
Konsultasjoner og kulturarv

FRA ARKIVET

JULIE DIDRIKSEN

julie.didriksen@tidsskriftet.no

Tidsskriftet

I Tidsskriftet nr. 34–36/1979 skrev Berit Schumacher en debattartikkel om at man har lett for å glemme at kropps- og sykdomsoppfatning er en del av folks kulturarv. Det kan få alvorlige konsekvenser i møte med pasienter fra andre kulturer, og som helsepersonell må man møte denne utfordringen med kunnskap, innlevelse og respekt (Tidsskr Nor Lægeforen 1979; 99: 1794–5).



Illustrasjonsfoto: PhotoZel/iStock

Kulturarv og helse

Det sies at ethvert samfunn har et så godt helsestell som det fortjener. Om våre innvandrere skulle vurdere vårt helsevesen, er jeg redd det ville få en dårlig karakter. Så er da innvandrerne for oss ofte upopulære pasienter. Man bruker lang tid for å samle få «eksakte» eller «adekvate» data. De forklarer seg så merkelig: De kan eksempelvis fortelle oss at små barn og gravide kvinner ikke kan spise egg fordi det gir så rent for mye varme i kroppen, og det er ikke bra. Eller problemet kan være at luft fra maven stiger opp i hodet og skuldre og forårsaker ubehag. Vi kan synes det er på grensen til uforskammethet å presentere slike merkverdigheter til oss som vet bedre!

«Om våre innvandrere skulle vurdere vårt helsevesen, er jeg redd det ville få en dårlig karakter»

Vi glemmer så lett at kropps- og sykdomsoppfatning er en kulturell arv, at vi som barn lærte at det «går an» å klage over vondt i maven, kvalme, vondt i hodet etc., og så begynner vi å tro at smerter i maven er det vi egentlig kjenner, mens det i virkeligheten er vår tolkning av hva vi kjenner.

Under det medisinske studiet hørte jeg aldri om at det fantes andre måter å beskrive sine symptomer på enn med de vante uttrykk fra vår kultur. Vi hørte om hippokratisk medisin som en kuriositet, og at kineserne hadde en annen medisinsk tradisjon kunne vel også bli nevnt. Men at det i en rekke land finnes medisinske systemer som i sine grunnprinsipper avviker fra vårt, og at millioner av mennesker ser på kroppen som en likevektsmekanisme mellom elementer og motstridende krefter, eller at varme, kulde og vind er grunnleggende måter å verbalisere sine symptomer på, var det ingen som fortalte oss.

«Vi glemmer så lett at kropps- og sykdomsoppfatning er en kulturell arv»

Helt ukjente toner er dog dette ikke lenger, idet vi også i Skandinavia har måttet erkjenne at innvandrerne representerer andre kulturer og oppfatninger enn våre egne.

Hva helsevesen og helsestell angår, stiller innvandrere med en annen erfaringsbakgrunn enn vår. I de landene innvandrerne kommer fra, er det mer eller mindre klart definerte yrkesgrupper eller personer som spiller en rolle ved sykdom. I Pakistan, hjemlandet til en stor gruppe av våre innvandrere, finnes det fire store grupper med en slik funksjon: Vestlig utdannede leger (allopatiske leger, i motsetning til homeopatiske). Tradisjonelle leger (hakimer) som det er omtrent tre ganger så mange av som allopatiske leger. Dertil kommer åndeutdrivere og personer som er spesielt lærde i Islam. Den siste kategori vil ofte være imamer, som tilsvarende forstander i moskéen (i Islam har man ikke presteskap som hos oss). I tillegg har man homeopater, jordmødre,

medikamentforselgere og andre som i praksis spiller en stor rolle. Stort sett er det klare grenseoppganger mellom de forskjellige gruppene, som arbeider etter forskjellige prinsipper, og pasientene vil gå til forskjellige behandlere. Som oftest vil valget skje ut fra den sykdom de har, men bundne vaner og økonomiske forhold vil også være avgjørende. Også etter at de kommer til vårt land, vil pasientene stille med forskjellig forventning til hva som skal skje med dem når de søker hjelp under sykdom, avhengig av hva de er vant til.

I den svenske Läkartidningen nr. 36/1979 er det referert et symposium om innvandrerbarn, holdt i 1978. Her er flere interessante og gode artikler på det generelle plan, men når de generelle betraktninger skal omsettes i konkrete vurderinger, ser vi eksempler på at man kan gå i vannet. I en artikkel har man omtalt to tyrkiske barn, det ene med androgenitalt syndrom, og det andre med en grand mal epilepsi. I begge tilfellene tok foreldrene barna med seg hjem til Tyrkia for å få behandling. De mente at det var et «ondt øye» over barna, og bare de som hadde spesiell kontakt med guddommen (disse kalles *hoca* i Tyrkia), kunne gi helbredelse. I den etterfølgende drøftingen synes jeg det er litt mange lettvinne slutninger, om ikke direkte feilslutninger. Man setter likhetstegn mellom *hocaene* og tradisjonelle leger med det resultat at denne gruppe behandlere gjøres representativ for tradisjonelle leger i sin alminnelighet. I Tyrkia har man, i motsetning til svært mange asiatiske land, ingen sterk medisinsk tradisjon. Men det finnes personer med visse klart avgrensede medisinske oppgaver, eksempelvis omskjæring. Når man søker hjelp utenfor storfamilien i forbindelse med sykdom, vil derfor valget ofte stå mellom en allopatisk lege eller en *hoca*. Dette er spesielt for Tyrkia i forhold til de andre landene våre innvandrere kommer fra. Når artikkelforfatteren videre omtaler varme/kuldeteorien som reminisenser fra gammel humorallære, synes jeg dette er litt drøyt. Likevektsforhold mellom varme og kulde i kroppen er et av de viktigste elementene i de store, livskraftige regionale medisinske systemer i Asia som Unani og Ayurveda. Slutningen kan kanskje holde for Tyrkias vedkommende, men gir et feil bilde av asiatisk medisinsk tradisjon.

«Når vi tror at vi representerer det eneste sanne og riktige, det eneste naturlige og tenkelige, da oppstår det en kulturkollisjon»

Den største misforståelsen synes jeg likevel er påstanden om at psykisk sykdom, migrene og epilepsi alltid betraktes som utløst av onde ånder. For det første må dette være direkte galt, idet alle tyrkere naturligvis ikke mener det. For det andre viser det en tankegang som går ut på følgende: Epilepsi, migrene og psykisk sykdom er noe som eksisterer som sådan, og vil derfor være begreper med mening i alle kulturer. I virkeligheten har det seg slik at dette er begreper vi har skapt og lagt et spesielt innhold i, og i andre medisinske systemer vil vi i det hele tatt ikke finne begreper som gir dekning for innholdet. Dette synes jeg viser grunnlaget for kulturkollisjon i praksis: Når vi tror at vi representerer det eneste sanne og riktige, det eneste naturlige og tenkelige, da oppstår det en kulturkollisjon når vi møter andre mennesker med andre synspunkter som de mener er det eneste naturlige og tenkelige.

I praksis innebærer dette at vi må være lydhøre for innvandrernes egne forventninger, både til undersøkelse og behandling, ikke nødvendigvis prøve å leve opp til deres forventninger, men å forklare at når vi gjør noe som for dem er uventet, så gjør vi noe likevel! Akkurat som vi tar det for mangler hos dem at ikke de kan forklare seg slik at det umiddelbart er forståelig for oss, blir inntrykket av hva vi gjør, negativt: De sitter tilbake med et inntrykk av hva som *ikke* blir gjort med dem, og hele undersøkelsen og behandlingen kan bli sett på som en *ikke-undersøkelse* og en *ikke-behandling*, dersom vi ikke forklarer at vi har en mening med hva vi gjør.

Det vil særlig være barna som kommer i kryssilden når en kulturkonflikt oppstår, fordi det for barna er viktig å være lojal mot to sett av normer: De som hersker i hjemmet, og dem barna møter utenfor hjemmet. Dersom foreldrene blir møtt med mangel på respekt for sin egenart, vil dette ha svære konsekvenser når de skal overføre sitt sett av normer til barna. Det snakkes så mye om faren for halvsproglighet, vi kunne kanskje utvide begrepet til å snakke om faren for at barna blir halvkulturelle, det vil si uten forankring i noen kultur. Det sees på som viktig for at barna skal lære seg et sprog nummer to, at de behersker ett sprog skikkelig. Likedan er det nødvendig å ha grunnfestet visse normer og holdninger før man kan ta moden stilling til et nytt sett normer eller adferdsmønstre. I stedet for «halvkulturelle barn» setter vi patologiske termer på dette, og kaller det for «identitetsproblemer», «identitetskrise» etc.

«Det er og vil alltid være vanskelig å vokse opp med to kulturer, og store problemer kan oppstå om den ene kulturen defineres som mindreverdige i forhold til den andre av én eller begge parter»

Personlig ser jeg med dyp bekymring på annen generasjon av innvandrere. Det er og vil alltid være vanskelig å vokse opp med to kulturer, og store problemer kan oppstå om den ene kulturen defineres som mindreverdige i forhold til den andre av én eller begge parter. Løsningen ligger på mange plan. Som helsearbeidere må vi ta innvandrernes kulturelle arv på ramme alvor og finne en måte å forholde oss til den på. Dette vil kreve visse kunnskaper, men først og fremst innlevelse og respekt.

Ifølge prognosene vil hver tredje ungdom i Europa være innvandrer i år 2000, altså om bare 20 år. Om vi velger å lukke øynene for deres kulturelle arv, vil dette ha vidtrekkende konsekvenser for hele deres livssituasjon, og naturlig nok også for deres helse. Skulle vi ikke benytte oss av den gylne regel om at profylakse er den beste terapi?

Berit Schumacher

Oslo helsesråd

Publisert: 30. januar 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0024
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 28. juni 2026.