

# Likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning

En kvalitativ studie av pasienter med innvandrerbakgrunn og  
det norske helsevesenet

Cecilie Reinholdtsen Olsen



Masteroppgave i sosiologi  
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2011

© Cecilie Reinholdtsen Olsen

År: 2011

Tittel: Likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning

Forfatter: Cecilie Reinholdtsen Olsen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

I denne masteroppgaven har jeg sett på begrepet likeverdige helsetjenester, som er et grunnleggende prinsipp i det norske helsevesenet. Det er en kvalitativ studie av hvordan helsetjenesten tilrettelegger for personer med innvandrerbakgrunn. Studien baserer seg på offentlige dokumenter og intervjuer med ti helsearbeidere som jobber med dette og pasienter med innvandrerbakgrunn. Målet med studien er å finne ut hvordan helsevesenet tilrettelegger og hvordan den tilrettelagte behandlingen oppleves av pasientene og helsearbeiderne som planlegger og utfører tilretteleggingen. Oppgaven vil se på noen tiltak som er satt i verk for å oppnå målet om en likeverdig helsetjeneste.

Organiseringen av det norske helsevesenet er bygget rundt prinsippet om at alle skal ha tilgang til helsetjenestene uansett sosioøkonomisk posisjon og geografisk bosted. Helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige med hensyn til tilgjengelighet, bruk og resultat. Spørsmål som hvordan myndighetene jobber for å oppnå en likeverdig helsetjeneste, hvilke tiltak som er satt i gang og hvordan kulturforskjeller mellom bruker og helsepersonell håndteres er essensielle i denne oppgaven. Hvor mye tilrettelegges behandlingen, og hvor langt skal myndighetene egentlig gå i å tilrettelegge helsetjenestene? Undersøkelser viser at språkproblemer og kulturelle ulikheter vil kunne vanskeliggjøre kommunikasjonen mellom bruker og helsepersonell og gjøre det utfordrende for helsepersonellet å yte gode helsetjenester. En spesiell utfordring ligger i at ulike kulturelle oppfatninger av sykdomsårsaker er avgjørende for hvordan en person forholder seg til helse, sykdom og ulike helseplager. For mange innvandrere fra ikke - vestlige land kan den norske sykdomsforståelsen avvike så mye fra deres egen forståelse, at behandlingen vanskelig kan gis uten at behandler har kjennskap til pasientens bakgrunn. Dermed står helsepersonellet overfor store utfordringer: Hvordan behandle en person likeverdig med en annen, når forståelsen av grunnleggende sykdomsbegreper, symptomer og bruk av medisiner, kan variere sterkt fra det man er vant til å behandle? Hvordan nærme seg kulturregulerte og eventuelt tabubelagte områder, uten å krenke pasientens grunnleggende krav til respekt og verdighet?

Det teoretiske utgangspunktet i oppgaven baserer seg på grunnleggende sosiologisk teori om aktør – struktur, samt Nancy Frasers teori om anerkjennelse og omfordeling. Spesielt Giddens' struktureringsteori vil anvendes for å se på samspillet mellom aktørene og strukturene i helsevesenet. Aktørene som medborgere stiller helsesektoren overfor nye

særegne behov, blant annet for en tilrettelegging av helsetjenestene. Det pågår en gjensidig påvirkning mellom aktørene og strukturene i helsevesenet, der føringene fra helsepolitikken setter betingelsene for hvordan helsearbeiderne skal nærme seg pasientene som også er aktører. Pasientene gir tilbakemeldinger som fanges opp i systemet og gjør noe med systemet. Med dette ses et samspill mellom aktører og strukturer. For å undersøke hvordan tilrettelegging av helsetjenester hemmer og fremmer likeverdig behandling vil oppgaven ta utgangspunkt i Nancy Frasers teori om anerkjennelse og omfordeling. Forholdet mellom særbehandling og likebehandling kan diskuteres og tolkes på flere måter. I denne studien avgrenses tolkningen til å diskutere myndighetenes universelle velferdspolitik, og se i hvilken grad det gis særtilbud til enkelte grupper. Grensen mellom særbehandling og likebehandling danner utgangspunktet for drøftingen, og det viser seg å være vanskelig å skille mellom de to. Teorien vil settes i sammenheng med relevant empiri, der pasientenes og helsepersonellens syn på særbehandling vil ses i sammenheng med Frasers teori.

Funnene i denne oppgaven viser at pasienter med ikke – vestlig innvandrerbakgrunn har dårligere helse enn majoritetsbefolkningen, og ofte et behov for en type særbehandling i helsevesenet. Dette for at helsevesenet skal kunne gi dem likeverdig behandling. Tolk og tilrettelagt informasjon er de vanligste områdene det tilrettelegges på. Nye og ofte sammensatte sykdommer og problemer krever nye behandlingsmåter. Innvandrernes behov for tilrettelegging fører dermed til en omstrukturering av strukturene i helsevesenet ved at de må tilrettelegges på nye måter og gi noen pasienter særbehandling. For at pasienter med innvandrerbakgrunn skal komme opp på samme nivå som majoritetsbefolkningen når det gjelder helse kreves det tilrettelegging av helsetjenestene.

# Forord

Nå er siste ord i masteroppgaven skrevet. Veien mot å nå målet har vært krevende og lang, men jeg er svært glad for å ha fullført prosjektet. Jeg har lært utrolig mye av å jobbe selvstendig med et slikt prosjekt, både faglig og av de menneskene jeg har møtt i forbindelse med dette arbeidet.

Jeg vil takke min veileder, Grete Brochmann, som har vært til stor hjelp i denne prosessen. Motiverende tilbakemeldinger og faglige innspill har gjort oppgaven bedre. Jeg vil også takke alle informantene mine ved Psykososialt team i Drammen Kommune. Takk til dere ansatte for at dere tok dere tid til å dele av deres erfaringer og kunnskap, og for at dere så på denne oppgaven som interessant og viktig. Takk også til Hege Linnestad ved seksjon for likeverdige helsetjenester ved Ullevål sykehus.

Selv om dette har vært et selvstendig, og til tider ensomt arbeid, er det mange rundt meg som også fortjener stor takk for at jeg klarte å gjennomføre det. Mine foreldre, May - Britt og John Ole, for at dere har gjort meg til den jeg er. Det er takket være deres tillitt og tro på meg at jeg nå har endt opp som master i sosiologi ved Universitetet i Oslo. Også Plinio, min fantastiske og tålmodige samboer, har vært en stor støtte.

Cecilie R. Olsen

Oslo, 11. oktober 2011



# Innholdsfortegnelse

|                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Sammendrag .....                                                                    | 3         |
| Forord .....                                                                        | 5         |
| Innholdsfortegnelse .....                                                           | 7         |
| <b>1. Innledning .....</b>                                                          | <b>11</b> |
| 1.1 Oppgavens problemstilling .....                                                 | 14        |
| 1.2 Oppgavens gang .....                                                            | 16        |
| <b>2. Bakgrunnskunnskap: Innvandrerbefolkningen og det norske helsevesenet.....</b> | <b>17</b> |
| 2.1 Innvandrerbefolkningen i Norge .....                                            | 17        |
| 2.1.1 Innvandrerbefolkningens helse.....                                            | 19        |
| 2.1.2 Innvandrerne i det norske helsevesenet .....                                  | 21        |
| 2.1.3 Helsetjeneste for innvandrere .....                                           | 22        |
| 2.2 Politiske retningslinjer .....                                                  | 23        |
| 2.2.1 Rammebetingelser og strukturer i det norske helsevesenet .....                | 25        |
| 2.2.2 Definisjonen av begrepet <i>Likeverdige helsetjenester</i> .....              | 26        |
| 2.2.3 Tiltak for å møte ulikheter i helse .....                                     | 28        |
| 2.2.4 Mulige mekanismer som kan hindre likeverdige helse- og omsorgstjenester ..... | 29        |
| 2.2.5 Behov for særtilbud? .....                                                    | 31        |
| <b>3. Teoretisk tilnærming .....</b>                                                | <b>33</b> |
| 3.1 En universell velferdspolitik og medborgerskapets rettigheter .....             | 34        |
| 3.2 Forholdet mellom omfordeling og anerkjennelse .....                             | 35        |
| 3.2.1 Rettferdighet .....                                                           | 36        |
| 3.2.2 ”Deltakelse på like vilkår” .....                                             | 38        |
| 3.2.3 Krenkelser .....                                                              | 39        |
| 3.2.4 Rettferdig fordeling av helsetjenester .....                                  | 39        |
| 3.2.5 Anerkjennelse av minoriteter i helsevesenet .....                             | 41        |
| 3.3 Tilnærming til aktør – struktur .....                                           | 42        |
| 3.3.1 De ulike aktører og strukturer i helsevesenet .....                           | 43        |

|                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.3.2 Aktør- og strukturbetingelser .....                                                | 43        |
| 3.4 Presentasjon av Giddens .....                                                        | 46        |
| 3.4.1 Strukturasjonsteorien .....                                                        | 47        |
| 3.4.2 Handling .....                                                                     | 48        |
| 3.4.3 Struktur og system .....                                                           | 49        |
| 3.4.4 Opprettelsen av sosiale systemer .....                                             | 49        |
| <b>4. Metode og data .....</b>                                                           | <b>52</b> |
| 4.1 Case studie .....                                                                    | 52        |
| 4.2 Kvalitativ metode .....                                                              | 52        |
| 4.2.1 Utvalget .....                                                                     | 53        |
| 4.2.2 Innsamling av data: Intervju .....                                                 | 56        |
| 4.2.3 Forskerrollen .....                                                                | 57        |
| 4.2.4 Møtet med informantene .....                                                       | 59        |
| 4.3 Sekundærdata .....                                                                   | 60        |
| 4.4 Feilkilder .....                                                                     | 60        |
| 4.5 Ethiske overveielser .....                                                           | 61        |
| 4.6 Empiri .....                                                                         | 62        |
| 4.6.1. Psykososialt senter for flyktninger .....                                         | 63        |
| 4.6.2 Empiriske funn i intervjuene med pasientene .....                                  | 65        |
| 4.6.3 Empiriske funn i intervjuene med helsearbeiderne .....                             | 70        |
| 4.6.4 Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011 – 2015 .....                | 75        |
| 4.6.5 Presentasjon av resultater .....                                                   | 80        |
| <b>5. Analyse .....</b>                                                                  | <b>87</b> |
| 5.1 Når eksisterende tilbud ikke gir likeverdig behandling .....                         | 89        |
| 5.2 Aktørens muligheter og begrensninger .....                                           | 92        |
| 5.2.1 Pasientens mulighet til å medvirke .....                                           | 93        |
| 5.2.2 Når pasienten 'spiller på lag' med norsk kultur .....                              | 94        |
| 5.2.3 Med eller uten tolk? .....                                                         | 95        |
| 5.2.4 Helsearbeidernes initiativ og mulighet for endring av praksis i helsevesenet ..... | 97        |
| 5.2.5 Helsearbeiderens utdanning .....                                                   | 98        |



|                                                                  |            |
|------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.3 Strukturelle betingelser .....                               | 99         |
| 5.4 Anerkjennelse av innvandrere i det norske helsevesenet ..... | 101        |
| 5.4.1 Mangelfull omfordeling og manglende anerkjennelse .....    | 104        |
| 5.5 Forholdet mellom særbehandling og likebehandling .....       | 105        |
| <b>6. Oppsummering og konklusjon .....</b>                       | <b>108</b> |
| <br>                                                             |            |
| <b>Litteraturliste .....</b>                                     | <b>110</b> |
| <b>Vedlegg .....</b>                                             | <b>113</b> |



# 1. Innledning

Det norske samfunnet og den norske befolkningen er gjennom globalisering og innvandring fra ulike deler av verden blitt stadig mer sammensatt og mangfoldig. Dette påvirker samfunnet på mange områder, og denne oppgaven vil se på noen av utfordringene helsesektoren møter som følge av økt innvandring og større mangfold. Mange innvandrere har en annen helsesituasjon, forekomst av sykdommer og forståelse av hva sykdom er, sammenliknet med majoritetsbefolkningen. Begrepet *likeverdig helsetjeneste* dukker stadig opp i denne sammenheng. Målet er at helsevesenet skal gi likeverdige helsetjenester til alle befolkningsgrupper, uavhengig av kulturell bakgrunn, tro og tilhørighet. Da den norske velferdsstaten ble utviklet etter andre verdenskrig bestod Norge av en relativt homogen befolkning. Offentlige tilbud skulle være like for alle og utjevne sosiale forskjeller. I dagens samfunn derimot øker mangfoldet og det vil i fremtiden kunne bli en utfordring å møte problemene som følger av denne utviklingen. Da det tidligere var et mål å gi alle like helsetjenester er det nå også et krav at helsetjenestene skal være likeverdige.

Målet med denne oppgaven er å se nærmere på begrepet likeverdige helsetjenester og hvordan det tilrettelegges for pasienter med innvandrerbakgrunn.

Pasienter med innvandrerbakgrunn har gjerne nye behov i møtet med helsevesenet. Behov som skiller seg fra majoritetsbefolkningens. Disse behovene møtes med tilrettelegging, for eksempel språklig ved bruk av tolk, for at disse pasientene skal få samme muligheter når det gjelder helse som majoritetsbefolkningen. Det etableres nye praksiser i institusjonene i helsevesenet, der ønsket resultat er at pasienter med innvandrerbakgrunn skal få bedre forutsetninger enn de ellers ville hatt. Nancy Frasers dikotomi om anerkjennelse og omfordeling vil i denne oppgaven være sentral for å se hvordan tilrettelegging av helsetjenester hemmer og fremmer likeverdig behandling. Det er også interessant å bruke denne teorien for å se på forholdet mellom likebehandling og særbehandling. Anthony Giddens' strukturasjonsteori vil også anvendes som teoretisk grunnlag. Dette vil være en god tilnærming til å se nærmere på samspillet mellom pasientene med innvandrerbakgrunn, helsepersonellet, institusjonene og strukturene i helsevesenet.

Organiseringen av det norske helsevesenet er bygget rundt et prinsipp om at alle skal ha lik tilgang til helsetjenestene uansett sosioøkonomisk posisjon og geografisk bosted. Helse- og omsorgstjenestene skal ikke bare være like, men også være *likeverdige* med hensyn til tilgjengelighet, bruk og resultat. Hva forstås med begrepet *likeverdig helsetjeneste*, og hvilke

tiltak er satt i gang for å tilrettelegge helsetjenesten? Hvordan foregår samspillet mellom pasienter med innvandrerbakgrunn, helsepersonell og myndighetenes føringer som legges på helsearbeiderne og strukturene i helsevesenet? Hvor mye tilrettelegges behandlingen, og hvor langt skal myndighetene egentlig gå når det gjelder å tilrettelegge helsetjenestene? Dette er noen av de sentrale spørsmålene som danner utgangspunktet for denne oppgaven.

Undersøkelser viser at språkproblemer og kulturelle ulikheter vil kunne vanskeliggjøre kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell og gjøre det utfordrende for helsepersonellet å yte gode helsetjenester. En spesiell utfordring ligger i at ulike kulturelle oppfatninger av sykdomsårsaker er avgjørende for hvordan en person forholder seg til helse, sykdom og ulike helseplager. For mange innvandrere fra ikke - vestlige land kan den norske sykdomsforståelsen avvike så mye fra deres egen forståelse, at behandlingen vanskelig kan gis uten at behandler har kjennskap til pasientens bakgrunn. Dermed står helsepersonellet overfor store utfordringer: Hvordan behandle en person likeverdig med en annen, når forståelsen av grunnleggende sykdomsbegreper, symptomer og bruk av medisiner, kan variere sterkt fra det man er vant til å behandle? Hvordan nærme seg kulturregulerte og eventuelt tabubelagte områder, uten å krenke pasientens grunnleggende krav til respekt og verdighet? I en rapport fra helse og omsorgsdepartementet kommer det frem at problemene må løses med tiltak på flere nivåer: Helsetjenesten må tilrettelegges bedre for et flerkulturelt samfunn gjennom tolketjenester, mer tilrettelegging i sykehus og på legekontorer, og tilgjengelig informasjon på et språk de ulike pasientgruppene forstår. Helsepersonellet trenger større kunnskap om særegne utfordringer i sykdom og helse for ulike befolkningsgrupper, kunnskap om ulik forståelse av sykdom og helse og den betydning dette har for pasientens møte med helsetjenesten. Dette er viktig bakgrunnskunnskap når pasienter skal mottas som individer og behandles uavhengig av kulturell og etnisk bakgrunn. Pasientene trenger mer kunnskap om helsetjenesten gjennom lett tilgjengelig flerspråklig informasjon. Mange innvandrere opplever høye terskler inn til helsetjenesten da de har lite kunnskap om helsetjenesten, hvordan og hvor man søker hjelp, hva man blir henvist til, hvem som kan henvise og hva det er mulig å få hjelp til.

Det er mange problemstillinger å ta hensyn til innenfor dette temaet og grunnene for å studere og lære mer om helsesituasjonen blant innvandrerbefolkningen i Norge er også mange: Disse ligger både på samfunnsnivå og individnivå. Dokumentasjon og kunnskap er nødvendig i arbeidet med forebygging og behandling av ulike innvandrergrupper. I litteraturen etterlyses det mer kunnskap på dette feltet, selv om det samtidig vektlegges at et direkte fokus på

innvandrere og deres helseproblemer kan være med på å gjøre denne gruppen mer sårbar og fremmedgjort. Studier av denne typen inkluderer flere dimensjoner av sensitivitet. Noen dimensjoner vil innvandrerne naturlig nok tie om, dette kan dreie seg om ydmykelsen av å få lavere sosial status, sosial isolasjon, rasisme og diskriminering, problemer med arbeid og utdanning og ved dannelsen av nye roller i forhold til kjønn og generasjoner. Temaer som krig, vold, forfølgelse, tortur, samt tabubelagte områder som mentale lidelser kan sette forskeren i etiske dilemmaer i tillegg til at de kan være vanskelige for informantene å snakke om. Migrasjon er en kompleks og dynamisk prosess som kan påvirke helsen i både positiv og negativ retning avhengig av ulike forhold. Dette kan være på bakgrunn av individuelle, sosiale, miljømessige og helserelaterte faktorer. Da det viser seg at innvandrernes helse er dårligere sammenliknet med majoritetsbefolkningens reises naturlig nok spørsmålet om helsetjenesten er god nok. Hva som kan gjøres fra myndighetenes - og helsevesenets side for å få innvandrerne opp på samme nivå som majoritetsbefolkningen når det gjelder helse er også et viktig spørsmål. Forutsetninger for god eller dårlig helse henger sammen med andre faktorer, som for eksempel sosioøkonomisk status. På denne måten forstås problemene rundt forskjeller i helse å ligge på flere nivåer i samfunnet. For å få en likeverdig helsetjeneste må innvandrerne i helsevesenet først og fremst anerkjennes ved at de har andre behov, og et behov for en tilrettelegging i helsevesenet, for å oppnå et utjevning, og komme opp på samme nivå som majoritetsbefolkningen når det gjelder helse. Også spørsmålet om hvorvidt de anerkjennes er viktig når det snakkes om likeverdige helsetjenester. Er det slik at de må anerkjennes for å få en likeverdig helsetjeneste?

Innvandrerens helse har blitt sett på som en offentlig utfordring i Norge og i flere andre land, og det viser seg å være stor etterspørsel etter mer kunnskap både om innvandreres helse generelt, og om arbeidet for å oppnå en likeverdig helsetjeneste for denne gruppen.

Forhåpentligvis vil denne oppgaven bidra til en bevisstgjøring rundt tilretteleggingen av helsetjenester for pasienter med innvandrerbakgrunn. Og samtidig sette lys på hvordan innvandrerne i helsevesenet, samt helsepersonellet som jobber med dette, opplever dette i praksis.

## 1.1 Oppgavens problemstilling

Hovedspørsmålet i denne oppgaven tar utgangspunkt i begrepet *likeverdig helsetjeneste*. Hva omfatter dette begrepet og hva gjøres for å oppnå en likeverdig helsetjeneste til en stadig økende flerkulturell befolkning? Helse Sør - Øst etablerte i desember 2008 ”Prosjekt likeverdig helsetjeneste”. De ønsket å utarbeide en strategi for å sikre at kunnskap om minoritetsbefolkningen inngår i alle fremtidige planer og aktiviteter i helseforetaket. Målet er å sikre likeverdige helsetjenester ved å utvikle anbefalinger om ulike tiltak. De har laget en rapport som viser hvilket arbeid som er gjort, og hvilke utfordringer som er relatert til likeverdighet og pasienter med innvandrerbakgrunn. I løpet av perioden 2009-2012 arbeider de videre og skal utarbeide en handlingsplan med prioriterte tiltak. Handlingsplanen omfatter helsetjenestenes tilgjengelighet og kvaliteten på tjenestene og et fokus på manglende språkforståelse og kommunikasjonsbarrierer. Pasienters kunnskap og forestillinger om helse og sykdom varierer og må tas hensyn til av helsepersonellet. Deres forståelser og holdninger, økonomiske forhold, tillitten til helsetjenestene, varierende bruk av fastlege, samt diskriminering, er viktige elementer innenfor arbeidet med likeverdige helsetjenester. Utdanning av egne tolker og bruk av tolk som arbeidsmetode som en integrert del av helsetjenesten vies stor plass i rapporten og i arbeidet generelt. Oversettelse av helseinformasjon (informasjonshefter) og hensynet til problemer med svak lesekyndighet blant noen innvandrere, samt manglende tilgang til data og internett vies også oppmerksomhet i rapporten.

For noen grupper er tilrettelegging av helsetjenesten nødvendig av grunner som nevnt ovenfor, og for å kunne tilby en likeverdig helsetjeneste må det tilrettelegges i følge rapporter fra Helse Sør – Øst. Innvandrerne har gjerne andre sykdommer som ikke er like utbredt i Norge, ofte forstår de ikke det norske språket og er avhengig av tolk, og kulturelle forskjeller kan føre til misforståelser og problemer. Ulike forklaringsmodeller for sykdom og lidelse, kan føre til at det tar tid å utvikle en gjensidig forståelse som grunnlag for gode beslutninger og effektiv behandling (Helsedirektoratet.no). Ulike forklaringsmodeller for sykdom og lidelse avhenger av personers kulturelle bakgrunn, og hvordan helsepersonell tolker brukernes forklaringer avhenger igjen av deres kulturelle bakgrunn. I tillegg til å forklare begrepet likeverdige helsetjenester lyder problemstillingene for denne oppgaven:

- *På hvilke måter påvirker pasienter med innvandrerbakgrunn det norske helsevesenet?*
- *På hvilke måter hemmer og fremmer tilrettelegging av helsetjenestene likeverdig behandling?*
- *Hvordan skille mellom særbehandling og likebehandling?*

Forholdet mellom aktør og struktur vil stå sentralt i oppgaven. Innenfor sosiologien ses mennesker og samfunn som deler av en større sammenheng, der det pågår en gjensidig påvirkning dem i mellom. Denne oppgaven vil se på samspillet mellom pasientene, helsearbeiderne og helsevesenet. Hvordan dette samspillet foregår, hvordan aktørene og strukturene i helsevesenet påvirker hverandre og utvikles vil være kjernen i studien. Påvirkningen mellom individer og samfunn antas å gå begge veier: fra individet mot miljøet rundt, og fra omgivelsene mot individet. For å besvare problemstillingen vil jeg studere Stortingsmeldinger og rapporter fra Helse Sør – Øst, samt intervju helsearbeidere og personer som jobber med dette til daglig. Samtidig har jeg fått ta del i et tilrettelagt behandlingsopplegg for en gruppe innvandrere i regi av Psykososialt Team i Drammen Kommune. Både pasientenes og de ansattes erfaringer med dette tilrettelagte behandlingstilbudet vil tas med som empirisk fundament i oppgaven.

## 1.2 Oppgavens gang

Innledningsvis har jeg skissert hvordan helsevesenet fra å ha et fokus på å gi alle like helsetjenester nå har en overordnet målsetting om å tilby likeverdige helsetjenester. Denne studien ser på hvordan det tilrettelegges for pasienter med innvandrerbakgrunn, og analyserer samspillet mellom pasienter, ansatte, politiske føringer og strukturer i helsevesenet. Dette første kapitlet har presentert problemstillingen, temaområdet og skisserer nå gangen videre i oppgaven. I neste kapittel vil det redegjøres for nødvendig bakgrunnskunnskap for bedre å forstå hva som ligger i begrepet likeverdige helsetjenester. Her vil også definisjonen av begrepet presenteres. For å forstå behovet for tilrettelegging av helsetjenestene kreves kunnskap om innvandrerbefolkningen og denne gruppens helsemessige utfordringer. I kapittel to vil derfor innvandrerbefolkningen i Norge, deres helse og vei inn i helsevesenet redegjøres for. Strukturene i det norske helsevesenet vil også forklares nærmere, samt de politiske retningslinjene som påvirker både mottakerne av helsetjenestene og de ansatte i helsevesenet.

Kapittel tre tar for seg oppgavens teoretiske grunnlag. Her presenteres teori om aktør – struktur, da hovedsakelig Giddens' strukturasjonsteori. Samspillet mellom aktører og strukturer vil forklares ved å anvende Giddens' teori og dette vil danne grunnlaget for å analysere samspillet mellom pasientene, helsearbeiderne, institusjonene og strukturene i helsevesenet. Det andre teoretiske perspektivet som presenteres i kapittel tre er forholdet mellom anerkjennelse og omfordeling. Nancy Frasers teori vil presenteres med tanke på å se hvorvidt pasienter med innvandrerbakgrunn anerkjennes i det norske helsevesenet. Teoriene presenteres i dette kapitlet, for så å hentes opp igjen i analysen i kapittel fem.

I kapittel fire vil metode og data redegjøres for. Først vil det metodiske grunnlaget for studien presenteres. Det har blitt gjennomført kvalitative intervjuer med både pasienter og ansatte i helsevesenet. Dataene fra intervjuene med pasientene, vil presenteres først, og deretter dataene fra intervjuene med helsearbeiderne. Til slutt i kapitlet vil empirien oppsummeres før analysen presenteres i kapittel fem. Analysen baserer seg på empirien og det teoretiske grunnlaget i oppgaven. Til slutt i oppgaven kommer en oppsummering og diskusjon, samt en konklusjon.



## 2. Bakgrunnskunnskap: Innvandrerbefolkningen og det norske helsevesenet

Hensikten med dette kapitlet er å presentere relevant kunnskap i forhold til innvandrerbefolkningen og det norske helsevesenet. For å forstå behovet for tilrettelegging av helsetjenestene kreves kunnskap om innvandrerbefolkningen og denne gruppens helsemessige utfordringer. Strukturene i det norske helsevesenet vil også forklares nærmere, samt de politiske retningslinjene som påvirker både mottakerne av helsetjenestene og de ansatte i helsevesenet.

### 2.1 Innvandrerbefolkningen i Norge

Tidligere brukte Statistisk Sentralbyrå en hovedinndeling mellom *vestlige* og *ikke-vestlige* innvandrere, denne todelingen er nå erstattet av verdensdelene. I de tilfellene hvor det er behov for en todeling anbefaler SSB at gruppene kalles «EU/EØS, USA, Canada, Australia og New Zealand» og «Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand, og Europa utenom EU/EØS». I denne sammenheng vil begrepene vestlige og ikke – vestlige innvandrere allikevel benyttes. Vestlige innvandrere er oftest relativt like majoritetsbefolkningen i Norge om man ser på ulike sosioøkonomiske og kulturelle faktorer. Ikke-vestlige innvandrere er i seg selv en svært heterogen gruppe med betydelig variasjon innad. Dette vil ofte være et hensiktsmessig skille når man skal se på innvandreres helse og behov for helsetjenester. I sammenlikning med majoritetsbefolkningen er det spesielt i denne innvandrergruppen større forskjeller i helse. De kulturelle forskjellene mellom pasient og helsepersonell er tydeligere, de viser seg å ha andre typer sykdommer, og en annen opplevelse av sykdom, enn majoritetsbefolkningen. Oftere har denne gruppen behov for tolk og annen type tilrettelegging. Fokuset i denne oppgaven vil være på helsearbeiderne og helsetjenesten i forhold til innvandrere med ikke – vestlig opprinnelse. Det vil si innvandrere med bakgrunn fra land i Asia, Tyrkia, Afrika, Sør- og Mellom - Amerika og Øst – Europa.

En innvandrer defineres som en person som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og registrert som innbygger i Norge. En norskfødt med innvandrerforeldre er definert som en person som er født i Norge av to innvandrerforeldre. (Frem til 2000 ble denne gruppen kaldt andregenerasjons innvandrere).

Innvandrere kan oppdeles i arbeidsinnvandrere, flyktninger, asylsøkere, og

familiegjenforente. Disse stiller på mange måter likt, særlig etter noen års opphold i landet, men på andre områder kan det fortsatt være svært avgjørende hvilke premisser de kom til landet på. Flyktninger er de som ifølge Utlendingsdirektoratets flyktningeregister har flyktningstatus og har fått oppholdstillatelse i Norge. Asylsøkere er personer som på egen hånd, og uanmeldt, er kommet til landet og ber om asyl. Personen kalles asylsøker inntil søknaden er endelig avgjort. Papirløse eller illegale innvandrere er personer som har fått endelig avslag på asylsøknaden, men som fortsatt befinner seg i landet.

Etnisk minoritet er en betegnelse som brukes om innvandrere og deres etterkommere. Norsk - født er betegnelsen på en person som er født i Norge og som har to norskfødte foreldre (også betegnelsen etnisk norsk eller bare norsk brukes i oppgaven).

(Kilde: Statistisk sentralbyrå).

Etter slutten av 1960-tallet har innvandrerbefolkningen i Norge økt raskt. I dag består innvandrerbefolkningen av 508 000 personer, dette utgjør 10,6 % av den totale befolkningen. Dette er personer som har bakgrunn fra 214 forskjellige land. 203 000 har europeisk bakgrunn, 60 500 kommer fra land utenfor EU. 186 000 kommer fra land i Asia, 61 000 fra Afrika, 17 000 fra Latin-Amerika og 16 500 fra Nord Amerika og Oseania.

Innvandrerbefolkningen består av et stort antall unge voksne sammenliknet med resten av befolkningen. I 2008 var nesten halvparten av alle innvandrerne og de født i Norge av innvandrerforeldre mellom 20 og 44 år. Det er nesten like mange kvinner som menn med innvandrerbakgrunn. Men i de største innvandrergruppene, arbeidsinnvandrere fra Polen og Storbritannia, og flyktninger fra Irak og Afghanistan, er det et flertall menn. Når det gjelder varigheten av oppholdet har 40 % bodd i Norge i mindre enn fem år, 28 % mellom fem og fjorten år, og 30 % i minst 15 år. I 2008 bodde mer enn halvparten av alle innvandrerne i de store byene (30 % i Oslo, 17 % i Bergen og 12 % i Stavanger). (Kilde: Statistisk Sentralbyrå).

Migrasjon er en prosess hvor mennesker flytter fra en sosial og kulturell setting til en annen. Dette for å bosette seg på permanent basis eller for en periode (Dawit Shawel Abebe).

Årsakene til at mennesker migrerer er vanligvis økonomiske, politiske eller for å få bedre utdanning. Slike forandringer kan påvirke helsen i positiv eller negativ retning avhengig av måten emigrasjonen skjer på, hvor man kommer fra og kommer til, samt individuell psykisk og fysisk tilstand.

### 2.1.1 Innvandrerbefolkningens helse

Det eksisterer lite statistikk om innvandreres helse siden etnisitet eller fødeland ikke registreres i pasientjournaler. Flere studier viser til at mer kunnskap er nødvendig. Tidligere undersøkelser om innvandreres helse ble utført i 1983, 1996 og 2005/2006, og i 2000 – 2001 ble Helseundersøkelsen i Oslo gjennomført. Denne viser at det er forskjeller mellom innvandrerbefolkningen og majoritetsbefolkningen når det gjelder helse. Helseundersøkelsen i Oslo (HUBRO) ble utført i 2000 – 2001 i et samarbeid mellom Statens helseundersøkelser (nå Nasjonalt folkehelseinstitutt), Universitetet i Oslo og Oslo kommune. Studiepopulasjonen inkluderte alle individer bosatt i Oslo og født i 1970, 1960, 1955, 1940/41 og 1924/25. Totalt deltok 18 770 personer, som gjennomgikk en klinisk undersøkelse og/eller fylte ut ett eller flere spørreskjema. Skjemaet inneholdt spørsmål om helsestatus, symptomer, sykdommer, ulike helsevaner og psykososiale variabler. Tidligere undersøkelser har vist at sosial integrasjon er en viktig forklaringsvariabel, og mye tyder på at opplevd maktesløshet er en viktig faktor når det gjelder helseproblemer. Når det gjelder integrasjon, omfatter undersøkelsen spørsmål om avislesing, besøk av nordmenn, hjelp/støtte fra nordmenn og deltakelse i møter arrangert av egne landsmenn (Nakmi rapport 1/2005). Av de som har deltatt i undersøkelsen er 2950 (17, 4 %) innvandrere. Den største gruppen er fra Vest-Europa, men det er også store grupper fra Det indiske subkontinent, Midtøsten, Sørøst-Asia og Afrika sør for Sahara.

Innvandrerbefolkningen i Norge utgjør i dag 10,6 % av den totale befolkningen. Å forstå og formidle forskningsbasert kunnskap om innvandreres helseproblemer og helsearbeid er svært relevant for å planlegge forebyggende tiltak, det er også viktig i arbeidet med å utforme ulike tiltak. Resultater presentert i NAKMI rapport nr 2/2010 viser til en gjennomgang av forskningsartikler og rapporter som har vært publisert fra 1990-tallet og frem til i dag. Denne basers på 32 studier av livsstilssykdommer, 41 på psykiske helseproblemer, 51 på infeksjonssykdommer, 21 på reproduksjonshelse og relaterte problemer, samt 74 studier på ulike offentlige helseproblemer. I de fleste studiene viser det seg at innvandrerbefolkningen har dårligere helse enn resten av befolkningen. De møter også større risiko når det gjelder pre- og post- migrasjonsopplevelser, sosioøkonomiske forhold og individuelle ulikheter når det gjelder bakgrunn varierer. Noen typer helseproblemer er vanligere og forekommer hyppigere blant innvandrere enn hos majoritetsbefolkningen. Dette dreier seg hovedsakelig om diabetes, hiv, hepatitt B, Tuberkulose og vitamin D-mangel. Livsstilssykdommer som overvekt og

diabetes forekommer oftere hos tyrkiske og pakistanske innvandrere, samt hos innvandrere med sør - asiatisk opprinnelse. Usunn kost og mindre fysisk aktivitet antas å være hovedårsakene. Psykiske helseproblemer er omtrent tre ganger høyere i innvandrerbefolkningen enn hos befolkningen ellers. Det logiske vil være å tenke at de har en økt risiko for psykiske lidelser ettersom de med flyktningbakgrunn spesielt, har vært utsatt for mer stress, de opplever oftere diskriminering og identitetstap og flere kan ha vært vitne til krig og katastrofer. Andre faktorer som kan øke risikoen for psykiske lidelser er mindre sosial støtte, sosioøkonomiske forhold, negative livshendelser og traumer forbundet med det å migrere. Infeksjonssykdommer som tuberkulose og hiv/aids er vanligere spesielt blant innvandrere fra Afrika, men det er begrenset hva man vet om andre seksuelt overførbare sykdommer blant innvandrerbefolkningen generelt. Det er større risiko for at innvandrerkvinner fra asiatiske og afrikanske land opplever problemer ved graviditet og fødsel enn norske kvinner. Risikoen henger sammen med omskjæring, manglende bruk av prevensjon, lav utdanning og lavere sosioøkonomisk status. Utfordringen ligger i helsepersonellens kunnskap og kommunikasjonsproblemer mellom helsearbeidere og innvandrerpasienter. Problemene som studiene presenterer henger sammen med at innvandrerbefolkningen ses under ett, og at det ikke tas i betraktning at dette er en sammensatt gruppe bestående av folk fra ulike land og kulturer. Helse-determinanter som grad av sosial integrasjon, sosial støtte og nettverk, opplevelse av diskriminering og andre negative livshendelser kan være viktige forklaringsvariabler. Studiene har ofte lav responsrate, små utvalg, spørreskjemaene kan ha blitt misforstått, og ved bruk av spørreskjema har det ikke blitt tatt i betraktning at innvandrere kan ha ulike forståelser av begrep som *helse* og *holdninger*. Innvandrere viser seg å være oftere i kontakt med fastlege, og mindre fornøyd med det norske helsevesenet enn majoritetsbefolkningen. Antatte årsaker til dette er problemer med kommunikasjon, etniske og kulturelle forskjeller, forventninger og manglende erfaring (NAKMI rapport nr 2/2010).

### 2.1.2 Innvandrerne i det norske helsevesenet

Dagens innvandring er på mange måter annerledes enn tidligere tiders. Det har vært en revolusjon i kommunikasjonsmidler, og da man tidligere emigrerte for godt, og kontakten med familie og hjemland ble brutt kanskje for alltid, er det nå vanlig å emigrere for så å vende tilbake til hjemlandet. Problemstillingene en stod overfor på 70-tallet var annerledes.

Vanskelig boligsituasjon var mest fremtredende for gruppen innvandrere fra Pakistan, India, Tyrkia og Marokko. De bodde ofte under meget dårlige forhold i boliger de fikk tilgang til fra arbeidsgivere. Noen var også husløse. Oftest gjaldt dette menn. I NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse fra 2005 hevdes det at dette ikke var problemstillinger som det offentlige Norge var særlig opptatt av. Innvandringen ble sett på som et midlertidig fenomen.

Problemene som oppstod rundt dette førte til en innvandringsstopp i 1975. Gjennom innvandringsstoppen skulle det sikres bedre sosiale forhold for de som alt var i landet. Et av de få land det var relativt lett å få adgang til var Norge, og innvandrerne begynte å bli synlige i bybildet. Antallet innvandrere lå rett under 20 000 per år fra 1972, hadde en svak nedgang i 1973, for så å nærme seg 20 000 igjen i 1974 og 1975. Der holdt den seg med mindre variasjoner frem til 1985. Men innvandringen forandret karakter i løpet av disse årene, fra arbeidstakere til familiegjenforening, og fra midten av 80- tallet økte flyktningsinnvandringen (Ahlberg, Aambø og Gihle, 2007).

Barbro A. Bakken skriver i NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse fra 2005 om sine erfaringer i arbeidet ved Oslo kommunes Fremmedarbeiderkontor i perioden 1976 – 1984. Hun skriver at det ikke var noen fra sentralt hold som brydde seg stort med det de gjorde. Kontoret var finansiert over Kommunal- og arbeidsdepartementets budsjett. ”Så lenge vi bidro til at problemene ikke vokste over hodet på resten av apparatet, og ved at sosialkontorene kunne hente kompetanse og hjelp fra oss, så fikk vi drive med vårt”, skriver Bakken. Dette gav stor frihet i arbeidet, men gjorde det vanskelig å integrere kunnskapen de satt med i resten av tjenesteapparatet.

### 2.1.3 Helsetjeneste for innvandrere 1975 – 1988

Oslo kommune startet Fremmedarbeiderkontoret som også hadde egen helsetjeneste i 1975. I 1977 ble denne helsetjenesten skilt ut fra Fremmedarbeiderkontoret under navnet ”*Helsetjeneste for innvandrere*”, og flyttet til egne lokaler på Sagene i Oslo. Berit Austveg var en tidlig ildsjel innenfor arbeidet med likeverdige helsetjenester. Hun var leder for Helsetjeneste for innvandrere, en stilling hun hadde frem til nedleggelsen i 1988. Helsetjeneste for innvandreres tilbud var klinisk, med primærhelsetjeneste og helsestasjon. Men kontoret fungerte like mye som en læringsanstalt for helsearbeidere som et behandlingstilbud og stedet ble en base for å undervise helsepersonell. Målsettingen med denne helsetjenesten var tosidig, og beskrevet i Stortingsmelding 107 (1975 -76: ”Om innvandringsstoppen og arbeidet med innvandringsspørsmålene”): Først og fremst skulle den være en inngangsport til det ordinære helsevesenet. Det ville på denne måten være lettere for innvandrerne å komme i kontakt med helsevesenet, og lettere for helsevesenet å møte den nye pasientgruppen. Gjennom systematisk innsamling av opplysninger om innvandreres behov for helse – tjenester skulle det dannes et grunnlag for å integrere fremmedarbeidere i det ordinære kommunale helsevesen. Kontoret skulle gi et særlig tilbud til kvinner, og det skulle være fokus på kultur og språk. Det ble mye prøving og feiling de 12 årene kontoret eksisterte, på grunn av at det på den tiden fantes svært lite systematisk kunnskap om innvandrere generelt, og deres helseproblemer spesielt (Ahlberg, Aambø og Gihle, 2007).

## 2.2 Politiske retningslinjer

At det er et større antall pasienter med innvandrerbakgrunn i helsevesenet påvirker helsepolitikken ved at det tilføres nye problemstillinger og behov for tilrettelegging av helsetjenester. Kulturell forskjellighet og særskilte behov for helsetjenester påvirker helsepolitikken utforming, og helsearbeiderne møter nye utfordringer. Norge har blitt stilt overfor problemer og dilemmaer knyttet til økt innvandring både når det gjelder boligsituasjon, velferdsstat og i forhold knyttet til integrering. Etter 1970 – tallet har det vært behov for spesielt etterspurt arbeidskraft, men også andre grupper har kommet, da spesielt gjennom familiegjennforening og asyl. Et viktig mål har da vært å integrere innvandrerne på best mulig måte, for å sikre dem lik tilgang til sosiale rettigheter, mulighet for sosial mobilitet og skape rom for at deres kulturelle og religiøse identitet ivaretas.

Brochmann og Hagelund deler innvandringspolitikken inn i to hovedsfærer, en ytre og en indre. Adgang, altså hvem som har muligheten til å komme inn i landet, kjennetegner den ytre sfæren, mens den indre sfæren dreier seg om rettigheter og integrasjon. Moderne velferdsstater har utviklet en politikk for å fremme integrasjon i tillegg til å følge de internasjonale avtalene de er forpliktet til når det gjelder å likebehandle lovlige etablerte innvandrere og statsborgere. Integrasjonspolitikken omfatter tiltak for å støtte opp under en innlemmingsprosess i samfunnet blant annet innenfor områder som arbeidsmarked, boligforhold, utdanning, språkopplæring, helse og velferd generelt (Brochmann & Hagelund, 2010).

Stortingsmelding nummer 20 (2006 -2007) ”Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller” er en del av regjeringens helhetlige politikk for sosial utjevning, inkludering og fattigdomsbekjempelse. Denne presiserer også viktigheten av å fremme likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning. Undersøkelser viser at innvandrere med ikke-vestlig opprinnelse har dårligere helse enn resten av befolkningen. Dette kan ha flere ulike årsaker blant annet grunnleggende faktorer, som økonomi og oppvekstvilkår, via risikofaktorer, som arbeids- og bomiljø, til mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som helseatferd og bruk av helsetjenester (st.meld.nr.20). De nevnte faktorene henger i stor grad sammen og overlapper hverandre. Helseforskjellene rammer hardest i grupper med lav inntekt og kort utdanning, og stortingsmeldingen presiserer derfor viktigheten av å prioritere disse gruppene. Det kommer frem i denne stortingsmeldingen at målrettede og skreddersydde tiltak ikke alltid er de beste virkemidlene. Dette fordi det i mange tilfeller, for eksempel ved

behovsprøving, kan virke stigmatiserende og derfor mot sin hensikt. Det positive med generelle velferdsordninger er at de virker mindre stigmatiserende og forhindrer at noen kan havne i sårbare situasjoner. Dette har bakgrunn i den nordiske velferdsstatens prinsipper om en universell velferdsordning med like tilbud til alle. Politikken tilsier at det prioriteres å bygge videre på den nordiske tradisjonen med generelle velferdsordninger, samtidig som vi må ha egne tiltak for å hjelpe dem som har det vanskeligst. For å ivareta behovet for en bred tilnærming og for å utjevne sosiale helseforskjeller, presenterer denne stortingsmeldingen fire hoved-innsatsområder:

1. Redusere sosiale forskjeller som bidrar til helseforskjeller
2. Redusere sosiale forskjeller i helseatferd og bruk av helsetjenester
3. Måltrettet innsats for sosial inkludering
4. Utvikle kunnskap og sektorovergrepene verktøy

Under punkt tre presenteres noen delmål for å fremme *likeverdige helsetjenester*:

1. Ansvar for å inkludere mennesker som står i fare for å falle utenfor utdanning, arbeidsliv og andre viktige arenaer.
2. Universelle ordninger må suppleres med individuelt tilpassede tjenester og tiltak som ivaretar det faktum at mange vanskeligstilte har behov for mer målrettede tjenester.
3. Brukerrettede og tilpassede offentlige tjenester er nødvendig for at alle, uansett bakgrunn og forutsetninger, skal få likeverdige tjenester.
4. For å gi likeverdige helsetjenester må vi sørge for å tilby tilrettelagte helse- og sosialtjenester, og i dette arbeidet må det offentlige samarbeide med frivillige organisasjoner.

Det er et mål at de norske helsetjenestene skal ha høy kvalitet, være tilgjengelige innenfor akseptabel ventetid og avstand og at tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av sosiale bakgrunnsfaktorer. Det hevdes at de høye ambisjonene langt på vei er innfridd, og at vi har en helsetjeneste som er blant de beste, og de dyreste, i verden.

I St. meld. nr. 47 presiseres det om innvandrerbefolkningen på side 121: ”På den ene siden må helse- og omsorgstjenestene, i forhold til de ulike minoritetsgruppene, evne å se hvilke gjennomgående trekk som påvirker behovene for helsetjenester. Likeens må en evne å se



hvordan tjenestene må gjøres tilgjengelig og hvordan kommunikasjon og medvirkning må tilrettelegges for at tjenestene skal treffe behovene.” Videre slås det fast at det ”må være forankret i dokumentert kunnskap. Det må arbeides systematisk over lang tid, det må være helhetlige tilnæringsmåter og utviklingsarbeidet må ha solid ledelsesforankring”. Strukturer i og utenfor helsetjenestene påvirker tilgang og kvalitet. Systematisk kunnskap om dette og utvikling av måleindikatorer må prioriteres jamfør Regjeringens egne mål i St.meld.nr. 20 - Nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse.

### **2.2.1 Rammebetingelser og strukturer i det norske helsevesenet**

Folkehelsearbeidet skal bidra til at folk får flere leveår med god helse, redusert risiko for sykdom og bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for helsepolitikk, folkehelse, alkohol- og narkotikapolitikk, helsetjenester og helselovgivning i Norge. Departementet skal sørge for at befolkningen får gode og likeverdige helsetjenester, uavhengig av bosted og økonomi, og bidra til å fremme god folkehelse. Departementet styrer helse- og omsorgstjenesten gjennom et omfattende lovverk. De årlige bevilgningene er på cirka 130 milliarder kroner (tall fra Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Helsedepartementet har syv avdelinger: Folkehelseavdelingen, spesialisthelsetjenesteavdelingen, eieravdelingen, helserettsavdelingen, kommunetjenesteavdelingen, administrasjonsavdelingen og budsjett- og økonomiavdelingen. Den politiske ledelsen i helse- og omsorgsdepartementet (2011) består av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen og statssekretærer er Tone Toften, Robin Kåss og Ragnhild Mathisen (Ap).

I helsevesenet skilles det mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

**Primærhelsetjenesten** er den delen av helsevesenet som er organisert i kommunene. Den består av de allmennpraktiserende legene, hjemmesykepleie, helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder og av institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre.

Primærhelsetjenesten kalles ofte «førstelinjetjenesten», i motsetning til «andrelinjetjenesten» som er spesialisthelsetjenesten. **Spesialisthelsetjenesten** er den delen av helsevesenet som har ansvar for somatiske og psykiatriske sykehus, andre institusjoner, samt ambulansetjenesten. Ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten endrer seg over tid. I 2009 overtok for eksempel spesialisthelsetjenesten ansvaret for legemiddel assistert

rusbehandling. Norge har i dag fire regionale helseforetak: Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør - Øst. De regionale helseforetakene fikk med helsereformen i 2001 to hovedoppgaver; hvorav den ene, "Sørge – for - ansvaret", gir et samlet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester. Den andre er eieransvaret som vil si at de eier og utøver styring av regionens helseforetak. Helsereformen/sykehusreformen innebar et skifte fra kommunalt til statlig eierskap og en ny organisering i helseforetakene. Helseforetakene ble med denne reformen selvstendig rettssubjekt og arbeidsgiver, forpliktelsene i helselovgivningen ble overført til de regionale helseforetakene (RHF ene) og avtaler og kontakter ble overtatt av RHF/HF. Sykehusenes oppgaver er, i tillegg til pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

### **2.2.2 Definisjonen av begrepet *Likeverdige Helsetjenester***

*Likeverdige helsetjenester* forutsetter likhet i tilgang, kvalitet og resultat. Ved at helsevesenet legger til rette for den enkelte pasient oppfylles kravene om *likeverdig* tilgang til omsorg og behandling. Tjenestene skal være av like god kvalitet til alle brukere, og målet er resultatlikhet for de med samme sykdomsbilde. Et *reelt likeverdig* behandlingstilbud innebærer at pasienter med ulike behov og forutsetninger i blant behandles ulikt, tilpasset den enkeltes livssituasjon, kulturelle og religiøse bakgrunn og kommunikasjonsferdigheter. Likebehandling av mennesker med ulike forutsetninger gir sjelden likt resultat, og tjenestene må derfor tilrettelegges for den enkelte. De fremtidige demografiske utfordringene som generell befolkningsvekst, inkludert økt andel med innvandrerbakgrunn, flere eldre, sosioøkonomiske forskjeller mellom bydeler i Oslo og et stadig større kulturelt og språklig mangfold, gir nye helse- og kommunikasjonsrelaterte utfordringer. Dette innebærer økt kulturelt mangfold, håndtering av ulike syn på helse, sykdom og behandlingsformer samt behov for å bidra til økt forståelse for det norske helsevesen og betydningen av helsefremmende arbeid. Dette er definisjonen på likeverdige helsetjenester slik den presenteres i Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011- 2015. Dette er retningslinjene sykehus og helsepersonell jobber etter, og strategien er utarbeidet av Stab samhandling og internasjonalt arbeid ved Oslo universitetssykehus. Å sørge for likeverdige helsetjenester er i tråd med norsk lovgivning. Sykehuset følger nasjonale retningslinjer og anbefalinger for å etterstrebe at bestemmelsene om likeverdige helsetjenester etterleves i

praksis. Planene for dette arbeidet dannes gjennom norsk innvandrings- og helsepolitikk, blant annet dokumentert i Stortingsmelding nr. 20 (2006 -2007) ”Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller”. Den praktiske utførelsen er det blant annet dette teamet ved Oslo universitetssykehus som tar seg av, og naturligvis opp til alle helsearbeidere å rette seg etter. Norsk innvandringspolitikk retter seg mot å fremme integrering, og velferdspolitikken har et mål om en universell likebehandling på alle områder i samfunnet. I helsevesenet eksisterer det en lovforankret aktivitetsplikt, for å fremme likestilling og hindre diskriminering. Dersom pasienter med innvandrerbakgrunn opplever barrierer i møtet med helsevesenet kan det komme av diskriminering/usaklig forskjellsbehandling på grunn av deres kulturelle bakgrunn. Direkte diskriminering er det når personer med innvandrerbakgrunn blir behandlet dårligere enn andre i samme situasjon. Indirekte diskriminering er en annen form for diskriminering der en tilsynelatende nøytral praksis fører til at personer med innvandrerbakgrunn stilles dårligere enn andre (Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven). Mangelfull tilrettelegging av helsetjenesten kan være et eksempel på indirekte diskriminering. En nyankommet flyktning som ikke snakker norsk vil for eksempel ha behov for tolk for å kommunisere med helsepersonell. Å behandle alle likt, når pasienter har ulike behov og forutsetninger vil derfor kunne ha som konsekvens at noen ikke får en likeverdig behandling. Mange av innvandrerne har erfaring fra helsevesenet i sitt fødeland og deres oppfatning av det norske helsevesenet kan også være påvirket av slike erfaringer. Politikken tilsier at det prioriteres å bygge videre på den nordiske tradisjonen med generelle velferdsordninger, samtidig som vi må ha egne tiltak for å hjelpe dem som har det vanskeligst, ved å tilrettelegge helsetjenestene både for innvandrere, funksjonshemmede og andre grupper med særskilte behov. Å gi særbehandling til noen forstås dermed som et nødvendig tiltak for å kunne gi likebehandling. Ifølge strategien er en viktig forutsetning for å nå målene om en absolutt likeverdig helsetjeneste, leder- og systemforankring. Det er viktig at ledelsen kommer overens om hvordan arbeidet med å gi likeverdige helsetjenester skal utføres og gjennomføres i praksis av både organisasjonen og de ansatte. Systemforankring vil si knyttingen av de planer, prosesser og resultater fra ’Prosjekt likeverdige helsetjenester Helse Sør – Øst’ til de ulike systemene i organisasjoner (i helsevesenet) som skal bruke prosjektresultatene. Det betyr både at prosjektet må tilpasses de eksisterende systemer og at resultatene etter prosjektet er avsluttet innlemmes i systemene. På den måten blir prosjektresultatene mulig å ta i bruk. Systemforankringen vil dermed bidra til at resultatene fra prosjektet ivaretas og legges inn i eksisterende systemer, og systemene vil dermed utvikles. At helsearbeiderne har god nok

kunnskap om- og bevisste holdninger til pasienter med innvandrerbakgrunn er nødvendig for å kunne gi like gode og likeverdige tjenester. Arbeidet med likeverdige helsetjenester må derfor inkorporeres i alt strategi- og planarbeid, i budsjett, i utredninger, i personalpolitikken og i ulike opplæringsprogrammer. Målet om likeverd må også være en del av helseinstitusjonenes avtalebaserte samhandling med kommune og bydeler.

### **2.2.3 Tiltak for å møte ulikheter i helse**

En rekke tiltak har blitt iverksatt for å møte helse- og sykdomsutfordringene innvandrerbefolkningen og helsetjenesten står overfor. Dette arbeidet foregår både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, gjennom politikk, forskning og kunnskapsformidling. Med tiltak for å fremme helse, forebygge sykdom og bedre innvandreres kunnskap om- og tilgang til helsetjenester håper man å kunne utjevne helseforskjellene mellom innvandrere og resten av befolkningen.

Eksempler på noen slike tiltak:

- Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)
- Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)
- Prosjekt likeverdige helsetjenester – Helse Sør - Øst
- Migrasjonshelse i forskjellige kommuner
- Utdanning av egne kulturveiledere; et samarbeid mellom Høgskolen i Oslo og Ullevål Universitetssykehus
- Ulike organisasjoner: Kirkens Bymisjon, Røde Kors, Primærmedisinsk verksted i Oslo.

I oppgaven ønsker jeg å fokusere på tilrettelagt behandling som er et tiltak som iverksettes av den enkelte kommune. Et av punktene i legeforeningens 10 – punkts program for en bedre helsetjeneste for ikke - vestlige innvandrere er at kunnskapen om innvandreres sykdomsmønster, helse- og sykdomsforståelse må økes i alle ledd i helsetjenesten (legeforening.no). Reidun Brunvatne skriver i sin bok ”Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten” at asylsøkere/flyktninger trenger et tilrettelagt tilbud for at de skal få et tilbud som er likeverdig med hva norske statsborgere får. Dette krever at helsepersonell har

engasjement, kompetanse, fleksibilitet og villighet til tverrfaglig samarbeid (Brunvatne, 2006). Dette ligger i kommunenes ansvar og det er de som må tilrettelegge en spesiell helsetjeneste for flyktninger. Et eksempel jeg ønsker å bruke for å vise hvordan et slikt tiltak kan fungere er Psykososialt team i Drammen Kommune som har satt i gang et behandlingstilbud tilrettelagt for innvandrerkvinner med psykosomatiske plager. Brunvatne skriver videre at en slik tjeneste bør ha lege, helsesøster, psykolog og fysioterapeut og at den bør samarbeide på tvers av hele helseapparatet og gjerne også interkommunalt. Oppgavens problemstillinger vil undersøkes ved å bruke dette tiltaket som eksempel, og se det i lys av relevant sosiologisk teori blant annet om aktør – struktur og Nancy Frasers teori om anerkjennelse og omfordeling. Først og fremst vil jeg se på hvordan slik tilrettelagt behandling foregår i praksis, både ved å intervjuere brukere og helsearbeidere. Hvilke erfaringer har de med tilrettelagt behandling, og hvordan de opplever helsearbeiderne arbeidet med denne pasientgruppen?

#### **2.2.4 Mulige mekanismer som kan hindre likeverdige helse- og omsorgstjenester**

Juridiske virkemidler som pasientrettigheter, rett til individuell plan, rett til vurdering og rett til nødvendig helsehjelp kan virke sosialt skjevt. Pasientrettigheter skal blant annet sikre likeverdig tilgang på helsetjenester gjennom juridisk rett til nødvendig helsehjelp, valgfrihet, rett til informasjon, medbestemmelse og rett til ny vurdering. Siden bruken av slike rettigheter til en viss grad krever ressurser i form av kunnskap – blant annet om søknadsprosesser og tilgjengelighet til tjenesten – kan en tenke seg at det fører til en opprettholdelse eller øking av sosiale skjevheter. Det må iverksettes tilstrekkelige effektive tiltak for å gjøre kravene i pasientrettighetslovgivningen kjent og tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten.

”Finansieringssystemet påvirker tilbudet av helsetjenester, og egenandeler er med på å påvirke etterspørselen. Sammenhengen mellom egenandeler og forbruk av helsetjenester er godt dokumentert internasjonalt. I en kartlegging av bruken av egenandeler i helsesektoren i ulike land (utført av program for helseøkonomi i Bergen), er det vist til studier som gir støtte for hypoteser om at etterspørselen lar seg påvirke av egenandeler” (stortingsmeld. nr.20.s.58). Egenandeler reduserer etterspørselen etter både nødvendige og unødvendige tjenester, og de tenderer til å påvirke helse og økonomi på en sosialt skjev måte. Studiene indikerer at personer med lav inntekt og personer som tilhører enkelte sosiale grupper, rammes mest

negativt. Regjeringens politikk er å redusere egenandeler på helsetjenester og å holde dem på et lavt nivå, siden dette kan være med på å fremme forskjeller i tilgangen på helsetjenester. Det er ønskelig at brukere av kommunale tjenester som har dårlig økonomi skal gis et tydeligere vern mot egenandeler og betale mindre enn de gjør i dag (st.meld.nr.20).

Organiseringen av helsetjenesten har betydning for tilgangen til tjenesten. For enkelte grupper i samfunnet kan terskelen inn til helsetjenesten være spesielt høy. Det nevnes i denne stortingsmeldingen at brukere som for eksempel syke eldre, personer med psykiske lidelser, rusmiddelavhengige og personer med utviklingshemming ikke alltid klarer å fremme egne krav og rettigheter. Dette er noe som kan føre til at disse gruppene ikke bruker helsetjenesten i samme grad som befolkningen som helhet. Av disse årsaker ønsker helse- og omsorgsdepartementet å sikre likeverdige tjenester for svake pasientgrupper gjennom best mulig styring og organisering av helsetjenesten.

Informasjon og god kommunikasjon er en forutsetning for et godt behandlingsresultat. Det ligger sterke, men ofte tause, forventninger om at brukere av offentlige tjenester også i kulturell forstand er like, eller at de må opptre som majoritetsbefolkningen, når de benytter helsetjenester. For blant annet ikke-vestlige innvandrere kan dette føre til at de får et dårligere utbytte av tjenestene enn resten av befolkningen. Dette bryter med en politisk målsetting om likeverdige tjenester og størst mulig likhet i tilgjengelighet og resultat i bruk av tjenestene. Spesielt overfor minoritetsspråklige pasienter er det viktig at helsepersonell sikrer at språklige eller kulturelle forskjeller ikke fører til misforståelser som påvirker behandlingen. Det er også viktig å ta hensyn til at forskjeller i sosial bakgrunn mellom pasient og helsepersonell kan være med på å påvirke kommunikasjonen. Enkelte plager og lidelser kan være vanskelige for pasienten å snakke om. Da kan problemene framstå som diffuse og vanskelige å behandle. Dette kan for eksempel gjelde kvinner og barn som har opplevd krenkelser, vold og traumatiske hendelser. ”Universelle ordninger må suppleres med individuelt tilpassede tjenester og tiltak som ivaretar grupper med spesielle behov. Brukerrettede og tilpassede offentlige tjenester er nødvendig for at alle, uansett bakgrunn og forutsetninger, skal få likeverdige tjenester.” (St.meld.nr.20.kap.8).

Verdens helseorganisasjon slår i rapporten *De harde fakta* fast at det å være ekskludert fra det sosiale liv og bli behandlet som mindre verdt, fører til dårligere helse. Lever man i lokalsamfunn som preges av vanskelige levekår, høy arbeidsledighet og dårlige bo - forhold

er helserisikoen også større. Arbeidsledighet, usikre arbeidsforhold, mangel på bolig, utdanning, diskriminering og stigmatisering som fører til sosial utstøting er forhold som hindrer deltakelse i samfunnet. Tilknytningen til arbeidsmarkedet er viktig for å sikre inntekt, føle seg verdsatt i samfunnet og for opplevelsen av inkludering og medvirkning. Regjeringen vil avskaffe fattigdom og redusere sosiale og økonomiske forskjeller gjennom universelle velferdsordninger, sterke fellesskapsløsninger og ved å gi alle mulighet til å delta i arbeidslivet (st.meld.nr.20). Helsetjenesten skal tilby helse- og omsorgstjenester av god kvalitet til alle. Målet er et likeverdig tilbud uavhengig av bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. For eksempel for traumatiserte flyktninger og asylsøkere vil det være behov for tilrettelagte tilbud. Staten etablerte i 2004 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. I 2006 var fem regionale ressursentre om vold, traumer og selvmord under etablering. Begge disse tiltakene er viktige for å styrke kompetansen blant helsepersonellet. Også stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) nevner dette: ”For å yte bedre helsetjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn skal opplæring og veiledning av helsepersonell styrkes innenfor rammen av eksisterende opplæringsprogrammer” (En kvinnehelsestrategi kap.11 i st.meld.nr.16 (2002-2003)).

### **2.2.5 Behov for særtilbud?**

Årene hvor Helsetjeneste for innvandrere eksisterte var preget av til dels intense ideologiske diskusjoner om innvandrere, og et sentralt tema var hvordan ulike tilbud skulle gis. Diskusjonen for og i mot sær - omsorg var et slikt tema: Var det å sy puter under armene på folk å ha en egen helsetjeneste? Virket det de - motiverende på innvandrerne å lære seg norsk og å sette seg inn i norske forhold? Og hvis de skulle ha egne tjenester, hvor lenge etter at de kom til Norge skulle et slikt tilbud opprettholdes? Når de selv mente at det var bryet verdt å reise så langt og vente på time, oftest med tolk, da var det nok en grunn til det, ifølge Austevag. Sykdomsbildene de så, avvek i noen grad fra det som var vanlig i tilsvarende norske grupper. De fant en høy forekomst av ernæringsfeil som anemier og d – vitaminmangel, diabetes, genetiske lidelser, resttilstander etter tortur og andre sterke traumer. De så imidlertid svært lite rusproblemer. Dette tilbudet gjorde at de ansatte, helsearbeiderne, hadde spesiell kompetanse når det gjaldt innvandrernes sykdommer, og hvordan disse skulle møtes. Den universelle velferdsstaten tilsier at helsetjenesten skal være lik for alle. Tjenestene

er gratis og det er hovedsakelig det offentlige som sørger for helsetjenester. Det er ikke lenger en egen helsetjeneste for innvandrere, men nyankomne flyktninger får et eget tilbud når de ankommer landet. Pasienter med innvandrerbakgrunn særbehandles dermed ikke på denne måten. Ved å tilrettelegge helsetjenester for innvandrere får de dermed ikke den samme behandlingen som majoritetsbefolkningen. Det forstås dermed som at de får særtilbud i helsevesenet. Dette forsvares imidlertid ved at det er nødvendig med særtilbud for å gi pasienter med innvandrerbakgrunn en likeverdig helsetjeneste. Skillet mellom særtilbud og likebehandling er omstridt. Den universelle velferdspolitikken tilsier at helsetjenestens tilbud skal være universelle og like for alle. Men når pasienter med innvandrerbakgrunn kommer med nye behov, og trenger ekstra behandling, må de for å likebehandles få en type særbehandling. Behovet for særbehandling er fremtredende blant innvandrerpasienter ettersom noen pasienter ikke snakker språket og må ha tolk og oversatt informasjon. Gjennom Pasientrettighetsloven § 3-5, om *informasjonens form*, foreligger en lovbestemt rett til tolk og tilpasset informasjon. Det slås fast at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. I følge denne loven har alle innvandrere rett til språklig tilrettelagt informasjon. Helsevesenet og helsepersonellet har også et behov for dette for å få gjennomført sitt arbeid. For at behandlingsspråket sikrer innfrielse av § 3-5 i Pasientrettighetsloven må helsearbeideren vite om pasienten har forstått budskapet. Samtidig skal det tilrettelegges for pasienters kulturelle og religiøse bakgrunn. Dette er også lovbestemt, og det gjelder å tilrettelegge for alle pasienters behov, ikke bare for de med innvandrerbakgrunn. Dette vil si at det ikke bare gis særtilbud til pasienter med innvandrerbakgrunn, men alle ved behov.



### 3. Teoretisk tilnærming

Det overordnede perspektivet for denne studien presenteres gjennom teori om aktør – struktur, da ved å se nærmere på Giddens' struktureringsteori. For å svare på en av oppgavens hovedproblemstillinger: ”*Hvordan pasienter med innvandrerbakgrunn påvirker det norske helsevesenet*”, vil aktør - struktur tilnærmingen anvendes som analytisk tilnærming. Pasienter med innvandrerbakgrunn og deres nye behov stiller helsesektoren overfor nye problemstillinger i forhold til hvordan det skal tilrettelegges og samtidig hvor langt de skal gå i å tilrettelegge. Det pågår en gjensidig påvirkning mellom aktørene og strukturene i helsevesenet, der føringene fra helsepolitikken setter betingelsene for hvordan helsearbeiderne skal nærme seg pasientene. Både helsearbeiderne og pasientene presenteres som aktører i denne studien. Pasientene gir tilbakemeldinger som fanges opp i systemet og gjør dermed noe med systemet. Helsearbeiderne som gjennomfører de pålagte kravene gir også tilbakemeldinger og er dermed med på å påvirke systemet. Med dette ses et samspill mellom aktører og strukturer, noe som vil settes i sammenheng med empirien og analyseres nærmere senere i oppgaven.

For å undersøke hvordan tilrettelegging av helsetjenester hemmer og fremmer likeverdig behandling vil oppgaven ta utgangspunkt i Nancy Frasers teori om anerkjennelse og omfordeling. Forholdet mellom særbehandling og likebehandling kan diskuteres og tolkes på flere måter. I denne studien avgrenses tolkningen til å diskutere myndighetenes universelle velferdspolitik, og i hvilken grad det gis særtilbud til enkelte grupper. I analysen vil forholdet mellom særbehandling og likebehandling diskuteres nærmere ut i fra empiriske funn og relevant teori. Spørsmålet om hvorvidt pasientenes behov faktisk anerkjennes i det norske helsevesenet vil også drøftes i analysekapitlet.

### 3.1 En universell velferdspolitik og medborgerskapets rettigheter

Den norske velferdsstaten kategoriseres som en universell velferdsstat. Norsk velferdspolitik har et prinsipp om at det skal gis like rettigheter og like muligheter til alle med lovlig opphold, og statsborgerskapet har ingen betydning for hvilke rettigheter man har når det gjelder å motta helsehjelp. Medborgerskapsbegrepet, mest kjent gjennom T. H Marshall, omfatter borgernes sivile, politiske og sosiale rettigheter og plikter. Medborgerskapet handler ikke bare om rettigheter og plikter, men også om aktørens frihet til å ta valg og å medvirke i samfunnet. Det ligger utenfor oppgavens rammer å gå tungt inn i medborgerskapsbegrepet, men jeg har her valgt å bruke det for å vise til det bindeleddet det utgjør i samspillet mellom pasienter med innvandrerbakgrunn og strukturene i helsevesenet. Et aktivt medborgerskap handler om deltakelse når det gjelder å ta beslutninger, ikke bare når det gjelder felles velferdsspørsmål, men også i helsevesenet. For å ha et fullverdig medborgerskap kreves det likeverdige goder. For å gi likeverdige tjenester til pasienter med innvandrerbakgrunn tilrettelegger helsevesenet for at pasienter med innvandrerbakgrunn skal få likeverdige helsetjenester og mulighet til å være aktive medborgere i helsevesenet. Ved at pasientene har mulighet til å utvikle seg til aktive medborgere, gis de samtidig mulighet til å delta aktivt i samspillet med strukturene.

Myndighetene styrer, gjennom regjeringen og stortinget, prioriteringer og ressursoverføringer til helsevesenet. De betraktes som aktører som inngår i et samspill med strukturene, der også pasientene og helsearbeiderne er aktører som både påvirkes av strukturene og skaper strukturene i helsevesenet. Helsepolitikkenes betydning for disse aktørene må tas med i betraktning når samspillet mellom strukturene og aktørene i helsevesenet skal studeres. For å kunne analysere dette samspillet er det nødvendig å gå nærmere inn på noen teoretiske begreper. For det første forholdet mellom *anerkjennelse* og *omfordeling*. For det andre Giddens' struktureringsteori og begrepet *sosial prosess*.

## 3.2 Forholdet mellom omfordeling og anerkjennelse

Tilrettelegging av helsetjenester for pasienter med innvandrerbakgrunn iverksettes gjennom velferdsstaten som en mekanisme til å gi disse aktørene mulighet til å komme opp på samme nivå som majoritetsbefolkningen når det gjelder velferd og helse. Ved å tilrettelegge helsetjenesten anerkjennes denne pasientgruppens særskilte behov og samtidig styrkes forutsetningene for likhet når det gjelder helse. Da det er vist at innvandrere med ikke – vestlig opprinnelse har dårligere helse enn majoritetsbefolkningen har ekstra ressurser blitt gitt, i form av tilrettelegging. Den norske velferdspolitikken ønsker å anerkjenne minoritetenes spesielle behov, anerkjenne at de trenger en spesiell tilrettelegging av helsetjenester, for å oppnå en rettferdig omfordeling. Med denne omfordelingen er målet at de skal komme bedre ut enn de ellers ville ha gjort. Men er det slik at denne politikken gir en anerkjennelse av innvandrerpasienter og deres behov? Nancy Frasers redistribution – recognition dikotomi (todeling) oversettes til norsk som forholdet mellom omfordeling og anerkjennelse. I denne sammenheng vil særbehandling forstås som krav til anerkjennelse. Omfordeling som den universalistiske tilnærmingen, handler om likestilling og likeverdige goder, og om utjevning når det gjelder godet helse. For å oppnå sosial likhet og jevne ut helseforskjellene mellom innvandrere og majoritetsbefolkningen kreves en omfordeling med hensyn til godet helse.

I teksten ”*Social Justice in the Age of Identity Politics: Redistribution, Recognition, and Participation*” (2003), skriver Fraser at de sosiale rettferdighetskampene enten har vært motivert av *kravet om omfordeling* eller av *kravet om anerkjennelse*. Frasers dikotomi ser rettferdighet både i lys av økonomisk omfordeling (redistribution) og kulturell anerkjennelse (recognition). Omfordeling dreier seg om kampen for et mer rettferdig samfunn ut fra krav om økonomisk omfordeling og sosial likhet. For å oppnå en rettferdig fordeling av ressurser og velstand kreves omfordeling. Eksempelvis omfordeling fra ’nord til sør’, fra ’de rike til de fattige’ og fra ’eierne til arbeiderne’. Rettferdighetskrav som er rettet mot fordelingsrettferdighet tar sikte på å jevne ut økonomiske og sosiale forskjeller ved å fremme krav om *likhet*. Forsøk på å løse problemene som er knyttet til fordelingsrettferdighet vil i de fleste tilfeller kreve at man foretar en omorganisering av (de økonomiske) strukturene. Motsetningen til omfordelingskravene er *anerkjennelseskravene*, som refererer til identitetspolitiske kamper: ”*The politics of recognition*”. Her er målet en ’forskjells – vennlig’ verden, der assimilasjon til majoriteten, eller dominerende kulturelle normer, ikke

lenger er prisen å betale for å oppnå lik respekt. Dette vil si en anerkjennelse av blant annet etniske minoriteter og (begge) kjønn. Mens omfordelingskravene tar sikte på å oppløse sosiale forskjeller, ønskes det med anerkjennelseskravene å bevare forskjellene (Fraser, 2003). Det som gjør Frasers teori interessant i denne sammenheng er at hun oppfatter anerkjennelsen som nødvendig for å fremme en omfordeling og dermed like rettigheter. Anerkjennelse handler altså om rettferdighet. Spørsmålet blir i analysen å besvare hvilke sosiale praksiser aktørene opplever som urettferdige? I analysen vil jeg samtidig forsøke å besvare spørsmålet om hvorvidt tilrettelegging av helsetjenester fremmer likhet i helse, som jo er tilretteleggingens mål.

### **3.2.1 Rettferdighet**

Målet om rettferdighet setter anerkjennelse i sentrum. Fra den tidligere sentreringen rundt omfordeling er det den senere tiden blitt en større bevisstgjøring på anerkjennelsesdimensjonen, (i tillegg til omfordeling). Fraser hevder det ikke må skilles mellom enten anerkjennelse eller omfordeling, men at rettferdighet avhenger av begge dimensjonene. Rettferdighet handler i denne sammenheng om å anerkjenne innvandrerpasienters spesielle behov, og anerkjenne at de trenger en spesiell tilrettelegging, for å oppnå en omfordeling. Hvilke velferdsstatlige mekanismer tas i bruk for å hjelpe denne pasientgruppen særskilt slik at de har mulighet til å komme opp på samme nivå når det gjelder velferd og helse som resten av befolkningen? Og hvordan kombineres anerkjennelse - og omfordelings- dikotomien?

I følge Frasers teori er det analytisk mulig å skille mellom to former for rettferdighet: Den symbolske rettferdighet og den sosioøkonomiske rettferdighet. Den sosioøkonomiske rettferdighet krever en rettferdig fordeling av ressurser til alle grupper, mens den symbolske rettferdighet ønsker å synliggjøre enkelte grupper. Først og fremst hevder Fraser at verken omfordeling, universelle tilbud, eller anerkjennelse av særbehandling alene, er tilstrekkelig for å overvinne urettferdighet; de må forenes og kombineres. Undersøkelser viser at ikke – vestlige innvandrere har dårligere helse sammenliknet med majoritetsbefolkningen. Fordelingsmessig urettferdighet kan, i følge Fraser, bare rettes opp ved en politikk for omfordeling. Om innvandrere og etniske minoriteter blir sett på som 'de andre', som mindreverdige borgere i samfunnet, og utsettes for sosial ekskludering, eller har dårligere helse enn majoritetsbefolkningen, kreves en politikk for anerkjennelse for å rette opp

urettferdigheten. Her vil politikken for anerkjennelse dreie seg om å få innvandrere med ikke – vestlig opprinnelse opp på samme nivå som majoritetsbefolkningen, når det gjelder helse, da gjennom å iverksette tilrettelegging av helsetjenester for denne gruppen.

Den sosioøkonomiske rettferdighet risikerer å bli overkjørt av spesialtilpasning for enkelte grupper, i følge Fraser. Hun viser til at det finnes to modeller for å håndtere dette dilemmaet: Den affirmative og den transformative. Den affirmative modellen innebærer en utvendig omstrukturering av ressurser som ytterligere forsterker eksisterende gruppedifferensiering. Den transformative innebærer en dyptgående omstrukturering både av ressurser og anerkjennelse, som rekonstruerer gruppedifferensiering, og kan generere en økt anerkjennelse av pasienter med innvandrerbakgrunn. Ettersom det tilbys gratis helsetjenester i Norge, kan det ved første øyekast se ut til at fordelingskravene er uten betydning når vi snakker om det norske helsevesenet. Dette argumentet faller imidlertid bort når undersøkelser om innvandreres helse viser at personer med ikke – vestlig innvandrerbakgrunn har dårligere helse, og andre typer sykdommer, enn majoritetsbefolkningen. Dette har ført til opprettelse av egne særtiltak for minoritetsbefolkningen. Eksempelvis i form av tolketjenester, spesielt tilrettelagt informasjon og egne behandlingsopplegg for innvandrere. Tiltakene er ment å gi denne gruppen en likeverdig helsetjeneste, og de samme forutsetningene for helse som majoritetsbefolkningen. Problemet med slike tiltak er at de i stedet for å minske forskjellene kan fremkalle enda flere forskjeller. Større forskjeller kan handle om dårligere integrering gjennom å skille pasienter med innvandrerbakgrunn fra andre pasienter. Holdninger der det skilles mellom 'oss' og 'de andre' vil på denne måten kunne forsterkes. Er det slik at tilretteleggingstiltakene fører med seg større forskjeller mellom minoritetene og majoritetene i samfunnet?

Likhetsprinsippet tilsier at pasienter med innvandrerbakgrunn har samme utgangspunkt, men ulike forutsetninger for å få likeverdig behandling. Gjennom omfordeling av godet helse gir myndighetene universelle og like tilbud når det gjelder helse til hele befolkningen. Dette skal i bunn og grunn sikre alle de samme utgangspunktene når det gjelder helse. Når det imidlertid viser seg at ikke – vestlige innvandrere har andre typer sykdommer og generelt dårligere helse enn majoritetsbefolkningen kan det tyde på at de ikke har de samme forutsetningene for å få likeverdig behandling. Spørsmålet blir i denne sammenheng om de faktisk har samme utgangspunkt, og de samme forutsetningene som majoritetsbefolkningen?

### 3.2.2 "Deltakelse på like vilkår"

Nancy Fraser legger også vekt på deltagelse når hun hevder at rettferdighet handler om 'deltakelse på like vilkår' (parity of participation) gjennom rettferdig fordeling på den ene siden og anerkjennelse og respekt for forskjellighet på den andre, dvs. både materielle og kulturelle forhold. Rettferdighet krever samfunnsstrukturer og arenaer som tillater alle (voksne) samfunnsborgere å samhandle som jevnbyrdige medborgere. Her presenteres de to kravene; *fordelingskrav* og *anerkjennelseskrav*. Det første kravet refererer til den objektive betingelsen for deltagelse på like vilkår, mens det andre kravet viser til den intersubjektive betingelsen for likeverdig samhandling. Et viktig spørsmål i denne sammenheng er hvorvidt den aktuelle praksisen i dagens helsevesen bidrar til å sikre både den objektive og den intersubjektive betingelsen for deltagelse på like vilkår? Eller om den underminerer disse? Dette spørsmålet er sentralt i diskusjonen av hvorvidt likeverdige helsetjenester hemmes eller fremmes av tilretteleggings - tiltak som tar sikte på å utjevne sosiale ulikheter i helse. En utfordring med tanke på lik deltagelse ("Parity of participation") er når en gruppe gis særbehandling. De deltar da ikke lenger på lik linje med majoritetsbefolkningen. Nedvurdering av enkelte kategorier av mennesker eller en overdrivelse av deres annerledeshet må unngås for å nå de intersubjektive betingelsene. For at likeverdig deltagelse skal bli en realitet må minst to forhold være oppfylt, ifølge Fraser: For det første må fordeling av materielle ressurser være slik at alle borgere sikres *uavhengighet og innflytelse*, og for det andre må *institusjonaliserte kulturelle verdimønstre uttrykke lik respekt* for alle borgere og garantere like muligheter til å oppnå sosial respekt. Studier om innvandrere og det norske helsevesen viser at det som særlig skiller pasienter med innvandrerbakgrunn fra andre pasienter er høyere forekomst av enkelte sykdommer, andre kulturelle praksiser i forhold til sykdom og problemer knyttet til språk. Helse-determinanter som grad av sosial isolasjon, sosial støtte og nettverk nevnes som mulige forklaringsvariabler på innvandreres dårligere helse sammenliknet med majoritetsbefolkningen. For å sikre pasienter med innvandrerbakgrunn likeverdige helsetjenester har myndighetene satt i gang ulike tiltak, blant annet økt bruk av tolketjenester, utdanning av egne kulturveiledere og egne tilrettelagte behandlingstilbud for innvandrere. Dette kan forstås som materielle betingelser i form av tiltak og organisering av tilbud. Dette er ment å sikre *uavhengighet og innflytelse* for innvandrere, slik Fraser foreskriver. Denne studien vil forsøke å bringe mer kunnskap både om materielle og kulturelle forhold som fremmer og hemmer likeverdige helsetjenester. I

forhold til relasjonen mellom omfordeling og anerkjennelse, likebehandling og særbehandling, hvilken innflytelse på pasienter med innvandrerbakgrunn har de politiske føringene? Og fører disse til en større respekt for - og anerkjennelse av pasienter med innvandrerbakgrunn?

Begrepsapparatet til Fraser gjør oss i stand til å se hvordan den norske helsepolitikken har hatt et ensidig fokus på *likhetstanken*, og muligvis fortrenget det som kan omtales som *likeverdighetstanken*. Den norske helsepolitikken har basert seg på ideen om *likhet*: På den ene siden har man satset på å tilby like helsetjenester til alle (rett og plikt til helsetjenester, gratis, uansett hvor man bor eller kommer fra). På den andre siden har det den senere tiden blitt lagt større vekt på institusjonell integrering av forskjellige typer tilrettelegging for pasienter med innvandrerbakgrunn. Kanskje kom dette arbeidet sent i gang på grunn av politikkenes ensidige fokus på likhet?

### **3.2.3 Krenkelser**

Axel Honneth beskriver menneskers ”behov for anerkjennelse” i “Redistribution as Recognition – A Response to Nancy Fraser”. I *Redistribution or Recognition? A Political-Philosophical Exchange* (2003). Med dette mener han at personers praktiske selvforhold rystes gjennom å møte krenkelser. Krenkelseserfaringer vil dermed, ut fra dette perspektivet, fungere som motivasjon til kamp om anerkjennelse. Krenkelser kan i denne sammenheng eksempelvis være diskriminering, språkbarrierer og kulturelle forskjeller som ikke møtes osv. Et annet begrep som også kan brukes i studien er neglisjering. Hvorvidt pasienter med innvandrerbakgrunn krenkes eller neglisjeres i helsevesenet kan være viktig i denne sammenheng.

### **3.2.4 Rettferdig fordeling av helsetjenester**

Velferdsstaten har som mål å få til ulike former for omfordeling. I det norske samfunn er det over tid blitt utviklet et sett med felles verdier som også representerer den norske velferdsstaten. Prinsippet om solidaritet står sentralt, dvs. at samfunnet har et spesielt ansvar for å ta seg av de svakeste, også de som ikke selv har ressurser til å fremme sine rettmessige

krav. Offentlige organer har altså en viss plikt til å være oppsøkende med sine tilbud. I det norske samfunn står kravene om likhet og rettferdig fordeling sterkt. Det er av sentral betydning at alle skal ha lik tilgang til medisinsk behandling, pleie og oppfølging. Helse er et grunnleggende gode for alle, og sykdom og lidelse er ofte utenfor individets kontroll. Mange sykdommer rammer tilfeldig og forskjellig, og målsettingen er å gi alle et likeverdig tilbud. Det innebærer imidlertid at tilbudet utformes forskjellig til forskjellige pasienter. Spørsmålet om hvordan likeverd og rettferdighet skal defineres og avveies mot hverandre har vært diskutert i ulike offentlige dokumenter. Det såkalte Lønning-utvalget (NOU 1987:23) operasjonaliserte begrepet rettferdig fordeling av helsetilbudet som fordeling etter tilstandens alvorlighetsgrad og tiltakets nytte. Det er ikke alltid slik at helsetjenester fordeles på en rettferdig eller likeverdig måte. Dette kan i noen grad forklares ved at det er vanskelig å presisere *likhetsbegreper* ved tildeling av helsetjenester, og at det er uenighet knyttet til definisjon og operasjonalisering av begrepet. Det kan være anvendelig å skille mellom to dimensjoner av likhetsnormen: Den ene dimensjonen uttrykker hva som er ønskelig å få ut av helsetjenesten: Et likeverdig tilbud kan forstås som et tilbud som gir alle like muligheter til å bli så friske som de har forutsetninger for. I offentlige helsepolitiske dokumenter har det tidligere vært lagt vekt på resultatlikhet som ideal, dvs. at likhet forstås som likhet i den helsetilstand som oppnås. Et slikt ideal kan være relevant i forhold til forebyggende arbeid, men ellers kan en slik målsetting være for ambisiøs. Samtidig er denne målsettingen også en praktisk umulighet. Moderne medisin kan ikke kurere alle sykdommer og lidelser som oppstår. Mange syke vil aldri kunne oppnå samme helsetilstand som andre. Lønning - utvalgets likhetsdefinisjon uttrykker en modifisert form for resultatlikhet. Helsevesenets ressurser bør rettes inn mot å støtte individenes evne til mestring av sykdom like mye som å ha full helbredelse eller ideell helse som mål, fordi dette svært ofte ikke er mulig. Den andre dimensjonen uttrykker hva som er uakseptable grunner for forskjellsbehandling og har sammenheng med organiseringen av tilbudet. Tilbudet skal være like tilgjengelig, relevant og faglig godt for alle, uavhengig av visse egenskaper ved personene. På denne bakgrunn foreslo Sosial- og helsedepartementet i St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring, at følgende målsetting skulle ligge til grunn for prioriteringer: «Helsetjenester bør fordeles slik at alle skal kunne bli så friske som de etter sine muligheter har forutsetning for. Tilbudet bør være like tilgjengelig, relevant og faglig godt for alle uavhengig av kjønn, seksuell legning, etnisk bakgrunn, religiøs tilknytning, sosial status eller bosted.» (Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 1997).



### **3.2.5 Anerkjennelse av minoriteter i helsevesenet**

Norges politikk overfor nasjonale minoriteter har opp gjennom historien vært preget av krav om fornorskning og ensidig tilpasning til storsamfunnet. Minoritetsgruppers språk og kultur ble nedvurdert og til dels forsøkt utslettet. Etter den annen verdenskrig har det gradvis skjedd en endring i myndighetenes politikk overfor minoriteter, og verdien av at Norge er et flerkulturelt og mangfoldig samfunn har blitt anerkjent. På bakgrunn av Norges ratifisering av Europarådets rammekonvensjon om beskyttelse av nasjonale minoriteter, har Fornyings-, administrasjons- og Kirkedepartementet fått et samordningsansvar for statlig politikk som berører de aktuelle minoritetsgruppene i Norge. I demokratiske samfunn anerkjennes borgere som borgere ved at alle, uavhengig av hvem de er, behandles som likeverdige. Alle borgere tilskrives et identisk sett av statsborgerlige rettigheter (organisasjonsfrihet, religionsfrihet, stemmerett, velferd etc). Tilrettelegging og tilbud om særtilbud til enkelte grupper kan ut fra dette forstås om et slags brudd med tanken på forskjellsblindhet? Er ikke minoriteters rett til og "ivareta sin kultur" allerede sikret gjennom det allmenne norske helsevesen og andre institusjoner? Kan ikke slik positiv forskjellsbehandling oppfattes som en slags reversering av den historiske utviklingen, fra et samfunn preget av sosiale hierarkier og diskriminerende forskjeller mellom befolkningsgrupper, til et samfunn basert på like rettigheter? Fører ikke en slik forskjellsbehandling til at man faktisk ikke blir behandlet likt? Disse temaene vil jeg komme tilbake til i analysekapitlet.

### 3.3 Tilnærming til aktør – struktur

Gjennom en utvikling av medborgerskapet hos innvandrerbefolkningen blir pasientene med innvandrerbakgrunn langsomt i stand til å nyttiggjøre seg den anerkjennelsen de får gjennom tilrettelegging i helsevesenet. Det foregår et samspill mellom myndighetenes politiske føringer som legges på helsearbeiderne, pasientene som mottar tilrettelagt behandling og strukturene i helsevesenet. Aktørene i denne studien består av pasienter med innvandrerbakgrunn som mottar tilrettelagt behandling. Samtidig er helsearbeiderne som jobber med denne pasientgruppen, og helsearbeidere som jobber med å tilrettelegge helsetjenester en viktig aktørgruppe. Velferdsstaten og myndighetene, gjennom Storting og regjering spiller også en viktig aktørrolle. Politikken legger føringene for hvordan helsearbeiderne skal håndtere den aktuelle pasientgruppen og hvordan tilretteleggingen skal utformes og gjennomføres i praksis. Samspillet mellom pasientene som mottar de tilrettelagte tjenestene, helsearbeiderne som følger myndighetenes føringer, og strukturene i helsevesenet vil analyseres i analysekapitlet senere i oppgaven.

Strukturasjonsteorien finner jeg relevant for denne studien siden den fungerer som et analytisk verktøy for å se på samspillet mellom aktørene og strukturene. Det er ikke bare institusjonene og strukturene som gjør seg gjeldende og legger føringer på pasientene og helsearbeiderne, men disse er også aktive og spiller tilbake igjen til institusjonene. Dette ved at pasienter med innvandrerbakgrunn, i kraft av seg selv, har andre behov enn majoritetsbefolkningen, kommer med andre typer sykdommer, og gjør seg gjeldende i samfunnet og helsevesenet. Det er ikke bare pasientgruppen med særskilte behov som må håndteres, men det tilføres samtidig et behov for nye strukturer i helsevesenet. Disse nye strukturene omfatter retningslinjer for hvordan denne pasientgruppens behov skal møtes og hvordan pasienter med særskilte behov skal behandles i det norske helsevesenet. Helsevesenet påvirkes på denne måten ved at det må utarbeides nye praksiser, helsearbeiderne må tilrettelegge på nye måter, og det kan som resultat av dette igjen bli et behov for å forandre på strukturene i helsevesenet.

Struktur og aktør kan forstås som to motpoler, men her vil forholdet mellom dem ses som et *gjensidig samspill*. Dette kan bidra til en økt forståelse av arbeidet med å tilby likeverdige helsetjenester, og behovet for å tilrettelegge behandlingen for enkelte utsatte grupper i helsevesenet. Som teoretisk bakgrunn, benyttes altså blant annet Giddens' struktureringsteori. Struktureringsteorien vil i den analytiske tilnærmingen vise til en bakgrunnsforståelse som kaster lys over relevante faktorer i tilknytning til arbeidet med likeverdige helsetjenester.

Påvirkningen mellom individer og samfunn antas å gå begge veier: fra individet mot miljøet rundt, og fra omgivelsene mot individet.

### **3.3.1 De ulike aktører og strukturer i helsevesenet**

Denne studien omfatter flere ulike typer aktører. En aktørgruppe består av pasienter med innvandrerbakgrunn. En annen viktig aktørgruppe er de ansatte i helsevesenet, helsepersonellet som jobber med dette til daglig. Samtidig er også regjering og Storting en aktør i og med at den utarbeider praksiser og retningslinjer som påvirker aktørene og strukturene. Den som utfører en handling defineres som en aktør. Aktører kan være både personer, grupper og organisasjoner. De er aktører både som enkeltpersoner og som grupper. Strukturen setter rammene for handlingen. Når det gjelder strukturene i denne sammenheng er det helsevesenet som en overordnet institusjon som er den viktigste strukturen og som skal ses i sammenheng med de aktuelle aktørene. Struktur defineres gjerne som et sett enheter som er ordnet i forhold til hverandre i et bestemt mønster. På makronivå kan begrepet referere til sosioøkonomisk stratifisering, for eksempel klassestrukturer, sosiale institusjoner eller andre relasjoner mellom store sosiale grupper. På mesonivå kan det referere til strukturene i det sosiale nettverket mellom individer og organisasjoner, mens det på mikronivå kan referere til måtene normer former atferden til aktørene innenfor det sosiale systemet. Sosial struktur er relasjoner mellom sosiale elementer som mennesker, posisjoner og de organisatoriske enheter de hører til.

Det er ikke lenger like vanlig å ta utgangspunkt enten i aktørene eller i strukturene.

Metodologisk individualisme tar imidlertid utgangspunkt i at hendelser i samfunnet er resultater av enkeltindividers handlinger og at samfunn ikke har noen kollektiv handlingsevne (Østerberg, 2003). Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i at det foregår et samspill mellom de nevnte aktørene og strukturene, og deretter analysere dette i sammenheng med det empiriske materialet.

### **3.3.2 Aktør- og strukturbetingelser**

Både helse, alder, språkkunnskaper og menneskelige ressurser er viktige individbetingelser. En forutsetning for å kunne tilby pasienter med innvandrerbakgrunn likeverdige- og tilrettelagte helsetjenester er at det finnes nok menneskelige ressurser. Både det at helsearbeiderne har kompetanse til å drive arbeidet fremover, og at de har kunnskap og tid

nok til å tilrettelegge tjenestene er vesentlig for å kunne gi pasientene en likeverdig behandling. Aktørbetingelser henger sammen med strukturelle forhold ved at både pasientene og de ansatte i helsevesenet eier problemene. Pasientene er de som har et behov for tilrettelegging, og er dermed årsaken til- og målgruppe for tiltakene. Helsevesenet som en overordnet institusjon og de organisasjonsmessige forholdene lokalt er viktige strukturbetingelser både for pasientene og for helsearbeiderne. Det ligger en rekke føringer i systemene i forhold til hvordan det skal tilrettelegges for pasientene som helsearbeiderne er preget av. De ansatte i helsevesenet skaper tiltakene og de tilrettelegger tjenestene når pasientene har et behov for det. Dette gjør de ut i fra de gjeldende føringer som er fastlagt i politikken. Helsearbeiderne står dermed ikke fritt til å tilrettelegge tjenestene og skape eventuelle nye tilretteleggingstiltak, de må følge myndighetenes føringer som er fastlagt i politikken. Institusjoner og organiseringsmessige forhold er en del av strukturbetingelsene. Det blir problematisk for helsearbeiderne dersom det ikke foreligger klare retningslinjer i forhold til hvordan de skal tilrettelegge. Eksempelvis ved manglende retningslinjer i institusjonen for når det skal tas i bruk tolk i behandlingen. Dette kan føre til at pasientene ikke gis likeverdig behandling dersom de ikke får tolk i tilfeller hvor de burde fått det. Både for pasientene og helsearbeiderne lokalt er organiseringen av helsevesenet av betydning for om de i pasientenes tilfelle mottar tilrettelagte tjenester, og for helsearbeiderne klarer å levere pasientene det de har krav på i forhold til likeverdige helsetjenester.

Hvilke holdninger helsearbeiderne og pasientene har til hverandre, og til selve ideologien og visjonen bak tiltaket, er utvilsomt viktig for utviklingen. Dersom det eksempelvis skal iverksettes et tiltak for å fremme likeverdige helsetjenester, vil kanskje en helsearbeider med engasjement for saken forholde seg annerledes enn en med lite interesse for temaet. På bakgrunn av at arbeidet med likeverdige helsetjenester og tilrettelegging hittil har sett ut til å være drevet fremover av ildsjeler med stort engasjement, vil det kunne antas at tilbudet om tilrettelegging ikke ville vært kommet like langt uten visse aktører. Enkeltaktørers interesser spiller en viktig rolle som drivkraft i utviklingen; det går selvfølgelig bedre hvis de ansatte i helsevesenet er interesserte i temaet og har et engasjement for det de jobber med. Det hjelper samtidig hvis de ansatte i helsevesenet, myndighetene og pasientene har samsvarende interesser. At de er enige om at gjeldende føringer er riktige for å sørge for at likeverdighets – prinsippet etterkommes. Kunnskap og kompetanse er andre viktige stikkord. Føler helsearbeiderne at de er kompetente til å drive dette arbeidet fremover? Kompetanse er også

viktig på en indirekte måte, fordi kompetanse gir legitimitet. Faglig tyngde og formell kompetanse har stor betydning, først og fremst fordi det gir legitimitet både i kommunikasjonen med det sentrale nivået, og innad i den aktuelle institusjonen. Faglig og formell kompetanse gjør det også lettere å få gjennomslag hos lederen i institusjonen.

Økonomiske ressurser kan både ses som en aktørbetingelse og en strukturbetingelse. Ofte er manglende økonomiske ressurser (for lite penger) en vanlig forklaring på hvorfor noe ikke fungerer optimalt. Det er lett å skyld på dårlig økonomi og spinkle bevilgninger, dersom suksessen uteblir. Og det er riktig at det er lettere å lykkes dersom man har rikelig med økonomiske midler. Individenes økonomiske ressurser er også viktig i helsemessig sammenheng. Forskning viser at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse, der de med lav sosioøkonomisk status har dårligere helsemessige forutsetninger. Hvorvidt det faktisk er slik at manglende ressurser er en hindring for pasientene og helsearbeiderne med tanke på likeverdige helsetjenester vil jeg se nærmere på i analysen senere i oppgaven.

Menneskers handlinger settes i sammenheng med strukturelle forklaringer i denne studien. For å gjøre dette kreves en teori om aktørene, en beregning av betingelsene og konsekvensene av handlingen, og en forståelse eller fortolkning av strukturene som legger føringene for betingelsene og konsekvensene. Med utgangspunkt i Giddens' teori vil oppgaven gjøre rede for samspillet mellom aktørene og strukturene i helsevesenet.

### 3.4 Presentasjon av Giddens

Anthony Giddens' teori er svært omfattende og tar for seg flere aspekter rundt samfunn og politikk. Derfor presenteres de deler som har størst relevans for temaet i denne studien.

Giddens' ambisjon har vært å skape en *sosialteori* både på individplan, gruppeplan og mellom stater og kulturkretser. Anthony Giddens presenterer dualitetsprinsippet, "the principle of the duality of structure" (1984), for å bygge bro over skillet mellom aktør og struktur. Med dette kommer hans teori *strukturasjonsteorien*, der han ønsker å belyse at strukturer ikke opprettholdes, men reproduseres eller gjenskapes gjennom handlende aktører.

Reproduksjonen av nye strukturer i helsevesenet ses som et samspill med aktørene, og er derfor en nyttig tilnærming til empirien i denne studien.

Det har blitt rettet kritikk mot Giddens, da noen mener han legger for mye vekt på aktørsiden og undervurderer de, materielle strukturene, f.eks. i form av ulikheter i ressurser og maktforhold, som kan sies å legge ytre føringer på individenes handlingsmuligheter. Det finnes imidlertid andre kritikere som mener det motsatte, at aktørene får for lite fokus.

Det største, og kanskje viktigste bidraget fra Giddens er strukturasjonsteorien. Giddens mener at aktørene er aktive og benytter seg av den sosiale strukturen, mens strukturen på sin side gir individene muligheter og begrensninger. Individenes handlinger påvirker og skaper strukturen, noe som igjen påvirker deres muligheter. Struktureringsteorien gir en teoretisk inngang til et analytisk utgangspunkt for å vise en forståelse av empirien i oppgaven. Den teoretiske vinklingen danner et fundament for å forstå samspillet mellom strukturer og aktører i helsevesenet; pasienter med innvandrerbakgrunn, helsepersonell, myndighetenes politiske føringer og helsevesenet. En slik forståelse kan bidra til større bevissthet og en fremgang i arbeidet med likeverdige helsetjenester. Giddens' struktureringsteori anvendes først og fremst som et begrepsapparat som viser til relevante dimensjoner i samspillet mellom aktører og strukturer. Mer spesifikt defineres dette som de *begrensninger og muligheter* som kan legge føringer på aktørene, helsepersonellet som jobber med en krevende brukergruppe og pasienter med innvandrerbakgrunn som mottar tilrettelagte tjenester.

### 3.4.1 Strukturasjonsteorien

Med begrepet "Strukturenes tosidighet" hevder Giddens at aktør og struktur – perspektivene på samfunnet ikke skal ses hver for seg, men som gjensidig utfyllende. Samfunnsstrukturene opprettholdes og gjenskapes gjennom enkeltpersoners og grupperes handlinger og samhandling, der strukturene både muliggjør og begrenser handlingsmulighetene.

Giddens' kjente verk; "*The Constitution of Society*" (1984), forklarer hvordan strukturer og aktører ikke defineres som to selvstendige enheter, men ses som to likeverdige og gjensidig avhengige deler av samme helhet. En helhetlig forståelse av samspillet mellom aktører og strukturer i helsevesenet, tar utgangspunkt i Giddens dualitetsbegrep. Samspillet mellom aktørene og strukturene i denne sammenheng handler om at det ikke bare er institusjonene og strukturene som gjør seg gjeldende, men at også aktørene er aktive og spiller tilbake igjen til institusjonene. Dette ved at de i kraft av seg selv har andre, nye behov de tilfører helsevesenet. Det at innvandrere kommer inn i helsevesenet og har med seg andre egenskaper enn majoritetsbefolkningen gjør at helsevesenet blir påvirket og at de må tilrettelegge på nye måter, samt strukturere institusjonene på nye måter.

Med strukturasjonsteorien forklarer Giddens både kontinuitet og forandring: Strukturene reproduseres ved aktørens handlinger, og forandring skjer når agentenes handlinger går fra den praktiske bevissthet til det diskursive nivå. Ved å være bevisste på dem får de mulighet til å endre dem og dermed påvirke strukturen, som igjen setter nye rammer for deres handlinger. På denne måten produserer aktørene en strøm av handlinger som produserer og reproduserer strukturen. Videre påvirker strukturen igjen aktørens handlinger.

Giddens mener at sosiologien ikke skal ta utgangspunkt i enten *aktøren* eller *strukturen*, da det er en sammenhengende relasjon der struktur må sees på som både middelet til- og resultatet av menneskelig handling. Aktør – struktur må derfor ses som en *strukturdualitet*. Strukturasjonsteorien kan forklares som en *sosial prosess* som involverer den gjensidige interaksjonen mellom menneskelige aktører og strukturelle egenskaper. På denne måten skaper aktørens handlinger og interaksjon, i rom og tid, strukturelle muligheter og begrensninger. Det blir på denne måten en dualitet mellom struktur og aktør. Her utgjør handling og struktur to aspekter ved en og samme prosess. En prosess hvor praksis, som betinges av romlige og tidsmessige strukturer, resulterer i sosiale strukturer. Med dette som utgangspunkt vil de sosiale strukturer her ses som et produkt av aktørens praksis. I denne sammenheng blir det viktig å belyse hvordan nye aktører tilfører nye behov, og hvordan dette fører til en endring av helsevesenets strukturer og gir nye betingelser for praksis. Dette

resulterer i nye sosiale strukturer som gir nye muligheter, men også begrensninger for de nye aktørene.

### 3.4.2 Handling

Gjennom to ulike grunnlag for handling, kan det føre til en bedre forståelse av hvordan pasienter med innvandrerbakgrunn og helsepersonell påvirker helsevesenet i forhold til det Giddens (1984) omtaler som ”*discursive consciousness*,” og praktisk bevissthet - ”*practical consciousness*”. Den beskrivende bevisstheten viser til en handling som er mulig å uttale ved hjelp av ord, mens den praktiske betegner handlinger som man tar for gitt. Giddens betegner prosessen mellom handling og struktur som sosial praksis. For å forklare sosial praksis vil aktørbegrepet benyttes. I dette tilfellet vil aktøren (pasienten, helsearbeideren, og politiske føringer), være bevisste og ha kunnskap fremfor å være styrt av strukturer. Med dette mener Giddens at aktøren har en *praktisk bevissthet* i forhold til møtet med helsevesenet. Gjennom den *diskursive bevissthet* kan aktøren forklare eksplisitt hvilke behov som er gjeldende og hvordan arbeidet gjøres. Den kunnskapen og de erfaringene som aktørene har på et felt, bedrer mulighetene for en god håndtering av ulike saker og situasjoner (Giddens 1984). I følge Giddens eksisterer det også en tredje form for bevissthet - ”*unconsciousness*”. Siden jeg skal se på handling som er gjort med en intensjon i et mål av helsearbeiderne, og både den uintenderte og intenderte fra pasientene i denne sammenheng, blir dette relatert til å opprette nye praksiser i helsevesenet. Selv om det finnes en forklaring på hvorfor handlingen utføres kan det være flere *ubevisste motiver* som ikke redegjøres for, som man ikke tenker over eller som kan være fortrenget. Eksempelvis pasienters handlinger som ubevisst fremmer behov for tilrettelegging. Alle disse tre nivåene er viktige for å forstå det sosiale liv, i følge Giddens. Selv om praktisk bevissthet er det mest avgjørende, kan den uuttalte kunnskapen være undervurdert. Det ubevisste nivå skaper aktørenes ubevisste handlinger og motiver. Med dette presenterer Giddens aktøren som uvitende om sine handlinger, og dermed en produsent av *utilsiktede konsekvenser*. Både de ubevisste og de bevisste konsekvensene genererer endringer i strukturen og dermed nye vilkår for handling. Aktøren er med på å produsere strukturen og strukturen er med på å skape aktøren. Det tas med dette et utgangspunkt i at aktøren er en selvstendig sosial aktør, men at det skjer innenfor visse rammer og forutsetninger som vil variere fra individ til individ. Handlingsrommet varierer med andre ord, og kunnskap om hvor handlingsrommet starter, slutter og kan utvides vil være sentralt for en persons evne til å



navigere innenfor dette som en selvstendig sosial aktør. Dette vil omtales grundigere i analysedelen.

### 3.4.3 Struktur og system

Giddens skiller mellom *struktur* og *system*. *Sosiale systemer* består av relasjoner mellom aktører og reproduseres på tvers av tid og rom. *Struktur* blir karakterisert ved fravær av handlende subjekter og har kun virtuell eksistens. Strukturer er kun til stede som en mulighet, og viser seg ikke aktivt. Strukturer kommer frem i hukommelsen, når vi reflekterer diskursivt over en tidligere utført handling. Struktur og strukturelle egenskaper består av regler og ressurser som aktørene trekker på i produksjonen og reproduksjonen av det sosiale liv og dermed også strukturen. Struktur er både middelet til- og resultatet av den praksisen som konstituerer sosiale systemer. Dermed oppfattes struktur - aktør forholdet ikke lenger som en dualisme, men en *dualitet* der det foregår et gjensidig samspill dem i mellom.

Et av forholdene i strukturasjonsteorien er begrepene *tid og rom*. Sosiale systemer er for Giddens bundet både av tid og rom, og tid - rom konstituerende. Med det menes at handlinger som konstituerer og konstitueres av det sosiale systemet, produserer det rom hvor den sosiale praksisen finner sted. Samtidig binder det sosiale system også handlingene til en tid - rom kontekst. Selv om strukturasjonsteorien er abstrakt og kompleks, kan Giddens oppsummeres ved at han ser på sosiale forandringer som et omfattende resultat av *sosiale prosesser*.

### 3.4.4 Opprettelsen av sosiale systemer

I "*The Constitution of Society*" (1984), viser Giddens til hvordan sosiale systemer reproduseres gjennom et gjensidig vekselspill mellom aktør og struktur. Som en viktig del i det sosiale systemets opprinnelse, kommer strukturelle egenskaper ("*structural properties*") til syne. Giddens karakteriserer disse strukturelle egenskapene som regler og ressurser. Strukturer skal være de organiserte mønstrene, av disse reglene og ressursene, som aktørene benytter seg av. *Regler* former, begrenser og bestemmer handlingene, dette blant annet gjennom lover, forskrifter og uformelle normer. Og *ressurser* gir mulighet for handling. Eksempler på materielle ressurser er formue, eiendom, inntekt og arv. Det finnes også

symbolske ressurser, for eksempel berømmelse og autoritet. Og de fysiske og kognitive ressursene kan være fysisk styrke, kunnskap og kompetanse. De strukturelle egenskapene kan bidra både til å skape ny praksis, men samtidig være et resultat av gjentatte sosiale praksiser. De strukturelle egenskapene inntreder deretter i aktørenes bevissthet, i deres hukommelse eller som spor av minner, som er med på å påvirke aktørenes handlinger. Struktur kan derfor oppfattes både på et overordnet plan, samtidig som den også eksisterer i aktørenes bevissthet gjennom deres handlinger. Resultatet av en slik forståelse blir at struktur og aktør ikke kan skilles fra hverandre. Aktørene blir i følge teorien reflekterende personer som forsøker å rasjonalisere sin virkelighetsforståelse. Dette gjøres gjennom en utvikling av egne rutiner for sosiale handlinger. Rutinene skaper og utgjør en form for trygghet som legger til rette for at aktørene kan håndtere oppståtte situasjoner mer effektivt. Aktørenes håndteringer skapes gjennom gjentagende praksiser eller rutiner, og er medvirkende til dannelsen av sosiale systemer.

Giddens struktureringsteori kan gi en forståelse av de strukturelle egenskapenes føringer på aktørenes handlinger. Eksempelvis helsevesenets retningslinjer, lagt på helsearbeiderne, gjennom strategier, lover og politiske føringer. For å tilrettelegge tjenester for enkelte pasientgrupper ledes helsearbeiderne av disse og deres fremtidige handlinger preges av de betingelser som var satt for den første handlingen. Helsearbeiderne utøver de praksiser som er fastsatt i politikken, og de tolkningene og vurderingene som ble gjort tidligere har på denne måte betydning for de handlingene som utføres senere, slik Giddens' teori tilsier. Aktørenes kompetanse og erfaringer vil også spille en relevant rolle i utføringen av praksisen. Det å forholde seg til de strukturelle egenskapene er viktig, men i noen tilfeller kan det være fornuftig å løsrive seg fra de eksisterende regler og ressurser. Spesielt når nye behov for tilrettelegging skal være individuelt tilpasset, og i tilfeller hvor strukturen ikke legger til rette for dette, eller sier hvordan det skal gjøres. De regler og ressurser som aktørene bruker er midler til gjenskapelse av de sosiale strukturene. Regler og ressurser er per definisjon strukturelle fordi de har betydning utover den bestemte situasjonen de anvendes. Sosial gjendannelse skjer gjennom ulike prosesser av handling og samhandling. Begreper som sosiale institusjoner og sosiale strukturer kan også være nyttige for å få øye på forhold som kan hindre samfunnsmessige endringer. I følge Giddens (1984) eksisterer det tre former for restriksjoner for de sosiale relasjonene: "*Signification*," "*Domination*" og "*Legitimation*". Institusjoner inneholder disse dimensjonene, i varierende grad, og de kan strekkes i tid og rom

(Giddens, 1984). Den første dimensjonen skal alltid knyttes opp mot de to andre. Denne handler om aktørenes fortolkning knyttet til kunnskap og kompetanse. Den andre handler om å ha nok kapasitet til å utnytte eksisterende muligheter, mens den tredje omhandler normer eller moralske vaner ved sosial handling. Hvis disse ikke følges kan det føre til oppståtte sanksjoner eller begrensinger utformet som negativ respons fra de andre aktørene (Giddens, 1984). Den nevnte kapasiteten kan deles inn i to ulike former for ressurser; "*Allocative resources*" og "*Authoritative resources*". "*Allocative resources*" omhandler aktørens mulighet eller evne til å gjøre endringer innenfor den konteksten han eller hun befinner seg i. Denne endringen skjer i samsvar med de tilgjengelige ressursene. Disse ressursene kan karakteriseres som materielle, da som varer eller andre fysiske fordeler. Her kan denne type ressurser dreie seg om økonomiske midler- og kompetente helsearbeidere til å drive arbeidet med tilrettelegging fremover. "*Authoritative resources*" er den eksisterende muligheten som aktørene har til å utøve kontroll over andre (Giddens, 1984).

Dette kapitlet har vist til Giddens' teori som utgangspunkt for å analysere samspillet mellom strukturene og aktørene i helsevesenet. Empirien, i form av dokumenter og intervjuer med helsearbeidere og pasienter, vil redegjøres for senere i oppgaven, før det til slutt vil sammenkoples i en analyse der også forholdet mellom særbehandling og likebehandling vil diskuteres.

## 4. Metode og data

### 4.1 Case studie

Oppgaven har jeg løst som en casestudie. Slike studier kjennetegnes ved undersøkelsesopplegg som er rettet mot å studere mye informasjon om få enheter eller cases. I slike studier er fokus for analysen rettet mot en eller flere enheter som representerer studiens ”case(s)”. Dette kan være personer, grupper eller organisasjoner (Systematikk og innlevelse, Tove Thagaard, 2003). For å finne ut hvordan helsetjenesten tilrettelegges for personer med innvandrerbakgrunn har jeg valgt å se på to tiltak: Psykososialt team i Drammen Kommune og Seksjon for likeverdige helsetjenester ved Oslo Universitetssykehus. Dette blir da en empirisk undersøkelse i samtid, som studerer et fenomen innenfor en reell kontekst. For å komme dypere inn på problemet i caset er det viktig å oppnå rikholdig informasjon om enhetene studien fokuserer på, selv om dette ikke vil gjøre det mulig å trekke generelle konklusjoner. Intervjupersonene er ikke et tilfeldig utvalg, men valgt ut fra den kunnskapen de besitter om temaet. Det vil også brukes sekundærdata i tillegg til intervjuer. Dette for å utdype forståelsen for ulike aspekter og for å gjøre forskningen mer fullstendig.

### 4.2 Kvalitativ metode

Målet med å benytte kvalitativ metode i denne studien er for å få utfyllende og beskrivende informasjon om hvordan arbeidet med likeverdige helsetjenester foregår og oppleves av helsearbeidere og brukere i de to nevnte institusjonene. Ved å bruke kvalitativ metode vil intervjueren kunne få et godt innblikk i helsearbeidernes egne erfaringer, tanker og følelser (Thagaard, 2003). Kvalitativ metode benyttes ettersom formålet med studien er å se på hvilke tiltak som er satt i gang for å gi likeverdige helsetjenester, og hvordan det tilrettelegges for noen utsatte pasientgrupper. Kvantitativ metode vektlegger derimot utbredelse og antall, og benyttes dersom studien omfatter store utvalg. Metodene i kvantitativ forskning baserer seg også på større avstand, og de får i mindre grad tak i informantenes perspektiv. Direkte kontakt mellom forskeren og dem som studeres preger de fleste kvalitative metoder, noe som fører med seg en rekke metodiske og etiske utfordringer som vil diskuteres senere i oppgaven.

Kvalitative metoder kjennetegnes av et fleksibelt forskningsopplegg, noe som gjør at forskeren kan arbeide parallelt med de ulike delene av forskningsprosessen. Det vil da bli et gjensidig påvirkningsforhold mellom utforming av problemstilling, innsamling av data og analyse og tolkning (Thagaard, 2003). Dersom datainnsamling og analyse foregår parallelt kan den videre datainnsamlingen tilpasses til tidlige analyser av materialet. Dette gjør at de konklusjonene som kommer frem tidlig i forskningsprosessen kan utdypes ved å utvide omfanget av datainnsamlingen. Kvalitative forskningsopplegg preges altså av fleksibilitet, og muliggjør en kombinasjon mellom teori, metode og data. Dette gjør det derfor mulig å forandre innsamlingsstrategien mens analysen av dataene foregår. Thagaard hevder at kvalitativ forskning kan knyttes til en syklisk modell. Dette representerer en motsetning til den lineære modellen som preger kvantitativ forskning. I kvantitative studier avsluttes datainnsamlingen før analysen begynner (Thagaard, 2003). I denne studien viste det seg at et intervju og analysen av dette fremkalte nye spørsmål og vinklinger som kunne tas videre i neste intervju. De ulike aspektene i forskningsprosessen overlappet hverandre: Analyse og tolkning foregikk hele tiden underveis i prosessen. Men det var allikevel en viss grad av inndeling i ulike faser. Tidlig i prosessen ble forskningsspørsmål definert, noe som dannet utgangspunkt for hele studien. Deretter startet innsamlingen av materialet og til slutt analyse og tolkning av dataenes meningsinnhold.

#### **4.2.1 Utvalget**

Kvalitative studier baserer seg oftest på strategiske utvalg, det vil si at informantene velges etter deres egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2003). Da kvalitative studier ofte handler om personlige og ofte nærgående temaer, kan det være problematisk å finne personer som er villige til å stille opp som informanter. Dette gjorde at jeg måtte velge en seleksjonsmåte som sikret et utvalg av personer som var villige til å være med i undersøkelsen. Utvelging av informanter basert på denne fremgangsmåten kalles *tilgjengelighetsutvalg*. Ved å undersøke hvilke tilbud og tiltak som fantes i nærheten kom jeg i kontakt med ansvarlig for likeverdige helsetjenester ved Ullevål sykehus, og fikk intervjuet denne personen. Videre fant jeg også et tilbud til innvandrere ved psykososialt team i Drammen Kommune. Her kom jeg i kontakt med den som var hovedansvarlig for tilbudet og dermed også helsearbeidere i teamet og noen av brukerne. Totalt fikk jeg intervjuet fem brukere og fem helsearbeidere.

En annen metode for å velge ut informanter som er tilgjengelige for forskeren, kalles *snøballmetoden*. Dette vil si at det først opprettes kontakt med noen få personer som har de egenskapene eller kvalifikasjonene som er nødvendig for utvalget. Deretter bes disse personene om å komme med navn på andre som har tilsvarende egenskaper. Nettopp dette skjedde når jeg kom i kontakt med psykososialt team. Den som var hovedansvarlig her satte meg i kontakt med andre helsearbeidere som jobbet med innvandrerpatienter og jeg fikk på denne måten kontakt med disse. Problemet med en slik metode kan være at utvalget vil bestå av personer innenfor samme nettverk. For å forhindre dette kan det i utgangspunktet opprettes kontakt med personer som er tilknyttet ulike nettverk, og så be disse komme med forslag til informanter. Dermed vil utvalget bestå av personer som er knyttet til ulike nettverk.

Analogien med en snøball er at utvalget i begynnelsen er lite, men gradvis utvides, som en snøball som vokser ettersom den ruller (Thagaard, 2003). Jeg fikk opprettet kontakt med to ulike steder som begge jobbet med det aktuelle temaet. Et problem med utvalg som er basert på at informantene er tilgjengelige for forskeren, er at det er en tendens til at slike utvalg vil representere personer som er fortrolig med forskning, eller i hvert fall ikke har noe imot at deres livssituasjon blir studert. Thagaard refererer til at studier har vist at personer med høyere utdanning stort sett er mer villige til å være informanter i kvalitative studier enn personer med lav utdanning. Jeg merket at det var lettere å komme i kontakt med helsearbeiderne enn brukerne. Jeg ville kunne intervjuet mange flere helsearbeidere, men ettersom det var vanskelig å komme i kontakt med brukere med innvandrerbakgrunn ville jeg at de to gruppene skulle være omtrent like store. Utfordringen i forhold til dette blir å vurdere betydningen av denne typen av skjevhet: Noe type informasjon kan man gå glipp av dersom personer med spesielle kjennetegn relativt sjelden representeres i kvalitative studier. For eksempel innvandrere som kanskje ikke snakker norsk eller står utenfor arbeidslivet kan være en slik gruppe. Det viste seg å være mye lettere å få helsearbeiderne til å stille opp til intervju, enn brukerne som jo var syke og i en sårbar situasjon. I tillegg snakket helsearbeiderne mye mer, og virket mer komfortable i intervjusituasjonen enn det brukerne gjorde. Et annet problem ved tilgjengelighetsutvalg kan være at de som er villige til å delta i undersøkelsen, kan føle at de – i større grad enn det som er vanlig – mestrer sin livssituasjon, og at de derfor ikke har noe imot innsyn fra forskeren. Dette kan gi utvalget en skjevhet som fører til at undersøkelsen gir mer informasjon om hvordan situasjoner mestres, enn om særlig konfliktfylte forhold. Dette er noe jeg har vurdert nøye i forhold til denne studien. Helsearbeidene var i større grad åpne til å fortelle enn det brukerne var. Flere ganger hadde

jeg avtalt å møte informanter som ikke møtte opp. Dette gjaldt i gruppen av innvandrere. Kanskje ville de som sa nei til å delta kommet med mye viktig og ny informasjon, ettersom personer som ikke er villige til å delta kan representere mer problematiske sider ved det fenomenet som studeres. Denne type skjevheter betyr at det er viktig å diskutere utvalgets sammensetning i forhold til de konklusjonene undersøkelsen kommer frem til.

I denne studien er det ikke veldig mange respondenter. Jeg vil likevel forsvare at antallet intervjuer er tilstrekkelig dekkende, da jeg i tillegg har vært til stede og sett hvordan behandlingen fungerer og hvordan helsearbeiderne og brukerne møter hverandre. I tillegg fikk jeg intervjuet en person som er hovedansvarlig for likeverdige helsetjenester ved Ullevål sykehus. Denne personen har spesialkunnskap om temaet og kom med mye informasjon. Det samme gjaldt for helsearbeiderne generelt som mer enn gjerne delte sin kunnskap og var positive til å bidra i prosjektet. Det var mer problematisk å få brukerne i snakk, da disse som nevnt befant seg i en sårbar situasjon, og ikke var like komfortable i intervjusituasjonen. I tillegg var det ofte språkbarrierer som kom i veien.

For å oppnå bredde i utvalget kan man i følge Thagaard definere bestemte kategorier som skal være representert i utvalget, og så velge informanter innenfor hver av disse kategoriene. For å se på likeverdige helsetjenester og tilrettelegging av helsetjenesten, samt helsepersonellens og brukernes opplevelse av dette, er det nødvendig å ha et utvalg med utgangspunkt i to kategorier, nemlig helsearbeidere og brukere med innvandrerbakgrunn. Det er allikevel viktig å nevne at det vanskelig lar seg generalisere og trekke konklusjoner, da dette kategoriserte kvalitative utvalget ikke er basert på en utvalgssелеksjon som sikrer tilfeldig utvelgning. Tendenser som er representert i tilfeldige utvalg kan ut fra gitte sannsynligheter betraktes som representative for en populasjon, fordi sammensetningen av disse utvalgene er basert på prinsippet om at hver enhet i populasjonen har en kjent sannsynlighet for å bli inkludert i utvalget (Neumann, 2000 i Thagaard, 2003). I kvalitative studier hvor utvalget er selektert på grunnlag av informanters tilgjengelighet for forskeren, er det klart at utvalget ikke er representative, men tvert i mot vil være skjeve i forhold til de kriterier som gjelder for tilgjengelighetsutvalg (Thagaard, 2003). Størrelsen på utvalget har jeg vurdert i forhold til et metningspunkt. ”Når studier av flere enheter ikke synes å gi ytterligere forståelse av de fenomenene som studeres, kan utvalget betraktes som tilstrekkelig stort. Størrelsen på utvalget er avhengig av hvor mange kategorier utvalget skal representere” (Thagaard, 2003). Denne studiens formål er å vise hvordan helsearbeidere tilrettelegger for pasienter med

innvandrerbakgrunn, og samtidig se på brukernes opplevelse av en slik tilrettelagt behandling. Dette innebærer bare noen få kategorier, og dermed et relativt lite utvalg. Antallet informanter bør heller ikke være større enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser. I dette tilfellet er den tilrettelagte behandlingen jeg har sett på et nylig oppstartet pilotprosjekt bestående av et lite team av helsearbeidere, og med få brukere. Totalt fikk jeg intervjuet fem brukere og fem helsearbeidere. Det er sjelden at kvalitative studier er basert på store utvalg, fordi forskeren da får liten anledning til å gå i dybden på de fenomenene undersøkelsen fokuserer på.

#### **4.2.2 Innsamling av data: Intervju**

Ved å velge intervju som metode hadde jeg som mål å få informasjon om hvordan helsearbeiderne og pasientene opplevde sin situasjon, og få høre om deres erfaringer. Denne metoden er også bra for å få innsikt i informantens tanker og følelser. Et særpreg ved informasjon fra intervjuer er at begivenhetene som beskrives, er gjenfortellinger av hendelser. De preges derfor av informantens forståelse av det han eller hun har opplevd (Thagaard, 2003).

Personene som studeres kalles her informanter. Dette er de personene som har kommet med informasjon ved å la seg intervju. De personene som er svært viktige for forskeren kalles nøkkelinformanter, og disse har gjerne spesielt mye kunnskap om det forskeren studerer. Noen av informantene i denne studien har bakgrunn fra arbeid med- og kjennskap til feltet likeverdige helsetjenester, og gjennom å la seg intervju ble disse nøkkelinformanter i denne studien. Ved bruk av kvalitative intervjuer vil det være lønnsomt å lage en intervjuguide først, da dette vil gjøre det lettere for å få de svarene jeg trenger for å besvare problemstillingen. Intervjuguiden min bestod av fem deler i intervjuet med pasientene med innvandrerbakgrunn. Hver del representerte en kategori. Intervjuguiden jeg hadde laget for intervjuene med helsearbeiderne varierte noe, og var mer åpen enn intervjuguiden med brukerne. Ved ikke å strukturere intervjuene ned i minste detalj ville det være større åpent for innspill fra informantene. Kvalitative intervjuer kan utformes på forskjellige måter; på den ene siden som et intervju preget av lite struktur, mer som en samtale mellom forsker og informant. På den annen side kan intervjuet utformes som et strukturert opplegg, der spørsmålene er bestemt på forhånd og også rekkefølgen på spørsmålene er bestemt. I mitt tilfelle er intervjuene



gjennomført med en delvis strukturert tilnærming. Thagaard kaller denne formen for det kvalitative forskningsintervju. Og dette er den mest brukte i kvalitative intervjuer. Temaene jeg ville spørre om var fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene ble bestemt underveis. Dette gjorde jeg for å kunne følge informantenes fortellinger og samtidig kunne få informasjon om de temaene jeg ønsket. Flexibilitet er viktig for å knytte spørsmålene til den enkelte informantens forutsetninger. Dette kom tydelig fram da forskjellene mellom å intervju helsearbeiderne og brukerne var tydelig. Jeg hadde et ønske om at informantene skulle komme med temaer jeg på forhånd ikke hadde tenkt på. Ved å bruke det kvalitative forskningsintervju var det større sannsynlighet for at dette ville skje. Denne tilnærmingen er en samtale mellom forsker og informant som styres av de temaer forskeren ønsker informasjon om (Thagaard, 2003). Jeg valgte å gjennomføre intervjuene som individuelle intervjuer med enkeltpersoner fremfor som gruppeintervjuer. Dette for at jeg på forhånd ikke visste hvor samkjørte medlemmene av gruppene ville vært. Samtidig befant ikke alle seg på samme sted og de kom fra ulike institusjoner.

#### **4.2.3 Forskerrollen**

Jeg gikk inn i intervjusituasjonen med en visshet om at jeg skulle intervju en sårbar gruppe som kanskje ikke ville føle seg trygge på meg eller hva de kunne fortelle. I tillegg kunne språkbarrierer stå i veien for god kommunikasjon. I tillegg til å ha en viss kunnskap om det jeg skulle spørre om måtte jeg også forberede meg på de sosiale relasjonene mellom meg og informantene. Intervjuene hadde variert varighet fra en halvtime til halvannen time. Helsearbeiderne snakket mye og viste stor interesse for det jeg ville vite, og de delte gjerne sin kunnskap og erfaringer med meg. Det virket som om disse syntes det var flott at noen interesserte seg for feltet de selv jobber med og noen av intervjuene ble derfor veldig lange. De kom med mye informasjon om temaer jeg på forhånd ikke hadde innlemmet i intervjuguiden. Informantene som er brukere av helsetjenesten og har innvandrerbakgrunn hadde variert botid i Norge, og disse kom med varierende informasjon. Intervjuene ble litt mer strukturerte med denne gruppen enn med helsearbeiderne. Dette kom av at de forventet at jeg skulle spørre og noen av de svarte kun på det jeg spurte om. Noen hadde et begrenset ordforråd og svarte først ja eller nei på det jeg spurte om. Jeg måtte da omformulere spørsmålene og bruke et enklere språk. Dette viste seg å hjelpe, og jeg visste da hvordan jeg

skulle spørre neste informant på en forståelig måte. Jeg var klar over at spørsmålene ikke måtte stilles på en ledende måte, men dette var vanskelig ettersom noen av informantene ikke forstod alt jeg spurte om. Noen av spørsmålene jeg oppfattet ble ledende har jeg utelatt fra studien. Jeg ville fått flere intervjuer dersom jeg hadde benyttet meg av tolk, nettopp fordi noen av brukerne jeg skulle intervjuer ikke snakket godt nok norsk til å kunne delta. Men å få tak i tolk viste seg å være problematisk da de ikke brukte tolk i behandlingen.

Intervjuguiden min ble testet på forhånd og gjennomført med båndopptaker, samtidig som jeg tok notater underveis og deretter skrev ned svarene som jeg fikk fra informantene. Ved å bruke båndopptaker ble det lettere å lytte til det informantene sa. Jeg måtte ikke konsentrere meg like mye om å ta notater, og på denne måten var det også lettere å virke interessert i hva informantene fortalte. En annen viktig del av intervjuene var å se på, og tolke informantenes kroppsspråk. Dette kan fortelle en annen historie enn hva som blir sagt med ord. For eksempel når informanten plutselig virker usikker eller ukomfortabel. Ettersom flere intervjuer ble gjort fikk jeg større selvtillitt og jeg lærte mye av å lytte til båndopptakene av intervjuene jeg hadde gjennomført. Intervjuene var tredelt ved en innledende del, hovedpart og en avslutning. Først bad jeg intervjupersonene fortelle litt om seg selv og bakgrunnen sin. Deretter gikk jeg over på hovedtemaene mine som omhandler likeverdige helsetjenester og tilrettelagt behandling. Svarene på spørsmålene knyttet til disse temaene blir knyttet til hovedproblemstillingen og de ulike hypotesene. Til slutt oppsummerte jeg hva som ble sagt i intervjuet og ga intervjupersonene anledning til å komme med nye innspill om de hadde noe å tilføye. Jeg føler selv at jeg klarte å vise interesse og være tilstede i intervjusituasjonen, selv om det noen ganger var vanskelig ikke å tenke på det neste spørsmålet jeg skulle stille mens informanten fortsatt svarte på det forrige spørsmålet. Det var ofte vanskelig ikke å bli grepet av hva de sa, spesielt da noen av informantene kom med gripende historier av hva de hadde opplevd. Selv om jeg forholdt meg i rollen som intervjuer ble det nok av og til som om jeg var en samtalepartner, noe som jeg selv føler var med på å gjøre det lettere for informantene å svare enn om jeg hadde inntatt en autoritær rolle. Dette gjaldt selvfølgelig hovedsakelig for intervjuene med pasientene og ikke helsearbeiderne. Helsearbeiderne var trygge og de hadde mye kunnskap. At de hadde spesialkunnskap på nettopp det jeg ville studere satte heller dem i en autoritær rolle overfor meg. Betydningen av valg av lokale hadde nok også noe å si i denne sammenheng.

#### 4.2.4 Møtet med informantene

Jeg har intervjuet i hovedsak to grupper: Den ene består av helsearbeidere som jobber med pasienter som har innvandrerbakgrunn, den andre gruppen består av nettopp disse brukerne av helsetjenesten. Hva slags type helsearbeidere varierer, men felles for disse er at de har fokus på å tilrettelegge helsetjenesten for innvandrere. Jeg fikk intervjuet fem helsearbeidere og fem brukere med innvandrerbakgrunn. Møtet med disse informantene artet seg veldig forskjellig. Helsearbeiderne hadde nok større forståelse av hva jeg ville med intervjuet. Dette førte også til at de snakket mye om likeverdige helsetjenester, hvilke tiltak som finnes og hvordan de jobber med dette. De hadde mer informasjon om dette enn jeg hadde selv, og ga meg mye ny kunnskap. Jeg kom i kontakt med disse informantene ved å ringe og avtale møte på forhånd. I tillegg sendte jeg et informasjonsskriv om prosjektet, samt en samtykkeerklæring før vi møttes for intervju. Intervjuene gjennomførte jeg på deres arbeidsplass eller kontor for de som hadde dette. Noen ordnet selv med å booke et møterom på arbeidsplassen. Dette gjorde at jeg ble sett på som en slags gjest på deres arbeidsplass. Dette var også med på å gjøre at de holdt en profesjonell rolle og så på intervjuet som en del av jobben sin. Jeg spurte før vi startet intervjuet om det var i orden for dem om jeg brukte båndopptaker, alle godtok dette.

Brukerne virket noe mer tilbakeholdne enn helsearbeiderne, og de som sa ja til å være informanter virket nysgjerrige og spente på å la seg intervju. Jeg kom i kontakt med disse brukerne gjennom helsearbeiderne som da hadde informert dem om at jeg var student og ville intervju dem i forbindelse med en masteroppgave. Da vi først møttes presenterte jeg meg selv og prøvde å virke minst mulig autoritær. Dette hadde jeg planlagt på forhånd for å minske avstanden til informantene og for å forsøke ikke å virke avskrekkende på informantene som ikke har deltatt i noe liknende tidligere. Ved å presisere at jeg holder på med en studie ved Universitetet i Oslo og at intervjusituasjonen også var noe som var nytt for meg virket det som de slappet av. Dette fikk jeg bekreftet fra helsearbeideren som også var til stede da jeg møtte informantene første gang. Før jeg startet intervjuene fortalte jeg litt om prosjektet og om meg selv. De fikk lese samtykkeerklæringen og godtok at jeg brukte båndopptaker.

Alle informantene i gruppen av brukere med innvandrerbakgrunn var kvinner i alderen 31 – 45 år. Metodelitteraturen sier at når forsker og informant er av samme kjønn kan det danne et grunnlag for en felles forståelse. For eksempel kom en av informantene med en historie fra

møtet med helsevesenet i forbindelse med graviditet og fødsel. Det kan hende at denne historien ville blitt fortalt annerledes, og kanskje ikke fortalt i det hele tatt, dersom forskeren hadde vært mann. Også det at jeg som kvinne stilte spørsmål om deres erfaringer knyttet til det å møte mannlig helsepersonell kan ha hatt betydning. Kanskje ville de ikke svart like åpent til en mannlig forsker rundt dette temaet. På den annen side kan det hende at jeg fikk mindre informasjon om ting som kvinner tar for gitt. I møtet med informantene med innvandrer bakgrunn kunne det vært problematisk dersom jeg som forsker i tillegg til å være kvinne også hadde hatt innvandrer bakgrunn. Da kunne nødvendig informasjon om deres opplevelse av møtet med helsevesenet blitt utelatt.

### **4.3 Sekundærdata**

Som supplementmateriale har jeg hatt sekundærmateriale i form av rapporter og tidligere undersøkelser om innvandreres helse og likeverdige helsetjenester. De fleste sekundærdataene kom frem i ulike rapporter og tidligere prosjekter på likeverdige helsetjenester. Disse kildene vil kunne gi et bilde av hva som har skjedd i arbeidet på feltet fra det ble startet og frem til i dag. Selv om kvalitative data alltid har et tekstlig format, kan resultater fra kvalitative studier suppleres med tall i tillegg til teksten, eksempelvis for å se antall personer med ulike typer sykdommer osv.

### **4.4 Feilkilder**

Ettersom kvalitative undersøkelser ikke forsøker å generalisere resultatene, er det ikke nødvendig å undersøke om informasjonen er statistisk korrekt i forhold til populasjonen. Kvalitative undersøkelser er ute etter et kategori - representativt utvalg, og det er derfor nødvendig å prøve å finne ut om undersøkelsesenheterne er representative for kategorien de representerer (Kjetil Sander, "Potensielle feilkilder ved kvalitative undersøkelser", 2004). Siden målet er å finne ut hvordan helsepersonell og brukere med innvandrerbakgrunn opplever tilrettelagt behandling er det viktig å vite om helsepersonellet jobber med dette, og om brukerne faktisk har innvandrerbakgrunn eller ikke. Har informantene det, er de kategorirepresentative, og det foreligger dermed ingen utvalgsfeil. "Feilkilden ved de

kvalitative undersøkelsene ligger først og fremst i valg av problemstilling og hos selve intervjueren”, skriver Sander (2004). Forutsatt at riktig problemstilling er valgt, kan fokus rettes mot selve observatøren, eller i dette tilfellet intervjueren. I denne studien bygger resultatene hovedsakelig på kommunikasjonen i intervjuene. For å finne potensielle feilkilder må kommunikasjonen, budskapet, kodingen og reaksjonene studeres. Har informanten blitt misforstått eller ikke fått ytret det hun mente er dette en feilkilde. Som nevnt oppstod det noen problemer i kommunikasjonen på grunn av språkproblemer. De spørsmålene jeg da stilte på nytt, og som jeg i etterkant oppdaget ble ledende, har blitt utelatt fra studien.

## **4.5 Ethiske overveielser**

Det første arbeidet med prosjektet bestod i å melde det til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for å få det godkjent. Dersom det under arbeidet med forskningsprosjektet skal samles inn og registreres personopplysninger ved bruk av datamaskin, eller at datamaterialet inneholder sensitive opplysninger, må prosjektet meldes. Informantene ble bedt om å lese gjennom samtykkeerklæringen som på forhånd var godkjent av NSD, og de signerte på denne før intervjuet. De informantene jeg hadde vært i kontakt med på forhånd hadde allerede lest og signert denne før vi møttes til intervju, og de andre fikk tid til å lese gjennom den før intervjuet startet. Siden de fleste av informantene i denne studien deltok i et tilrettelagt behandlingstilbud i regi av Psykososialt team i Drammen Kommune kunne det være en viss fare for at de ikke var anonyme for andre deltakere/helsearbeidere i denne gruppen. Dette måtte formuleres og opplyses om i samtykkeerklæringen, og jeg nevnte det også før intervjuet. Dette gjaldt både for helsearbeiderne og brukerne, men spesielt brukerne da disse hadde blitt opplyst om prosjektet av helsearbeiderne. Helsearbeiderne visste på denne måten hvilke av brukerne som stilte som informanter. Informantene i gruppen med brukere med innvandrerbakgrunn var alle kvinner og de befant seg i en relativt lik livssituasjon. Ved å utelate alder og opprinnelsesland ville ikke informantene kunne kjennes igjen. Intervjuguiden ble sendt inn for godkjenning på forhånd. Som nevnt var denne åpen med delvis struktur. Noen spørsmål, blant annet oppfølgingsspørsmål ble stilt selv om de ikke var nedskrevet i intervjuguiden. Ethiske problemer rundt hvor personlige og nærgående spørsmål som ble stilt er viktige. Da jeg fikk spesielt god kontakt med noen av informantene kan det ha vært lettere for disse å være mer åpne enn de ellers ville vært. Dette kunne ført til at de ville angret i

ettertid. Spesielt en informant spurte etter intervjuet om jeg kunne utelate en av kommentarene hennes i oppgaven, noe jeg selvfølgelig gjorde. Dersom noen skulle komme på noe de ville tilføye eller angre på at de hadde sagt ga jeg de navn og telefonnummer.

## 4.6 Empiri

Som tidligere nevnt har denne oppgaven som mål å gå nærmere inn på begrepet likeverdig helsetjeneste og analysere samspillet mellom aktørene og strukturene i helsevesenet.

Myndighetenes tilrettelegging og forholdet mellom særbehandling og likebehandling vil studeres nærmere i analysekapitlet senere i oppgaven. Empirien vil ses i lys av teorier om aktør – struktur og Nancy Frasers anerkjennelse og omfordelings dikotomi.

### Oppgavens mål og retning:

1. Formulering av problemstilling → 2. Informanter og case som belyser problemstillingen → 3. Drøfting av funn, sett i lys av sosiologisk teori

### Intervjusituasjon og informanter

Den ene informantgruppen er rekruttert hovedsakelig gjennom Psykososialt team i Drammen Kommune. Et møte med lederen for det psykososiale teamet gjorde det mulig å opprette kontakt med brukere med innvandrerbakgrunn. Også flere ansatte som jobber med den aktuelle brukergruppen ble nevnt som potensielle informanter. Ved Ullevål Universitetssykehus jobber et lite team i *seksjon for likeverdige helsetjenester*. Lederen for teamet lot seg intervju og forklarte samtidig mye om temaet likeverdige helsetjenester og om ulike tiltak og (pågående)prosjekter på feltet. Intervjuet med henne ga mye nyttig informasjon når det gjelder arbeidet med å tilby likeverdige helsetjenester til pasienter med innvandrerbakgrunn, og hvordan det oppleves å jobbe med dette. Alle intervjuene ble gjennomført som personlige dybdeintervjuer, og hadde varierende varighet fra 30 minutter til over en time. De ansatte i helsevesenet pratet mye og ga meg mye nyttig informasjon, mens brukerne kom med varierende mengder informasjon. Dette kom sannsynligvis av grunner som varierende norskkunnskaper og usikkerhet i intervjusituasjonen, og noen av intervjuene ga

derfor mindre informasjon enn på forhånd ønsket. Alle helsearbeiderne, med unntak av en, ble intervjuet på sine egne arbeidsplasser, der de enten hadde eget kontor eller hadde booket møterom til intervjuet. Brukerne ble intervjuet etter en behandlings - time i et møterom på dagsenteret der de mottar behandlingen hver uke. Intervjuene foregikk uforstyrret, og alle ble tatt opp på lydbånd.

### **Personalia og bakgrunn**

Av informantene som jobbet i helsevesenet var det to menn og tre kvinner. De var i alderen 27 – 55 år. Alle bodde på Østlandet og hadde ulike stillinger innenfor helsevesenet: To jobbet nå administrativt i helsevesenet (lederen for det psykososiale teamet og lederen for seksjon for likeverdige helsetjenester ved Ullevål). De tre andre jobbet direkte med behandling av pasienter (en fysioterapeut, en sykepleier og en miljøterapeut). Brukerne var alle kvinner i alderen 31 – 45 år. Alle hadde bodd i Norge en god stund, fra 7 – 23 år. Tre av informantene i denne gruppen deltok i den tilrettelagte gruppe – behandlingen i regi av psykososialt team, noe de hadde gjort i ca ett år. De to andre informantene hadde kun hatt kontakt med helsevesenet gjennom fastlege og helsestasjon.

#### **4.6.1 Psykososialt senter for flyktninger**

Psykososialt senter for flyktninger i Norge startet opp i 1986, på Vinderen i Oslo, der Edvard Hauff var leder. I 1989 ble det opprettet regionale psykososiale team. I 1990 fikk det psykososiale teamet også en tilknytning til Universitetet i Oslo. Med denne tilknytningen ble betegnelsen 'team' endret til 'senter' – Psykososialt senter for flyktninger. Mange fagfolk følte at innvandrere og flyktninger ofte fikk utilfredsstillende eller mangelfull hjelp i sitt møte med helsevesenet (Ahlberg, Aambø og Gihle, 2005). Edvard Hauff fant også indikasjoner på en dårligere mental helse i gruppen som helhet, sammenliknet med den norske normalbefolkningen. Han ble opptatt av behovet for kunnskapsformidling rettet mot fagfolk, og initierte en prosess som resulterte i opprettelsen av Psykososialt team for flyktninger i Norge – et 3-årig prosjekt i regi av Sosialdepartementet. Teamets oppgaver bestod i å kartlegge behandlingsressurser og tilbud til flyktninger med psykiske problemer, samt kartlegge bruken av disse ressursene. Å utvikle informasjons-, konsultasjons-, og veiledningstilbud til ansatte som arbeidet med flyktningers psykiske helse var også en del av teamets oppgaver. Utvikling av undersøkelses- og behandlingstilbud for å ivareta de behovene

som knyttet seg til flyktningssituasjonen, de spesielle forhold og belastninger en fant i denne gruppen, samt utrede videre behov for tilbud og ressurser, med henblikk på behandling og på kompetansestyrking for fagfolk, stod sentralt i teamets oppgaver. Hovedsakelig handlet dette arbeidet om å gjøre helsearbeiderne bevisste på hvordan de skulle møte denne nye pasientgruppen, og hvilke særskilte behov denne gruppen hadde. I 2004 startet et nytt senter – Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Dette skal være et nasjonalt kompetansesenter med ansvar for å fremme og utvikle kunnskap på feltet vold og traumatisk stress. En rekke kompetansemiljøer innenfor dette området ble inkludert i det nye senteret, blant annet Psykososialt senter for flyktninger, som da avviklet sin virksomhet i løpet av første halvår av 2004.

### **Psykososialt team**

I dag har kommunene egne Psykososiale team. Det psykososiale teamet i Drammen kommune var opprinnelig organisert som psykiatrisk hjemmetjeneste i pleie og omsorgsdistriktet, men ved omorganisering av kommunens pleie og omsorgstjeneste ble den samorganisert med den distriktsvise psykiatriske hjemmetjenesten til en byovergrepene tjeneste i Omsorgstiltakene - under navnet Psykososialt team. Teamet yter individuell oppfølging etter enkeltvedtak til ca. 210 personer med alvorlig psykisk helsesvikt og ca 20 personer med psykisk utviklingshemming. De ansatte består av tverrfaglige team av psykiatriske helsearbeidere innenfor ulike yrkesgrupper; sykepleiere, hjelpepleiere, vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, førskolelærere og kommunepsykiatere.

Hva gjør de så? - Psykososialt team kartlegger brukernes behov og hjelper deretter til med å etablere tilbud som svarer til den enkeltes behov. De utfører et samarbeid om en plan med mål og tiltak for videre oppfølging. Tjenestene gis til hjemmeboende personer med psykiske lidelser og er et frivillig tilbud for brukerne, som selv må ha et ønske om et tilbud og samarbeid med det psykososiale teamet. Dette gjelder oftest personer som har behov for psykisk støtte i perioder da symptomene tar over styringen av livet, for eksempel ved depresjoner, angst, adferdsforstyrrelser m.m.

Etter å ha lagt merke til at mange av de kvinnelige brukerne med innvandrerbakgrunn var plaget av psykosomatiske smerter (smerter som ikke har noen fysisk forklaring) satte teamet i gang et prøveprosjekt med et eget tilbud til denne gruppen. Dette på grunn av gruppens mange sammensatte problemer i forhold til språkvansker, angst, depresjon, isolasjon, ensomhet og manglende sosiale nettverk. Disse faktorene er felles for de som deltar i



behandlingen, og i følge litteraturen er dette vanlige problemer spesielt blant den kvinnelige delen av innvandrerbefolkningen. Teamet så at det ikke fantes noe godt eksisterende tilbud til denne gruppen, og da en fysioterapeut tilbød en type behandling som passet satte de i gang det nåværende behandlingsopplegget. Denne fysioterapeuten har selv tyrkisk bakgrunn og han driver privat praksis i samme kommune. Han kontaktet selv psykososialt team for å tilby sin tjeneste til en brukergruppe han også hadde merket at ikke passet inn i andre eksisterende behandlingsopplegg. Det er en alternativ måte å behandle denne gruppen på, som tar utgangspunkt i at problemene er *kulturelt betinget* og at brukerne har behov for mer kroppskunnskap, kjennskap til sin egen kropp og at det er viktig for denne brukergruppen å få ytre sine problemer til andre medmennesker, da spesielt andre kvinner. Teamet sier ikke at behandlingstilbudet er utelukkende for kvinner med innvandrerbakgrunn, men alle de som deltar har en slik bakgrunn. Behandlingsopplegget består av en gruppe på 10 kvinner som møtes 12 ganger per semester, og de er nå inne i andre semester. En del av brukerne som deltar i denne behandlingen har stilt opp som informanter i studien. Forståelig nok kunne ikke alle deltakerne la seg intervju, men de som deltok hadde sterke livshistorier og mange tanker om behandlingen de får av det psykososiale teamet og møtet med det norske helsevesenet generelt. Denne empirien vil først legges frem tematisk med sitater og uten fortolkninger. Oppsummeringen av funnene i empirien, fortolkninger og eventuelle nye temaer vil ut fra problemstillingen presenteres i neste kapittel, sammen med kategorier og analyser i forhold til teori om aktør – struktur.

#### **4.6.2 Empiriske funn i intervjuene med pasientene**

Kulturell praksis og språk: Felles for alle brukerne jeg intervjuet er at de er mer opptatt av språkbarrierer enn kulturelle ulikheter/praksiser i møtet med helsevesenet. Ingen av informantene kunne svare tydelig på hvordan deres kulturelle bakgrunn ble møtt blant helsepersonellet her i Norge. De fleste syntes at det var et vanskelig spørsmål, men sa at kulturen her og i hjemlandet er veldig forskjellig. De fokuserer i stor grad på at helsevesenet her er så bra i forhold til i hjemlandet og tillegger dermed kulturforskjellene liten betydning.

Behandlingen de får i fysioterapi - gruppen og på dagsenteret blir sett på som bra, og den oppleves å ha god effekt blant informantene. Dette er på grunn av øvelsene

(avspenningsøvelsene) og det sosiale samværet med andre som befinner seg i samme situasjon. En av informantene sier at behandlingen hjelper innimellom, men at tankene fortsatt er andre steder. Spesielt lek og latter hjelper og en av informantene sier: ”Det er veldig bra for alle smiler og blir glade. Og vi ler masse i fysioterapi - gruppa. Vanligvis glemmer jeg å le”. En annen: ”Både å få bevege meg og snakke med andre mennesker hjelper meg. Vi lærer også forskjellige teknikker som hjelper”.

Selv om spørsmålene hovedsakelig dreide seg om deltakelsen i avspennings – gruppa på dagsenteret delte informantene også erfaringer fra andre møter med helsevesenet. En av informantene hadde kun vært i Norge i elleve måneder når hun skulle føde sitt tredje barn. ”Da jeg skulle føde var det veldig vanskelig. Jeg kunne ikke noe språk, og hadde ikke noen tolk. Men jeg hadde en veldig snill jordmor, så jeg er veldig fornøyd! Det er veldig snille mennesker i Norge”. Opplevelsen stod igjen som positiv siden jordmoren hadde vært så flott selv uten at hun forstod språket. Ingen kulturelle aspekter var inne i bildet når hun fortalte om denne opplevelsen. Kun de språklige barrierene hadde vært problematiske. Å sammenlikne opplevelsen av å føde barn i Norge og i Afghanistan er ifølge informanten vanskelig. Men hun påpeker spesielt at det var problematisk ettersom taliban hadde kommet den tiden hun fikk barna i hjemlandet. Og den største forskjellen er at de i Afghanistan ikke liker jenter: ”Jeg har født fire jenter, i Afghanistan er menneskene veldig mørke, og de liker ikke jenter. Det er den største forskjellen. Her er det veldig bra og jeg er glad for å være her”. Hun sier at helsepersonellet burde ta hensyn til at noen kommer fra andre kulturer, men: ”Jeg vil ikke at de skal tenke at jeg ikke er norsk, men fra Afghanistan. Jeg vil bli behandlet likt som alle andre i Norge. Det største problemet mitt er språket. Det gjør at jeg må ha ekstra hjelp, det gjør det vanskeligere”.

En annen sier hun forstår ganske bra norsk, men hun har problemer med å snakke. Er det noe hun ikke forstår tar hun med seg søsteren sin. Hun jobber nemlig som tolk. Spesielt i dette tilfellet er at denne informanten har vært i Norge i over 20 år, og fortsatt har behov for tolk. Men hun sier at problemene med å snakke og forstå kommer av at hun er syk og derfor ikke klarer å konsentrere seg. Kulturforskjellene mellom Norge og hjemlandet beskriver hun ut i fra at det er vanskelig å få tak i medisiner og legehjelp i hjemlandet. Siden det er så mye bedre her er det vanskelig å forklare forskjellene. Hun tenker ikke over at hun har en annen kulturell bakgrunn, og synes ikke det er noe poeng i at legene skal tenke på det. Hun føler seg trygg i møtet med leger og helsepersonell: ”Jeg ser på legen min som en gud, han kan hjelpe meg”.

De fleste informantene synes kulturforskjellene består i at det er så mye bedre her sammenliknet med i hjemlandet. For eksempel sier en at alle leger i hjemlandet (Afghanistan) er menn, og at det er få kvinner som jobber i helsevesenet der. Her møter hun mange kvinnelige helsearbeidere, noe hun synes er bra. Men hun foretrekker allikevel ikke å ha kvinnelig lege, legens kjønn har ingen betydning. Her opplever hun å bli hørt. ”Jeg hadde en gang en kontaktperson som når jeg fortalte at jeg var deprimert ikke forstod meg. Hun var snill, men hun sa at jeg var for konkret, at jeg ikke kom til å bli frisk. Jeg er ikke fornøyd med det. Men på alle andre måter er jeg fornøyd”. Dette nevner hun som den eneste negative opplevelsen i møtet med norsk helsevesen.

En påpeker at den største forskjellen hun har merket seg mellom Norge og hjemlandet er at det her er akseptert at psykiske lidelser faktisk er en sykdom. ”Første gang jeg fikk psykiske problemer var når jeg var 16 år. Da bodde jeg i Kabul og huset vårt ble bombet. Flere familiemedlemmer døde, og jeg havnet på sykehus i 20 dager og forstod ingenting av hva som hadde skjedd. Etterpå fikk jeg psykiske problemer, men ble etter hvert friskere. I 2003 flyktet min mann til Nederland. Taliban liker ikke at jenter eller damer bor alene. De kom til huset mitt og slo meg to ganger, og brente mitt barn med varmt vann. Etterpå ble jeg veldig syk. Men når man går til lege i Afghanistan og sier man har psykiske problemer sier de at det ikke finnes. Det er en stor forskjell i kulturen i Afghanistan og Norge”. Hun fikk aldri behandling for problemene sine før hun kom til Norge, og problemene hadde forverret seg over flere år. ”Der hjemme finnes det verken behandling eller spesialister”.

Opplevelse av tilrettelagt behandling: Lederen for behandlingen og initiativtakeren til denne gruppen sier at ”problemene er kulturelt betinget og at brukerne har behov for mer kroppskunnskap, kjennskap til sin egen kropp, og at det er viktig for denne brukergruppen å få ytre sine problemer til andre medmennesker, spesielt andre kvinner”. En informant sier klart og tydelig: ”At alle innvandrere skal plasseres i en egen gruppe for seg selv synes jeg ikke er bra. For meg så blir det helt feil”. Hun påpeker videre at det ikke er påtvunget å delta i denne gruppen, og på dagsenteret ser hun både innvandrere og etnisk norske. At det kun er innvandrere som deltar i den aktuelle avspenningsgruppen tenker hun ikke noe på. Selv ikke informanten som kommer fra Tyrkia opplever at det har noe å si at behandleren er fra samme land og snakker samme språk som henne selv. Dette fordi hun både snakker norsk og tyrkisk. Flere av deltakerne i behandlingsgruppa har tyrkisk bakgrunn, og fysioterapeuten som leder

behandlingen snakker derfor først på norsk, deretter på tyrkisk. En av informantene som ikke kom fra Tyrkia mislikte derimot at behandleren snakket tyrkisk. Hun opplevde dette som forstyrrende.

En av informantene sier: ”Det er bra for meg at det er tilrettelagt for mitt behov. Jeg er veldig fornøyd”. Hun tenker altså på at tilbudet er tilrettelagt for hennes behov for behandling, hun sier ingen ting om at det er tilrettelagt for henne som innvandrer, eller at det kun er personer med innvandrerbakgrunn som deltar.

Ingen av informantene kan forklare hvordan det tilrettelegges for dem. De synes spørsmålet er vanskelig og sier at de ikke vet. Det virker allikevel som målet med gruppe – behandlingen nås. En av informantene sier at ”det beste med å delta i denne behandlingen er at jeg kommer meg ut. Jeg føler meg innestengt hjemme, det er derfor veldig bra for meg å komme hit og treffe andre”. Hun sier hun har mye vondt, mange steder i kroppen. I gruppen får hun beveget seg, og vært sosial sammen med andre, noe som hjelper litt. Smertene kommer tilbake så fort hun kommer hjem. Det er mye verre når hun er hjemme. Hun sier gruppe – behandlingen er tilpasset hennes behov. Hun føler ikke at hun må gjøre øvelsene om de ikke passer for henne.

Svikt i formidling av regler: En av informantene hadde opplevd ikke å bli fortalt om lover og rettigheter hun hadde i forbindelse med svangerskapspermisjon av sin fastlege. Hun hadde vært mye syk under permisjonen og vært hos fastlegen sin flere ganger. Ingen av gangene hadde legen opplyst om at hun da hadde rett på forlenget permisjon, og hun følte seg på denne måten sviktet av denne legen. Hun fortalte at det som utlending er vanskelig å sette seg inn i alle lover og rettigheter, og at mange innvandrere på denne måten blir snytt for de goder de har krav på. Da hun kom tilbake i jobb og ble fortalt av kollegaer at hun hadde hatt rett til utvidet permisjon som følge av sykdommen følte hun seg svært skuffet. (Gjelder også hun som fødte uten tolk – var ikke klar over rettighetene i forhold til dette).

Å bli mistrodd: En informant hadde opplevd å bli mistrodd av fastlegen sin ved flere anledninger. Da hun gikk til lege for å få behandling følte hun at legen trodde hun kun var ute etter sykemelding, og hun følte at hun ikke ble hørt. Videre sa hun at hun tror mange leger tenker dette om innvandrere, noe som gjør at hun føler seg dårligere behandlet enn andre

nordmenn. Hun måtte gå flere ganger til denne legen før hun ble trodd. Da han omsider trodde på henne hadde hun blitt enda sykere både psykisk og fysisk. Hun mener det var siste desperate rop om hjelp den dagen hun endelig ble trodd, og at dersom legen hadde hørt på henne første gangen hadde det tatt kortere tid å bli frisk.

Hvordan fikk du tilbudet om å delta i gruppen? Flere av informantene hadde fått plass på dagsenteret ved at fastlegen deres hadde videresendt dem dit. Her fikk de flere tilbud om å delta i ulike grupper. De fleste hadde vært med i flere forskjellige grupper tidligere. En sier hun først ble med i en startgruppe for å bli kjent med bygget og de ansatte. Så fikk hun et skriv om forskjellige grupper hun kunne være med i. Hun valgte mor-og-barn -gruppen fordi hun på den tiden hadde små barn. ”Det var veldig greit, for da hadde vi noe felles å snakke om, og noen som var i samme situasjon som oss selv å snakke med”. Det var veldig bra å delta i denne gruppen”. Videre visste hun ikke hva hun skulle velge, og det var hun som jobbet på mor-og-barn- gruppen som anbefalte avspenningsgruppen hun er med i nå. Denne helsearbeideren søkte også om plassen for henne. En gang i uken har hun møte med NAV, er det noe som er vanskelig får hun den hjelpen hun trenger også der. En annen forteller om langvarige problemer med depresjoner. Det var en saksbehandler i barnevernstjenesten som søkte om plass til henne på dagsenteret. ”De sa at det var et bra sted for meg, og da fikk jeg tilbud her. Det har vært kurs to ganger. En gang før sommerferien, og en gang nå i høst. Jeg er veldig fornøyd med dagsenteret, det er veldig snille mennesker der og jeg er på fysioterapigruppen hver tirsdag”. En av informantene hadde fått tilbudet direkte gjennom kontaktpersonen på dagsenteret. Siden hun hadde deltatt i andre grupper hadde kontaktpersonen merket seg at denne gruppen kunne passe for henne. Det har altså mye å si for informantene at de blir sett og hørt. Det er ansatte i helsevesenet som sørger for at de får den behandlingen som passer for dem, og sjelden de selv selv tar initiativ. Ingen av informantene kjenner til begrepet brukermedvirkning. I spørsmål om de har stilt noen krav til behandling svarer alle nei.

Om å betale for behandlingen: De som deltar i denne avspenningsgruppen betaler femti kroner per gang. En synes dette er greit, de andre synes det er mye penger. En sier hun har regnet ut hva det vil koste henne totalt å delta i avspennings - gruppa, og synes det er mye penger. Hun synes det burde være gratis. En annen stiller spørsmål ved hvorfor akkurat denne

gruppen må betale egenandel, mens andre grupper hun har deltatt i tidligere har vært helt kostnadsfrie: ”Jeg skjønner ikke hvorfor kommunen har de andre gruppene gratis, mens akkurat denne gruppa må betale. Men jeg har ikke spurt noen om hvorfor det er sånn”. Siden hun ikke jobber sier hun at det er vanskelig økonomisk: ”Jeg jobber ikke nå, men jeg har gjort det tidligere. Siden jeg nå har psykiske problemer, som jo er grunnen til at jeg er her på dagsenteret og deltar i denne gruppen hver uke, klarer jeg ikke å jobbe. Men jeg vil gjerne begynne å jobbe igjen. I hjemlandet mitt var jeg lærer for små barn. Håper jeg kan få en sånn jobb her også når jeg blir frisk. Jeg skal snart begynne å jobbe litt igjen, frivillig eller som ferievikar. Det kan hjelpe for meg, og gi meg bedre helse”.

#### **4.6.3 Empiriske funn i intervjuene med helsearbeiderne**

Kulturell praksis og språk: ”Behovet for sosial omgang med andre er stort, og det at brukerne kommer seg ut blant folk og får brukt tid på seg selv er viktig”, sier en ansatt ved det psykososiale teamet. ”Spesielt for kvinner med denne kulturelle bakgrunnen er at de er vant til å dele problemene sine med andre kvinner, noe de ikke får gjort her i Norge på samme måte som i hjemlandet”. De som jobber med den tilrettelagte avspenningsgruppen legger altså størst vekt på at kvinnene som deltar har et stort behov for å komme ut til andre kvinner med problemene sine: ”Hovedproblemet ligger i at de ikke har noe sosialt nettverk og få venner. De sladrer om hverandre, og praten hjelper”, sier en av de ansatte. ”De har et behov for en snutenkning i forhold til kroppskunnskap og angst, og de har behov for større kjennskap til sin egen kropp”. ”Sykdommen gir dem oppmerksomhet og de føler at de blir sett”. ”De har generelt dårlig helse og kropper som er i forfall”. ”Det virker som de har stor glede av dette tilbudet og de begynner behandlingstidene tause og triste, men ler masse og har det gøy etter hvert”. Fysioterapeuten som leder gruppen kommer opprinnelig fra Tyrkia, noe han tror kan ha en positiv effekt siden han kjenner deres kulturelle bakgrunn bedre enn en etnisk norsk vil gjøre. ”Jeg snakker tyrkisk til gruppa. Alle mennene i herregruppen er innvandrere fra Tyrkia, unntatt en som kommer fra Serbia”. På kvinnegruppen er det en blanding av folk fra forskjellige land, men flere kommer fra Tyrkia”. ”Eksempelet som jeg kan se for meg selv er at jeg har tyrkiske foreldre. Og de har vært i Norge i over tretti år. Jeg ble født her. Jeg har levd med tyrkisk kultur. Den norske kulturen har jeg fått i skolen og sammen med norske venner. Og så har jeg gjennom årene tatt med meg det som er bra i den tyrkiske kulturen og

det som er bra i den norske kulturen. Og satt de to sammen og blitt den jeg er i dag. Jeg ser på meg selv som tyrkisk/norsk”. Dette gjør han både i rollen som privatperson og som behandler. Behandlingen han tilbyr ville vært den samme uansett om det var innvandrere eller nordmenn han behandlet. Han innrømmer imidlertid at det kan være en fordel med hans bakgrunn i den gruppa han nå leder: ”Ja, jeg kommer jo fra Tyrkia, og Midt-Østen generelt er et område jeg kjenner til, og jeg kan gjenkjenne problemstillingene de står overfor. Stort sett, jeg sier ikke alltid”. ”De samme problemene har jeg hørt at flere har hatt, og da er det lettere for meg å forstå dem enn det ville vært for en norsk fysioterapeut som ikke har opplevd det, og ikke skjønner hva for eksempel begrepet **ære** betyr”. ”Vi snakker masse om ære i min kultur, og om store krenkelser. Det er forskjellige måter å bli krenket på. Bakgrunnen deres og hvor de kommer fra kan gi meg en anelse om hva slags problemer de har. Jeg tolker det ikke, men jeg har en tanke om det og så venter jeg og ser det an”. Fokuset i denne gruppen er ikke på hvilken kulturell bakgrunn pasientene har, men det å bli kjent med seg selv. ”Alle har en kropp uansett hvor i verden de kommer fra. Alle har samme kropp, og alle har følelser og tanker. Jeg vil ikke kategorisere. Det handler om å se hver enkelt person”. En kulturell forskjell mellom disse pasientene og etniske nordmenn er at de fleste av disse brukerne ikke har noen utdanning. ”Jo høyere utdanning du har, jo mer fleksibel og åpen er du”, sier en av de ansatte. Nettopp det at de ikke er åpne kan være en grunn til at de er så syke. De kommer seg ikke ut, og dagsenterets oppgave er å tilby tjenester som får brukerne ut av huset og i kontakt med andre. Fysioterapeuten sier det er viktig å ta hensyn til, eller i det minste å kjenne til, pasientenes kulturelle bakgrunn. Men at det er viktig også å se på hva kulturen baserer seg på: ”Det er i visse kulturer, spesielt i min tyrkiske kultur, vanlig at følelser blir undertrykt. Man skal ikke vise følelser”. ”Dette gjelder spesielt for faren min sin generasjon og oppover”.

De fleste har innvandrerbakgrunn av de som kommer til dagsenteret. De har psykiske problemer, spesielt depresjoner og angst. ”Dette kommer av at de kommer fra sitt hjemland og har vært i Norge noen år, og så finner de ikke de omgivelsene de hadde ønsket eller sett for seg, eller de kommer seg ikke ut av sitt eget skap. Og da må de fylle det skapet med nye ting. Være åpne for nye ting”. Dette er en utfordring for dem, sier en ansatt.

Når det gjelder språk og kommunikasjon sier alle at dette kan være en utfordring i møtet med noen pasienter. Men de bruker kun tolk om det er helt nødvendig, om pasienten har veldig lite språkkunnskap. ”Vi må jo håndtere den gruppen av innvandrere som er nylig ankommet landet, og som ikke har noen språklige forutsetninger”, da må vi bruke tolk. Men motsatt nevnes det

episoder hvor personer som har vært i Norge i 10 år og fortsatt har behov for tolk. Hvor lenge kan man kreve å få tolk? ”Min oppfatning er at så lenge du har behov for tolk, så har du behov for tolk. Men man kan i denne sammenheng se i Pasientrettighetsloven i forhold til medbestemmelsesretten og informasjonsretten. Tolkedelen kan snus og ses på en måte som at det ikke er pasienten som trenger tolk for at vi skal kunne yte likeverdige tjenester, men helsepersonellet. Dette nettopp for å ivareta pasientrettighetsloven, og for at vi kan forsikre oss om at pasienten har forstått budskapet”.

Et annet problem med manglende norskkunnskaper en av helsearbeiderne nevner er muligheten til å medvirke. ”For å kunne kreve din rett må du vite hva informasjonsretten og medvirkning går i, og det er det ikke alle innvandrere som er klar over”. ”Språk og samarbeid henger sammen. Det hjelper jo ikke om jeg klarer å formidle til en pasient i forhold til et behandlingsforløp for eksempel. Om jeg føler at jeg formidlet det på en god måte hjelper ikke om ikke pasienten har forstått det. Da er vi jo like langt. Derfor må vi passe på at det blir tilrettelagt, eventuelt ved å bruke et enkelt språk. Man kan kutte ut latinske begreper, eller å bruke tolk i større grad. Vi er veldig opptatt av å øke kvaliteten på tolkene”.

Tilrettelegging av helsetjenestene: ”Poenget er at vi i psykososialt team og ved dagsenteret jobber for å tilrettelegge for alle”, sier lederen for det psykososiale teamet. De sier at de i stor grad jobber for å tilrettelegge tjenestene for hver enkelt bruker. Dette gjøres på flere nivåer, først og fremst ved å se på hver enkelts behov, deretter ved å tilpasse ulike grupper som passer. Det tilrettelegges ikke nødvendigvis på bakgrunn av at de er innvandrere, men når de så at mange av brukerne som hadde innvandrerbakgrunn slet med de samme problemene ble det naturlig å starte et eget opplegg for dem. Disse brukerne hadde ikke passet inn i noen av de allerede eksisterende gruppene de hadde på dagsenteret. De ser positive resultater allerede og ønsker å fortsette videre om de får støtte til det. En av de ansatte sier at det ikke ville ikke hatt samme effekt om det var menn tilstede i behandlingen, noe også fysioterapeuten bekrefter: ”De ville ikke utfolde seg og bevege seg på denne måten om det var menn tilstede”. Det var hans forslag å dele inn i to grupper: ”Fordi som jeg kjenner min kultur så er det sånn at menn og kvinner ikke kan være like åpne når de er sammen. Kvinnene kan slippe seg mer løs når de bare er sammen med andre kvinner. Mennene kan ha problemer med å vise seg svake, og ved å vise følelser eller at de har det vondt”.



Egne behandlingstilbud for innvandrere er ingen av helsearbeiderne positive til. ”Det synes jeg ikke det skal være. Det blir jo ikke noe integrering ut av det. Bare å si norske og innvandrere i seg selv skiller to forskjellige mennesker, men vi er jo alle like”.

”Man skal tilrettelegge, men hvor mye man skal tilrettelegge er vanskelig å si. I hvor stor grad skal en pasient få særbehandling av oss? Dette er jo i utgangspunktet en debatt, men den er jo ikke særlig åpen. Det sies jo at vi skal tilrettelegge, men jeg tenker at man ikke skal være dumsnille. Vi skal ikke legge puter under armene på innvandrere for at de skal slippe å integrere seg, eller at de skal slippe å lære norsk fordi alt blir servert på deres eget språk”.

”En annen utfordring som man kan møte: I det norske samfunn er det veldig demokratisk lagt opp, man skal ha brukermedvirkning og medbestemmelse og den type ting, og så får du en lege inn som sier at de kan se for seg to, tre ulike behandlingsforløp, og nevner disse alternativene for pasienten. Og så spør legen pasienten hvilke behandling pasienten vil ha, da legges det utrolig mye ansvar på pasientens skuldre når han må avgjøre dette selv. Noen flerkulturelle grupper er vant til hierarki i mye større grad, og de stoler på legen din og regner med at han skal ta det valget som er best for deg. Men når man får valgmulighetene vil disse kunne tenke at her er legen inkompetent, og det kan gjøre pasienten usikker, heller enn å gi tillitt. Dette er en kulturkonflikt. Pasienten vil da kanskje oppsøke en annen lege fordi denne kunne jo ikke noe”.

”Det er en forskjell på lik behandling og likeverdig behandling. Man forskjellsbehandler jo faktisk ved å gi lik behandling til folk som er forskjellig, eller har ulike forutsetninger”.

Personlig engasjement og initiativtaking: Alle informantene virket svært engasjerte i jobbene sine, i brukerne og problematikken rundt innvandrere og likeverdige helsetjenester. En av informantene forteller at hun har jobbet to semestre på kveldstid. Dette frivillig og uten ekstra lønn. Arbeidet med avspenningsgruppen er egentlig ikke en del av hennes normale arbeidstid, men noe hun har tatt på seg fordi hun ønsker det selv. Neste semester ønsker hun derimot at det skal bli en del av hennes arbeidstid om hun skal fortsette. Hun jobber femti prosent på psykososialt team og femti prosent på dagsenteret. Psykososialt team jobber med en til en person, mens dagsenteret har gruppe - tilbud. Brukerne har blitt henvist fra lege før de kommer dit, og alle må først innom et mottak som plasserer de i en passende gruppe.

”Jeg kunne snakket om dette i flere timer, sier en av informantene. Han er fysioterapeuten som leder behandlingen i avspenningsgruppen. Og det var han som tok initiativ til å starte opp

en slik behandling, for en slik gruppe: ”På skolen ble vi oppfordret til selv å sette i gang tilbud med psykomotorisk behandling. Det er et relativt ukjent begrep for mange i Norge fordi det bare har eksistert i 5-6 år”. Det er en norsk overlege i psykiatri (Trygve Bråtøy) og en fysioterapeut (Oddve Hanen) som fant frem til denne metoden. De fant ut at bare vanlig massasje i fysioterapi – behandlingen ikke hjalp. ”Da utdannelsen min var ferdig startet jeg som fysioterapeut for meg selv. Jeg kom på å kontakte dagsenteret i Drammen Kommune fordi moren min gikk der. Jeg kontaktet lederen for det psykososiale teamet i Drammen Kommune og han var veldig positiv til forslaget mitt og satte meg i kontakt med dagsenteret”. Nå er dette først og fremst et pilotprosjekt, men det ser ut til å ha effekt og alle som jobber der håper det kan fortsette.

Også lederen for seksjon for likeverdige helsetjenester ved Ullevål sier arbeidet baseres mye på hennes personlige engasjement: ”Nå gjør det jo det. Prosjektene vi starter er basert på mine ideer. Fordelene nå er at det utdannes personer innenfor flerkulturelt arbeid. Utfordringen er å spre disse nye utdannede rundt i sykehuset”. ”Spesielt feltet i forhold til flerkulturell kommunikasjon og det å være kommunikasjonsutøver i flerkulturelt arbeidsmiljø krever personlig engasjement. Inger Kvale som er fagansvarlig på HIO, på kulturveileder-faget, har gjort en del forskningsstudier på dette i videregående skoler i Oppland og Hedmark. Da så de at skolene som har sendt representanter til studier enkeltvis for så og komme tilbake til arbeidsplassen kjempemotiverte og klare for å gjøre en innsats. Så får de kanskje ikke noe gehør i ledelsen og de blir veldig ensomme og da er det lett å brenne inne med ideer og engasjement. Som en ildsjel som ikke får gjort noe. Mens fordelene her hos oss nå er at vi utdanner flere fra samme institusjon, og da får de en tilhørighet og det kanskje det blir lettere og dra prosjektet for meg”. ”Men sånn engasjementsmessig: Noen prosjekter har jo blitt satt i gang før, for eksempel dette med flerkulturelle ledere har vært kjørt et par ganger tidligere i gamle Ullevål. Så jeg har fulgt litt opp samme linja som Ullevål startet med, men utfordringen nå blir å spre det ut i hele det nye sykehuset. De har hatt lite fokus på dette arbeidet på Rikshospitalet blant annet.

Samarbeid: ”Vi må samarbeide med ulike parter for å nå ut. Når jeg snakker om flerkulturell forståelse generelt, så er hovedmomentet som jeg pleier å trekke frem det med å oppnå en gjensidig forståelse for budskapet i kommunikasjonsprosessen mellom pasient og

helsepersonell". Også Psykososialt team er avhengig av et godt samarbeid med andre sentre i kommunen. Spesielt dagsenteret og fastleger formidler tilbudene deres til brukerne.

#### **4.6.4 Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011 – 2015**

Fra stab samhandling og internasjonalt samarbeid ved Oslo Universitetssykehus kommer en strategi som settes i verk fra 2011 og skal pågå frem til 2015. Visjonen er at Oslo universitetssykehus HF skal være best i Norge på likeverdige helsetjenester for pasientene. Likeverdige helsetjenester defineres i denne planlagte strategien som noe som forutsetter likhet i tilgang, kvalitet og resultat. Ved å legge til rette for likeverdige helsetjenester gis alle pasienter likeverdig tilgang til omsorg og behandling. Tjenestene skal være av like god kvalitet for alle brukere, og målet er resultatlikhet for de med samme sykdomsbilde. Det påpekes at et reelt likeverdig behandlingstilbud innebærer at pasienter med ulike behov og forutsetninger i blant behandles ulikt, tilpasset den enkeltes livssituasjon, kulturelle og religiøse bakgrunn og kommunikasjonsferdigheter. Likebehandling av mennesker med ulike forutsetninger gir sjelden likt resultat. Tjenesten må derfor tilrettelegges for den enkelte. Målet til Oslo universitetssykehus HF er å tilby gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, sosioøkonomiske forutsetninger, språk, seksuell legning, etnisk bakgrunn, tro- og livssyn og funksjonsevne. En annen viktig målsetting er at Oslo universitetssykehus skal være et fordoms- og rasismefritt sykehus.

Dette er en strategi som skal pågå de neste årene (2011-2015). Det er flere aktører som har vært med i utarbeidelsen av strategien, og nå er den også vedtatt i et ledermøte og skal opp på styremøte i Oslo Universitetssykehus om et par uker. Den er altså helt fersk, men fungerer som en rettesnor for det videre arbeidet. På bakgrunn av de her overordnede momentene må vi lage en handlingsplan som viser mer konkrete tiltak over hva vi skal gjøre fremover.

Seksjonen for likeverdig helsetjeneste er ganske ny, den startet som egen organisasjon i januar 2010 etter sammenslåingen av sykehusene, og fikk da sin plass på organisasjonskartet. Ut i fra visjonen, eller prosjektet som Helse Sør-Øst har, har vi utarbeidet denne til å inkludere flere grupper. Seksjonsarbeidet har hittil hatt fokus på det flerkulturelle og innvandrerbefolkningen, men nå må det tas hensyn til at likeverdighetsbegrepet omfatter flere grupper. På grunn av få ressurser (per i dag), og ut ifra strategien som skal gå fra 2011 – 2015 må også andre utsatte

grupper tas med, da hovedsakelig hørselshemmede, svaksynte og rusmisbrukere. Alle grupper som er litt mer vanskeligstilte og har behov for tilrettelegging, de som faller utenfor vanlig type behandling. Den tradisjonelle definisjonen som Helse Sør-Øst har er nå utvidet i denne strategien til å omfatte alle, uavhengig av alder, kjønn, sosioøkonomiske forutsetninger, språk, seksuell legning, tro og livssyn og funksjonshemninger. De tre siste; seksuell legning, tro og livssyn og funksjonshemming er tre nye momenter som har blitt lagt til i forhold til den visjonen som Helse Sør-Øst har. Her kommer likestillingsbegrepet inn, som også skal ivaretas. I tillegg kommer målet om å være et fordomsfritt og rasismefritt sykehus.

Hva de jobber med ved seksjon for likeverdig helsetjeneste, Ullevål sykehus, intervju med lederen for seksjonen, Hege Linnestad.

Språk: ”Språk og samarbeid henger sammen. Det hjelper jo ikke om jeg klarer å formidle til en pasient, i forhold til et behandlingsforløp for eksempel, om jeg føler at jeg formidlet det på en god måte hjelper ikke om ikke pasienten har forstått det. Da er vi jo like langt. Derfor må vi passe på at det blir tilrettelagt, eventuelt ved å bruke et enkelt språk. Man kan kutte ut latinske begreper, eller å bruke tolk i større grad. Vi er veldig opptatt av å øke kvaliteten på tolkene”.

Utdanning av kulturveiledere: ”Denne utdanningen av egne kulturveiledere bidrar i forhold til holdnings skapende arbeid og en bevisstgjøring på feltet. De kan også holde foredrag for andre helsearbeidere”. Men dette prosjektet er fortsatt i startfasen. Ett kull er ferdigutdannet og nå i arbeid på Ullevål som et pilotprosjekt. Også et nytt kull startet i oktober som er en del av et samarbeidsprosjekt mellom alle sykehusene i Oslo kommune. Enda et nytt startet vinteren 2011. Dette er helsepersonell som allerede er ansatte ved sykehuset, eller i kommunen. Det foretas en prioritering i forhold til hvilke klinikker som har størst behov, gjennom en intern fordeling, men i utgangspunktet er det åpent for alle ansatte ved sykehusene. Dette er ikke en del av utdannelsen til helsearbeidere generelt. I følge Hege Linnestad er det alt for lite fokus på dette i utdannelsen. ”Det har vært gjort en undersøkelse på dette: Tre medisinstudenter laget en rapport på hvor mye fokus det var på det flerkulturelle feltet i medisnutdanningen. Da var det snakk om åtte timer totalt på seks års utdanning. Så det er ikke mye”. Hun oppfordrer til økt samarbeid med kommune og innvandrersorganisasjoner. Hvert halvår må de ha dialogmøter med organisasjonene, deriblant

OMOD, Primærmedisinsk verksted, NAKMI, Råd for innvandringsorganisasjoner i Oslo og KIM. Dette i tillegg til et fokus på å tenke på tvers innad i sykehuset.

Organisasjonskart: Seksjon for likeverdige helsetjenester ligger i stab samhandling og internasjonalt samarbeid, der det også er fire andre seksjoner. Lederen for seksjonen, beskriver hovedmålene som de jobber for og mot i form av tre hovedmål: ”I arbeidet med likeverdig helsetjenester kreves en flerkulturell kompetanse, spesielt i forhold til det flerkulturelle, og det er der vi foreløpig har hatt fokuset”. ”Kommunikasjon og kultursensitivitet: Det at man i større grad skal fokusere på likheter enn det som er annerledes”. ”Kunnskap og verktøy for å se brukernes behov og synspunkter, det å være åpen og vise hverandre respekt er helt banale ting, men som man av og til trenger å bli minnet på”.

Tolk: Mye arbeid og ressurser legges ned i arbeidet med å tilby gode tolketjenester. ”Riktig bruk av tolk, at man bruker kvalifiserte tolker er viktig”, sier Linnestad. ”Her er vi bundet av en avtale med en tolke - leverandør som formidler vårt behov for tolk og henter inn en aktuell tolk”. ”Vi har retningslinjer i forhold til avtalen om at tolkene skal ha et visst nivå, men vi vet jo at det fortsatt kan bli bedre. Noen tolker mangler helsefaglig terminologi. Helsevesenet betaler kanskje dårligere og vi mister de beste tolkene. Dette må jobbes med. Internt i sykehuset er det fokus på å bruke tolkene på riktig måte. At man kommuniserer direkte med pasienten og har blikkontakt med denne og ikke ser på tolken. I disse retningslinjene står det også at man ikke skal bruke barn eller pårørende. Helst ikke andre medarbeidere på grunn av rollekonflikter. Det er et så stort og viktig felt, så man kan bli litt tafatt. Dette er egentlig noe som skulle blitt løftet over på helsemyndighetene for å støtte helsevesenet. Vi er i dialog med helsedirektoratet og IMDI så vi håper å få til et bedre opplegg”.

Tilrettelagt informasjon: ”Vi oversetter informasjon som er relevant til ulike språk, og prøver i størst mulig grad å bruke et lett språk”. ”Og så er det dette med forankring; at vi forsøker å få ledelsen med på laget, så de blir klar over betydningen og viktigheten av fokuset på dette området. Også at dette blir en del av alle strategier på sykehuset etter hvert. At det blir en del av budsjettene. Det er slitsomt og hele tiden måtte lete etter eksterne midler til prosjekter. ”Vi får noen midler, men det er ikke nok. Samtidig er vi ikke så mange som jobber med dette, og vi tar på oss for mange oppgaver. Så det blir for mye å gjøre”.

Rekruttering og kompetanseutvikling: ”Kulturveilederne er et veldig konkret tiltak i fokuset på likeverdige helsetjenester. Nettopp for å få spredd kunnskap ut til andre medarbeidere.

Sånn som det er lagt opp har ikke kulturveilederne noen utøvende funksjon direkte i forhold til pasienter, men de skal rette seg mot andre medarbeidere. Gjennom medarbeiderne sprer de informasjon i mye større grad og derigjennom vil det nå ut til pasientene. Dette er i alle fall tanken. For de er ikke så mange og skulle de meklet mellom helsepersonell og pasient ville de ikke hatt kompetanse eller ressurser nok. Vi setter også i gang et nytt program for flerkulturelle ledere. Vi har ansatte i sykehuset som har flerkulturell bakgrunn og som ser for seg en karriere som ledere her i sykehuset. Dette også for å øke andelen ledere med flerkulturell bakgrunn, som er relativt lav. Vi skal også jobbe med dette når det gjelder alle stillingskategorier. Vi skal speile samfunnet, ikke bare i servicebransjen”.

### **Pågående prosjekter i seksjon for likeverdig helsetjeneste, Ullevål sykehus:**

Seksjonen jobber ut i fra sin egen strategi som er en videreføring av ”Prosjekt likeverdige helsetjenester” fra Helse Sør – Øst. I tillegg utformer de nye tiltak etter behov. Dette får de ofte innspill fra andre institusjoner og ansatte i sykehuset om. Det vil videre redegjøres for noen av de ulike tiltakene som seksjon for likeverdige helsetjenester har iverksatt eller fortsatt jobber med.

Styrking av likeverdig og integrerende helsetjeneste for minoritetsbefolkningen i hovedstadsområdet er et samhandlingsprosjekt der Oslo Universitetssykehus har lederansvaret på oppdrag fra Helse Sør - Øst og Oslo Kommune. Aker Universitetssykehus, Vestre Viken, Diakonhjemmet og Lovisenberg er også med. Dette skal pågå i to år og det er et generelt fokus på likeverdige helsetjenester der feltet skal styrkes med strategisk arbeid opp mot Helse Sør – Øst som legger press på fremdriften i arbeidet. De jobber med å kartlegge hva som har vært gjort av arbeid på feltet likeverdige helsetjenester i forhold til minoritetsbefolkningen tidligere av de ulike partene. Dette blir så lagt inn i en database som man kan søke i. Det vil da bli mulig å spleise ulike prosjekter sammen så man lettere kan oppdatere hverandre innenfor samme temaområde. Problemet har ofte vært at det er lite informasjon, og at det er vanskelig å få tak i det som allerede finnes av informasjon. En slik database vil dermed lette arbeidet betraktelig både for de som jobber med likeverdige helsetjenester og helsepersonell generelt. Det finnes veldig mye brosjyrer i omløp, der noe er oversatt til ulike språk. Når det gjelder det som allerede er oversatt gjenstår det et stort arbeid med å kartlegge hva som allerede finnes av oversatte brosjyrer. Innholdet skal granskes språklig, for å finne ut om

språket må tilpasses, både kulturelt og i forhold til tabu - områder. Er det noe som ikke burde nevnes eller eventuelt skrives på en annen måte må dette gjøres. Ved å sende en tekst til oversettelse kan de som oversetter forfine språket og vise seg med et akademisk språk, noe som er uheldig i denne sammenheng da pasienter med innvandrerbakgrunn har behov for et forenklet språk. Dette er et stort arbeid, spesielt i forhold til hvordan det skal avgrenses: ”Skal vi holde oss til Oslo, eller ta det på landsbasis – noe som er kjempestort, eller bare avgrense til de partene som er med i prosjektet?”, spør Linnestad.

De jobber også med å starte et lavterskeltilbud der de samarbeider med ulike radiokanaler i Oslo og Akershus som sender på ulike språk. De tenker å sette i gang en serie med helsefaglig relaterte temaer, der folk kan ringe inn og spørre en spesialist, enten en spesialist med tolk eller en lege som snakker språket (Polsk, Urdu m.fl.). Et samarbeid med vitenskapsbutikken er også satt i gang etter initiativ fra seksjonen. Dette for å øke kjennskapen til- og forskningsfeltet på likeverdige helsetjenester mot minoritetsbefolkningen og helserelaterte utfordringer. De sender ut en utfordring til de deltakende partene hvor de skal lage utlysningstekster på områder de ønsker utredninger på. Forhåpentligvis vil de da få rekruttert noen mastergradsstudenter.

Utdanningen av kulturveiledere er som allerede nevnt et samarbeid med HIO og ledes også fra seksjon for likeverdige helsetjenester ved Ullevål sykehus. De fikk midler fra helse- og omsorgsdepartementet i 2009 - 2010: ”Likeverdig helsetjeneste til en flerkulturell befolkning”. Dette prosjektet er delt inn i fire delprosjekter hvor kulturveilederutdanningen var det første kullet som var et pilotprosjekt.

Mammografiscreening i Oslo opplever at de har lav oppmøteprosent fra ikke - vestlige innvandrerkvinner. Når pasientene først kommer har utviklingen gått så langt at det vanskeliggjør videre behandling. Seksjon for likeverdige helsetjenester ble kontaktet for å gjøre noe med dette problemet. De iverksatte da et tiltak, her ved å lage en plakat med norsk, arabisk og urdu for å øke oppmøteprosenten. Denne skal distribueres til legekontorer og helsestasjoner. De har også laget en brosjyre som går på seksuelle overgrep mot barn, og vold i familien. Denne skal brukes i konsultasjonsøyemed og poenget er at man også kan ta den med hjem. Denne er tegnet i forhold til flerkulturelle brukere, med nøytrale litt mørke bilder, med lett forståelig norsk språk. Samtidig skal den også oversettes til polsk, urdu, somalisk, arabisk, tyrkisk og engelsk. Et annet eksempel, ’dinfo’, som er en informasjonssentral til familier som har barn med diabetes. Her er det utarbeidet tilrettelagt informasjon, med

videosnutter om sykdommen, hva som skjer på sykehuset og hva man skal gjøre/ikke gjøre i hverdagen. En digital videosnutt har også blitt dubbet for å gi et likestilt tilbud.

Seksjonen har også inngått et samarbeid med teologisk fakultet. For å gi et tilbud til pasienter som ikke er medlemmer i den norske statskirken gis det tilbud om samtaler med sjelesørger, eksempelvis en imam. Disse må utdannes og trenes opp, før de kan bli en del av tilbudet ved institusjonen/sykehuset. ”Vi samarbeider med andre, spesielt i det første prosjektet som handler om styrking av likeverdig og integrerende helsetjenester for minoritetsbefolkningen inngår det mye samarbeid med andre. Vi setter det i gang, og vi er med på å styre det meste. Ofte tar andre kontakt først, og så har vi vært med og ledet prosjektet. Noe arbeid delegerer vi bort til andre, men vi har hovedansvaret for prosjektene og utformingen av dem”, sier Linnestad. ”Andre avdelinger på sykehuset kommer ofte med innspill. Det de synes er mangelfullt blir opp til oss å gjøre noe med. Vi ser på behovene og utformer deretter tiltak i fellesskap. Ofte tar også klinikkene kontakt og forteller hva de har behov for. I noen tilfeller har jeg vært hovedprosjektleder, og delegert delprosjektene ut på den aktuelle klinikken. Vi har jevnlig møter og oppdateringer, mens utdanningen av veiledere i flerkulturelt helsearbeid har blitt drevet herfra i samarbeid med høyskolen. Selve utdanningen har vi satt bort, mens koordineringen og oppfølgingen av de som er ferdigutdannet har vi tatt oss av” (Hege Linnestad).

#### **4.6.5 Presentasjon av resultater**

Informantene ble i intervjuene spurt om forhold som gjaldt tilrettelagt behandling, deres bakgrunn som innvandrere / helsearbeidere, refleksjoner rundt likeverdige helsetjenester og opplevelsene knyttet til det å jobbe med innvandrerpasienter og det å være pasient med innvandrerbakgrunn. Dette gir verdifull kunnskap når det gjelder å se på det norske helsevesenets møte med- og håndtering av pasienter med innvandrerbakgrunn, og forholdet mellom denne brukergruppen og det norske helsevesenet. Drøftingen av dette forholdet vil basere seg på ulike typer kunnskap:

1. Brukernes subjektive og uttalte opplevelse, deres erfaringer og tanker rundt møtet med helsevesenet.
2. Helsearbeidernes subjektive og uttalte opplevelse, deres erfaringer og tanker rundt møtet med brukere med innvandrerbakgrunn.



3. Helsepolitikk og prosjekter som omhandler likeverdige helsetjenester.
4. Fortolkning gjort av forskeren, om forholdet mellom de ansatte, pasientene med innvandrerbakgrunn og helsevesenet. Dette basert på brukernes og helsearbeidernes uttalelser, erfaringer og refleksjoner.

Brukere med innvandrerbakgrunn vil best selv kunne fortelle om hvordan møtet med det norske helsevesenet fungerer. Ved å intervju denne brukergruppen vil deres egne meninger komme frem. Dette samtidig som at helsearbeiderne som er i direkte kontakt med denne brukergruppen også får fortalt om sine erfaringer og refleksjoner når det gjelder forholdet mellom det norske helsevesenet og brukere med innvandrerbakgrunn.

Analysen vil i hovedsak skje gjennom hermeneutisk fortolkning. Det vil si at personfortellingene blir ivaretatt, men fremstilling og fortolkning vil få en tematisk vinkling. Funn fra empirien vil gi viktige bidrag for å belyse oppgavens problemstillinger og se nærmere på samspeillet mellom aktører og strukturer i helsevesenet. I presentasjonen av empirien vises det til et mangfold av ytringer som kan kategoriseres på ulike måter. Funnene i studien har framkommet basert på et mindre utvalg, og temaene som bringes opp kan drøftes på et generelt grunnlag og i forhold til ulike typer teori. Ved å se nærmere på funnene vil nye hovedkategorier dannes.

### **En oppsummering av empiriske funn:**

Siden alle informantene kommer fra ikke – vestlige land har de opplevd stor overgang fra et så å si ikke - eksisterende tilbud i hjemlandet til et veldig godt tilbud her i Norge. Om helsepersonellet tar hensyn til hvilken kulturell bakgrunn de har eller ikke ser ikke ut til å være viktig for dem. De klarer ikke å sette ord på hvilke måter deres kulturelle bakgrunn har blitt møtt av helsepersonellet. Det eneste de ønsker er å få hjelp, noe de alle sier de får. Dette er imidlertid kvinner som har kommet hit som flyktninger. De hevder alle at helsetjenestene i hjemlandet var dårlige og at det helsevesenet de har møtt her er veldig bra. Hadde informantene kommet fra mer velstående deler av samfunnet i landet de emigrerte fra hadde de kanskje hatt en annen opplevelse av helsetilbudet i hjemlandet, og dermed også her. Det antas at de rike og velstående i informantenes hjemland har råd til å kjøpe gode helsetjenester, mens andre må ta til takke med dårligere helsetjenester, og kanskje ikke får hjelp i det hele

tatt. Informanter med en velstående bakgrunn ville antakeligvis hatt større krav til helsepersonellet og helsetjenesten i Norge enn informantene i denne studien har. Det eneste de ønsker er å få hjelp, og det gjør de jo siden de deltar i dette behandlingsopplegget. Hvordan det legges til rette for deres kulturelle bakgrunn ville sannsynligvis vært viktigere for informanter med en annen bakgrunn enn denne gruppen. Hadde informantene opplevd møtet med det norske helsevesenet som vanskelig og negativt, og følt at deres kulturelle bakgrunn ikke ble tatt hensyn til ville de kanskje hatt mer å si om dette. Studier viser imidlertid at innvandrere oftere bytter fastlege, noe som kan indikere at de er vant til å prøve ulike alternativ i hjemlandet, eller at de tror de kan få bedre tjenester hos en annen lege. Dette strider i mot funnene i denne studien, der alle pasientene som mottar tilrettelagt behandling ved Psykososialt team er svært fornøyde. Siden informantene her alle er svært fornøyde kan det være på grunn av en sammenlikning med hjemlandet der de ikke fikk gode tjenester, og ofte ingen hjelp i det hele tatt. Samtidig mottar disse pasientene en tilrettelagt behandling som de er fornøyd med. Pasientene som ikke er fornøyd med egen fastlege og dermed bytter mottar kanskje ikke tilrettelegging på samme måte som informantene i denne studien.

Noen vektlegger det også som positivt at de her møter kvinnelig helsepersonell. En av informantene sier det kun er menn som jobber som leger i hjemlandet, og at det ofte var vanskelig å få forståelse for psykiske problemer av helsepersonellet i hjemlandet. På spørsmål om de heller vil ha kvinnelig enn mannlige leger svarer alle at det ikke har noen betydning. Det er noen motsetninger i det at de synes det er bra med kvinnelig helsepersonell, men samtidig sier at det ikke har noen betydning. Om de av kulturelle årsaker heller skulle ønsket kvinnelig lege, er det sannsynlig at de ikke ville nevnt dette ønsket fordi de ikke ønsker å virke krevende.

Det kommer frem av informantenes svar at språket ofte er til hinder i møtet med det norske helsevesenet og norsk helsepersonell. Informantene har ofte vært uten tolk, selv under en fødsel. Dette er kvinner som allerede har problemer når det gjelder å komme ut i samfunnet og de har manglende sosiale nettverk, og noen en sykdom som gjør at de ikke kan delta i arbeidslivet. Flere av dem har vært i Norge i mange år, en av de i hele tjue år, og fortsatt svarer de at det er problematisk med språket. Men de etterlyser heller ikke tolker. Det virker som at de ikke synes det er et stort nok problem ettersom de jo faktisk er så heldige å få hjelp i det hele tatt. Eller det kan ha en sammenheng med at de vil bli behandlet likt med andre. Dersom de skal ha tolk vil de jo ikke være like som andre nordmenn.

I spørsmål rundt begrepet om likverdige helsetjenester svarte alle at de ville bli behandlet som 'vanlige nordmenn'. For noen var det viktig at den gruppen de her deltok i ikke var spesielt tilrettelagt for dem for deres bakgrunn som innvandrere, men tilrettelagt for dem som har samme type problemer. De opplever altså ikke dette tilbudet som tilrettelagt fordi de er innvandrere, men tilrettelagt for de typer problemer de har. Behandlingen *er* tilrettelagt for denne gruppens behov. Før dette tilbudet kom hadde ikke dagsenteret noen passende behandling å tilby denne gruppen, og de sammensatte problemene de har er felles for dem også fordi at de har bakgrunn som innvandrere. Men det er viktig for informantene at de ikke puttes i en egen gruppe kun for innvandrere, de vil være som andre nordmenn, og de vil bli behandlet likt som alle andre nordmenn. Begrepet om likeverdige helsetjenester er på denne måten veldig viktig for dem. At behandlingen tilrettelegges er for å sikre at innvandrere får like gode tjenester som alle andre. Tilrettelegges tjenestene for dem som innvandrere, virker det som at de opplever det motsatt – at de ikke blir behandlet likt som andre. I intervjuene med helsearbeiderne kommer det frem at det er en avgjørende faktor for kvaliteten på behandlingen at det kun er kvinner med i gruppen (og at de har en annen gruppe for menn). Det er en avspennings – gruppe hvor de gjør ulike øvelser for å slappe av både fysisk og psykisk. Kvinner og menn med innvandrerbakgrunn spesielt kan finne det problematisk å vise seg fra ulike sider for personer av det motsatte kjønn, sier helsearbeiderne. Kvinnene beveger seg friere uten menn til stede, mens mennene kanskje har problemer med å vise seg fra en svak og sårbar side. Men blant informantene oppleves ikke denne inndelingen som spesielt viktig, ingen av dem sier at det er viktig at det kun er kvinner i gruppen, unntatt når det gjelder det å treffe andre som er i samme situasjon som dem selv. De er kanskje ikke selv klar over måten det tilrettelegges på, og helsearbeiderne ser dette fra utsiden og tilrettelegger allikevel behandlingen på denne måten basert på brukernes bakgrunn som innvandrere.

Når det gjelder sviktende formidling av lover og regler fra helsepersonell viser det seg at noen av informantene er misfornøyd. Dette kan være en viktig indikator på at forholdet mellom innvandrerpatientene og tilretteleggingen kan forbedres. Da spesielt når det gjelder formidling av informasjon. Det er samtidig en debatt om hvor mye det skal opplyses om, hvor langt helsevesenet skal gå når det gjelder å tilrettelegge tjenestene. Det er vanlig i dagens system at man selv undersøker hvilke rettigheter man har selv om helsepersonell også opplyser om dette. Ekstra problematisk blir det når informasjonen ikke forstås på grunn av språket. Det er samtidig viktig å være klar over at innvandrerpatienter møter flere hindre til å skaffe denne

informasjonen dersom de ikke snakker norsk eller har et nettverk der de kan utveksle erfaringer. Ofte blir informasjonen også gitt på et innviklet språk det er vanskelig for innvandrerpasienter å forstå. Igjen er det språket som ser ut til å være det største problemet. En av informantene snakker imidlertid svært bra norsk, og er den eneste av informantene som ikke synes språket er til hinder. Denne informanten sier hun ofte føler seg mistenkeliggjort i møtet med helsepersonellet, at de tror hun lyger for å få sykemeldinger og at de ikke opplyser om hennes rettigheter i frykt for at hun skal utnytte seg av dem. Denne informanten skiller seg fra de andre ved at hun fremstår som sterk og klar når hun prater. Hun har bodd lenge i Norge og snakker flytende norsk. Alle informantene virker ydmyke og takknemlige for den behandlingen de får unntatt henne. Dette er kanskje en grunn til at kun henne har denne erfaringen, hun virker ikke like syk som de andre, selv om hun nok er det, og hun ser ut til å være den eneste som sier ifra om det er noe hun er misfornøyd med.

Det er de ansatte i helsevesenet som har sørget for at informantene har fått den behandlingen som passer for dem, og det har sjelden vært de selv som har tatt initiativ til å delta i ulike behandlingsopplegg. Det samme gjelder absolutt for informantene som deltar i avspenningsgruppen ved psykososialt team. Dette er et nytt tilbud som ble opprettet spesielt for denne type pasienters behov. Alle informantene har vært i kontakt med andre deler av helsevesenet for så å bli videresendt til dagsenteret. Dagsenteret har så sett hvilke behov de har og tilbudt de en passende behandling. Det samme gjelder nok for alle pasienter i Norge, og ikke bare for de med innvandrerbakgrunn. Men på bakgrunn av informasjon som sier at spesielt kvinner med innvandrerbakgrunn ofte mangler sosiale nettverk og ofte ikke deltar på arbeidsmarkedet er det kanskje spesielt viktig at helsevesenet fanger de opp og gir tilbud. Det er selvfølgelig ikke gitt at fordi en har bakgrunn som innvandrer har vanskeligere for å kjenne sine rettigheter, men informantene i denne studien er ikke av typen som krever sine rettigheter. De er fornøyde bare de får hjelp.

Når det gjelder helsearbeiderne er de alle svært opptatt av at tilbudet de gir er tilpasset brukernes kulturelle bakgrunn. Spesielt de ansatte på dagsenteret legger mye vekt på at brukerne kommer fra en kultur der de er vant til å snakke mye med andre kvinner om problemene sine. Når de kom til Norge som flyktninger hadde de allerede problemene sine med seg og i tillegg har de ikke fått noe sosialt nettverk og er mye alene. Dette antas å være hovedårsak til problemene rundt psykososiale plager. Ettersom isolasjon antas å være et stort problem og kanskje spesielt vanskelig for brukere med innvandrerbakgrunn har de gruppe -

behandlinger tilrettelagt for denne brukergruppen. De hevder det er tydelig at disse brukerne har et annet forhold til kropp og sykdom, som er kulturelt betinget. I tillegg har de dårligere helse og ”kropper i forfall”, og fysioterapibehandlingen fungerer som behandling gjennom bevegelse og trening. Den ansvarlige for behandlingen er fysioterapeut og selv andregenerasjons innvandrere fra Tyrkia. Han sier det er bra og viktig at han selv har en annen kulturell bakgrunn, og at dette kan gjøre at han har større forståelse av hvordan brukerne tenker og handler. Brukerne sier imidlertid ikke noe om at denne helsearbeideren har samme bakgrunn som dem selv, eller at han snakker både tyrkisk og norsk under behandlingen. Selv om dette kan være en årsak til at behandlingen har positiv effekt vektlegger ikke brukerne dette på samme måte som helsearbeiderne ved dagsenteret gjør. Fysioterapeuten refererer flere ganger til hvordan ting er i hans tyrkiske kultur i forhold til i den norske kulturen, og at han tar dette med inn i behandlingen. Det er imidlertid viktig både for fysioterapeuten og alle de andre informantene at brukerne behandles likt, uavhengig om de er innvandrere eller etnisk norske. Det skal tilrettelegges for alle, ikke bare for innvandrerne.

Informantene som er helsearbeidere vektlegger flere ting som spesielt viktig i møtet med brukere med innvandrerbakgrunn; dette spesielt i forhold til brukernes kulturelle bakgrunn, særskilte behov i forhold til deres bakgrunn som flyktning/innvandrere. Språkbarrierer og at de har egne grupper for menn og kvinner nevnes også som nødvendig å ta hensyn til.

Informantene i gruppen brukere med innvandrerbakgrunn nevner språket som viktig og ofte problematisk, mens de ikke legger betydelig vekt på tilrettelegging på bakgrunn av de andre faktorene. Helsearbeiderne viser seg å være mye mer opptatt av dette enn brukerne er selv.

En av informantene henviser til Pasientrettighetsloven i forbindelse med bruk av tolk. Det er like viktig for helsepersonell å benytte seg av tolk for å yte likeverdige tjenester som det er for brukerne som trenger tolk. For å oppfylle myndighetenes krav om å tilby likeverdige helsetjenester trenger også helsearbeidere tolk. Nettopp for å forsikre seg om at brukerne har forstått budskapet. Dette nevnes også som viktig for brukernes mulighet til å medvirke. Når det gjelder medvirkning kjente ingen av informantene i brukergruppen til dette begrepet, selv om det er et viktig begrep i politikken på feltet og blant helsearbeiderne. Tolketjenesten står sentralt i myndighetenes agenda, men tas ikke like mye i bruk i praksis. Eksempelvis da den ene informanten skulle føde og ikke hadde tolk, eller en annen som hadde med seg søsteren sin som tolk. Problemene rundt språkproblemer gjelder ikke bare for nyankomne flyktinger eller innvandrere med kort botid i Norge. Også en av informantene som hadde vært i Norge i

tjue år sa det var problemer knyttet til kommunikasjon i møtet med helsevesenet. Hvor mye det skal tilrettelegges er også spørsmål blant helsearbeiderne, en av informantene sier det ikke kan gå for langt, men at de samtidig må forholde seg til Pasientrettighetsloven og tilby tolk dersom det er nødvendig.

Helsearbeiderne viser alle et stort engasjement når de snakker om likeverdige helsetjenester og tilrettelegging for brukere med innvandrerbakgrunn. De refererer til politikken, begreper som medbestemmelse og Pasientrettighetsloven. En informant jobber med dette på frivillig basis på kveldstid, uten å få betalt. Dette gjør hun i håp om at tilbudet kan fortsette og utvides og fordi hun i tillegg har stor tro på at tilbudet vil hjelpe disse kvinnene med innvandrerbakgrunn. Fysioterapeuten satte selv i gang behandlingen for nettopp denne gruppen, og lederen for seksjon for likeverdige helsetjenester ved Ullevål sykehus driver mye av arbeidet ut i fra eget engasjement. De mener alle at dette er et viktig arbeid, som det til nå har vært for lite ressurser til å jobbe med. Brukerne betaler selv en egenandel for nettopp dette tilbudet. Det må de ikke i de andre tilbudene på dagsenteret. Dette er fordi det er et pilotprosjekt og fordi det er en fysioterapeut utenfor dagsenteret som tilbyr tjenesten. Også ved seksjon for likeverdige helsetjenester sier lederen at det er få ressurser og mye arbeid som må gjøres. Det avhenger av et godt samarbeid med andre institusjoner og sykehus, og også innad i sykehuset. Eksempler på slike samarbeid kommer frem i prosjektene de har gående sammen med for eksempel Høgskolen i Oslo, med utdanning av egne kulturveiledere.

## 5. Analyse

Bakgrunnskapitlet og det empiriske materialet har vist at pasienter med innvandrerbakgrunn har andre behov enn majoritetsbefolkningen i møtet med helsevesenet. De har dårligere helse, andre typer sykdommer, og en annen oppfattelse av hva det vil si å være syk sammenliknet med majoritetsbefolkningen. Det har også blitt vist at det er de språklige barrierene som er til størst hinder i møtet mellom pasienter med innvandrerbakgrunn og det norske helsevesenet. Denne problematikken ønsker helsevesenet blant annet å løse ved økt bruk av tolk og tolketjenester, gjennom å innføre dette som en vanlig praksis i helsesektoren. Ved at pasienter med innvandrerbakgrunn har andre nye behov stilles helsevesenet overfor nye utfordringer i forhold til hvordan disse behovene skal møtes. Gjennom å etablere og tilby tilrettelegging av helsetjenester til utsatte grupper er målet at de skal få en likeverdig helsetjeneste. Denne tilretteleggingen krever en omstrukturering av de allerede etablerte strukturene i helsevesenet. For å gi en likeverdig behandling må det tilrettelegges for enkelte brukere.

Det empiriske grunnlaget for denne studien er intervjuer med ti personer, både pasienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i helsevesenet som jobber med innvandrerpasienter og/eller likeverdige helsetjenester. Samtidig danner strukturene i helsevesenet og de politiske føringene et utgangspunkt for studien. I dette kapitlet vil informantenes fortellinger (narrativer) om erfaringer med det å jobbe med innvandrerpasienter, og det å motta tilrettelagte tjenester analyseres ut i fra relevant teori for å svare på oppgavens problemstillinger:

- *På hvilke måter påvirker pasienter med innvandrerbakgrunn det norske helsevesenet?*
- *På hvilke måter hemmer og fremmer tilrettelegging av helsetjenestene likeverdig behandling?*
- *Hvordan skille mellom særbehandling og likebehandling?*

Empirien gir informasjon om helsearbeidernes opplevelse av møtet med pasienter med innvandrerbakgrunn i forhold til å gi likeverdig- og tilrettelagt behandling. Samtidig har pasientene kommet med sine refleksjoner rundt opplevelsen av å være innvandrer i det norske helsevesenet, og mottakere av tilrettelagte tjenester. Informasjonen og tolkningene som kommer frem i analysen er basert på det empiriske materialet. Helsearbeidernes konkrete erfaringer med arbeidet med å tilrettelegge for pasienter med innvandrerbakgrunn kan være

med på å danne en forståelse for de utfordringene de står overfor som ansatte i helsevesenet. Arbeidet med å tilrettelegge helsetjenestene for pasienter med innvandrerbakgrunn vil sakte men sikkert bli en større del av helsearbeideres hverdag og også del av helsearbeideres utdanning. Både helsearbeidernes og pasientenes fortellinger vil være med på å danne grunnlaget i diskusjonen rundt forholdet mellom særbehandling og likebehandling. Hvor langt skal myndighetene og helsevesenet egentlig gå i å tilrettelegge helsetjenestene for å sikre likeverdig behandling?

Dette kapitlet vil i hovedsak se på samspillet mellom pasientene som har behov for tilrettelegging i helsevesenet, de ansatte i helsesektoren som gjennom de fastlagte politiske føringene utfører arbeidet med å tilrettelegge tjenester for pasienter med innvandrerbakgrunn og strukturene i helsevesenet. Rom og tid fremstår som strukturerende rammer i helsevesenet, og inndeling av rom og tid gir betingelser for praksis. Brukerne av de romlige og de tidsmessige rammene bidrar til å forme nye betingelser gjennom praksis. På denne måten skaper aktørenes handlinger og interaksjon, i rom og tid, strukturelle muligheter og begrensninger. Det blir på denne måten en dualitet mellom struktur og aktør. Det er denne prosessen Giddens (1984) omtaler som *strukturasjonsprosessen*. Her utgjør handling og struktur to aspekter ved en og samme prosess. En prosess hvor praksis, som betinges av romlige og tidsmessige strukturer, resulterer i nye sosiale strukturer. Sosiale strukturer oppfattes som et produkt av aktørenes praksis. I denne sammenheng blir det viktig å belyse hvordan pasientenes nye behov fører til endringer i helsevesenets strukturer, som gir nye betingelser for praksis, og som igjen resulterer i sosiale strukturer som gir nye muligheter og begrensninger for aktørene.

Helsearbeidernes reaksjoner på strukturelle endringer vil i dette kapitlet analyseres nærmere. Behovet for å tilrettelegge helsetjenestene for pasienter med innvandrerbakgrunn har resultert i endring av strukturelle rammer som rom og tid. Her vil helsearbeidernes reaksjoner på endringene fungere som et analytisk grep for å belyse dualiteten mellom aktør og struktur. Målet med å tilrettelegge helsetjenestene er å minske forskjellene mellom pasienter med innvandrerbakgrunn og majoritetsbefolkningen når det gjelder helse. Som litteraturen i bakgrunnskapitlet viser er det i noen tilfeller nødvendig å forskjellsbehandle grupper med særskilte behov for å kunne gi en likeverdig helsetjeneste. Dette kapitlet vil belyse forholdet mellom tilretteleggingens intensjon om å gi likeverdig behandling, opp mot pasientenes og



helsearbeidernes opplevelse av slik tilrettelegging. Første del av analysen omhandler behovet for nye praksiser i helsevesenet. De ansatte i helsevesenet forteller om ulike prosesser som har ført til utformingen av nye strukturer i helsevesenet. Endringer i helsevesenets struktur kan ikke belyses uavhengig av aktørene i helsevesenet, da de kan betraktes som midler til- og resultat av handling (Giddens 1984). I denne sammenheng vil jeg derfor forsøke å vise hvordan ansatte i helsevesenet opplever endringene og arbeidet med innvandrere i helsevesenet. Andre del av analysen vil omhandle pasientenes muligheter for deltakelse og muligheter for å påvirke strukturene. Med bakgrunn i disse aktørenes fortellinger om egen deltakelse, og problemer i møtet med helsevesenet, vil deres muligheter og begrensninger synliggjøres. Tredje del av analysen vil omhandle de strukturelle betingelsene for handling. Da hovedsakelig de strukturelle føringene som ligger på helsearbeiderne i form av politiske retningslinjer, eksisterende lover og regler. Også utfordringer knyttet til utforming av nye praksiser ut i fra tilgjengelige ressurser vil analyseres nærmere i denne sammenheng.

## **5.1 Når eksisterende tilbud ikke gir likeverdig behandling**

Etablering av nye strukturer i helsevesenet blir nødvendig når pasientene kommer med behov som er nye for institusjonen, når det blir mange med samme behov og ikke eksisterende tjenester lenger er gode nok for å kunne gi likeverdig behandling. Helsearbeiderne som har vært informanter i denne studien har vært med på utviklingen av de nye tilbudene, og jobber alle med å tilrettelegge for pasienter som har særskilte behov. Noen har vært med på å starte opp helt nye tiltak, mens andre har videreutviklet allerede eksisterende tiltak. Pasienter med innvandrerbakgrunn som kommer med nye behov i helsevesenet, har vært utgangspunktet for endringene, og jeg har søkt å belyse hvordan deres behov for tilrettelegging har ført til endringer av strukturene i helsevesenet. Målet er at de skal anerkjennes i helsevesenet og dette gjennom å få tilrettelegging av helsetjenester for å komme opp på samme nivå som majoritetsbefolkningen når det gjelder helse. Til tross for intensjonene om større anerkjennelse og likeverdig behandling, kan det samtidig tolkes dit hen at tilrettelegging og særbehandling av innvandrere i helsevesenet kan føre til mindre anerkjennelse og til større forskjeller mellom minoritetene og majoritetene i samfunnet. Dette vil jeg se på senere i kapitlet.

De ansatte i helsevesenet har som oppgave å realisere de mål og intensjoner som nasjonale og lokale myndigheter har satt på dagsorden. Alle informantene som er ansatt i helsevesenet sier at de jobber for å gi alle pasientene likeverdig behandling. Selve begrepet *likeverdig helsetjeneste* er et selvfølgelig begrep for en som jobber i helsevesenet. I betydningen av begrepet er det å tilrettelegge for pasienter som har behov for det også en selvfølgelighet. Ved å tilrettelegge for pasienter med innvandrerbakgrunn vil deres behov anerkjennes, og de oppnår med dette en omfordeling av godet helse. Som bakgrunnskapitlet viser har ikke – vestlige innvandrere dårligere helse sammenliknet med majoritetsbefolkningen. De har andre sykdommer og de er oftere i kontakt med helsevesenet sammenliknet med majoritetsbefolkningen. Tilretteleggingen er ment som et tiltak for å gi dem likverdig behandling, og muligheten til de samme forutsetninger for god helse som majoritetsbefolkningen i samfunnet. I politiske dokumenter og strategisk arbeid vektlegges tilrettelegging som nødvendig og viktig for å gi likeverdige helsetjenester, blant annet i stortingsmelding nummer 20 (2006 -2007) ”Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller”. Politikken tilsier at det prioriteres å bygge videre på den nordiske tradisjonen med generelle velferdsordninger, samtidig som vi må ha egne tiltak for å hjelpe dem som har det vanskeligst.

”Vi tilrettelegger jo for alle”, sier en av de ansatte. De jobber for å tilrettelegge tjenestene for hver enkelt bruker. Dette gjøres på flere nivåer, først og fremst ved å se på hver enkelt pasients behov, deretter ved å tilpasse behandlingen og tilby brukeren plass i en gruppe som passer for vedkommende. Det tilrettelegges ikke bare for brukere som har innvandrerbakgrunn, men for alle brukerne på et individuelt grunnlag. Når pasienter i helsevesenet kommer med nye spesielle behov som institusjonen ikke har allerede etablerte tjenester å imøtekomme dem med må det opprettes nye. Dette var tilfellet ved dagsenteret i Drammen Kommune. Flere av brukerne hadde samme typer problemer. Hovedsakelig var disse problemene psykosomatiske smerter og psykiske problemer. De hadde opplevd hendelser tidligere i livet og var preget av at de ikke hadde fått hjelp i tide. De ansatte ved det psykososiale teamet så selv at disse brukerne slet med de samme problemene. Tidligere hadde de fått forskjellige tilbud som var individuelt tilpasset deres behov. Det som gjorde utslaget for å starte opp en egen gruppe for disse pasientene var at de ansatte anså deres problemer som kulturelt betinget. Brukerne hadde alle innvandrers bakgrunn og de hadde manglende sosiale nettverk og et behov for å møte andre kvinner, i samme situasjon. Når det så viste seg

å være flere brukere som hadde de samme problemene etablerte de en egen gruppe for disse brukerne. Dette er en institusjon som tar tak i brukernes individuelle behov, og det er viktig for helsearbeiderne å tilrettelegge for alle brukerne, ikke bare de med innvandrerbakgrunn. I denne sammenheng er det de gjeldende praksiser i institusjonen som begrenser helsearbeidernes muligheter til å realisere målene om å gi likeverdig behandling til pasientene. De hadde rett og slett ikke et tilbud som var tilpasset disse brukernes behov. Når det blir slik at mange brukere har de samme problemene, resulterer det her i et behov for å opprette ny praksis der behandlingen tilrettelegges for denne gruppen. Den aktuelle behandlingen ble opprettelsen av en gruppe – behandling med en fysioterapeut som tilpasset behandlingen ut i fra brukernes kulturelle bakgrunn. Han så at problemene deres var kulturelt betinget og satte i gang en behandling på bakgrunn av dette. Intensjonene med å danne en egen gruppe for disse brukerne ser ut til først og fremst å imøtekomme behovene deres for behandling. Spesielt også fordi det ligger sammensatte problemer bak brukernes problemer, ved at de ikke har sosiale nettverk og lite kontakt med andre, er behandlingen også tilpasset dette. Samtidig ser det ut til å være et effektivitetshensyn når de samles i en gruppe. Behovet de har for å møte andre og snakke med andre kvinner om problemene sine, slik de ansatte sier er viktig for dem, er også en del av tilretteleggingen for disse pasientene. Informantene sier at dette tilbudet har gitt gode resultater. Siden det ikke var noe godt tilbud til denne gruppen av pasienter i utgangspunktet, og dette tiltaket fungerer bra vil det med stor sannsynlighet fortsette som en ny praksis i denne institusjonen, og kanskje også startes opp i andre institusjoner. For de ansatte i det psykososiale teamet kan det gi mange muligheter. De har funnet en måte å behandle denne brukergruppen på, tiltaket kan fortsette å videreutvikles til å bli en ny praksis i behandlingen av pasienter med samme type problemer og bakgrunn. Når det gjelder brukerne som mottar tilretteleggingen vil deres opplevelse av tilretteleggingen omtales senere i kapitlet.

Styrings- og beslutningsstrukturene innenfor helsevesenet er avgjørende når det skal bestemmes hvordan ting skal utføres. Planer og strategier danner utgangspunkt for hvordan de ansatte skal tilrettelegge helsetjenestene. Først og fremst er det pasientene som bringer sine nye behov inn i helsevesenet som fører til et behov for nye strukturer. Problemer knyttet til språk er gjennomgående, og det vanskeliggjør situasjonen både for de ansatte og pasientene. Som en av informantene sier så henger språk og samarbeid sammen. Det må ofte tilrettelegges ved å bruke et enkelt språk. Man kan kutte ut latinske begreper, og utvide bruken av tolk i

behandlingen. Praksisen i forhold til når man skal ta i bruk tolketjenester er fortsatt uklar. Retningslinjene sier at tolk skal være til stede i situasjoner der pasienten ikke har gode nok norsk – kunnskaper, men hvor grensen går ser ut til å være uklar. Dette gjelder både blant de ansatte og brukerne. Brukerne sier de har problemer med å forstå, de ansatte sier det er viktig å bruke tolk, men samtidig kommer det frem at det oftest ikke er tolk til stede.

Pasientene med innvandrerbakgrunn har ingen klare svar på hvordan deres kulturelle bakgrunn ivaretas av helsevesenet. De er dermed ikke selv bevisste på hvordan det tilrettelegges for dem, ettersom det fra helsearbeidernes side vies mye oppmerksomhet. Helsearbeiderne, som de profesjonelle aktørene, er ansvarlige for utførelsen av tilretteleggingen, og det er ofte de som står bak tiltakene. De ser hvilke behov de nye pasientgruppene har, og gir tilbakemeldinger på at nye tiltak må iverksettes. De får så oppgaven med å tilrettelegge tjenestene på individuelt grunnlag der det er behov.

## **5.2 Aktørenes muligheter og begrensninger**

Helsearbeiderne, som er de profesjonelle aktørene i helsevesenet, ser ut til i størst grad å ha innflytelse til å endre strukturene. På bakgrunn av deres medisinske kompetanse virker dette fornuftig. Samtidig er styrings- og beslutningsstrukturene i helsevesenet avgjørende når det skal avgjøres hvordan ting skal utføres, mens det er helsearbeiderne som gjennomfører endringene og ser problemene som krever nye tiltak. Det er helsevesenet som disponerer ressursene, ikke pasientene selv. Mens det er helsevesenet som disponerer ressursene, er det pasientene som benytter seg av de tilrettelagte løsningene, og stoler på at de får best mulig behandling. De deltar ikke i beslutninger, selv om de kan bli gitt ulike alternativer.

Informantene i denne studien tar til takke med det de får. Og er svært fornøyde med de tilbudene de har blitt gitt. Uansett om det er pasientenes behov som er utgangspunktet for endringene i strukturene i helsevesenet, er det helsepersonellet som møter utfordringene og ser at det er et behov for nye tiltak. Helsearbeiderne besitter de nødvendige ressursene som må til for å endre strukturene. Helsearbeiderne bringer problemene de møter med pasienter med innvandrerbakgrunn til ledelsen i institusjonen, som igjen bringer de videre til myndighetene, som bevilger ressursene som er nødvendig for å gjennomføre nye tiltak:

”Ofte tar andre kontakt først, og så har vi vært med og dratt prosjektet. Noe arbeid delegerer vi bort til andre, men vi har hovedansvaret for prosjektene og utformingen av dem”.

”Andre avdelinger på sykehuset kommer ofte med innspill. Det de synes er mangelfullt blir opp til oss å gjøre noe med. Vi ser på behovene og utformer deretter tiltak i fellesskap”.

(Seksjon for likeverdige helsetjenester, Ullevål sykehus).

Selv om de ansatte sier det er for lite økonomiske ressurser er det allikevel de som utarbeider tiltakene ut fra egen kunnskap og prioriteringer, og de lytter i varierende grad til pasienten. Ofte sier heller ikke pasienten så mye. Informantene i denne studien er fornøyde bare de får hjelp, og har ingen innvendinger til hvordan det tilrettelegges for dem. Samtlige av helsearbeiderne fremhever ansvaret de har når det gjelder å gi alle pasienter likeverdig behandling. Det er opp til de ansatte i helsevesenet å skape tiltakene for de sårbare gruppene for å kunne gi en likeverdig behandling. Men det er også slik at helsearbeiderne ledes av de føringene som ligger på dem gjennom politikken. De betraktes dermed heller ikke som helt frie selvstendige aktører.

Intensjonen om pasienters medbestemmelsesrett, som vektlegges i myndighetenes strategier for likeverdige helsetjenester, er at pasientene er en viktig ressurs i helsevesenet. Dette ved at de fremmer egne behov og kommer med tilbakemeldinger til helsevesenet som synliggjør mangler og behov for forbedring og nye tiltak. Sammenliknet med majoritetsbefolkningen er innvandrerpatienters medbestemmelse minst like viktig når det gjelder å få tilbakemeldinger på hva som oppleves som vanskelig i helsevesenet. På grunn av språkbarrierer kan imidlertid mye av informasjonen ikke nå frem.

### **5.2.1 Pasientens mulighet til å medvirke**

Det har vært en utvikling av rettighetstenkning og krav til brukermedvirkning innen helse- og omsorgstjenesten. Utviklingen har gått fra å betrakte brukeren som en passiv mottaker av tjenester, til å legge til rette for at brukeren er en aktiv, medvirkende mottaker av helse- og omsorgstjenester. Denne utviklingen gir mindre rom for standardiserte løsninger. Det stilles større krav til kommunene om å organisere sine tjenester tilrettelagt for individuelle løsninger ut fra den enkeltes grunnleggende behov. Det har altså mye å si for pasientene at de blir sett og hørt. Det er de ansatte i helsevesenet som sørger for at pasientene får den behandlingen

som passer for dem, og sjelden pasientene selv som tar initiativet og roper ut om hvilke behov de har. Ofte er de ikke selv klar over hvordan det tilrettelegges for dem. Ingen av informantene i denne studien kjente til begrepet *brukermedvirkning*. I spørsmål om de har stilt noen krav til behandling svarer alle nei. Muligheten til å medvirke begrenses ved at mange pasienter har dårlige norskkunnskaper, noe som uttrykkes av helsearbeiderne:

”For å kunne kreve din rett må du vite hva informasjonsrett og medvirkning handler om, og det er det jo ikke alle innvandrere som er klar over”.

”Språk og samarbeid henger sammen. Det hjelper jo ikke om jeg klarer å formidle til en pasient i forhold til et behandlingsforløp for eksempel. Om jeg føler at jeg formidlet det på en god måte hjelper ikke om ikke pasienten ikke har forstått det. Da er vi jo like langt. Derfor må vi passe på at det blir tilrettelagt, eventuelt ved å bruke et enkelt språk. Man kan kutte ut latinske begreper, eller å bruke tolk i større grad. Vi er veldig opptatt av å øke kvaliteten på tolkene”.

Brukere av helsetjenestene betegnes som en viktig ressurs fordi systematisk medvirkning fra brukerne skaper en bedre helsetjeneste for alle. De er eksperter på sin egen situasjon. Sentralt i fireårsperioden for Nasjonal helseplan står virkemidler som brukererfaringer, åpenhet i informasjon, valgmuligheter og videreutvikling av brukeres posisjon i forhold til kommuner og helseforetak. Brukermedvirkning er også et viktig og selvfølgelig begrep når de ansatte i helsevesenet snakker om tilrettelegging av helsetjenester. Men selv om ingen av informantene med innvandrerbakgrunn her kjente til begrepet brukermedvirkning er det ikke nødvendigvis gitt at de ikke medvirker. Medvirkning er høyt prioritert blant de ansatte, og ved at de lytter til- og tar pasientenes respons på behandlingen med i betraktning når de tilrettelegger tolkes det dit hen at pasientene ubevisst medvirker og er med på å endre praksis.

### **5.2.2 Når pasienten 'spiller på lag' med norsk kultur**

Pasienter fra minoritetsgrupper bærer ofte med seg egne eller overleverte negative erfaringer fra møter med majoritetssamfunnets institusjoner, og beskytter seg mot gjentakelse av slike opplevelser gjennom å spille på lag med norsk kultur, være tilbakeholden med å utlevere seg, stille med avventende tillit til helsehjelpen, vise lite interesse for standarder/rutiner i det norske helsevesen, bruke alternative ”hjelpere” osv. Når man tilhører en minoritetsgruppe som er blitt usynliggjort gjennom på tvungen kulturell assimilasjon, og man i tillegg er syk,

utslitt, smertepåvirket, i psykisk ubalanse eller liknende, kan det være altfor krevende å ta risikoen med å stå frem med den etnisitet og den kultur man identifiserer seg med (Møllersen, 2009). Dette kan være årsaker til at pasienter med innvandrerbakgrunn ikke stiller krav til helsevesenet, og dermed heller ikke er aktivt med på å endre strukturene.

### **5.2.3 Med eller uten tolk?**

Når det gjelder språk og kommunikasjon sier alle informantene at dette kan være en utfordring i møtet med pasienter med innvandrerbakgrunn og helsevesenet. Planer og strategier fokuserer på en utbedring av tolketjenesten og økt bruk av tolk i behandlingen, men det foreligger få klare retningslinjer i forhold til når det skal brukes tolk. Det benyttes kun tolk om det er helt nødvendig, om pasienten har veldig lite språkkunnskap. Det er helsepersonellens vurdering i forhold til om det er behov for tolk som avgjør. En av informantene som jobber med å utbedre tolketjenestene sier: ”Dette er egentlig noe som burde blitt løftet over på helsemyndighetene for å støtte helsevesenet. Vi er i dialog med helsedirektoratet og IMDI så vi håper å få til et bedre opplegg”. Strukturene legger ikke til rette for en klar praksis i forhold til bruk av tolk og tolketjenester. Selv om myndighetene har klare føringer om at det skal tilrettelegges for bruk av tolk i behandlingen er det utydelige retningslinjer for helsearbeiderne når det gjelder dette. Når helsepersonell formidler erfaringer der språket er noe som kompliserer behandlingen, og som vanskeliggjør arbeidet, samtidig som det ikke er en klar praksis for arbeidet på dette feltet tolkes det dit hen at strukturene er en begrensning for handling.

”Vi må jo håndtere den gruppen av innvandrere som er nylig ankommet landet, og som ikke har noen språklige forutsetninger”, da må vi bruke tolk”, sier en av helsearbeiderne.

Motsatt nevnes episoder der personer som har vært i Norge i mer enn ti år fortsatt har behov for tolk. ”Hvor lenge kan man kreve å få tolk?”, spør en av helsearbeiderne. ”Min oppfatning er at så lenge du har behov for tolk, så har du behov for tolk. Men man kan i denne sammenheng se i Pasientrettighetsloven i forhold til medbestemmelsesretten og informasjonsretten. Tolkedelen kan snus og ses på en måte som at det ikke er pasienten som trenger tolk for at det skal kunne ytes likeverdige tjenester, men helsepersonellet. Dette nettopp for å ivareta pasientrettighetsloven, og for at de kan forsikres om at pasienten har forstått budskapet”.

I følge pasientrettighetsloven § 3-5, om *informasjonens form*, slås det fast at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. I følge denne loven har alle innvandrere rett til språklig tilrettelagt informasjon. En av informantene hevder det ikke bare er for pasientens skyld det må brukes tolk og oversettes informasjon. Helsevesenet og helsepersonellet har også et behov for dette for å få gjennomført sitt arbeid. For at behandlingsspråket sikrer innfrielse av § 3-5 i Pasientrettighetsloven må helsearbeideren vite om pasienten har forstått budskapet. For å få positiv respons fra det norske helsevesen vil mange pasienter med innvandrerbakgrunn kunne prøve å stille opp med det språk helsepersonellet blir mest fornøyd med. Ikke bare fordi de ikke vil stille krav, men også for å sette seg selv i et bedre lys, og ikke vise seg svake. Det er dokumentert at informasjonen skal være tilpasset pasientens språklige forutsetninger, og det praktiseres bruk av tolk. Men helsearbeiderne sier selv at det fortsatt gjenstår mye arbeid på dette feltet og at det ikke foreligger klare retningslinjer i forhold til når man skal bruke tolk. I den aktuelle behandlingen som informantene i denne studien deltar i, brukes det ikke tolk. Det er imidlertid en helsearbeider med tyrkisk bakgrunn som leder opplegget, og han snakker tyrkisk i behandlingen. Ikke alle brukerne i gruppen har tyrkisk bakgrunn, selv om de fleste har det. De forstår noe norsk, men ikke mer enn de med tyrkisk bakgrunn. Det blir dermed en forskjellsbehandling av pasientene, der noen får tilpasset behandlingen når det gjelder språk, mens andre ikke får det.

Bourdieu's (1996) kapitalbegrep illustrerer i hvilken grad innvandreres muligheter til å påvirke strukturene i helsevesenet samsvarer med de retningslinjene som foreligger for dette gjennom medbestemmelsesretten. Med målsettingene om større medbestemmelse i helsevesenet ses pasienten som en viktig ressurs, ved at de får mulighet til å spille tilbake til helsevesenet og komme med tilbakemeldinger. De pasientene som mangler språk mangler også en symbolsk kapital. Dette gjør at pasientene blir mer avhengige av tilrettelegging og særbehandling i helsevesenet. Manglende kapital vil dermed påvirke deres muligheter til å samspille med strukturene i helsevesenet. Innvandrere i helsevesenet kommer på denne måten ikke frem med sine ønsker og behov. Helsearbeiderne blir i større grad bærere av kapitalen ettersom de ofte gir tilbakemeldinger på pasientenes vegne, og de utformer praksis når det gjelder å tilrettelegge tjenestene. Resultatet blir at pasientene reguleres av helsearbeiderne, og de



gjeldende lover og praksiser som allerede eksisterer i helsevesenet, og de får dermed begrensede muligheter for å påvirke strukturene i helsevesenet.

#### **5.2.4 Helsearbeidernes initiativ og mulighet for endring av praksis i helsevesenet**

I iverksettelsen av tiltak for å fremme likeverdige helsetjenester, er det ofte helsearbeidernes personlige engasjement som driver arbeidet fremover. Felles for alle informantene er at de gjennom praksis har sett at det har vært et behov for å tilrettelegge. De nye tiltakene og strategiene ved seksjon for likeverdige helsetjenester ved Ullevål sykehus utvikles ved at helsepersonell bringer sine problemer til seksjonen. Helsearbeiderne opplever de kulturelle forskjellene som problematisk i møtet med innvandrerpasienten. For eksempel i forhold til tabuer og livsstilssykdommer. Det vil da iverksettes tilbud og ny praksis for å møte dette behovet. For eksempel gjennom utdanning av kulturveiledere som jobber ved sykehuset, og tilrettelagt informasjon til de pasientene som har behov. Lederen for seksjon for likeverdige helsetjenester ved Ullevål sykehus har selv tatt initiativ til å starte opp arbeidet innenfor dette feltet. Før henne var det ikke en slik stilling ved sykehuset. Hun sier selv at mye av arbeidet er basert på hennes ideer og personlige engasjement. Det samme gjelder initiativtakeren ved det psykososiale teamet som merket behovet for et tilbud for en gruppe pasienter som falt utenfor det eksisterende tilbudet de hadde. Ved å iverksette behandling som er ny og basert på metoder brukt i fysioterapi. Aktørbetingelser henger sammen med strukturelle forhold ved at aktørene eier problemene, og det er de som skaper tiltakene, eller som er målgruppe for det. Hvilke holdninger ulike aktører har til hverandre og til selve ideologien og visjonen bak tiltaket, er utvilsomt viktig for utviklingen. Dersom det skal iverksettes et tiltak for å fremme likeverdige helsetjenester, vil kanskje en helsearbeider med engasjement for saken forholde seg annerledes enn en med lite interesse for temaet. På bakgrunn av at arbeidet med likeverdige helsetjenester og tilrettelegging hittil har sett ut til å være drevet fremover av ildsjeler med stort engasjement, vil det kunne antas at tilbudet om tilrettelegging ikke ville vært kommet like langt uten visse aktører. Enkeltaktørers interesser spiller en viktig rolle som drivkraft i utviklingen; det går selvfølgelig bedre hvis aktørene er interesserte i temaet, og det hjelper hvis aktørene har samsvarende interesser. Kunnskap og kompetanse er andre viktige stikkord. Kompetanse er også viktig på en indirekte måte, fordi kompetanse gir legitimitet. Faglig tyngde og formell kompetanse har stor betydning, først og fremst fordi det gir

legitimitet både i kommunikasjonen med det sentrale nivået, og innad i den aktuelle institusjonen. Faglig og formell kompetanse gjør det lettere å få gjennomslag hos lederen i institusjonen, ofte er det lederen som avgjør om nye måter å behandle pasientene på skal iverksettes.

### **5.2.5 Helsearbeiderens utdanning**

Det er et mål i helsevesenet å sikre at forskning og utviklingsarbeidet prioriterer minoritetshelse. Siden temaet om minoriteter og det flerkulturelle i helsevesenet har vært en liten del av utdannelsen for helsearbeidere til nå melder det seg et stadig større behov for mer kunnskap blant de ansatte i helsevesenet. Utdanningen av kulturveiledere tolkes på denne måten som en respons på at pasienter med innvandrerbakgrunn har nye behov og at økt innvandring viser at det er manglende kunnskap om innvandrere i helsevesenet. Som pådriveren for utdanningen sier: ”Utdanningen av egne kulturveiledere bidrar i forhold til holdnings - skapende arbeid og en bevisstgjøring på feltet”. Dette er et konkret tiltak i arbeidet med å fremme likeverdige helsetjenester. Målet med dette tiltaket er at vanlige helsearbeidere skal ta kurset for også å kunne holde foredrag for andre helsearbeidere og spre denne kunnskapen videre. Det er samtidig ment å nå ut til pasientene gjennom helsearbeiderne. Pasientene vil ha en fordel av at helsepersonellet får større kunnskap, og de vil få større forståelse og anerkjennelse i helsevesenet. Litteraturen etterlyser en bredere utdanning av helsepersonell, der det flerkulturelle feltet vies større oppmerksomhet. Pasienter med innvandrerbakgrunn tilfører med dette et nytt behov for en omstrukturering av strukturene også i utdannelsen av helsepersonellet. Det er en forutsetning for anerkjennelsen av innvandrepasientene at helsepersonellet har kunnskap og kompetanse til å håndtere deres behov, og at det tilrettelegges for å sikre likeverdige tjenester.

## 5.3 Strukturelle betingelser

Myndighetene styrer, gjennom regjeringen og stortinget, prioriteringer og ressursoverføringer til helsevesenet. De betraktes som aktører som inngår i et samspill med strukturene, der også pasientene og helsearbeiderne er aktører som både påvirkes av strukturene og skaper strukturene i helsevesenet. Helsepolitikkenes betydning for disse aktørene må tas med i betraktning når samspillet mellom strukturene og aktørene i helsevesenet skal studeres. Fordelingen av ressurser oppfattes å være skjevt fordelt mellom aktørene. Det er de profesjonelle aktørene som mottar ressursene og opp til dem å fordele dem. Selv om de ansatte uttrykker at det er for få ressurser er det allikevel opp til dem å fordele disse og bruke dem riktig i forhold til å iverksette tiltak som skal fremme likeverdig behandling. Ettersom kommunen er ansvarlig for primærhelsetjenesten er det opp til hver enkelt institusjon å planlegge og gjennomføre tiltakene. Psykososialt team tilrettelegger tjenestene for hver enkelt bruker, ut i fra de føringer og bevilgninger gitt fra myndighetene. Det er opp til teamet selv hvordan de tilrettelegger, og om de starter opp nye tiltak slik de har gjort med fysioterapigruppen for de med psykosomatiske smerter. Når pasienter i helsevesenet kommer med nye spesielle behov som institusjonene ikke har allerede etablerte tilbud til å imøtekomme dem med må institusjonene finne nye. Når det blir mange i samme institusjon som har samme problemer vil det være ressursbesparende for helsevesenet og institusjonen å opprette et eget tilbud til denne gruppen. Det uttrykkes at det er for lite økonomiske ressurser til arbeidet med likeverdige helsetjenester:

”Og så er det dette med forankring; at vi forsøker å få ledelsen med på laget, så de blir klar over betydningen og viktigheten av fokuset på dette området. Også at dette blir en del av alle strategier på sykehuset etter hvert. At det blir en del av budsjettene. Det er slitsomt og hele tiden måtte lete etter eksterne midler til prosjekter. ”Vi får noen midler, men det er ikke nok. Samtidig er vi ikke så mange som jobber med dette, og vi tar på oss for mange oppgaver. Så det blir for mye å gjøre”.

Før Helse Sør – Øst startet ’Prosjekt Likeverdige Helsetjenester’ i 2008 hadde det vært lite systematisk arbeid på området innvandrere og likeverdige helsetjenester. ’Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011 - 2015’ har visjoner og mål som retter seg mot å etablere nye praksiser i forhold til å tilrettelegge for pasienter med innvandrerbakgrunn. Strategien er i startfasen, og skal fungere som en rettesnor for videre arbeid. På bakgrunn av

de overordnede momentene vil de lage en handlingsplan som viser mer konkrete tiltak over hva de skal gjøre fremover. Strategien har strukturelle trekk, men gir inntrykk av å ha et for vidt perspektiv. De skal ikke bare tilrettelegge for innvandreregrupper, som i seg selv er forskjellige, men også andre særskilte grupper (eksempelvis funksjonshemmete og narkomane) inngår i dette strategiske arbeidet. På det praktiske plan er det iverksatt flere tiltak, men hvordan disse skal bli inkorporert i det ordinære helsevesenet ser det foreløpig ikke ut til å ligge klare retningslinjer for. Det er ikke opp til den enkelte helsearbeider å vurdere om helsevesenet *trenger* å tilrettelegge tjenester for pasienter med innvandrerbakgrunn. Det er nedfelt juridisk at helsetjenesten må innrette sin praksis etter det kulturelle mangfoldet i befolkningen. Utfordringen er hvordan helsevesenet og helsepersonellet skal omsette disse plikter til praksis.

Informantene opplever manglende ressurser som problematisk i arbeidet med å tilrettelegge helsetjenestene. Det erfares å være for få ressurser, både når det gjelder økonomi og antall ansatte. ”Arbeidet går sakte fremover, og det burde gått raskere fordi behovet er stort”, sier en av de ansatte. Dette forstås som strukturelle betingelser som kan gi begrensninger i arbeidet med å tilby likeverdige helsetjenester. Helsearbeiderne utøver de praksiser som er fastlagt i de politiske føringene. Når nye behov i forhold til tilrettelegging blir flere og flere vil de ansatte benytte seg av tilgjengelige ressurser, eksempelvis gjennom å samarbeide med andre institusjoner.

Det jobbes med å kartlegge hva som har vært gjort av arbeid på feltet likeverdige helsetjenester for innvandrere. Dette skal etter hvert legges inn i en database som man kan søke i for lettere å finne relevant informasjon. Målet er at det også skal være mulig å spleise ulike prosjekter sammen så man lettere kan oppdatere hverandre innenfor samme temaområde. Brosjyreprosjekter vises også mye oppmerksomhet. Det finnes veldig mange brosjyrer i omløp, der bare noen er oversatt til forskjellige språk. Når det gjelder det som allerede er oversatt gjenstår arbeidet med å kartlegge hva som allerede finnes. Dette er et stort prosjekt, og hvordan de skal avgrense arbeidet er fortsatt ikke klarlagt: ”Spørsmålet er om vi skal holde oss til Oslo, eller ta det på landsbasis, noe som er svært omfattende, eller bare avgrense til de partene som er med i prosjektet”. For å få større kunnskap om minoritetene i helsevesenet ønsker seksjon for likeverdige helsetjenester et samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å øke kjennskapen og forskningsfeltet på likeverdige helsetjenester og helserelevante utfordringer. De har kommet med en utfordring til de

deltakende partene om at de skal lage utlysningstekster på områder de ønsker utredninger på for å få rekruttert mastergradsstudenter til å skrive om likeverdige helsetjenester. I 2009 – 2010 ble det bevilget midler fra helse- og omsorgsdepartementet for å fremme arbeidet med likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning. Dette ble delt inn i fire delprosjekter hvor kulturveilederutdanningen var det første kullet som deltok i pilotprosjektet. Lederen for seksjon for likeverdige helsetjenester uttaler:

”Prosjektene vi starter er ofte basert på mine ideer. Fordelene nå er at det utdannes personer innenfor flerkulturelt arbeid. Utfordringen blir å spre disse nye utdannede ut i hele det nye sykehuset”.

## **5.4 Anerkjennelse av innvandrere i det norske helsevesenet**

Innvandrerpatientenes nye behov danner utgangspunktet for endringene i strukturene i helsevesenet. Samtidig er det et overordnet mål og gi alle pasienter en likeverdig helsetjeneste. Som allerede nevnt er det nødvendig å tilrettelegge helsetjenestene for pasienter med særskilte behov for å anerkjenne deres behov og gi de en likeverdig helsetjeneste. Intensjonen om å anerkjenne innvandrernes behov i helsevesenet ved å tilrettelegge tjenestene bryter samtidig med likehetsprinsippet. Ved å tilrettelegge tjenestene for enkelte pasientgrupper fremmer helsevesenet en forskjellsbehandling av disse pasientene, selv om det er ment som en positiv forskjellsbehandling. De ulike forståelsene av innvandrernes behov møtes innenfor rammene av institusjonell praksis og formes av ønsket om å gi likeverdig behandling. Anerkjennelse kommer til syne både på aktør og struktur nivå. Først ved at pasientenes behov for tilrettelegging anerkjennes for at de skal komme opp på samme nivå som majoritetsbefolkningen når det gjelder helse. Anerkjennelse er av betydning i møtet mellom aktører, og mellom aktør og struktur. Tilrettelegging av helsetjenester for pasienter med innvandrerbakgrunn iverksettes gjennom velferdsstaten som en mekanisme til å gi pasienter med innvandrerbakgrunn mulighet til å komme opp på samme nivå som majoritetsbefolkningen når det gjelder (velferd og) helse. Ved å tilrettelegge helsetjenester anerkjennes denne pasientgruppens særskilte behov og samtidig styrkes forutsetningene for likhet når det gjelder helse.

Ved å gi særtilbud kan samtidig en motsatt effekt inntre. En allerede marginalisert gruppe i samfunnet skilles ytterligere fra majoritetsbefolkningen når de mottar egne skreddersydde

tjenester. Spesielt i gruppebehandlingen i det psykososiale teamet, der de deltar i en egen gruppe der alle har innvandrerbakgrunn. Dette er med på å forme praksis som i realiteten gir pasienter med innvandrerbakgrunn mindre anerkjennelse på lengre sikt. Tilrettelegging og tilbud om særtilbud til enkelte grupper kan forstås om et slags brudd med tanken på forskjellsblindhet. Positiv forskjellsbehandling kan oppfattes som en slags reversering av den historiske utviklingen, der utviklingen har gått fra et samfunn preget av sosiale hierarkier og diskriminerende forskjeller mellom befolkningsgrupper, til et samfunn basert på like rettigheter.

Tilretteleggingen skal føre til at pasientene i større grad skal kunne medvirke, og få større innflytelse i helsevesenet. Tilretteleggingen er ment å gi rom for anerkjennelse og det medfører en påvirkning på strukturene. Helsearbeidernes tid påvirkes ved at mange individuelle behov nå skal ivaretas. Tilretteleggingen legger press på ressursene, og det må bevilges ekstra ressurser til arbeidet med å tilrettelegge helsetjenestene og sette de strategiske planene i gang. Fraser (2003) skiller mellom en affirmativ modell som innebærer en utvendig omstrukturering av ressurser som ytterligere forsterker eksisterende gruppedifferensiering, og en transformativ modell som innebærer en dyptgående omstrukturering både av ressurser og anerkjennelse, som rekonstruerer gruppedifferensiering, og kan generere en økt anerkjennelse av pasienter med innvandrerbakgrunn. Generelt foretrekkes det transformative politiske tiltak, som skal korrigere de underliggende mekanismene som produserer urettferdighet. Motsatt er de bekreftende politiske tiltakene; tiltak som skal kompensere for urettferdige utfall i etterkant. Mange velferdsstatlige omfordelingstiltak er bekreftende, og disse kan bedre innvandrernes situasjon, men samtidig kan det være med på å bekrefte eksisterende gruppeinndelinger og stigmatisere enkelte grupper. Ved å plassere pasienter med innvandrerbakgrunn i egne grupper for behandling kan forskjellene opprettholdes, og de vil på sikt ikke oppnå anerkjennelse. Begrepsapparatet til Fraser gjør oss i stand til å se hvordan den norske helsepolitikken har hatt et ensidig fokus på *likhetstanken*, og muligvis fortrent det som kan omtales som *likeverdighetstanken*. Den norske helsepolitikken har basert seg på ideen om *likhet*: På den ene siden har det blitt satset på å tilby like helsetjenester til alle (rett og plikt til helsetjenester, gratis, uansett hvor man bor eller kommer fra). På den andre siden har det den senere tiden blitt lagt større vekt på institusjonell integrering av forskjellige typer tilrettelegging for pasienter med innvandrerbakgrunn.

Begrepet *lik* behandling har liten relevans når det snakkes om *kulturforståelse*.

Kulturforståelse reflekterer en holdning der det er en likeverdig behandling som etterstrebes. Likeverdig behandling innebærer lik fordeling av helseressursene, at helseressursene er like tilgjengelige, når like godt frem til ulike grupper i samfunnet i en form som er funksjonell for folks liv. Likeverdige tjenester til innvandrere innebærer en ivaretagelse av pasienten og dennes kulturelle ståsted på en faglig hensiktsmessig måte. Likeverdig behandling kjennetegnes ved at pasienten blir møtt med respekt for sin livsverden, at pasientens kulturelle ballast (språk, forklaringsmodeller, væremåter) gis en synlig plass i helsevesenet. Den faglige utfordringen blant helsepersonell er å håndtere helsefaglig kunnskap på en kulturelt treffsikker måte. Dette innebærer elementer av både holdningsendring, ny kunnskap og også praktiske grep. En pasient som ikke anerkjennes betraktes ikke som en aktiv sosial aktør, og besitter i så måte lite makt i samspillet med strukturene i helsevesenet. Dersom man ikke blir anerkjent blir man på en måte samtidig usynliggjort. Et sentralt begrep i denne sammenheng er neglisjering. Ved at det ikke tas hensyn til innvandrerens behov for tilrettelegging anerkjennes heller ikke behovene deres, men de likebehandles på en positiv måte. Særbehandling ut i fra religiøs og kulturell bakgrunn vil kunne føre til marginalisering av enkelte grupper og fremme forskjellene mellom minoritet og majoritet i samfunnet. Motpolen til anerkjennelse ses dermed som neglisjering.

Anerkjennelse av pasienter med innvandrerbakgrunn vil være med på å gi dem større mulighet til å definere hvilke utfordringer de møter i helsevesenet. Anerkjennelse av en pasient med innvandrerbakgrunn som en likeverdig person gjør at ulikhetene overskygges. Er det for store barrierer knyttet til språk, at det pasienten vil si ikke blir forstått eller tatt seriøst, er det også et tegn på at pasienten ikke anerkjennes. Misforståelser knyttet til språk og andre måter å forklare ting på kan være medvirkende til at pasienten ikke anerkjennes. Ressursene er samtidig avhengig av anerkjennelse: Først må behovene til pasienter med innvandrerbakgrunn anerkjennes, før det bevilges ressurser til dem. En realisering av like muligheter til samfunnsdeltakelse forutsetter at aktørene i samfunnet blir anerkjente som likeverdige deltakere. Manglende anerkjennelse kan føre til større ulikhet når det gjelder hvem som deltar og hvem som har mulighet til å påvirke strukturene. En rettferdig sosial ordening vil si at alle har samme grunnlag for å delta.

Alle informantene i denne studien sier at de er svært fornøyde med det norske helsevesenet. Andre studier viser imidlertid at pasienter med innvandrerbakgrunn oftere bytter fastlege og at

de i mindre grad er fornøyde med tilbudet i det norske helsevesenet. Dette tolkes som at funnene i denne studien ikke stemmer overens med tidligere studier. Men så er det kanskje slik at det har positiv effekt at informantene her faktisk får tilrettelagt behandling. Deres behov har blitt sett av helsepersonellet som har fått bevilget midler til å starte opp et nytt tilbud som er spesielt tilrettelagt for denne pasientgruppens behov. Ut i fra dette blir pasientene anerkjent.

#### **5.4.1 Mangelfull omfordeling og manglende anerkjennelse**

Sviktende kompetanse, sen og mangelfull levering av velferdsgoder og fravær av samarbeid mellom etater kan være konsekvenser av manglende omfordeling av helsegodet og manglende anerkjennelse av pasienter med innvandrerbakgrunn. Manglende kompetanse om innvandrere i helsevesenet kan i første rekke tilskrives anerkjennelsesdimensjonen. I den forstand at personer med innvandrerbakgrunn oftere vurderes som 'vanskelige' pasienter, ut ifra medisinske kriterier, med en vektlegging av negative kjennetegn. Både manglende omfordeling og manglende anerkjennelse er imidlertid sammenvevd i de to sistnevnte forholdene, nemlig mangelfull tilrettelegging og sviktende samarbeid mellom etater. Mangelfull tilrettelegging omhandler hjelpeapparatets manglende forståelse av hvor viktig det er for pasienter med innvandrerbakgrunn å få tjenester og hjelpemidler til rett tid hvis de skal ha mulighet for å motta likeverdige helsetjenester. Mangelfull tilrettelegging kan også påvirkes av helsevesenets ressursmessige prioriteringer.

Ut i fra funnene i empirien er alle pasientene svært fornøyde med det norske helsevesenet. At de utsettes for krenkelser er dermed ikke sannsynlig. At de overses og neglisjeres i helsevesenet er heller ikke sannsynlig ettersom de nå deltar i et tilrettelagt behandlingsopplegg. Ettersom det er opprettet tilrettelagte tilbud anerkjennes pasientenes behov i det norske helsevesenet.



## 5.5 Forholdet mellom særbehandling og likebehandling

Pasienter med innvandrerbakgrunn gis de samme rettighetene som majoritetsbefolkningen, men samtidig gis de tilrettelegging som kan forstås som særtilbud på bakgrunn av deres status som innvandrere med særskilte behov i helsevesenet. Særtilbudene er ment som en anerkjennelsesmekanisme som skal føre til en omfordeling av helsegodene.

Begrepet *positiv særbehandling* er nevnt i NOU 2009: 14. Der brukes begrepet om forskjellsbehandling av bestemte grupper for å fremme likestilling: ”Særbehandlingen skal kompensere for at enkelte grupper har en svakere posisjon i samfunnet enn andre, som kan svekke de reelle forutsetningene for å nyttiggjøre seg rettigheter og muligheter”. Positiv særbehandling kan skje på ulike måter: Det kan være snakk om å kvotere innvandrere til visse utdanningsinstitusjoner ved å gi søkere med minoritetsbakgrunn ekstrapoeng ved opptak. En arbeidsgiver kan ha som praksis at søkere med funksjonsnedsettelse alltid innkalles til intervju dersom de er kvalifisert til stillingen. Et annet eksempel er at en kvinnelig arbeidssøker skal gå foran en mannlig søker dersom hun har like eller tilnærmet like gode kvalifikasjoner (moderat kvotering). Særbehandling av noen vil isolert sett innebære at andre behandles mindre fordelaktig, for eksempel hvis kvotering fører til at en person ikke får en stilling han eller hun ellers ville fått. Fordi særbehandlingen kan virke negativt for noen enkeltpersoner, er adgangen til positiv særbehandling for å fremme likestilling i diskrimineringslovgivningen begrenset og hjemlet i særlige unntak fra diskrimineringsforbudet. Begrepet særbehandling brukes ikke i offentlige dokumenter i tilknytning til innvandrere og helse. Selv om det står klart at det i noen tilfeller må tilrettelegges for utsatte grupper, at det for å gis likeverdige helsetjenester må sørges for at det tilbys tilrettelagte helse- og sosialtjenester, brukes ikke begrepet særbehandling i denne sammenheng. Men er det ikke slik at det ved å tilrettelegges samtidig særbehandles? Som det står i utredningen ovenfor vil særbehandling av noen føre til at andre behandles mindre fordelaktig. I helsevesenet kan ingen behandles mindre fordelaktig. Dette bryter med velferdsstatens prinsipper om å gi universelle tilbud. På denne måten tolkes det som at helsevesenet og helsepersonellet ikke vil vedkjenne at de særbehandler enkelte pasientgrupper. Men de tilrettelegger helsetjenestene for alle som har særskilte behov. Helsepersonellet stiller også selv spørsmål ved forholdet mellom særbehandling og likebehandling:

”I hvor stor grad skal en pasient få særbehandling av oss? Dette er jo i utgangspunktet en debatt, men den er jo ikke særlig åpen. Det sies jo at vi skal tilrettelegge, men jeg tenker at man ikke skal være dumsnille. Vi skal ikke legge puter under armene på innvandrere for at de skal slippe å integrere seg, eller at de skal slippe å lære norsk fordi alt blir servert på deres eget språk”.

Det er en forskjell på lik behandling og likeverdig behandling. Man forskjellsbehandler jo faktisk ved å gi lik behandling til pasienter som har ulike forutsetninger. Pasientene er også selv i mot særbehandling:

”Jeg vil bli behandlet likt som alle andre i Norge. Det største problemet mitt er språket. Det gjør at jeg må ha ekstra hjelp, det gjør det vanskeligere”.

”At alle innvandrere skal plasseres i en egen gruppe for seg selv synes jeg ikke er bra. For meg så blir det helt feil”.

Informantene sier at de ikke ønsker særbehandling i helsevesenet. Helsearbeiderne sier at de ikke bare tilrettelegger for pasienter med innvandrerbakgrunn, men for alle pasientene. Særbehandling er ikke et positivt begrep i denne sammenheng, i motsetning til tilrettelegging som oppfattes som nødvendig. For at pasientene skal få likeverdig behandling i helsevesenet er det nødvendig å tilrettelegge tjenestene. Dette også for at forskjellene i helse skal utjevnes. Myndighetene legger sine føringer på helsearbeiderne, som utfører tilretteleggingen. Det synes ikke som om de selv føler at de særbehandler enkelte pasienter selv om de tilrettelegger. Dette fordi tilretteleggingen er nødvendig, både for pasientene og for helsearbeiderne selv, spesielt i forhold til å bruke tolk og tilpasse informasjon. Allikevel er det etablert egne behandlingsopplegg for pasienter som har innvandrerbakgrunn. Dette forsvares som ikke å være særbehandling da det ikke er utelukkende for pasienter med innvandrerbakgrunn, men for pasienter med samme type problemer. Nå er det en stor gruppe pasienter hos det psykososiale teamet som har samme type problemer og samme bakgrunn ved at de er flyktninger/innvandrere. For å møte denne gruppens behov har de tilpasset behandlingen og startet opp et eget opplegg, noe de sier at de ville gjort for alle pasienter uavhengig av hvilken bakgrunn de har. De møter bare et behov hos pasientene, og de sier ikke at de særbehandler denne pasientgruppen fremfor noen annen. Forholdet mellom særbehandling og likebehandling er diffus og vanskelig å skille både for myndighetene og de ansatte i helsevesenet. Det som er klart, er at det er nødvendig å tilrettelegge helsetjenester for noen

pasienter for å kunne gi de en lik og likeverdig helsetjeneste. Begrepet særbehandling er ikke et begrep som er lett for en helsearbeider å bruke, siden det vil si at noen særbehandles fremfor andre. De tilrettelegger for alle som har behov for det, og helsetjenesten er dermed allikevel å betrakte som universell.

## 6. Oppsummering og konklusjon

I denne masteroppgaven har jeg redegjort for begrepet likeverdige helsetjenester og tilrettelagt behandling. Helsevesenet står overfor en rekke utfordringer som følger av økt innvandring og større mangfold i samfunnet, og disse utfordringene møtes ved å tilrettelegge helsetjenesten for innvandrere for at de skal få lik behandling og like forutsetninger for god helse som majoritetsbefolkningen. Pasienter med innvandrerbakgrunn påvirker helsevesenet ved at de har andre særskilte behov som krever at helsevesenet anerkjenner disse ved å tilrettelegge for at pasientene skal få en likeverdig helsetjeneste. Innvandrernes behov for tilrettelegging fører til en omstrukturering av strukturene i helsevesenet ved at det må tilrettelegges på nye måter. De ansatte i helsevesenet opplever også utfordringer i møtet med pasientene, og følger myndighetenes føringer i forhold til å tilrettelegge tjenestene og gi likeverdig behandling. På denne måten foregår det et samspill mellom pasienter med innvandrerbakgrunn, de ansatte i helsevesenet og strukturene. Dette samspillet har blitt analysert ved hjelp av Giddens' strukturasjonsteori. Både pasienter med innvandrerbakgrunn, helsearbeiderne og de politiske føringene er med på å fremme ny praksis og endre strukturene i helsevesenet.

Den universelle velferdsstaten har som overordnet prinsipp at det skal gis universelle tilbud. Helsetjenesten skal være lik uavhengig av sosioøkonomisk posisjon og geografisk bosted. Den skal ikke bare være lik, men også likeverdig med hensyn til tilgjengelighet, bruk og resultat. Tilretteleggingen er med på å fremme likeverdig behandling ved å gi pasienter med dårligere forutsetninger de samme mulighetene som majoritetsbefolkningen når det gjelder helse. Samtidig kan tilrettelegging ses som at enkelte pasienter får en type særbehandling, og de skilles dermed fra majoritetsbefolkningen ved at de ekskluderes fra de universelle tilbudene. Dette fører ikke til en anerkjennelse av pasienter med innvandrerbakgrunn da de på lengre sikt ikke får likeverdig behandling. Informantene i denne studien sier at de ikke vil særbehandles, men de ønsker å få den samme behandlingen som resten av befolkningen. Samtidig er det noen hindringer, eksempelvis språkbarrierer, som oppleves som vanskelig. De ønsker da tolk, men det er ikke noe respondentene i denne studien aktivt krever. De sier at de er svært fornøyde med det tilrettelagte behandlingstilbudet de har fått, uten at de opplever dette som særbehandling.

Ved å tilrettelegge tjenestene for enkelte pasientgrupper opprettholdes forskjellene mellom minoritetene og majoriteten i samfunnet..

Skillet mellom særbehandling og likebehandling er ikke tydelig. Dersom pasientenes særskilte behov blir oversett blir de ikke anerkjent i helsevesenet. Målet med å anerkjenne deres særskilte behov for tilrettelegging er for å få dem opp på samme nivå som majoritetsbefolkningen når det gjelder helse. Det er forskjeller mellom innvandrerbefolkningen (med ikke – vestlig opprinnelse) og majoritetsbefolkningen når det gjelder helse. Ved å gi særskilte tjenester og tilrettelegging til denne gruppen er målet at de skal komme opp på majoritetsbefolkningen nivå, og at forskjellene skal utjevnes. Neglisjering kan ses som positiv likebehandling der det ikke gis spesielle tilpasninger til pasienter etter deres kulturelle eller religiøse bakgrunn. Universelle tilbud tar ikke hensyn til slike forskjeller. Politikken føringer tilsier at det skal gis universelle tilbud i kombinasjon med tilpasning til pasienter med særskilte behov. Dette hensynet møter helsevesenet ved å tilrettelegge tjenestene for enkelte pasienter. Dette kan ses som en type særbehandling, men dette forsvaret helsearbeiderne med at de ville gitt samme tilrettelegging til alle som har behov for det, ikke bare til pasienter med innvandrerbakgrunn. Spørsmålet er bare hvor langt de skal gå i å tilrettelegge tjenestene. Et spørsmål helsearbeiderne selv stiller, og som er vanskelig å gi et konkret svar på. Her er det mye vi ikke vet og mange hensyn å ta. Det viktigste er at de ansatte i helsevesenet gir individuell tilpasning til alle pasienter og tilrettelegger der det er behov, de sier de ikke gir pasienter med innvandrerbakgrunn noen særbehandling fremfor andre pasienter. Som også noen av informantene i studien sier så hadde arbeidet vært lettere om det forelå klare retningslinjer i forhold til hvordan de skal tilrettelegge og nærme seg problemene.

Det er begrenset hva jeg kan si på basis av de få respondentene jeg har hatt i denne studien, men de fungerer som interessante illustrasjoner på grunnleggende problemstillinger i helsevesenet og det moderne flerkulturelle Norge. Pasientene som lot seg intervjuet var svært fornøyde med de tjenestene de har fått, og kom generelt med lite negativ omtale av det norske helsevesenet. Kanskje ville de som sa nei til å delta i undersøkelsen kommet med mye viktig og ny informasjon, ettersom personer som ikke er villige til å delta kan representere mer problematiske sider ved det fenomenet som studeres. Alle respondentene med innvandrerbakgrunn i denne studien opplever å bli tatt på alvor i helsevesenet, og de får tilrettelagt behandling. Nettopp det kan være en viktig medvirkende faktor til at de er svært så fornøyde med det norske helsevesenet.

# Litteraturliste

Ahlberg N. Aambø A. og Gihle I. (2007). ”Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter. Tilbakeblikk og erfaringer”. NAKMI skriftserie om minoriteter og helse 1/2005 (2. opplag 2007).

Austveg, Berit (2005): ”Kulturforståelse, migrasjonskunnskap og rasismeforståelse. Helsetjeneste for innvandrere 1975-1988”, i Ahlberg, N, A. Aambø og I. Gihle (red.): *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter. Tilbakeblikk og erfaringer*. NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr. 1/2005.

Bourdieu, Pierre (1996): ”*Symbolsk makt: artikler i utvalg*”. Oslo: Pax.

Brochmann, Grete & Hagelund, Anniken (2010). ”*Velferdens grenser: Innvandringspolitikk og velferdsstat i Skandinavia 1945-2010*”. Universitetsforlaget. ISBN 9788215016177.

Brochmann, Grete, Borchgrevink, Tordis & Rogstad, Jon Christian (2002).

”*Sand i maskineriet. Makt og demokrati i det flerkulturelle Norge*”.

Gyldendal Akademisk. ISBN 8205306168

Brunvatne, Reidun (2006). ”*Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*”, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fraser, Nancy (2003a) ”*Social Justice in the Age of Identity Politics*”. *I Redistribution or Recognition? A Political-Philosophical Exchange*. Verso, London.

Giddens, Anthony (1979). ”*Central problems in social theory: Action, Structure and Contradiction in Social Analysis*”. London: Macmillan.

Giddens, Anthony (1984). ”*The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*”. Cambridge: Polity Press.

Handlingsplan Drammen Kommune: ”*Rullering av plan for psykisk helse*” (2006-2010).

Honneth, Axel (2003) ”*Redistribution as Recognition – A Response to Nancy Fraser*”.

I Redistribution or Recognition? A Political - Philosophical Exchange. Verso, London.

Lov om helsetjenesten i kommunene (1982). LOV-1982-11-19-66  
(Kommunehelsetjenesteloven).

Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (2008). LOV 2008-06-20 nr 42 (Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven).

Lov om pasientrettigheter (1999). LOV-1999-07-02-63 (Pasientrettighetsloven).

Marshall, T.H. (2000). *“Citizenship and Social Class”*.

I Christopher Pierson and Francis G. Castles (eds.): *The Welfare State Reader*. Cambridge: Polity Press.

Møllersen, Snefrid (2009). *“Den som tier samtykker – eller ikke. Kulturforståelse og samhandling med den samiske pasienten”* Utposten nr. 8.

NOU 1987: 23: *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*.

NOU 2009: 14: *Et helhetlig diskrimineringsvern*. Diskrimineringslovutvalgets utredning om en samlet diskrimineringslov, grunnlovsvern og ratifikasjon av tilleggsprotokoll nr. 12 til EMK.

Rønneberg, Kari (2000). *“Sosiale virkeligheter. Sosiologi for profesjonsstudiene”*. Vett & Viten AS.

Sander, Kjetil. (2004), *“Potensielle feilkilder ved kvalitative undersøkelser”*. Kunnskapssenteret: <http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2685>.

St. meld. Nr. 16 (2002 – 2003). *Resept for et sunnere Norge. “En kvinnehelsestrategi”*.

St. meld. Nr. 20 (2006 -2007) *“Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller”*.

St.prp. nr. 1 (2002 - 2003) Oslo, Helse - og Omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 1 (2006–2007) *Nasjonal helseplan*, Helse- og Omsorgsdepartementet.

*”Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011 – 2015”*. Fra Stab samhandling og internasjonalt arbeid ved Oslo universitetssykehus.

Taylor, Charles (1992). *”Multiculturalism and The Politics of Recognition”*. Princeton University Press, New Jersey.

Thagaard, T. (2003): *”Systematikk og innlevelse”*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tronstad Kristian Rose. (2009): *”Opplevd diskriminering blant innvandrere med bakgrunn fra ti ulike land”*. Statistisk Sentralbyrå.

Østerberg, Dag (2003): *”Sosiologens nøkkelbegreper”*. Oslo: Cappelen-Damm.

*Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.*

**Antall ord i denne oppgaven er: 38 571 (ekskl. litteraturliste og vedlegg).**



# VEDLEGG

## VEDLEGG 1: Brev til helsearbeiderne

### Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i sosiologi ved Universitetet i Oslo, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er *likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning*, og jeg skal undersøke hvordan dette fungerer i praksis, spesielt ved å se på tilrettelagt behandling. Jeg er interessert i å finne ut av hva som gjøres for å tilby likeverdige helsetjenester, og se hvordan dette håndteres av de som jobber med det til daglig.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju ca. 5 personer som jobber med å tilrettelegge helsetjenestene administrativt eller i praksis. Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer med innvandrere i helsetjenesten, tanker rundt tilrettelagt behandling, språk og kultur. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Det vil være et personlig intervju som kommer til å ta omtrent en halv time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst så lenge prosjektet pågår, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. I den ferdige oppgaven skal datamaterialet anonymiseres. Opplysningene anonymiseres i den ferdige oppgaven og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen våren 2011.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg (eventuelt tar den med når intervjuet gjennomføres).

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 46 42 56 25, eller sende en e-post til [cecilierein@hotmail.com](mailto:cecilierein@hotmail.com). Du kan også kontakte min veileder Grete Brochmann ved institutt for sosiologi på telefonnummer 22 85 83 36.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Cecilie R. Olsen

Wilhelmsgate 3

0168 Oslo

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av en likeverdig helsetjeneste til en flerkulturell befolkning og ønsker å stille på intervju.

Signatur ..... Telefonnummer .....

## **VEDLEGG 2: Brev til pasientene**

### **Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave**

Jeg er masterstudent i sosiologi ved Universitetet i Oslo, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er *likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning*, og jeg skal undersøke hvordan brukere med innvandrerbakgrunn opplever møtet med det norske helsevesenet og deltakelsen i tilrettelagt behandling. Jeg er interessert i å finne ut av hva som gjøres for å tilby likeverdige helsetjenester, og om eventuelle tiltak oppleves som tilfredsstillende blant deltakerne, da spesielt i forhold til kulturelle preferanser.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 5 - 10 voksne personer med innvandrerbakgrunn som deltar i et tilrettelagt behandlingsopplegg.

Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer med det norske helsevesenet, tanker rundt tilrettelagt behandling, språk og kultur. Som en del av oppgaven vil jeg også forsøke å finne ut noe om årsaken til de forskjellene eller likhetene som kommer fram - for eksempel om brukere av helsevesenet føler at det tas hensyn til ulike kulturelle praksiser.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Det vil være et personlig intervju som kommer til å ta omtrent en halv time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst så lenge prosjektet pågår, uten å måtte begrunne dette nærmere. Det vil ikke ha noen konsekvenser i forhold til oppfølgingen du får ved senteret dersom du ikke vil delta i studien eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt. I den ferdige oppgaven skal datamaterialet anonymiseres så langt det lar seg gjøre, men andre personer tilknyttet senteret vil kunne kjenne deg igjen ut fra bakgrunnsopplysninger. Opplysningene anonymiseres i den ferdige oppgaven og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen våren 2011. Du vil få anledning til å lese igjennom avsnittene der du omtales i identifiserbar form, og godkjenne disse før de publiseres i oppgaven. Det vil ikke innhentes opplysninger om deg fra de ansatte ved senteret.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 46 42 56 25, eller sende en e-post til ceciliein@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder Grete Brochmann ved institutt for sosiologi på telefonnummer 22 85 83 36.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Cecilie R. Olsen

Wilhelmsgate 3

0168 Oslo

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av en likeverdig helsetjeneste til en flerkulturell befolkning og ønsker å stille på intervju.

Signatur ..... Telefonnummer .....

## **VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE 1 (Pasienter)**

### **1. Bakgrunnsspørsmål:**

Alder

Eget fødested/foreldres fødested

Botid i Norge

Hvorfor kom du til Norge?

Oppvekst

Utdanning utenfor Norge

Utdanning i Norge

Arbeid utenfor Norge

Arbeid i Norge

Bruk av helsetjenester utenfor Norge

Bruk av helsetjenester i Norge

### **2. Erfaring med norsk helsetjeneste?**

Har du vært mye i kontakt med norsk helsevesen?

Hvilke deler av helsetjenesten har du vært i kontakt med?

Føler du deg forstått av leger/ helsepersonell?

Hvordan føler du deg mottatt? Blir du tatt på alvor?

Har dine ønsker og behov blitt hørt? Hvilke ønsker har du eventuelt hatt? (eksempelvis kvinnelig lege?)

Hvor godt vil du si du kjenner det norske helsevesenet?

Har du noen positive/negative opplevelser i møtet med helsevesenet?

Hvordan behandling ville du fått i hjemlandet ditt nå?

Hvilke forskjeller er det mellom helsetjenesten i hjemlandet ditt og her i Norge?

### **3. Hvordan vil du si at dette (tilrettelagte) behandlingsopplegget fungerer for deg?**

Hva synes du om denne type behandling du deltar i nå?

Vil du si at dette tilbudet er tilpasset ditt behov?

Hvordan vil du si dette tilbudet passer for deg?

Må du betale noe? Hvor mye? I så fall synes du det er ok å betale en egenandel?

Hvor lenge har du deltatt?

Hvordan kom du inn i dette behandlingsopplegget?/ fikk vite om?

På hvilken måte er dette tilbudet viktig for deg?

Stigmatiserende?

### **4. Kultur og forståelse av sykdom:**

Gjør din kulturelle bakgrunn det ekstra vanskelig for deg når du er syk?

Hvordan tas det hensyn til din kulturelle bakgrunn når du er syk?

Opplever du noe som vanskelig? Eksempelvis språkproblemer?

Har du noen erfaring med bruk av tolk?

Har du opplevd at tabuer i forhold til sykdom har vært til hinder for deg?

Har helsepersonellens kulturelle bakgrunn noen betydning for deg?

## **5. Maktforhold:**

Føler du at det er kulturelle forskjeller mellom deg som bruker og de ansatte i helsetjenesten?

Hva er din erfaring med norsk helsepersonell?

Hvor åpen kan du være overfor helsepersonellet du møter?

Ser du på helsearbeiderne som autoritære?

Hva legger du i begrepet brukermedvirkning?

Opplever du å ha egen kontroll over din sykdom/behandling?

Føler du at helsepersonellet tar deg på alvor?

Hva forstår du med begrepet tilrettelagt behandling?

Hva forstår du med begrepet likeverdige helsetjenester?

## **6. Hva andre sier om din situasjon:**

Hvordan forholder menneskene rundt deg (familie og venner) seg til din sykdom?

## **7. Om helsetilbudet i Norge**

Hva synes du om helsetilbudet i Norge i forhold til andre land?

Hvor engasjert vil du si at du er i norsk politikk?

## **8. Hva er viktig for deg?**

Jobb, familie, venner, fritidsaktiviteter, helse?

Hvem er du sammen med i hverdagen? Hva gjør dere?

Hvordan vil du si helsen din er nå? Hvordan var den før?

Hvilken livsstil hadde du før? Hvilken livsstil vil du si du har nå?

Hvilke tanker har du om fremtiden? Noen spesifikke fremtidsplaner?



## **VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE 2 (Helsepersonell)**

### **1. Bakgrunnsspørsmål:**

Alder

Utdanning

Arbeid

### **2. Hvordan ser du på norsk helsetjeneste i forhold til pasienter med innvandrerbakgrunn?:**

Kommunikasjonen mellom deg som helsepersonell og pasienter med innvandrerbakgrunn

Hvordan føler du at de ser på deg?

Gjør du noe annerledes i forhold til etnisk norske pasienter og innvandrerpasienter?

Legger du spesielt til rette for denne gruppen pasienter?

Hvilke tiltak vet du om?

### **3. Kultur og forståelse av sykdom:**

Hva tenker du om forskjeller i kulturell bakgrunn når det gjelder deg selv og pasienten?

Hvordan tar du hensyn til kulturell bakgrunn?

Opplever du noe som vanskelig når det gjelder kulturforskjeller?

Har du opplevd problemer når det gjelder språk og kommunikasjon med innvandrerpasienter?

Har du noen erfaring med bruk av tolk?

Har du opplevd at tabuer i forhold til sykdom har vært til hinder i behandlingen?

Har pasienters kulturelle bakgrunn noen betydning for møtet dere i mellom?

### **4. Maktforhold:**

Hva er din erfaring med møtet med pasienter som har innvandrerbakgrunn?

Tror du pasientene ser på deg som en autoritær person?

### **5. Om helsetilbudet i Norge**

Hva tenker du rundt begrepet likeverdige helsetjenester?

Hvor langt skal man gå i å tilrettelegge helsetjenesten?

### **6. Motivasjon:**

Hva motiverer deg i jobben med innvandrerpasienter?

Tok du selv initiativ til å jobbe med innvandrerpasienter?

Føler du selv at du har en viktig jobb?



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

Grete Brochmann  
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1096 Blindern  
0317 OSLO

Vår dato: 23.11.2010

Vår ref: 25230 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

### TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.10.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 22.11.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

|                      |                                                                   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 25230                | <i>Likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning</i> |
| Behandlingsansvarlig | Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder            |
| Daglig ansvarlig     | Grete Brochmann                                                   |
| Student              | Cecilie Olsen                                                     |

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

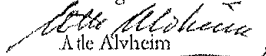
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helsenregistreloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

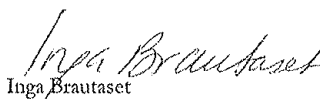
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 29.05.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Aile Alvhheim

  
Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Cecilie Olsen, Wilhelmsgate 3, 0268 OSLO

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1095 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uib.no](mailto:nsd@uib.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 99 19 67. [kjette.szwajczer@ntnu.no](mailto:kjette.szwajczer@ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsd@svf.uib.no](mailto:nsd@svf.uib.no)