. Når pasienten og eksperten i tillegg kommer fra hvert sitt kontinent, med ulik

tradisjonsbakgrunn og språk, vil det nok kreves en orientering og fortolkning fra begge parter i møte med hverandre.

Kulturforskjeller i praksis kan være vanskelig å løse sier, Eriksen og Sørheim (2003). På den ene siden krever enhver stat at innbyggerne tilnærmet skal være kulturell like. Dette for å kunne utvikle nasjonal tilhørighet, og for å delta aktivt i samfunnets institusjoner. På den andre siden krever mange av statens grupper, særlige etniske minoriteter, Retten til å beholde forskjellige tradisjoner på bestemte områder.

Hvis flyktningpasienten og legen som nevnt tidligere, stammer fra forskjellige helse- og behandlingssystemer, og har svært ulike sykdomsforklaringer, kan dette føre til spesielle utfordringer, fordi behandlingssystemer bygger på den kunnskapen som samfunnet utvikler om hvordan og hvorfor sykdommer oppstår (Kleinman, 1980). Der den vestlige skolemedisinske sektoren arbeider ut fra sin tradisjon, mens den samme sektoren for eksempel i et land i Afrika, utøver en annen praksis.

Det sies at etniske minoriteter ofte kjenner seg kraftløs i møtet med offentlige instanser, som blant annet innbefatter de kommunale legekontorer. Regelverk eller praksis, og mangelfull eller feil bruk av tolk når det er nødvendig for å forstå det faglige språket, kan føre til at flyktninger ikke får den hjelpen som de har krav på (UDI, 2004).

Noen leger fra de to undersøkelsene sier at denne pasientgruppen ikke forstår hvordan den norske legepraksisen fungerer. Dette samsvarer til dels med det mine tre samtalepartnere, at de hevder at de ikke helt forstår hvordan denne skolemedisinske tradisjonen i Norge fungerer.

Dette sier noe om at kulturforskjeller i praksis kan være vanskelig å løse, som Eriksen og Sørheim (2003) sier det, fordi tradering foregår gjennom deltakelse gjennom kulturen, der ulike former for kulturell atferd kan uttrykkes som sosial eller instrumentell tradisjon. Allikevel mener Nergård (1994), at ingen har rett til å fremstille sin forståelse av den andres verden. Skjervheim (2001) sier at, selv om flyktningene og legenes opplevelse bare er deres erfaring, så er deres erfaring allikevel en realitet, nemlig en psykologisk realitet.



Når partene er i hver sin erfaringshorisont med sin psykologiske realitet, er dette på bakgrunn av at partene ikke har tilgang til hverandres virkelighet. Flyktingen har sin erfaring fra den skolemedisinske sektoren fra sitt hjemland, og legene fra den norske medisinske tradisjonen. Gjennom dialogen og utvekslingen kan partene bidra til å skape et felles rom. Dette utgjør en sosialt konstruert virkelighet tilgjengelig for begge parter.

Det å være tilhørende i en sektor, enten i den private eller den folkelige eller den skolemedisinske, innebærer å være en del av en kultur, der både legene og flyktingpasientenes handlinger alltid er styrt ut fra egne hensikter og mål. Med partenes forståelse og tolkning skjer ut fra deres virkelighet, det vil si ut fra kunnskap og kulturtilhørighet. I møte mellom partene oppdager de hvor forskjellig menneskers virkeligheter og gruppemønstre kan være konstruert, der partene konstruerer en skiftende og løpende forståelse av verden rundt seg, og forholder seg til det de kan forstå.

Legene og flyktingpasientenes språklige eksistens er også en påminnelse om deres endelighet og deres historisitet. Dette gir begge partene et begrenset perspektiv på verden, der hermeneutikk dreier seg om hvordan forståelse og mening er mulig, fordi all forståelse er betinget av den kontekst eller situasjon noe forstås innenfor. En slik kontekst eller forståelseshorisont er ikke en objektiv eller kontrollerbar størrelse som eksisterer uavhengig av den som fortolker. Både legen og flyktingpasientene bringer med seg egne erfaringer og disposisjoner inn i forståelsen, der de selv skaper den konteksten noe forstås innenfor (Gadamer, 2004). Det vil si at partenes ulike erfaringer gjør dem til det de er, og befinner seg derfor et sted mellom fortid og fremtid.

Tradisjon eller sektortilhørighet er ikke bare noe man har i hodet, og som styrer det man gjør. Tvert imot er det noe en ofte konstruerer i nye sammenhenger. Noe som ikke var så viktig i hjemlandet for disse flyktingene blir kanskje svært viktig i en annen kontekst (Frønes, 2001). Når legen og flyktingpasienten ikke snakker felles språk, og disse pasientene i tillegg ikke forstår den norske skolemedisinske praksisen, er det store utfordringer både legen og flyktingpasienten står overfor. Hvis flyktingene skal ha en mulighet til å forstå må de forstå de ytre kulturelle rammene.

Flyktingenes forståelse av et gruppemønster gir dem ikke en garanti for at, deres objektive vurderinger er korrekt. Flyktingpasientenes subjektive forståelsesmuligheter må undersøkes steg for steg. Med gruppelivets kulturmønster, i denne sammenhengen menes det den skolemedisinske handlingens rasjonalitet i forståelsen av sykdom og behandling. (Schultz, 2005).

Pasienten mangler både en felles språkforståelse og sykdomsforståelse med legen. I tillegg ikke forstår han ikke hvordan den norske skolemedisinske sektoren fungerer, fører det til at vedkommende pasient kan komme i en særlig vanskelig situasjon. Når i tillegg legene kritiserer disse pasientenes tvilsomme pålitelighet, skyldes det ofte på bakgrunn av en fordom. Dette gjelder spesielt i de tilfeller hvor flyktingpasientene ikke er villig eller ut av stand til å tilegne seg legenes kulturmønster. Den egentlige årsaken til dette kan være at noen i denne pasientgruppen ikke betrakter det gjeldende mønstret i den profesjonelle sektoren som oversiktelig, men snarere som en labyrint. Det vil si at disse flyktingene har mistet orienteringen (Schultz, 2005).

Ut fra begge studiene fremkom det at de leger som har større erfaring med flyktingpasienter, ser på sin egen kultur og kulturen som disse pasienten representerer mer som et dynamisk fenomen. Et forhold som kan utvikles og forandres ved at begge partene lærer seg å tilpasse sine handlinger til omgivelsene. Ved å ha en slik innstilling som disse legene har, kreves det at de har noe generell kunnskap om ulike kulturer, slik jeg ser det.

Disse legene som tar slike kulturelle betraktninger med seg inn i sitt kartleggingsarbeid med flyktingpasientene, ser hensikten med å innhente pasientenes forhistorie, fordi de mener dette er med på å kunne danne et bilde av pasientens sykdomstilstand. Dette kan igjen gi en mer riktig behandling av disse pasientene.

Eller det kan det være slik som Gadamer sier det, at disse legene har en større vilje til å forstå disse pasientene, fordi denne forforståelsen disse legene har av denne pasientgruppen samsvarer med den hermeneutiske tenkningen. Det vil si at flyktingpasientens

kulturbakgrunn, språkforståelse og nonverbale uttrykk ikke er et hinder for å oppnå en felles forståelse, men snarere en horisont hvor forståelse blir muliggjort.

De legene som har noe mindre erfaring med denne pasientgruppen arbeidet ikke like målbevisst som de legene med mer erfaring. Da dette har flere årsaker. Disse legene sier de ikke føler seg kompetente nok til å håndtere større utfordringer, som for eksempel flyktingenes ulike opplevelse av traumer i forbindelse med flukten. Noen leger i et av studiene hevder at de mangler støtte og hjelp fra spesialisthelsetjeneste i slike spesielle saker, slik at konsekvensen ble at disse legene ikke evnet å gi åpning for en større forståelse for denne pasientgruppen, for å fremme saken. I andre tilfeller ønsket ikke pasientene å fortelle om flukten, der årsaken til det kan være mange, men at en av grunnene, kan være at de ikke ønsker å snakke med en person de ikke kjenner om sitt liv, slik som helsesøster fortalte meg om, i mitt møte med flyktingene.

Gadamer hevder at all forståelse som skapes er noe som skjer med oss, ikke noe vi får til å skje. Det handler mer om å la noe skje med oss, som igjen forutsetter, at man åpner eller formulerer sitt perspektiv med et åpent spørsmål slik at det bidrar til at saken opplyses (Gadamer, 2004). Dette lyder enkelt og gjennomførbart i teorien. Ut fra studiene, og mine samtaler med tre flyktinger, er nok dette en større utfordring å utøve mellom partene i den praktiske virkelighet.

Det å se situasjoner fra ulike tankemessige perspektiv oppleves for den enkelte logisk og selvfølgelig sier, Tronvold, Moe, Henriksen (2004). Det er først når partene erkjenner at de som deltar i en og samme situasjon kan ha ulike forestillinger og oppfatninger, at de erkjenner nødvendigheten av å spørre de andre om deres opplevelse og forståelse, samt innhente nødvendig kunnskap innen området.

Når flyktingpasientene opplever den norske medisinske sektoren annerledes enn den de er kjent med fra sitt opprinnelsesland, er det nok ikke så merkelig at de reagerer med litt forvirring over den norske skolemedisinske tradisjonen. På samme måte, kan en forstå legenes motløshet over disse pasientenes uvitenhet om den norske legepraksisens funksjon. Derfor

kan enn si, at begge parter står overfor utfordringer som de både i fellesskap og individuelt, har ansvar for å løse på hver sin måte. Dette synliggjør at tilegnelse av informasjon om den andre part kan være med på å minske kløften mellom dem. Legene ut fra sin rolle som ekspert det største ansvaret for å tilegne seg kunnskaper om hvordan denne kløften skal forminskes.

I utgangspunktet er det et asymmetrisk forhold når en lege og en pasient samhandler. Det vil si at legene er en bidragsyter, ut fra sin rolle og status. De er ekspertene som skal hjelpe pasientene med å avdekke illness og eventuelt behandle disease. Flyktningpasientene er de hjelpesøkende, og står derfor i et avhengighetsforhold i samhandlingen med legen.

Innenfor sosiologien sier, Weber (2000) at begrepet asymmetri er forbundet med maktbegrepet. At det utøves makt mot motpartens vilje. Det kan forklares på en slik måte: Hvis en lege bestemmer en gitt behandling til en flyktningpasient, der vedkommende pasienten ikke forstår hva denne behandlingsformen går ut på, er dette en form for maktutøvelse. Det vil si at asymmetrien er mellom rollene pasient og ekspert. I tillegg er asymmetrien også gjeldende i det kommunikative fellesskapet mellom partene, fordi flyktningpasienten ikke behersker det norske og det medisinske språket like fullendt som den norske legen.

Gadamer (2004) sier, at ikke all autoritet er urettmessig fordi en anerkjent persons sin autoritet også er å erkjenne. Det vil si at en lege har en bedre dømmeevne eller større viten enn flyktningpasienten når det gjelder sykdom og behandling.

Det viser seg fra begge studiene at leger, både de med større eller mindre erfaring med flyktningpasienter, har liten kjennskap til spesielle sykdommer om mennesker fra andre verdensdeler. I tillegg har legene manglende kunnskap om de psykiske påkjenninger og lidelser disse pasientene kan ha vært utsatt for i forbindelse med flukten. Slike grunnleggende kunnskaper bør nok ideelt sett de fleste leger tilegne seg. På samme måte bør leger få øket sin forståelse av at det eksisterer andre praksiser i den skolemedisinske sektoren i andre verdenssamfunn.

Flyktingene forklarer at i deres hjemland er tilgjengeligheten til legen slik at de får en konsultasjon samme dag, dersom de trenger legehjelp. Det vil si at den praksisen de er kjent fra sitt opprinnelsesland tilsvarer den norske legevaktordningen. I en vanlig norsk legepraksis opereres det blant annet med ventelister, slik at pasienter ofte må vente opptil flere uker for å komme til en legekonsultasjon. Dette er et helt ukjent for kulturmønster for denne pasientgruppen. Her er det store forskjeller mellom de to praksisene. Disse pasientene nok trenger noe tid til å forstå hvordan den norske medisinske praksisen fungerer. På den andre siden vil det nok også for legene ta noe tid å innhente kunnskap om at det opereres med ulike praksiser i det skolemedisinske systemet i andre nasjoner.

Et annet ukjent område for disse pasientene, er betalingssystemet i den norske legepraksisen. Ut fra de to studiene sies det at disse pasientene ikke trenger å betale for en legekonsultasjon i den skolemedisinske sektoren i sitt hjemland. I motsetning til det som kreves i den samme sektoren i Norge. Det vil si at den norske skolemedisinske tradisjonen avviker fra den samme sektoren disse flyktingpasientenes er kjent med fra sin kultur.

Betalingsystemet kan være en utfordring i legenes møter med disse pasientene. Da denne pasientgruppen ofte har minimalt med penger, kan det være en fare for at disse pasientene ikke får komme til livsnødvendige oppfølgingskonsultasjoner. Dett kan få uheldige konsekvenser for de pasientene det angår. Utfordringene for legene i en slik situasjon, er å komme disse pasientene i møte slik at de får den behandlingen de måtte trenge. Det vil si at legen må innhente informasjon om hvor disse flyktingene kan henvende seg for å få penger til nødvendig legebehandling.

De to undersøkelsene viser at leger har ulike måter å løse denne utfordringen på, der noen leger utvider konsultasjonstiden med flyktingpasienten allerede den første timen, for å få en hurtigere oppnåelse av en felles sykdomsforståelse med pasienten. Mens andre leger avslutter konsultasjonen med flyktingpasienten raskt, da de heller velger å legge opp til en dobbel konsultasjonstime ved neste møte, for å ta tak i problemstillingen.

Slik jeg ser det, er den første praksisen mer tjenelig i forhold til denne pasientgruppens økonomiske aspekt. I den andre praksisen kan leger få større anledning til å innhente mer kunnskap om denne pasientens saksforhold, der de også har en mulighet for å engasjere en profesjonell tolk til det neste møte med flyktningpasienten. Hva som er den mest riktige fremgangsmåte i en slik sammenheng, er vanskelig å si noe eksakt om, da begge praksisene kan være like tjenelig for flyktningpasienten. Det som kan reflekteres over er, hvis leger i forkant av første konsultasjon med disse pasientene bestiller en autorisert tolk, en tredje fremgangsmåte. Så kan begge disse fremgangsmåtene forut bli uaktuell å benytte, fordi muligheten for en felles forståelsen av saksforholdet mellom partene via en oversetter, kan oppnås allerede ved første konsultasjon. Da trenger ikke partene å møtes flere ganger for å oppnå en treleddet relasjon.

Ut fra mine samtaler med tre flyktninger forteller de om andre ulikheter mellom den norske og den afrikanske skolemedisinske sektoren. Som nevnt tidligere er det enklere å få tak i medisiner i deres hjemland, slike medisiner som er reseptbelagte her i Norge. Disse flyktningenes opplevelse er at de synes det er unødvendig å måtte oppsøke lege i Norge for å få tak i medisiner de mener å trenge. De sier, at de har en tradisjon fra sitt hjemland på å selvmedisinering seg når de opplever seg syke. Denne forståelsen av egenbehandling hører hjemme i disse pasientenes private sektor.

Det hender også at, det medisinske systemet i flyktningpasientenes hjemland overfører et behandlingsansvar over på pasientene selv. Om disse flyktningene rådfører seg med en lege før de kjøper medisinert til egenbehandling, har jeg ingen informasjon om. Det en kan si, er at fenomenet egenbehandling kan forstås som om det ligger en plass i mellom den skolemedisinske og den private sektors område i flyktningpasientenes kultur.

Hvordan fungerer flyktningpasientenes private sektor? Det kan være vanskelig å si noe bestemt om, ut fra dette eksemplet overfor kan det forstås slik at disse pasientens egenbehandling av illness foregår innenfor den private sektoren. Et annet eksemplet som kan belyse dette, er fra undersøkelsen til Gruth, Hauff, og Tinvold, der den kvinnelig flyktningpasient tror at hodepinen kommer av at menstruasjonsblodet har gått opp i hodet. Dette kan være en sykdomsforståelse og oppfatningen tilhørende i denne pasientens private

sektor. På en annen side kan denne sykdomsforståelsen være at pasienten er psykisk syk. Det vil si at denne forståelsen ikke er tilhørende i denne pasientens privat sektor. En kan si at det er særlig utfordrende for leger å innhente informasjon og kunnskap om disse pasientenes forståelse og praksis i de ulike private sektorene. Noe alle leger bør inneha, er en forståelse av, at det eksisterer mange ulike måter å forstå sykdom og behandling på i de ulike private sektorene i verdenssammenheng.

Det vil si det finnes mange flere ulikheter i den private sektoren enn det opereres med i den skolemedisinske sektoren i verden. Dette kommer av at det kan være flere private sektorer i en og samme nasjon. I Norge har den samiske befolkningen en annen privat sektor enn en del andre nordmenn. Ulike holdninger, kjennetegn og fortolkningsmønstre, der alle mulige faktorer som de ulike private sektorer besitter, er med på å påvirke hvordan pasientene orienterer seg, oppfatter og konstruerer sin virkelighet i sitt møte med den profesjonelle sektoren (Kleinman, 1980).

I flyktningens sitt møte med en norsk lege bør vedkommende pasient idealistisk sett ha en forforståelse av konteksten før selve konsultasjonen. Det vil si, at en bør ha en viss kjennskap til hvordan den skolemedisinske sektorens kulturmønster fungerer, fordi det kan være med på å øke forståelsen av saken mellom flyktningen og legen for konteksten er kjent på forhånd. Forståelsen av de formelle regler som gjelder timebestilling, tidsrammen i konsultasjonen, og betalingsordningen i det norske skolemedisinske systemet er et eksempel på dette. Med det er også en fordel om sektorens uformelle usagte og implisitte regler, som verbal kommunikasjon og kroppsspråk, er kjent for flyktningpasienten.

I en oppsummering av de to studiene og mine samtaler med flyktningene, ser jeg mange likhetstrekk i utfordringene i møtet mellom leger og pasienter med flyktningbakgrunn. Det er likhetstrekk mellom Dyregrov sin undersøkelse i 1995, og frem til Gruth, Hauff og Tingvold sin studie ca. ti år etter, i tillegg til mine samtaler med flyktninger. Vil jeg trekke frem at både legene og denne pasientgruppen hevder at den nonverbale og verbale språkforståelsen mellom partene ikke fungerer tilfredsstillende for å komme frem til en felles sykdomsforståelse.

Det kan selvfølgelig være helt tilfeldig at disse to studiene kommer frem til mange felles resultater. I tidsrommet Dyregrov gjorde sin studie var det ikke obligatorisk norskundervisning blant flyktninger og innvandrere. Denne loven (Introduksjonsloven) trådte i kraft i 2003-2004. Noe som kan ha gitt et annet utfall på studieresultatet fra undersøkelsen i 2006, fordi alle nyankomne flyktninger etter dette tidsrommet må gjennomføre et norskkurs like etter ankomst Norge. Ut fra det skulle den språklige kommunikasjonen mellom denne pasientgruppen og leger i Norge fungert noe bedre, noe resultatene i de to undersøkelsene viser at ikke har funnet sted. Leger i studiet til Gruth, Hauff og Tingvold sier, at det er store kulturelle forskjeller i forståelsen av sykdom og behandling mellom norske leger og flyktningpasienter. Disse forskjellene er ekstra utfordrende å håndtere når partene ikke forstår hverandres språk.

Resultatene fra mine samtaler med tre flyktninger, samsvarer også med noen av de samme resultatene fra disse to undersøkelsene. Kun flyktingen med tolk i konsultasjonen opplever sitt møte med legen ukomplisert, med bare noen mindre detaljer som ikke innvirker på oppnåelsen av en felles forståelse av denne pasientens saksforhold. De to flyktingene uten tolkehjelp opplever at konsultasjonen ikke var adekvat, fordi partene har for store utfordringer i kommunikasjonen til å kunne oppnå en felles sykdomsforståelse. Dette gikk i hovedsak ut på at partene ikke forsto hverandres verbale språk. Flyktingene opplevde i tillegg den skolemedisinske praksisen i Norge som annerledes, en det de var vant med fra sitt hjemland.

Ut fra min forståelse av disse to studiene og mine samtaler, mener jeg som nevnt tidligere at tolketjenesten burde være et obligatorisk hjelpemiddel i dialogen mellom leger og flyktningpasienter. Dette synes å avklare en felles sykdomsforståelse, eller saksforhold mellom partene. Dette underbygger jeg med materialet fra min samtale med en flyktning som benyttet profesjonell tolkebistand, der denne flyktingens opplevelse av konsultasjonen med legen var bortimot optimal.

Ut fra materialet om de to flyktingene uten tolkebistand, og fra studiene i møtefeltet mellom leger og flyktningpasienter, viser det seg at kommunikasjonsproblemene mellom partene er det som er den største utfordringen for å komme frem til en felles forståelse om pasientens saksforhold. En profesjonell tolk har kunnet løst de fleste misforståelser mellom partene.



Hvorfor tolketjenesten ikke benyttes i større omfang er noe betenkelig. Selv om introduksjonsloven er gjeldene for alle flyktninger i Norge, vil det alltid være nyankomne flyktninger som ikke har lært seg det norske språket, før de oppsøker lege. Et annet viktig poeng er at flyktningene trenger tid til å lære seg å forstå det norske språket. Selv om en flyktningpasient selv mener å snakke godt norsk er det alltid viktige begreper som må tolkes og forstås i en legekonsultasjon. Eller som Skjervheim (2001) sier det, at flyktninger kan lære seg å snakke det norske språket, men kan aldri helt lære seg å forstå alt hva språket inneholder.

Selv om bruken av uprofesjonelle tolker i noen sammenhenger blir benyttet i møtefeltet mellom leger og flyktningpasienter, oppleves disse ofte som en tilleggsbelastning. Fordi disse tolkene engasjerer seg ofte i pasientens saksforhold på en uprofesjonell måte, vil de aldri fungerer som objektive oversetter. Dette sammenfaller med min egen erfaring i møte med min hjelper.

I mitt møte med min hjelper skulle jeg ideelt sett ha hatt en profesjonell tolk i samtalen. Grunnen til at jeg ikke valgte denne tjenesten var på bakgrunn av manglende kjennskap til hvordan jeg skulle komme i kontakt med funksjonen. I tillegg mente jeg å kunne oppnå en god nok forståelse med min hjelper gjennom den uprofesjonelle tolken. Min forståelse av bruken av en uprofesjonell i en slik sammenheng deler jeg nok med noen leger, i følge de to studiene.

Min erfaring i etterkant av denne trekantdialogen samsvarer også med en del leger sin erfaring i det å benytte seg av en uprofesjonell tolk i samhandling med en annen part. Selv om dette møtet med denne hjelperen fikk et uventet resultat fordi tolkingen ikke fungerte tjenlig, valgte jeg allikevel å samtale med mine tre flyktninger uten noen form for tolkehjelp, fordi jeg i mine samtaler med flyktningene ikke anser deres informasjon som livsnødvendig. Det vil si å måtte forstå alt hva de sier. Saken mellom oss var å prøve å forstå hva den andre sa ut fra de forutseninger vi hadde. I tillegg samtale jeg med dem på forhånd, slik at jeg fikk vurdert deres norske språkkunnskaper. Anså det som god nok til mitt formål. Denne vurderinga har ikke norske leger anledning til å gjøre i sine møter med flyktningpasientene, selv pasientens saksforhold i slike sammenhenger, kan være livsviktig å ha å ha en felles forståelse om.

## LITTERATUR

- Bakhtin, Mikhail, *The Dialogic Imagination*, University of Texas press, 1981
- Brunvatne, Reidun, *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*, Gyldendal Akademiske, Oslo, 2006
- Dahl, Øyvind, *møter mellom mennesker, Interkulturell kommunikasjon*, Gyldendal norske forlag AS, Oslo, 2001
- Dyregrov, Kari, *Den vanskelige kommunikasjonen, - mellom innvandrere og helsepersonell, Fysioterapeuten, Nr 8, Årgang 63, Juli 1996*
- Eide, Hilde og Tom Eide, *kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk, Ad Notam Gyldendal AS, 1996*
- Eriksen, Thomas Hylland. Sørheim, Torunn Arntsen, *Kulturforskjeller i praksis*, Gyldendal Norske Forlag AS, 2003
- Frønes, Ivar, *Handling, kultur og mening*, Fagbokforlaget, Bergen, 2001
- Fuglerud, Øivind, *Andre bilder av "de andre", Transnasjonale liv i Norge*, Pax forlag, Valdres, 2004
- Gadamer, Hans-Georg, *Sannhet og metode, grundtræk af den filosofisk hermeneutikk*, Vikborg, Danmark, 2004
- Grimen, Harald Ingestad, *Benedicte Kulturelle perspektiver på sykdom og helse*, Universitetsforlaget AS, Oslo, 2006
- Goffmann, Erving *Vårt rollespill til daglig, En studie i hverdagslivets dramatik*, Østlands-Postens Boktrykkeri, Larvik, 1992
- Gruth, Lisbeth, Hauff, Edvard, Tingvold, Laila, *Fastlegens møte med flyktninger*, Tidsskrift for Den norske lægeforening nr.10, 126:1318-21, 2006.
- Gulddal, Jesper Møller, Martin, *Fra filologi til filosofi – introduksjon til den moderne hermeneutikk I: En antologi om forståelse*, Gyldendalske Boghandel, København, 1999
- Helman, Cecil G., *Culture, Health and Illness*, Oxford University Press Inc, New York, 2001
- Jakobsen, Dag Ingvar, *Forståelse, beskrivelse og forklaring, Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*, Høyskoleforlaget AS, Kristiansand, 2003,

Jensen, Iben, Løngreen, Hanna, Kultur og Kommunikasjon: interkulturell kommunikasjon i teori og praksis, Samfunnslitteratur, Fredriksberg, 1995

Jensen U. Juul, Sygdomsbegreper i praksis. Det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori, København: Munksgaard, 1983.

Johannesen, Asbjørn og Tufte, Per Arne, Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode, Abstrakt forlag, Oslo, 2002

Klausen, Arne Martin, Kultur – variasjon og sammenheng, Gyldendahl Norske Forlag A/S, Oslo/Gjøvik, 1978

Kleinman, Arthur, Patients and Healers in the Context of Culture, An Exploration of the Borderland, Medicine, and Psychiatry, University of California Press, Ltd, London, 1980

Kverndokk Kyrre, Tradisjon, Adriane, kunnskapsbase for kulturfagene i Universitetet i Oslo, 2000

Lægerid, Sissel Skorgen, Torgeir, Hermeneutisk lesebok, Spartacus forlag AS, Oslo, 2001

Løgstrup, Knud Eiler, den etiske fordring, J. W. Cappelens Forlag a.s, Trondheim, 2000

Nergård, Jens-Ivar, Det skjulte Nord-Norge, Ad Notam Gyldendal, Oslo, 1994

Nessa, John Medisin og eksistens. Samtale og psykodynamikk i allmenmedisin, Gyldendal Akademiske Oslo, 2003

Odelstingsproposisjon 28 Om lov om introduksjonsordning for nyankomne innvandrere (introduksjonsloven), 2002-2003

Rommetveit, Ragnar, Språk, Tanke og Kommunikasjon, Universitetsforlaget, Oslo, 1981

Sand, Therese og Walle-Hansen, Wenche, Sosialisering i dag, Ad notam Gyldendal A/S, Oslo, 1992

Schutz, Alfred, Hverdagslivets sosiologi, Hans Reitzels Forlag, København, 2005

Skjervheim, Hans, Deltakar og Tilskodar: I Deltakar og tilskodar og andre essayes, H. Aschehoug & Co, Oslo, 1996

Stortingsmelding nr. 17 1996-97:9, Om innvandring og det flerkulturelle Norge, Kommunal og arbeidsdepartementet

Thornquist, Eline, Klinik, kommunikasjon, informasjon, Ad Notam Gyldendal AS, 1998, Oslo

Thornquist, Eline, Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag, Bokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen, 2003

Tolkeportalen.no, Nasjonalt tolkeregister, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2007

Tronvold, Inger Mari, Moe, Anne og Henriksen, Jan Erik, Hjelp i kontekst, Praksis, refleksjon og forskning, Idut, 2004.

Tylor, Edvard B. Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art and Customs. London: John Marray, 1971

Weber, Max, Makt og byråkrati, Gyldendal Norsk Forlag, 2000

Aadanes Per, Livssyn, Aschehoug &Co, Oslo, 1992

## VEDLEGG

### Kort informasjon om samtalen

Mitt navn er Heidi Øseth og går på studiet mastergradstudiet i helsefag ved Universitetet i Tromsø. Jeg skal skrive en oppgave om flyktningers møte med en lege i Norge. Trenger derfor tre til fem personer over 18 år som ønsker å fortelle om sin opplevelse hos legen. Jeg er ikke opptatt av hva hvilken årsak du oppsøkte lege for. Det jeg ønsker å vite noe om er din opplevelse i møte med en lege. Din opplevelse av om legen forsto det du sa, og om du forsto det legens sa til deg? Om legen hadde god tid til å høre på deg. Din opplevelse av kulturelle likheter og ulikheter i møte med en lege i Norge i forhold til en lege fra ditt hjemland. Om du benyttet tolk? Hvilken tolk, og hvordan opplevde du det.

Jeg har taushetsplikt, det vil si at hvis du forteller meg noe som er litt følsomt har ikke jeg lov til å fortelle dette videre til noen andre mennesker, eller skrive dette i oppgaven. Jeg skal kun vite hvordan du opplevde av å bli forstått av legen, ikke hvilken sykdom du snakket om til legen din. Du blir anonymisert i oppgaven slik at andre ikke skal kunne gjenkjenne deg.

Jeg blir å bruke cd-spiller under samtalen vår dette er fordi at det blir enklere for meg å huske hva du fortalte. Jeg skal slette opptaket når oppgaven er ferdig.

Denne undersøkelsen jeg skal utføre er på bakgrunn av at jeg er opptatt av å vite hvordan flyktninger opplever å gå til en lege i Norge. Selv er jeg norsk og kan det norske språket, har jeg av og til opplevd vanskeligheter med det å forstå hva legen sa til meg. Jeg har også opplevd at legen ikke alltid forsto hva jeg sa. Så ut i fra det ønsker jeg at du vil fortelle din opplevelse i et intervju til meg om din erfaring om et møte med en lege i Norge.

Har du spørsmål vedrørende samtalen, eller noe du ikke forstår kan du kontakte meg på tlf: xx

Vennlig hilsen

xx

**Short information on the conversation**

My name is Heidi Øseth and I go to master degree study in health – subject in University of Tromsø. I shall write a paper on fugitives meeting with doctors in Norway, and need three-five persons over 18 years old, who want to tell me their experience with doctors. I don't need the information on why you visit the doctor. I want to know about your experience on the relation and comprehension area. Your experience about the language and if you understand what the doctor says and also if the doctor understand what you say. I also want to know your experience about cultural likeness or differences in your meeting with a doctor in Norway. And I also have questions about interpreting, and your experience with that.

I have professional secrecy and if you give me emotional and sensitive information this information will remain with me and don't be written about or told anyone else. I will be placed under strong legislation. Your name will be anonymous in my examinations paper, so nobody can recognize you. I want to use a cd – recorder under the interview because it will be easier to remember what we talk about. The tape will be destroyed when the examinations paper is finish.

I am doing this investigation because I am interested to know how fugitives experience to go to doctor in Norway. I am a Norwegian, and talk the Norwegian language, but my experiences with the doctor in my own country is different. I have sometimes perceived that doctors don't understand what I say, and reverse. Therefore I am interested to find out how fugitives, with another language and culture experience their meeting with a doctor in Norway.

If you have some question regarding the conversation, or if there is anything else that you are confused with, you can call me on my telephone number: xx

Best regards

xx

## **Intervjuguiden**

Navn (fiktivt).....

Benyttet tolk? – telefontolk - en fysisk tilstedeværende tolk – funksjon - din opplevelse.

Mottakelse fra legen - høflig - vennlig - din opplevelse.

Hørte legen på deg - viste interesse for deg – konkretiser din opplevelse?

Forsto legen hva du sa - din opplevelse?

Forsto du hva legen formidlet - din opplevelse?

Språkproblemer – hvilke språkproblemer – konkretiser - din opplevelse

Like/ eller ulike ritualer/praksis under konsultasjonen - konkretiser din opplevelse?

Ulik tradisjon et hinder eller ikke - hvilken hinder- konkretiser din opplevelse?

Funksjonell hjelp/behandling – din opplevelse?

Tidsrammen – god eller dårlig – din opplevelse?

Noen viktige erfaringer – din opplevelse

**Interview**

Name (fictitious).....

You use an interpreter, phone and/or present, how does this work for you, and what is your experience with this?

Does your doctor respect you and do you feel well taken care off?

Does your doctor listen to you and takes an interest in you, and do you have specific experience of doctor proceedings?

Does your doctor understand you and can interact with you?

Do you understand the doctor's procedure?

Are there any language problem, and if so can you concretize the problem?

Have you experienced different service with the doctors in Norway than from the doctors in your country?

Is the cultural differences a problem for you, and can you if so concretize the problem?

Do you need or have received functional help or treatment, and how was this experience?

Did you feel like you got enough time?

Do you have any experience in particular you want to tell me?



**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
 NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
 N-5007 Bergen  
 Norway  
 Tel: +47-55 58 21 17  
 Fax: +47-55 58 96 50  
 nsd@nsd.uib.no  
 www.nsd.uib.no  
 Org.nr. 985 321 884

Nils Henriksen  
 Avdeling for sykepleie og helsefag  
 Institutt for klinisk medisin  
 Universitetet i Tromsø  
 Breivika  
 9037 TROMSØ

Vår dato: 28.02.2006

Vår ref:14260/SM

Deres dato:

Deres ref:

**TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.02.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

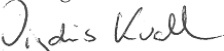
14260	<i>Flyktningers møte med legen - II</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Nils Henriksen</i>
Student	<i>Heidi Mari Øseth</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endringskjema>

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen

  
 Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
 Siv Midthassel

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Heidi Mari Øseth, Nyveien 196, 9475 BORKENES

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
 TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
 TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)

## Personvernombudet for forskning, NSD



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

14260

Ombudet kan ikke se at den behandling som foretas omfattes av meldeplikt, da det verken registreres direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger. Det vises til meldeskjema med vedlegg og telefonsamtale med prosjektleder 27.02.2006. Som avtalt med prosjektleder vil personopplysninger verken fremgå på opptak eller notater. Informantene gis fiktive navn, men prosjektleder vil ikke ha en navneliste som kobler informant og fiktivt navn. Det innhentes muntlig, aktivt samtykke.

All den tid datamaterialet foreligger i anonymisert form vil behandlingen ikke være omfattet av meldeplikten.