

ULIGHED I SUNDHED



- EN KVALITATIV UNDERSØGELSE OM DE UDFORDRINGER SUNDHEDS-
PERSONALET OPLEVET I MØDET MED ETNISCHE MINORITETSKVINDER

Speciale udarbejdet af
Hadi Duedahl Itani / 20262092

Vejleder: Marianne Skytte
Anslag: 148.047

Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet,
København, Juni 2018

FORORD

Jeg vil gerne give en stor tak til de ansatte på Indvandrermedicinsk Klinik på Hvidovre Hospital og Odense universitetshospital for deres åbne og positive medvirkning til specialets undersøgelse; om deres oplevelse af udfordringerne i mødet med etniske minoritetskvinder. Derudover vil jeg gerne takke overlæge og professor Morten Sodemann for sin deltagelse i specialet og hans væsentlige engagement i kampen for lighed i sundhed. Afslutningsvis vil jeg takke min fantastiske familie for deres støtte i de hårde og frustrerende tider. Ville ikke kunne have klaret det uden jeres opbakning igennem hele specialet. Tusind tak.

"Al sand hjælpen begynder med en ydmygelse; Hjælperen må først ydmyge sig under den, han vil hjælpe, og herved forstå, at det at hjælpe er ikke det at herske, men det at tjene."

(Søren Kierkegaard)

INDHOLDSFORTEGNELSE

<i>Forord</i>	1
<i>Abstrakt</i>	4
<i>Indledning</i>	5
<i>Motivation</i>	6
<i>Problemfelt</i>	7
<i>Specialets relevans for det sociale arbejde</i>	10
<i>Problemformulering</i>	11
<i>Hvilken udfordringer oplever sundhedspersonalet på Indvandrermedicinsk Klinik i mødet med etniske minoritetskvinder?</i>	11
<i>Arbejdsspørgsmål</i>	11
<i>Præsentation af Indvandrermedicinsk Klinik</i>	11
<i>(IMK) Odense Universitetshospital</i>	15
<i>Målgruppe</i>	15
<i>(IMK) Hvidovre Hospital</i>	15
<i>Præsentation af informanter</i>	17
<i>Videnskabsteori</i>	18
<i>Forforståelse og viden i forskningen</i>	18
<i>Hermeneutiks tolkningsmetode</i>	19
<i>Metode</i>	20
<i>De syv faser i et forskningsinterview</i>	20
<i>Det kvalitative interview</i>	22
<i>Opsætning af interviewguide</i>	25
<i>Interviewsituationen</i>	26
<i>Etiske overvejelser</i>	27
<i>Forskningsvandring</i>	28
<i>Teoriafsnit</i>	30

<i>Shulmans fire faser i mødet</i>	30
<i>Kulturopfattelser</i>	31
Essentialistisk kulturbegreb	31
Relationelle kulturbegreb	32
<i>Erving Goffman – Tribale stigma</i>	32
<i>Honneths anerkendelsesteori</i>	33
<i>Analyse del 1 - Hvordan oplever personalet at kultur- og sprogbarrierer i sundhedsvæsnet kan skabe problematikker for etniske minoritetskvinder?</i>	34
<i>Sprogbarrierer</i>	35
<i>Misforstået kommunikation</i>	38
<i>Kultursammenstød</i>	41
<i>Stemplingsprocessen</i>	45
<i>Analyse del 2 - Hvilke metodiske tilgange vægtes i relationskabelsen og anerkendelsen af patientgruppen i mødet?</i>	48
<i>Den gode samtale</i>	48
<i>Anerkendelse i mødet</i>	51
<i>Analyse del 3 - Hvilke udfordringer kan brugerbetaling på tolkebistand skabe?</i>	55
<i>Retlig regulering</i>	55
<i>Kvalitets sikring</i>	60
<i>Konklusion</i>	61
<i>Perspektivering</i>	63
<i>Litteraturliste</i>	65

ABSTRAKT

This thesis addresses the communicative challenges, which can contribute to social inequality in healthcare, in the interaction between ethnic minority women and the healthcare system. The thesis is based upon the healthcare professionals own encounter and experiences, in working with this group of patients, and will look deeper into the inequality-creating effects by exemplifying the new law proposal about future own payment in the need of use of interpreters.

The thesis aim to identify the healthcare staff's use of methodological approaches, in which can fortify the holistic research of these womens social and healthcare based problems, as the observation focus on the professional knowledge about the point of interaction in connection to good social working.

The thesis further focuses on the stigma and needed recognition of these women's social identity. In meaning of the repression is the fear of the unknown and miscommunication both leading factors in the departure and I will discuss the challenging encounter of languages and cultures. In addition, I will look into how the professionals' perceptions of human recognition and founding relations are necessary in the good communication.

The purpose of the thesis is to find possible measures that can improve the relationship between patient and system and to hopefully prevent inequalities in healthcare. As well as an understanding of this group of ethnic minority womens special challenges in treatment and its additional social effects.

The study is baselined at Indvandrermedicinsk Klinik (IMK). A special unit for ethnic minority patients, which aims to increase equal access to healthcare by granting the patients with a recognising and non-judgmental approach.

The empirical data consists of five qualitative interviews with healthcare professionals associated at IMK. The contributors are chief physician and professor, nurses, pharmacist and social worker. The professionals are visualizing their experiences of significant challenges in the working process with these women, and elaborate on their approach to access the interaction. Additional secondary empirical studies are bases on surveys and reports from Sundhedsstyrelsen, Professor and co-founder of IMK Morten Sodemann and MTV Odense, as supporting parts in the validity of the thesis.

INDLEDNING

Udfordringerne med etniske minoritetskvinder er et omdiskuteret emne i det samfundsmæssige, sundhedsvæsenet og i det politiske regi. Problematikken omkring sprogvanskeligheder og kultursammenstød fylder meget i sundhedssystemet, da kvinderne nemmere risikerer at blive stigmatiseret og udstødt på baggrund af etnicitet og sprogvanskeligheder. Problemstillingen har medvirket til fejlbehandling og misforstået kommunikation mellem kvinderne og personalet. Dette bevirker at kvinderne placeres i en position af afmagt, da de ikke føler sig set eller hørt. (Ejrnæs et al 2002 s.175) Desuden har problematikken medført større skillelinjer mellem patient og system, da kvinderne mindre medinddrages i behandlingen, og i værste tilfælde vælger ikke at møde op til sundhedsmæssige undersøgelser og afklaring.

Udfordringerne i sundhedsvæsenet kan bidrage til social ulighed i sundhed, da kvinderne ikke modtager samme retmæssige behandling som eksempelvis en etnisk dansk patient. I et nyt tiltag fra regeringen, med støtte fra Dansk folkeparti, er et lovforslag om egen betaling af tolkebistand, efter ophold i Danmark i mere end tre år, en ny udfordring som kan påvirke det sundhedsfaglige arbejde. Problematikken risikerer at medføre ubalance i de lovmæssige rettigheder, i forståelse og form af det juridiske samtykke, da patienter med ringere danskundskaber ikke vil kunne klage eller forstå behandlingsforløbet. Derudover kan egenbetaling medvirke til kvindernes afvigelse af behandling, misforståelser og yderligere fattigdom, da de på baggrund af socioøkonomiske begrænsninger ikke har råd til betaling af tolkebistand.

”Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) blev startet i maj 2008 med henblik på en bedre klinisk forståelse og håndtering af en gruppe af patienter, der med en blanding af komplekse symptomer, krigsoplevelser, mistillid og sprogbarrierer ofte udgør en udfordring for sundhedsvæsenet og dets ansatte. Klinikken har ikke som mål at erstatte specialafdelinger men at sikre en øget grad af lighed i adgang til og udbytte af højt specialiseret sygehustilbud for etniske minoritetspatienter.”

(Sodeman 2017 s.4)

Udfordringerne med patientsgruppen i sundhedsvæsenet har været medvirkende til opstarten af Indvandrermedicinsk Klinik. IMK blev første gang oprettet i 2008 ved Odense Universitetshospital, og derefter en IMK på Hvidovre Hospital. Klinikens formål er at skabe lighed i sundhed via relationsarbejde og anerkendende tilgang. Desuden er IMK et behandlingssted hvor flerfaglighed er på højsædet, da dette skal styrke patienternes sociale og helbredsmæssige udfordringer. Min

rolle, som socialrådgiver på IMK, har medvirket til specialets fokus, da jeg har oplevet udfordringer og set hvilke barrierer der kan forekomme i mødet. Derudover er min nærliggende tilknytning til klinikken medvirkende til min undren over, hvordan vi kan forebygge yderligere skillelinjer i mødet mellem patient og system, og deraf styrke kvindernes videre muligheder i samfundet.

MOTIVATION

Motivationen for specialets hovedfokus er min interesse for integrationsområdet, og de relaterende udfordringer i samfundets møde med forskelligartede kulturforståelser. Jeg motiveres målrettet en bredere forståelse af Indvandrermedicinsk Kliniks sociale arbejde og metodiske tilgange i afklaringen af kvindernes sundhedsmæssige og sociale problemstillinger, da etniske minoriteters deltagelse i samfundet har stor betydning for velfærden og arbejdsmarkedet.

Min motivation er at forstå de positive og negative påvirkninger mødet kan medføre, da min holdning er, at mødet mellem mennesker er essentielt i opbygningen af en positiv udvikling, og for en fordomsfri forståelse af kultur.

Min hypotese før påbegyndelsen af specialet var, at etniske minoritetskvinder bliver stemplet af sundhedsvæsenet på baggrund af sprog- og kulturelforskelligheder. Stemplingen anses som en reaktion på samfundets frygt for det ukendte, og personalets fordomme om misforstået kommunikation med etniske minoritetskvinder. Derudover er min tese, at frygten i sig selv er medvirkende til skabelse af barrierer, som opleves i sundhedsvæsenet. Det forskelligartede syn på sundhed tydeliggør, at der kan drages yderligere modpoler mellem det danske sundhedsvæsen og kvinderne. Et eksempel er det nye lovforslag vedrørende egenbetaling af tolke, der kan bryde samarbejdet og skabe yderligere social ulighed i sundheden på grund af de socioøkonomiske omstændigheder, som flertallet af kvinderne kommer fra. Desuden kan uligheden skabe faretruende omstændigheder for patienterne, da de ikke modtager nødvendige råd og vejledning i deres behandling. Samtidig anses det ligeledes problematisk og fordyrende for velfærdssamfundet, da de berørte kvinder ofte risikerer at blive genindlagt af flere omgange, eller i værste tilfælde sendes rundt i sundhedssystemet på baggrund af uoplyst information eller misforstået råd og vejledning. Derved er min tese, at samfundet betaler regningen, hvis ikke der findes en metode eller arbejdsform til at opnå forbedret viden om patientgruppen. Udfordringerne i uligheden skal ikke sammenkædes, som kun værende samfundets forpligtelse,

men at kvinderne også har et ansvar i form af øget åbenhed og medinddragelse i egen behandling. I de første overvejelser omkring specialets form var fokus på kvindernes egne livsfortællinger. Men på baggrund af den sekundære empiri og egen forforståelse, ændrede specialet fokus til at undersøge personalets oplevelser af udfordringerne med patientgruppen, da problematikkerne om ulighed i sundhed er mærkbar i samfundsstrukturen. Min antagelse er, at tidspres og manglende ressourcer til den enkelte patients behandling i sundhedsvæsenet, er medvirkende til det forfaldet gode sundhedsfaglige arbejde, i en grad hvorpå patienterne opleves som en udfordring for personalet. Samstemmende opfattelser af udfordringer i arbejdet er, at personalet ikke kan gå i dybden i behandlingssagerne, og dermed er der risici for at personalet ikke får et helhedsorienteret overblik af patientens helbredsmæssige og sociale begrænsninger. På baggrund af min antagelse og motivation omhandler og undersøger specialet fagpersonalets oplevelser og fortolkninger af udfordringer med patientgruppen.

PROBLEMFELT

"Den voksende andel af borgere med ikke vestlig baggrund, har i den seneste tid været et fokusområde i social og sundhedsvæsenet. Der i stigende grad har brug for at tænke multikulturelt og multireligiøst". (Baig, Kastrup & Rasmussen: 2010 s.9) Det sundhedsfaglige personales arbejde er påvirket af nye kulturforståelser og forskelligartet syn på sundhed og helbred. Dette er medvirkende til, at det sundhedsfagliges tankesæt skal omdirigeres og forandres, da personalet skal opnå relevant viden om målgruppen, og dertil forstå, hvilken kulturel forståelse af sundhed det enkelte individ medbringer. (*ibid.*) Aktørernes uvidenhed og misforståelser om hinanden er medvirkende til de kultursammenstød som sundhedssektoren oplever i mødet.

Problematikkerne i sundhedsprofilen hos indvandrerkvinderne kan tilskrives de store forskelle på forståelsen af sundhed og sociale positioner. En gruppe af etniske minoriteter kan have ringere vilkår i for eksempel social ulighed eller økonomiske forhold end etnisk danske. (*Sundhedsstyrelsen 2010 s.14*) De etniske minoriteter kan have et dårligere udgangspunkt for, at benytte og forstå fordel af det danske sundhedssystem. *"På grund af manglende kendskab til sundhedssektoren kan de have problemer med at finde rundt i systemet og sproget/sprogforståelsen er ofte en kommunikativ barriere. Dette kan medvirke til en udelukkelse af tilbud, på baggrund af dårlige danskkundskaber, samt et ringere udbytte af råd og vejledning, som er gavnlige for patienterne."*

Sundhedsstyrelsen 2010 s.14) Oprettelsen af et specialtilbud til etniske minoriteter har derfor været væsentlig; da fokus på at etablere og tilbyde en specialindsats, der arbejder med etniske gruppers sociale og kulturelle vilkår, kan være medvirkende til et nuanceret helhedsbillede af indvandrere og sundhed. (*ibid. s.14*) Løbende gennem årene har flere indvandrere været tilknyttet sundhedsvæsenet, (bl.a. grundet en stigning i den ældre generation) og dertil medvirket til en nytænkning af sundhedssektoren og dets sociale arbejde med målgruppen. (*ibid. s.16*)

I retningslinjerne for sundhedssektoren har fokus på minoritetsborgere været et omdiskuteret felt, da arbejdet med nogle etniske minoritetsborgere har givet udfordringer i form af misforståelser, sproglige barrierer, kulturelle forskelligheder, forståelser om sundhedssystemet og stigmatisering af etniske minoriteters egen rolle i samfundet. (*Sundhedsstyrelsen 2010 s.22*) I sundhedsloven er sundhedsvæsenet forpligtet til, at alle borgere sikres samme adgang til behandling og vejledning. For at dette skal lykkes er det nødvendigt, at forstå de kulturelle forskelle der kan opstå mellem aktørerne, samt skabe en tydeligere forståelse af sundhedssektoren i mødet med etniske minoriteter (*ibid. s.3*) Kommunikation og forståelse mellem aktørerne er en afgørende forudsætning i det sociale arbejde med etniske minoritetsborgere for, at de kan begå sig i sundhedssektoren. (*Sundhedsstyrelsen 2010 s.23*) Baggrunden og kulturen er væsentlige faktorer i arbejdet med patienterne, da dette kan styrke samarbejdet mellem aktørerne. De udfordringer, der opleves i mødet, kan være sårbare for patienterne og give en magtfuld position for den sundhedsfaglige, da alt ansvar hviler på personalet. (*Baig, Kastrup & Rasmussen:2010 s.183*)

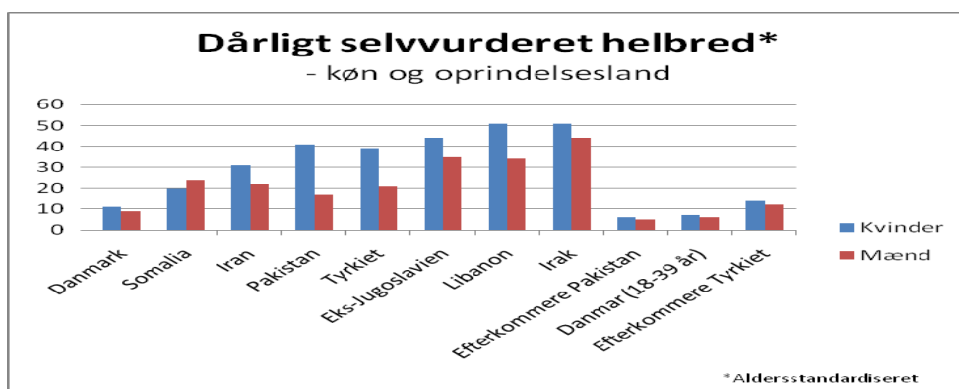
”For at sikre adgang til og kvalitet af mødet med det danske sundhedsvæsen blandt en mere etnisk forskellig befolkning, er der behov for en fortsat og udbygget indsats med både professionel, organisatorisk og politisk fokus med henblik på at sikre optimale rammer for disse møder samt de fornødne kompetencer blandt sundhedsprofessionelle i forskellige sektorer af sundhedsvæsenet”.
(*Sundhedsstyrelsen 2010 s.26*)

I mødet mellem sundhedsvæsenet og etniske minoritetskvinder, har jeg i forskellige bøger, artikler, undersøgelser, samt i en podcast af Geetisk råd (fra 12 september 2017, hvor hun interviewer Ozlem Cekic og en sygeplejerske), og i bogen af (*Baig, Kastrup & Rasmussen Tro, omsorg og interkultur 2010*), læst og hørt om den form for kultur frygt som opleves fra sundhedspersonalet i

forhold til mødet med det ukendte. Denne forskrækkelse kan give yderligere udfordringer i kulturmødet, da den enkeltes forforståelse, som er claimet fra omverdenen, påvirker samarbejdet mellem feltets aktører. Eksempelvis ved at sundhedspersonalet, *”tillægger kulturen en central betydning, og tolker derved adfærden udelukkende ud fra denne. Og når personalet ikke ønsker at have noget med denne type patienter at gøre.”* (Baig, Kastrup & Rasmussen 2010 s.185) I disse omstændigheder risikeres der, at etniske minoriteter tabes på gulvet, og derved ikke modtager den nødvendige hjælp som er betydningsfuld for patientens helbredssituation.

Med tiden har flere etniske minoriteter haft et ringere udgangspunkt i forhold til benyttelsen af sundhedsvæsenet. *”Manglende kendskab til sundhedssystemet, problemer med at finde rundt og utilstrækkelige sprogkunderskaber har bevirket at de ikke får fuldt udbytte af den råd og vejledning om sundhed eller i værste tilfælde udelukkes fra tilbud på grund af manglende sprogkunderskaber”.* (Sundhedsstyrelsen 2010 s.14)

På Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) på Hvidovre Hospital viser tallene at størsteparten af patienterne er kvinder med anden etnisk baggrund. De udgør ca. 80 % af den samlede patientgruppe som henvises til IMK, og er samtidig den målgruppe med dårligst selvvurderet helbred i forhold til køn og oprindelsesland (Se nedenfor diagram fra Sundhedsstyrelsen). Disse tal har medvirket til specialets afgrænsning af målgruppe, da kvindernes problemstillinger er en sammenblanding af sociale og helbredsmæssige udfordringer. Udfordringerne med etniske minoritetskvinder i sundhedsvæsenet, samt den brede politiske debat om brugen af sundhedsvæsenet, har givet anledning til specialets undersøgelsesgenstand. Undersøgelsens fokus er fagpersonernes fortolkninger af de udfordringer, der opleves i mødet med etniske minoritetskvinder, samt den metodiske form som IMK benytter i håndteringen af de udfordringer, der opleves i det sociale arbejde med kvinderne.



”Den etniske sundhedsprofil bygger på resultaterne fra en spørgeskemaundersøgelse blandt indvandrere fra Eksjugoslavien, Irak, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia, og Tyrkiet samt efterkommere fra Pakistan og Tyrkiet. Samt en gruppe etniske danskere i alderen 18-66 år. Bruttostikprøven udgjorde 11.450 personer, i alderen 18-66 år.” (Sundhedsstyrelsen 2010 s.9-10)

Med udgangspunkt i problemfeltet er specialets undersøgelsesfokus de udfordringer, der opleves af sundhedspersonalet på IMK i mødet med etniske minoritetskvinder, og en forståelse af de metoder der benyttes i relationsarbejdet

SPECIALETS RELEVANS FOR DET SOCIALE ARBEJDE

Indvandrermedicinsk Klinik er oprettet med en tværfaglig indsats, hvor der er en bred vifte af faggrupper; såsom læger, sygeplejersker, farmaceuter, mentorer og socialrådgivere. Dette skal medvirke til en helhedsorienteret indsats i afklaringen af patientens sociale og helbredsmæssige kompleksiteter. I specialet anses det sociale arbejde som værende i forståelsen af, hvad ulighed i sundhed kan medføre af komplikationer for kvinderne i samfunds og individuelt regi. Sundhed er en væsentlig faktor, i styrkelsen af kvindernes muligheder for en tilbagevenden på arbejdsmarkedet.

Derudover kan ulighed i sundhed påvirke de socioøkonomiske problematikker i en grad, hvor der er risici for større skillelinjer i samfundets sociale lag. Desuden anses specialet relevant, i forhold til diskussionen om kvindernes langvarige sygedomsforløb, da det kan risikere, at koste samfundet dyrt, hvis ikke man afklarer kvindernes helbredsmæssige situation i tide. Yderligere er ulighed i sundhed essentiel i det sociale arbejde, da integrationen af etniske minoritetskvinder risikeres, hvis ikke der skabes lighed i sundhed. Da etniske minoritetskvinder bliver stemplet eller udstødt af sundhedsvæsenet, på baggrund af kultur eller sprogbarriere.

De retslige lovændringer, er yderligere faktorer som er relevante for det sociale arbejde, da etniske minoriteters forskelsbehandling af samfundet, kan medvirke til yderligere parallelsamfund og fattigdom. Da der forskelsbehandles i borgerens rettigheder med en egenbetaling. Desuden er specialet relevant i forhold til det sociale arbejde, da undersøgelsen ser på de udfordringer som forekommer i arbejdet med de udsatte kvinder, og hvilken sammenhæng det helbredsmæssige har på det sociale område.

PROBLEMFORMULERING

Specialet formes ud fra et overordnet problemformulerings spørgsmål og tre arbejdsspørgsmål. Underspørgsmålene skal give anledning til analysen og diskussionen om de udfordringer sundhedspersonalet oplever i arbejdet med etniske minoritetskvinder, samt de relationskabende og anerkendende metodiske tilgange, der er medvirkende til styrkelsen af det gode sociale arbejde. Afslutningsvis diskuteres de udfordringer egenbetaling på tolke kan medføre.

HVILKEN UDFORDRINGER OPLEVER SUNDHEDSPERSONALET PÅ
INDVANDRERMEDICINSK KLINIK I MØDET MED ETNISKE MINORITETSKVINDER?

ARBEJDSSPØRGSMÅL

1. *Hvordan oplever personalet at kultur- og sprogbarrierer i sundhedsvæsenet kan skabe problematikker for etniske minoritetskvinder?*
2. *Hvilke metodiske tilgange vægtlægger personalet i relationskabelsen og anerkendelsen af kvinderne i mødet?*
3. *Hvilke udfordringer kan brugerbetaling på tolkebistand skabe?*

PRÆSENTATION AF INDVANDRERMEDICINSK KLINIK

På baggrund af interviewet med Morten Sodemann, en pjece fra Indvandre medicinsk Klinik (IMK) ved Hvidovre Hospital og Hvidovre Hospitals egen hjemmeside, beskrives klinikkens organisation og de tiltag, som er bærene i den helhedsorienterede indsats for de etniske minoriteter. Derudover beskrives IMK ved Odense Universitetshospital ud fra den sekundære empiri fra rapporter af sundhedsstyrelsen og MTV, da den sekundære empiri ikke er tilstrækkelig fra IMK Hvidovre.

Baggrunden for oprettelsen af Indvandremedicinsk Klinik, har været at målrette et specialtilbud for indvandrere og efterkommere, som har haft vanskeligheder i kommunikationen og forståelsen af sundhedsvæsnets behandling og rehabilitering.

En tværfaglig indsats mellem flere faggrupper er vigtigt i arbejdet med indvandrere tilknyttet sundhedssystemet, da målgruppens problemstillinger ofte er en sammenblanding af helbred og sociale forhold. Hovedformålet med den tværgående indsats er, at styrke kommunikationen og samarbejdet på tværs af faggrupperne. (MTV-rapport 2014 s.29-30)

Udover sprogbarrierer, socioøkonomiske og manglende kendskab til sundhedssystemet, er der andre uligheder, der er dokumenteret i adgangen til sundhedsvæsnets, som er begrænsende for etniske minoriteter. *"Eksempelvis bliver udredningsforløb stoppet, symptomer overses eller fejlfortolkes og nødvendig behandling startes ikke eller afbrydes før tid."* (MTV-rapport 2014 s.30) Disse problemstillinger fremkommer af sprogvanskeligheder og kultursammenstød i mødet. Morten Sodemann fortæller om de faktorer, som medvirkede til hans initiativ om at etablere klinikken.

"Jeg er infektionsmediciner og dér ser vi mange patienter med anden etnisk herkomst der har uforklarede symptomer..., men ofte ender vi med at finde ud af, at det var det så ikke, ... Så vi har ofte den problemstilling, at vi får patienter, som i den her patientgruppe ikke rigtig har fået en diagnose og der er heller ikke rigtig nogen der ved, hvordan de skal komme videre. Og efterhånden så har jeg været i Aarhus, i København og i Odense, og så det samme mønster alle steder og tænkte, at det her må vi kunne kigge lidt mere systematisk på." (Sodemann, interview)

I Morten Sodemanns fremstilling om faktorerne for oprettelsen af klinikken, anses hovedproblematikken bundet op på fejlkommunikation og misligholdt behandling. Antagelsen forstås ud fra Mortens Sodemanns kommentar om fejldiagnoser og mangel på behandlingstilbud, da patienterne ikke modtager rette helhedsorienterede undersøgelser. Desuden angiver Morten Sodemann, at manglen på diagnoser og behandlingsforslag har medvirket til hans underen over de uforklarlige symptomer patienterne medbringer. Problematikken i at kvinderne sendes rundt i systemet, uden en færdigvurderet afklaring, er at patienten i værste tilfælde udstødes på baggrund af fejl og manglende systematiske retningslinjer i arbejdet. Mangel på tid og ressourcer

er yderligere problematikker som påvirker det helhedsorienterede indblik i patientens sociale og helbredsproblematikker. I sundhedsstyrelsens undersøgelse (fra 2010) oplyses der om sværhedsgraden og udfordringerne i arbejdet med målgruppen.

”Selvom etniske minoriteter talmæssigt kun udgør en mindre del af det samlede antal patienter i det danske sundhedsvæsen, oplever ansatte inden for sundhedsvæsenet ofte etniske minoriteter som en særlig udfordrende patientgruppe. Dette skyldes en bred vifte af faktorer såsom kulturbestemte sygdomsmønstre, forskellige sygdomsopfattelser samt de sproglige og kulturelle barrierer, der opstår i mødet mellem sundhedspersonalet og patienten med anden etnisk baggrund.” (Sundhedsstyrelsen 2010 s. 3)

Udfordringerne sundhedsvæsenet oplever kan skabe yderligere faktorer, som har medvirket til oprettelsen af et specialtilbud der fokuserer helhedsorienteret og systematisk i forhold til behandling og afklaring af målgruppen. I opstartsfasen valgte Morten Sodemann, at forhøre de praktiserende læger om at viderehenvise patienter med komplekse sociale og helbredsmæssige begrænsninger.

”Jeg etableret et ambulatorium, hvor det primære var at prøve at kigge på nogen af de mest komplekse patienter... Så dét er ikke bare fordi man hedder Ahmed og har sukkersyge, det skal være noget rod og alle skal have givet op, og Ahmed kan heller ikke finde ud af det, og sygehusene kan heller ikke finde ud af det. Der hvor alle andre giver op, kan vi give det en tur mere, for at se om der er noget der er misforstået eller overset, og det er der tit.” (Sodemann, interview)

I citatet fortæller Morten Sodemann at klinikken er et specialtilbud for etniske minoritetspatienter, som ikke er afklaret eller afsluttet, og hvor uvidenheden om behandlingsforslag samt diagnose er tvivlsom. Da hverken patient eller sygehus har en ide om, hvilke relevante behandlingstilbud er gavnlige. Problematikken kan være medført af misforstået kommunikation og frygt for at træde forkert i forhold til patienternes oprindelseskultur. Det tværfaglige samarbejde er en essentiel del i klinikkens organisatoriske sammensætning. Personalet er sammensat af forskellige faggrupper indenfor det sociale og sundhedsmæssige felt,

da tankesættet er, at flerfaglighed skaber en styrket indsats på området. Desuden giver det tætte samarbejde mellem aktørerne en positiv indvirkning i relationen på tværs af faggrupperne, samt bidrager til en fælles målsætning om en helhedsorienteret indsats af patienterne.

(Sundhedsstyrelsen 2010 s.19) Den tværfaglige indsats bidrager til et forbedret helhedsbillede af patienten, da *"højt informationsniveau, tæt kommunikation og koordinering sikrer overblik og helhedssyn og dermed kvalitet i arbejdet."* *(Ibid. s.19)* Konceptet med den tværfaglige opsætning er, at give patienterne en bredere og hurtigere afklaring i forhold til behandling og sociale anliggender. I interviewet med Morten Sodemann fortæller han om indsatsen:

"Her er man nødt til at have alle muligheder, og det betyder at man også er nødt til at have en socialrådgiver, fordi der nogen gange er noget kommunerne har misforstået eller der er noget dyssynergi mellem det der foregår på sygehusene og det der foregår i kommunen, og dér kan en socialrådgiver meget lettere tale dét sprog, hvor man får tingene tilbage på banen igen, og vi har rigtig mange netværksmøder med kommunen og med andre afdelinger hvor vi skal tale et fælles sprog og have nogle fælles retningslinjer... for hvad der skal ske med den her konkrete patient."

(Sodemann, interview)

I Sodemanns beskrivelse af tværfagligheden, fortæller han om betydningen af kommunikationen på tværs af faggrupperne, at denne medvirker til at styrke patientens afklaring, da kontakten mellem de professionelle er lettilgængelig i klinikken. Sodemann fortæller endvidere om de mangler sundhedsvæsnets har i forhold til den tværfaglige indsats.

"Det er jo en uddøende race i sundhedsvæsnets. Og problemet er jo, at med tiltagende specialisering i sundhedsvæsnets skaber man flere og flere komplekse patienter, fordi der ikke er nogen afdelinger der kan tage sig af det hele. De kan tage sig af enten nyrerne eller lungerne, men ikke begge dele. Det skaber altså noget sårbarhed." *(Sodemann, interview)*

Ifølge Sodemann fremhæver sundhedsvæsnets alt for ofte problematikker ved ikke at have flere faggrupper tilknyttet hospitalernes afdelinger, da dette kan medføre til en miskreditering af patienterne og til forglemmelse af helhedssynet.

(IMK) ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL

Indvandremedicinsk klinik (IMK) blev første gang etableret på Odense Universitetshospital i maj 2008. Baggrunden for etableringen af IMK *”var en stigende erkendelse i infektionsmedicinsk regi af, at der eksisterer en målgruppe af patienter med anden etnisk baggrund, som ikke har adgang til forebyggelse, behandling og rehabilitering på ensartet høje niveau som etnisk danske patienter”*. Sundhedsstyrelsen 2010 s.48) Efter flere positive resultater af IMK på Odense Universitetshospital, påbegyndte oprettelsen af en ny Indvandremedicinsk Klinik i hovedstadsområdet, som blev etableret i april 2013. Klinikken er en selvstændig enhed under Infektionsmedicinsk Afdeling på Hvidovre Hospital.

MÅLGRUPPE

Patientgruppen som henvises til IMK er en sammenblanding af nytilkomne flygtninge, og indvandrere, der har opholdt sig i Danmark i en årrække, som har flere forskellige udfordringer i forhold til sundhedsvæsenet, og kan ved henvisningen karakteriseres som:

- *Uklare sygdomsbilleder og ofte multisygdom (fx Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD), tortur- og krigstraumer, diabetes, anæmi, D-vitaminmangel, tuberkulose osv.)*
- *Frygt og angst samt mistillid til sundhedsvæsenet*
- *Svære sammensatte problemer med compliance og nedsat evne til egenomsorg*
- *Svigtende hukommelse og koncentrationsbesvær*
- *Sociale og/eller økonomiske problemer*
- *Rodløshed, usikkert opholdsgrundlag og meningsløshed*

(MTV-Rapport 2014 s.10)

(IMK) HVIDOVRE HOSPITAL

Baggrunden for IMK er at behandle og sammensætte et forløb for indvandrere, som er fastlåst i systemet og har været kastet rundt til forskellige behandlingstiltag, uden en faktisk afklaring af egen helbredssituation. (Sundhedsstyrelsen 2010 s.48-49)

”Klinikken består af behandling af undersøgelser, rådgivning og vejledning i forhold til sygdom, sundhed og sociale problemstillinger”. (Pjece IMK) I forløbet på IMK arbejdes der henimod en afklaring af patientens sygdom og viden om hvordan patienten bedst håndterer sin situation. På Indvandremedicinsk Klinik er der tilknyttet læger, sygeplejersker, socialrådgiver, farmaceut og mentorer.

Henvisekriterierne for et forløb ved IMK er patienter med komplicerede helbredsproblemer, som egen læge, praktiserende speciallæge eller hospitalsafdelingen ikke har kunne diagnosticere og hvor der ikke er mistanke om et konkret sygdomsbillede. Ligeledes skal der foreligge en begrundelse for, hvorfor disse problemstillinger ikke kan behandles i de forskellige instanser.

Patienter som henvises til IMK er indvandrere, som har haft ophold i Danmark i en årrække, samt nyankomne flygtninge, der skal have fortaget en general helbredsundersøgelse.

Det første møde på IMK afholdes mellem patienten og sygeplejersken. I samtalen med sygeplejersken tales der om, hvilke udfordringer sygdomme og kontakten til sundhedsvæsenet kan medføre, samt tales om støtte til patienten omkring egne sundhedsvaner, der kan være væsentlige at ændre. Eksempelvis vaner omkring søvn, kost, motion og sociale kontekster. Efterfølgende tages der en blodprøve og en urinprøve, som medvirker i afklaringen af helbredet og behandlingstiltaget. (*ibid.*) Derefter skal patienten til en konsultation hos lægen. Ved konsultationen er lægens primære opgave at informere og spørge ind til patientens livssituation og helbredsmæssige problemstillinger. Desuden undersøger lægen patienten for at finde ud af, hvilken behandling eller tiltag der skal fortages i afklaringen. (Pjece IMK)

Resten af forløbet ved indvandremedicinsk klinik er en sammenblanding af forskellige tiltag i forhold til patientens behov. Der bliver sammensat et forløb på IMK, hvor andre faggrupper kan medvirke i afklaringen. Eksempelvis kan både en socialrådgiver eller farmaceut assistere i patientens sag.

Socialrådgiverens rolle er patientens forbindelse til kommunen, f.eks. når der er brug for råd og vejledning, eller konkret handling i de sociale problemstillinger der kan opstå sammen med sygdomsforløbet. Desuden hjælper socialrådgiveren med økonomiske problematikker i form af enkelt ydelses ansøgninger eller boligsituation. Socialrådgiveren er bindeledet mellem sundhedsvæsenet og det kommunale regi. Farmaceuten vejleder patienten om medicinen de modtager, samt undersøger om patienten køber og tager den rette medicin som de er tildelt.

Derudover oplyser farmaceuten patienten om risikofaren i medicinen som evt. er købt i hjemlandet, og om nødvendigheden i kosttilskud. Farmaceutens rolle er den kontrollerende og vejledende i kontakten med patienten. *(Pjece IMK)*

Desuden er der tilknyttet et tosproget PEER-mentor forløb, der kan hjælpe patienten yderligere. Det kan eksempelvis være at vise et sundhedstilbud i den kommune patienten er tilknyttet eller at støtte patienten i andet, der har med sundhed og trivsel at gøre. PEER-mentoren vil have ensartet baggrund og tale samme sprog som patienten. Dette for at medgive ensartet sproglig og kulturel forståelse mellem hinanden.

PRÆSENTATION AF INFORMANTER

I udvælgelsen af informanterne er udgangspunktet taget ud fra de professionelle som arbejder på området, da deres erfaringer og oplevelser ønskes viderefremmet i undersøgelsen. Baggrunden for det specifikke valg af informanter er deres brede erfaring med patientgruppen, samt en tværfaglig forståelse af de professionelles oplevelser, da mit hovedfokus er personalets oplevelser af udfordringerne i mødet med etniske minoritetskvinder. Dette medfører en ekspertformel på besvarelserne, da personalets erfaringer og erindringer bibringer en styrkende effekt på forståelsen af det arbejde, som foretages med patienterne. *(Kvale & Brinkmann 2009 s. 167)*

Morten Sodemann er speciallægens primære ekspert på området, og skal medvirke til den overordnede forståelse af udfordringerne. Derudover er de andre fagprofessionelle væsentlige informanter som skal videregive deres fortolkninger og egne synspunkter, samt bidrage positivt til den kommunikative indsigt i deres arbejde.

Informanterne som medvirker er; Morten Sodemann professor og infektionsmediciner ved Odense Universitetshospital og IMK Odense. En socialrådgiver fra IMK Odense, samt to sygeplejersker og en farmaceut fra IMK Hvidovre.

Igennem speciallægen er samtlige informanter anonymiseret undtagen Morten Sodemann, da han er ekspert og fortæller på området. Sygeplejerskerne er tildelt fiktive navne, da de har samme uddannelsesbaggrund, og citeres individuelt i undersøgelsen.

Morten Sodemann er infektionsmediciner og underviser ved Odense Universitetshospital. Derudover er han en af de personer bag opstarten af Indvandrermedicinsk Klinik i Odense. Morten Sodemann har bidraget til mange forskellige artikler, samt skrevet rapporter og undersøgelser om udlændingeområdet og sundhedssektoren.

Socialrådgiveren på IMK Odense har arbejdet to år i klinikken, og har rollen som den socialfaglige person. Hun skal medvirke til den tværfagligindsats mellem IMK og kommunerne, og deltager i patienternes møder på kommunen.

Line har arbejdet indenfor det infektionsmedicinske speciale med sårebare patienter. Hun har arbejdet med en bred målgruppe, fra unge til ældrepersoner og folk fra forskellige befolkningsgrupper, inkl. indvandrere.

Nanna har været uddannet sygeplejerske i mange år, og har arbejdet som sygeplejerske og underviser indenfor forskellige områder. I de sidste 25 år har hun haft særlig fokus på området med etniske patienter. Udover at være sygeplejerske har hun en master i International Sundhed og en bachelor i Minoritetsstudier.

Farmaceuten har været ansat siden opstart af IMK Hvidovre i 2013. Hun har erfaring fra frivillig arbejde med udsatte kvinder og forældreløse børn. Farmaceutens rolle er at give råd og vejledning i forhold til medicinen, samt hjælpe patienterne til en bredere forståelse af medicinen og dets bivirkninger. Derudover spørger hun ind til medicinen, og dennes virkning for patienten.

Første interview med Line varede ca. 38 min, anden interview med Morten Sodeman var på 25 min, mit tredje med farmaceuten varede 15 min, fjerde interview med Nanna var 43 min og sidste med socialrådgiver var på 32 min.

VIDENSKABSTEORI

I det følgende afsnit redegøres den videnskabsteoretiske metode, som benyttes i de kvalitative interviews, samt specialets tilgang til analysen, diskussionen og konklusionen. Yderligere beskrives tilgangen, der benyttes i undersøgelsen af de sundhedsfagliges udsagn og oplevelser.

FORFORSTÅELSE OG VIDEN I FORSKNINGEN

Forforståelse præges af de virkelighedsoplevelser og tolkninger der erhverves af det givne område, menneske eller teori. (Thuren 2013 s.66) Baggrunden for specialets undersøgelse er de bagvedliggende mekanismer, som er skabt af den forforståelse om etniske minoriteter og den misforståelse der kan forekomme i det danske sundhedsvæsen. Hypotesen har medvirket til undersøgelsens nysgerrighed om viden på områdets problemstillinger. I empiriindsamlingen af

forståelsen om de udfordringer personalet i Indvandrermedicinsk Klinik oplever i mødet, er det nødvendigt at få kendskab og viden om sundhedsområdets organisation, og kommunikere med de medarbejdere der til dagligt arbejder med målgruppen. (Thuren 2013 s.69) Dette bevirker til en indgående viden om feltet og dets aktøres handlen overfor hinanden. Den modtagne viden vil aldrig fremkomme fuldstændig, men vil omvendt styrke specialets validitet.

"Forforståelser er præget af måden mennesker oplever virkeligheden på. Det er i dagligdagen og videnskaben. Ofte er forforståelser ubevidst. Man socialisere sig ind i bestemte måder at opfatte omverdenen på og det kan være mere eller mindre dækkende. Korrekt forforståelse kan kaldes forhåndsviden og fejlagtig forståelse kaldes fordom". (Thuren 2013 s.70)

HERMENEUTIKS TOLKNINGSMETODE

Den hermeneutiske fortolkningsmetode er, at forstå den indsamlede viden, som observeres og erhverves fra de iagttagede personer og begivenheder. *"Hermeneutikken tager udgangspunkt i en vigtig erkendelseskilde udover de fem sanser og den logiske analyse, nemlig indfølingen eller empatien". (Thuren 2013 s.106)* Det at sætte sig ind i andres følelser og handlinger er hermeneutikkens essens, da mennesker skaber empati og forståelse med andre ud fra selverkendelsen. Hermeneutikken skal medvirke til en forståelse af meningen med de handlinger og erindringer som personalet oplever i mødet. (Juul & Pedersen 2012 s.404) Forforståelsen og egne erindringer om indvandrerkvinder, og det sundhedssyn de har, er medvirkende til den hermeneutiske fortolkningsmetode, som i specialet anvendes til at forstå og fortolke de udfordringer, der kan forekomme i mødet mellem indvandrerkvinderne og det sundhedsfaglige personale. (Thuren 2013 s.109) Forudgående forforståelse kan ikke anses som værende korrekte eller falske, da tolkninger og livserindringer kan være forskellig fra person til person. (ibid.) Desuden skal den hermeneutiske tilgang medvirke til en forståelse af de sundhedsfagliges metoder i relationskabelsen i det sociale arbejde, samt de handlingsmodeller som anvendes overfor etniske minoritetskvinder. Den hermeneutiske metode skal bibringe en forståelse af organisationens opbygning og sammensætning af tværfaglighed.

I empiriindsamlingen er det metodehermeneutikken som er medvirkende til min veksling mellem en helheds og del forståelse af informanternes egne fortolknninger og oplevelser. (Juul & Pedersen 2012 s.111) Dette skal give anledning til en *"fortolkende forståelse af sociale fænomener."* (Juul & Pedersen 2012 s.404)

Før påbegyndelsen af specialet har min helhedsopfattelse været, at kvinderne blev udstødt og stemplet på baggrund af etnicitet. Denne forforståelse har medvirket til min dybdegående søgen om helhedsforståelsen af personalets oplevelser af udfordringerne i mødet. Forforståelsen bidrager til metodehermeneutikkens veksling, da min egen fordom undersøges yderligere, ved hjælp af min dataindsamling og sekundær empiri. (Juul & Pedersen 2012 s.111)

I specialet er den hermeneutiske cirkel medvirkende til fortolkningen af enkelte dele i empirien. Sammensætningen af teori og empiri skal skabe en fornyet helhedsforståelse af det undersøgte og derved fremkomme en ændret helhedsopfattelse. Det er sammenhængen og vekselvirkningen mellem dele og helheden i det undersøgte, som er meningsdannende i den hermeneutiske cirkel. (ibid.) Og som medvirker til min helhedsforståelse af det undersøgte. Desuden er mine "fordomme i sammenspillet med det undersøgte medvirkende til en horisontsammensmeltning." (Juul & Pedersen 2012 s.133)

I den hermeneutiske tolkningsmetode er der aldrig en "sikker eller objektiv viden" (Ibid. s.145). Da forståelsen skabes gennem cirkelstrukturen mellem empiri, min fordomme og det materiale som indhentes.

Den epistemologiske erkendelse i specialet er, "antagelsen om at alt erkendelse fremkommer af den veksling mellem del og helhedsforståelsen af det undersøgte som søges fortolket." (Juul & Pedersen 2012 s.110-111)

METODE

I følgende afsnit redegøres metodevalget i de kvalitative interviews, samt den specifikke udvælgelse af informanter. Derudover reflekteres der om fordele og ulemper, som undersøgelsens empiriindsamling har medvirket til. Afslutningsvis diskuteres de etiske dilemmaer en kvalitativ undersøgelse kan generere.

DE SYV FASER I ET FORSKNINGSINTERVIEW

Alt forberedelse før et interview er relevant, da det medvirker til en højere kvalitet af den indsamlede viden, og efterbehandlingen af interviewet forenkles. (Kvale & Brinkmann 2009:119)

De syv faser er medvirkende til en struktur gennem interviewforskningen. Faserne bidrager til specialets systematiske tilgang til interviewguiden, samt metoden hvorpå undersøgelsens problemformulering bliver besvaret. De syv faser er: *tematisering, design, interview, transskription, analyse, verifikation og rapportering. (Kvale & Brinkmann 2009:122-123)*

Tematisering I opstartsfasen har jeg tilegnet mig ny viden fra den sekundære empiri, samt egne forståelser i forhold til de problematikker, som kan opstå på området. Dette har bevirket til, at jeg har taget fat i IMK, da jeg vil have en bredere forståelse omkring hvilke udfordringerne de møder. (*ibid.:122*) I min kontakt til IMK, har jeg oplyst om undersøgelsesfeltet og nysgerrigheden på udfordringerne personalet oplever. Derudover har jeg tilsendt min problemformulering til informanterne på forhånd. Da jeg ville skabe åbenhed og afklaring om specialets undersøgelsesgenstand.

Design Ud fra designet er valget af informanter udpejet ud fra deres ekspertviden og brede erfaringer på området, (*ibid.:129-131*) da min dataindsamling skal fremhæve personalets direkte oplevelser af barriererne. Derudover er udvælgelsen af informanterne i undersøgelsen, de medarbejder som har direkte tilknyttet til patienterne i klinikken.

Interview Før interviewene har jeg forberedt en interviewguide som er tilsendt informanterne på forhånd. I gennemførelsen af interviewet, er den sammensatte interviewguide opsat ud fra arbejdsspørgsmålene. Eliteinterviewpersonen, som er ekspert på området, er medvirkende til forståelsen af de udfordringer personalet oplever i mødet. Min interviewform er det kvalitative interview, i en sammenblanding af personlig og telefonisk kontakt. Derudover er det en semistruktureret formel som jeg benytter i interviewtidspunktet, da jeg vil bestyrke åbenheden og frirummet i interviewene, som derpå skaber en tilkendegivelse af nye reflekterede spørgsmål. (*ibid.:151*)

Transskription På interviewtidspunktet er optagelsen foretaget med telefon og en mikrofon App (diktafon) på computeren. Mit valg af transskriptions metode er talesprogsstil, da formuleringerne fra interviewpersonerne bliver tilrettet til en læsevenlig udgave. Derudover bliver "*pauser, betoning og følelsesudtryk som latter ikke transskriberet*", samt fyldord som "*øh*" eller "*hmm*", da udtrykkene ikke er relevante i oversættelsen. (*ibid.:202-203*) Beslutningen om den rette metode er væsentlig, da analysen af det udarbejdede letter det efterfølgende arbejde. I mit valg af

metode anses det som vigtigt, at informanternes direkte oplevelser bliver oversat, da det medgiver en stærkere ægthed i transskriptionen.

Analyse Med henblik på at belyse og identificere de fortolkninger, som skal benyttes i specialet, er udvælgelsen af kodningen kategoriseringer, som kan synligøre og simplificere tekstforståelsen. I interviewet er det den hermeneutiske meningsfortolkning som er styrende i forskningsinterviewene, da undersøgelsens viden fremkommer fra personalets egne fortolkninger. (*Ibid.:223-235*)

I **verifikationen** er det validiteten og reliabiliteten som er i fokus. Anskuelsen er at det undersøgte er sandheden i egen forstand, eller om det undersøgte ikke er brugbart i forhold til en direkte analyse af validiteten. *"Reliabilitet vedrører troværdigheden af forskningsresultatet og om forskningen kan foretages af andre."* Forståelsen skal medvirke til at informanterne udgiver forskelligartede svar, og dermed påvirker den indsamlede empiriske troværdighed. *"Validiteten refererer til sandheden og styrkelsen af et udsagn."* At det undersøgte er tilkendegivet og undersøgt. (*Kvale & Brinkmann 2009:270-273*) I specialet har jeg benyttet sekundær empiri, i styrkelsen af validiteten og reliabiliteten. Da undersøgelsens dataindsamling ikke er tilstrækkeligt i forhold til validiteten, på baggrund af fem interviews.

Rapportering Min beslutning i rapportering har været, at samtlige informanter har modtaget interviewguiden og en kort præsentation af undersøgelsens hovedfokus. Dette er på baggrund af vigtigheden i de etiske overvejelser om benyttelsen af interviewene, og at specialet ikke skal tilsidesætte eller omformulere informanternes virke i undersøgelsen. Da forfatterens skrivemåde kan påvirke undersøgelsens etos. (*Ibid.:293*) Desuden skal specialet være åbent og tilgængelig for alle parter.

DET KVALITATIVE INTERVIEW

I dataindsamlingen er det primære formål at få kontakt til sundhedspersonalet på IMK.

Begrundelsen for valget, er forståelsen af de udfordringer personalet kan opleve i mødet, samt de relationsskabende metoder, som er bærrerne i kontakten med kvinderne.

I specialets udvælgelse af informanter er det centrale, at det er medarbejderne med den direkte kontakt til patienterne, som medvirker til den primære dataindsamling. I det personalet anses som eksperter på området, der kan frembringe en bestyrket gennemslagskraft i besvarelsen af arbejdsspørgsmålene. På baggrund af dette er informanterne nøje udvalgt ud fra

stillingsbetegnelse og rolle i klinikken. Beslutningen er truffet ud fra undersøgelsens fokus, som er sundhedspersonalets egne fortolkninger. (Kvale & Brinkmann 2009:167)

"I et kvalitativt forskningsinterview produceres viden socialt i samspillet mellem interviewer og interviewperson" (Kvale & Brinkmann 2009:100) I empiriindsamlingen har fremgangsmåden været det semistrukturerede interview. Metoden har bidraget til diskussioner om væsentlige emner på feltet, samt givet anledning til yderligere refleksive spørgsmål. (Kvale & Brinkmann 2009:151)

I interviewene med informanterne var oplevelsen en dynamisk og åben diskussion mellem informant og interviewperson. Fremgangsmåden i møderne medvirkede til en åben dialog og bidrog til nye refleksioner i forhold til undersøgelsens primære fokus. De nytilkomne refleksioner gav anledning til nye for-forståelser og producerede ny viden om feltet. De forskellige emner der opstod i interviewene påvirkede samtaltens systematiske struktur og formede en positiv åbenhed, som gav informanterne yderligere mulighed for at udtrykke egne oplevelser. De kvalitative interviews med personalet medgav en afslappethed og informativ struktur hos informanterne. I den indhentede empiri er interviewene en sammenblanding af personlig og telefonisk kontakt, da informanterne er tilknyttet både Hvidovre og Odense Indvandrermedicinsk Klinik. På grund af den nærliggende kontakt til Hvidovre, blev valget om en telefonisk kontakt til Odense anvendt, da muligheden for at indhente yderligere informationer via telefon styrker undersøgelsens genstand. (Kvale & Brinkmann 2009:169) Den telefoniske kontakt medvirkede til fordele og ulemper i kommunikationen og kropssproget på interviewtidspunktet.

Fordelen ved telefonisk interview er, at jeg som interviewperson er mere systematiserede og fokuseret i de besvarelser informanten tilkendegiver. Derved medvirker interviewet til en præcisering af den indhentede empiri og styrkelse af relevant information. Derudover er interviewet foretaget i en større geografisk afstand, som endvidere bidrager til et bredere handlerum for interviewpersonen. **Ulemperne** i den benyttede metode er at kropssprog og kommunikation udebliver, da jeg ikke er tilstede i interviewtidspunktet. Dette kan påvirke interviewets efterbehandling i form af misforstået ordvalg/ordstillinger og bidrage til en mindre semistruktureret formel i databehandlingen. Problematikkerne kan påvirke svarene i interviewguiden og derved give en anderledes besvarelse fra informanterne. (*Ibid.*:169) Ved den personlige kontaktform er **fordelen**, at kropssprog og kommunikationen mellem informant og interviewperson gør en positiv relationel indvirke i samtalen. Jeg oplevede en god kontaktform og

åbenhed i kropssproget, som føltes bestyrkende i det personlige samspil med informanterne. Metoden påvirkede kvaliteten i interviewet, da den kommunikative del er betydelig i kontakten. (Kvale & Brinkmann 2009 s.100) **Ulempen** i den personlig kontakt er, at magtrelationen mellem interviewer og interviewperson kan påvirke svarene i en grad, hvorpå interviewpersonen medgiver en stor "åbenhed og intimitet" i samtalen, som kan medføre informanten i ulejlighed. (ibid.:92) Forud for indsamlingen af data er mit valg af videnskabsteoretiske vinkel, den hermeneutiske. Denne tilgangsvinkel skal bidrage til en forståelse af personalets egne fortolkninger af problematikkerne og de metodiske retningsformer, de benytter i mødet. Ud fra personalets fortolkninger vil empirien bestyrke genstandskraften om samtaleteknikken og udfordringerne. Yderligere vil den sekundære empiri fra to rapporter af henholdsvis Sundhedsstyrelsen og MTV i Odense understøtte validiteten i den samlede forståelsesramme i mødet med kvinderne. Før specialestart har en nødvendighed refleksion været; hvordan jeg skaber den gode kontakt til feltet, da den gerne skulle bidrage til et positivt kommunikativt samarbejde mellem feltet og mig. (Kristiansen & Krogstrup 1999 s.138-140) På baggrund af min direkte tilknytning til Indvandrermedicinsk Klinik er valget af aktører, som medvirker i undersøgelsen, min egen arbejdsplads. Den direkte tilknytning til arbejdspladsen er "nøglen" ind til klinikken. Dette har været den adgangsgivende form til feltet og medvirket til, at jeg i første omgang har haft en nem adgang til informanterne. Min tilknytning til arbejdspladsen har været en **fordel**, da den har givet plads til den nøje udvælgelse af de medvirkende informanter. En yderligere fordel ved at undersøge egen arbejdsplads er muligheden for at spørge mere dybdegående og direkte ind om forhold til de udfordringer personalet oplever i arbejdet, da jeg genkender problemstillingerne, og kan være mere målrettet i svarmulighederne jeg eftersøger. (Nielsen 1993 s.25) Desuden er min fordel, at jeg har kendskab til organisationen og deraf har nemmere adgang til de væsentlige informationer om klinikken og historikken, dette medgiver en hurtigere tilgængelighed i undersøgelsens startfase. (ibid. s.26) **Ulemperne** ved at undersøge egen arbejdsplads er, at jeg, som medarbejder, risikerer at være for tæt på de problemstillinger som undersøges. Dette kan medføre delvis blindsyn på problematikker, da mine egne forforståelser bliver styrende i interviewtidspunktet. (ibid. s. 26) Derudover kan nævnes risikoen for "lip service", "hvor informanten svare det de tænker jeg vil høre", (ibid. s.26) da vi har en relation til hinanden. Dette kan skabe en diskrepans i svarene, da informanterne påvirkes af relationen. (ibid. s.27) Altså kan

ulemperne ved at undersøge egen organisation være, at man havner i et dilemma omkring sandheden. Forstået som; hvad kan man tillade sig at skrive, og hvordan vil det blive mødt af informanterne (kollegaerne) i organisationen? Refleksion over, hvor kritisk man kan tillade sig at være, er dermed særlig betydningsfuld i specialet, da det kan ske at påvirke det efterfølgende samarbejde. (Nielsen 1993 s.27)

Inden specialets opstart er min arbejdsplads blevet oplyst om undersøgelsen og dens genstandskraft. Desuden er mine kollegaer og leder velvidende i forhold til problemformulering. Ledelsen og kollegaerne på arbejdspladsen er væsentlige aktører i form af åbenhed og accepterende forståelse af specialets fokusområde, dette er en fordel i styrkelsen af mit speciale og dataindsamling. (Kristiansen & Krogstrup 1999 s.141-142) Derudover er fordelen ved at undersøge egen arbejdsplads, at tid og ressourcer ikke bliver en barriere i forhold til indsamling af empiri.

OPSÆTNING AF INTERVIEWGUIDE

Forud for interviewene har jeg udarbejdet en guide med tolv spørgsmål, der er stillet til samtlige informanter. (Interviewguiden er på forhånd tilsendt informanterne). Interviewguiden er formet ud fra emnet og undersøgelsens forskningsgenstand, der bibringer de nødvendige svar undersøgelsen eftersøger. Desuden er interviewguiden sammensat ud fra den tilegnede viden fra den sekundære empiri og ud fra egen hypotese om feltet. Guiden er opsat med spørgsmål der fokuserer på udfordringer og relationsskabelsen til patienterne, samt de stigmatiseringsprocesser der kan forekomme i og af sundhedsvæsenet. Opsætningen af spørgsmålene er systematiske med mulighed for at spørge uddybende ind til de enkelte emner, som opstår på samtale tidspunktet. (Kvale & Brinkmann 2009 s.151) Interviewguiden er et redskab der støtter min undersøgelse af feltets aktører og medvirker til den skematiske linje i interviewet. Interviewguiden er sammenfattet af emner, som i undersøgelsen efterspørges i forhold til problemfeltets hypotese. Emnerne i interviewguiden er tredelt: 1) Omhandler forståelsen af sundhedspersonalets oplevelser og for-forståelser i forhold til udfordringerne med patienterne, og de barrierer som forekommer i mødet. 2) Er en direkte forståelse af personalets metodiske arbejde og en refleksion over tiltagene. 3) Spørger ind til håndteringen af udfordringerne og hvilke indsatser, som ønskes styrket på feltet. Interviewguiden er medvirkende til et helhedsorienteret syn af personalets udfordringer og metodefokus.

Interviewguide:

- *Hvad baseres IMK på?*
- *Hvilke udfordringer oplever du i dit arbejde med indvandrerkvinder?*
- *Hvordan oplever du mødet mellem patient og professionel?*
- *Hvilken forforståelse kan forekomme i mødet mellem professionel og patient?*
- *Hvilken forforståelse møder i fra patienterne?*
- *Hvad kan det nye lovforslag om egenbetaling af tolkebistand, medvirke til af udfordringer?*
- *Hvordan oplever du den stigmatiseringsproces kvinderne stemples?*
- *Hvilke metoder benyttes i relationsskabelsen?*
- *Hvilke tanker/refleksioner har kvinderne ift. Egen helbredssituation?*
- *Hvordan kan indsatserne overfor indvandrerkvinder styrkes yderligere?*
- *Hvilke indsatser opleves som velfungerende, og hvad mangler der af indsatser i det sociale arbejde med indvandrerkvinder?*
- *Hvordan håndteres udfordringerne hos jer, i arbejdet med kvinderne?*

INTERVIEWSITUATIONEN

I opstarten af interviewene har jeg stillet rammerne op således, at de medgiver en skikkelse af rummelighed og åbenhed i samtalen. Dette for at give informanterne en afslappethed i interviewets opstart. Betydningen for de første minutter i et interview er væsentlige, da kontakten og kommunikationen efterfølgende medgiver en afslappet og positiv interviewform. I samtlige foretagne interviews er fremgangsmåden en kort introduktion af undersøgelsens formål og dets forskningsspørgsmål, da dette er kernen til en god refleksiv samtale. (Kvale & Brinkmann 2009 s.148-149)

Sideløbende i alle interviews er informanterne givet et frirum til at reflekterer over de oplevelser og fortællinger de har for, at skabe en åben dialog. Afslutningsvis i interviewene har jeg fortaget en *debriefing*, hvor vi i samarbejde har diskuteret yderligere om de nye tanker og refleksioner, der er tilstødt i interviewet. Interviewformen medvirkede samlet til yderligere forståelser af interviewpersonernes udfordringer og de metoder der benyttes i arbejdet med kvinderne. (*Ibid.*) I interviewtidspunktet var skabelsen af rummelige og åbne rammer en væsentlighed og alle personlige interviews er derfor afholdt i interviewpersonernes egne kontorer, da de gerne skulle føle sig mest mulig tilpas i egne rammer og have en oplevelse af styring i samtalen.

ETISKE OVERVEJELSER

Væsentligheden i de etiske overvejelser før og efter interviewet har været essentielle faktorer for informanternes egne betragtninger og den videnskabsteoretiske metode. Refleksionen over etikken i undersøgelsen, som tilkendegiver informanternes professionelle og personlige oplevelser, er betydningsfuld, da interviewpersonernes tolkninger bliver offentliggjort. (*Kvale & Brinkmann 2009 s.80*) I en undersøgelse er det relevant at fortroligheden og den informerede rollefordeling, i undersøgelsen, bliver synliggjort fra start. Synliggørelsen medvirker til den rette indfaldslinje, så informanten ikke føler sig usikker eller misforstået i forhold til interviewundersøgelsen.

I interviewtidspunktet er samtlige informanter velvidende om deres rolle i forhold til undersøgelsen, da de er oplyst om formålet med undersøgelsen. Derudover er informanterne oplyst om problemfeltets hypotese i form af en kort introduktion til undersøgelsens problemformulering. I offentliggørelsen af dataindsamlingen har jeg modtaget mundligt samtykke fra informanterne om, den indhentet data må benyttes i specialet. Det informerede samtykke giver informanten en forståelse af det undersøgte og de risici, som kan forekomme ved at deltage. Eksempelvis grundet klinikkens begrænsede størrelse, er medarbejderne som deltager, hurtig identificerbare i specialet. Derudover modtager de en beskrivelse af formålet med undersøgelsen, som muliggøre en åbenhed overfor informanterne. (*Kvale & Brinkmann 2009 s. 88-95*) Den præsentation som informanterne modtog om emnet er kortfattet, da svarene, som indhentes, ikke skal påvirkes af en helhedsforståelse af specialets hovedfokus. Informanterne modtog kun en minimeret udgave af emnet, da de ikke skulle påvirkes til fornyede refleksioner før interviewtidspunktet. Dette bidrog til en nuanceret refleksion af udfordringerne og metodefokus

og påvirkede deres indoktrinerede svarmuligheder. (*ibid.*) Fortroligheden i interviewene er væsentlig, da informanternes sikkerhed om gennemsigtbarhed bliver offentliggjort. Derfor er startfasen i undersøgelsen betydningsfuld og information om, hvad interviewets rolle bidrager til, skal være indforstået mellem parterne.

Et centralt etisk overvejet dilemma i undersøgelsen har været, at den undersøgte klinik er egen arbejdsplads. Dette giver anledning til både fordele og ulemper i samtalen. Fordelene er, at den tætte kontakt og kommunikation fra start har været afklaret. Dette bistod til den rolige og åbne dialog med informanterne, da jeg på forhånd kendte informanterne arbejdsmæssigt. Relationen gav desuden en forstærket fleksibilitet i interviewoplevelsen, samt en enklere adgang til feltet. Derudover oplevede jeg at kommunikationen var påvirket af de høje forventninger vi havde til hinanden grundet et professionelt kollegaskab, da tilliden og relationen er illustreret i samarbejdet og vores roller på arbejdspladsen. Refleksionerne over relationen har været eftertænkt forud for dataindsamlingen, da dette kunne medgive inhabilitet og komplikationer i forskningen. Ulemperne i at forske i egen arbejdsplads er, at informanterne kan føle sig afskrækket af at skulle dele private tanker om fagområdet til en kollega, eller fremvise frustrationer overfor området. Derudover er samarbejdet mellem mine kollegaer og jeg sat på spil, da informanterne kan føle sig bevidste om, hvordan svarene kan/skal artikuleres, foruden at påvirke samarbejdet. Før interviewene blev der sat tid af til en diskurs om rollerne og den påvirkning den kan have i samarbejdet. Dette medgav en positiv drøftelse om samarbejdet og undersøgelsens fokuselementer, da informanterne blev hørt og fik mulighed for yderligere spørgsmål inden optagelsen. Som undersøger er det en nødvendighed, at se udenfor egen fordomsramme, og derved forstå de tolkninger og fortællinger som informanterne bibringer til interviewet. Samt give anledning til fornyede refleksioner og forståelser om problematikkerne. (*Kvale & Brinkmann 2009 s. 88-95*)

FORSKNINGSVANDRING

I styrkelsen af validiteten og reliabiliteten af undersøgelsen er den sekundære empiri nøje udvalgt i forhold til problemformuleringens forskningsgenstand. Valget er truffet på baggrund af en publikation og to rapporter fra henholdsvis Sundhedsstyrelsen, MTV Odense og læge og professor Morten Sodemann. Publikationen og rapporterne er undersøgelser om etniske minoritetsborgere og de udfordringer sundhedssektoren og Indvandrermedicinsk Klinik møder i feltet.

I Sundhedsstyrelsens publikation fra 2010, som omhandler etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen, fremlægges de problematikker og udfordringer, som kan forekomme i mødet med minoritetsborgere. Publikationen er sammensat ud fra et seminar i 2009, hvor sundhedsstyrelsen ville etablere et samarbejde på tværs af regioner for en styrkelse af indsatserne omkring etniske minoritetsborgere. (*Sundhedsstyrelsen 2010 s. 3*) "*Publikationen præsenterer forskellige oplevelser og erfaringer med etniske minoriteter i sundhedsvæsenet ud fra personalets og patientens egen perspektiv.*" (*Ibid.:3*) Et af de diskuterede problematikkerne er misforståelserne mellem aktørerne, og frygten for at "*træde forkert*", i forhold til en anden kulturbaggrund. I undersøgelsen fokuseres der dertil på, hvordan man kan styrke sundhedsvæsenet i forhold til lige sundhedsrettigheder mellem borgerne. (*ibid.*)

I MTV-rapporten, som er udarbejdet af Odense Universitetshospitals afdeling for Kvalitet og Forskning MTV, præsenteres IMK Odense, og klinikens social- og sundhedsfaglige arbejde. Rapporten giver en beskrivelse af IMK Odense og det systematiske arbejde klinikken bidrager til. Derudover er der lavet statistikker på målgruppen og helbredet, samt en redegørelse af de udfordringer, der kan forekomme i mødet med en anden kultur. Ydermere fremhæves den positive indvirke IMK Odense har på etniske minoritetsgrupper, og hvordan indsatserne kan påvirke målgruppen i en positiv retning. Rapporten konkluderes dog ikke som fuld evidensbaseret, "*da undersøgelsen om etniske minoritetsgrupper i sundhedsområdet er sparsomt. Da der ikke eksistere et sammenlignelig hospitalsbaseret tilbud.*" (*MTV-Rapport 2014 s. 1-3*)

I Morten Sodemans rapport fra 2017 undersøger han de faktorer som sprogbarriere kan medvirke til. Han beskriver forskellige patienters hændelser og konsekvenser i forhold til fejlbehandling og misforstået kommunikation i sundhedsvæsenet og andre instanser. Desuden er undersøgelsen foretaget ved IMK Odense, og omhandler de tilknyttede patienter, som er henvist fra praktiserende læger eller hospitaler. Baggrunden for henvisningerne er, at man ikke har kunnet finde frem til et behandlingstiltag, eller til en afklaring af patienternes helbredssituation. I undersøgelsen indgår 147 patienter med minimum to besøg hos klinikken og som er medvirkende i resultaterne om fejl diagnose og misforstået kommunikation.

TEORIAFSNIT

I det følgende kapitel redegøres for valg af teoretiske perspektiver som benyttes igennem specialet. Derudover beskrives specialets teoretiske rammer for undersøgelsen af kulturmødet, samt de udfordringer som sundhedspersonalet oplever i arbejdet med etniske minoritetskvinder.

SHULMANS FIRE FASER I MØDET

I et interaktionistisk perspektiv er det i kommunikationen og samspillet med andre, hvorpå skabelsen af relationen mellem aktørerne formes. Denne relationskabelse kan være medvirkende til et tillidsbånd, som er essentielt i arbejdet med socialt udsatte. (*Hutchinson & Oltedal 2006 s.91*)

Den centrale forståelse af interaktionismen er i mødet, hvor den enkeltes egne tolkninger af livshistorie identificeres, og subjektets handlingsmønstre defineres som sandheden i egen selvopfattelse. Denne metodiske perspektivering skal forudsætte, at patienterne bliver sat i fokus, og forståelsen af sandheden, der opleves i samspillet, anerkendes som værende rigtig i dennes udformning. (*Hutchinson & Oltedal 2006 s.89-90*)

Shulmans hovedvægt er på relationen og refleksionen over samspillet, samt den indgående forståelse af individets følelser og handlingsmønstre. Derudover fremhæver Shulman ”*at det sociale arbejde er en dynamisk interaktion, det er noget som udvikles i mødet, og dermed bliver det svært at tage udgangspunkt i, at socialarbejderen er eksperten, der ved bedst og således bestemmer over relationen.*” (*Hutchinson & Oltedal 2006 s.114*) I Shulmans definition af samspillet antydes det som værende i kontakten og interaktionen, at skabelsen af det gode sociale arbejde formes.

Shulmans fire faser skal medvirke til undersøgelsens forståelse af den systematiserede samtaleproces i mødet med etniske minoritetskvinder, samt give en forståelse af, hvordan relationskabelsesmetoderne i mødet kan skabe en positiv reaktion af relationen mellem aktørerne. Shulmans teori om det gode møde skal i metodeforståelsen medvirke til, at forstå den interaktionsproces, som er relevant i kontakten med socialt udsatte. Desuden anses samtaleteknikken som værende produktiv i forhold til anerkendelsen af kvindernes identitet. Det interaktionistiske perspektiv skal bidrage til en indsigt i mødet med patienterne, i skabelsen af en dynamisk selverkendelse og accept af kvindernes kulturforståelse.

Shulman har udformet en samtalemetode med fire faser for skabelsen af den gode samtale med klienterne. Metoden er udarbejdet med en forud udarbejdet fase, startfasen, midter(arbejds)fasen og afslutningsfasen. I førnævnte beskrivelse er Shulmans hovedvægt; tolkning og handlinger der udspiller sig fra samspillet mellem aktørerne, da fokusrammen er en fænomenologisk videnskabelig forståelse. (Hutchinson & Oltedal 2006 s.116-118)

I den forud udarbejdede fase – er det en nødvendighed, at forberedelsen til mødet er afklaret før samtalen, da den gode kommunikation er væsentlige faktorer i opstarten og igennem samtaleforløbet. Derudover er det essentielt, at den professionelle tidligt i samtalen kan "tune in", som i Shulmans definition er, at forholde sig følelsesmæssigt til patienten og være empatisk i mødet.

I Startfasen – *"Er det vigtigt at man tydeliggøre formålet med kontakten, ved at kommentere og oplyse, om de tiltag den professionelle kan tilbyde, samt baggrunden for samtalen."* (Hutchinson & Oltedal 2006 s.117)

I midter(arbejds)fasen - er det tilstedeværelsen og empatien i kontakten, samt den rette forståelse af patientens normative udredning af egen situation, som er bærende faktorer i mødet. Derudover er det en væsentlighed at kunne stille krav om nye tiltag, som er gavnlige for patienten.

I afslutningsfasen – *"Er det processen hvorpå den professionelle identificerer forskellige faser som fx sorg, vrede, forhandling og derved skaber en kontrol over afslutningen. Vigtigheden i afslutningsfasen er, at opsummere de problematikker eller indsatser der skal fortages overfor patienten samt vise følelser og forståelse ved anerkendelsen af patientens egne tolkninger om helbredsproblematikkerne."* (Hutchinson & Oltedal 2006 s.116-118)

KULTUROPFATTELSER

ESSENTIALISTISK KULTURBEGREB

Kulturbegrebet kan defineres og forstås på forskellige måder og niveauer i samfundet. I forskningsundersøgelsen er kulturbegrebet en definition af de for-forståelser sundhedsvæsenet har til etniske minoritetskvinder, samt den kulturforståelse som problematiseres på baggrund af etnicitet eller religion. Kathrine Johansen beskriver to typer af kulturbegreber; et essentialistisk og et relationelt kulturbegreb. (Johansen, Schepelern 2007 s.30) I specialet er den primære fokus på

det essentialistiske kulturbegreb. Den essentialistiske kulturforståelse er i sammenhængen mellem etnicitet, religion og territorium. (Johansen, Schepelern 2007 s.30-31) Denne forståelse giver anledning til en systemiseret fordom om det ukendte. Dét at sundhedspersonalet oplever vanskeligheder med én patient på baggrund af kultur eller etnicitet, påvirker forforståelsen af patienter, som tilhørende en lignende gruppe eller type, i stedet for et individ med egne sociale og helbredsmæssige problemstillinger. Problematikeringen om en forskelligartet kulturforståelse i sundhedsvæsenet kan medvirke til yderligere paralleller mellem sundhedssystemet og patienterne. Den essentialistiske kulturforståelse medvirker til en præcisering og forståelse af de stigmatiseringsprocesser, der kan forekomme i form af kulturbestemte menneskesyn og kultursammenstød i sundhedsvæsenet.

RELATIONELLE KULTURBEGREB

Begrebets betydning er, at kultur er sammensat af sociale relationer mellem mennesker og ikke på baggrund af etnicitet eller religion. Kulturbegrebet kan anskues som værende en sammenblanding af sociale grupper, som deler og skaber fællesskab. (Johansen, Schepelern 2007 s.30-31.)

Kulturbegrebet bekender at man ikke ser det enkelte individ ud fra etnicitet, men at man undersøger individets egen forståelse af kultur, og derved skabes der en formindsket fordomsforståelse af individet, som kun baseres på kulturen. "I det relationelle kulturbegreb er kultur noget som forandres i mødet." (ibid.) Betydningen er, at kulturen kan ændres i form af de relationer der forekommer i sociale kontekster med andre mennesker. Det relationelle kulturbegreb skal i undersøgelsen medvirke til en forandret forståelse af kvindernes baggrund og derved bidrage til en mindsket fordomsforståelse og stempeling af patienter på baggrund af deres kultur. Desuden vil kulturbegrebet diskuteres i forhold til det essentialistiske, og hvordan disse begreber kan styrke eller formindske relationsarbejdet med kvinderne. Kulturbegrebet skal give anledning til en fornyet metode i anerkendelsen af kvindernes identitet.

ERVING GOFFMAN – TRIBALE STIGMA

Sociolog og professor Erving Goffman var fascineret af samspillet og relationsskabelsen mellem mennesker. Goffmans sociologiske forskningsmetode var at studere individers adfærd og facader, og derved opleve den stigmatiseringsproces, eller afvigelse, som forekommer i mødet. Goffman var optaget af ansigt til ansigt - relationer, som påvirker menneskers kontakt og ageren overfor

hinanden. (Goffman 2009 s.10-11) De fænomener og metaforer Goffman henviser af *"stigmabegrebet, er oplevelsen af at være anderledes eller afvigende."* (Ibid.:13) I Goffmans afvigerteori er det ikke på den enkelte stigmatiserede fokus er, *"men den sociale konstruktion, som bygger på sociale relationer og normer."* (Ibid.:13-17) Stigma anses som værende i samspillet, hvor *"menneskers sociale identitet forringes på grund af omgivelsernes reaktion, kategorisering og bedømmelse. Ud fra disse definitioner eller kategoriseringsprocesser placeres individerne i en nedvurderet sociale rank, da man ikke har vist en kulturelt accepteret adfærd eller norm."* (Ibid.:20) Goffman har tre former for stigma, og specialets undersøgelse tager udgangspunkt i den tribale form, som omhandler *"race, religion eller nationalt tilhørsforhold."* (Ibid.)

Jeg benytter Goffmans *tribale stigma* til at fremhæve en forståelsesramme af de etniske minoritetskvinders stempling fra omverdenen, på baggrund af sprog og kultur. Derudover skal stigmaet medvirke til en analyse af det sundhedsfaglige personales indirekte afvisning, og frygt for at "træde forkert" i forhold til de kulturelle forskeligheder de møder. I undersøgelsen vil Goffmans fascination af relationer og møder mellem mennesker, danne grundlag for forståelsen af væsentligheden i den gode kontakt. Goffmans afvigerteori skal medvirke til en forståelse af de mekanismer stigma kan medføre i form af identitets stempling, social eksklusion og ulighed i sundhed. Desuden benyttes ansigt til ansigt relationer i analysen omkring genopbyggelse af kvindernes egen identitet, og de faktorer, som kan styrke samspillet mellem professionel og patient. Goffmans teori skal give adgang til en bredere forståelse af, hvad udstødelse og stempling kan skabe i forhold til social ulighed. Afslutningsvis danner Goffmans stigma grundlag for en diskussion om det nye lovforslag, som kan fremkalde større ulighed i sundhedssektoren og medvirke til bredere paralleller mellem sundhedssystem og minoritetskvinder.

HONNETHS ANERKENDELSESTEORI

Anerkendelse er essentielt i et individs livsanskuelse til et velfungerende liv, og blomstring af egen identitet. Axel Honneth beskriver anerkendelsen som værende væsentlige faktorer i "kampen" om identiteten, og undertrykkelsen gennem ulighed. Honneths definition af kampen er, *"at den gensidige anerkendelse ikke er givet på forhånd, men noget som skal kæmpes for at opnå."* (Højlund & Juul 2015 s.24) Kampen om anerkendelse skal medvirke til, at individet føler sig anerkendt i familien, retsordenen og samfundet. De tre sfære skal bestyrke menneskets identitet og forme individets selvforståelse i samfundsstrukturen og hjemmet. (Ibid.:24) Søgen efter

anerkendelse er i menneskets strukturobygning, da udefrakommende anerkendelse medgiver accept af personens eget identitetssyn. Udgangspunktet i Honneths anerkendelsesteori er, *"at sociale relationer har betydning for udviklingen af den personlige identitet."* (Høilund & Juul 2015 s.26) Anerkendelses teorien skal medvirke til en forståelse om hvorvidt kvinderne anerkendes af sundhedsområdet, og hvordan regeringens lovforslag om egenbetaling af tolkebistand påvirker anerkendelsen i den retslige sfære i form af det retmæssige informerede samtykke.

Anerkendelsen i den retslige sfære betyder lige rettigheder for alle borger, da borgerne skal være ligeværdige i samfundet. (*ibid.* s.27)

Specialets fokuserer på den retslige sfære i anerkendelsesteorien, da undersøgelsen gransker udfordringerne som det nye lovforslag kan medføre og hvilke barrierer dette kan bevirke i form af udstødelse og ulighed i sundhedssektoren. Den retslige sfære er retten til at alle behandles lige for loven, og er udformet så landets borgere har samme muligheder og retningslinjer i samfundet. (Høilund & Juul 2015 s.27) Denne formel skal gerne give de etniske minoritetskvinder samme rettigheder som andre borgere i samfundet og derfor diskuteres spørgsmålet omkring betydningen egen betaling af tolkebistand, og hvilken ulighed dette kan skabe i sundhedssystemet.

Udover anerkendelse, har Honneth sammenfattet tre former for disrespekt som underminerer anerkendelsen hos individet. *"Denne formel nedbryder den personlige identitet og positive selvforhold."* (Høilund & Juul 2015 s.28) Disrespekt er opsat i tre forskellige krænkelses former, som kan disimplicere individets identitet. De tre former er, *"Kropslig krænkelse, nægtelse af rettigheder og nedværdigelse af livsformer."* (*ibid.*:28) Formen der benyttes er nægtelse af rettigheder, da specialet undersøger kvindernes begrænset rettigheder, i form af sproglige barriere. Derudover analyseres der på lovforslaget, der giver yderligere restriktioner i kvindernes forståelse af egen helbredssituation, og frakendelsen af ligeret mellem borger. Ydermere undersøges de udfordringer det kan medføre for sundhedspersonalet i mødet.

ANALYSE DEL 1 - HVORDAN OPLEVER PERSONALET AT KULTUR- OG SPROGBARRIERER I SUNDHEDSVÆSNET KAN SKABE PROBLEMATIKKER FOR ETNISCHE MINORITETSKVINDER?

I det følgende afsnit fremhæves udfordringer og barrierer, som kan forekomme i mødet med sundhedsvæsenet. Desuden diskuteres kultursammenstød, som kan opstå mellem personale og patient. Afslutningsvis problematiseres de risici, som stemplingskraften og det nye lovforslag kan medføre i forhold til ulighed i sundhed.

SPROGBARRIERER

Sundhedsvæsenet har oplevet en stigning i antallet af patienter med en anden etnisk herkomst end dansk. Denne stigning har medvirket til, at personalet har oplevet forskelligartede udfordringer i behandlingen af patientgruppen, da deres sprogkunderskaber ikke rækker i forhold til forståelsen af sundhed og helbred. (Austveg 1997 s.159) Problemstillingen kan medvirke til at etniske minoritetskvinder risikeres at "tabes på gulvet", da de ikke modtager den rette behandling, som de lovmæssigt har krav på. I sundhedsstyrelsens undersøgelse fra 2010, beskrives faktorer der medvirker til sprogbarrieren i mødet. Manglende uddannelse, ingen tilknytning til arbejdsmarkedet eller integrationsmæssige forhold kan være årsager, der begrænser sproget.

"Derudover er der helbredsmæssige faktorer, som kan have betydning, idet smerter, angst og usikkerhed kan gøre det vanskeligt at forstå og respondere på information givet på andet end ens modersmål. Aldring kan også medføre et tab i sprogfærdigheder, ligesom analfabetisme og posttraumatisk stress syndrom (PTSD) er forhold, der gør mestringen af det danske sprog vanskelig." (Sundhedsstyrelsen 2010 s.23)

Både de sociale og helbredsmæssige faktorer er relevante at forstå, hvis sproget ikke skal være en udfordring i mødet. Sprogets betydning i mødet er væsentlig, da kommunikationen om behandlingen og mulige tiltag skal formidles retsmæssigt, så patienten ikke misforstår fagpersonalets råd og vejledning.

"Muligheden for at kommunikere på et nuanceret og tilstrækkeligt niveau med patienter og pårørende er en helt afgørende forudsætning for patienternes mulighed for at navigere i sundhedsvæsenet. Patientforløb indebærer ofte formidling af komplicerede informationer om fx symptomers karakter, diagnosticering, behandlingsmuligheder samt egenomsorg, og selvom

patienten mestrer det man kan kalde "dagligdags-dansk" vil det ofte ikke være tilstrækkeligt til at kunne indgå i en dialog om sådanne forhold." (Sundhedsstyrelsen 2010 s.23)

I Sundhedsstyrelsens undersøgelse anses sprogbarrieren som værende en afgørende forudsætning i kommunikationen mellem aktørerne. Hvis patienten ikke mestre sproget tilstrækkelig vil behandlingen og efterfølgende tiltag påvirkes i en grad, hvorpå patientens sikkerhedsmæssige forhold formindskes, da behandlingen og det informerede samtykke glippes.

"Sundhedsvæsnen er ikke rigtig gode til at anerkende at 10 % af Danmarks befolkning ikke kan ret godt dansk og har svært ved at finde rundt i sådan en organisation. Sundhedsvæsnen har ikke information og tiden, og tolkeadgangen er jo så dårligt organiseret, at det faktisk bliver et problem i sig selv, at man ikke har været i stand til at skabe nogle rammer, som også de her kvinder kan finde sig til rette i. Så det er sådan den mellemliggende barriere." (Sodemann, interview)

I citatet belyser Morten Sodemann de barrierer Sundhedsvæsnen kommer ud for, i form af manglende anerkendelse af sprog, samt reducerede tid og ressourcer i forhold til at hjælpe kvinderne rundt i systemet. Denne problemstilling kan skabe ulighed i sundhed, da patienterne ikke modtager samme behandling som patienter med bedre dansk kundskaber. Uligheden kan problematisere det sociale arbejde, da kvindernes helbredssituation ikke styrkes, og derved formindskes muligheden for at hjælpe kvinderne ud i samfundet. Tolkebistanden kan i mange instanser være medvirkende til en bestyrkelse af den rette råd og vejledning for patienterne. Og derved skabe muligheder for kvindernes videre forløb i samfundet.

Sprogbarrierer i mødet mellem patient og sundhedsvæsnen dominerer det sociale arbejde med kvinderne. At kommunikationen fejler og der forekommer misforståelser i samtalen påvirker behandlingsforløbet i en grad, hvorpå kvinderne ikke modtager den rette behandling, men i stedet sendes rundt til forskellige afdelinger. I interviewet med Morten Sodemann fortæller han, hvordan etniske minoritetsborgere kan risikere at blive smidt rundt i sundhedsvæsnen.

"Det er diffuse symptomer over flere organer, så kommer de ligesom ind i en afdeling og ud af en anden og ind igen og ud igen. Indtil at man er færdig med alle organerne. Det er et problem. De (kvinderne) passer ikke godt til et moderne sundhedsvæsen, det gør de ikke."

(Sodemann, interview)

Morten Sodemann fortæller om fejlkommunikationen og dens indvirkning på behandlingen. At sundhedspersonalet bruger adskillige ressourcer på at undersøge symptomer hos den enkelte patient, men efterfølgende ikke opnår tilstrækkelig viden i samspillet med patienten om, hvilke behandlingstiltag som bør afprøves. Denne problemstilling kan antages som værende stigmatiserende, da personalet risikerer, at afvise patienterne på grund af sprogvanskeligheder. Ud fra Goffmans afvigerteori kan sprogbarrieren antages medvirkende til kvindernes afvigelse af tilbud, da de miskrediteres og afvises på baggrund af sprogkompetencer. Dette kan bidrage til kvindernes "*social afvisning og manglende anerkendelse af øvrige potentielle egenskaber*", (Goffman 2014 s.21) da identiteten anses værende mindre betydningsfuld. I Goffmans stigma er det i interaktionen at der skabes anerkendelse af individet. Det er derfor en nødvendig forudsætning at kreditere patientens egenskaber hvis kvinderne skal have en positiv oplevelse, og føler sig "normal". (Ibid. s.24) Da anerkendelsen kan antages som styrkende i det videre afklaringsforløb får patienten. I diskussionen om stigmabegrebets konsekvenser i forhold til kvindernes selvopfattelse, antages at "*skam, social eksklusion og mindre værd*", (ibid. s.27) er effekter der bidrager til yderligere problematikker i afklaringen, da kvinderne vil afvige fra samfundet på grund af stemplingens effekt.

Naveed Baig beskriver, at en basal forståelse af etniske patienters kultur og religion kan åbne op for et lettere samarbejde mellem patient og sundhedsvæsen. (Baig, Kastrup & Rasmussen: 2010 s.16) Begrundelsen er, at viden og åbenhed for andre kulturer kan medgive en enklere afklaring i forhold til forståelsen af patientens helhedssyn. Forståelsen af kultur kan bidrage til den gode kommunikation, da patienten føler bedre sig hørt og forstået. I Naveed Baigs beskrivelse af forståelsen, anses det som værende imødekommenheden og anerkendelsen af patienternes kultur og religion, der er væsentlige faktorer i behandlingen og i mødet med etniske minoritetskvinder. (ibid.) Anerkendelsen af individets kultur er gavnlig i sundhedsvæsenet, da viden om patienten kan medføre mindre misforståelser i opstarten af mødet. Uligheder, som kan forekomme i mødet med etniske minoritetskvinder, kan opfattes som en sammenblanding af kultur- og sprogbarrierer. Barriererne anses som faktorer der umuliggør behandlingen og afklaringen af kvindernes sociale og sundhedsmæssige problemstillinger.

MISFORSTÅET KOMMUNIKATION

Christian Nørregaard beskriver i bogen *Tro, Omsorg og interkultur*, at personalet risikerer at have en frygt for det ukendte på grund af misforståelser og frygten for at træde forkert i mødet med en etnisk minoritetspatient. (Baig, Kastrup & Rasmussen:2010 s.185) Frygten, som forekommer, kan tilsidesætte patientens rettigheder og skabe yderligere ulighed i sundhed, da patienten ikke vil modtage den relevante hjælp.

I interviewet med farmaceuten fortæller hun om den frustration kvinderne kommer med i klinikken.

”Jeg ved i forvejen, før jeg møder dem, at de er meget frustreret og de føler sig magtesløse; og de er meget trætte, fordi de fleste af dem har kroniske sygdomme og meget komplekse forskellige kroniske sygdomme gør, at de føler sig meget trætte, og at det er systemet der fejler.”

(Farmaceut, interview)

Frustrationen som farmaceuten oplever fra patienterne kan anses som værende et nødråb om hjælp og en oplevelse af udstødelse. At kvinderne ikke anerkendes som medborgere i samfundet, (på grund af en anden lovmæssig retningslinje), kan bidrage til den magtesløshed patienterne føler overfor sundhedsvæsenet. Efterfølgende i interviewet fortæller farmaceuten om de misforståelser, som kan forekomme i mødet mellem patient og sundhedsvæsen.

”Jeg møder nogle patienter der kommer her, og diabetes patienter efter ti år. ... De har ikke forstået sammenhængen mellem medicin og deres diabetes. Og nogen tager ikke medicinen fordi de tænker, (når nu bliver jeg alligevel ikke helbredt så hvorfor skal jeg betale for insulin f.eks.) de har ikke fået noget undervisning eller uddannelse omkring deres sygdom. De er meget frustrerede”

(Farmaceut, interview)

Farmaceuten fortæller at den misforståede kommunikation skaber konsekvenser for det enkelte individ, hvorpå den nødvendige medicin ikke bliver købt på grund af manglende oplysning og frustration overfor sundhedssektoren. Problematikkerne i patienternes misligholdes af egen helbredssituation kan relateres til kultursammenstødet der opleves i sundhedssystemet. At etniske minoritetskvinder ikke modtager samme behandling på baggrund af sprogvanskeligheder

og kultur. Derudover anses det værende problematisk, hvis kvinderne ikke modtager den rette råd og vejledning om medicin og behandling. Da dette kan medvirke til risikofaktorer i det sociale arbejde i form af udstødelse, formindsket anerkendelse og ulighed.

I interviewet fortæller Morten Sodemann desuden om de misforståelser og uvidenheden der forekommer fra personalet, i forhold til patienternes kultur og helbredsforståelse.

”Rent viden om flygtnings vilkår, hvad kommer de fra, og hvad er det for nogen sygdomme de kan have, hvad er det for nogle helbredsproblemer de kan have, og psykiske problemstillinger de kan have og hvordan kan de spille sammen så symptomerne bliver mærkelige selvom det egentlig er en almindelig sygdom. Symptomerne er lidt anderledes, og derfor bliver lægerne forvirrede og tænker at det er noget mærkelig noget.” (Sodemann, interview)

Morten Sodemann fortæller, at sundhedsvæsnet skal blive bedre til at håndtere andre kulturer, da misforstået kommunikation kan medføre yderligere udfordringer i arbejdet med kvinderne. Desuden belyser han i citatet, at uvidenheden om patienternes kultur kan være en barriere i behandlingen af kvinderne. Hvorimod hvis personalet havde en forståelse af patienternes baggrund, ville dét styrke behandlingsprocessen og skabe en forbedret afklaring af behandlingsmulighederne.

Morten Sodemann forklarer.

”De her patienter har jo ligesom indtil nu været igennem systemet rigtig mange gange uden rigtig at blive hjulpet udefra... Så det vi har valgt at gøre, det er... spørge patienterne hvad der duer. Og der er vi efter nogle år blevet klar over, at det de gerne vil have er, at vi prøver at finde nogle kroge i deres liv som man ligesom kan hænge forklaringer op på og nogle forståelser op på, ... sådan en hjælp til at finde deres ressourcer og deres muligheder, og hvad der gør dem glade, og hvad de kan og hvad de er bange for.” (Sodemann, interview)

Morten Sodemann forklarer, at det er i nysgerrigheden for patienten og forståelsen af patientens egne fortolkninger af helbredet, som er vejen frem i forhold til en forbedret anerkendende tilgang af kvindernes identitet. Desuden fortæller han i interviewet, at den aktive nysgerrighed for

patientens udfordringer og helhedssynet kan medvirke til en helhedsorienteret forståelse af patientens helbredsmæssige og sociale begrænsninger. Metoden kan bidrage til en styrkende anerkendelse af patientens identitet, og videreudvikle det gode samarbejde mellem patient og professionel.

En barriere som kan forekomme i mødet, er kvindernes urealistiske forventninger til sundhedsvæsenet. Disse forventninger kan stamme fra deres kultur og normative forståelse af sundhed. Da de i egen kultur anser lægen som en autoritet med almægtig viden omkring deres helbredstilstand. Derved er kvindernes forventninger til lægen styrende i forhold til lægens retningslinjer og informationer.

”Det kommer an på hvilken kultur man kommer fra. I nogle kulture der har lægen autoriteten og... Patienten forventer at lægen ved alt og har diagnose klar og en behandling klar, de kan ikke forstå når man spørger ”hvad synes du om vores planer” ”hvad synes du om din sygdom”, så tænker de ”hvad sker der her, jeg er ikke læge.” det er meget forskelligt. Og så er der også i nogle kulture, at lægen har autoriteten men har ikke dialog; Lægen bestemmer hvordan planen skal være for behandlingen og forløbet.” (Farmaceut, interview)

I citatet fortæller farmaceuten om de urealistiske forventninger patienterne kan have til de professionelle. Forventningerne kan antages at give yderligere modarbejdende udfordringer i form af kvindernes egen medinddragelse i behandlingen. At kvinderne ikke anser sig selv som part i sagen kan vanskeliggøre det gode sociale arbejde, da medinddragelse og relationsskabelsen er en nødvendighed i anerkendelsen af individets identitetsdannelse. (Højlund & Juul 2015 s.25-26) Kvindernes modarbejdende form i forhold til medinddragelse kan tydeliggøre, at patienterne har en anden forståelse af sundhedsvæsenet, og derved skabes der misforståede udfordringer i kommunikationen. Derudover er sygdomsopfattelsen en væsentlig udfordring for personalet. De oplever en forskelligartet forståelse af sygdom, hvor patienten ikke inddrager sig selv i behandlingen, på grund af kulturelle forskelligheder i forståelsen af sundhedsvæsenet.

”Nogle sundhedsprofessionelle oplever eksempelvis etniske minoriteter som mere passive eller autoritetstro sammenlignet med etnisk danske patienter, hvilket kan give anledning til forskellige holdninger og forventninger til patienters rolle.” (Sundhedsstyrelsen 2010 s.24)

i citatet fremhæves etniske minoriteters passivitet, som kan bidrage til udfordringer i samarbejdet mellem professionel og patient. Da patientens forventninger til sundhedsvæsenet er anderledes end majoritetsbefolkningen. Desuden kan det antages, at etniske minoritetskvinder ikke er velvidende om sundhedsvæsenets rolle, og hvordan behandlingsforløbet foregår. Problemstillingen kan skabe kultursammenstød, da forståelsen af sundhedssystemets ressourcer og metoder negligeres.

I Honneths teori er anerkendelsen af individet i samfund, privat og retslig sfære, en væsentlig forudsætning for, at de udsatte borgere opnår det gode liv. Desuden er forståelse og skabelse af tillid den metodiske tilgang, som kan medvirke til en anerkendende forståelse af individet.

(Høilund & Juul 2015 s.26-27) Uligheden, og den misforståede kommunikation, anses som områder, som skal bestyrkes, i form af åbenhed og viden om kulturer. Da disse faktorer kan bidrage til den anerkendende tilgang.

I Honneths retslige sfære, som omhandler individets anerkendelse i det lovmæssige regi, er patienterne yderligere udfordret i forhold til den anerkendelse samfundet medgiver. Manglen på anerkendelsen medvirker til en form for udstødelse af kvinderne, og skaber derved yderligere ulighed i samfundet. Risiciene i udstødelsen er at patienterne ikke vil føle sig accepteret af samfundet, og i værste tilfælde skaber større modpoler mellem sundhedsvæsenet og kvinderne. I den manglende anerkendelse vil kvindernes identitet formindskes, da de ikke modtager samme behandling som en etnisk dansk patient. I den begrænsede identitetsdannelse vil der være risiko for, at man skaber flere udsatte problematikker for de etniske minoritetskvinder; i form af formindsket medinddragelse, ulighed og misforstået kommunikation. (Høilund & Juul 2015 s.27)

Patienternes ligeret i forhold til sundhedsydelse og systemet kan også påvirkes af det nye lovforslag. At patienterne ikke kan forstå den vejledning de modtager fra behandlerne, samt personalets frustrationer over den reducerede tid og ressourcer. Problemstillingen kan medgøre yderligere udfordringer i arbejdet med kvinderne, da de vil blive udstødt på baggrund af sprogbarriere.

KULTURSAMMENSTØD

I sundhedsvæsenets møde med etniske minoritetskvinder kan kultursammenstød opstå i form af en forskelligartet forståelse om begrebet sundhed, samt en essentialistisk kulturforståelse på baggrund af kvindernes etnicitet. Kultursammenstødet kan forekomme i kontakten, hvorpå personalet ser kvinderne som en kultur, der vil skabe udfordringer, fremfor et individ. Desuden

har kvinderne ofte fordomme til systemet afledt af misforståelser og følelse af ydmygelse af egen person. I interviewet med Morten Sodemann beskriver han nogle af de fordomme som ofte skaber kultursammenstød i feltet.

”Kulturmøder er nogle gange et sammenstød, men mest fordi der er fordomme på begge sider af bordet. Patienten er bange og forventer nærmest ikke noget og forventer egentlig bare at blive misforstået og ydmyget. Og lægerne og sygeplejerskerne tænker, at det her kommer ikke til at gå godt, det her går altid galt, de forstår ikke hvad jeg siger og de kommer ikke til aftalerne. Så det er et rigtig skidt udgangspunkt for en god samtale at begge parter tænker, at det her kommer ikke til at gå godt. Og nogen gange er den eneste faktor til at det ikke går godt, at man ikke mener, at det går godt på forhånd.” (Morten Sodemann, interview)

I Sodemanns beskrivelse af disse fordomme, som uagtet er skabt før mødet med kvinderne, anses personalets fordomme tilkommet fra en essentialistisk kulturforståelse, da personalet på baggrund af en forforståelse om kvindernes kultur antager, at samarbejdet på forhånd vil være problematisk, da sprog og mødepligt vil vanskeliggøre deres arbejde. (Johansen, Schepelern 2007 s. 30-31) Kathrine Johansen beskriver tilmed i sin artikel (*Der er to i et møde. Perspektiver på kulturmødet i psykiatrien*) at mennesker selv er medskabere af den kultur som udformes på egen arbejdsplads. Tankesættet kan anskues som, at egne fordomme bliver en barriere i sig selv, da både personale og kvinderne har en antaget forforståelse af mødet. (Johansen, Schepelern 2007 s. 27) I kulturforståelsen skabes der gnidninger i relationskabelsen, da fordommene er styrende i mødet. I Kathrine Johansens formulering er begge parter kulturbærere i hver deres kulturforståelse, og er derved medvirkende til den negative påvirkning af mødet. (*Ibid.* s. 28) I interviewet med Morten Sodemann oplyser han om den sociale skævhed, der kan forekomme i forhold til etniske minoritetskvinder, som kan udforme et kultursammenstød på baggrund af en essentialistisk kulturforståelse.

”Der er en social skævhed. Mange af de her patienter har sjældnere gået ret meget i skole og de har sjældnere arbejde. Og mange af dem er jo direktionssekretærer i en stor familie, og styrer en

stor familie og har nok at gøre med det. Og synes måske også selv at det er hårdt arbejde, at dét er arbejde nok for dem.” (Morten Sodemann, interview)

I Sodemanns beskrivelse af patientgruppen har kvinderne deres egen forståelse af at arbejde. Kvinderne beskrives som direktionssekretærer i en stor familie, og dertil er rollen afsat; at de håndterer alt husholdning i hjemmet. Forståelsen kan give udfordringer for personalet, da denne type patienter beskæftiges af arbejdsroller i hjemmet, og derved anser sig selv som beskæftigede. (Hasse 2002 s.16) Hvorimod samfundets grundsyn på betydning af et arbejde, er dét sted du møder kollegaer og skaber egen økonomisk vækst. Tankesættet kan medgive et kultursammenstød og social ulighed, da misforståelser kan forekomme i mødet. Yderligere fortæller Sodemann,

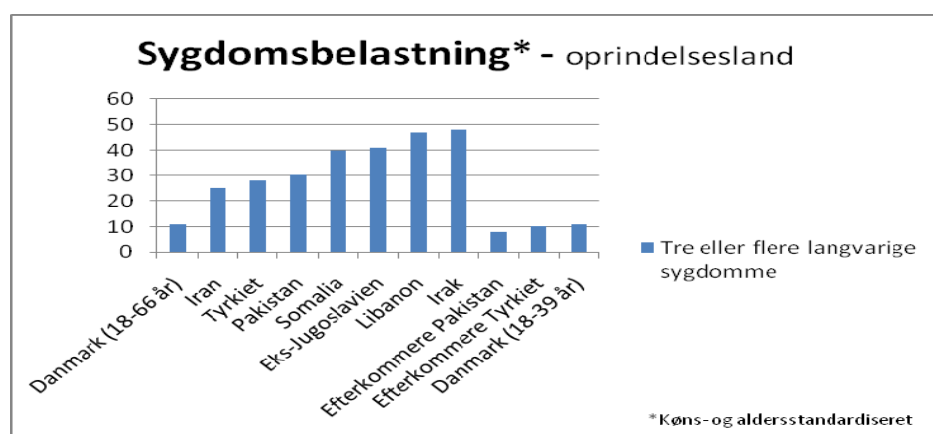
”De har rigtig mange skjulte byrder, som ikke rigtig bliver beskrevet og ikke rigtig bliver taget alvorligt. De skal bare ud på arbejdsmarkedet. Men der rigtig meget evidens for, at generelt blandt immigratkvinder, at de har betydeligt sværere ved at få overskud til at lære sprog, specielt hvis de har børn.” (Morten Sodemann, interview)

I citatet fortæller Morten Sodemann, at kvindernes overskud, eller mangel på samme, påvirker deres evne til at lære det danske sprog. Da særligt kvinder med børn har flere skjulte arbejdsbyrder i hjemmet som optager hverdagen. Patienternes forståelse af at arbejde kan medgive problematikker på grund af personalets uvidenhed om kulturen, da forståelsen af at arbejde anskues anderledes. Dette kan medføre kultursammenstød i form af visse fordomme personalet kan have overfor kvindernes forståelse af egen rolle. I bogen *sundhedsarbejde i et flerkulturelt samfund* beskriver Sami Zitawi, som er sygeplejerske og tolk, at *”når man erkender der eksistere kulturelle forskelle er det vigtigt at kunne tage hensyn.”* (Hanssen 2000 s.199) Denne opfattelse og hensyn er vigtige elementer i mødet, da den medgiver en imødekommenhed og respekt for patientens kultur.

En problematik, som sundhedsstyrelsen er optaget af, er etniske minoriteters langvarige sygdomsbelastning. I undersøgelsen fra sundhedsstyrelsen i 2010 viser tallene, at etniske minoriteter har flere langvarige sygdomme i forhold til etnisk danske patienter (se tabel

nedenfor). Sygedomsbilledet kan antages som værende en sammenblanding af socioøkonomiske og sociale årsager. (Sundhedsstyrelsen 2010 s.11) De etniske patienter, som rammes af flere langvarige sygedomsbelastninger, kan antages at være påvirket af de omstændigheder de lever under i form af lav social gruppe og ingen uddannelsesbaggrund. Disse parametre kan medvirke til yderligere negativ indflydelse i patienternes videre afklaring.

”Figur 2: Sygdomsbelastning, fordelt på oprindelsesland (12)”



(Sundhedsstyrelsen 2010 s.11)

Sundhedsvæsnets frygt for det ukendte og følte afvisning af patienter på baggrund af etnicitet og kultur, kan anses som værende et resultat af en essentialistisk kulturforståelse, da kvinderne bliver kategoriseret som svært håndterbare og problematiske. Derudover er opfattelserne medvirkende til den ulighedsskabende effekt som kvinderne havner i, da sundhedsvæsnets forfortolkning af kvinderne, gør problemet vanskeligere at håndtere. I bogen *sundhedsarbejde i et flerkulturelt samfund* beskriver Sami Zitawi, at ”fordomme skyldes ofte uvidenhed om fremmede og udefrakommende kultur.” (Hanssen 2000 s.198) Kulturopfattelsen tilkendegiver et bredt problem, da kategoriseringen af kvinderne kan medføre afvigelse fra behandling eller patientafklaring ved systemet. Den essentialistiske forståelse kan desuden medføre større skillelinjer mellem patient og system, da afvigelsen bidrager til en forstærket mistillid til sundhedsvæsnets rolle. Morten Sodemann betoner væsentligheden i tiltroen kvinderne og anerkendelsen af deres følelse af at arbejde, som tilgange der kan gavne kultur mødet.

"Efterhånden som man kommer mere og mere ind i deres præmisser er jeg faktisk tilbøjelig til at give dem ret i, at det er faktisk et direktionsssekretærer job at få fem-syv børn sikkert igennem sådan en tilværelse på godt og ondt, og måske også hive manden med. De har rigtig mange skjulte byrder, som ikke rigtigt bliver beskrevet og ikke rigtigt bliver taget alvorligt."

(Morten Sodemann, interview)

I beskrivelsen anskues anerkendelsen af kvindernes huslige arbejde, som en nødvendighed i relationsskabelsen med kvinderne, da den relationelle kulturforståelse kan skabe et styrket samarbejde og mindre social ulighed. I det at forståelsen af individet ikke anskues på baggrund af deres etnicitet eller religion, men at kulturen anses som værende betinget af forskellige sociale grupper, *"som kan være en sammenblanding af nationalitet, politiske eller arbejdsmæssige relationer."* (Johansen, Schepelern 2007 s. 30-31) I det relationelle kulturbegreb defineres kulturforståelsen som værende *"svært at skabe skarpe grænser rundt om forskellige kulture, da de kan forandre sig løbende i mødet."* (Ibid.:) Kulturbegrebet kan medgive en mere refleksiv forståelse af kvindernes situation og usynliggøre de fordomme, der er for det ukendte møde.

STEMPLINGSPROCESSEN

De barrierer som personalet oplever i mødet med etniske minoritetskvinder er en sammensætning af kultur og sprog. (Lund, R, Christensen & Iversen 2011 s.174) Problemstillingerne har påvirket samarbejdet mellem patient og sundhedsvæsen, samt givet anledning til yderligere stempling og udstødelse af målgruppen. Morten Sodemann fortæller i interviewet om det potentielle stigma, som kvinderne kan føle sig ramt af i mødet med sundhedspersonalet. *"Patienten er bange og forventer nærmest ikke noget og forventer egentlig bare at blive misforstået og ydmyget."* I citatet fortæller Morten Sodemann om kvindernes egen selvforståelse i forhold til mødet. I mødet anses det, at kvinderne føler sig stigmatiserede på baggrund af deres dårlige kommunikationsevner og deres etnicitet. Denne selvantagelse kan medvirke til risici for kvindernes afvigelse af behandlingen, da stigmaet får kvinderne til at føle sig uønskede af samfundet. (Goffman 2009 s.46-47)

I oplevelsen af at føle ydmygelse pointerede Sodemann i førnævnte citat, at kvindernes frygt for at blive set anderledes på, kan påvirke det gode sociale arbejde i en sådan grad, hvorpå patienterne ikke forstår afklaringsforløbets formål, eller i værste tilfælde ikke møder op til behandlingen.

I interviewet med sygeplejersken Nanna fra IMK Hvidovre fremhæves yderligere former for ulighed i sundhed, som kan opstå på baggrund af formindsket tolkebistand og sprogvanskeligheder.

"Jeg tror det kan give yderligere forskel. Det vil give yderligere ulighed, for i forvejen er der jo ulighed. Det kan man se, og vi høre det også fra forskellige studier og fra, at man ved at nogle med anden etnisk herkomst bliver ikke tilbudt samme grad hjerterehabilitering eksempelvis som en etnisk dansker gør. Og det er jo fordi der er nogle ting der er lidt besværligt, for nu skal man os have tolk." (Sygeplejerske Nanna, interview)

Ifølge Nannas beskrivelse anskues stemplingen af kvinderne, og deres forventede sproglige begrænsninger, som årsag til den *tribale stigma*, og som påvirkning til afvigelsen af sundhedstilbuddene. I Goffmans stemplingsteori er det forforståelsen om det enkelte individ, som er bærende faktorer i stemplingen. Da antagelsen om menneskets social identitet synliggøres før mødet på baggrund af fordomme. (Goffman 1975 s. 84) Stemplingsmekanismen kan insinueres i personalets fortællinger om fordommen som, at det kan opstå før selve mødet med kvinderne, og derved miskreditere patienternes sociale status ud fra sprog og etnicitet. (Ibid.)

Omkostningen i stemplingen er at kvindernes sociale identitet kan blive usynliggjort, og derved medføre en afvigelse i forhold til deres videre deltagelse i samfundet, da de etniske minoritetskvinder kan føle sig fremmedgjort og udstødt på grund af kategoriseringen som værende en "svær sag". (Ejrnæs et al 2002 s.23) I personalets forståelse er det ikke et ønske at stemple eller kategorisere kvinderne som en problematisk sag, men nærmere en frustration og frygt for misforståelser i behandlingen og afklaringen af patientens helbred. I eksemplet fra sygeplejersken fortæller hun, at etniske minoriteter ikke modtager samme tilbud som en etnisk dansk patient, da tilgangen er hurtigere og nemmere for en etnisk dansk borger. Sidestillesen af borgere i behandlinger på baggrund af sprogkundskaber er ulighedsskabende, idet at sundhedsloven medgiver, at alle borgere har ret til samme behandling indenfor sundhedsvæsenet. En anden forekommende barriere er, at sundhedspersonalet nærmest udelukkende fokuserer på udgangspunktet for mødet, og dermed forglemmer det helhedsorienterede blik for patientens

mulige sociale eller helbredsmæssige udfordringer. I interviewet med farmaceuten fortæller hun om helhedssynets miskreditering.

”Vi ser et problem af gangen. Når en patient kommer pga. Diabetes, så... fokuserer vi kun på diabetes, vi ser ikke sådan en helhedsorientering af deres problemer. Vi glemmer nogle gange at de (ikke kun) har diabetes men også har nogle familieproblemer og måske de har økonomiske problemer og har PTSD eller depression. Vi glemmer alt andet og fokuserer på en ting af gangen. Og så tænker jeg, at dét er netop dér... at systemet fejler engang imellem.” (Farmaceut, interview)

Farmaceuten fortæller om de udfordringer samarbejdet kan give, hvis ikke helhedssynet er intakt i mødet med patienten. Forglemmelsen af helhedssynet mener jeg anses som værende påvirket af tid- og ressourcemangle hos behandlerne, og derved skabes der en endvidere stemping af målgruppen, da de *”vejer tungest”* i forhold til borgerne med bedre dansk kundskaber.

I Goffmans stigmabegreb er individets eget selvbillede påvirkeligt, da det er afhængigt af andre menneskers anerkendelse. Denne mislykkede anerkendelse af identiteten kan bidrage til yderligere mekanismer, som kan skabe ulighed og afvigelse for kvinderne. Et eksempel er udstødelse og afvisning af tilbud på baggrund af misforstået kommunikation. Her kan patienterne føler sig negligeret og fremmegjort, da de ikke har sikre nok dansk kundskaber. Dette stigma vil give anledning til en begrænsning af individets udfoldelsesmuligheder, samt afvigelse, da kvinderne ikke vil ydmyges offentlighedt. (Goffman 2009 s.46-47)

Stempingseffekten er skabt ud fra de forforståelser som sundhedspersonalet bibringer til, i arbejdet. Problematikkerne beskrevet af sundhedspersonalet medgiver en forståelse af, at arbejdet med kvinderne kan være frustrerende og frygtfuld, idet misforståelser mellem aktørerne vanskeliggøre det sociale arbejde før et evt. møde. I Goffmans stigma er individets eget selvbillede påvirkeligt, da den er afhængig af andre menneskers anerkendelse. (Goffman 2009 s.46-47) Denne anerkendelse antages som en nødvendighed i arbejdet med kvinderne, da den vil medvirke til en positiv skabelse af den sociale identitet, og fremrykkelsen vil synliggøre de etniske minoritet kvinders sociale accept.

ANALYSE DEL 2 - HVILKE METODISKE TILGANGE VÆGTES I RELATIONSSKABELSEN OG ANERKENDELSEN AF PATIENTGRUPPEN I MØDET?

I følgende afsnit er undersøgelsens fokus på den gode samtale og det metodefokus, som indvandrermedicinsk klinik benytter i mødet med kvinderne. Der analyseres på hvilke positive indvirkninger relationsarbejdet, i henhold til medarbejderne, har i forhold til kvindernes anerkendelse af sundhedspersonalet.

DEN GODE SAMTALE

På Indvandrermedicinsk Klinik er relationsskabelsen og anerkendelsen af patientens egen sygdomsforståelse essentielt i mødet. Holdningen er, at man i samtalen anerkender patientens udfordringer og kultur, og deraf giver plads til kvindernes egne betragtninger af helbredet og de sociale problematikker de har med sig. I opstartsfasen af den gode samtale er relationsskabelsen væsentlig, da den kan medvirke til en dynamisk og stærkt tillidspræget interaktion i de efterfølgende møder mellem patient og professionel. (Hutchinson & Oltegal 2006 s.114-118)

I interviewet med sygeplejersken Nanna betoner hun nødvendigheden af relationskabelsen og anerkendelsen af kvindernes identitet.

”Jeg tænker først og fremmest (det gælder om) at være åben for hvad er det for et menneske der kommer ind... Og hvad er det for en historie de har, og så lytte meget til, hvad er det de selv ser de har for et problem, og hvordan det ligesom er en historie omkring deres liv og i det hele taget hvordan lever de med den sygdom... Men i særlig grad være nysgerrig og anerkend det patienten kommer med.” (Sygeplejerske Nanna, interview)

Ifølge hende opstår det gode relationsarbejde med kvinderne i anerkendelsen af kvindernes identitet, og i det, at være aktiv lyttende i forhold til patientens beretninger om egen livsanskuelse og helbreds begrænsninger. Denne anskuelse kan fortolkes ud fra Shulmans interaktionelle perspektiv, hvor han fremhæver, at socialarbejderen skal vise følelse og forståelse overfor patientens fortællinger. Ud fra denne metodeteknik agerer personalet åbent og empatisk, hvilket i

sidste ende kan bidrage til et tillidsbånd mellem aktørerne på feltet. (*Hutchinson & Oltedal 2006 s.114-118*)

Nanna forklarer videre om hvilken væsentlighed relationen har for den gode samtale.

”ja det (er) kæmpe vigtigt. Hvis man ikke for den tillid eller opbygger den relation med den person, så har man jo ikke noget at basere noget som helst på. Så det er også en nødvendig forudsætning. Det er at man får en relation med den person. Det må man bruge tid på. Det er ikke noget der bare kommer af sig selv. Det er noget man skal vise via den måde man kommunikerer på og den måde man anerkender personen på, og viser empati og de kommunikative redskaber som man nu har med sig.” (Sygeplejerske Nanna, interview)

Hun antager altså at relationsskabelsen til kvinderne er afgørende relevant, da anerkendelsen og empatien til patienten kan åbne op for en helhedsorienteret forståelse af problematikkerne. Da patienterne har mulighed for at berette om vanskeligheder som påvirker deres hverdag. Dette kan bevirke til medinddragelse af kvinderne, og deraf til at styrke deres identitet i forhold til anerkendelse og integration i samfundet. I IMK vægtes den gode samtale som værende yderst betydningsfuld, da den medgiver en positiv oplevelse og til en udvikling af kvindernes opfattelse om egen helbredssituation. Samt giver den gode samtale anledning til en bredere forståelse af de muligheder og tiltag, som er gavnlige i behandlingsprocessen. Relationens og tillidens betydning i første fase af mødet bidrager desuden til en tydeliggørelse af de professionelles rolle og den gensidige forventningsafstemning, som kan give de etniske minoritetskvinder en følelse af inddragelse i behandlingsforløbet. I et interaktionistisk perspektiv er relationen identitetsskabende, da den formes ud fra det møde mennesket har i sociale kontekster med andre. (*Hutchinson & Oltedal 2006 s.89*) Desuden er personalets relationsarbejde medvirkende til kvindernes følelse af imødekommenhed og af accept af deres kultur. Empatien i mødet er ligeledes en væsentlig faktor, da den medvirker til de professionelles forståelse af patientens livsverden og fordomsfri indblik i patientens udfordringer. Mekanismerne kan medvirke til et bredere indblik og tillidsskabende tilgang i kontakten. (*Kokkinn 2005 s.176-177*) I interviewet med Morten Sodemann fremhæver han anerkendelsens betydning for relationen i mødet.

”Dét de gerne vil have er at vi prøver at finde nogle kroge i deres liv, som man ligesom kan hænge forklaringer op på og nogle forståelser op på, men også, sådan en hjælp til at finde deres ressourcer og deres muligheder, og hvad der gør dem glade, og hvad de kan og hvad de er bange for. Og hvordan det kan bruges til at forklare symptomerne og forstå sygdommen, men også for at øge deres selvforståelse og tro på sig selv igen.” (Morten Sodemann, interview)

I Sodemanns antagelse af relationsskabelsen, er anderkendelse af individets egne fortællinger betydningsfulde, da den fremskynder en styrket relation og tillid til fagpersonalet på baggrund af anerkendelse af kvinderne via samtalen. Desuden medbringer metoden en inddragende tilgang, da man fokuserer på patienternes egne livshistorier og dermed øger kvindernes selvindsigt og tro på dem selv. Sodemann mener at relationen medgiver en åbenhed i samtalen, som skaber yderligere forståelse af patienternes livshistorier.

”Og når man ligesom får det filtret fra hinanden og får skilt tingene ad, jamen så er der noget med et gebis, og noget lektiehjælp, og man har ikke råd til medicin, og manden er dum, og en af pigerne er åndsvage, og så kan man ligesom langsomt få det filtret fra hinanden, så det er til at leve med igen.” (Morten Sodemann, Interview)

Ifølge ham anses interaktionen som ”nøglen” til tilliden og som har givet adgang til kvindernes åbenhed. Derved formes et fælles mål, som kan afklare kvindernes sociale og helbredsmæssige problemstillinger. Goffman fremhæver at menneskers interaktion kan medvirke til *”dannelsen af sociale netværk og relationer, som bidrager til fællesskabet i samfundet.” (Andersen 2013 s.139)* Relationen er en betydelig faktor i anerkendelsen, da den bevirker til et forbedret samarbejde. Tilgangen giver desuden en helhedsorienteret forståelse af de sociale og helbredsmæssige problematikker kvinderne bærer rundt på. Ud fra Shulmans samtaleteknik anses anerkendelse og empati overfor patienterne, som værende betydningsfulde faktorer for at styrke relationen og tilliden. I den gode samtale er det vigtigt at forstå patientens udfordringer, men også personens kultur, da dette påvirker identiteten i en grad, hvorpå patienten bedre føler sig hørt, set og anerkendt af samfundet. *(Kokkinn 2005 s.130)* I IMK er ressourcerne og tiden væsentlige faktorer i forhold til behandlingen af kvinderne. Det er væsentligt at personalet kan gå i dybden i sagerne, og

har tid til at fokusere på helheden i patientens liv. Dette er arbejdsforhold som opbygger en positiv og styrkende social identitet.

"Man har tid, man har tolk og man har en tålmodighed på en anden måde. Og det er fuldstændigt en nødvendig forudsætning, når man har nogle som er kørt fuldstændigt fast i systemet... At være nysgerrig på hvad er det for et menneske og hvad er det for en historie de har, og så lytte meget til hvad er det de selv ser, de har for et problem, og hvordan det ligesom er en historie omkring deres liv, og i det hele taget, hvordan lever de med den sygdom" (Sygeplejerske Nanna, interview)

Nanna forklarer om tilgangen i mødet og nødvendigheden af anerkendelse og tid i forhold til den positive indvirkning i samtalen.

I et interaktionistisk perspektiv *"er samspillet mellem mennesker centralt"* (Hutchinson & Oltedal 2006 s.89), da skabelsen af tillid formes ud fra de åbne interaktioner mellem mennesker, samt ud fra patientens egne fortolkninger af livssituationen. (Hutchinson & Oltedal 2006 s.89) I den interaktionistiske forståelse er det patientens egen fortælling som er i fokus, derved skal den professionelle agere på øjenhøjde. Derved skabes der ikke et magtforhold mellem aktørerne. (Hutchinson & Oltedal 2006 s.136-137)

Ifølge Shulmans fire faser er en god samtale i midter(arbejds)fasen, hvor den professionelle skal være empatisk og dele følelser med patienten, idet tilgangen medvirker til et styrket samspil og fokus på gensidig forståelse af patientens begrænsninger. (Hutchinson & Oltedal 2006 s.116-117)

Indvirkningen skal bidrage til relationsskabelse og øge tilliden mellem aktørerne, og derved udforme en fælles forståelse af mulige tiltag. I Shulmans forståelse af den gode samtale er medindflydelse og empatien for individet essentielt, hvis relationen og tilliden skal bestå, da patienten gerne skal føle sig hørt og anerkendt, som en ligeværdig borger, af den professionelle. Desuden er forberedelse og åbenhed i samtalen væsentlig, da den kan betyde en positiv indvirkning i forhold til det videre samarbejde. (Hutchinson & Oltedal 2006 s.116-117)

ANERKENDELSE I MØDET

En af de væsentligste faktorer i metoden, som IMK arbejder ud fra, er den anerkendende tilgang. Anerkendelse af de enkelte kvinders identitet håbes at medvirke til styrkelsen af deres selvopfattelse og eget livssyn. Derudover skaber anerkendelsen af individet en bestyrket

identitetsopfattelse, som kan være gavnlig i det videre forløb. I bogen *Anerkendelse og Dømmekraft* beskriver Høilund og Juul, at anerkendelse kommer af den frihed og gensidighed individet oppebærer fra modparten. Denne gensidighed bidrager til individets selvbevidsthed og accept i samfundet. (Høilund & Juul 2015 s.24-26) På IMK er anerkendelsen af patientens identitet et af de elementer personalet anser som progressive i det gode sociale arbejde, da anerkendelsen medfører en forbedret tillid og relation i mødet.

I interviewet med Line forklarer hun om nødvendigheden i anerkendelsen. *"Først og fremmest at se og høre og anerkende dét der bliver sagt. Det er punkt nummer et vil jeg sige. Og give dem mulighed for at sige hvad de tænker, og hvad de gerne vil, hvis de kan det."* Hun mener at anerkendelsen og åbenheden i samtalen er relevant, da man skal give kvinderne plads til at reflektere over egen livssituation. Refleksionen skal bevirke til, at de forhåbentligt opbygger selverkendelse og ideer til mulige tiltag, som er gavnlige i afklaringen af deres sociale- og helbredsproblematikker. Desuden bidrager metoden til en selvstændighed, da kvinderne oplever en anerkendelse af egen social identitet. Line uddyber:

"Vi tager udgangspunkt i dét som patienten kommer med og dét som patienten fortæller om sit liv. Og vi kobler det til noget sundhedsfaglig vejledning. Det gælder om at få dem til at tænke over, hvad det er de har af udfordringer, så de kan komme videre. Give dem en følelse af, at de faktisk kan gøre noget ved deres situation." (Sygeplejerske Line, interview)

Line fremhæver vigtigheden i anerkendelsen af kvindernes oplevelser, som skal medvirke til empowerment tilgangen, hvor kvindernes selvrefleksion over udfordringerne og mulige tiltag skal styrke deres motivation. Dette kan tilkendegive en følelse af selvstændighed, da kvinderne af den vej modtager de nødvendige redskaber, og derefter finder egne udveje i nedbrydningen af barriererne, da de er eksperter i forhold til deres egne udfordringer. (Andersen & Larsen 2004 s.434-435) Line støtter derfor kvinderne i deres refleksioner og ideer til, hvilket behandlingstilbud som kan være relevant for netop dem.

I samtalen er åbenhed og kropssprog bestyrkende faktorer, som former anerkendelsen af patientens identitet. Det åbne kropssprog giver en respekterende og tillidsetablerende formel, da den medvirker til relationsskabens struktur i samtalen. Derudover bevirker kropssproget til

dynamikken og varmen i mødet. Dette er vigtige faktorer i indvirkningen af tillidsbåndet i interaktionsprocessen. (Hutchinson & Oltedal 2006 s.114-116) I Shulmans perspektiv er det vigtigt at den professionelle reflekterer over samspillet, da det er relationen som medvirker til udviklingen af tillid og anerkendelsen af patientens problemstillinger. (Ibid. s.114)

Ifølge Line fremmes gennembrydningen i patientens helbredsafklaringen gennem kontaktens relevans i samtalen.

”At være lydhør overfor deres fortælling. Hvis jeg bare tromler derud med mine dagsordener og egentligt ikke ser eller hører dem, så får jeg ikke skabt den kontakt. Så det er en åben dialog, og måden man taler med folk, og den måde man sidder, kropssprog og berøring der kan være mange elementer i det, som man kan bruge mere eller mindre bevidst.” (Sygeplejerske Line, interview)

I Høilund og Juuls beskrivelse af anerkendelsen belyser de problematikken om patientens følelse af umyndiggørelse på baggrund af misforståelser og den ikke-lyttende tilgang til den udsatte. De beskriver, at anerkendelse er mere end *”rent fysisk, det kræver, at borgeren bliver synlig som et individ med en unik personlighed.”* (Høilund & Juul 2015 s.29)

I interviewet med farmaceuten, forklarer hun om anerkendelsens betydning i arbejdet.

”At give tid til patienten og deres historie, og være lyttende og være interesseret i deres livshistorie. Det er en af de bedste tilgange man kan bruge med denne målgruppe. At have en anerkendende tilgang overfor deres historie og give dem håb, det er, hvad de har mistet for lang tid siden.”
(Farmaceut, interview)

Ifølge hende er anerkendelse særlig vigtigt, da patienten skal imødekommes og støttes i afklaringen af de sociale og helbreds-mæssige barrierer. Derudover anser hun det nødvendigt, at den professionelle sætter tid af til at forstå patientens livshistorie, da det kan bestyrke en anerkendende tilgang i mødet. Hun forklarer at man skal *”forstå dem og møde dem der som de er, ellers skaber det ubalance”* (farmaceut, interview) Det at sætte sig ind i kvindernes problematikker, og forstå hvilke udfordringer de oplever, er faktorer, som kan styrke interaktionen.

I interviewet med socialrådgiveren fortæller hun om tilliden og dets relevans i samtalen. *"Tillid er at være tryk i samtalen... hvis du ikke har tillid, så kan det være at du aldrig kommer ind til kernen af problemet. Og hvis du ikke har tid til at høre på, hvad der er kernen i det, så kommer vi jo heller ikke nogle vegne."* Socialrådgiveren fremhæver de konsekvenser der kan forekomme, hvis tilliden glippes i mødet. Hun understreger, at tilliden skaber tryk for patienten, og at tilliden åbner op for patientens problemstilling. Hvis tilliden udebliver risikerer det at kernen i afklaringen af patientens helbredssituation også udebliver. Ud fra socialrådgiverens oplevelser, anses tilliden til at være nøglen til en bredere forståelse af kvindernes begrænsninger, da tilliden mellem aktørerne gensagt skaber tryk og anerkendelse af patientens identitet.

Judy Kokkinn beskriver i bogen *Profesjonelt sosialt arbeid*, om væsentligheden i kenskabet og helhedssynet i mødet. Kokkinn fremhæver, at kenskabet til patientens sociale forudsætninger og helhedssynet før et møde, kan medvirke til anerkendelsen af patientens situation. Da man skal være forberedt og åben overfor patientens egne forståelse af udfordringerne. *(Kokkinn 2005 s.181-182)* Helhedssynet anses som medvirkende til de professionelles helhedsforståelse af kvindernes situation.

I Honneths anerkendelsesteori er det en nødvendighed at anerkende patienten i det private, retslige og solidariske sfærer, hvis individet skal opleve det gode liv. Tilgangen medgiver en styrkelse af kvindernes identitet, og kan bidrage til at formindske den misforståede kommunikation, da begge parter vil have reduceret deres modrettede fordomme på baggrund af en styrket relation. *(Høilund & Juul 2015 s.27-28)*

Anerkendelsen har betydelig indvirkning på rehabilitering af kvindernes selvopfattelse og identitet, da anerkendelsen medvirker til en styrket tillid og relation mellem patient og personale. Desuden er anerkendelsen brobygger i den gode samtale, da misforståelser og mistilid formindskes i mødet. I samtalemotoden på IMK, anses anerkendelse af individet, som værende fundamental, da kvinderne bliver selvstændiggjort og hørt via et åbent kropssprog og en aktiv lyttende tilgang i forhold til deres livshistorier. Dette bidrager til en åben dialog, og muliggør afklaringen af kvindernes sociale og helbredsmæssige barrierer. I Høilund og Juuls beskrivelse af anerkendelse er det en nødvendighed, at få opbygget patientens selvopfattelse og socialidentitet, da anerkendelsen kan styrke individet. *(Høilund & Juul 2015 s.29)* Åbent kropssprog er yderligere faktorer i anerkendelsen af kvinderne. At signalere varme og åbenhed i mødet kan være

mekanismer, som skaber frirum til patientens etablering af egen identitet. I anerkendelsesteorien anses anerkendelsen af kvindernes egen formåen i afklaringen, som værende en anerkendelse af kvindernes individualitet. Selverkendelsen bidrager til patientens sociale værdsættelse, som øger og former kvindernes respekt for og fra samfundet. (Høilund & Juul 2015 s.27-28) Metoden kan bidrage til skabelse af social identitet, og omformer kvindernes forforståelser af systemet. For at kvinderne skal udleve "det gode liv", som anerkendelsesteorien fremhæver, er anerkendelsen af kvindernes livshistorie og kultur faktorer som kan bestyrke kvindernes videre anerkendelse i samfundet. Anerkendelsen af kvinderne er væsentlig, da den medføre "menneskelig opblomstring, som vil gavne patienten, samfundets institutioner og samfundet som helhed." (Høilund & Juul 2015 s.30-31)

ANALYSE DEL 3 - HVILKE UDFORDRINGER KAN BRUGERBETALING PÅ TOLKEBISTAND SKABE?

I følgende afsnit er fokus, lovforslaget om egenbetaling af tolkebistand og de konsekvenser dette medfører. Derudover diskuteres kvaliteten af tolke og væsentligheden i håndtering af tolkebruget.

RETLIG REGULERING

Regeringen har i marts 2018, med støtte fra Dansk folkeparti, lagt op til et lovforslag vedrørende egenbetaling af tolkebistand for patienter tilknyttet sundhedsvæsenet, hvis disse har været bosiddende i Danmark i over 3 år. Forslaget er en genganger af en tidligere lov fra 2011, hvor personer, som var bosiddende i Danmark over 7 år, skulle betale et gebyr for brug af tolkebistand. Loven blev dog kun kortvarigt gældende og afskaffet samme år grundet, "at man ville være sikker på, at ingen borgere undlod at søge lægehjælp i tide". (Slot & Thomsen, Institut for Menneskerettigheder. Bragt i Politiken 12. januar 2018)

Flere fagfolk og organisationer har været hurtigt ude og kritisere regeringens lovforslag, og udtrykker bekymring for, "at egenbetaling for tolkning kan få den konsekvens, at patienter uden gode danskundskaber ikke får den hjælp, de har brug for." (Slot & Thomsen, Institut for Menneskerettigheder. Bragt i Politiken 12. januar 2018)

I min tolkning af lovforslaget anses dette som værende endnu et udtryk for symbolpolitik og kan beklageligt være medvirkende til en ringere afklaring af de etniske minoriteters helbredstilstand, som i forvejen har socioøkonomiske og sproglige begrænsninger. I et hørings svar og flere debatindlæg fra henholdsvis Dansk flygtningehjælp og Overlæge Morten Sodemann diskuteres de forventede konsekvenser af dette lovforslag.

"Indførelsen af gebyr på tolkebistand vil med stor sandsynlighed have den konsekvens, at patienter vil forsøge at klare sig uden tolk eller i højere grad anvende venner, familiemedlemmer og børn som tolk for at undgå at betale gebyret for tolkning. Det er uhensigtsmæssigt både i forhold til tolkningens kvalitet, relationen til de pårørende og ikke mindst i forhold til barnets tarv jf. Børnekonventionen." (Hørings svar Dansk flygtningehjælp 2018 s.3)

Patienterne, som hovedsageligt rammes, er etniske minoritetskvinder, da de på baggrund af ringere dansk kundskaber ikke vil modtage den nødvendige råd og vejledning, som sundhedslovens retningslinje adviserer til, at alle borgere retmæssigt tilbydes. Lovforslaget kan i værste tilfælde skabe ulighed og risikofaktorer i samfundets sundhedsområder og sociale felt. Derudover kan lovforslaget medføre livstruende og kroniske helbredsforhold, som vil begrænse patientens helbredstilstand.

"Hvem har ansvaret, hvis en patient ikke har råd til tolk og derfor ikke forstår det informerede samtykke (og enten klager over at blive behandlet uden at vide det, eller hvis der opstår en lægefejl, komplikation eller bivirkning, som får langtidsfølger, fordi patienten ikke har den fornødne information til at reagere selv)." (Sodemann, Sundhedspolitisk Tidsskrift 2018)

I citatet beskriver Morten Sodemann konsekvenserne ved lovforslagets retningslinje, som kan bidrage til en fratagelse af individets rettigheder i forhold til forvaltningsretten, da det informerede samtykke negligeres og patientens klagemuligheder vanskeliggøres. Dette kan medføre ulighed i forvaltningsret, og bibringe risici i form af fejlbehandling og formindsket klagemuligheder, da patienten ikke forstår det informerede samtykke og derved udstødes af samfundet.

Lovforslaget fra regeringen om egenbetaling af tolkebistand, efter ophold i Danmark i over 3 år, bidrager til yderligere udfordringer i personalets arbejde. I interviewet med farmaceuten på IMK Hvidovre, fortæller hun om de udfordringer det kan medføre.

”Udfordringerne er det, at de måske slet ikke møder op til møderne. Altså til aftalerne, fordi de i forvejen har dårlig økonomi. Så tænker jeg (at) det bliver værre medmindre man har nogle tanker for, hvordan kan vi få dem til at lære dansk inden tre år. Hvis de ikke har (ideer til det), så ved jeg ikke hvordan vi kan håndtere det.” (Farmaceut, interview)

Problematikken i at patienterne ikke møder op til samtalerne eller til behandling kan medføre alvorlige konsekvenser for den enkelte patient og i værste tilfælde i form af en livstruende helbredstilstand. Samtidigt risikerer dette at koste samfundet dyrt, ved eksempelvis at øge risikoen for genindlæggelser, komplikationer i sygdom og personlig passivitet. I et debatindlæg ved (instituttet for menneskerettigheder fra 14. februar 2018) skriver Line Vikkelsø Slot, chefkonsulent, og Tine Birkelund Thomsen, specialkonsulent, at egenbetaling på tolke vil ”få den konsekvens, at patienter, som ikke taler godt dansk, fremover ikke får den rette hjælp, når de er syge – enten fordi de helt undlader at gå til lægen, når de er syge, eller fordi de hakker sig igennem konsultationen uden tolk, og planen for behandling bliver derefter.”

Konsekvenserne ved en egenbetaling af tolkebistand synliggør en ulighed i sundhedsvæsenet, da alle patienter dermed ikke får den retsmæssige råd og vejledning af sundhedspersonalet. Desuden kan egenbetaling af tolkebistand give ny anledning til problematikken omkring benyttelse af egne børns sprogkundskaber til tolkning af forældrenes møder med systemet. Før 2015 kunne forældre lovligt benytte sig af deres børn (uanset barnets alder) som tolke. Noget som risikerede at påføre børnene ødelæggende konsekvenser, da de skulle oversætte sociale, traumatiserende eller helbredsmæssige problematikker omkring deres allernærmeste, som ingen børn burde hverken høre, forstå eller oversætte. Samtidig med at de ofte blev sat i en situation, som ikke var selvvalgt. I 2015 ændrede man loven, så det i dag kun er lovligt at få børn over 15 år til at agere tolke, og kun i lette og uproblematisk tilfælde. (Slot & Thomsen, Institut for Menneskerettigheder. Bragt i Politiken 12. januar 2018) Konsekvenserne i lovforslaget er, at presset mod patientgruppen intensiveres, og tillagt tidspresset i sundhedsvæsenet, kan det antages, at der opstår en forhøjet

risiko for at børn atter indtager tolkerollen, da de forventeligt oftere medbringes til samtaler og møder, og det hermed påhviler fagpersonalet at afvise børnenes inddragelse.

I et debatindlæg skrevet i *Sundhedspolitisk Tidsskrift af Morten Sodemann d. 22.april 2018* kritiseres politikerne for, at have begået en "forbrydelse imod patientsikkerheden og menneskerettighederne." Sodemann skriver, at tolkegebyret vil have væsentlige konsekvenser for de enkelte patienter, da sprog og kommunikation er et vigtigt element i samtalen. Kritikken, som han beskriver i debatindlægget, omhandler ansvaret for patienternes råd og vejledning, da nogle dermed ikke forstår lægen informationer. Sodemann belyser problemstillingen om det retsmæssige ansvar sundhedssystemet har i forhold til patienterne.

"Hvis en patient ikke har råd til tolk og derfor ikke forstår det informerede samtykke (og enten klager over at blive behandlet uden at vide det, eller hvis der opstår en lægefejl, komplikation eller bivirkning, som får langtidsfølger, fordi patienten ikke har den fornødne information til at reagere selv). Et informeret samtykke er ikke en serviceydelse, men en forvaltningsmæssig afgørelse, hvor patienten kan gøre ansvar gældende overfor den enkelte læge/sygeplejerske. Det er ulovligt at kræve gebyr for en forvaltningsretlig afgørelse." (Sundhedspolitisk tidsskrift 22 april 2018)

I citatet fremhæver Morten Sodemann den retslige forringelse patienterne står over for ved oprettelsen af egenbetaling af tolkebistand. Derudover kan det antages, at en formindsket tolkebistand vil kunne fremtvinge risikofaktorer, såsom; udstødelse og formindsket retlig anerkendelse. I indlægget beskriver Sodemann at, "i en rapport fra 2017 blev det påvist, at tre ud af fire patienter henvist til Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital havde oplevet to eller flere betydende patientfejl alene pga. manglende tolk." (Sundhedspolitisk tidsskrift 22 april 2018) Problematikken i den manglende tolkning kan altså udover patientudstødelse medvirke til faktorer, som er faretruende for patienterne, idet at kommunikationen og vejledningen glippes i mødet. Rapporten, som henvises til i debatindlægget, er en undersøgelse foretaget på IMK Odense, hvor Sodemann netop har undersøgt de problemer sprogbarrierer kan få af konsekvenser.

I nedenfor tabel fra rapporten (*Misforståede symptomer, alvorlige fejlopfattelser og utilsigtede hændelser involverende etniske minoritetspatienter med sprogbarrierer*) vises to forskellige

patienters hændelser og konsekvenser i behandlingsforløbet alene på baggrund af sprogbarrierer. Jeg har kun taget et udsnit af hændelserne, da undersøgelsen har 147 patienter tilknyttet. Deraf er 31 hændelser fremlagt ift. sprogbarrieren. (Sodemann 2017 s.3)

	<i>Hændelse A</i>	<i>Hændelse B</i>	<i>Faktiske problem</i>	<i>Konsekvens</i>
1	<i>Afvises af psykiaterne pga. kompleks uafklaret psykisk tilstand der ikke kan varetages i psykiatrien.</i>	<i>Afvises af traume og torturbehandlingscenter fordi patienten ikke anses for modtagelig for behandling</i>	<i>Patienten viser sig at være bange for fremmede og har ikke fortalt om sine tanker og oplevelser</i>	<i>Ingen behandling for angst og krigstraumer</i>
3	<i>Henvist med uforklarede smerter og særligt brystsmerter samt angst</i>	<i>Opfattes som kronisk smertepatient</i>	<i>Ved undersøgelse viste der sig at være flere diskusprolaps i nakken med rodtryk-tilbydes operation</i>	<i>Forsinket behandling med risiko for varigskade</i>

(Sodemann 2017 s.6)

Baggrunden for rapporten var at fremvise patienter tilknyttet IMK Odense og deres kompleksiteter og de udfordringer de har med sig. Desuden viser tabellen patienternes fejlkommunikation i mødet med sundhedsvæsnet, og hvilke vanskelige konsekvenser de heraf lever med.

I Honneths anerkendelsesteori kan brugerbetaling beskrives som en form for *desrespekt* af individet, som kan underminere anerkendelsen. Denne *desrespekt* opstår i nægtelse af patientrettighederne, hvormed kvinderne ikke længere kan modtage tolkebistand, uden en egenbetaling. (Høilund & Juul 2015 s.28-29) Derudover kan *desrespekten* være medvirkende til yderligere konsekvenser for patienterne, da de ikke modtager den rette behandling og værste tilfælde risikere at tabes på gulvet. Desuden fratages det informeret samtykke patienten, da forståelsen af råd og vejledning nemmere glippes i mødet, hvis ikke tolke er tilstede.

KVALITETS SIKRING

En problematik, der giver yderligere udfordringer i tolkningen, er tolkebistandens kvalitet. Sundhedsstyrelsen fremhæver i deres undersøgelse fra 2010, at tolkene ikke har samme kompetencer og på den baggrund kan der skabes risiko for fejltolkning i møderne.

"For personalet kan det være en udfordring at få adgang til kvalificerede tolke enten i face-to-face tolkesessioner eller som teletolkning. Muligheden for at tilkalde en kvalificeret tolk påvirkes af, at der er stor variation i tolkenes kompetencer og rammerne for mødet - herunder om der er tale om et langvarigt, planlagt forløb eller om det er en akut henvendelse." (Sundhedsstyrelsen 2010 s.23)

Problematikken om kvaliteten af tolke er et problem som diskuteres i IMK. At tolkene ikke kan oversætte diagnoser eller behandlingstiltag korrekt påvirker tilliden mellem patient og fagprofessionel. Desuden bidrager fejltolkningen til patientens følelse misforståelse og frygt for at blive umyndiggjort i samtalen. En sidestillende problemstilling, som opleves, er at personalet ikke modtager undervisning i forhold til kulturmøder og håndtering af tolke i mødet med patienterne. I mit interview med Morten Sodemann kommer han ind på betydningsfulde mangler i sundhedsvæsnet, som han mener burde bestyrkes i sundhedsuddannelserne.

"...de helt grundlæggende kompetencer mangler, det er altså en stor del af problemet. Det er det ene. Og det andet er, at de ikke får -, de har kommunikationsundervisning, men de får ikke undervisning i at bruge tolkebistand, og det er faktisk ikke helt nemt når man ikke har prøvet det før. Folk laver mange fodfejl, og tolke der skal beskrive nogle horrible samtaler fordi lægerne er simpelthen ikke i stand til, at styre en samtale med tolken."

(Sodemann, interview 2018)

Det han efterlyser er, at uddannelserne skal styrke undervisningen i håndtering af tolke. Han oplyser, at den manglende kommunikation med patienterne kan skabe risiko for yderligere udstødelse, og at det kan påvirke patientens videre behandling. Tolkebistanden, som er en væsentlighed i mange af samtalerne med kvinderne, er et fokusområde sundhedsvæsnet skal eftertænke, da denne problematik kan skabe større skillelinjer mellem patient og behandlingssystem. Ud fra egne erfaringer anser jeg tolkningen som en nødvendighed i samtalen, da den medbringer en fælles forståelse og kommunikation om problemet som skal afklares, samt

medvirker til relationen og tilliden i mødet. Desuden er håndteringen af tolke vigtig, da kommunikationen forgår på tværs, og derfor vil relationen med patienten udfordres, hvis ikke man formår at styre samtalen. Mekanismerne, som fejltolkning bibringer, er problematiske, da en afklaring i forhold til det videre forløb forsinkes, hvilket vil koste velfærdssamfundet dyrt på lang sigt, samtidig at kvindernes helbredssituation muligvis forværres grundet manglende afklaring.

KONKLUSION

IMK basseres på en forforståelse om, at den tværfaglige indsats og kommunikation er forfejlet i sundhedsvæsnet. Jeg antager at sundhedsvæsnets mangel på ressourcer har givet anledning til oprettelsen af klinikken. Klinikens organisatoriske opsætning har en flerfaglighed, da samarbejdet på tværs af faggrupperne skal medvirke til en forbedret afklaring af patienternes behandling. Anført af Morten Sodemann antydes, at problematikken i etniske monoriteters manglende afklaring af helbred, er sundhedsvæsnets udbyggede specialiseringer, som desværre udfordrer den helhedsorienteret forståelse af det enkelte individs barrierer. IMK er oprettet for at fremrykke og styrke behandlingen af denne patientgruppe, som har flere forskellige kompleksiteter i forhold til det sociale og helbredsmæssige. Den tværfaglige indsats og ressourcerne er altafgørende i det sociale arbejde, som IMK foretager.

De centrale udfordringerne, der opleves i mødet mellem patient og sundhedsvæsnet, er sprogvanskeligheder, misforstået kommunikation og kultursammenstød. Disse tre overordnede udfordringer har medvirket til den frustration og de barrierer som sundhedspersonalet oplever. Det er en afledt effekt af den sprogbarriere som personalet møder i kommunikationen med kvinderne. Effekten kan bibringe forhøjet risici i form af udstødelse og stemping, som kan medvirke til kvindernes formindskede følelse af anerkendelse på baggrund af misforstået fejlkommunikation, og også en forskelligartet forståelse af definitionen af sundhed. (*Järvinen, Larsen & Mortensen 2005 s.13*) Afvigelsen kan medføre yderligere social ulighed i sundhed, da patienterne ikke forstår den råd og vejledning de modtager, eller i værste tilfælde ikke møder op til behandlingen. Derudover anses stemplingens kraft som problematisk, da kvindernes sociale identitet miskrediteres, og derved udstødes de i opnåelsen af en positiv indvirkning af egen status, og social identitet i samfundet.

Ulighed i sundhed risikeres endvidere i form af det nye lovforlag om egenbetaling af tolkebistand. Tolkebistanden kan medvirke til kvindernes udstødelse og stigmatisering af egen identitet, da de vil have intensiveret deres vanskeligheder i forhold til forståelsen af behandlingsforløbet og afklaringsprocessen. Desuden kan egenbetaling medføre yderligere fattigdom for patienten, på baggrund af den forhøjede udgift for at kommunikere med sundhedssystemet.

Problemstillingerne kan skabe større skillelinjer mellem borger og system, og derudover vil lovforslaget formindske kvindernes retslige rettigheder, da dette vil fratage dem deres patientsikkerhed, som muliggør patientens ret til at klage over fejlbehandling eller misforståelser af behandlingsforløbet. Altså vil et tolkegebyr skabe ulighed i sundhed, da kvindernes rettigheder formindskes, da *"Tolke mindsker risikoen for fejlagtig oversættelse og har positiv betydning for præcighed i diagnosticering, ligesom det hænger sammen med patienttilfredshed, brug af sundhedsvæsenets ydelser og omkostninger forbundet hermed."* (Sundhedsstyrelsen 2010 s.23)

Kultursammenstødet anses som værende en effekt af de fordomme og forforståelser der stammer fra sundhedsvæsenet og fra kvinderne. Sundhedsvæsenets essentialistiske forståelse medgiver en form for indirekte afvisning og stempling af kvindernes kultur, da de fremstilles som værende udfordrende i behandlingen og afklaringen. Forståelsen kan give yderligere barrierer i relationen, da kvinderne vil føle sig udstødt og umyndiggjort på baggrund af deres etnicitet.

Kvindernes eget ansvar i forhold til medinddragelse er ligeledes et problem, som påvirker det sociale arbejde. Kvinderne påhviler alt ansvar på de professionelle, og deraf skabes mange misforståelser i afklaringen, da metoden om relationskabelsen via medinddragelse afvises i mødet. Uligheden der skabes i sundhedssektoren kan antages ud fra de faktorer, at kultur og sprogbarrierer er styrende elementer i arbejdet med disse etniske minoritetskvinder.

Ifølge Morten Sodemann starter udfordringerne allerede fra manglerne hos de sundhedsfagliges uddannelser, hvori undervisning i håndtering af tolke bør fulde mere i grunduddannelserne.

Denne problemstilling bidrager til øgede udfordringer i kommunikationen mellem aktørerne, da personale og patienter nemt føler frustration over, at den betydningsfulde råd og vejledning alt for let går tabt i kommunikationen.

Sodemann påtaler, at anerkendelsen af kvindernes identitet kan bidrage til en styrket relation og tillid til patienterne, samt muliggøre et helhedsorienteret afklaringsforløb af kvindernes sociale og helbredsmæssige begrænsninger. Dertil kan kulturbegrebet medvirke til et forbedret indblik i

kvindernes identitet, da man, ud fra det relationelle kulturbegreb, anser kvinderne som individer med en selvstændig kultur, som er skabt i de sociale kontekster de agerer i. Denne kultur kan ændres i mødet med andre, og derfor anses det relevant, at formindske de negative tankesæt af kvindernes kulturbaggrund. I det gode møde hos IMK er relationsarbejde, og anerkendelse af kvindernes kultur og livshistorier, en essentiel del af klinikkens arbejdsmetode. Det at give plads til patienterne og være helhedsorienterede i processen, er vigtige elementer i det gode møde. Oplevelsen af personalets tilgang til mødet med kvinderne er tilstræbt et anerkendende og åbent approach overfor den udefrakommende kultur. Tilgangen menes at bidrage til den positive kommunikation, da tilknytningsbåndet skaber tillid mellem patient og professionel. Anerkendelse af kvinderne er en central del i arbejdet, da anerkendelsen kan medvirke til en bestyrkelse af kvindernes selvopfattelse og identitet. Desuden vil anerkendelse bidrage til kvindernes følelse af accept som ligeværdige medborgere i samfundet. Hvis kvindernes sprogbarrierer og kultur ikke anerkendes kan det medføre til større ulighed i sundhed, idet stigmaet, udstødelsen og formindskede rettigheder skaber større skillelinjer i sundhedsvæsenet og i værste tilfælde social ulighed i sundhed.

PERSPEKTIVERING

Specialet konkluderer at udfordringerne sundhedspersonalet oplever i mødet kan medvirke til ulighed i sundhed, da patienterne bliver udstødt og fravalgt på grund af kultur og sprogbarrierer. Undersøgelsen har tydeliggjort (ud fra personalets oplevelser) hvilke tilgange som kan være bidragere til styrkelse af det sociale arbejde med de berørte etniske minoritetskvinder. Konklusionen i specialets undersøgelse har givet anledning til refleksioner over mulige tiltag, som yderligere kan bestyrke det gode møde. De handlingsforslag som anses værende relevante er: 1) En styrket tolkeindsats, 2) Politikerne bør indblandes i forståelsen af tolkes væsentlighed, 3) Flere specialtilbud, som kan støtte kvinderne i deres sundhedsforståelser. 4) Mere uddannelse eller undervisning til sundhedspersonalet omkring tolkebrug og kultur møder. De fire punkter anses som essentielle i forebyggelsen af ulighed i sundhed.

I undersøgelsen fortæller informanterne om fejlkommunikation og flere utilsigtede behandlingstiltag som sprogbarrieren medvirker til i mødet. Ud fra forslaget fra IMK om uddannet tolkeenhed i sundhedsområdet, har jeg reflekteret over muligheden for oprettelse af et

specialtolkekorps i sundhedsvæsnet, som har kompetencer indenfor sundhedsområdet og kultur. Et tiltag som dette kunne være gavnligt for både patient og professionel i mødet. Korpsen bør uddannes via social og sundhedsområdet, og derfor have faglig erfaring i at tolke sundhedsfaglige begreber til patienterne. Tiltaget vil kunne medvirke til en bestyrket tolkeindsats og hjælpe til kommunikation på feltet. Tolkning er en nødvendig forudsætning i mødet med disse patienter, og da behandlingen menes at styrke kvindernes helbredssituation og videre afklaring, bør netop tolkekompetencerne være i fokus og ikke nedprioriteres af ikke sundhedsfaglige politiske årsager. Politikernes indblanding i sundhedsområdets tolkebistand er derfor et relevant emne at diskutere. Da egenbetaling af tolkebistand kan betyde forhøjede faretruende helbreds udfordringer for patienterne, og i samme deroute bidrage til kvindernes stigma og formudrede afklaringsforløb. Politikernes tanke-sæt skal omdirigeres til en mere projektorienteret tilgang. Muligheden for opbygningen af et tilbud, hvori sundhed og helbred vil være et overordnet emne i undervisningen kunne være gavnlig for disse patienter, da de vil modtage og styrke en sammenkobling af sundheds- og sproglære i læringsprocessen. Desuden anser jeg, at sundhedspersonalet bør modtage langt mere undervisning i forståelsen af kulturmøder, tolke benyttelse og kulturforståelse, da det vil styrke det sundhedsfaglige og sociale arbejde med minoritets patienterne. Specialet fremhæver, ud fra IMK's metodiske tilgange, at anerkendelse og relationsskabelse er vigtige faktorer i samtaleformen. Tilgangen påvirker til åbenhed og imødekommenhed overfor kvinderne, og bidrager til en fælles forståelse af kvindernes sociale og helbredsmæssige begrænsninger. Dette er vigtige tilgange som skal vægtlægges og som bør arbejdes mere intensivt mod og med i det sociale arbejde, da anerkendelse af patienterne vil medvirke til en tiltrængt øget medinddragelse og styrket motivation i patienternes eget sagsforløb. Afslutningsvis antager specialet, at kulturmødet mellem etniske minoritetskvinder og system skal forandres, da effekten medvirker til stemping og udstødelse. Forandringen bør indkodes i kontakten og kommunikationen mellem de fagprofessionelle, medierne og politikere, da deres fremhævelse af fordomme og forforståelse om kulturforskelle er påvirkelige. Som en styrkelse af lighed i sundhed, er den grundlæggende etos, at alle bør vise respekt for den enkelte patient, deres integritet og selvbestemmelse i egen sag. Da dette kan bidrage til anerkendelse og social inklusion af kvinderne i samfundet. Og derved styrke etniske minoritetskvinders selvopfattelse.

LITTERATURLISTE

- **Andersen, John & Larsen, Jørgen Elm (2004)** *Empowerment og socialt arbejde*, i J.E. Larsen og I.H. Møller (red) Socialpolitik. København: Hans Reitzels Forlag
- **Andersen, Maja Lundemark (2013)** *Goffman i socialt arbejde*, i Hansen, Steen Juul (red.) Sociologi i socialrådgivning og socialt arbejde. København: Hans Reitzels Forlag
- **Austveg, Berit (1997)** *Sundhedssektoren og indvandrere*. København: Hans Reitzels Forlag
- **Ejrnæs, Morten, Guldager Jens, Hansen, Kenneth Finn, Hansen Henning, Jørgensen Carsten & Kruse, Filip. (2002)** *Sociologi og Socialt arbejde*. Danmarks forvaltningshøjskole forlag
- **Erving, Goffman: (1975)** *Stigma*. København, Gyldendal.
- **Erving Goffman (2014)** *Stigma om afvigerens sociale identitet*. Samfundslitteratur
- **Hasse, Cathrine (2002)** *Kulturens Janushoved. I: Kultur i bevægelse – fra deltagerobservation til kulturanalyse*. København, Samfundslitteratur
- **Høilund, P & S. Juul, (2015):** *Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag
- **Ingrid Hanssen – (2000)** *Sundhedsarbejde i et flerkulturelt samfund*. Gads forlag
- **Indvandrermedicinsk klinik fra Hvidovre hospitals hjemmeside**
<https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/Indvandremedicinsk-Klinik/Sider/Indvandrermedicinsk-Klinik-kort%20fortalt.aspx>
- **Järvinen Margaretha, Elm Larsen, Jørgen & Mortensen Nils (2005)** *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Aarhus Universitetsforlag
- **Johansen, Katrine Schepelern (2007):** *Der er to i et møde. Perspektiver på kulturmødet i psykiatrien. I: Tidsskriftet Antropologi, nr. 56, Kulturmøde, København*

- **Juul, Søren & Bransholm Pedersen, Kirsten (2012)**, *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori En Indføring*. 1. Udgave, 2. oplag, Hans Reitzels forlag
- **Kokkinn, Judy (2005)** *Profesjonelt sosialt arbeid*. 2. Udgave Universitetsforlaget
- **Kristiansen, Søren & Hanne Kathrine Krogstrup (1999)**: *Deltagende observation*. København: Hans Reitzels Forlag.
- **Lund, R, Christensen U & Iversen L. (2011)** *Medicinsk sociologi Sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred*. 2. udgave. København: Munksgaard Danmark
- **Indvandrermedicinsk Klinik (IMK) (2014)** *Hospitalsbaseret forløbskoordination for patienter af anden etnisk herkomst end dansk*. Odense Universitetshospital, Afdeling for Kvalitet og Forskning/MTV
- **Naveed Baig, Marianne Kastrup og Lissi Rasmussen: (2010)** - *Tro omsorg og interkultur*. Hans Reitzels forlag
- **Nielsen Ry J.C. (1993)** *Anderledes tanker om livet i organisationer*. Frederiksbjerg bogtrykkeri
- **Olwig, Karen Fog og Karsten Pærregaard (2007)**: *Integration: Antropologiske Perspektiver*. København: Forlag: Museum Tusulanum.
- **Odense Universitets Hospital** <http://www.ouh.dk/wm486604>
- **Rapport af Professor og overlæge Morten Sodeman, (2017)** *Misforståede symptomer, alvorlige fejlrapporteringer og utilsigtede hændelser involverende etniske minoritetspatienter med sprogbarrierer*. 11. april. Indvandrermedicinsk klinik, Infektionsmedicinsk Afdeling Q, Odense Universitetshospital
- **Slot, Line Vikkelsø, chefkonsulent, og Thomsen, Tine Birkelund, specialkonsulent, Institut for Menneskerettigheder**. *Bragt i Politiken 12. januar 2018*.
<https://menneskeret.dk/nyheder/debat-betaling-tolke-sætter-udlaendinges-sundhed-paa-spil>
- **Steinar Kvale & Svend Brinkmann (2009)** *Interview Introduktion til et håndværk* 2. Hans Reitzels forlag

- **Strand Hutchinson, Gunn & Siv Oltedal (2006).** *Modeller i socialt arbejde.* Hans Reitzels forlag
- **Sundhedsstyrelsen (2010),** *Etniske minoriteter i det danske sundhedsvæsen:*
<http://www.sst.dk/~media/9FFE65223C8A47328A51CD7DBAFA7466.ashx>
- **Sundhedspolitisk tidsskrift, af Morten Sodeman (2018)** d. 22. april. *Et gebyr på tolkning, er et gebyr på menneskerettigheder.*
<http://sundhedspolitisktidsskrift.dk/meninger/kommentarer/907-et-gebyr-pa-tolkning-er-et-gebyr-pa-menneskerettigheder.html>
- **Szulevicz, Thomas (2015)** *Kapitel 3: Deltagerobservation.* I: Brinkmann, Svend og Lene Tanggaard (red.) *Kvalitative Metoder. En grundbog.* København: Hans Reitzels Forlag.
- **Torsten Turen (2013)** - *Videnskabsteori for begyndere.* Rosinante Forlag