

Marie Woloszyn Kramer

Kultursensitivitet i sosialt arbeid med døve

Hvordan kan sosionomen bruke kultursensitivitet for å bidra til å redusere kulturelle barrierer i møte med døve med psykiske plager?

Bacheloroppgave i sosialt arbeid

Veileder: Turid Midjo

Mai 2021

Marie Woloszyn Kramer

Kultursensitivitet i sosialt arbeid med døve

Hvordan kan sosionomen bruke kultursensitivitet for å bidra til å redusere kulturelle barrierer i møte med døve med psykiske plager?

Bacheloroppgave i sosialt arbeid
Veileder: Turid Midjo
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven undersøker de kulturelle barrierene døve med psykiske plager møter i hjelpeapparatet, og hvordan sosionomen kan bidra til å redusere disse. Tidligere utredninger og forskning viser at døve møter betydelige barrierer i møte med hjelpeapparatet, og at de nøler med å søke hjelp for psykiske plager. Forskningen peker på forhold ved hjelpeapparatet, som manglende tilpasning og kompetanse, som mulige årsaker. Dette er bakgrunnen for problemstillingen: «*Hvordan kan sosionomen bruke kultursensitivitet for å bidra til å redusere kulturelle barrierer i møte med døve med psykiske plager?*». For å forsøke å svare på denne, benytter jeg meg fremgangsmåten for søk av litteratur som metode for å belyse temaet gjennom et utvalg av litteratur. Samtidig som døve er mer utsatt for psykiske plager enn den hørende befolkningen, er det mindre sannsynlig at de søker hjelp. Døvesamfunnet har en kultur som skiller seg vesentlig fra den hørende majoritetskulturen, blant annet ved at de bruker visuell kommunikasjon som alternativ til talespråket. Oppgaven viser at kommunikasjonsbarrierer og språklige begrensninger, manglende kultursensitivitet og -kompetanse hos tjenesteytere, samt stigma i døvesamfunnet bidrar til å skape signifikante barrierer i hjelpeapparatet for døve med psykiske plager. Dette kan påvirke om eller forhindre at døve søker hjelp, og bidrar til marginalisering. Sosionomer kan bidra til å redusere de kulturelle barrierene ved å tilegne seg kunnskap om døvekulturen, tegnspråk og døves behov; ved å tilpasse seg visuell kommunikasjon, være bevisst at døvesamfunnet er lite, samt bidra til styrke bevisstheten rundt psykisk helse i døvesamfunnet. Selv om grunnlaget for kultursensitivitet er basert på etniske minoriteter og dermed kan ha begrenset praktisk bruk for sosialt arbeid med døve, konkluderer oppgaven med at kultursensitivitet kan tilpasses døve og bidra til å redusere kulturelle barrierer.

Abstract

This bachelor thesis examines the cultural barriers Deaf people encounter in the mental health care system, and how social workers can contribute to reduce these barriers. Previous public investigations and research has shown that Deaf people experience barriers in health care and social services, and that they hesitate to seek help for their mental health. Possible causes are conditions within the system, such as accessibility and competence. Hence, I ask the thesis question: *“How can a social worker utilize cultural sensitivity to contribute to reducing cultural barriers when encountering Deaf people with mental health issues?”*. The approach of a literary search is employed to examine this topic through various literature. Although Deaf people are more likely to experience a mental health issue, they are less likely to seek help. The culture of the Deaf Community differs from the hearing culture, for example by emphasizing visual communication over oral language. Communication barriers, a lack of cultural sensitivity and competence among providers, as well as stigma within the Deaf Community, contribute to barriers within the health care system for Deaf people with mental health issues. This can contribute to marginalization and prevent Deaf people from seeking help. Social workers can reduce these barriers by acquiring knowledge of Deaf culture, sign language and Deaf people’s needs; by facilitating visual communication, be aware of the small-community context, and improve the knowledge of mental health within the Deaf Community. Although cultural sensitivity is based on ethnic minorities, and thus may have limited practical implications for social work with Deaf people, the thesis concludes that cultural sensitivity can be accommodated for Deaf people and help reduce cultural barriers.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN.....	1
1.2 AVGRENSNING OG VIDERE OPPBYGGING.....	2
2.0 METODE	3
2.1 LITTERATURSØK SOM METODE	3
2.2 SØKEPROSESSEN.....	3
2.3 FORFORSTÅELSE.....	4
3.0 DISKUSJON	4
3.1 AVKLARING.....	5
3.1.1 <i>Om psykiske plager</i>	5
3.1.2 <i>Er døve funksjonshemmet?</i>	6
3.1.3 <i>Døvekultur</i>	7
3.2 HVLKE KULTURELLE BARRIERER MØTER DØVE MED PSYKISKE PLAGER I HJELPEAPPARATET?	8
3.2.1 <i>Hva er kulturelle barrierer?</i>	8
3.2.2 <i>Kommunikasjonsbarrierer og manglende tilgang på informasjon</i>	9
3.2.3 <i>Manglende kunnskap blant profesjonelle om døves behov og kultur</i>	12
3.2.4 <i>Stigma rundt psykiske plager i døvesamfunnet</i>	13
3.3 KULTURSENSITIVITET I MØTE MED DØVE MED PSYKISKE PLAGER.....	13
3.4 OPPGAVENS OVERFØRBARHET OG BEGRENSNINGER	22
4.0 KONKLUSJON	22
LITTERATUR	24
VEDLEGG I: FLYTSKJEMA OG SØKELOGG	28

1.0 Innledning

Møte mellom brukere og profesjonelle er avgjørende for hvordan relasjonen utarter seg og oppleves av partene. Profesjonelle kan mangle systematisk kunnskap eller gode metoder for å kunne møte brukeren. Hvordan profesjonelle takler utfordringer er derfor et faglig, metodisk og sosialfaglig spørsmål (Qureshi, 2005). Tidligere forskning viser at profesjonelle mangler kunnskap om arbeid med døve (Bone, 2019; Gill & Fox, 2012). Derfor ser jeg på hvordan sosionomer kan øke sin kompetanse og tilrettelegge for et best mulig møte med døve gjennom bruk av kultursensitivitet. Kultursensitivitet kan forstås som en fremgangsmåte hvor den profesjonelle forsøker å overskride kulturelle barrierer mellom majoritet og minoritet ved å være følsom for egne og andres kulturelle preferanser (Qureshi, 2009). Interessen for kultursensitivt arbeid med minoriteter har økt, men er lite utforsket med døve (Chapple, 2019). Med denne oppgaven undersøker jeg om metoden også kan egne seg for døve med psykiske plager. Samtidig ønsker jeg å sette fokus på døves særskilte behov og bidra til at hørende sosionomer blir mer bevisste sine holdninger til døve. Dette er bakgrunnen for problemstillingen: «*Hvordan kan sosionomen bruke kultursensitivitet for å bidra til å redusere kulturelle barrierer i møte med døve med psykiske plager?*». Oppgaven belyser temaet ved å benytte litteratursøk som metode.

1.1 Bakgrunn

Sosionomens virkefelt er bredt. Mandatet er å forebygge, løse og redusere sosiale problemer på individ-, gruppe- og samfunnsnivå (Fellesorganisasjonen, u.d.). Dette gjøres gjennom helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester; samarbeid med andre hjelpeinstanser; samt kommunikasjon, kunnskap om og oversikt over livsutfordringer, psykisk helse, sosialt arbeid i flerkulturelle kontekster, helse- og velferdstjenester og andre hjelpetilbud. Sosionomer jobber innen spesialisthelsetjenesten, i kommunale omsorgstjenester, oppsøkende tjenester, lavterskeltilbud og andre tjenester (Fellesorganisasjonen). Det psykiske helsetilbudet har fått økende oppmerksomhet, og fra 1998 til 2007 økte antallet sosionomårsverk innen poliklinisk psykisk helsevern for barn og unge med 45% (Bjørngaard et al., 2008). Psykisk helse er altså et sentralt arbeidsområde innen sosialt arbeid.

Bakgrunnen for temaet er at tidligere forskning og utredninger finner at det ordinære hjelpeapparatet ikke er tilpasset døves behov. Døve møter store kulturelle og språklige utfordringer når de prøver å få tilgang til helse- og omsorgstjenester (Chapple, 2019). I sin

masteroppgave finner Lund (2018) at barnevernet ikke er tilpasset døve barns kommunikasjonsbehov og at det trengs et kunnskapsløft. I 1997 påpekte stortingsmeldingen *Åpenhet og helhet* at det ikke fantes et særskilt tilbud for unge døve med psykiske lidelser (Sosial- og helsedepartementet, 1997, s. 113). Fire år etter hevdet Statens helsetilsyn (2001) at den ordinære psykiske helsetjenesten er mindre tilgjengelig for døve, blant annet på grunn av manglende tegnspråkkompetanse og kjennskap til døvekultur. Crowe (2017) peker på forhold ved hjelpeapparatet som mulige årsaker til at døve med psykiske plager nøler med å søke hjelp. Hun hevder at kulturelle faktorer påvirker personens opplevelse av problemet, om de søker hjelp og eventuelt hva slags hjelp de tar imot. Dette er bakgrunnen for at jeg vil å undersøke hvordan døve med psykiske plager opplever hjelpeapparatet og hvordan tilknytning til døvekulturen påvirker dette.

1.2 Avgrensning og videre oppbygging

I oppgaven legger jeg til grunn den kulturelle forståelsen av døve, som vil si at begrepet «døve» refererer til hørselshemmede personer som føler en kulturell tilhørighet til døvesamfunnet. Dette kommer jeg nærmere inn på i kapittel 3.1.3. Oppgaven forutsetter at sosionomen tilhører den hørende majoritetskulturen.

Av hensyn til oppgavens omfang er det flere forhold jeg ikke går nærmere inn på. I oppgaven tar jeg kun for meg døves tilhørighet til *døvekulturen*, selv om døve utgjør en mangfoldig gruppe som ofte tilhører flere kulturer. Dette kunne vært av betydning for oppgaven, fordi minoritetsidentiteter samspiller og kan gjøre kultursensitivitet utfordrende (Chapple, 2019). Jeg ser altså bare på kulturelle barrierer mellom den hørende kulturen og døvekulturen. Videre har jeg valgt å ikke differensiere ved kjønn, selv om tidligere forskning tyder på at døve kvinner kan ha flere psykiske helseproblemer enn døve menn (Kvam, Loeb, & Tambs, 2007). Jeg har også valgt å ikke fokusere på en bestemt aldersgruppe, fordi døve allerede utgjør en liten gruppe i Norge på 5.000 personer.

Oppgaven består av fire deler. Kapittel 2 tar for seg litteratursøk som metode, søkeprosessen og forforståelsen. I kapittel 3 beskriver jeg først kort psykiske plager, ulike forståelser av døve og kjennetegn for døvekulturen. Deretter diskuterer jeg kulturelle barrierer som døve møter, herunder kommunikasjonsbarrierer, manglende kunnskap om døve blant profesjonelle og stigma rundt psykiske plager. Samtidig vil jeg se på hvordan sosionomen kan redusere disse

barrierene, med fokus på kultursensitivitet. Relevante begreper blir forklart underveis. I kapittel 4 vil jeg oppsummere hovedtrekkene og konkludere på problemstillingen.

2.0 Metode

2.1 Litteratursøk som metode

I tråd med NTNUs retningslinjer for bacheloroppgave i sosialt arbeid tar jeg i bruk fremgangsmåten for søk av litteratur og teknikker fra strukturert litteratursøk som metode. Dette betyr at jeg tar utgangspunkt i det som allerede er undersøkt og skrevet om empirien. Målet er å systematisere kunnskap ved å søke, samle, vurdere og sammenfatte litteraturen (Støren, 2013). Fordelen med litteratursøk er at metoden egner seg til å finne frem til eksisterende forskning på området. Dermed skaper man ikke ny kunnskap, men nye erkjennelser kan komme frem når man sammenstiller kunnskap fra flere. En mulig begrensning er at det er vanskelig å gjøre rede for de valgene man tar i analysen (Støren, 2013), som for eksempel hvorfor jeg har vurdert innholdet i en artikkel som relevant for oppgaven.

2.2 Søkeprosessen

For å finne vitenskapelige artikler foretok jeg et litteratursøk i mars 2021. Søkeordene var «sosialt arbeid», «psykisk helse», «kultur» og «døv» på engelsk, norsk og svensk. Jeg brukte databasene Oria, Idunn, Scopus, Cochrane Library, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, SveMed+ og APA PsycInfo. Målet var forskningsbaserte resultater av nyere dato. Jeg avgrenset derfor søket til å kun inneholde fagfellevurderte tidsskrift, artikler og publiseringsdato mellom 2010 og 2021. Ved få treff forsøkte jeg å fjerne trunkering eller inkludere synonymer for søkeordene. For en detaljert oversikt over litteratursøk, se flytskjema og søkelogg i vedlegg I.

Etter litteratursøket vurderte jeg 26 artikler i fulltekst på bakgrunn av relevans. Jeg vurderte påliteligheten ved å se på hvilken institusjon forfatterne tilhørte og ved å undersøke om tidsskriftet var anerkjent. Fordi sosialt arbeid og psykisk helse er den sentrale konteksten for problemstillingen, ekskluderte jeg artikler hvor dette ikke ble nevnt. Til slutt endte jeg opp med åtte vitenskapelige artikler og én fagartikkel som grunnlag. Supplerende litteratur ble funnet gjennom mindre systematiske kildesøk. Her inkluderte jeg både norske og internasjonale forskningsbaserte bøker og teoretiske artikler som jeg vurderte som relevante for oppgaven.

Den samlede litteraturen ble analysert i lys av oppgavens problemstilling. Resultatet er diskusjonen i kapittel 3.0.

2.3 Forforståelse

Forforståelse innebærer at man allerede har tanker og meninger om fenomenet man undersøker, uansett om man forsøker å møte det uten forutsetninger (Dalland, 2017). Valg av begreper, forklaringsrammer og forhåndskategorisering bærer med seg fordommer med etiske og sosiale konsekvenser. Slik kan forskeren potensielt bidra til å forsterke forståelsesmodeller som i seg selv kan være stigmatiserende (Breivik, 2000). Forskeren bør derfor være bevisst de fordommer eller forforståelser som en alltid bærer med seg (Dalland, 2017, s. 58).

Ifølge Breivik (2000) er man ikke nøytral når man forsker på døve (Breivik, 2000). Selv har jeg vokst opp som hørende, som vil si at jeg har et «utenfra-blikk» på døvekulturen. På den ene siden er det en styrke å stå utenfor kulturen jeg undersøker, fordi jeg kan se den fra flere sider og i et kritisk lys. På den andre siden betyr det at jeg ikke kan ha førstehåndskunnskap om hva det vil si å være døv. En mulig konsekvens av at jeg kommer fra et hørende perspektiv, er at jeg ubevisst kan ha audistiske fordommer, altså forestillingen om at hørende er overlegen sammenliknet med døve (Eckert & Rowley, 2013, s. 105). Slike holdninger kan ubevisst påvirke min forforståelse og mine tolkninger. For å motvirke dette bør man lete etter det som kan avkrefte forhåndsforklaringen (Dalland, 2017, s. 58). Derfor har jeg jobbet aktivt over tid med å forsøke å se verden fra døvesamfunnets perspektiv. Jeg følger med på uttalelser om saker fra Norges Døveforbund, diskusjoner blant døve på sosiale medier, og bemerker meg når litteraturen har en tilknytning til det tegnspråklige universitetet Gaulladet. Dette har imidlertid ført til at jeg har en forforståelse av døve som en kulturell minoritet fremfor funksjonshemmede.

3.0 Diskusjon

Innledningsvis presenterte jeg problemstillingen: «*Hvordan kan sosionomen bruke kultursensitivitet for å bidra til å redusere kulturelle barrierer i møte med døve med psykiske plager?*». For å besvare denne ser jeg her nærmere på kulturelle barrierer som døve med psykiske plager møter i hjelpeapparatet, og hvordan sosionomen kan bidra til å redusere dem. For å avklare viktige forhold for diskusjonen går jeg i kapittel 3.1 inn på hva psykiske plager er, om døve kan forstås som funksjonshemmede og døvekultur. Kapittel 3.2 handler om hvilke kulturelle barrierer døve med psykiske plager møter i hjelpeapparatet. Her forklarer jeg hva

som menes med kulturelle barrierer, og viser at døve møter på kommunikasjonsbarrierer, manglende tilgang på informasjon, manglende kunnskap blant profesjonelle om døves behov og kultur, og stigma rundt psykiske plager i døvesamfunnet. I Kapittel 3.3 diskuterer jeg hvordan sosionomen kan bidra til å redusere disse barrierene ved å utøve kultursensitivitet i møte med døve med psykiske plager. Til slutt ser jeg på oppgavens overførbarhet og begrensninger.

Litteraturen i diskusjonen benytter ulike begreper for profesjonelle hjelpere og døve som søker hjelp. Derfor bruker jeg begreper som «døve», «pasient» og «klient» om hverandre for å referere til døve med psykiske plager. Ord som «terapeut», «klinikere», «tjenesteytere» og «profesjonelle» refererer til de som jobber innen psykisk helse, inkludert sosionomer.

3.1 Avklaring

3.1.1 Om psykiske plager

Psykiske plager har liknende symptomer som angst og depresjon, men symptomene er ikke alvorlige nok til å kunne tilfredsstille kriterier for en psykisk lidelse (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009, s. 17). Stadig flere blir behandlet for psykiske plager, og man antar at rundt halvparten av befolkningen vil rammes av minst én psykisk lidelse i løpet av livet. Det er altså et ganske vanlig problem, men det får alvorlige konsekvenser, som økt arbeidsuførhet, sykefravær og dødelighet. God behandling finnes, men er utfordrende å fordele i befolkningen. To flaskehalsar som er av betydning for denne oppgaven, er å få mennesker med psykiske lidelser til å søke profesjonell hjelp, og å øke faglig kompetanse blant klinikere (Mykletun et al., 2009).

Psykiske plager rammer også døve. Tidligere forskning har visst at døve kan være *mer* utsatt for psykiske helseplager enn den hørende befolkningen (Kvam et al., 2007). Samtidig finner Crowe (2017) at 75% av utvalget rapporterte lav sannsynlighet for at de ville søkt hjelp hvis de opplevde et alvorlig problem. Som tidligere nevnt påpekte Statens helsetilsyn i 2001 at den ordinære psykiske helsetjenesten mangler kompetanse på døve, noe som gjør det vanskeligere å søke hjelp. I kapittel 3.2 ser jeg nærmere på de kulturelle barrierene og hva som kan gjøres.

3.1.2 Er døve funksjonshemmet?

Den hørende majoritetsdiskursen har lenge tatt for gitt at døve er funksjonshemmede. I økende grad har døves egenforståelse utfordret oss fordi den «på grunnleggende vis avviker fra en slik entydig kategorisering» (Breivik, 2000, ss. 83). I denne delen ser jeg på disse ulike forståelsene.

Tidligere har funksjonshemming blitt forstått som en kropp med funksjonelle begrensninger på grunn av en helsetilstand eller skade (Tøssebro, 2000). Med «The Gap Model» blir dette biomedisinske perspektivet utfordret fordi man skifter fokuset over på forholdet mellom individ og omgivelsene. Da ser man på hvordan omgivelsene kan tilpasses individene, istedenfor omvendt. Norge deler denne oppfatningen, hvor funksjonshemming blir definert som «a mismatch between the person's capabilities and the functional demands of the environment» (Tøssebro, 2000, s. 4). Funksjonshemming blir da en konsekvens av at samfunnet ikke er tilrettelagt for alle mennesker, noe som skaper systematiske barrierer for visse grupper (Tøssebro, 2000).

Å være döv innebærer å ha et høygradig hørselstap som i betydelig grad reduserer muligheten til å oppfatte og kontrollere tale via hørselen (Helsedepartementet & Sosialdepartementet, 2002, s. 10). Mange døve mistrives med begreper som hørselshandicap, funksjonshemmet eller hørselshemmet, fordi de fokuserer på funksjonsnedsettelsen og ikke beskriver hvem de er som person (Andrews et al., 2004; Breivik, 2000). Dette kan henge sammen med at de legger til grunn den biomedisinske forståelsen, som gir assosiasjoner til at de trenger å bli «fikset» på et vis. Mange døve opplever dette som stigmatiserende og argumenterer for at de ikke er funksjonshemmet når de samhandler med andre døve fordi de bruker alternativ kommunikasjon (Andrews et al., 2004). Ifølge denne logikken ville ikke døve vært funksjonshemmet dersom samfunnet var universelt utformet eller hvis alle snakket tegnspråk. Motsatt blir hørende de funksjonshemmede når de går inn i døvesamfunnet, fordi de ikke kan kommunisere på tegnspråk (Breivik, 2000; Eriksen & Sajjad, 2015). Denne fortolkningen, der hemmingen oppstår i møte med den hørende majoriteten, er i tråd med forståelsen av funksjonshemming som et gap mellom individets funksjon (reduert evne til å høre) og samfunnets utforming (tilgang på alternativ kommunikasjon). Samtidig ser vi at identitetsdiskursen har gått over fra å betrakte døvhet som et avvik, til å bli forstått som «en annerledesdimensjon i det flerkulturelle» (Breivik, 2000, s. 89). Derfor er det ikke tilstrekkelig å forstå døve som «kun» funksjonshemmede – de må også forstås som en distinkt kulturell og språklig minoritet (Andrews et al., 2004; Breivik, 2007; Chapple, 2019). I denne oppgaven anvender jeg en

kultursensitiv forståelse, men det betyr ikke at funksjonshemningsmodellen av døvhet blir overflødig. Den kan ennå kaste lys over identitetsprosesser blant døve. Å samtidig bringe inn andre forståelsesmodeller, som kultursensitivitet, vil kunne berike forskningen på døve og funksjonshemmede (Breivik, 2000).

3.1.3 Døvekultur

Døve og hørselshemmede personer som velger å samhandle med andre døve utgjør en kulturell minoritet som skiller seg fra hørende personers kultur. Døvekultur viser til individer i døvesamfunnet som bruker tegnspråk og deler tro, verdier, skikker og opplevelser (Andrews et al., 2004; Breivik, 2000; Grønlie, 2005). Medlemmene kan inkludere døve selv, hørende foreldre, ektefeller, barn av døve, døvblitte, hørselshemmede og de som er tospråklige. Når jeg refererer til «døve» i oppgaven, viser jeg til hørselshemmede personer som selv identifiserer seg som døve og som en del av døvemiljøet (Andrews et al., 2004; Breivik, 2000; Grønlie, 2005).

Døvesamfunnet og dets medlemmer er svært mangfoldig. Dermed er det ikke tilstrekkelig å forstå norske døve som medlemmer av en nasjonal subkultur (Breivik, 2007). De er internasjonale, nasjonale, regionale, lokale, flerspråklige og flerkulturelle enheter med demografiske, audiologiske, språklige, politiske og sosiale dimensjoner (Andrews et al., 2004; Breivik, 2000 og 2007; Chapple, 2019). Det er altså mange forhold som påvirker opplevelsen av å være døv, og mange døve vil derfor ha et unikt perspektiv basert på sin bakgrunn og opplevelser (Andrews et al., 2004). Vi kan likevel snakke om noen fellestrekk.

Språk er forutsetningen for læring og overføring av kultur, og er derfor et viktig kjerneelement i kulturen (Qureshi, 2005; Schackt, 2009). I døvekulturen står tegnspråket sentralt. Tegnspråk er et naturlig og fullverdig språk, med egen oppbygging og grammatikk som skiller seg vesentlig fra talespråket. Det er viktig å presisere at tegnspråk ikke er et universelt språk: det finnes rundt 138 ulike tegnspråk i verden. Den største forskjellen fra talespråket er at tegnspråk er visuelt, og at mye uttrykkes med ansiktsbevegelser, munnbevegelser, berøring, øynene, kroppsspråk og peking, i kombinasjon med tegn (Andrews et al., 2004; Språkrådet, 2019). Språket brukes til å overføre døvesamfunnets verdier, normer og teknologi til yngre generasjoner (Andrews et al., 2004). Norsk tegnspråk som førstespråk eller som jevnlig brukt kommunikasjonsmetode er det viktigste kriteriet for tilhørighet til døvesamfunnet (Grønlie, 2005). I Norge finnes det omtrent 16.500 tegnspråkbrukere i Norge, hvorav 5.000 er døve. Dette

gjør norsk tegnspråk til et betydelig minoritetsspråk (Kultur- og kirkedepartementet, 2008, s. 54).

Da rundt 90% av døve fødes inn i hørende familier, blir døvekultur oftest overført gjennom sosialisering med likepersoner (Andrews et al., 2004; Breivik, 2007). Dette skjer gjerne på arenaer som døveskolene, i døves egne media, døve fritidstilbud, festivaler, døvekirken, politiske organisasjoner og tegnspråklige teatre. Overføringen skjer gjennom eksempelvis tegnspråklige fortellinger, visualisert litteratur, dokumentasjon av døves bragder og performativ kunst. Det er et særlig fokus på å bevare tegnspråket (Andrews et al., 2004; Breivik, 2007).

Andre kulturelle dimensjoner inkluderer åpenlyse måter å ta kontakt med andre på, forståelse av døvhet som en menneskelig eller kulturell variasjon, flerspråklighet, reising, preferanse for å omgås andre døve, geografisk sentralisering rundt døveskolene, bruk av navnetegn og delte opplevelser. Den største forskjellen mellom hørende og døvekulturen er at de bruker synet i stedet for hørselen for å skaffe seg viktig informasjon (Andrews et al., 2004; Breivik, 2007)

3.2 Hvilke kulturelle barrierer møter døve med psykiske plager i hjelpeapparatet?

3.2.1 Hva er kulturelle barrierer?

Kultur handler om hvordan vi tenker, handler og føler, og de ferdigheter, oppfatninger og væremåter vi har på bakgrunn av samfunnet vi er medlem av (Magelssen, 2008). Diverse samfunn vil stille forskjellige krav, noe som fører til at vi lærer ulike kunnskaper og ferdigheter (Eriksen & Sajjad, 2015). Evnen til kultur er noe alle mennesker har til felles, samtidig som det skiller ulike grupper fra hverandre (Schackt, 2009).

Ettersom man er sosialisert inn en spesifikk kulturell kontekst, kan det være problematisk å tilpasse seg eller forstå mennesker med en annen kulturell bakgrunn som tenker og handler annerledes enn en selv (Schackt, 2009). Kulturelle forskjeller er relasjonelle og alltid til stede, og i samhandling blir de gjeldende eller satt til side (Vike & Eide, 2009; Qureshi, 2005). Når forskjellene oppleves som for store, vil samhandlingen bryte sammen og konflikter kan oppstå (Gullestad, 1989; Schackt, 2009). «Kulturelle barrierer» refererer til problemer som forhindrer to personer eller grupper fra å bli enige, kommunisere eller samarbeide på bakgrunn av tilhørighet til et bestemt samfunn og dets ideer, skikker og kunst (Collins Dictionary). Jeg skal

nå se nærmere på de kulturelle barrierene som oppstår i møtet mellom hørende profesjonelle og døve med psykiske plager.

3.2.2 Kommunikasjonsbarrierer og manglende tilgang på informasjon

Kultur er det som gjør kommunikasjon mulig. Når man da møter noen med en annen kulturell bakgrunn, kan denne kommunikasjonen bli utfordret, spesielt hvis man ikke har et felles språk (Eriksen & Sajjad, 2015). Her skal jeg se på kommunikasjonsbarrierer som oppstår mellom profesjonelle og døve med psykiske plager.

Kommunikasjon er den viktigste faktoren i psykisk helseomsorg og for effektivt sosialt arbeid med døve (Pertz, Plegue, Diehl, Zazove & McKee, 2018; Delich, 2014). Likevel var dette den mest nevnte kulturelle barrieren i møte med hjelpeapparatet. Det var utfordringer i kommunikasjonen mellom terapeut og klient, med annet personell og ved bruk av tolk (Anderson, Craig & Ziedonis, 2017; Bone, 2019; Brenman, Hiddinga & Wright, 2017; Chapple, 2019; Gill & Fox, 2012; Kuenburg, Fellingner & Fellingner, 2016; Pertz et al., 2018). For det første manglet tjenestene utstyr for kommunikasjon med døve, og mange døve hadde opplevd å ikke høre navnet deres bli oppropt. Flere fryktet at de ikke ville kunne kommunisere adekvat og at dette ville påvirke behandlingen, noe som førte til frustrasjon og angst blant de døve (Gill & Fox, 2012). Kuenburg et al. (2016) sin litteraturstudie finner at tjenesteytere og døve mangler felles kommunikasjon. En grunn kan være at flere finner at tjenesteyteren er nølende til å skaffe tegnspråktolk, noe som forhindrer effektiv toveiskommunikasjon og utveksling av informasjon (Anderson et al., 2017; Brenman et al., 2017; Bone, 2019). Særlig alvorlig er at noen tok imot resepter uten å ha full forståelse for formålet eller effektene av medisinene fordi det ikke ble skaffet tolk (Bone, 2019). Den største utfordringen oppstod når klinikere ikke forsøkte å forklare eller klargjøre aspekter ved terapien og ikke tok hensyn til klientens manglende forståelse. Dette kan føre til ineffektiv terapi eller manglende involvering i behandlingen (Gill & Fox, 2012).

En annen årsak til kommunikasjonsbarrierene kan være at tjenesteyters antar at å bruke familiemedlemmer som tolk, munnnavlesning og notatskriving er effektive former for helsekommunikasjon (Brenman et al., 2017; Gill & Fox, 2012; Kuenburg et al., 2019). I virkeligheten er dette metoder med store begrensninger. Å bruke familiemedlemmer som tolk garanterer ikke at samtalen faktisk blir tolket. Det kan også være utfordrende for familiemedlemmet å forholde seg nøytral til innholdet, og det er en fare for at de tar over

samtalen (Magelssen, 2008, s. 162). For det andre er det mange døve som ikke praktiserer munnnavlesning, og selv de mest erfarne forstår bare 30-45% av talespråket (Kuenburg et al., 2016). Notatskriving er også begrenset, da mange døve har lavere leseferdigheter eller sliter med å forstå skriftlig språk fordi det ikke samsvarer med deres morsmål. Dette skaper alvorlige kommunikasjonsproblemer og misforståelser som kan påvirke behandlingen (Bone, 2019; Kuenburg et al., 2016).

Kommunikasjon er mer enn språk, og budskapet kan misforstås hvis mottakeren feiltolker senderens hensikt (Eriksen & Sajjad, 2015). Kommunikasjonsbarrierene kan ha sammenheng med at døve, kulturelt sett, kommuniserer annerledes. I døvekulturen er det vanlig å ta kontakt og kommunisere på åpenlyse måter. Dette henger sammen med at døve har behov for visuell kommunikasjon som alternativ til oral kommunikasjon (Andrews et al., 2004; Breivik, 2007). For eksempel forsøker døve å fange andres oppmerksomhet ved å vinke foran dem (Gill & Fox, 2012). I tillegg blir ansiktsuttrykk, berøring og kroppsspråk viktig i kommunikasjonen med døve. De kan derfor fremstå som mer «direkte» eller ufølsomme for personer som ikke er kjent med tegnspråk eller døves kommunikasjonsbehov (Brenman et al., 2017). Dette skaper utfordringer i kommunikasjonen mellom døve klienter og hørende profesjonelle. I Anderson et al. (2017) var det mange som rapporterte at de hadde negative erfaringer med tjenesteytere som ikke forble støttende eller nøytrale i klientmøter, noe som ble knyttet til tjenesteyterens ansiktsuttrykk. Brenman et al. (2017) fant at profesjonelle som ikke jobbet innen spesialiserte tjenester for døve, hadde utfordringer med å begripe de ulike formene for kommunikasjon døve barn benytter, som å kombinere orale og visuelle teknikker. Slik kan tegnspråk og døvekultur «forstyrre» hva en hørende profesjonell anser som normene for sosial kommunikasjon, noe som er svært relevant for blant annet autismeutredninger. De forskjellige normene forsterkes av at diagnostiske verktøy er basert på den hørende populasjonen. Denne kombinasjonen kan gjøre det utfordrende å stille en riktig autismediagnose for profesjonelle som ikke er vant til å samhandle med døve (Brenman et al., 2017). Gill og Fox (2012) fant at terapeuter ikke nødvendigvis kjenner til døves kommunikasjonsatferd. De kan derfor ha vansker med å tolke om klientens bruk av tegn skyldes aggressivitet, psykiske utfordringer eller om de er kulturelt passende. Dette fører til at terapeuter blir mer usikre på arbeidet sitt, og kan skape utfordringer i det terapeutiske forholdet og alvorlige misforståelser (Gill & Fox, 2012). Et eksempel var en pasient som møtte en lege som ikke var kjent med døvekultur og tegnspråk. Legen mistolket pasientens uttrykk for frustrasjon og desperasjon som en voldelig trussel, og pasienten ble lagt

i tvangstrøye (Bone, 2019). Dette viser hvor alvorlige konsekvenser manglende kunnskap om tegnspråk, døvekultur og kommunikasjon kan få for brukermøtet.

Konsekvensene av kommunikasjonsbarrierer er altså store. Kuenburg et al. (2016) finner at utfordringer med kommunikasjon fører til at døve har mindre tilbøyelighet til å stole på leger og til å forstå diagnose og behandling. Brenman et al. (2017) finner at språklige barrierer, i kombinasjon med kulturelle barrierer, kan forsterke atferd som indikerer autisme og gjøre det vanskeligere å takle for barnet og dets hørende omgivelser. Det gjør det også vanskelig å utføre eksempelvis en autismedredning hvis man sjeldent møter på døve (Brenman et al., 2017). Pertz et al. (2018) hevder at kommunikasjonsbarrierer, kombinert med kulturforskjeller, forsikringsbegrensninger og fattigdom, fører til at døve pasienter har vanskeligere for å få tilgang til psykiske helsetjenester og høy risiko for å motta fragmenterte helsetjenester. Dette gjør at døve ikke får forbedret deres psykososiale behov i tilstrekkelig grad, og kan øke risikoen for å at døve blir marginalisert (Chapple, 2019).

Til sist vil jeg nevne tilgang på informasjon som barriere. Jeg ser på dette som en som en kommunikasjonsbarriere fordi flere påpeker at dette skyldes at det ikke finnes tilgjengelig informasjon på tegnspråk. Dette fører til at mange døve ikke er klar over hjelpen som finnes og at de mangler kunnskap om helse (Anderson et al, 2016; Bone, 2019; Kuenburg et al., 2016). Dette får konsekvenser for den psykiske helsen. Anderson et al. (2017) finner at deltakerne ikke søkte hjelp etter et traume fordi de ikke visste om behandlingsalternativer eller hvordan de skulle få tilgang til dem. Kuenburg et al. (2016) viser til at døve har større vanskeligheter med å få tilgang til helseinformasjon enn hørende. Dette skyldes blant annet at de ikke har tilgang på «tilfeldig» informasjon om helseutfordringer, som informasjonskampanjer i media. Generelt mangler det materiale med helseinformasjon og psykoedukasjon på tegnspråk (Bone, 2019; Kuenburg et al., 2016). Bone (2019) finner at deltakerne gjerne ønsket å ha tilgang til den samme informasjonen som resten av befolkningen. Fordi de ikke hadde tilgjengelige ressurser, opplevde deltakerne å føle seg maktesløse og tvunget til å takle plagene sine med mindre sunne mestringsstrategier, som overspising (Bone, 2019). Manglende informasjon om helsehjelp førte altså til en forverring av de psykiske plagene.

Som vi har sett underveis henger kommunikasjonsbarrierene tett sammen med tjenesteytneres kompetanse om døve. Dette skal jeg se nærmere på i neste kapittel.

3.2.3 Manglende kunnskap blant profesjonelle om døves behov og kultur

Døve vil nesten alltid møte på hørende profesjonelle i diagnostiske situasjoner. Den profesjonelle må da utrede noen som har en annen språklig og kulturell bakgrunn (Brenman et al., 2017). Manglende kunnskap om eller bevissthet rundt døves behov, historie eller døvekultur er en hyppig rapportert barriere av både klienter og profesjonelle (Anderson et al, 2017; Bone, 2019; Brenman et al., 2017; Gill & Fox, 2012; Kuenburg et al., 2016).

Funn fra USA viser at tjenestene mangler kulturkompetanse på tegnspråklige pasienter (Chapple, 2019; Pertz et al., 2018). Chapple (2019) argumenterer for at manglende kulturforståelse og misforståelser rundt kulturen bidrar til økt risiko for marginalisering. Bone (2019) og Crowe (2017) finner at mangelen på kompetente profesjonelle fører til frustrasjon blant døve. I Bones studie førte dette til at noen tydde til lite sunne mestringsstrategier, som alkoholmisbruk. Terapeuter manglet også kunnskap om samspillet mellom døvhet og psykisk helse, noe som kan føre til antakelser, misforståelser og fordommer om døvhet blant hjelpere. Slike utfordringer og manglende informasjon om å jobbe med døve gjør at profesjonelle føler seg uforberedt på å gi tilstrekkelig omsorg til døve. Dette undergraver profesjonell helseomsorg, noe som igjen kan føre til kommunikasjonsbarrierene som omtalt i 3.2.2. (Bone, 2019; Brenman et al., 2017; Chapple, 2019; Gill & Fox, 2012; Kuenburg et al. 2016).

Ifølge Gill og Fox (2012) kan det skje at hørende terapeuter ikke forstår kommunikasjonsatferd, døves identitet eller felles opplevelser for døve personer. For eksempel kan en identitet som døv bety at man ikke ser døvhet som noe negativt som må fikses. Døve forstår ikke begrensningene de opplever som en individuell defekt, men som noe som oppstår i situasjoner hvor kommunikasjonsforholdene ikke er gode (Breivik, 2000). Manglende kunnskap, kombinert med at klinikere så døvhet som noe patologisk som må repareres, ga klientene en negativ opplevelse av terapeutene eller førte til at de følte seg underlegne (Gill & Fox, 2012). Noen klinikere fryktet at manglende kjennskap til døve normer i verste fall kunne mistolkes, og slik føre til feil eller manglende diagnose (Brenman et al., 2017). Dette betyr at når vesentlige elementer ved døvekulturen ikke blir forstått, kan det skape vanskeligheter i det terapeutiske forholdet og gjøre psykiske helsetjenester utilgjengelige for døvesamfunnet (Gill & Fox, 2012; Bone 2019). Manglende kunnskap om døve utgjør altså en alvorlig barriere i det psykiske helseapparatet.

3.2.4 Stigma rundt psykiske plager i døvesamfunnet

Stigma handler om at man forsøker å skjule at man tilhører kategorier som omgivelsene knytter negative oppfatninger til, i frykt for å bli stemplet som et «avvik» (Ellingsen & Levin, 2015). Opplevelsen av stigma rundt psykiske plager ble funnet i både Anderson et al. (2017) og Bone (2019). Deltakerne i Anderson et al. (2017) rapporterte følelser som stolthet, frykt, skam eller flauhet. Dette hindret dem i å søke profesjonell hjelp. Ingen av deltakerne i Bones studie (2019) ville delt med andre i døvesamfunnet at de var blitt diagnostisert med depresjon, i frykt for å bli utfryst.

Bone (2019) finner at stigma delvis skyldes lite kunnskap om psykisk helse i døvesamfunnet, men det kan også ha sammenheng med kulturelle faktorer. I døvekulturen setter man gruppen over individet, og medlemmene verdsetter sin plass innad døvesamfunnet (Gill & Fox, 2012). Man er derfor ansvarlig for å oppføre seg på en måte som setter samfunnet i et positivt lys. Å bli diagnostisert med psykisk sykdom vil kaste et negativt lys på hele døvesamfunnet (Bone, 2019). Samtidig er samfunnet så lite at det er en fare for at tolker eller medlemmer i gruppeterapi har felles bekjente med klienten. Kombinert med at døvesamfunnet er preget av ryktekultur, kan det skape frykt for at noen i hjelpeapparatet vil bryte taushetsplikten (Anderson et al., 2017; Andrews et al., 2004; Breivik, 2007; Crowe, 2017). Hvis andre i døvesamfunnet får vite at man har fått en diagnose, vil det slå sprekker i individets identitet (Bone, 2019). Lojalitet til andre medlemmer kan derfor påvirke om døve søker støtte eller profesjonell hjelp (Bone, 2019; Crowe, 2017).

Dette er altså en kulturell barriere som oppstår *før* døve møter hjelpeapparatet, og som kommer fra innsiden av deres eget samfunn. Jeg velger likevel å ta det med her, fordi dette er viktig informasjon for sosionomen og andre som møter døve med psykiske plager. Som hjelper kan vi bidra til normalisering og å redusere stigma ved å yte tjenester på en måte som motvirker at gruppen stemples som et «avvik» (Tøssebro & Berg, 2015). Dette kommer jeg tilbake til på side 18.

3.3 Kultursensitivitet i møte med døve med psykiske plager

Oppsummert bidrar kommunikasjonsbarrierer og språklige begrensninger, manglende kultursensitivitet og -kompetanse hos tjenesteytere, samt stigma til å skape signifikante barrierer i hjelpeapparatet for døve med psykiske plager. Dette bidrar til marginalisering og kan

påvirke eller forhindre at døve søker hjelp (Chapple, 2019; Crowe, 2017; Kuenburg et al., 2016; Pertz et al., 2018). Her vil jeg se på hva en sosionom kan gjøre for å redusere kulturelle barrierer i møte med døve med psykiske lidelser, med fokus på kultursensitivitet.

Fordi profesjonelle har makt til å legge premissene for innhold og form for møte, har vi et ansvar for hvordan brukermøtet utarter seg i vårt mangfoldige samfunn. Dette krever profesjonell kompetanse som innebærer å kunne gjenkjenne eget og andres verdigrunnlag og kunnskap om diskriminerende mekanismer som bidrar til ekskludering og marginalisering (Qureshi, 2009). Kultursensitivitet er et redskap som inngår i en slik kompetanse, og kan brukes til å forstå måten forskjeller blir etablert på (Vike & Eide, 2009). Det er en metodisk fremgangsmåte som åpner opp for spørsmål der man tar utgangspunkt i de mest betydningsfulle forskjellene og likhetene (Qureshi, 2005). En slik tilnærming kan være nyttig når man kommuniserer med noen som har en annen referanseramme enn en selv. Kultursensitivitet gir mulighet til å se bak tanke- og handlemønstre som personen legger til grunn for sin væremåte, og innebærer en følsomhet for egne og andres kulturelle preferanser (Qureshi, 2009). Slik kan profesjonelle stille spørsmål og skille mellom det kulturspesifikke, det allmenne og det unike. Dette krever kunnskap om personens situasjon, opplevelse av fortid og nåtid, og hvordan eventuell stigmatisering påvirker personens selvbilde og mestringsfølelse. En kultursensitiv tilnærming kan gi en forståelse av vedkommende på deres premisser, og unngå at man tyr til stereotyper (Qureshi, 2005). Metoden kan slik bidra til å redusere kulturelle barrierer (Crowe, 2017).

Psykisk helse er et komplekst og utfordrende felt som krever kunnskap om psykisk helse og uhelse, samt evidensbaserte tilnærminger for å møte de mangfoldige behovene til de som søker hjelp (Bone, 2019). Flere døve ønsket at personalet hadde fått en grunnleggende innføring i kultursensitivitet og en større bevissthet rundt døves utfordringer og behov (Anderson et al., 2017, s. 239; Gill & Fox, 2012; Kuenburg et al., 2016). Dette er en viktig tilnærming når man jobber med døve i et hovedsakelig hørende og oralt helsesystem (Brenman et al., 2017). Helsepersonell trenger mer kunnskap om kommunikasjon med døve og døvekultur for å kunne takle språklige og kulturelle utfordringer som ofte oppstår når personer med ulike bakgrunner eller perspektiver møtes. Kuenburg et al. (2016) hevder at trening i kulturbevissthet bidrar til å redusere misforhold i helsetilbudet og fører til at personalet øker ferdighetene sine i å ivareta døve. Ifølge Delich (2014) krever arbeid med døve kompetanse i sosialt arbeids praksis, kulturell kompetanse i døvekultur og døvhet, og en forpliktelse til sosial rettferd gjennom bruk

av empowerment. Dette vil bidra til å forbedre tilgangen til helsetjenester for døve og føre til at flere døve med psykiske plager søker hjelp (Crowe, 2017; Kuenburg et al., 2016).

En viktig del av kultursensitivitet og profesjonell praksis er å ha kunnskap om den aktuelle personens kulturelle bakgrunn (Brenman et al., 2017; Qureshi, 2005). Her kan man benytte kulturkompetanse som verktøy, som handler om å tilegne seg faktakunnskaper om andres kultur. Kulturkompetanse dreier seg om hvordan summen av den totale kulturkunnskapen anvendes i samhandlingskontekst, og å være bevisst egen etnosentrisme og stereotyper om andre (Qureshi, 2009). Man må bli bevisst på at individer har ulike referanserammer enn en selv, og man må prøve å forstå betydningen av referansene for dem man møter (Qureshi, 2005). Her kan man se til anbefalinger fra organisasjoner for døve for å finne hvilken kompetanse som bør heves (Kuenburg et al., 2016). Ifølge Delich (2014) må man ha kunnskap om og respekt for de historiske og nåværende rollene til de sosiale, utdanningsmessige og politiske paradigmen som påvirker kompleksiteten i de ulike identitetene innad i døvesamfunnet. Ifølge Pertz et al. (2018) vil kulturkompetanse være en nøkkelfaktor til å sikre gode relasjoner mellom døve pasienter og tjenesteyteren. Samtidig må vi være bevisste på at kulturkompetanse alene ikke er nok i møte med minoriteter fordi det kan gjøre det vanskelig å avdekke andre problemer, som manglende kommunikasjon og lite tilrettelegging (M. F. Moufack, personlig kommunikasjon, 19.11.2019).

Å sikre at tjenestene innehar kulturkompetanse er et ansvar som ligger på ledernivå. Den individuelle profesjonsutøveren kan likevel bidra i å sikre at mangfoldige grupper mottar tjenester som er kulturelt og språklig sensitive (Crowe, 2017). Klinikere bør ta i betraktning at kultur er kompleks og har flere dimensjoner. Kulturell identitet, holdninger og forståelse av problemet samt synet på tjenesteytere kan påvirke om noen søker eller faktisk mottar hjelp. Sosionomer bør derfor ha kunnskap om utfordringene i å vurdere helsen til døve, døvesamfunnet, kulturelle aspekter ved døvhet, kommunikasjonsbehov og ressurser som er utformet for døve (Chapple, 2019; Crowe, 2017). Videre trenger sosionomen kunnskap om temaer som grunnleggende audiologi, hjelpemidler, kommunikasjonsalternativer og konsekvensene av dem, spiritualitet, rettigheter, lovverk og tolkenes rolle og deres etiske retningslinjer. Dette, kombinert med styrkebaserte fremgangsmåter, vil sette sosionomen i stand til å yte kulturelt kompetente og relevante tjenester (Delich, 2014).

Sosialarbeiderne i Pertz et al. (2018) la vekt på å bruke en kulturell forståelse av døve fremfor den medisinske modellen. I den medisinske forståelsen vektlegges selve hørselstapet ved at man ser det som funksjonshemming eller patologisk tilstand som bør oppdages, kureres og rehabiliteres (Andrews et al., 2017, s. 18; Chapple, 2019). Det betyr ikke at man ser hørselshemmingen som begrensende for personen, men at hørselen sees som en del av det totale helsebildet. Som tidligere nevnt er det mange døve som likevel opplever dette stigmatiserende, og at for mye fokus legges på kommunikasjon gjennom lyd i stedet for synet (Andrews et al., 2017). I kontrast til dette forstår døve seg selv som en særegen språklig og kulturell gruppe (Breivik, 2000 og 2007; Chapple, 2019). Som vi så over, bidrar disse ulike forståelse til at døve kan oppleve møtet med hjelpere som negativt. Å ta utgangspunkt i den kulturelle modellen bidrar til at pasienten står i sentrum for omsorgen, og at man fokuserer på hele individet fremfor hørselshemmingen (Pertz et al., 2018). Slik kan profesjonelle bidra til å redusere denne kulturelle barrieren.

Strategier som respekterer språket og kulturen er nødvendige for å sette i gang endringer (Bone, 2019). Det betyr ikke at man trenger all kunnskap om den andre kulturen, men at en må være bevisst på når kommunikasjonen foregår på ens egne premisser, og at den andre da befinner seg i en underlegen situasjon. Å henvende seg på sitt eget språk og forvente at den andre svarer på det samme språket (her talespråk), vil være en form for maktutøvelse (Eriksen & Sajjad, 2015). Å ha tilgang til spontan kommunikasjon med hvem som helst, gjør det mulig å være seg selv og styrker den døve til å oppleve en selvstendig følelse av tilhørighet og likeverd (Delich, 2014). Sosionomer må være i stand til å identifisere klienters generelle behov, og kunne gi et utvalg av effektiv kommunikasjon for å påse at de sosiale og psykiske helsetjenestene som gis er av god kvalitet (Chapple, 2019). Bone (2019) fant at deltakere rapporterte positive erfaringer med hjelpeapparatet når den profesjonelle respekterte døvekultur og tegnspråk. Gill og Fox (2012) hevder at dette vil bidra til at de føler seg friskere. Enkelte klienter hevder at det beste er å ha tilgjengelige hjelpere som kan bruke tegnspråk (Anderson et al., 2017; Gill & Fox, 2012; Kuenburg et al., 2016). Pertz et al. (2018) hevder at å bare ha en sosionom til stede som er flytende i tegnspråk ville føre til betydelige forbedringer i den psykiske helsen til døve pasienter. Noen døve ønsket helst å bruke en döv tjenesteyter fordi en likeperson kan gi dypere forståelse og tillit, delvis på grunn av felles språk, opplevelser og kultur (Anderson et al., 2017). Tilstedeværelsen av klinikere som enten var døve eller jobbet tett sammen med døvesamfunnet, bidro til god kommunikasjon og til å forbedre komfortnivået i helsetilbudet for døve (Pertz et al., 2018). Døve bør derfor ha muligheten til å velge en terapeut som bruker tegnspråk, fordi de

antar at terapeuten vil vite mer om døvekultur. Da blir de mer komfortable i kommunikasjonen (Anderson et al., 2017; Gill & Fox, 2012). Alle ansatte ved tjenesten bør derfor ha grunnleggende opplæring i tegnspråk og kommunikasjon med døve (Anderson et al., 2017; Kuenburg et al., 2016). Vurdering av en döv klient bør gjøres på språket som klienten foretrekker, enten av en sosionom eller annen profesjonell som snakker språket, eller med en kvalifisert tolk (Chapple, 2019). Ved å ha kjennskap til tegnspråk kan sosionomer bidra til å redusere kulturelle barrierer for døve med psykiske plager, og bidra til at flere søker hjelp.

Men å lære seg tegnspråk vil ikke redusere alle barrierer. Ikke alle døve ønsker å jobbe med en döv eller tegnspråklig profesjonell, blant annet fordi døvesamfunnet er så lite. Noen døve ønsket derfor en hørende, men gjerne tegnspråklig, tjenesteyter som det var mindre sannsynlig å møte på i døvesamfunnet (Anderson et al., 2017). Det er heller ikke slik at alle døve bruker tegnspråk eller føler tilhørighet til døvekulturen (Andrews et al., 2004). Profesjonelle bør også være bevisste på at selve språket har sine begrensninger, og at fagspråk kan være en dimensjon som kan forsterke makt og opplevelsen av avmakt (Qureshi, 2005). Ikke alle faglige begreper kan oversettes direkte til tegnspråk, noe som kan skape en følelse av underlegenhet hos klientene fordi de ikke forstår det som blir sagt. Dette gjør dem mindre villige til å stille spørsmål. Terapeutene diskuterer heller ikke dette med klientene, som antyder at de ikke er bevisste på språket de bruker (Gill & Fox, 2012). Det er heller ikke uvanlig at døve eller tunghørte lider av språkdeprivasjon fordi hørselsproblemer oppdages sent eller fordi døve barn blir integrert i hørende miljøer. Dermed blir de ikke eksponert for tegnspråk, samtidig som de har begrenset oppfatning av tale. Dette kan føre til en forsinket eller mangelfull språkutvikling (Kuenburg et al., 2016). Døve kan derfor ha mangelfull forståelse på sitt eget morsmål. Språkdeprivasjon kan derfor føre til alvorlige misforståelser i medisinsk praksis. Ifølge Kuenburg et al. (2016) er døve mer utsatt for dette enn hørende som ikke er flytende i det lokale språket, fordi døvheten kan maskere kommunikasjonsunderskuddet og gjøre det vanskelig for profesjonelle å oppdage. Det er altså svært utfordrende å etablere tilfredsstillende kommunikasjon mellom døve og helsepersonell (Kuenburg et al., 2016). Sosionomer bør derfor være bevisste og sensitive overfor døves ulike kommunikasjonsbehov og språket en bruker (Bone, 2019; Chapple, 2019; Crowe, 2017).

For å tilrettelegge for god og effektiv kommunikasjon bør sosionomen undersøke hvilken kommunikasjonsmetode den døve foretrekker (Crowe, 2017; Delich, 2014; Kuenburg et al., 2016). Det kan innebære å kombinere ulike verbale og manuelle kommunikasjonsmetoder, som

å både prate, skrive, bruke tegn og benytte seg av hjelpemidler, som teksttelefon. Man må også være villig til å jobbe med sertifiserte tolker (Brenman et al., 2017; Chapple, 2019; Delich, 2014; Gill & Fox, 2012; Kuenburg et al., 2016). Mindre grep kan være å ikke rope opp pasientens navn muntlig, være bevisst på egen non-verbale kommunikasjon, ikke la seg distrahere av tolken og ha øyekontakt med klienten. Døve klienter setter pris på terapeuter som gjør forsøk på å kommunisere med dem direkte, for eksempel med ansiktsuttrykk eller at de gjør ansiktet synlig for munnnavlesning. Å kunne si «hei» eller stave navnet sitt på tegnspråk kan derfor tilrettelegge for et godt forhold til klienten (Gill & Fox, 2012). Man må være bevisst på at ulike kombinasjoner passer ulike personer, og man bør derfor ikke anta at klienten kan tilpasse seg én bestemt metode (Chapple, 2019). Ved å etablere en felles kommunikasjonsplattform, minsker sjansen for misforståelser (Eriksen & Sajjad, 2015). Effektiv kommunikasjon er viktig for å tilrettelegge for aktiv brukermedvirkning, for å overvinne mistillit og for å kunne stille riktig diagnose og dermed rett behandling. Ikke minst vil det føre til at døve pasienter får et bedre møte med hjelpeapparatet (Anderson et al., 2017; Bone, 2019; Gill & Fox, 2012; Kuenburg et al., 2016; Pertz et al., 2018).

Ifølge Qureshi (2005 og 2009) krever kultursensitivitet at den profesjonelle har kunnskap om ekskluderingsmekanismer og hvordan stigmatisering påvirker personens selvbilde og mestringsfølelse. Sosionomen bør derfor være bevisst at psykiske plager er stigmatisert i døvesamfunnet, og at dette kan påvirke den døves selvbilde. Sosionomen kan også bidra til å redusere stigmaet ved å utforske strategier som er nødvendige for å forbedre den psykiske helsen til døvesamfunnet. Det er stort behov for å styrke døvesamfunnets bevissthet rundt psykisk helse (Bone, 2019). Deltakerne i Anderson et al. (2017) opplevde at bevissthet rundt behandlingsoalternativer og bedre forståelse av formålet med behandling er nøkkelen til at flere søker hjelp. Flere oppfordrer tjenesteyterne til å bli synlige i døvesamfunnet for å gi kunnskap og informasjon om traumer, psykisk helse og behandling (Anderson et al., 2017; Kuenburg et al., 2016). På den måten vil man heve kunnskapsnivået om psykisk helse blant medlemmene, slik at de også kan delta i utviklingen av tjenestene (Bone, 2019). Dette vil være i tråd med empowerment og skape mulighet for endring (Qureshi, 2005). Slik kan man bidra til å normalisere psykiske plager og redusere stigmaet. I tillegg må tjenestene etterstrebe en streng konfidensialitet i møte med medlemmer av småsamfunn. Dette kan for eksempel gjøres ved å ikke sette opp timer med andre døve rett før eller etter hverandre, slik at de unngår å møtes i venterommet eller på parkeringsplassen. Man bør også påse at tolkene får en innføring i lovverket (Anderson et al., 2017).

For å oppsummere tar jeg utgangspunkt i den samiske legen Ola Mathis Hettas «ti bud» for når kultursensitivitet kan praktiseres (Magelssen, 2008, ss. 197-198). Nedenfor presenterer jeg et utvalg av punktene, men fritt tilpasset døves behov.

Ifølge punkt to skal man ikke innbille seg at man er verdimessig nøytral. Holdninger kan styre mye av profesjonelles relasjon til brukere (Qureshi, 2005). I arbeid med døve er det viktig å være bevisst audiosentriske¹ antakelser og overlegenhet overfor døvesamfunnet, tegnspråk og døvekultur (Eckert & Rowley, 2013). Dette kan være audistiske holdninger, som på individnivå handler om at man ikke stoler på at døve har evne til å kontrollere sine egne liv. For eksempel vil det å rose personens uttale vise at man «favoriserer» talespråk fremfor visuell kommunikasjon. Det impliserer at døve som benytter talespråk er «bedre» enn de som ikke benytter tale (Eckert & Rowley, 2013). Profesjonelle bør derfor reflektere over hvordan ens syn på døve påvirker samhandlingen.

I punkt tre skal man gi andre rett til å bruke sitt eget verdensbilde og sosiale referanseramme. Hvis den døve identifiserer seg med den kulturelle forståelsen av dövhet, bør også den profesjonelle legge denne til grunn istedenfor å se dövhet i lys av den biomedisinske modellen eller som en funksjonshemming. Punkt fire sier at man ikke skal forutsette at mennesker fra andre kulturer kan like mye om de samme tingene som en selv. Her kan den profesjonelle undersøke forkunnskaper om psykisk helse, være bevisst fagspråket en bruker og om den døve har grunnlag for å forstå dette. For det femte skal man være bevisst på at alle leser ens non-verbale signaler. Som vi har sett er dette spesielt viktig i kommunikasjon med døve, blant annet fordi ansiktsuttrykk og kroppsspråk står sentralt i tegnspråk og døvekulturen.

Det sjette punktet er at man skal bruke tolk. Dersom man ikke snakker tegnspråk selv, bør man undersøke om den døve har behov for tolk, og sikre at dette er en sertifisert tolk med kjennskap til psykisk helse (Anderson et al., 2017; Gill & Fox, 2012). Man bør også være bevisst på at tegnspråktolker skiller seg fra talespråklige oversettere, fordi de bygger bro over det kulturelle gapet (Brenman et al., 2017). Samtidig bør en være bevisst på at tolk ikke løser ethvert problem, og at det fremdeles kan oppstå misforståelser (Eriksen & Sajjad, 2015). Man bør derfor ta seg tid til å sjekke at personen har forstått budskapet (Chapple, 2019). I det sjuende punktet står det at man må sette av nok tid når man kommuniserer med mennesker fra andre kulturer. Dette

¹ På bakgrunn av hørsel og tale

gjelder spesielt med døve, blant annet fordi de kan ha behov for flere pauser enn hørende og kan trenge mer tid til å få forklart viktig informasjon (Gill & Fox, 2012; Chapple, 2019, s. 579).

Det siste punktet er at mennesker fra andre kulturer kan ha vansker med å forstå profesjonelle, nettopp fordi de tilhører majoritetskulturen. Minoritet og majoritet kan ha ulike perspektiver, men som oftest er det medlemmet av majoriteten som setter premissene for tverrkulturelle relasjoner. Som hørende og profesjonelle må vi derfor være bevisst på hvordan vi, som representanter for majoriteten, håndterer utformingen av bestemte praksiser og være bevisst på egne kulturelle modeller (Vike & Eide, 2009). Man må kunne gjenkjenne at andres kulturmønstre har meningsbærende verdier for medlemmene av den kulturen (Qureshi, 2005). Derfor er det viktig å være bevisst på at man kan ha ulike forståelser fordi man som hørende tilhører en majoritetskultur som skiller seg fra døvekulturen.

Chapple (2019, ss. 579-580) identifiserer noen flere punkter for samhandling når man skal utøve «culturally responsive» sosialt arbeid med døve. Dette innebærer å spørre den døve om kommunikasjonspreferanse, og å samhandle med dem på en varm og direkte måte. Blikkontakt er spesielt viktig. Man bør gjøre det tydelig når man skifter fokus over til noe annet, og man bør ikke «multitaske» mens man kommuniserer med døve. Videre bør man bruke et enkelt språk, med normal hastighet og volum, det vil si å ikke snakke overdrevent tydelig. Man må også være bevisst på at det er svært slitsomt å munnavlese, og at det kan ha sine begrensninger. Sosionomen bør derfor bruke visuelle hjelpemidler, som gestikulering, påse at ens ansikt synes godt og ta pauser. De viktigste instruksene bør gis skriftlig. Når man benytter tolk, bør man påse at tolken har gode tekniske språklige ferdigheter på begge språk, kunnskap om døvekultur og vokabular innen psykisk helse, og tolkeerfaring. Man bør snakke direkte til klienten, følge med på klientens reaksjoner og non-verbale kommunikasjon og ikke ha sidesamtaler med tolken (Anderson et al., 2017; Chapple, 2019; Gill & Fox, 2012).

I tillegg er det noen fallgruver ved kultursensitivitet som sosionomen bør være bevisst. Et for stort fokus på kulturforskjeller kan føre til at man fremstiller andres kulturer som mer statiske og eksotiske enn de faktisk er (Qureshi, 2005). Sosionomer må være bevisste på at døvekultur ikke er en singulær eller statisk kulturell kategori. For eksempel kan psykiske helseproblemer avgjøre om personen identifiserer seg som kulturelt døv, og selve diagnosen kan gjøre det vanskelig for yngre døve å få tilgang til tegnspråk eller døvesamfunnet (Brenman et al., 2017). Som tidligere nevnt vokser de fleste døve opp blant hørende familier. Dermed er det ikke en

selvfølgelighet at alle døve snakker tegnspråk eller føler tilhørighet til døvekulturen (Andrews et al., 2004). Videre kan en stille spørsmål om hvorvidt kulturbegrepet får frem nyansene, variasjonene og ambivalensen som er knyttet til identitet og tilhørighet (Breivik, 2000, s. 90). Andre deler av identiteten kan spille inn på den psykiske helsen og møtet med hjelpeapparatet. Sosionomen bør derfor undersøke hvordan personens døvhet og andre marginaliserte identiteter, som etnisitet, kjønn og seksuell legning, sammen påvirker ulike aspekter ved personens liv (Brenman et al., 2017; Chapple, 2019). Sosionomer må altså vise respekt for det unike hos hvert enkelt individ, og være bevisste at kultur kan brukes til å tilsløre ulikheter som skyldes sosiale, økonomiske eller politiske vilkår i samfunnet. Det er heller ikke slik at språklige og kulturelle barrierer alene forårsaker misforståelser mellom minoritet og majoritet. Her spiller makt, avmakt og vilje en viktig rolle (Qureshi, 2005). I all tverrkulturell kommunikasjon må vi derfor være spørrende og interessert i å lære noe fra den andre, slik at vedkommende blir i stand til å klargjøre sitt budskap (Qureshi, 2009).

Avslutningsvis vil jeg stille spørsmål ved om kultursensitivitet virkelig er overførbart i møtet med døve. Man bør ikke anta at teorier, modeller og forskning basert på hørende deltakere kan være overførbare til tegnspråklige brukere. Terapeuter bør heller ikke anta at litteratur om fremmedspråklige er overførbart til døve klienter (Gill & Fox, 2012). Når kultursensitivitet i stor grad er basert på (hørende) etniske minoriteter, kan man så tvil om det vil gjelde for døve. Jeg stiller meg også spørrende til om det i møte med døve vil være hensiktsmessig å se etter likhetene i forskjellene, slik Magelssen (2008 og Qureshi (2005 og 2009) hevder. Som vi har sett, er hørende profesjonelle i begrenset grad bevisste på eksistensen av en døvekultur. Derfor har jeg en hypotese om at selve grunnen til at de kulturelle barrierene oppstår, er at hørende hjelpere ikke er klar over de kulturelle forskjellene mellom hørende og døv, og at man legger likhetene til grunn for møtet. Det vil si at man antar at det bare er hørselsevnen som skiller en selv fra den døve. Ifølge Grønlie (2005) er det avgjørende for hørselshemmede at hørende forstår og respekterer annerledesheten, og det vil være respektløst av den profesjonelle å ikke være oppmerksom på den kulturbakgrunnen som brukeren uttrykker (Qureshi, 2005). Jeg vil hevde at profesjonelle nettopp derfor *bør* være sensitive for forskjellene når man møter døve, enten det gjelder ulike livserfaringer, kultur eller kommunikasjonspreferanser. På den måten kan man bli bevisst på at døve har særegne behov, tilrettelegge deretter og bidra til gode tjenester.

3.4 Oppgavens overførbarhet og begrensninger

Seks av de ni artiklene som dannet grunnlaget for diskusjonen baserte seg på amerikanske tegnspråkbrukere. Under søkeprosessen ble det gjort forsøk på å finne skandinaviske artikler, uten hell. Det kan tyde på at det er begrenset utvalg av skandinavisk litteratur om døve med psykiske plager og sosialt arbeid med døve. Dette er en mulig begrensning ved oppgaven, og man kan stille spørsmål ved om påstandene om kulturelle barrierer er overførbare til en norsk kontekst. En mulig forbedring kunne derfor vært å utføre egne undersøkelser i det norske døvesamfunnet.

Likevel viser tidligere forskning og utredninger at det norske hjelpeapparatet ikke er utformet med tanke på døves behov. For eksempel behersker ikke det ordinære tjenesteapparatet tegnspråk, de kjenner ikke til døves kultur eller livssituasjon og utfører sjeldent tilrettelegging som kreves for optimal kommunikasjon og behandling. Dette fører til barrierer og lavere tilgjengelighet til den ordinære psykiske helsetjenesten for døve (Statens helsetilsyn, 2001; Øhre, Volden, Falkum & Tetzchner, 2017). Det norske døvesamfunnet har også flere likhetstrekk med andre døvesamfunn, som at det er lite og at tegnspråket skiller seg fra talespråket. Jeg vil derfor hevde at det likevel er sannsynlig at kommunikasjonsbarrierer, manglende kunnskap om døvekultur blant profesjonelle og stigma trolig også oppleves av norske døve med psykiske plager. I visse tilfeller er disse barrierene avgrenset til å gjelde spesifikt døve *med psykiske plager*, som når misforståelser fører til at man blir underlagt tvang. Samtidig vil jeg anta at for eksempel kommunikasjonsbarrierer oppstår i møtet med andre offentlige systemer. Hovedtrekkene er derfor trolig overførbare til andre deler av hjelpeapparatet og sosialfaglige felt, slik at andre profesjonsutøvere, som pedagoger og sykepleiere, også kan ta i bruk de grepene som skisseres.

4.0 Konklusjon

Innledningsvis presenterte jeg problemstillingen «*Hvordan kan sosionomen bruke kultursensitivitet for å bidra til å redusere kulturelle barrierer i møte med døve med psykiske plager?*». Spørsmålet er relevant fordi døve er mer utsatt for psykiske plager enn hørende, og det blir hevdet at hjelpeapparatet ikke er utformet etter døves behov. Videre er det trekk ved døvekulturen som skiller seg fra den hørende kulturen, noe som kan føre til kulturelle forskjeller og vanskeligheter i samhandlingen. De kulturelle barrierene som døve med psykiske plager møter i hjelpeapparatet er knyttet til kommunikasjonsbarrierer, manglende kunnskap blant

hjelperne om døves kultur og behov, og stigma rundt psykisk helse i døvesamfunnet. Dette fører til at døve nøler med å søke hjelp, og en negativ opplevelse med hjelperne og hjelpeapparatet. Manglende felles kommunikasjon og ulik kulturell forståelse påvirker derfor det terapeutiske forholdet og den profesjonelles evne til å yte hjelp tilpasset døve.

Sosionomen og andre profesjonelle kan redusere de kulturelle barrierene ved å tilpasse kommunikasjonen til døves behov, tilegne seg grunnleggende kunnskap om tegnspråk og døvekultur, og bli synlige i døvesamfunnet slik at man øker kunnskap og bidrar til normalisering av psykiske plager. Dette vil være kultursensitiv praksis med døve. Samtidig må man være bevisst at kultursensitivitet overfor døve vil skille seg fra andre minoritetsgrupper. Det viktigste vil være å inneha en spørrende holdning, slik at den døve får mulighet til å avklare sitt forhold til døvekulturen og hvordan dette spiller inn på den psykiske helsen. I tillegg må man ikke låse seg fast til et kulturelt blikk, men også undersøke hvordan andre deler ved identiteten, som kjønn eller etnisitet, spiller inn. Denne sensitiviteten og det helhetlige blikket vil være viktige ferdigheter for sosionomen som ønsker å skape et godt møte med døve.

Litteratur

- Anderson, M. L., Craig, K. S. & Ziedonis, D. M. (2017). Deaf People's Help-Seeking Following Trauma: Experiences With and Recommendations for the Massachusetts Behavioral Health Care System. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(2), 239-248.
- Andrews, J. F., Leigh, I. W. & Weiner, M. T. (2004). *Deaf People: Evolving Perspectives from Psychology, Education and Sociology*. Boston: Pearson Education.
- Bjørngaard, J. H. (red), Bjerkan, A. M, Bremnes, R., Hatling, T., Kaspersen, S., Pedersen, P. B., Sitter, M. & Waagan, T. E. (2008). *SAMDATA Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007* (SINTEF A7840). Hentet fra <https://www.sintef.no/globalassets/project/samdata/rapporter/samdata-sektorrapport-for-det-psykiske-helsevernet-2007.pdf>
- Bone, T. A. (2019). No one is listening: Members of the Deaf community share their depression narratives. *Social Work in Mental Health*, 17(1), 1-22.
- Breivik, J.-K. (2000). Døve – funksjonshemmede eller kulturell minoritet?. I T. I. Romøren (Red.), *Usynlighetskappen: Levekår for funksjonshemmede* (s. 83-103). Oslo: Akribe.
- Breivik, J.-K. (2007). *Døv identitet i endring: Lokale liv - globale bevegelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brenman, N. F., Hiddinga, A. & Wright, B. (2017). Intersecting Cultures in Deaf Mental Health: An Ethnographic Study of NHS Professionals Diagnosing Autism in D/deaf Children. *Cult Med Psychiatry*, 41, 431-452.
- Chapple, R. L. (2019, mars 19). Culturally responsive social work practice with D/ deaf clients. *Social Work Education: The International Journal*, 38(5), 576-581.
- Collins Dictionary. (u.d.). *Cultural barrier*. Hentet mars 31, 2021 fra www.collinsdictionary.com: <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/cultural-barrier>
- Crowe, T. (2017). Help-Seeking Behaviors Among Urban Deaf and Hard-of-Hearing Adults. *Urban Social Work*, 1(2), 117-129.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Delich, N. A. (2014). Spiritual Direction and Deaf Spirituality: Implications for Social Work Practice. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 33, 317-338.

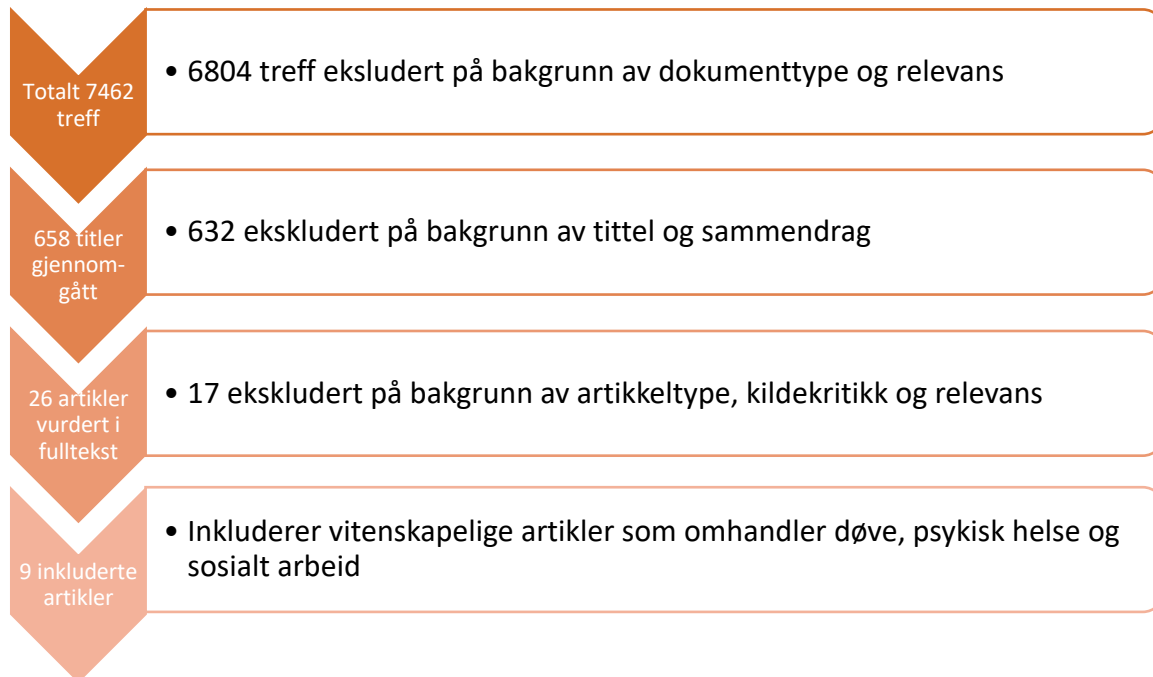
- Eckert, R. C. & Rowley, A. J. (2013). Audism: A Theory and Practice of Audiocentric Privilege. *Humanity & Society*, 37(2), 101-130.
- Ellingsen, I. T. & Levin, I. (2015). Det sosiale i sosialt arbeid. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s. 47-64). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2015). *Kulturforskjeller i praksis: Perspektiver på det flerkulturelle Norge* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fellesorganisasjonen. (u.d.). *Sosionomen i kommunenes helse- og omsorgstjenester*. Hentet april 13, 2021 fra www.fo.no: <https://www.fo.no/aktuelle-brosjyrer/sosionomen-i-kommunenes-helse-og-omsorgstjenester-article5617-1335.html>
- Gill, I. J. & Fox, J. R. (2012, juli). A qualitative meta-synthesis on the experience of psychotherapy for deaf and hard-of-hearing people. *Mental Health, Religion & Culture*, 15(6), 637-651.
- Grønlie, S. M. (2005). *Uten hørsel?: En bok om hørselshemming*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gullestad, M. (1989). *Kultur og hverdagsliv: På sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedepartementet & Sosialdepartementet. (2002). *Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede: Plan for utvikling og organisering av tjenestetilbudet*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/pla/2002/0003/ddd/pdfv/167949-handlingsplan_ilv.pdf
- Kultur- og kirkedepartementet. (2008). *Mål og mening: Ein heilskapleg norsk språkpolitikk* (St.meld. nr.35 (2007-2008)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/50816e814a9c46169bd69dc20dd746a3/nn-no/pdfs/stm200720080035000dddpdfs.pdf>
- Kuenburg, A., Fellingner, P. & Fellingner, J. (2016). Health Care Access Among Deaf People. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(1), 1-10.
- Kvam, M. H., Loeb, M., & Tambs, K. (2007, februar). Mental Health in Deaf Adults: Symptoms of Anxiety and Depression Among Hearing and Deaf Individuals. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12(1), 1-7.
- Lund, C. (2018). *Barnevernets møte med døve barn: Saksbehandleres erfaringer med døve og hørselshemmede barn og unge i barnevernet* (Masteroppgave). OsloMet – storbyuniversitetet, Oslo.
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene* (2. utg.). Oslo: Akribe.

- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Folkehelseinstituttet rapport 2009:8). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>
- Pertz, L., Plegue, M., Diehl, K., Zazove, P. & McKee, M. (2018). Addressing Mental Health Needs for Deaf Patients Through an Integrated Health Care Model. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 23(3), 240-248.
- Qureshi, N. A. (2005). Profesjonell kultursensitivitet framfor faglig etnisentrisme. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(3), 261-274.
- Qureshi, N. A. (2009). Kultursensitivitet i profesjonell yrkesutøvelse. I K. Eide, N. A. Qureshi, M. Rugkåsa & H. Vike (Red.), *Over profesjonelle barrierer: Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge* (s. 206-230). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schackt, J. (2009). *Kulturteori: innføring i et flerfaglig felt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (St. meld. nr. 25 (1996-97)). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/
- Språkrådet. (2019). *Norsk tegnspråk* [Brosjyre]. Hentet fra <https://www.sprakradet.no/Spraka-vare/Tegnsprakteiknsprak/>
- Statens helsetilsyn. (2001). *Tjenestetilbudene til døve med psykiske lidelser: En utredning med forslag om å styrke psykisk helsevern til døve barn, ungdommer og voksne* (Utredningsserien 7:2001). Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/kropp-og-sinn/rapporter/tjenestetilbudene-til-dove-med-psykiske-lidelser-en-utredning-med-forslag-om-a-styrke-tilbudene-fra-psykisk-helsevern-til-dove-barn-ungdommer-og-voksne>
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Tøssebro, J. (2000). Introduction to the special issue: Understanding disability. *SJDR*, 2(1), 3-7.
- Tøssebro, J. & Berg, B. (2015). Sosiale forskjeller, avvik og samfunn. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s. 227-243). Oslo: Universitetsforlag.
- Vike, H. & Eide, K. (2009). Kulturanalyse, minoritetsperspektiv og psykososialt arbeid. I K. Eide, N. A. Qureshi, M. Rugkåsa & H. Vike (Red.), *Over profesjonelle barrierer: Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge* (s. 13-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Øhre, B., Uthus, M. P., Tetzchner, S. & Falkum, E. (2015). Traumatization in Deaf and Hard-of-Hearing Adult Psychiatric Outpatients. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 20(3), 296-308.

Vedlegg I: Flytskjema og søkelogg

Figur 1: Flytskjema for utvelgesprosessen



Tabell I: Søkelogg

Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjonsord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste abstracts	Antall utvalgte artikler	Inkluderte etter fulltekst
24.03.21	Oria	“social work*” & “mental health*” & cultur* & deaf*	Alle felt inneholder søkeordene Fagfelle-vurderte tidsskrift Artikler År: 2010-2021 Språk: engelsk, norsk, svensk, dansk	1091 (første 150 titler gjennomgått)	49	19	13
24.03.21	Oria	«sosialt arbeid*» or sosionom* &	Alle felt inneholder	206	4	0	0

		«psykisk helse*» or «psykisk lidelse*» & kultur* or «kultursensitivitet*» or «døvekultur*» & døv*	søkeordene Fagfelle- vurderte tidsskrift Artikler År: 2010-2021 Språk: norsk, engelsk, svensk, dansk, nynorsk				
24.03.21	Oria	«sosialt arbeid*» or sosionom* & psykisk* & kultur* & døv*	Alle felt inneholder søkeordene	5	0	0	0
24.03.21	Idunn	«Sosialt arbeid*» or sosionom* psykisk* or «psykisk helse*» kultur* døv*	ingen	3	0	0	0
25.03.21	Idunn	«social work*» «mental health*» kultur* deaf*	Årgang f.o.m. 2010 t.o.m. 2021	3	0	0	0
25.03.21	Scopus	«social work*» «mental health*» kultur* AND deaf*	ingen	8	5	3	0 (kun 1 fagartikkel)
25.03.21	Scopus	“social work*” AND “mental health” AND kultur* AND deaf	Tittel, abstract, key words	Identisk resultat som over			
25.03.21	Scopus	“social work*” AND “mental health*” AND kultur* OR “cultural sensitivity*” OR “cultural competence*” OR “cultural barrier*” AND deaf*	Tittel, abstract, key words	Identisk resultat som over			

25.03.21	Cochrane Library	“social work*” AND “mental health*” AND cultur* AND deaf*	Tittel, abstract, key words F.o.m. jan. 2010 t.o.m. mars 2021 (også forsøkt uten)	0	0	0	0
25.03.21	Sociological Abstracts	“social work*” AND “mental health*” AND cultur* AND deaf*	Søkeord i alle felt Fagfelleverdert Publisert etter jan. 2010	77	11	1	1
25.03.21	Social Services Abstracts	“social work*” AND “mental health*” AND cultur* AND deaf*	Søkeord i alle felt Fagfelleverdert Publisert etter jan. 2010	Identisk resultat som over			
25.03.21	Social Services Abstracts	“social work*” AND “mental health*” AND cultur* OR “cultural sensitivity*” OR “cultural competence*” OR “cultural barrier*” AND deaf*	Søkeord i abstract Fagfelleverdert Artikkel Publisert etter jan. 2010	445 (første 100 titler gjennomgått)	2	1	0 (kun 1 fagartikkel)
25.03.21	SveMed+	«social work*» «mental health*» cultur* deaf*	Fagfelleverderte tidsskrift	0	0	0	0
25.03.21	SveMed+	socialt arbete psykisk störning kultur döv	I MeSH-terms Fagfelleverderte tidsskrift Artikler	6	1	0	0

25.03.21	Ovid/APA PsycInfo	social work mental health culture deaf	ingen	5618 (første 100 titler gjennomgått)	2	2	1
----------	----------------------	---	-------	--	---	---	---

