



UiO **•** **Institutt for helse og samfunn**

Det medisinske fakultet

# **Etiske dilemmaer i møtet mellom ulike kulturer i helsetjenesten**

Reidar Pedersen og Reidun Førde

Senter for medisinsk etikk, UiO



## Definisjon kultur (wikepedia)

- ..the set of customs, [traditions](#), and values of a society or community. Culture is the set of knowledge acquired over time

# Fire prinsipper i den vestlige helsetjenesten (fireprinsipp-etikken)

Prinsippet om

1. Respekt for pasientens autonomi
2. Velgjørenhet
3. Ikke skade
4. Rettferdighet (likebehandling, prioriteringer)

Prinsippene må balanseres/veies mot hverandre.

Ex: Når pasienten ønsker dyr behandling som  
truer likebehandling / rettferdighet

# Verdibalanse i møte mellom ulike kulturer i helsetjenesten

- Balansen mellom **toleranse / respekt for annerledes tenkende** og vern om egne verdier (ex. autonomi, tvang, likestilling)

## Flere varianter av etiske dilemma

- «Norsk» pasient møter «unorsk» lege (ex. motstand mot håndhilsing, fordommer fra pasient)
- Når «norsk» lege møter «unorsk» pasient (ex. «alle muslimske menn har liten respekt for kvinner»)
- Når ulike kulturer er representert i samme team (ex. behandling ved livets slutt)

Også utdanningsnivå, sosioøkonomisk status påvirker kultur

## Kultur og religion påvirker etikk

86 år gammel sykehjemspasient. Hatt flere hjerneslag. Alvorlig dement, men kjenner familien og er glad når de besøker. Får akutt hjerteinfarkt med påfølgende komplikasjoner. Ikke kontaktbar. Legen: Ingen livsforlengende behandling (inkludert peroral veske), kun palliasjon (bl.a. morfin). Etter et døgn spør familien om det er riktig at han skal tørste ihjel. En sykepleier fra et katolsk land, støtter dette, og gir uttrykk overfor familien at dette er aktiv dødshjelp.

## **Kultur er sentralt, påvirker bl.a.**

- Verdier (hva er godt, kva er riktig / galt)
- Forklaring på sykdom (The evil eye), kropp, forhold til fødsel og død, normalitet og syn på behandling, religiøse / eksistensielle spørsmål
- Uttrykk av følelser / kroppsspråk
- Måter å kommunisere på / ordbruk
- Samfunnsstruktur og politiske forhold, inkl. organisering av helsetjenesten

# Synet på psykisk sykdom varierer

## Jamaa, Asmaa (masteroppgave)

- Norsk-somalier har en annen oppfatning om psykiske lidelser enn den vestlige tradisjonelle forståelsen. Psykiske lidelser er nært knyttet til Gud, ånder og det onde øye. Somalier har et begrenset begrepsapparat, begrepet waali blir generelt brukt om psykiske lidelsene. Psykiske lidelser blir gradert i ulike nivåer ut i fra alvorlighetsgraden, psykose er på det høyeste nivå. I studien har det fremkommet at psykiske lidelser forbindes med stigma, noe som er medvirkende årsak til at norsk-somalier i liten grad oppsøker de psykisk helsetjenestene for behandling.



# Viktig begrep

## Health literacy (Helsekompetanse)

- Språk / forståelse (av det som blir sagt)
- Tolkning (av det som blir sagt)
- Muligheter, evne til å omsette forståelse i rett handling

# Viktig grunnlag for gode møte

Innenfor ulike kulturer er det ulike individ med ulike oppfatninger

Menneske må møtes som individ, ikke som representanter for kultur / etnisitet. Stereotypier må unngås

**Krever nysgjerrighet og evne til å lytte**

# Tre svært vanlege etiske dilemma i Norge knytter til pasienter og pårørende fra andre kulturer

1. Respekten for pasientens autonomi – **hvor langt går denne?**
2. Pasientinformasjon – **hva er god og dekkende informasjon?**
3. Liv/død-spørsmål - **når er nok nok ved alvorlig sykdom?**

# Vektingen av autonomi er preget av vestlige verdier

- Hos oss er samvalg og pasientens autonomi helt sentrale verdier. **Vekten er på individets selvbestemmelse.**
- **I andre kulturer er vekten lagt mer på familien og familien sitt beste.** Beslutninger av betydning er tillagt familiens overhode.

- *En afrikansk kvinne i 30-årene er bosatt i Norge sammen med sin mann. Hun får diagnostisert en aggressiv kreftform som ved tidlig behandling har god prognose. Da behandlingen skal starte, møter pasienten ikke opp. Fastlege blir kontakta, ringer henne, men hver gang tar mannen telefonen. Han sier at hun ikke ønsker behandling, og at de lar skjebnen være opp til Gud å avgjøre. Det lykkes ikke å komme i kontakt med kvinnen selv.*

# Har vi noe å lære av andre kulturer?

Fra

- Individets rett og plikt til å bestemme

Til

- Relasjonsetikk / familieetikk

Minstekrav: At vi veit at informasjon er gitt og mottatt av pasienten og at pasienten samtykker til at andre tar beslutningen

# Retten\* (og plikten?) til å motta informasjon

- Også sterkt kulturpreget
- Informasjon er omfattet av magisk tenkning i noen kulturer
- Håp som verdi, truer dyster informasjon håp?

\* Grunnlaget for autonome valg

## For å kunne gi god informasjon

- Må vi vite hvem pasienten er, og hva hun vil
- Forståelse av begrep (f.ex. Slektskap og årsak til sykdom og skade har ulike forklaringer i ulike kulturer)
- Ref. T. A Sajjad som har studert genetisk kartlegging ifb medfødte misdannelser etc



# I møte med pasienter fra andre kulturer

- Viktig å behandle informasjon som et eksplisitt tema for å kunne individualisere:
- Hva vet du / forstår du/ hva har du hørt/ hvem har du tillit til / hva vil du vite / hvem andre skal få vite /vil du skal ta beslutningene

**Grunnlag for individualisert informasjonsdeling**

# Møte med dødelig sykdom, og behandlingsbegrensning spesielt, ekstra krevende i møtet med innvandrere?

- Erfaringer fra KEK-arbeid bekrefter det
  - Overdrevne forestillinger om behandlingsmuligheter
  - Mistanke om diskriminering når «nei!
  - Religiøse forestillinger: «menneske skal ikke råde over liv og død»
  - Aspekt ved storfamilien. Mange engasjerte, mange som vil være til stede

# Hva slags verdier skal råde?

- Er norsk jus overordnet religiøse og personlige verdier ved sykdom og helse? For ex. Retten til å ikke vite, ritualer ved død
- Når ellers enn i møte med alvorlig sykdom og død skal personlige verdier ha forrang? jfr Jehovas Vitner og blodtransfusjon
- **Bare grundig etisk refleksjon kan gi svar i de enkelte situasjonene!**

# **Kvinne med langtkommet sykdom og barn i tenårene, opprinnelig fra asiatisk land**

Helsepersonell vil involvere barna for å kunne støtte dem gjennom mors terminalfase og etter døden.

Pasient og ektefelle sier at barna skal ikke vite at moren skal dø

Helsepersonellet er frustrert fordi de ikke kan få hjelpe familien. Barna blir opplevd som sårbare, men når legen forklarer nytten av å involvere barna, står foreldrene på sitt.

Hvordan skal legen forholde seg til dette?

# Supplerende lesing

- Magelssen et al. Medisinsk og helsefaglig etikk. Gyldendal 2020.