

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Somaliske innvandrere og fastlegen

■ JENNY AUSTRHEIM HELLERUD

Medisinstudent ved Universitetet i Bergen

■ ESPERANZA DIAZ

Faglege og førsteamanuensis ved Institutt for Global helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ STEFAN HJØRLEIFSSON

Faglege og førsteamanuensis ved Institutt for Global helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Når pasienten kommer fra en annen kultur og har en annen bakgrunn enn fastlegen, kan kommunikasjonen bli utfordrende. Somaliske innvandrere har reist en lang vei før de setter seg i pasientstolen på fastlegekontoret. Denne artikkelen presenterer resultatene av en spørreundersøkelse som viser at selv om somaliere er fornøyd med den norske fastlegeordningen, er det viktig at legen er oppmerksom på den bagasjen – både kulturelt og psykisk – som innvandrerne bærer med seg til konsultasjonen.



«Religion er det viktigste i vår kultur». FOTO: RUNE SÆVIG

Somaliere i Norge

Det bor nesten 30000 somaliske innvandrere i Norge, og somaliere utgjør dermed den fjerde største innvandrergruppen i landet (1). Gruppen utmerker seg på flere områder: Det er en stor andel registrerte arbeidsledige, størstedelen innvandret på 2000-tallet og nærmest alle er kommet som flyktninger eller gjennom familiegjenforening (2). Somaliene er et nomadisk folk og bor i flere land: Somalia, Etiopia, Djibouti og nord i Kenya (3). Hovedsaklig snakker somaliene somali. Tilnærmet hele befolkningen i Somalia er sunnimuslimer (4). Det

antas at 98 prosent av kvinnene fra Somalia er omskåret, men det finnes ingen statistikk for hvor mange av deres barn som er omskåret etter at de har emigrert til Norge (5).

Spørreundersøkelsen

I denne undersøkelsen ble 23 somaliere i Bergen spurt om deres erfaringer med fastlegen og om hva de ønsket at fastlegen skulle ha av bakgrunnskunnskaper. Om trent 900 somaliske innvandrere og norskfødte barn med somaliske foreldre bor i

Bergen (6), og av disse ble 11 menn og 12 kvinner intervjuet med kvalitative og kvantitative spørsmål. Informantenes gjennomsnittsalder var 31,6 år (fra 19 til 54) og gjennomsnittlig botid i Norge var 7,8 år (fra 1,5 til 20). Informantene ble rekruttert ved hjelp av ulike kontakter i det somaliske miljøet i Bergen. Intervjuene ble gjennomført i perioden juni 2011 til mars 2012. Spørsmålene ble utformet med bakgrunn i en rekke artikler og bøker skrevet om temaene innvandrere og lege, kommunikasjon og Somalia.

Kultur, religion og gynekologi

Flere kvinnelige informanter forteller at det er bortimot utelukket for dem å ta opp gynekologiske tema hos mannlige lege. Informantene mener at legen bør kjenne til deres kultur og religion:

«Når de ser på navn og hvilket land vi kommer fra, bør de vite hvilken kultur vi har og hvilken religion. For eksempel er det ubehagelig med mannlige lege. Religion er det viktigste i vår kultur.»

Mange av de kvinnelige informantene tar opp det problematiske forholdet til mannlige lege eller tolk:

«Jeg skulle til legen og snakke om kvinneproblem da jeg fikk en mannlige tolk. Det viser at hun ikke vet noe om min kultur.»

og

«jenteting er vanskelig. Bedre å dø enn å fortelle at jeg har vondt nedentil.»

Noen har tatt hensyn til dette ved å velge en kvinnelig fastlege, men i tilfeller der den kvinnelige legen er i permisjon kan utfordringer oppstå i møte med en mannlige vikar:

«Jeg har gynekologiske problemer som jeg ikke kan fortelle den mannlige legen om. Jeg håper jeg treffer den kvinnelige legen snart.»

Det blir også påpekt at leger bør være klar over at de fleste somaliske kvinner er omskåret. Flere nevner at det er nødvendig å ta hensyn til Ramadan fordi mange ikke ønsker å bli undersøkt i denne perioden eller har problemer med å ta medisiner som skal tas sammen med mat midt på dagen.

«Resepter og vann»

Informantene forventet å få medisiner hos legen, og i motsatt tilfelle ønsket de å få gode forklaringer på hvorfor de ikke skulle ha medisiner. Informantene kjente seg ofte ikke igjen i vanlige råd som ble gitt. Det kom frem av flere svar at informantene opplevde forskjeller mellom Norge og Somalia både når det kom til legepraksis og matvaner.

EKSEMPEL: «I Somalia, hvis du går til legen, så får du medisin. Nesten aldri sier han (fast-

legen): Du må drikke vann. Jeg liker ikke at når jeg har vondt i magen eller hodet eller andre steder, så sier han: Du må drikke vann.»

Nettopp svar som omhandler drikking av vann var nevnt hyppig som et irritasjonsmoment hos informantene. Forventninger til legen var ofte at han/hun skulle «Skrive resept til medisin» og «Må vite at vi er vant til å få medisiner hos legen.» Det er kanskje med samme bakgrunn at dette svaret ble gitt:

«Forklare hvorfor han mener at jeg ikke trenger medisin hvis jeg tror jeg gjør det. Forklare godt.»

Fra Somalia til Norge

Rammene rundt legetimen virker uklare for noen av informantene. Mange uttrykte frykt for at legen skulle fortelle videre det som ble sagt under konsultasjonen. En informant ønsket seg

«Informasjon om taushetsplikt og hvordan systemet i Norge fungerer. Dette burde det bli informert om på skolen, for eksempel.»

Også forskjellen i landenes situasjon kom frem i flere svar:

«Han [legen] vet at jeg er vokst opp i et krigsland. Han bør vite om situasjonen jeg er i, at jeg må sende penger til venner og familie i Somalia. Jeg får ofte ikke sove, er sint»

og

«[...] det er krig i Somalia.»

Mange la vekt på at det var viktig å bli lyttet til og noen trakk frem samtale som et viktig terapeutisk virkemiddel. For eksempel svarte en på spørsmålet om forventninger til legen: «[Han må] Prate med meg, om hvordan jeg har det.» Da gjaldt det både at legen måtte forstå hvilke tanker som mange sliter med etter en oppvekst i krig.

Språklige utfordringer

Selv om flere av informantene oppga at de slet med å gjøre seg forstått og forstå legen, var de skeptiske til profesjonelle tolker og de mente at somaliere burde lære seg norsk. Flere ønsket seg informasjon på so-

mali, spesielt om kroppsdeler og vanskelige navn på sykdommer. På spørsmålet om hva somaliere selv kunne gjøre for å bedre kommunikasjonen mellom seg og fastlegen, var svaret «De må lære seg norsk» det absolutt dominerende.

Bruk av tolk bød på flere problemer. Flere foretrakk å bruke slektninger eller ektefelle som tolk, og det så ut til at det ikke alltid var tolk tilgjengelig hvis det var behov for det:

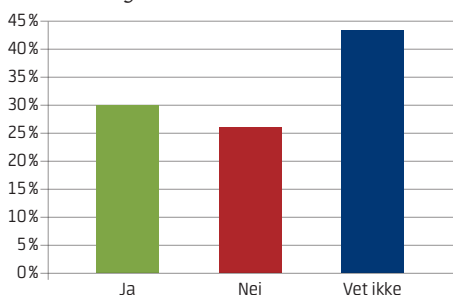
«Datteren min er tolk. Hvis ikke hun kan, bestiller vi tolk. Hvis ikke tolk er tilgjengelig, bruker vi tegnspråk.»

Som tidligere nevnt kunne tolkens kjønn også spille en rolle.

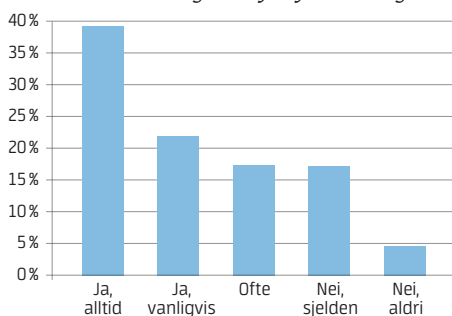
Diskusjon

Hovedfunnet i denne undersøkelsen er at det er viktig for legen å være bevisst den bagasjen – både kulturelt og psykisk – som somaliske innvandrere bærer med seg til konsultasjonen. Det er vist at konsultasjoner der lege og pasient kommer fra forskjellige kulturer tar lenger tid (7). Det ser ut til at det er nødvendig å ta seg litt mer tid enn ved andre konsultasjoner for å finne ut hva pasientens forventninger til timen er. Til det kvalitative spørsmålet om hva fastlegen bør vite om den somaliske kulturen, er det flere svar som har med religion å gjøre. Utsagn som inkluderte ordene «muslim», «ramadan», «kjønnslemlestelse» og «religion» ble tolket som slike svar. I lys av dette er det overraskende at kun tre svarer at religion påvirker forholdet mellom dem og legen seinere i undersøkelsen. Informantene kan ha følt at de allerede hadde svart på religionsspørsmålet under kulturspørsmålet – eller de kan se på religion som en naturlig del av hverdagen som ikke trenger å påvirke forholdet mellom legen og dem. 16 av 22 svarer at kulturen ikke påvirker forholdet mellom dem og fastlegen i det hele tatt. Dette er også overraskende når det er så stor grad av innhold i svarene generelt som kan kobles til kultur. En mulig årsak til dette er at ordet «kultur» betyr noe annet for informanten enn for inter-

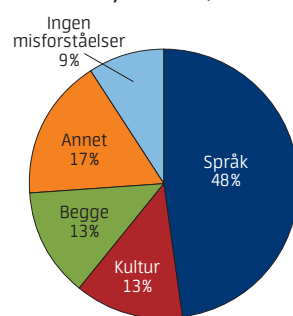
GRAF 1: Vet legen nok om kulturen din?



GRAF 2: Føler du at legen innfrir forventningene dine?



GRAF 3: Hvis det oppstår problemer, hva er årsaken?



KVALITATIVE SPØRSMÅL STILT TIL INFORMANTENE

- Hva forventer du at fastlegen skal gjøre for deg?
- Hva synes du at fastlegen bør vite om kulturen din?
- Hva kan du fortelle til fastlegen din?
- På hvilken måte påvirker religionen din forholdet mellom deg og legen din?
- Er det noen problemer, som du kanskje tenker er på grunn av din kultur, som oppstår oftere enn andre hos legen?
- Har du noen meninger om hva som bør endres for at fastlegetilbudet skal bli bedre?
- Hva kan somaliske innvandrere gjøre for å forstå legen sin bedre på tross av forskjellige kulturer?

BOKS 1

vjuer, eller at informantene er usikre på hva det vil si at lege-pasient-forholdet blir påvirket av kultur. At pasienter blir forvirret og usikker når legen spør om kulturen deres, er vist i flere studier (8, 9). Det kan derfor se ut til at det er fornuftig for legen å fokusere på konkrete utfordringer istedenfor å bruke kulturbegrepet under konsultasjonen.

Ti informanter svarer at de ikke vet om legen vet nok om kulturen deres. Dette kan tyde på at kultur ikke blir omtalt eller er et tema i konsultasjonen. Ut i fra at så pass mange er fornøyd med fastlegen sin (18 er svært fornøyd eller fornøyd) kan det se ut til at informantene ikke synes det er nødvendig å snakke om disse tingene med legen, og kanskje det heller ikke oppleves noen utfordringer som knyttes til kultur.

Studien viser at mannlige leger bør være oppmerksom på hvilke grenser en kvinnelig somalisk pasient kan ha. Flere av de kvinnelige informantene oppga likevel ingen problemer med en mannlig fastlege. Det bør med andre ord heller ikke tas for gitt at den kvinnelige pasienten har behov for spesiell tilrettelegging. Det er likevel av stor viktighet å vite hvor grensene går for den enkelte pasient fordi konsekvensene av ikke å ha kartlagt dette kan bli store. Man kan blant annet risikere å overse alvorlige underlivssykdommer på grunn av manglende informasjon fra pasienten.

Ønsket om å bli lyttet til er selvsagt ikke spesifikt for somaliske innvandrere. Men, sammenholdt med svar på andre spørsmål i studien kan det mistenkes at fastlegen ikke alltid får frem pasientens forventning med legetimen. Svar som «Hun må slutte å si at jeg skal drikke vann» tyder på at lege

og pasient ikke har møtt hverandre i en felles forståelse av hva som er nødvendig for å bli frisk. En slik felles forståelse er et mål i Epsteins beskrivelse av pasientsentrert kommunikasjon (10).

Det er altså forskjellige behov blant informantene når det kommer til hvilke hensyn legen skal ta. Her kan begrepet «kulturell bevissthet» komme til nytte. Kulturell bevissthet kan beskrives som en holdning hvor en erkjenner både den kulturen man møter og sin egen kultur (11). På denne måten kan en være oppmerksom på forskjellene mellom sin egen og pasientens bakgrunn; sine egne og pasientens forventninger, og på at ens egne holdninger kan være resultat av egen bakgrunn og ikke nødvendigvis er «nøytrale». Andre studier, som Watchler og medforfatter, støtter også opp om at det er fornuftig for fastlegen å være bevisst både pasientens og ens egen kultur under konsultasjonen (12).

I en nederlandsk studie med video-opptak av 87 allmenmedisinske konsultasjoner ble det funnet at det var større sannsynlighet for at det ikke ble oppnådd felles forståelse hvis pasienten tilhørte en etnisk minoritetsgruppe (13). Her ble det hovedsakelig pekt på forskjellig oppfatning av sykdom og forventninger til konsultasjonen som hovedårsak. I Norge viste Nystad m. fl. at det i samisktalende områder var en signifikant lavere tilfredshet med den kommunale helsetjenesten blant de samisktalende, enn blant de norskstalende pasientene (14). Språk ble fremhevet som viktigste årsak til dette. Også vår studie av somaliske innvandreres utfordringer i møte med fastlegen påpeker en rekke utfordringer knyttet til kultur, matvaner og språk, noe som både kan tenkes å føre til misforståelser og misnøye. Trass i dette svarer flertallet i vår studie at de er svært fornøyd med fastlegen sin. Dette kan enten bety at selv om misforståelser og utfordringer oppstår, er de ikke så alvorlige at de fører til misnøye, eller at informantene forsøkte å være høflige og nedtone sin misnøye i undersøkelsen.

Konklusjon

Somaliske innvandrere i Bergen ser ut til å være fornøyd med fastlegeordningen. Det er likevel viktig for legen å være var den bagasjen, både kulturelt og psykisk, de somaliske innvandrerne bærer med seg til konsultasjonen. Konkrete kunnskaper som peker seg ut som nyttige for legen inkluderer:

- Den dominerende religionen hos somaliske innvandrere er sunni-islam. Dette

innebærer at forholdet mellom kvinnelig pasient og mannlig lege kan by på utfordringer, ikke minst når det kommer til undersøkelse.

- Landet Somalia har vært i krig og uroligheter i lang tid og er det fremdeles.
- Det forventes ofte medikament-utskrivelse eller en god forklaring på hvorfor ikke det skrives ut medisiner under et legebesøk. «Ikke-tilpassede» norske råd er ikke godt likt.
- Bruk av tolk gir mange utfordringer og pasientene foretrekker ikke alltid profesjonell tolk.
- Pasientene ønsker seg informasjon om taushetsplikten og brosjyrer på somali, men har også ønske om å bedre sine norskkunnskaper.

REFERANSER

1. Statistisk Sentralbyrå, Folkemengde 1. januar 2011 og 2012 og endringene i 2011, etter innvandringskategori og landbakgrunn. Absolutte tall 2012; Available from: <http://www.ssb.no/innvbeftab-2012-04-26-01.html>.
2. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere i Norske Kommuner. [Rapport] 2009; Available from: http://www.ssb.no/emner/02/01/10/rapp_200936/rapp_200936.pdf.
3. SomNor. Kultur og historie. 2007; Available from: http://www.somnor.no/web/index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=23
4. FN-sambandet. Somalia. 2012; Available from: <http://www.globalis.no/Land/Somalia>.
5. Utlendingsdirektoratet, K.-o.r.o. Dialog mer effektivt enn konfrontasjon. 2002. Available from: http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/tidskrift_nyhetsbrev/2002/nyhetsbrev-om-norsk-flyktning-og-innvan-11.html?id=273916.
6. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn. [Pdf] 2009 1.jan 2009; Available from: http://www.ssb.no/emner/02/01/10/rapp_200936/rapp_200936.pdf
7. Cooper L, et al., Patient-Centered communication, ratings of care and concordance of patient and physician race. *Annals of internal medicine* 2003, 139(11): p. 907
8. Cave A, M.U., Gibson N, Jackson E. Physicians and immigrant patients. *Can Fam Physician* 1995. 41: p. 1685-90.
9. Car J, P.M., Crosscultural communication in those with airway diseases. *Chron Resp Dis* 2004. 1: p. 153-60.
10. Epstein, R.M., et al., Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med*, 2005. 3(5): p. 415-21.
11. Diaz, E., Konsultasjoner med fremmedspråkelige. Refleksjoner over en pasient. *Utposten*, 2012. 41: p. 27-30.
12. Wachtler C, B.A., Troein M, Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. *Family Practice*, 2005. 23: p. 111-5.
13. Van Wieringen, J.C., J.A. Harmsen, and M.A. Bruijnzeels, Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health*, 2002. 12(1): p. 63-8.
14. Lund E, Nystad T, Melhus M., Samisktalende er mindre fornøyd med helsetjenesten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006. 6: p. 126: 738-40.

■ JENHELLERUD@GMAIL.COM