

“Man snakker ikke om sånt”

En kvalitativ undersøkelse om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser.

Yasmin Therese Walås



Master i Psykisk helsearbeid. Institutt for folkehelse, Elverum.

HØGSKOLEN I HEDMARK

2013

Innholdsfortegnelse

Forord	4
Sammendrag	5
Summary	6
1.0 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn for prosjektet	7
1.2 Et mangfoldig Norge	7
1.3 Psykisk helse i sin helhet	8
1.3.1 Psykisk helse blant ikke-vestlige innvandrere	8
1.4 Prosjektets hensikt	9
1.4.1 Problemstilling	10
1.5 Avgrensing	10
1.6 Oppgavens oppbygning	10
1.7 Redegjørelse for sentrale begreper	11
2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER	12
2.1 Menneskerettigheter	12
2.2 Begrepet kultur	12
2.2.1 Kulturkompetanse og kultursensitivitet	13
2.2.2 Tverrkulturell sykepleie	14
2.2.3 Helsekultur	15
2.3 Stigmatisering	17
2.3.1 Stigmatiseringens konsekvenser	18
2.3.2 Hvordan bekjempe stigmatisering	18
2.3.3 Stigmatisering som et fenomen i minoritetsmiljøer	19
2.4 Empowerment	20
3.0 METODE	21
3.1 Metode – et redskap	21
3.1.1 Den kvalitative metoden som forskningsmetode	22
3.2 Det kvalitative forskningsintervjuet	23
3.3 Rekruttering av informanter	23
3.4 Utvalg	24
3.4.1 Presentasjon av informanter og presentasjon i en kulturell kontekst	25
3.5 Intervjuguide	26

3.6 Intervjusituasjonen.....	26
3.7 Kvalitativ innholdsanalyse	28
3.8 Metodekritikk og forskningsetikk.....	29
4.0 RESULTATER	31
4.1 Kunnskapssyn på psykiske lidelser: «De vet så lite, de har liten kunnskap».....	31
4.2 Et lukket miljø: «Man snakker ikke om sånt»	35
4.3 Normalisering og alminneliggjøring: «Man må finne de der de er»	37
5.0 DRØFTING.....	40
5.1 Ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser	40
5.1.1 I møte med pasienter med en annen kulturbakgrunn	42
5.1.2 Likhhet for loven.....	44
5.2 Stigmatiseringens uttrykk.....	45
5.3 Bekjempe stigma	48
6.0 KONKLUSJON OG VIDERE FORSKNING	51
7.0 LITTERATURLISTE.....	53
VEDLEGG NUMMER 1.....	57
VEDLEGG NUMMER 2.....	59

Antall ord: 17 660

Forord

Andre kulturer har alltid fasinert meg og reiselivet har vært, og er en stor interesse i mitt liv. Reiser rundt om i verden har vært med på å berike mitt liv, og lært meg å se ting fra flere perspektiver. I tillegg har disse møtene med andre kulturer åpnet opp synet for muligheter livet har å by på.

Interessen for kulturens innvirkning på helse har blitt tent av flere faktorer. Under praksis som sykepleierstudent møtte jeg i spesialisthelsetjenesten en somalisk dame. Hun var innlagt for komplikasjoner etter diabetes type 2, og med mangel på et felles verbalt språk, ga dette grunnlaget for en fordypningsoppgave i grunnutdanningen, en fordypningsoppgave basert på kommunikasjonsbarrierer i det helsefremmende arbeidet.

Som en del av praksis i videreutdanningen i Psykisk helsearbeid, fikk jeg muligheten til å tilbringe 8 uker ved et psykiatrisk sykehus i Indonesia. På godt og vondt ga dette meg erfaringer om psykisk helse i en fremmed kultur, en kultur bestående av manglende kunnskap om psykisk helse, men et godt samarbeid med Høgskolen i Hedmark har ført til endring til det bedre. Praksisen ga utgangspunkt i en fordypningsoppgave i videreutdanningen, hvor vi drøftet kjernekonflikter i behandlingsmetodene ved sykehuset.

I tillegg til dette, har arbeidet som frivillig ved et barnehjem i Ghana vært med på å gi meg erfaringer og ikke minst minner for livet.

Disse erfaringene har vekket min interesse for våre nye landsmenn, og danner grunnlaget for denne oppgaven.

Jeg ønsker først å rette en stor takk til mine veiledere Inger Helen Solheim og Jan Kåre Hummelvoll for inspirerende og gode samtaler under dette prosjektet. Jeg vil også rette en takk til gode kollegaer ved utdanningen ved Høgskolen i Hedmark, master i psykisk helsearbeid for gode innspill på de seminarene vi har hatt sammen. Min avdelingsleder i Moss Kommune, Iren Thorbjørnsen, må også få noe av æren for at dette prosjektet har latt seg gjennomføre, takk for godt tilrettelagt arbeid. I tillegg vil jeg takke venner og familie som har gitt meg sin støtte. Til slutt vil jeg gi en spesiell takk til min kjære kjæreste og samboer, Bjørn for hjelp med språk og korrekturlesing, samt at han har vært en støttespiller som jeg har kunnet dele både frustrasjon og glede med gjennom denne prosessen.

Sammendrag

Bakgrunn for oppgaven - Det norske samfunnet har blitt svært mangfoldig. Forskning viser at psykiske lidelser er en av de største helse- og samfunnsutfordringene i Norge i dag (Folkehelseinstituttet, 2010). Forskning viser også at mennesker med minoritetsbakgrunn som bor i Norge, er mer utsatt for psykiske lidelser enn befolkningen generelt (Blom, 2011). Ut i fra lest teori, har dette gitt meg en forforståelse av at psykiske lidelser er tabu blant ikke-vestlige innvandrere og danner bakgrunnen for oppgaven (Rådet for psykisk helse, 2007; Wasim, 2003).

Oppgavens hensikt - I mange innvandrer miljøer blir psykiske problemer assosiert med galskap, og dette har derfor fått et tabustempel (Rådet for psykisk helse, 2007; Wasim, 2003). Jeg er derfor interessert i å undersøke hvordan ikke-vestlige innvandrere ser på det å ha psykisk lidelse, der hensikten med studien er å undersøke hvor fremtredende åpenhet/lukkethet rundt psykiske lidelser er blant ikke-vestlige innvandrere, og hvordan vi kan bidra for å normalisere/alminneliggjøre disse lidelsene.

Metode - Oppgaven benytter et kvalitativt og eksplorativt forskningsdesign, og baserer seg på det kvalitative forskningsintervjuet. Forskningsintervjuene baserer seg på en semistrukturert intervjuguide, og individuelle intervjuer av fire informanter med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn. Rekrutteringen av prosjektets informanter fant sted gjennom ulike interesseorganisasjoner som har kulturspesifikk kunnskap om tema. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater - Prosjektet viser et lavt kunnskapsnivå om psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere. Dessverre blir personer med psykiske lidelser stigmatisert på ulike måter. Det som er felles for alle informantene er at alle mener at stigmatisering og diskriminering av personer med psykiske lidelser er et alvorlig problem, og at det må arbeides med konkrete tiltak som hindrer stigmatisering.

Nøkkelord - Psykisk helse, stigmatisering, tabu, innvandrere, ikke-vestlige innvandrere, immigrants, stigma, social stigma, taboo, attitude to health og mental health

Summary

Background for writing this paper - The Norwegian society has become much diverted. Researches shows that mental illness is one of the biggest health- and society challenges in present Norway (Folkehelseinstituttet, 2010). Research also shows that people with minority background that live in Norway are more likely to develop mental health disorders than the population in general (Blom, 2011). Read theory, has given me an understanding that mental disorders are labelled taboo amongst non-western immigrants and forms the background for this paper (Rådet for psykisk helse, 2007; Wasim, 2003).

The paper's intention – In many immigrant communities mental health issues are associated with madness, and have therefore been labelled taboo (Rådet for psykisk helse, 2007; Wasim, 2003). I am therefore interested in studying how non-western immigrants see mental disorders, where the purpose of the study is to get an insight into how prominent openness/closedness regarding mental disorders among non-western immigrants, and how we can help to normalize/generalize mental disorders.

Method - The paper uses a qualitative and exploratory research design, and is based in a qualitative research interview. The research interviews are based on a semi-structured interview guide and individual interviews with four informants with non-Western immigrant background. The recruitment of this study's informants took place through various organizations that have specific culture knowledge about this theme. The data were analyzed by qualitative content analysis.

Results - The study shows the lack of knowledge about mental disorders among non-Western immigrants. Unfortunately, people with mental disorders are stigmatized in different ways. What is common to all informants is that everyone thinks that stigma and discrimination against people with mental disorders are a serious problem, and that there is work to be done with concrete measures to prevent stigmatization.

Keywords - Psykisk helse, stigmatisering, tabu, innvandrere, ikke-vestlige innvandrere, immigrants, stigma, social stigma, taboo, attitude to health og mental health

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Etter å ha lest en artikkel i Aftenposten om «Psykisk helse, tabu blant innvandrere» (Wasim, 2003), forstod jeg at dette er et høyst aktuelt og viktig tema. Temaet er også et lite dokumentert emne i psykisk helsearbeid. Mange rapporter indikerer likevel en dominans av stigmatisering og tabu om psykiske lidelser i ikke-vestlige innvandrer miljøer (Rådet for psykisk helse, 2007), men det finnes ingen studier i Norge som viser i hvor stort omfang innvandrere med psykiske lidelser opplever stigmatisering, og hvordan denne kommer til uttrykk.

Ut i fra lest teori (Rådet for psykisk helse, 2007; Wasim, 2003), har dette gitt meg en forforståelse av at psykiske lidelser er tabu blant innvandrere. Valg av tema baserer seg også på min genuine interesse for emnet, samt at jeg selv vil sette fokus på psykisk helse blant ikke-vestlige innvandrere og arbeidet med avstigmatisering av psykiske lidelser. I tillegg til dette har jeg egen erfaring fra praksis i Indonesia, der det ikke er lenge siden mennesker med psykiske lidelser ble bortgjemt og lenket fast i sitt eget hjem under uverdige forhold (Ilyas, 2010).

Det har tatt lang tid, selv i den vestlige verden, å skape aksept og åpenhet om psykiske lidelser, og den vestlige verden har fortsatt en lang vei å gå, men i følge rapport fra Rådet for psykisk helse (2007), har dette arbeidet så vidt begynt i minoritetsbefolkningen, mye takket være innvandrere selv som har tatt initiativ til dette, men det er likevel mye arbeid som må til for at vi skal komme opp på et nivå som er akseptabelt. For å skape en åpenhet og en aksept om psykiske lidelser i minoritetsmiljøer, har jeg tro på at det må mye informasjonsarbeid og kunnskapsformidling til, samt samarbeid med innvandrerorganisasjoner for å nå akkurat dette målet (ibid).

1.2 Et mangfoldig Norge

Det norske samfunnet har blitt svært mangfoldig, og trenden ser ut til å fortsette. På grunn av økt globalisering og innvandring de siste 40 årene, har Norge blitt et land med flere etnisiteter fra hele verden (Nissen-Meyer, Shuja, Sletnes & Abraham, 2008). I følge Statistisk sentralbyrå (2012), var det per 1.1.2012 547 000 innvandrere i Norge og 108 000 norskfødte med innvandrerforeldre. 44 % av innvandrerne har bakgrunn fra Asia, Afrika eller Sør- og

Mellom-Amerika. De to gruppene med innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, utgjør til sammen hele 13,1 % av hele Norges befolkning.

Innvandrere kan grovt sett deles opp i to hovedkategorier: vestlige innvandrere og ikke-vestlige innvandrere. Grunnen til dette er i følge Nissen-Meyer et al. (2008) at gruppen med de vestlige innvandrerne er relativt lik majoritetsbefolkningen i Norge, og dermed har et noe mer likt syn på helse. Når det gjelder den andre gruppen med ikke-vestlige innvandrere, har denne gruppen store kunnskaps- og forståelsesvariasjoner innad, likevel blir helsebegrepet og sykdomsforståelse sett på som annerledes (ibid)

1.3 Psykisk helse i sin helhet

I følge Folkehelseinstituttet (2010), utgjør psykiske lidelser en av de største helse- og samfunnsutfordringene i Norge i dag. Stadig flere blir behandlet for sine psykiske lidelser, og i tråd med dette øker salget på legemidler for psykiske plager. I tillegg øker sykefraværet og uførepensjonen. Som et eksempel, hevder Major (2011) at registrerte psykiske lidelser står for ca. én tredjedel av alle uførepensjoner, med angst og depresjon som de viktigste årsakene.

Psykiske lidelser har en negativ innvirkning på menneskets liv, som både nedsatt daglig fungering og nedsatt livskvalitet (Major, 2011). I tillegg til dette, kan psykiske lidelser føre til fremmedgjøring, stigmatisering, diskriminering, ekskludering, redusert somatisk helse, samt økt dødelighet. Major (ibid) hevder også at psykiske lidelser kan ha påvirkning på psyko-sosiale forhold som utdanning, inntekt, sysselsetting, personlige forhold, sosiale deltagelser, samt økonomiske og sosiale belastninger for pårørende.

1.3.1 Psykisk helse blant ikke-vestlige innvandrere

Fra et norsk synspunkt er det flere grupper som er sårbare, og som dermed står i fare for å utvikle psykiske lidelser. Blom (2011) hevder at mennesker med minoritetsbakgrunn som bor i Norge, er mer utsatt for psykiske lidelser enn befolkningen generelt. Det rapporteres om flere tilfeller av psykiske problemer enn hos befolkningen i sin helhet. Blant de mest sårbare gruppene er personer med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn, og denne gruppen byr på store utfordringer i helsevesenet (Rådet for psykisk helse, 2007: Myklestad, Rognerud & Johansen, 2008). En studie fra akutt psykiske helsevern i Oslo, viste ikke flere innleggelser blant personer med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn, men på innleggelsestidspunktet var disse personene sykere enn pasientene for øvrig (Dalgard, 2006). Ifølge folkehelse rapporten

fra 2010, «Helsetilstanden i Norge» fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt, er det store forskjeller når det gjelder psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere, der blant annet rapporten konkluderer med at voksne ikke-vestlige innvandrere har en langt høyere forekomst av psykiske plager enn innvandrere med vestlig bakgrunn.

Det finnes ulike årsaker til at personer forlater sitt hjemland, forhold som traumatiske opplevelser, traumatiske opplevelser under selve flukten, samt traumatiske opplevelser i mottakerlandet, kan bidra til økt forekomst av psykiske lidelser (Viken og Kumar, 2010). I tillegg til sorg og savn av det man forlot i sitt hjemland, vil man også i en migrasjonsprosess gå igjennom ulike faser. Ulike faser som vil påvirke evnen til å både ta inn over seg det nye, samt beskytte sin egen identitet. Mange av de faktorene som gir trygghet og bekreftelse av egen identitet og verdi, samt tap av sosiale kontakter og økonomisk status, kan mistes under migrasjonsprosessen Dette vil i følge Dalgard (2006) og Dahl, Sveaas og Varvin (2006) ofte være årsaker til økte somatiske- og psykiske lidelser.

En høyere forekomst av psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere kan også sees i sammenheng med levekår. Levekår har en stor betydning for vår psykiske helse, uavhengig av kultur, etnisitet eller religion. Nasjonalt folkehelseinstituttets rapport fra 2010 hevder at alvorlige økonomiske problemer, arbeidsledighet, samlivsbrudd og lav sosial støtte er alle faktorer som er sterkt knyttet opp i mot risikoen for psykiske lidelser, og dessverre er levekårene for ikke-vestlige innvandrere i Norge dårligere enn majoritetsbefolkningen for øvrig (ibid).

1.4 Prosjektets hensikt

I mange innvandrer miljøer blir psykiske problemer assosiert med galskap, og dette har derfor fått et tabustempel (Rådet for psykisk helse, 2007; Wasim, 2003). Jeg søker å undersøke hvordan ikke-vestlige innvandrere ser på det å ha psykisk lidelse. Hensikten med studien er å undersøke hvor fremtredende åpenhet/lukkethet rundt psykiske lidelser er blant ikke-vestlige innvandrere, og hvordan dette kommer til uttrykk, samt hvordan vi kan bidra for å normalisere/alminneliggjøre psykiske lidelser i ikke-vestlige innvandrer miljøer. På den måten er oppgaven en mulighet til å synliggjøre tiltak som er med på å bedre behandlingstilbudet for ikke-vestlige innvandrere.

1.4.1 Problemstilling

Ut i fra artikler og fagstoff hvor det nevnes at det å ha psykiske lidelser er tabu blant ikke-vestlige innvandrere, samt at det er et forsømt tema, øker min nysgjerrighet om dette er en aktuell utfordring blant ikke-vestlige innvandrere (Rådet for psykisk helse, 2007; Wasim, 2003). Ut i fra dette kan jeg formulere følgende problemstilling:

Hvordan ser ikke-vestlige innvandrere på psykiske lidelser?

Ut i fra valgt problemstilling har følgende forskningsspørsmål kommet til syne: Hvilke erfaringer har informantene om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser? Er det åpenhet/lukkethet om psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere? Hvilket arbeid må gjøres for normalisering/alminneliggjøring av psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere?

1.5 Avgrensning

Oppgavens problemstilling er utformet og basert på en åpen innstilling for ikke å legge noen føringer i forskningsprosessen. Informantene som er representert i prosjektet er alle førstegangs innvandrere fra Pakistan. Det vil si at de er født i Pakistan og har kommet til Norge i ung alder. De har både kulturspesifikk kunnskap og ulike erfaringer innenfor faget psykisk helse gjennom personlige erfaringer, samt erfaringer gjennom forskjellig type arbeid. Resultatene fra intervjuene blir drøftet opp i mot relevant teori.

1.6 Oppgavens oppbygning

Oppgavens innledende kapittel skal gi leseren innsikt i oppgavens bakgrunn, tema, problemstilling og hensikt. I oppgavens neste kapittel, kapittel nummer to, vil jeg presentere de teoretiske perspektiver som har relevans for oppgavens tema. I kapittel tre presenteres oppgavens metode for datainnsamling og analyse. Videre vil prosjektets resultater presenteres i oppgavens fjerde kapittel. I kapittel fem vil prosjektets resultater drøftes i lys av de teoretiske perspektivene som er valgt. Jeg vil også drøfte hvordan prosjektets resultater belyser og henger sammen med valgt problemstilling. I oppgavens siste kapittel, kapittel seks, presenteres prosjektets konklusjon og anbefalinger rundt arbeidet mot å avstigmatisere psykiske lidelser. Avslutningsvis påpekes eventuell videre forskning på området.

1.7 Redegjørelse for sentrale begreper

Oppgaven inneholder begreper som behøver nærmere beskrivelse.

Psykiske lidelser – I oppgaven fokuserer jeg ikke på kliniske diagnoser, men jeg er ute etter informantenes forståelse av psykiske lidelser, samt ikke-vestlige innvandreres forståelse av psykiske lidelser.

Personer med ikke-vestlig bakgrunn – Det har lenge vært vanlig å skille mellom personer med vestlig og ikke-vestlig bakgrunn, men statistisk sentralbyrå bruker ikke lenger disse begrepene (Samfunnsspeilet, 2008). Isteden benytter SSB betegnelser som deler verden inn etter regioner. Likevel vil jeg benytte meg av begrepene vestlige og ikke-vestlige innvandrere i min oppgave. Med ikke-vestlige innvandrere mener jeg en person som har bakgrunn fra et ikke-vestlig land, enten ved at en eller begge foreldre er født i et land fra Asia, Afrika eller Øst-Europa.

Kultur – Kulturbegrepet er flertydig, samtidig er jeg i oppgaven opptatt av at forståelsen av kultur utgjør visse kulturelle verdier til ressurser. En slik forståelse av kultur fører til at det er lettere å knytte begrepet opp mot forebygging av psykiske lidelser. Ved å se hvilke kulturelle ressurser som kan være viktig for selvutvikling, kan dette være viktig for utvikling av god psykisk helse (Eriksen og Sajjad, 2011).

Tabu – Begrepet tabu stammer fra det gamle Polynesia, og ble først nevnt av Kaptein Cook i 1771. Han beskrev de polynesiske skikkene om hvordan de unngikk enkelte personer, steder eller objekter. Begrepet tabu er et forbud mot en bestemt handling. Begrepet ble oversatt av Cook som «*hellig, ukrenkelig, forbudt, urent eller forbannet*» (Seymour-Smith, 2005 s 276). Å bryte et tabu er vanligvis å betrakte som upassende for samfunnet som helhet. I dagligspråket har begrepet tabu også fått betydningen «det vi ikke snakker om», som for eksempel psykiske lidelser (Bokmålsordboka, 2013).

2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER

Oppgavens hensikt er rettet mot det helsefremmende og forbyggende arbeidet blant innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn. Oppgavens teoridel består derfor av følgende teoretiske perspektiver: *2.1 Menneskerettigheter*, *2.2 Begrepet kultur*, *2.3 Stigmatisering og 2.4 Empowerment*. De teoretiske perspektivene redegjøres for, i tråd med oppgavens hensikt og problemstilling, og danner grunnlaget for oppgavens drøftingsdel senere i kapittel 5.

2.1 Menneskerettigheter

FN vedtok i 1948 Verdenserklæringen for menneskerettigheter, og rettferdighetsgrunnlaget for mennesket ble lagt. Uavhengig av kultur, kjønn, religion, alder eller nasjonalitet er dette grunnleggende rettigheter for alle mennesker. Menneskerettighetene kan deles inn i to kategorier i følge FN. De snakker først om politiske og sivile rettigheter som handler om rettsikkerhet, frihet fra overgrep, og samtidig å ha rett til å delta politisk i samfunnet. Den andre kategorien handler om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, som handler om at vi har rett til å få dekket våre grunnbehov. Dette dreier seg om retten til arbeid, utdanning, helsetjeneste og en tilfredsstillende levestandard (FN-sambandet, 2013).

Som helsearbeider hevder Hummelvoll (2004) at det er vesentlig å respektere menneskeverdet. Grunnverdien i den vestlige helsetjenesten, innholdet i menneskeverdbegrepet, ligger tett knyttet opp til integritet. Uavhengig av ytre forhold, bygger dette på pasientens rett til autonomi og integritet. Videre definerer Hummelvoll (2004, s 80-81) disse ytre forholdene som intellektuell evne, moralsk standard og fysisk tilstand. Hvert menneske har også rett til autonomi, men på grunn av intellektuelle, psykiske eller fysiske hindre, har ikke alltid personen evne og/eller krefter til å utøve denne retten.

2.2 Begrepet kultur

Kultur er mangetydig som begrep, og er derfor også et av de mest omdiskuterte i samfunnet. Begrepet benyttes i mange sammenhenger, men i oppgaven benyttes begrepet som det tillærte som blir samfunnsmedlemmene til del gjennom en livslang prosess (Eriksen og Eraker, 2010). Av den grunn er vår kulturbakgrunn forskjellig avhengig av hva som er tillært gjennom det miljøet man kommer fra. Hummelvoll (2012) hevder at mennesket fødes inn i en kultur, og mennesket får en identitetsfølelse til dette.

Begrepets opprinnelige betydning er å dyrke eller å foredle, samtidig er begrepet ofte knyttet til sed og skikk som er gjeldende for en gruppe mennesker (ibid). Klausen (1992) definerer kulturbegrepet slik:

Kultur er de ideer, verdier, regler, normer, koder og symboler som et menneske overtar fra den foregående generasjonen, og som man forsøker å bringe videre - oftest noe forandret - til den neste generasjon (s. 27).

Kultur er tillært, og i liten grad forankret i menneskets gener (ibid, s. 27). Kulturen inneholder både tradisjon og fornyelse, og ut i fra den nevnte forståelsen av kultur, så er kultur noe vi mennesker sosialiseres inn i gjennom interaksjon med andre mennesker. Alt som er lært, er i følge Eriksen og Sajjad (2011) kultur. Den lærte kulturen danner grunnlag for hvordan vi forstår verden og hvordan vi handler i den. Alt dette henger sammen med utviklingen av vår identitet (ibid). Hummelvoll (2012) kaller dette kulturelle koder, koder som hjelper en til å forstå den virkeligheten man lever i. Dette kan være både språk, skikker og tradisjoner. Hvordan kulturen spiller inn i våre liv, kan skje både bevisst og ubevisst.

Hannerz (1993) ser på kultur som en kollektiv bevissthet. Med det mener forfatteren at vi mennesker har en felles menneskelig bevissthet innenfor enkelte grupperinger og samhold. Å flytte til et fremmed land, vil medføre et kulturskifte, og personen vil møte nye kulturelle ytringer og tilpasse seg disse. Dette kan i følge Hummelvoll (2012) være i forhold til språk, skikker, rutiner og sosial organisering. Her vil kulturen inneholde både en tradisjon og en fornyelse eller endring.

2.2.1 Kulturkompetanse og kultursensitivitet

I et flerkulturelt samfunn er kunnskap om kultur, våre holdninger og handlinger, blitt stadig viktigere. Kulturkompetanse refererer til kunnskap, erfaringer og ferdigheter helsepersonell tar til seg for å jobbe med andre kulturelle grupper de ikke selv tilhører. Kultursensitivitet er mer knyttet til intervensjonsmetoder og informasjonsstrategier som er tilpasset en bestemt kulturell gruppe, der kultursensitivitet handler om kunnskap, forståelse og holdninger (Resnicow, Baranowski, Ahluwalia, & Braithwaite, 1999). Ved å være kultursensitiv, skal en være klar over at det kan være forskjeller mellom personers kultur. Disse forskjellene kan påvirke forholdet mellom dem og måten de kommuniserer med hverandre på. Når en skal opptre kultursensitiv forsøker man å være fri fra fordommer og ikke være forutinntatt om andre kulturer. Ved å være kultursensitiv vil man prøve å forstå andre personers tradisjoner og levemåter, eller forsøke å lære og ta i bruk nye forståelser om andre

kulturer (Magelssen, 2008).

Kulturkompetanse og kultursensitivitet er i følge Kline og Huff (2008) viktige ferdigheter for å gi gode helsetjenester til minoritetsgrupper, og er viktig for å redusere helseforskjeller mellom majoriteten og etniske minoriteter, samt å fremme likeverdige helsetjenester i et flerkulturelt samfunn, og Magelssen (2008) hevder at både kulturkompetanse og kultursensitivitet har stor betydning for helsefremmende- og forebyggende arbeid blant minoriteter. Spesifikk kulturkunnskap kan være nyttig i følge Ahlberg, Aambø, Gihle, & Austveg (2005), men kultur dreier seg om stereotypier, en generalisert forestilling om hvordan en bestemt gruppe mennesker er, og skriver videre at denne kunnskapen kan, ved å bli brukt på feil måte, være et hinder for et godt klinisk møte. I følge Hummelvoll (2012) har vi en tendens til å låse våre fortolkninger av det vi ser og opplever til egen verdensanskuelse i møte med andre kulturer. Med andre ord vil det si at vi velger ut informasjon som bidrar til å styrke det som allerede oppfattes som sant for oss, selv om det betyr å eliminere annen viktig informasjon.

2.2.2 Tverrkulturell sykepleie

Madeleine Leininger utviklet allerede på 1950-tallet teorien rundt tverrkulturell sykepleie. Denne teorien handler om fremtidig vedlikehold og forebygging av helse, og bygger på Leiningers egne erfaringer om kulturelle likheter og forskjeller. Den har fokus på mellommenneskelige forhold, som livsstilsmønstre og helhetlig sykepleie til kulturelle grupper. Leininger hevder at kunnskap om tverrkulturell sykepleie er en forutsetning for at sykepleiere og andre helsepersonell skal kunne gi tilfredsstillende omsorg til pasienter i hele verden slik at de med sin kulturelle bakgrunn skal føle at de bli møtt med respekt, rettferdighet og forståelse (Leininger og McFarland, 2002). Leininger et al. (2002) hevder videre i sin bok at sykepleierne øker sin egen bevissthet om egen kultur gjennom å lære tverrkulturell sykepleie, og dette er en avgjørende faktor og forutsetning for å grunnfeste kultursensitivitet. På bakgrunn av dette, mener forfatterne at omsorg baserer seg mest på om sykepleieren har kunnskap om emnet, og ikke nødvendigvis på sykepleierens personlige evner. Sykepleieren, og andre helsepersonell, må derfor anerkjenne og respektere både pasientens egen kultur - og verdensforståelse (ibid).

2.2.3 Helsekultur

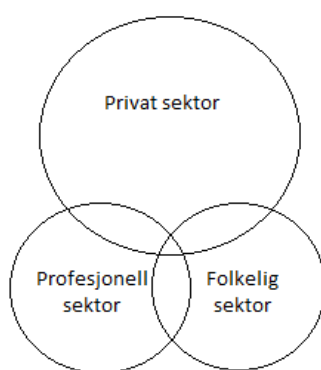
Det som ligger til grunn for vår forståelse av sykdom, er i følge Hanssen (2005) kunnskap, kultur, samt livssyn og religion. Dette kan i følge Hanssen (2005) medføre misforståelser og mistolkninger på tvers av kulturgrensene. All terapi foregår i følge Ivey og Ivey (2002) i en kulturell kontekst. Mange behandlingsformer i psykiatrien er, som de skriver, såkalte «hvite» behandlingsformer som er utviklet i en vesteuropeisk kontekst, og som derfor ikke alltid er like effektfulle behandlingsformer for mennesker med en annen etnisk bakgrunn. En spesiell utfordring for helsepersonell blant denne ikke-vestlige innvandrerggruppen er ulike kulturelle oppfatninger av sykdomsårsaker, og dette er i følge Nissen-Meyer et al. (2008) avgjørende for hvordan en person forholder seg til helse, sykdom og ulike helseplager. Ulik sykdomsforståelse kommer ofte til uttrykk gjennom somatiske plager, men mange innvandrere kommer fra land hvor behandlingstilbudet for psykiske lidelser er nesten fraværende i forhold til tilbudet som møter dem i Norge. I tillegg benevner forfatterne at mange av innvandrerne kommer fra land hvor psykiske lidelser er belagt med skam og tabu. Dette kan resultere i at pasienter eller pårørende ikke oppsøker profesjonell hjelp selv om det er behov for dette fra et vestlig syn.

Nissen-Meyer et al. (2008) beskriver om sine erfaringer hvor det oppleves at innvandrere med stort behov for legehjelp, ikke oppsøker helsetjenestene. Årsakene til dette er mangfoldige, og de benevner årsaker som kulturelle forskjeller ved opplevelse av sykdom, manglende kjennskap til det norske helsevesenet, benekting, eller at personen prøver å takle sykdommen på egen hånd. Til grunn for mange av årsakene ligger frykten for visse sykdommer, sykdommer som ofte blir forbundet med skam (Nissen-Meyer et al., 2008).

Oppbygningen av det norske helsevesenet er ofte lite kjent for innvandrerne. Ofte kan også et tilbud om et helsevesen være totalt fraværende der innvandrerne kommer fra. På grunn av dette vil mange innvandrere ikke ha tilstrekkelig kjennskap til hvor man skal henvende seg og videre behandlingslinje, samt hva man kan få hjelp til (Nissen-Meyer et al., 2008). En norsk studie innen akutt psykisk helsevern viste at det ikke er flere innleggelses blant ikke-vestlige innvandrere, men at de var sykere ved innleggelse, noe som tyder på at mange innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn sliter lengre med sine psykiske plager uten å søke hjelp (Ahlberg et al., 2005).

Et samfunns helsesystem kan i følge Helman (2007), ikke sees i isolasjon fra andre aspekter i samfunnet. Helsesystemet knyttes tett sammen med samfunnet og dette baserer seg på de samme antakelsene, verdiene og verdenssyn. Med andre ord må helsesystemet sees på som en miniatyr-modell av det samfunnet det er en del av (ibid).

I sin bok, beskriver Kleinman (1980) en modell som kan gi et overordnet blikk på hvordan ulike sektorer er implisert når sykdom og helseutfordringer møter både grupper og individer. Våre nye landsmenn kommer fra mange forskjellige verdenshjørner med hver sin kultur, og har med seg sin kjennskap til helsesystemet i det landet de kommer fra. Helse henger tett sammen med kultur, og modellen er delt opp i tre separate arenaer for helserelaterte faktorer i samfunnet. Alle arenaene overlapper hverandre. Dette beskrives som folkelig sektor, profesjonell sektor og privat sektor (ibid).



Figur: Kleinmans (1980) strukturelle modell for å forstå medisinske systemer i alle samfunn.

Som det også fremstilles av modellen, er privat sektor den største sektoren. Dette er på bakgrunn av at det er i familien/storfamilien og hjemmet/nabolaget de fleste helsebeslutninger tas og behandlinger utføres. Generelt er det til privat sektor de fleste henvender seg med sine symptomer og bekymringer for helsen. I tillegg er det her de første beslutninger tas om hva som skal gjøres, og om det er nødvendig å søke hjelp utenfor denne private sektoren. (Kleinman, 1980; Norvoll, 2013). Den folkelige sektoren består av ulike alternative helsetjenester, utført av personer som har gjennomgått opplæring, men som ikke er autorisert helsepersonell. Denne sektoren har størst fotfeste i ikke-industrialiserte samfunn. Den profesjonelle sektoren består av utdannet og autorisert helsepersonell, og sykehuset ansees som den profesjonelle sektoren, biomedisinens arena (Norvoll, ibid). På den måten kan vi lettere forstå det samfunnet personene kommer fra og hvilket helsevesen de er kjent med.

2.3 Stigmatisering

Mennesker med psykiske lidelser opplever på mange måter en dobbel byrde i sitt liv. I tillegg til å håndtere symptomer og mestre sin livssituasjon, må personen også forholde seg til myter, feiloppfatninger og fordommer om psykiske lidelser som finnes i befolkningen for øvrig (Wahl, 1999).

I århundrer har personer med psykiske lidelser blitt isolert fra resten av samfunnet, noen ganger også blitt låst inne under dårlige forhold, tatt fra all verdighet og bestemmelse over eget liv. I dag er det negative holdninger som mer subtilt fører de ut av samfunnet, men dette er like så effektivt (Sartorius og Arboleda-Flórez, 2008).

At det finnes fordommer, myter og diskriminerende holdninger har vi over lengre tid vært kjent med, men det er ikke før vi tar del i samfunnslivet at vi opplever hvordan stigmatiseringen arter seg. Stigmatisering er et samspill, en sosial handling, mellom de som påfører stigmaet og den som utsettes for stigmaet (Dybvig, 2004).

Stigmatisering oppstår der hvor individet av en eller annen grunn ikke er i stand til å oppnå full sosial aksept, og Goffman (1975) hevder i sin bok at ordet stigma er gresk og betyr brennmerke. Dybvig (2004) benevner at ordet stigma henviser til fysiske kjennetegn som er negativt knyttet til personen som bærer dette tegnet. Goffman (1975) hevder videre at når vi står overfor et menneske, vil vi allerede med utgangspunkt i dennes utseende være i stand til å forutsi hvilken kategori denne tilhører, og hvilke egenskaper denne besitter. Stigma oppnås når en person blir stemplet på denne måten. Videre hevder Goffman (ibid) at begrepet stigma vil bli anvendt til å betegne en egenskap som en bekreftelse på ens normalitet, og kan derfor i seg selv være av positiv eller negativ verdi.

Stigmatisering kan i følge Dybvig (2004) skilles mellom to former. Den første formen er der hvor kjennetegnet er synlig eller kjent. Dette kan for eksempel være hudfarge eller Downs syndrom. Den andre formen er der hvor kjennetegnet ikke er synlig, men som kan bli kjent av andre, og så utløse stigmatisering. Et eksempel på dette er psykiske lidelser (ibid). Når mennesker utsettes for en stigmatisering, ligger det et grunnlag for at mennesket har en atferd som gjør at en er annerledes enn befolkningen for øvrig (Kongsrud og Vattø, 2008). Videre hevder Kongsrud og Vattø (2008) at stigmatiseringen starter der mennesket tilegnes en merkelapp på grunn av de observerbare individuelle forskjellene. Handlinger og holdninger som kommer til syne, skyldes ofte fordommer, mangel på kunnskap eller respekt, og erfaringer viser at psykiske lidelser forbindes med mange usanne egenskaper som blant annet fører til forskjellsbehandling og redusert livskvalitet for den det gjelder (Dybvig, 2004).

2.3.1 Stigmatiseringens konsekvenser

Link (1982) sin studie benevner at merkelappen på psykiske lidelser har en ugunstig effekt på livskvalitet, samt opprettholdelse av lidelse, samt at det også bidrar til et kronisk forløp. I tillegg hevder Dybvig (2004) at resultatet også ofte kan være utestengning fra både arbeidslivet og andre sosiale sammenhenger. En person som opplever å bli stigmatisert for sin psykiske lidelse, vil i større grad kunne identifisere seg med de negative egenskapene stigmaet forbindes med. Et resultat av dette, kan i følge Dybvig (2004) være en svekket evne til å kreve sin rettferdighet og likestilling. De gruppene som er utsatt for stigmatisering er på en eller annen måte klar over at de blir møtt med ett sett med fordommer, og handler derfor i større eller mindre grad i samsvar med de holdninger de møtes med. Videre hevder Dybvig (ibid) at i de enkelte tilfeller hvor personen ikke er sterk nok til å hevde sitt menneskeverd, kan resultatet bli resignasjon og handlingslammelse, som igjen vil føre til en stadig forverring av livskvaliteten.

Den effekten stigmatiseringsprosessen¹ har på den enkelte, samt på den nærmeste familie, kan være svært ødeleggende. I forbindelse med dette betrakter derfor enkelte fagfolk dette som en ny sykdom som påføres, nemlig selvstigma. Selvstigma betyr i følge Dybvig (2004) at man identifiserer seg med de egenskapene som forbindes med det faktiske stigmaet. Enkelte vil dermed begynne å tro på de fordommene andre har. For en del pasienter kan dette utvikle seg til at man begynner å miste troen på at man kan bli bedre.

2.3.2 Hvordan bekjempe stigmatisering

Så hvordan begrenser man stigmatiseringen av mennesker med psykiske lidelser i samfunnet? Dybvig (2004) benevner tre faktorer: Protest, opplysning og kontakt.

Protester påvirker i liten grad på holdninger og fordommer, men det handler først og fremst om å hindre diskriminerende atferd og stoppe usannheter om psykiske lidelser. Protester kan virke på ulike nivåer, som for eksempel fra personlig til større kampanjer. Protest er derfor en nyttig måte å redusere offentlig stigma hos mennesker med psykiske lidelser, men passer mindre bra når det gjelder å endre menneskers fordommer (ibid).

Opplysning handler om videreformidling av kunnskap for å fjerne myten om psykiske lidelser. Informasjonen som gis gir økt kunnskap, og kan utføres på forskjellige måter, og det

¹ Stigmatiseringsprosessen ved psykiske lidelser starter, i følge Corrigan (2005), gjennom fire typer observerbare signaler: symptomer, avvikende sosiale ferdigheter, fysisk fremtoning og merkelapper. Stereotypier som kan føre til diskriminering kan være resultatet av disse fire emnene.

er kun fantasien som setter grenser. Hovedfokuset i dette arbeidet er å spre tilstrekkelig med kunnskap både til de menneskene med psykiske lidelser, samt andre som er i kontakt med dem. Dette kan være fra personer i nær familie til helsepersonell (Dybvig, 2004).

Den siste faktoren er kontakt. Denne faktoren er med på å dekke, ikke bare pasientens behov for informasjon, men også pårørendes. På denne måten kan arbeidet bidra til økt kunnskap om pasientens egen situasjon, og pårørende vet hvordan de skal håndtere lidelsen på best mulig måte, og er kanskje også det viktigste bidraget for å redusere stigmatisering (Dybvig, 2004).

I følge Dybvig (2004) blir det gjort mye på opplysningsfronten. Forskjellige organisasjoner og interessegrupper arbeider med avstigmatisering rundt psykiske lidelser, men fenomenet oppleves likevel som et personlig problem både for pasienter og pårørende.

2.3.3 Stigmatisering som et fenomen i minoritetsmiljøer

For mange i innvandrer miljøer vil det også være tabu og skambelagt å ha en psykisk lidelse, og lidelsen kan derfor bli fortiet og skjult. Det er en utfordring at det i mange minoritetsmiljøer er tabu rundt psykiske lidelser. Manglende kunnskap og høy terskel for åpenhet blant innvandrere er med på å gjøre det vanskelig å leve med egne psykiske lidelser, også for de rundt. Rådet for psykisk helse (2007) etterspør økt kunnskap og større åpenhet rundt psykiske lidelser. De mener at ved økt kunnskap og større åpenhet er dette med på å gjøre det lettere å akseptere og leve med sine psykiske problemer, også for de nærmeste. Det vil også bidra til at personer med minoritetsbakgrunn lettere vil søke hjelp. Rådet for psykisk helse (ibid) oppfordrer derfor til at både minoritetsmiljøene og helseapparatet arbeider for normalisering av psykisk helse, samt å øke kunnskapen rundt temaet.

Mange personer i minoritetsmiljøer har et vestlig syn på psykisk helse, men mange har også en opprinnelse fra land hvor psykisk helse fortsatt forbindes med galskap og lukkede institusjoner. På grunn av dette kan det være en redsel for å oppsøke slike tjenester i Norge. For andre personer i innvandrer miljøer finnes det også en frykt for å oppsøke hjelp på grunn av redsel for hva andre i omgivelsene vil tenke om dem (Rådet for psykisk helse, 2007).

Mennesker med psykiske lidelser opplever på mange måter en ekstra påkjenning, både når det gjelder sin psykiske lidelse og den stigmatiseringen de er utsatt for (Wahl, 1999).

2.4 Empowerment

Empowerment er et begrep som ble lansert i Ottawa-chartret allerede i 1986, og er et kjernebegrep i World Health Organization, WHO, sin visjon om helsefremmende arbeid. Begrepet empowerment ble der definert som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over sin egen helsetilstand, og også forbedre sin egen helse, med andre ord sykdomsforebyggende- og helsefremmende arbeid (WHO, 2013). Det forebyggende- og helsefremmende arbeidet er knyttet opp mot opplevelse av kontroll over forhold som påvirker egen helse og livskvalitet. Ordet myndiggjøring har fått gjennomslag for oversettelse av empowermentbegrepet her i landet, men både bemyndigelse, gi makt og sette en i stand til, er begreper som blir brukt, men i følge Walseth og Malterud (2004) er ingen av disse oversettelsene dekkende nok.

Et humanistisk menneskesyn ligger til grunne for en empowermenttilnærming. Den anerkjenner menneskets evne til å ta beslutninger, og delta i handlinger som gjelder ens eget liv. Empowermentbegrepet bygger på menneskets evne til å tilegne seg kunnskaper og ferdigheter som hjelper til med å ta kontroll over forhold som påvirker menneskets helse (Stang, 2009). I følge Walseth og Malterud (2004) er motsetningene til empowerment kraftløshet, lært hjelpeløshet, fremmedgjøring og manglende kontroll over livet.

Empowermentbegrepet er nært beslektet, i følge Sørensen og Graff-Iversen (2001), med mobilisering enten på individ- eller samfunnsnivå, samt mobilisering av ressurser. Samfunnsengasjement, som involvering og delaktelse er derfor avgjørende. Bekjempelse av stigma kan man da se i forhold til empowerment. Det vil si at på grunn av stigmatiserende holdninger, som fører til tabu, skam (både ovenfor seg selv og familien) og sosial isolasjon, mister personer med psykiske lidelser kontroll over sitt eget liv. Oppgaven reiser derfor spørsmål om helsepersonell, organisasjoner og ikke-vestlige innvandrere kan ha en empowerment-effekt ved å være bevisst på disse holdningene og motarbeide stigma i lokalsamfunnet. For å få personer med psykiske lidelser til å overvinne en følelse av maktesløshet, er engasjement i lokalsamfunnet viktig. I følge Mittelmark og Hauge (2003) kan tiltak som bevisstgjøring, aktiv deltakelse, partnerskap, kritisk refleksjon og dialog øke bevisstheten om undertrykkede og diskriminerende faktorer. Derfor er empowerment som et teoretisk perspektiv relevant i forhold til bekjempelsen av stigma i samfunnet.

3.0 METODE

I dette kapitlet gjør jeg rede for valg av metode. Det gjøres rede for valg av kvalitativ forskningsdesign som metode, samt prosjektoppgavens fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteoretiske forankring. Videre presenteres hele forskningsprosessens gang.

I et forsøk på å innhente forhåndskunnskap om valgt tema, har jeg gjort litteratursøk både på norsk og engelsk gjennom skolens bibliotek, både alene og i samråd med bibliotekar, gjennom deres tilgang til databaser som EBSCOhost, Google Scholar, Norart, SveMed, Evidence-based Nursing og Helsebiblioteket. I tillegg har jeg gjort litteratursøk gjennom MIRA, Rådet for psykisk helse og Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Følgende søkeord er brukt, også kombinert: psykisk helse, stigmatisering, tabu, innvandrere, ikke-vestlige innvandrere, immigrants, stigma, social stigma, taboo, attitude to health og mental health. Søkene ga mange treff på stigmatisering av psykiske lidelser generelt, men svært få treff som gikk på stigmatisering i innvandremiljøer eller hvordan stigmatiseringen kommer til uttrykk. Jeg har også tilegnet meg litteratur gjennom kildehenvisninger, diverse nettsider, samt litteraturtips fra de personene jeg har vært i kontakt med gjennom rekrutteringsprosessen.

3.1 Metode – et redskap

Valg av metode, er i følge Holme og Solvang (1996) et redskap. Et redskap som forutsetning for å kunne gjøre et seriøst undersøkelses- og forskningsarbeid, hvor arbeidet utføres systematisk og planmessig, der en kan løse problemer og komme frem til ny kunnskap.

Det skilles mellom to hovedkategorier ved den metodiske tilnærmingen, og valg av metode tar utgangspunkt i hvilken form de data en undersøker har. Holme og Solvang (1996) skriver her om kvalitative og kvantitative metoder, der hovedskillet mellom disse to metodene er bruken av tall og tekst. Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge (2009) utdyper at den kvantitative metoden opererer med tall, størrelser og omfang, mens den kvalitative metoden opererer med meninger via språk. Metodevalget vil derfor skje ut ifra prosjektets hensikt, samt med grunnlag i den problemstillingen en ønsker å undersøke (Holme og Solvang, 1996).

Hovedkravene til god forskning er at den har solid metodisk kvalitet, samt at den bærer preg av originalitet. I tillegg til dette skal forskningen oppfattes som relevant for faget (Hummelvoll, Andvig & Lyberg, 2010).

3.1.1 Den kvalitative metoden som forskningsmetode

Som nevnt vil valgt problemstilling veie tungt ved valg av metode. Samtidig har også valg av metode betydning for det man kommer frem til (Kvale et al., 2009). Slik har det også vært i mitt tilfelle, der prosjektets tema og problemstilling er det som ligger til grunne for valgt metodisk tilnærming.

På bakgrunn av prosjektets hensikt har valget falt på den kvalitative tilnærmingen. Denne metoden tar i følge Dalland (2012), sikte på å hente inn meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle, som i den kvantitative metoden. Målet med den kvalitative forskningen er å komme frem til dybdekunnskapen og få en helhetlig forståelse (Thornquist, 2003). Videre skal valg av metode være til hjelp for å få frem informantenes erfaringer og meninger om tema (Dalland, 2012). Problemstillingen dreier seg først og fremst om informantenes tanker, opplevelser, erfaringer og holdninger i forhold til psykiske lidelser i ikke-vestlige innvandremiljøer, der hensikten er å belyse temaet ut i fra informantenes perspektiver. Oppgaven har primært et eksplorativt design. Designet er utforskende og benyttes der man vet lite om det aktuelle temaet. Den kvalitative tilnærmingen, er i følge Kvale et al. (2009) induktiv, og metoden legger ikke begrensninger på de svar informantene kan gi. Tilnærmingen beveger seg derfor fra empiri (en grunnantagelse) til teori. Dette vil si at metoden er åpen, der jeg som forsker beveger meg ut i virkeligheten med et åpent sinn, samler inn relevant data og systematiserer denne.

I følge Thornquist (2003) bygger den kvalitative tilnærmingen på teorier om hermeneutikk og fenomenologi. Hermeneutikk betyr tolkningslære, der en prøver å forstå grunnbetingelsene i den menneskelige eksistens. Thornquist (ibid) skriver videre at hermeneutikken er opptatt av en dypere forståelse av mening, men likevel er ikke en fullstendig forståelse mulig. Fordommer kan her enten bekreftes eller fordømmes. Fenomenologien knyttes til begrepet fenomen, som betyr det som viser seg, åpenbarer seg eller avslører seg. Thornquist (ibid) skriver videre at fenomenologien er preget av åpenhet og at jeg deretter parentsetter min forforståelse, og dermed tar utgangspunkt i det konkrete. Forutsetningen er å være så fri for sine fordommer og forutinntatte meninger som mulig, men likevel være bevisst på dem. Dette er vesentlig for å skape en åpenhet som kan stimulere min nysgjerrighet og/eller undring.

Den hermeneutiske metoden kombinert med den fenomenologiske metoden, blir benyttet som et tolkende og forstående paradigme. En slik tilnærming, kan i følge Thornquist (2003), bidra til å avsløre en dypere mening i informantenes opplevelser og meninger.

3.2 Det kvalitative forskningsintervjuet

Jeg ønsker å undersøke hvordan ikke-vestlige innvandremiljøer ser på det å ha psykiske lidelser. For å få frem meningene og opplevelsene til informantene om det aktuelle tema, vil både fokusgruppeintervjuer av flerstegstypen, og individuelle intervjuer være aktuelle datainnsamlingsmetoder som er gode tilnærminger til det ukjente. Valget har falt på et kvalitative forskningsintervju. Det kvalitative forskningsintervjuet er semistrukturert, som vil si at det blir utarbeidet en intervjuguide, og stikkord til eventuelle oppfølgingsspørsmål. Det vil også bli gjort oppfølgingsspørsmål med bakgrunn i informantenes informasjon. Oppfølgingsspørsmål er en av fordelene med et semistrukturert intervju, slik at man kan komme i dybden på det aktuelle tema. De samme spørsmålene ble stilt til alle informantene (Kvale et al., 2009). Spørsmålene som ble utarbeidet på forhånd var et nyttig verktøy for å holde den røde tråden under intervjuene.

3.3 Rekruttering av informanter

Å etablere samarbeid med enkeltbrukere og brukerorganisasjoner, som har kunnskap om mitt tema, vil ifølge Hummelvoll et al. (2010) være nyttig både i forskningen og i utviklingen av praksisfeltet. Derfor tok jeg kontakt med diverse interesseorganisasjoner innenfor psykisk helse for å rådføre meg med potensielle kandidater for prosjektet, samt få tips til andre organisasjoner som kunne være til nytte for rekrutteringen. Jeg har valgt å ikke nevne organisasjonene med navn da innvandregruppene i de forskjellige organisasjonene er av mindre karakter.

Via telefon- og mailkontakt ble det etablert kontakt med én person som hjalp til med rekrutteringen. Personen rekrutterte andre informanter, samtidig som han selv ønsket å stille til et intervju. I tillegg opprettet jeg kontakt med en veileder fra en annen organisasjon som besitter denne kulturspesifikke kunnskapen jeg søkte. Et informasjonsskriv ble utformet, samt en intervjuguide som skulle danne grunnlaget for det kvalitative forskningsintervjuet. Underveis i forskningsprosessen ønsket noen av informantene å trekke seg fra prosjektet og de ønsket ikke lenger å stille til et intervju. Begrunnelsen for dette var at de ikke ønsket å dele de erfaringene de satt med, og at tema for dem var veldig sårt. Rekrutteringsprosessen startet derfor på nytt. I et forsøk på å få tak i nye informanter, sendte jeg ut flere mail til flere organisasjoner som jeg antok hadde kulturspesifikk kunnskap. I tillegg sendte jeg ut mail til organisasjonene med spørsmål om de kunne veilede meg til andre organisasjoner med kulturspesifikk kunnskap eller andre instanser de mente var riktige instanser til hjelp i

rekrutteringen.

Mange personer har vært til stor hjelp med informasjonsformidling, samt også vært til hjelp med tips og henvisning. Utfordringen har vært å rekruttere nok informanter. I en mail skriver en av mine kontaktpersoner fra en interesseorganisasjon følgende:

Vi har vært i kontakt med noen av våre som kunne ha vært aktuelle, men litt av problemet er nettopp det du stiller som utgangspunkt for studien din... Ingen ønsker å stå frem... Psykiske lidelser er nok et sårt tema hos de fleste, og dermed sannsynligvis noe av det vanskeligste du kunne ha valgt deg ut. Til og med de færreste av våre "topper" prater villig om sine egne personlige saker, så fasiten fra oss blir nok derfor i så måte beklageligvis at vi har et stykke å gå før slikt er allment åpent og akseptert, og at vi dessverre ikke får hjulpet deg... - Gjengitt med avsenders tillatelse.

Rekrutteringen endte opp med fire informanter som var villige til å dele sine erfaringer og stille til intervju, og som danner grunnlaget for dette prosjektet. Rekrutteringen av informantene har derfor vært basert på et tilgjengelighetsutvalg. En slik seleksjonsmåte sikrer et utvalg av personer som er villige til å være med i prosjektet (Thagaard, 2009). Informantene vil bli presentert noe senere i kapittel 3.

3.4 Utvalg

Jeg har valgt å konsentrere oppgaven om minoritetsbefolkningen med ikke-vestlig bakgrunn. For å få innsikt i temaet psykisk helse blant innvandrere av ikke-vestlig bakgrunn, har det vært viktig å samtale med personer som har kulturspesifikk kunnskap om temaet. Jeg har tatt kontakt med flere organisasjoner som arbeider med temaet psykisk helse blant ikke-vestlige innvandrere. Flere organisasjoner er gode utgangspunkt for å få svar på de spørsmålene som reiser seg og den problemstillingen som er valgt. Organisasjonene representerer både unge og voksne personer med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn som aktivt arbeider med psykisk helse og ikke-vestlig innvandrere. Medlemmene av organisasjonene er norskspråklige, noe som er en fordel ved innsamling av data, og behovet for tolk er derfor ikke til stede.

Valg av informanter er av svak strategisk karakter², da det er viktig å få tak i de informantene med den informasjonen jeg søker (Moen, Nilssen & Postholm, 2005; Dalland, 2012). Likevel, vil bruk av interesseorganisasjoner til rekruttering av informanter, være et

² Ved svak strategisk karakter mener jeg informanter som besitter kulturspesifikk kunnskap og kunnskap om psykiske lidelser, likevel vil utvalget være av tilfeldig karakter på grunn av rekruttering gjennom interesseorganisasjoner.

tilfeldig utvalg, og det er viktig at jeg er bevisst på skjevhetene i utvalget av informanter. Informantene kan ha ulike erfaringsbakgrunn, ulike kulturtilhørighet, alder og kjønn.

3.4.1 Presentasjon av informanter og presentasjon i en kulturell kontekst

Informantene består av fire personer med ulike erfaringsbakgrunn, og har enten egne personlige erfaringer med temaet og/eller jobber aktivt med ikke-vestlige innvandrere og psykisk helse. På grunn av tilgjengelighetsutvalget kommer alle prosjektets informanter fra Pakistan. Til tross for at informantene er av pakistansk opphav og representerer kun én gruppe av ikke-vestlige innvandrere, har informantene ikke bare erfaringer fra de pakistanske innvandrer miljøene, men også erfaringer innenfor andre etniske miljøer gjennom multietniske organisasjoner, nettverk og behandlingstiltak som er tilgjengelige for alle etnisiteter. Informantene uttaler seg derfor ikke bare om sine egne personlige erfaringer, men fungerer også som et talsrør for andre etniske grupper, gjennom de erfaringene og opplevelsene informantene har. De delte derfor sine erfaringer, opplevelser og meninger gjennom et multietnisk synspunkt. Et resultat av dette er at alle informantene under intervjuene snakker om pakistanere og/eller ikke-vestlige innvandrere, og at det derfor finnes fellesstrekk.

Som nevnt er alle prosjektets informanter førstegenerasjons innvandrere fra Pakistan. Alle informantene er godt integrert i det norske samfunnet, da de har bodd store deler av sitt liv i Norge, og åpenhet er en sentral verdi hos informantene. Av hensyn til anonymitet har jeg gitt alle informantene pseudonymer. Jeg har valgt å gi de pakistanske navn som også er typiske internasjonale navn: Jonas, Josef, Sara og Daniel.

På slutten av 1960-tallet og starten på 1970-tallet kom pakistanerne på et tidspunkt hvor det var behov for arbeidskraft i Norge. De fikk lavtlønnede og ufaglærte stillinger som nordmenn helst ikke ville ha (Rudi, 2013). Pakistan er en islamsk republikk i Asia og rommer mange ulike kulturer og folk, og de har ingen felles morsmål, men de mest utbredte språkene tilhører den indoeuropeiske språkfamilien, og det nasjonale språket er urdu (Landsider, 2013).

Koranen er både en religiøs veileder og grunnlaget for islamsk lovgivning. Religionen er et livsmønster, og moskéen er et muslimsk sakralbygg for bønn og koranstudium (Hanssen, 2005).

Kjønnsrollene er i følge Hanssen (2005) komplementære, der kvinnens rolle er knyttet til hjemmet og familien, samt underordnet mannen, og familiens ære er avhengig av hennes oppførsel. I motsetning er mannens rolle å være forsørger og sjef. Pakistan består av et samfunn basert på gruppekultur. Kollektivism forekommer i de samfunn hvor det er tette

bånd mellom individet og den utvidete familie, klan eller en annen gruppe man har tilhørighet til. Autonomien er underordnet og begrenset i de forventningene og forpliktelsene som ligger i den gjensidige avhengigheten til gruppen (Hanssen, 2005). I det kollektivistiske samfunnet har både familie og slekt stor innvirkning på livene deres, og familien gir trygghet og status, noe de ser på som viktig for identiteten (Eriksen og Sajjad, 2011).

3.5 Intervjuguide

Jeg utformet en semistrukturert intervjuguide³, som er et av kriteriene ved den kvalitative forskningsmetoden (Kvale et al., 2009). Intervjuguiden inneholdt spørsmål om de viktigste temaene som jeg ønsket å få belyst, samt svare på den problemstillingen som er utarbeidet. Temaene i intervjuguiden ble lagt til grunn for prosjektets forskningsspørsmål. Videre ble disse hovedtemaene utdypet ytterligere med flere spørsmål. Oppbygningen av spørsmålene var nøye gjennomtenkt. Jeg utarbeidet intervjuguiden på en slik måte at jeg ville starte på et generelt grunnlag som skulle fungere som innledning. Videre gikk jeg mer inn i kjernen av hensikten, og jeg avsluttet igjen mer generelt. Jeg opplevde ingen utfordringer i forhold til de spørsmålene jeg stilte. Rekkefølgen på spørsmålene fungerte fint, og intervjuguiden fungerte etter sin hensikt. Gjennom intervjuene dukket det opp noen oppfølgingsspørsmål, men disse var kun ment for å oppklare elementer i samtalen.

3.6 Intervjusituasjonen

Jeg har begrenset kunnskap og erfaring innenfor temaet og valgt problemstilling, og gikk derfor inn i intervjusituasjonene med en åpen innstilling. Min forforståelse av temaet er basert på de rapporter og avisartikler jeg har lest ved prosjektets start (Rådet for psykisk helse, 2007; Wasim, 2003). For å befri meg fra egen forforståelse⁴, var jeg forberedt på å lytte til informantenes meninger og opplevelser, og hele tiden vurdere min ordbruk for ikke å stille ledende spørsmål eller komme med kommentarer som ville speile mine egne synspunkter på tema.

Intervjuene foregikk individuelt, og jeg var opptatt av å etablere trygge rammer for intervjuene. Derfor ble intervjuene utført i rom informantene selv valgte. Noen ønsket samtaler på de respektives kontorer, en annen hjemme i privat bolig og den siste på et

³ Se vedlegg nummer 2 om Intervjuguide

⁴ Forforståelsen er nærmere beskrevet i kapittel 3.1.1 Den kvalitative metoden som forskningsmetode.

grupperom ved informantens studiested. I intervjusituasjonene var jeg klar over at jeg trådte inn på andres arena, og jeg var derfor bevisst på en væremåte som var, og er preget av respekt og høflighet. De individuelle intervjuene var både med på å beskytte informanten, og til hjelp for å få tak i temaets dybde. De individuelle intervjuene tok mellom én og to timer å utføre. I tillegg til det skriftlige informasjonsskrivet, ble også muntlig informasjon gitt.

Informasjonsskrivet ligger som vedlegg i oppgaven⁵, og kravet til informasjonsskrivet er at det skal være skrevet på en slik måte at det kan forstås, samt være så utfyllende at deltagelse i prosjektet skjer på et velinformert grunnlag, og hviler på prinsippet om autonomi (Hummelvoll et al., 2010). Den muntlige informasjon gitt før selve intervjuet var mye av det samme som det skriftlige informasjonsskrivet, samt informasjon om meg selv, utdanningen jeg er under, hensikten med prosjektet og prosjektets gang. Signert samtykke fungerte som basis for selve deltagelsen i forskningen. Under intervjuene benyttet jeg meg også av diktafon, etter tillatelse fra informantene, noe som var til hjelp under bearbeidelse av materialet. Jeg tok også observasjonsnotater, som var mine egne notater av tilleggsinformasjon som ikke kom frem via diktafonen. Som for eksempel ansiktsuttrykk.

Alle intervjuene opplevdes forskjellig, da jeg intervjuet forskjellige mennesker. Jeg opplevde å ta mye lærdom av hvert enkelt intervju, både positivt og negativt. Dette kunne jeg ta med meg videre i de andre intervjuene. Noen av informantene opplevde jeg som veldig selvgående, noen måtte jeg veilede inn på prosjektets tema, mens andre måtte jeg stille meg mer spørrende til for å få frem deres meninger og opplevelser. Gjennom de intervjuene jeg utførte opplevde jeg også en trygghet hos meg selv, da jeg gjorde meg mine erfaringer. Jeg opplevde også at tema jeg ikke hadde tenkt på kom opp, som jeg også kunne ta med meg videre i andre intervjuer. Noe jeg merket meg hos alle informantene var deres behov for å samtale om deres egen sykdomshistorie. Dette var jeg ikke forberedt på, da intervjuguiden ikke gikk inn på dette. Likevel lot jeg informantene snakke fritt om det de hadde behov for.

Da de enkelte intervjuene var utført, satte jeg meg ned med arbeidet med transkribering av samtalene fra muntlig til skriftlig form. Dette førte til en nærhet til datamaterialet, samt at datamaterialet ble mer strukturert og ble egnet for videre analysearbeid (Kvale et al., 2009). Informantenes muntlige uttalelser er skrevet ned så nøyaktig som mulig, da jeg opplevde noen vanskeligheter med å forstå alt som hadde blitt tatt opp på diktafonen. Alle prosjektets informanter har et godt norsk språk, men uttalelsene er preget av deres morsmål. Dette ga noen utfordringer i transkriberingsprosessen, og jeg måtte ofte spole det

⁵ Se vedlegg nummer 1 om Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

innspilte datamaterialet på diktafonen frem og tilbake for å forstå enkelte ord og sammenhengen i de ulike uttalte setningene.

Jeg utarbeidet også et sammendrag av de enkelte intervjuene som jeg sendte til den respektive informanten. En måte å sikre at opplysningene som er gitt og analysen som er gjort, samsvarer med det informanten selv forstår og aksepterer, er i følge Hummelvoll et al. (2010) å be om at informantene leser sammendrag av intervjuet. Her kan de komme med kommentarer, tilleggsinformasjon eller endringer av sammendraget. En mulighet for kvalitetssjekk styrker prosjektets validitet. I mitt tilfelle var det en informant som angret på en uttalelse, og ønsket å trekke tilbake denne. To øvrige informanter ønsket å endre én kommentar. Siste informant hadde ingen kommentarer.

3.7 Kvalitativ innholdsanalyse

Når informantene i prosjektet forteller om sine erfaringer og meninger rundt temaet psykiske helse blant ikke-vestlige innvandrere, kan det bidra til ny faglig innsikt, der erfaringskunnskapen representerer både et bidrag og et utgangspunkt for kunnskapsutvikling (Lindseth og Norberg, 2004).

Datamaterialet jeg satt igjen med utgjorde om lag 60 sider med transkribert datamateriale, samt notater jeg hadde skrevet underveis i prosessen. Det var dette datamaterialet som dannet grunnlaget for mine analyser.

Ved kvalitativ innholdsanalyse gjennomgås datamaterialet systematisk, og Lindseth og Norberg (2004) skriver om sine tre trinn i en fenomenologisk hermeneutisk metode. Dette var en metode jeg benyttet meg av, slik at analysen ble mer strukturert. Metodens første trinn består av å gjøre seg kjent med det datamaterialet man besitter. Jeg leste flere ganger den transkriberte teksten og hørte på lydopptakene som forelå. Her ble jeg kjent med datamateriale gjennom å danne meg et helhetsbilde. Når jeg opplevde at jeg hadde oversikt over mitt datamateriale kunne jeg se for meg hvilke temaer som ble synlige, og som dannet grunnlaget for den videre organiseringen av materialet. Metodens andre trinn består av videre organisering av datamaterialet. Gjennom de temaene jeg så for meg og problemstillingen som lå til grunn, ble datamaterialet organisert slik at relevant materiale ble plassert under passende tema. Transkriberingsnotatene ble derfor redusert da det irrelevante ble skilt fra det relevante. Derfor ble jeg sittende igjen med et mer konkret materiale som kunne tenkes å belyse problemstillingen. Temaene ble mine meningsbærende enheter som skulle presentere ulike sider av problemstillingen. Når de meningsbærende enhetene forelå, kunne jeg fordype meg i

datamaterialet. Jeg startet med å systematisere datamaterialet gjennom koding. Dette ble gjort ved bruk av forskjellige fargemarkører for de ulike temaene. Når jeg hadde funnet ulike og like tema, prøvde jeg å samle disse for å finne fellesbetegnelser. Denne analyseprosessen kan også forstås som den hermeneutiske sirkel der prosessen er en dynamisk prosess. For å kunne forstå noe som har mening må vi alltid i fortolkningen av delene gå ut fra en forforståelse av helheten, en forforståelse som frem til nå har blitt satt i parentes (se kapittel 3.1.1). Jeg hentet derfor ut de sitatene som tilhørte hvert tema, og arbeidet videre med disse for en utdypet betydning. Jeg prøvde hele tiden her å reflektere over hvorvidt jeg hadde klart å avdekke sitatenes egentlige betydning. Det er viktig å ivareta den informasjonen informantene har kommet med, og prøve å tolke dette ut fra min egen forståelse, derfor er oppgavens resultatdel presentert med sitater fra informantene. Et annet viktig element var at jeg forsikret å avdekke informantenes egentlige mening ved at de leste sammendrag av intervjuene, som nevnt tidligere i kapitlet.

Resultatkapitlet er presentert i kapittel 4. Informantenes utsagn virker styrende for hva kapitlet skal omhandle, og forteller noe om temaer informantene mente var viktige. De sitatene som er valgt, er valgt på bakgrunn av de like og ulike meningene og erfaringene informantene har. I tillegg til sitatene har jeg supplert med egne tolkninger.

3.8 Metodekritikk og forskningsetikk

I følge Moen et al. (2005) som har skrevet om kvalitativ metode, er dette en metode for å forstå informantenes perspektiver. Moen et al. (ibid) beskriver videre at de som foretar en kvalitativ forskning har med seg et visst syn eller forutinntatte meninger om hvordan ting henger sammen, og dette vil påvirke deres forskning. Det er derfor viktig at man har en åpen tilnærming. Selv om forskeren forsøker å legge sine egne oppfattelser til side, vil det alltid på en eller annen måte påvirke produktet. Data kan tolkes på mange måter (ibid).

I min oppgave vil jeg forsøke å beskrive hva informantene har av meninger og oppfattelser i forhold til det jeg intervjuer dem om på en mest mulig objektiv måte. Jeg vil også forsøke å finne ut hva informanten har av meninger og erfaringer om hvordan ikke-vestlige innvandrere ser på det å ha psykiske lidelser uten å legge mine forforståelser til grunn. Denne forforståelsen vil bli satt i parentes.

I følge Dalland (2012) er det viktig at vi tenker igjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan dette skal håndteres. De forskningsetiske prinsipper presenteres i Helsinkideklarasjonen, og fungerer som nødvendige veivisere for forskeren, slik

at prosjektet gjennomføres på en akseptabel måte (Hummelvoll et al., 2010). Det viktigste, er i følge Hummelvoll et al. (2010) å unngå feil som er skadelige for andre, derfor er det viktig å tenke nøye gjennom hvilke problemer og etiske spørsmål som kan melde seg i de ulike fasene i forskningen. Kravet til forskningsmetodisk kvalitet vil være skjerpet når antatte sårbare grupper er involvert, som tema om stigmatisering i ikke-vestlig innvandremiljøer. Hummelvoll et al. (2010) mener at i disse situasjonene er det viktig med kompetanse om evne til å komme i dialog med informantene, samt kunne tåle å være i situasjoner som oppleves sensitive og vanskelige, og da ivareta informantene på en god måte.

Ved arbeid med personopplysninger er vi underlagt en del spesielle krav. Jeg var usikker på om prosjektet falt innenfor meldeplikten til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) og Personvernombudet for forskning. Jeg tok derfor kontakt med NSD og Personvernombudet for forskning, og informerte de om prosjektet. De presiserte via telefonkontakt 13.2.2013 at prosjektet ikke faller under meldeplikten da lydopptak ikke skal lagres eller bli behandlet elektronisk. Anonymisering og av-identifisering av materialet under hele prosessen er et krav i all forskning. Data med personopplysninger er ikke lagret og kan ikke koples til informantene. Både transkriberingen og forskningsoppgaven er anonymisert slik at det ikke er mulig å kople uttalelser til informantene. Jeg har derfor ikke innhentet data som kunne direkte eller indirekte knytte informantene til prosjektet, og prosjektet faller derfor utenfor meldeplikten.

Det er viktig at informantene beskyttes og ikke skades gjennom arbeidet med oppgaven, det spørres om det som skal være til nytte for oppgaven, de som er med i forskningen skal informeres om prosjektet, og deltagelsen skal være frivillig. Informantene kan på hvilken som helst tid i prosessen trekke seg fra prosjektet innenfor en bestemt tidsperiode. Disse punktene er det viktig å få frem i informasjonen som gis til informantene (Dalland, 2012). Det er viktig at det kun spørres om det som er relevant for oppgaven, og informantenes anonymitet skal bevares, da jeg som datainnsamler er underlagt taushetsplikt. Innsamlet data skal trygt bevares, og datamaterialet makuleres når prosjektet er avsluttet (Dalland, 2012).

Som nevnt tidligere i rapporten, kan valg av tema være et sensitivt tema for informantene. Dette er det viktig å ta hensyn til. Det er i tillegg viktig å nevne at alle informantene var enige om viktigheten av å belyse tema, og at tema er viktig i arbeidet med helsefremmende og forebyggende aspekter hos ikke-vestlige innvandrere.

4.0 RESULTATER

I det følgende kapittelet presenteres prosjektets resultater. Som et resultat av analyseprosessen, presenteres relevante funn som utgjør svarene på forskningsspørsmålene som er utarbeidet, samt oppgavens problemstilling. Sammen med konkrete eksempler i form av sitater og kommentarer fra prosjektets informanter, presenteres funnene sammen med mine egne tolkninger.

4.1 Kunnskapssyn på psykiske lidelser: «De vet så lite, de har liten kunnskap»

Et av hovedformålene med studien var å kartlegge kunnskapsnivået om psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere. Dette var et strategisk valg for lettere å kunne se sammenhengen mellom kunnskapsnivå, og om det finnes stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser. Deres oppfatning av psykiske lidelser i disse miljøene vil kunne ha en innvirkning på holdninger og hvilke tiltak de mener er viktige i kampen mot stigmatisering av psykiske lidelser.

Kunnskapsnivå om psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere, og årsaker til dette uttrykker informantene noe ulikt, men de er enige om at kunnskapsnivået er generelt lavt, spesielt blant den eldre generasjonen.

Sara sier følgende: *Det er forskjellig syn på psykiske lidelser faktisk, det er forskjellige områder de kommer fra. For eksempel de som kommer fra pakistansområdet hovedsakelig, de kom hit på slutten av 60-tallet, begynnelsen av 70-tallet, de kom fra landsbygda. Der var det veldig lite kjennskap til at dette faget finnes.*

Daniel bekrefter dette, og supplerer med følgende: *Kunnskapen er svært liten der de kommer fra. Det er den eldre generasjonen jeg snakker om nå. De unge integrerer og har kunnskap.*

Dette er både Jonas og Sara enige i på følgende måte: *Vi som er yngre vet liksom hva angst er, hva depresjon er, mens de eldre ikke har det i vokabularet.*

I de første to generasjonene, men yngre generasjoner, de er mer frempå, de er tross alt født og oppvokst i Norge, og har fått den kunnskapen, det er det ene, det andre at de selv har

hevet kunnskapsnivået, ganske mye høyere enn deres tidligere generasjoner. De eldre sitter liksom bare der. De integrerer ikke.

Informantene er enige om at kunnskapsnivået på psykiske lidelser er lavt blant ikke-vestlige innvandrere. Spesielt er kunnskapsnivået lavt blant de personene som kommer fra landsbyene og tilhører den eldre generasjonen. Her finnes det lite kunnskap om psykiske lidelser og ordene «psykiske lidelser» er nesten ikke-eksisterende. Informantene er veldig klare på å skille den eldre fra den yngre generasjonen, og erfaringene til informantene er at de yngre generasjonene er flinkere til å integrere seg i det norske samfunnet og heve sitt kunnskapsnivå, et generelt hevet kunnskapsnivå gjennom sosialisering og utdanning. På den måten er også kunnskapsnivået hevet om psykiske lidelser.

Jonas mener at noe av kunnskapen som finnes om psykiske lidelser er tilegnet gjennom media

Jonas sier følgende: Jeg tror etter det som har skjedd med Breivik⁶, og alt det der med schizofreni, så har på en måte en ting skjedd, folk tror at schizofreni er farlig, og de vet ikke så mye, folk dreper med schizofreni fordi de bare forbinder det med Breivik.

Media har en stor innvirkningskraft på folks liv, og ofte er psykiske lidelser knyttet til drap eller andre negative hendelser gjennom media. Dette inntrykket av psykiske lidelser er derfor med på å forme et bilde på hva psykiske lidelser er.

I tillegg til å snakke om kunnskapsnivå om psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere, var også informantene opptatt av å snakke om det norske helsevesenet.

Josef poengterer dette på følgende måte: *Det er også lav kunnskap om psykiske lidelser og innvandrere blant helsepersonell. Innvandrere kommer til fastlege med smerter de ikke kan sette ord på eller lokalisere. Jeg sa jeg har smerter i brystet, så begynner de å undersøke alle fysiske plager, det er noe galt med hjertet, og så er det samme symptomer som når du er under stress, og så er du blitt utsatt for noen problemer som svimmelhet og alt. Jeg kunne heller ikke sette ord på det, selv om jeg kan språket, men jeg visste ikke.*

Gjennom egen erfaring har det vært lite fokus på kulturkunnskap gjennom studiene som er rettet mot sykepleie til ikke-vestlige innvandrere. Med et samfunn bestående av flere minoriteter, står dagens helsepersonell ovenfor uvante og nye utfordringer i den daglige kontakten med ikke-vestlige innvandrerpasienter.

⁶ Terrorangrepene i Norge 22. juli 2011 hvor 77 menneskeliv gikk tapt.

Ut i fra de funnene som er presentert over, har jeg valgt å synliggjøre funnene i denne skjematiske presentasjonen.

Lavt kunnskapsnivå om psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere	<ul style="list-style-type: none"> - Ordløst - Alder - Media 	<ul style="list-style-type: none"> - Det er ingen som har fortalt dem om psykiske lidelser - Det er kunnskapsforskjeller mellom den yngre og eldre generasjonen - Noe kunnskap er tilegnet gjennom media, som oftest i negativ forstand
Lavt kunnskapsnivå blant helsepersonell om psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere	<ul style="list-style-type: none"> - Nye utfordringer - Kulturforståelse 	<ul style="list-style-type: none"> - Å ha pasienter som ikke kan sette ord på sine følelser, samt språkproblemer mellom pasient og helsepersonell byr på nye utfordringer - Pasienter fra forskjellige minoriteter krever større kulturkunnskap og kultursensitivitet

Lavt kunnskapsnivå om psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere kan i følge informantene ha konsekvenser.

Josef sier dette om konsekvensene: *De vet heller ikke hvordan de skal ta kontakt med helsevesenet. De er ikke kjent med systemene. Ofte så er det folk som oppsøker imamene for å få litt råd og veiledning.*

Josef sier videre at lavt kunnskapsnivå om psykiske lidelser er med på å årsaksforklare dette: *Det er ofte ulike oppfatninger på psykiske lidelser. Så lenge jeg ikke har kontroll over min egen kropp, så er det andre jinn⁷ eller ondskap som har overtatt minnefunksjonen din, og disse kommer med smerter, så istedenfor å tenke at dette kan være psykiske problemer, så*

⁷ Jinn står omtalt i Koranen og begrepet jinn kan sammenlignes med fenomenet engel. Relasjonen til jinn er preget av at jinn har makt til å påvirke mennesker, samt skade dem (Norvoll, 2013).

tenker det at det er ikke mitt liv. Hvis de har begått en synd i livet, så er det nå tid for «payback», og nå får vi straff fordi ... og så videre og videre.

Dette bekrefter både Daniel og Sara: Han har jinn inne, han er ikke psykisk syk, og så slår de han, eller gir han, det er mange medisiner, som jeg kaller det, og behandlingsformer som er katastrofe. Det er jinn som gjør at han oppfører seg sånn, men etter min mening, det er psykiske lidelser, alle sammen. De har ikke kunnskap. Jeg tror ikke det er noe forskjellig syn på psykiske lidelser. De sier bare det er galt, en som er vanskelig.

Angst og depresjon er nok ikke så lett å akseptere, men ren psykose kan man lettere godta fordi angst og depresjon ses ikke på. Hvis du er alvorlig syk, du har psykose, opplevd psykose, så er det bedre akseptert som diagnose enn angst og depresjon fordi psykose kan vises, det kan man se på, at man er «klin gær'n», dessverre, så ser man at du sliter nå. Når man er psykotisk, så er du ikke som deg selv, men det kan du være selv om du er dypt deprimert og har angst. Hvis du ikke klarer å beherske de utfordringene i hverdagen, er dette enklere å svare på hvis du er klin psykotisk, fordi du sier at du ikke er deg selv.

Til slutt konkluderer Josef: På grunn av dårlig kunnskap og dårlig informasjon hos dere, så har vedkommende havnet i en verre situasjon.

Som vi ser mener informantene det er flere konsekvenser av dårlig kunnskapsnivå om psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere. Ved lite kjennskap til systemene velger de heller å oppsøke de arenaer som er kjente og trygge. Herunder blant annet moskéer. Dit går de for råd og veiledning for sine problemer. De informantene som drev oppsøkende arbeid anbefalte personene selv om heller å oppsøke faglærte helsepersonell, samtidig veiledet de de respektive imamene til å henvise de personene som kom til dem videre til de profesjonelle.

Informantene sier også at lavt kunnskapsnivå om psykiske lidelser er med på å skape ulike årsaksforklaringer på psykiske lidelser. Informantene mener at ikke-vestlige innvandrere ofte årsaksforklarer sine psykiske lidelser gjennom Guds straffedom. Ofte er psykiske plager lettere akseptert ved alvorligere diagnoser, som for eksempel hvor personen er psykotisk. Her blir den psykiske lidelsen årsaksforklart med at man ikke lenger har kontroll over egen kropp. Personen kan ikke lenger stå ansvarlig for sine handlinger da man har sluttet å ha kontroll over dem. Dette blir sett på som en type straff for tidligere handlinger, og det er nå tid for å betale tilbake. Vanskeligere er det å akseptere andre diagnoser som for eksempel angst og depresjon. Som Sara sier vil man ikke i slike tilfeller kunne «skylde på» at noen har tatt over kroppens funksjoner. Personen klarer ikke å beherske hverdagslige krav, og kan heller ikke se

sammenheng i årsaker. På den måten vil det lettere aksepteres når man ikke kan stå ansvarlig for sine egne handlinger.

Da kunnskapen om psykiske lidelser er lav, samt lite kjennskap til systemene, vil ikke personen få rett behandling raskt nok, og dette kan føre til at personen kan havne i en alvorlig(ere) situasjon. Når heller ikke helsepersonellet vet hvordan de skal håndtere uvante og nye problemstillinger, byr dette på utfordringer.

4.2 Et lukket miljø: «Man snakker ikke om sånt»

Et annet hovedformål med studien var å kartlegge om personer med psykiske lidelser er stigmatisert i ikke-vestlige innvandremiljøer. Dette var et strategisk valg for å synliggjøre på hvilken måte personer med psykiske lidelser blir sett på i disse miljøene. Synet på psykiske lidelser er med på å begrunne viktigheten av arbeidet for å avstigmatisere psykiske lidelser, og har også en innvirkning på bedringsprosessen. Alle informantene var tydelige på at personer med psykiske lidelser blir stigmatisert, samt at man ikke snakker spesielt åpent om dette.

Jonas og Josef sier følgende: *Psykiske lidelser er veldig tabu blant norske også, mens blant innvandrere er det enda verre. Det henger igjen fortsatt det der med at du er besatt av en demon, djevelen, man snakker ikke om sånt. Det er nederlag for familien, du blir stemplet som gal, galning, som du tenker deg de stereotype figurene hvor du blir lenka fast til stolper på asyl, og jeg tror det er litt sånn.*

Det er fortsatt et tabubelagt tema, og de snakker ikke veldig åpent. Du selv er ikke åpen til å diskutere, og det er at du vil holde alle disse innenfor veggene, du vil ikke dele problemene utenfor familien, som vi ofte har erfart. Når en innvandrer blir psykisk syk, er det ikke bare han som blir rammet, men hele familien. Det er stigmatiserende, og ses på en stor skam. Dagens ungdommer de tenker, å ja, hvis jeg går ut og forteller noen andre, så hvordan vil det være innad i familien, hvordan vil min far reagere. Ofte så er det familiære problemer som de ikke tar opp utenfor familien. Det er et eksempel, og de er redd for konsekvenser. Du blir sett ned på, han er kaputt, han er ferdig. Så det er ingenting å gjøre med han fordi han er vanskelig. Ofte har jeg hørt folk si at han har blitt gal og personen har mistet kontroll. I mange minoritetsmiljøer ser folk på psykiske lidelser som galskap.

Dette bekrefter Sara og supplerer: *De vil ikke prate, de er redde for at kanskje de treffer naboen på venteværelset, det er mange jeg har vært med på å slippe ut gjennom*

personalutgangen fordi de er redde for at de skal bli sett på som pasient ved psykiatrisk poliklinikk. Det er fortsatt en begrensning i det å søke hjelp. De har veldig lite behov for å få noen psykisk diagnose fordi da føler de det som stemplet, og det stemplet vil de helst ikke ha.

Alle informantene er enige om at mennesker med psykiske lidelser blir stigmatisert, og at man derfor ikke snakker åpent om tema. De forteller om sine opplevelser om hvordan stigmatiseringen kommer til uttrykk, og man kan se at stigmatiseringen skjer på forskjellige arena. Ofte vil man ikke snakke om psykiske lidelser for man er redd for hvilken påvirkning dette kan ha på sin familie og sine nærmeste. Som oftest holdes problemer skjult for at det ikke skal krenke familiens ære. I tillegg mener informantene at ikke-vestlige innvandrere med psykiske lidelser ikke ønsker å få en slik diagnose da de er redde for hvordan andre vil se på dem.

Ut i fra de funnene som er presentert over, har jeg valgt å synliggjøre funnene i denne skjematiske presentasjonen.

Familien	<ul style="list-style-type: none"> - Skam og ære - Autoriteter 	<ul style="list-style-type: none"> - Hele familien blir rammet og holder derfor problemene innad i familien - Redd for hvordan autoritetspersoner skal reagere. Spesielt på konsekvensene
Samfunnet	<ul style="list-style-type: none"> - Stempel 	<ul style="list-style-type: none"> - Man snakker ikke om psykiske lidelser fordi man er redd for å bli stemplet

Synet på psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere kan ha sine konsekvenser. Josef, Sara og Daniel sier: *I tillegg så er det sånn at de har holdt alt inne, til vedkommende er blitt såpass dårlig, og så har de gått med psykiske plager kanskje ti år. Å si til en lege at nå trenger jeg en psykiater, og det er en veldig høy terskel å be fastlegen om å sende meg videre til en spesialist. Å komme til fastlegen med slike problemer, så er det tabu.*

Generelt sett kommer de senere enn ellers, de søker hjelp senere enn ellers i befolkningen.

Når man ikke vil si det, så blir man dårligere. Sykdommen får liksom utvikle seg fordi man ikke deler sine problemer. De strekker helt til siste stund.

Josef avrundet det hele ved å si: *Jeg mener at åpenhet rundt psykiske problemer hindres av stigmatisering, tabu og frykt for å bli diskriminert.*

Å bli stigmatisert kan ha sine konsekvenser. Man vil ikke anerkjenne sine problemer på grunn av den stigmatiseringen psykiske lidelser medfører. Gjennom å undertrykke problemer, blir ikke problemene borte, og personen kan havne i en forverret situasjon der for eksempel personen er dårligere på et eventuelt innleggsestidspunkt.

Ved spørsmål om hvilke årsaker informantene kunne tenke seg kunne være bakgrunnen til disse holdningene, var det flere nøkkelord som dukket opp.

Josef mener: *Det er ingen som har fortalt dem om psykiske lidelser, og den kunnskap de har hjemmefra, så er det gammel kultur som har eksistert, så kan du tenke deg hvordan det var i Norge også, folk har reagert til psykiske lidelser. Og det er fortsatt sånn der.*

Sara legger til: *De har ingen kunnskap om faget fra der de kommer fra. Det er ikke et tema for ingen vet at psykiske lidelser finnes. Det finnes heller ikke mange med utdanning.*

I tillegg vil Daniel supplere: *De integrerer ikke, nå er det 4. eller 3. generasjon innvandrere, og de er veldig flinke, og jentene stort sett sitter på universitet, men den gamle generasjon, de sitter fortsatt der, mange kan ikke norsk.*

Årsakene til stigmatisering kan vi sammenligne med synet på psykiske lidelser i sin helhet. Lavt kunnskapsnivå om psykiske lidelser er en gjennomgående faktor, ikke bare for synet på psykiske lidelser, men også hvorfor ikke-vestlige innvandrere blir stigmatisert.

4.3 Normalisering og alminneliggjøring: «Man må finne de der de er»

Et annet hovedformål med studien var å kartlegge hvilke tiltak informantene mener er viktige for arbeidet med å avstigmatisere psykiske lidelser. Spesielt var det viktig å undersøke om det finnes tiltak som er spesielt gode for de ikke-vestlige innvandremiljøene. Slike tiltak er viktige for å nå inn til gruppen, og viktig i arbeidet for å normalisere/alminneliggjøre psykiske lidelser. Informantene hadde noe ulik erfaring, med dette arbeidet, men likevel gode forslag til tiltak som de mener er viktige i dette arbeidet.

Josef synes tilpasset informasjon er et viktig tiltak: *Vi har laget litt informasjon for ulike grupper, og dette var det første som ble laget, og det var på urdu, og så på norsk.*

Deretter så var det at vi pressa litt på helsedirektoratet, for å lage litt informasjon på de ulike språkene. Så i de senere år, så har de laget flere brosjyrer om psykiske lidelser på nesten tolv språk, og det ligger på nettsidene til helsedirektoratet. Det er viktig.

I tillegg supplerer han: Samtidig å skape en felles arena for alle. Problemer må bli tatt opp, og debatter under slike samlinger også og da inviterer vi eldre personer. Vi må jo møtes på de felles arenaene som finnes. Menigheter, moskeer, templer, og så videre. Vi må dra til dem, og vi må ta ett eller annet med oss. Lage et seminar sammen med dem, og ha en diskusjon og informasjonskveld hvor alle disse ting kan tas opp og vi gir informasjon.

Josef legger til: Å dra ut det teppet som finnes under sofaen. Foredrag hvor vi kanskje samarbeider med sånne organisasjoner som har mange innvandrere i seg, hvor at vi på en måte kan nå ut til flere familier via samme organisasjoner. Familier, hvor dette er veldig tabu, og få dem til å komme på foredrag hvor vi forteller dem at det å være psykisk syk, det kan, du kan bli frisk, det er på samme måte som at du knekker et bein.

Sara og Daniel følger opp med å si følgende: Man må finne de der de er. De stedene de oppsøker. For eksempel moskeer. Sammen med fagfolk. All informasjon må også tilpasses disse.

Vi må jobbe på individnivå, gå hjem til folk, snakker med dem, tar dem med på seminarer, kurser dem, og det er veien å gå. Jeg bruker nettverket mitt, jeg har mange venner. Sånn kan jeg nå dem.

Informantene er enige om at tilpasset informasjon, samtidig som man tilrettelegger for arenaer hvor man kan drive med kunnskapsheving om psykiske lidelser er viktige tiltak. Informasjon må gis, og dermed kan kunnskapen heves. Informantene var enige om at man må jobbe på individnivå slik at informasjonen kan gis på de arenaer de befinner seg.

Både Sara og Daniel legger størst vekt på viktigheten av språkkunnskap: Språk er nøkkelen til mye. Språk er nøkkelen til helsetjeneste, utdanning og arbeid. Språk er veldig viktig!

I tillegg mener både Josef, Sara og Daniel at ressurspersoner er viktige samarbeidspartnere i arbeidet: Det er viktig å ha den dobbeltfunksjonen, både kunnskap om psykiske lidelser og kunnskap om kultur. Da kan jeg hjelpe de bedre. Jeg kjenner tilbudet til de som blir psykisk syke og vet at behovet for hjelp er annerledes enn hos andre nordmenn.

Det er mange tema som jeg tør å ta opp, spesielt med folk som kommer fra sør-øst Asia, enn de andre tør. Det er fordi jeg både har kulturkunnskap og fagkunnskap.

De kommer til meg, for vi deler samme eller tilsvarende bakgrunn, så dem hjelper jeg så mye jeg kan fordi de deler en del kultur med meg. Og den kunnskapen er viktig å ha. Utdanne folk med flerkulturell bakgrunn til psykologer for eksempel. I tillegg hvis norske myndigheter setter krav til imamene at de skal lære norsk, og de skal lære om psykisk helse og samfunnet, det kan være veldig viktig. Dette kan være til hjelp for å øke kunnskapen og avstigmatisere psykiske lidelser. Det er viktig at den personen med så stor innvirkning brukes riktig.

I tillegg til å jobbe på individnivå, mener informantene at språk må ligge til grunn for å øke kunnskapen hos ikke-vestlige innvandrere. Språk, som også informantene sier, er nøkkelen til mye i samfunnet. Samtidig mener de at økt kulturforståelse gir større innpass i disse miljøene.

Ut i fra de funnene som er presentert over, har jeg valgt å synliggjøre funnene i denne skjematiske presentasjonen.

Utprøvde tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Opplysning - Kontakt 	<ul style="list-style-type: none"> - Vanlige tiltak for bekjemping av stigmatisering er opplysningsarbeid og informasjonsarbeid
Forlag til nye tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Tilpasset - Individnivå - Felles arena - Språkkunnskaper - Resurspersoner 	<ul style="list-style-type: none"> - Tilpasset informasjon med bakgrunn i språk og kunnskapsnivå - Oppsøkende virksomhet gjennom nettverk - Finne felles arena hvor tema kan tas opp - Pålegge språkkunnskaper - Utdanne personer med flerkulturell bakgrunn og samarbeid med religiøse ledere

Til slutt konkluderer Josef med å sitere Sokrates: *Du kan ikke lære andre mennesker noe, men du kan legge til rette et miljø der de kan oppdage sannheten selv.*

5.0 DRØFTING

I dette kapittelet vil jeg drøfte denne studiens resultater i lys av de teoretiske perspektiver som har blitt presentert i kapittel 2. I tillegg vil jeg drøfte funnene opp mot relevant forskning. Drøftingen har fokus på resultatene som er presentert gjennom de forskningsspørsmålene som har blitt lagt til grunn gjennom hele prosessen. Drøftingen vil derfor være knyttet opp mot ikke-vestlige innvandreres kunnskapssyn på psykiske lidelser, stigmatisering og de tiltak og strategier som mulige bidrag til å bekjempe stigmatisering og diskriminering. I tillegg vil jeg rette et fokus mot helsearbeiderens rolle(r) i dette tema.

5.1 Ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser

I et flerkulturelt eller multietnisk samfunn, som vi har i Norge i dag, består samfunnet av mennesker fra ulike folkeslag og kulturer, med ulike språk og ulike religioner (Viken og Kumar, 2010). Gjennom denne studien har det kommet tydelig frem at informantene enes om et lavt kunnskapsnivå på psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere.

I det flerkulturelle samfunnet kan det finnes mange ulike oppfatninger av helse og sykdom. Disse oppfatningene er også kulturelt betinget (Viken og Kumar, 2010). Eriksen og Sajjad (2011) skriver at sykdomsforklaringer også er beskrivelser av verden slik den blir oppfattet og tolket av den som er syk og deres pårørende. Man vil finne likhetstrekk i disse sykdomsforklaringene hos mennesker som har noe lik kulturell bakgrunn, men variasjoner vil også finnes mellom for eksempel gamle og unge, eller kvinner og menn. Alle informantene var under intervjuene hele tiden tydelige på at de erfaringene de hadde gjort seg om lavt kunnskapsnivå på psykiske lidelser, gjelder den eldre generasjonen. De som nå er unge, og tilhører den yngre generasjonen, vokser opp med andre kjønnsroller enn sine foreldre og besteforeldre. Eriksen og Sajjad (2011) hevder at i det norske samfunnet er det en selvfølge at kvinner tar utdanning og blir yrkesaktive, og at menn deltar i hjemmet. Dette er ikke en selvfølge mange steder der ikke-vestlige innvandrere har sin opprinnelse fra. Ikke-vestlige innvandrere og deres barn blir derfor påvirket av det norske samfunnet, og det har blitt mer og mer vanlig at den yngre generasjonen tar utdanning og øker sin kunnskap slik informantene forteller (ibid). Norvoll (2013) mener at migrantens motivasjon for, og kanskje evne og mulighet til å tilpasse seg mottakerlandet, er avhengig av i hvilken grad av frivillighet og tvang som ligger bak beslutningen om å migrere. Det er stor forskjell mellom å flytte og flykte.

Mennesket vil som regel alltid prøve å forsøke å finne frem til forklaringer på hvorfor man har blitt syk. Ofte er forklaringene hos ikke-vestlige innvandrere bundet til en tro på at krefter utenfor en selv kan påføre en sykdom. Dette kan for eksempel være hekseri, magi, «det onde øyet», guds straffedom og lignende (Horntvedt, 1996). Dette kan vi se at informantene bekrefter gjennom å årsaksforklare lidelsene gjennom straff fra *Jinn*. I enkelte minoritetssamfunn vil man møte mennesker som ser på psykiske lidelser som en prøvelse eller en straff fra en gud. Noen av årsaksforklaringene handler om en gud som straffer enkeltindivider på bakgrunn av et levd liv som guden ikke befaler (ibid). Horntvedt (ibid) hevder at vi kan kjenne igjen denne forklaringen fra det gamle testamentet. Historier forteller at Gud sendte sykdomsepidemier over grupper av mennesker fordi de hadde brutt hans påbud. Disse teoriene kan være til hjelp hvor den syke og de pårørende får følelsen av å forstå hva som har hendt, og hvorfor det hendte (Eriksen og Sajjad, 2011). Relasjonen til Gud må forstås på bakgrunn av at kulturell identitet for majoriteten til våre nye landsmenn, er nært knyttet til islam. Både helse og sykdom ligger ofte i Guds hender, og bønn er en stor del av hverdagen. Mange ber til Gud om å få være friske, og Norvoll (2013) skriver også at for mange vil sykdom bli forstått som Guds prøvelse eller Guds straff for synd som er blitt begått. Deres relasjon til Gud vil være en kilde til forståelse av helse og sykdom, særlig psykisk sykdom. Når det gjelder årsakssammenhenger som er knyttet til sykdom finnes det store variasjoner innenfor ulike etniske grupper. Qureshi (2009) mener derfor at det kan være fare for å få stereotype og gale oppfatninger om hvordan det er å tilhøre en etnisk minoritet. Problemet oppstår når kulturer tolkes uten å ta hensyn til menneskene bak. I den vestlige verden, vil helsepersonell og andre i majoritetsbefolkningen ofte se på denne typen forklaringer som overtro, og ikke noe den biomedisinske verden skal forholde seg til (Horntvedt, 1996).

Norvoll (2013) mener at man sosialiseres inn i og lærer sosiokulturelt hva som er symptomer ved ulike lidelser, årsaker til at symptomene oppstår, hvordan lidelsen forløper, og hva som er prognosen for sykdommen. Kleinman (1980) gjennomførte en større sammenlignende studie av ulike medisinske systemer i mange samfunn. I denne studien fant han store variasjoner når det gjaldt forståelse av sykdom og behandling, samt måter å organisere behandlingen på. Ut i fra Kleinman sin studie kan man tydelig se hvor stor og dominerende den folkelige sektoren er, mens den profesjonelle sektoren bare er representert ved noen få psykiatriske institusjoner i ikke-vestlige land. Oftest er disse representert i de større byene. Informantene begrunner lavt kunnskapsnivå og psykiske lidelser om de som kommer fra landsbygda, og dermed benytter seg mest av den folkelige sektoren.

Den biomedisinske modellen har, i følge Eriksen og Sajjad (2011), sin opprinnelse i

vestlig kultur, og er dominerende i Norge hvor individualismen er rådende. Når en slik modell møter en minoritetsbefolkning hvor kollektivismen er rådende, kan det oppstå utfordringer. Når to samfunn møtes, kan det oppstå motstridende verdier. I en kollektivistisk kultur der individets behov ikke kan sees uavhengig av gruppen det er en del av, mens i den individualistiske kulturen, som den vestlige verden er preget av, er det individets behov som blir satt først (ibid). Når den biomedisinske modellen fokuserer på individet som et objekt, uavhengig av sine omgivelser, kan modellen være vanskelig å forstå for de som kommer fra et ikke-vestlig samfunn, og behandlingsformen og systemet kan dermed være ukjent. Som informantene uttrykte, har personene fra de ikke-vestlige landene kommet til et nytt land de ikke kjenner seg igjen i.

5.1.1 I møte med pasienter med en annen kulturbakgrunn

Det norske samfunnet er i stadig endring, det samme er den økende internasjonale migrasjonen til Norge. Dette betyr i følge Norvoll (2013) nye oppgaver og behov for ny kunnskap for psykiske helseprofesjoner og for den psykiske helsetjenesten. Viken og Kumar (2010) skriver at i psykiatri og i sykepleie brukes gjerne begrepet transkulturell(sykepleie), som betegner arbeidet med pasienter på tvers av kulturell bakgrunn.

Magelssen (2008) hevder at i møter med pasienter som har en annen kulturell bakgrunn enn vår egen, vil det i slike situasjoner handle mest om å vise respekt og åpenhet overfor deres kultur og dem som person. Samtidig er det viktig at kulturkunnskap og fokuset på kulturelle forskjeller ikke skaper handlingslammelse, usikkerhet og maktesløshet blant helsepersonell. Videre poengterer forfatteren at helsepersonell ikke bør miste sitt faglige ståsted i sitt arbeid. En kulturell bevissthet og sensitivitet hos helsepersonellet danner grunnlaget for begrepet kulturell kompetanse, en kulturell kompetanse som er nyttig for evnen til å forstå, og som samtidig fungerer effektivt i møter med minoritetsbefolkningens behov (ibid). I tillegg legger Leininger og McFarland (2002) vekt på forskjeller og likheter mellom ulike befolkningsgrupper. De mener at sykepleieren må sette seg inn i ulike kulturer for å få kjennskap til ulik sykdomsforståelse og ulikt syn på helse. På den andre siden har forfatteren blitt noe kritisert for å legge for stor vekt på kultur som et entydig begrep, og kultur som styrende for handlinger (Debesay, 2008). Generell kunnskap om kulturer er ikke tilstrekkelig, da det finnes store variasjoner innad i hver kultur, samt at det kun er hvert enkelt individ, eller familien som kan gi opplysninger om den enkeltes situasjon. Der hvor helsepersonellet retter et for stort fokus på kulturelle forskjeller eller kulturelle trekk i møte med pasienter med ikke-

vestlig innvandrerbakgrunn, kan dette føre til at helsepersonell overser pasientens grunnleggende behov (ibid).

Viken og Kumar (2010) skriver videre at samhandling og kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter eller brukere fra etniske minoriteter, må bygge på gjensidighet, som respekt for hverandres oppfatninger og væremåte. Helsepersonell kan bygge på strategier om empowerment og deltakelse i møter. Her kan helsepersonell overføre makt til pasientene og brukerne, og samtidig la dem få komme med egne synspunkter. Da kan også helsepersonellet sette pasientene/brukerne i stand til å mestre faktorer som påvirker ens egen helse.

Folkehelsearbeid, som ble beskrevet i Ottawa charteret om helsefremmende arbeid fra WHO i 1986, består både av sykdomsforebyggende og helsefremmende strategier. Utgangspunktet for dette var at folk selv skal være med på å avgjøre hva som er best for dem. Helsetjenesten skal til enhver tid fokusere på pasientens/brukerens ressurser, ikke bare på sykdommer og problemer (Viken og Kumar, 2010). Det helsefremmende arbeidet baserer seg blant annet på teori om empowerment, og i dette arbeidet innebærer det at helsepersonell skal gi fra seg noe av sin makt til pasienten eller brukeren. For å få til en slik brukermedvirkning må kommunikasjonen mellom helsearbeidere og pasienter være dialogbasert, og ikke monologbasert. Dette kan by på utfordringer i samspillet med ikke-vestlige pasienter med lite norskkunnskaper og liten kjennskap til brukermedvirkning. Likevel er det norske sosialdemokratiske samfunn bygget på deltakelse og brukermedvirkning. Derfor vil personer med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn ofte bli passive i det norske og, for dem det «nye» samfunnet (ibid).

Hvor kollektivistiske verdier er rådende, sier Eriksen og Sajjad (2011) at familien bør tas med i behandlingen av den ikke-vestlige pasient. Dette fordi pasienten ofte vender seg til sin familie for råd og hjelp med å fatte beslutninger, dette skjer i den folkelige sektoren. Derfor er det mer riktig at behandlingen består av mer bruk av tiltak som er rettet mot det kollektivistiske samfunnet de kommer fra (Hanssen, 2005; Hattar, 2011). I tillegg er det viktig å ta hensyn til den enkeltes ønsker, samt være klar over at psykiske lidelser kan være et sensitivt tema.

I helsearbeid med ikke-vestlige pasienter mener jeg det er viktig å være oppmerksom på at kultur kan representere nye og ukjente utfordringer. Viken og Kumar (2010) vil imidlertid advare mot en ukritisk bruk av kultur som en altomfattende forklaring på det folk sier og gjør. Kultur er bare en av flere årsaker når handlinger skal forklares, og som helsearbeider bør man være oppmerksomme på at ikke all kultur er helsebringende. Videre

skriver forfatterne at der kulturen ikke er helsebringende, bør helsepersonell gå i dialog med pasienten, og i fellesskap utforske mulige alternativer. I en slik tilnærming vil helsepersonellet respektere pasientens egenverd som individ, uansett kulturell bakgrunn (ibid).

5.1.2 Likhets for loven

I følge Eriksen og Sajjad (2011) er en etnisk minoritet en gruppe som er i mindretall i et storsamfunn, og som dermed er relativt politisk avmektig. Utfordringen til det norske storsamfunnet, hevder forfatterne, er at samfunnet ikke alltid tar hensyn til at de er etniske minoriteter, og at de er kulturelt forskjellige fra majoriteten (ibid). På den ene siden har alle statsborgere krav på likhet for loven og like muligheter til utfoldelse, men på den annen side har de også rett til å være forskjellige. Utfordringen oppstår når retten til å være forskjellig kommer i konflikt med retten til lik behandling. Videre skriver Eriksen og Sajjad (2011) at myndighetene sier at alle har rett til helsetjenester, både innvandringspolitisk og helse- og sosialpolitisk.

Det finnes en systematisk praksis som forhindrer medlemmer av bestemte minoritetsgrupper fra å få like muligheter og rettigheter som majoriteten, der hvor diskriminering oppstår. Eriksen og Sajjad (2011) hevder at både likhets- og forskjellsbehandling av minoriteter kan være diskriminerende.

En velfungerende helsetjeneste for innvandrere er ingen selvfølge. World Health Report (2000) poengterer at en god helsetjeneste både inneholder høyest mulig standard og minst mulig forskjell mellom individer og grupper. Man kan se det som en balansegang mellom kvalitet og rettferdighet. I følge rapporten skal helsetjenesten dessuten verne om innbyggernes helse med respekt for den enkeltes kulturelle og religiøse bakgrunn, samt søke å styrke den enkeltes mulighet for egenomsorg. På den måten må helsetjenesten sammenligne behandlingstilbudet som majoritetsbefolkningen nyter godt av. Ahlberg et al. (2005) hevder at innvandrere har rett til å kreve helsetjenester som er likeverdige de tjenestene som majoritetsbefolkningen nyter godt av. For å kunne oppnå dette, må tjenestetilbudet tilpasses de ikke-vestlige innvandrernes behov. På en slik måte handler det om hvordan majoriteten legger til rette for at våre nye landsmenn skal oppnå aksept for sin forskjellighet og ha de samme mulighetene til selvrealisering på likhet og i konkurranse med majoritetsbefolkningen (Qureshi, 2009).

I følge Norvoll (2013) er et hovedprinsipp innenfor norsk helselovgivning og helseorganisering at alle skal behandles innenfor ett og samme helsesystem. Det betyr at det

ikke skal være særtjenester til enkeltpasienter, som for eksempel pasienter fra ikke-vestlige land. I tillegg skriver Norvoll (2013) at det slås fast i pasientrettighetsloven at helsesystemet skal yte likeverdige helsetjenester til alle uansett bakgrunn. Helsetjenesten skal derfor yte tilpassede helsetjenester til den enkelte pasient uavhengig av kjønn og etnisitet. For å kunne yte denne likheten er det ikke et poeng å behandle alle likt, som i sin måte å behandle alle på samme måte, men at alle må behandles like individuelt. Videre skriver Norvoll (2013) om artikkel 12 i «Internasjonal konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter», som er en rettighet som er avhengig av helsemyndighetenes tilrettelegging for helsetjenester for befolkningen. For at pasienter skal ha god tilgang til helsetjenester, må kjennskap om at tjenesten finnes være til stede, samtidig må den være økonomisk og praktisk tilgjengelig. Det norske helsetjenestesystemet kan virke fremmedartet for mange innvandrere, slik informantene uttrykker. Det norske helsesystemet er et helt annet system enn det de er vant med. Det er i følge Norvoll (2013) et sterkt spesialisert helsevesen, og regulert med høy terskel av henvisninger. De individuelle behandlingene foregår i lukkede rom, og basert på muntlig samtale, også på et språk som innvandreren i sin psykiske tilstand ikke kan uttrykke seg godt nok på. Behandlingsformen kan for mange derfor fremstå som fremmed og uvant, og for mange pasienter er det uklart hva psykisk helsetjeneste egentlig kan hjelpe dem med (ibid). Samlet gir denne kunnskapen, i følge Norvoll (2013) en forståelse av at få innvandrere oppsøker psykisk helsetjeneste i Norge eller dropper ut av behandling. Det norske systemet er ikke lett å kjenne igjen som et hjelpesystem for de psykisk syke, og dette kan bli en hindring i tilgangen til bruken av psykisk helsetjeneste. Dette bekrefter denne studiens informanter, da det norske helsevesenet ofte er ukjent, og de heller ikke kjenner til begrepet psykisk helse. Videre sier informantene at konsekvensene av dette kan være at de ikke oppsøker profesjonell hjelp, og ikke mottar behandling før det har gått lang tid. Berg og Johnsen utførte en studie i 2002 hvor studien ikke viste flere innleggelser blant ikke-vestlige innvandrere, men at de var sykere på innleggelsestidspunktet – noe som kan tilsi at de kommer senere til behandling.

5.2 Stigmatiseringens uttrykk

Det er vel dokumentert at stigmatisering og diskriminering bidrar til sosial utestenging (Norvoll, 2013). Goffman (1963) utviklet begrepene stigma og stigmatisering for å forstå sosiale reaksjoner på sykdommer og samhandling mellom den syke og andre mennesker. På den måten er stigma et sosialt fenomen som har sin tilknytning i sosiale relasjoner og som derfor skapes av samfunnets strukturer og de kulturer som finnes (Norvoll, 2013). Goffman

(1963) viser hvordan en engstelig og uforankret samhandling kan være en naturlig menneskelig reaksjon på en avvikende framreden og atferd i sosiale sammenhenger. I tillegg kan usikkerheten skape en grobunn for stigmatisering og forsterkes av stigmatiseringsprosesser. Stigmatisering er i følge Norvoll (2013) direkte knyttet til sosial utestenging som kan føre til dehumanisering, diskriminering og ekskludering i flere sosiale sammenhenger. Videre påpeker Norvoll (ibid) at omtalen om den enkelte sykdom kan endres i samfunnet over tid, slik at en sykdom kan bli mer sosialt akseptert enn tidligere. Ofte ser bare omgivelsene sykdommen og glemmer personen bak. En slik holdning kan føre til en avstand og et skille mellom «de» og «vi». Norvoll (ibid) skriver videre at forskningen viser at stigmatiseringen har sin opprinnelse i stereotypifisering av personer med psykiske lidelser eller de som stemples som psykisk avvikende, og ofte er det uriktige generaliseringer og upresise uttalelser om en sosial gruppe, og økende negativ sosial typifisering og diskriminerende reaksjoner som kan føre til individuell stigmatisering. I følge flere studier konkluderes det med at stigmatisering kan bidra til forverrede levekår for personer med psykiske lidelser, gjennom for eksempel reduserte sjanser i arbeidslivet, og at det kan skade deres sosiale nettverk. Forhold som dette øker også risikoen for tilbakefall, eller bidrar til at den psykiske lidelsen blir langvarig (Link og Phelan, 2010; Pescosolido og Martin, 2007).

Psykiske helseproblemer er et tabubelagt område for mange, spesielt for personer med ikke-vestlig bakgrunn. Lav kunnskap om psykiske lidelser og en bakgrunn fra land hvor psykiske lidelser fortsatt blir sett på som galskap utgjør holdninger som er årsakene til stigma (Viken og Kumar, 2010). Dette bekrefter også denne studiens informanter.

Informantene i denne studien forteller sine historier om den stigmatiseringen de har opplevd komme til uttrykk gjennom sine erfaringer. I en studie utført av Mamisachvili, Ardiles, Manchewicz, Thompson, Rabin & Ross (2013) rapporterte både første- og andregenerasjons innvandrere som deltok i studien, at de unngikk å avsløre sine følelser for deres samfunn eller venner på grunn av deres redsel for at andre skulle finne ut hva som var galt med dem. Også mange av denne studiens informanter fortalte om lignende opplevelser. De vil holde sine problemer skjult, de vil eskorteres ut bakveier av behandlingssentra, og heller ikke oppsøke den nødvendige hjelpen. I en artikkel skrevet av O'Mahony og Donnelly (2007) konkluderer de med at stigma knyttet til psykisk sykdom er en hovedbarriere knyttet til det å oppsøke helsetjenesten. Videre skriver de at i noen kulturer er psykisk sykdom tabubelagt, og når psykiske plager blir synlige er dette med på å genererer negative følelser innad i det etniske miljøet. Derfor kan enkelte ikke-vestlige innvandrere være nølende til å søke hjelp dersom de ikke er i en krisesituasjon. For noen pasienter betyr denne stigmatiseringen at de

føler at de må benekte og tie om deres tilstander. Videre konkluderer artikkelen med at sterke kulturelle meninger og sosial stigma mot psykisk sykdom, kombinert med fremmedhet og misforståelser av helsetjenesten forhindrer dette tilgang til tilgjengelige helsetjenester. Det samme skriver Andersen og Larsen (2001), der pårørende forteller om manglende åpenhet om psykiske lidelser.

Ikke bare kan personene oppleve stigma fra samfunnet de befinner seg i, men også innad i sin egen familie. Når man snakker om kulturforskjeller, er det vanlig å skille mellom individualistiske og kollektivistiske kulturer. I de individualistiske kulturer, som Norge er en del av, blir det lagt vekt på uavhengighet, autonomi og selvhevdelse. Dette vektlegges, i følge Viken og Kumar (2010) i barneoppdragelsen i etnisk norske familier. I kollektivistisk orienterte kulturer, som ikke-vestlige land opererer etter, er avhengighet, plikt og underkastelse viktige verdier, og familielivet organiseres ofte i storfamilier. En storfamilie har en høy grad av solidaritet mellom de respektive medlemmene, og de hjelper hverandre i vanskelige situasjoner. Familiestrukturen i storfamilien er hierarkisk, der alder og kjønn er avgjørende for ens plassering i hierarkiet. Respekt og lydighet for dem som er eldre enn en selv, samt lojalitet er viktige dyder, og sanksjonene er ofte harde hvis disse reglene ikke overholdes, dermed kan utstøting av fellesskapet bli resultatet (ibid). Hvis familien for eksempel tilhører en mer kollektivistisk samfunnskultur, kan medlemmene oppleve at de ofte må tilfredsstille storfamiliens ønsker og behov, og ikke bare sine egne. Dette kan bety at ved psykiske problemer, vil ønsket fra familien som en helhet bli tilfredsstilt, og ikke den det gjelder. I slike situasjoner vil ofte innvandrerungdom havne i et dilemma. Situasjonen oppstår når de står med ett bein i foreldrenes kultur og ett ben i venne-/skolekulturen preget av det nye landet de er kommet til. På en side skal de forholde seg til sin familie og deres kultur, samtidig skal de forholde seg til kulturen ute i samfunnet ellers. Møtet med den norske kulturen kan være svært forskjellig fra det de møter hjemme (ibid).

Familien betyr noe annet og langt mer grunnleggende for ikke-vestlige innvandrere, enn for majoritetsbefolkningen for øvrig, og dette blir blant annet tydelig når de står overfor kritiske episoder, som ved for eksempel sykdom (Viken og Kumar, 2010).

Ved ikke å oppsøke behandling på grunn av stigma kan dette få alvorlige behandlingsmessige konsekvenser. På den andre siden definerer mange av ikke-vestlige pasienter sine vansker og lidelser som somatikk (Ahlberg et al., 2005). Ut i fra denne studiens funn kan dette forklares med at psykiatri er skambelagt og at man derfor ikke har behov for et slikt diagnostisk stempel. I tillegg kan det forklares med at disse personene ikke vet hva psykiske plager innebærer.

5.3 Bekjempe stigma

Prosjektets funn munner ut i dette kapittelet hvor jeg synes det er viktig å drøfte de tiltak som er nødvendige, både for etniske minoriteter og helsepersonell, og de tiltak som prosjektets informanter mener er viktige for at psykiske lidelser skal bli mer alminneliggjort/normalisert. Jeg er klar over at det finnes ulike definisjoner av normalitetsbegrepet i ulike kulturer, og det å gjøre psykiske lidelser mer alminnelige/normalisert kan for noen ikke-vestlige innvandrere være et ikke-tema. Dette var ikke et tema for prosjektets informanter under de intervjuene som ble utført, og er heller ikke en del av prosjektets hensikt/problemstilling, og tas derfor ikke stilling til i denne omgang.

Helsepersonell med kulturkompetanse er sentralt. Dette fordi deres forståelse av kultur og psykisk helse påvirker befolkningens holdninger, samt pasienter og pårørendes situasjonsforståelse gjennom klinisk praksis (Norvoll, 2013). Mange ikke-vestlige innvandrere med psykiske vansker deltar aktivt i sosiale sammenhenger, selv om mange opplever ekskludering og stigmatisering. Noen møter stigmatiserende reaksjoner, og erfaringene kan dermed variere på individnivå. Ulike individuelle, relasjonelle og strukturelle strategier og tiltak må i følge Norvoll (ibid) til for å redusere sosial eksklusjon og marginalisering av ikke-vestlige innvandrere med psykiske problemer. Dette i tråd med teorier om stigmatisering og diskriminering. Både i Norge og internasjonalt vektlegges informasjons- og holdningskampanjer rettet mot befolkningen. Hensikten med dette arbeidet er å motvirke diskriminering, og stimulere til sosial integrasjon. Et mindre stigmatiserende bilde av mennesker med psykiske problemer, samt å endre måten psykiske problemer fremstilles og snakkes om er en viktig drivkraft for brukerbevegelsen. Empowerment, der selvtillit styrkes, og mestringssevne og mestringsstrategier hos personer med psykiske vansker hvor dette skal bidra til å overkomme de negative reaksjonene som psykiske vansker medfører, er for andre aktører en strategi i dette antistigmaarbeidet. Andre tiltak i antistigmaarbeidet har vært rettet mot å øke kontakten mellom personer med psykiske vansker og den øvrige befolkningen. Her løftes brukerens egne erfaringer med psykisk helse og helsetjenestene frem, og avstanden mellom befolkningen og brukere blir mindre. På en slik måte vil man kunne normalisere psykiske lidelser. I følge Norvoll (2013) har man også i visse tilfeller benyttet seg av protestaksjoner rettet mot diskriminerende hendelser, deriblant mediens omtale av personer med psykiske lidelser. Resultatet av slike tiltak innebærer økt oppmerksomhet på ulikhet i helse og økt oppmerksomhet mot psykisk helse, velferd og menneskerettigheter, samt å påpeke betydningen av tilfredsstillende levekår og forhold ved skole- og arbeidsliv for sosial integrasjon (ibid).

Pescosolido (2013) mener at dersom stigma utgår fra sosiale forhold, er løsningen å utføre endringer i de sosiale forholdene og strukturene som former dem. Etter lest teori kan møtet mellom innvandrerpasienter og helsepersonell være komplisert. Ofte skyldes dette mange utfordringer, men manglende språkbeherskelse oppgir helsepersonellet ofte som ett av hovedproblemene (Horntvedt, 1996). Mange av Pescosolido (2013) sin studies informanter nevnte ofte ordet ressurspersoner. Ressurspersoner med både fagkompetanse og kulturkompetanse. Dette er Eriksen og Sajjad (2011) enige i, der de skriver at helsepersonell som selv har en flerkulturell kompetanse er en viktig ressurs for helsevesenet. I tillegg bør unge mennesker med migrantbakgrunn stimuleres til å ta utdanninger innenfor helse- og sosialsektoren. Der helsearbeidere med minoritetsbakgrunn kjenner både profesjonskulturen i Norge og kulturen i sin egen etnisk gruppe kan dette representere en stor ressurs. Samtidig må vi ikke glemme at det også finnes flere kulturforskjeller innad i etniske grupper. I slike tilfeller er det derfor viktig hele tiden å sette fokus på individet, bevissthet om maktforskjeller og at brukermedvirkning opprettholdes (Viken og Kumar, 2010). Løge Hansteen (2005) hevder at konsekvensene av å ansette folk med etnisk minoritetsbakgrunn vil, i beste fall, være at de i møter med pasienter vil ha en fellesnevner. I stedet for å se de bare som etniske personer, vil den enkelte oppleve å bli møtt med en interesse for hvem de er som enkeltindivid. Videre skriver forfatteren at ledelsen i helseforetak bør vise viktigheten av at flere typer kompetanse enn tradisjonell medisinsk kunnskap er viktig, og i slike tilfeller legge til rette for deling av slik kunnskap. På den måten vil helseforetakene bli bedre skikket til å ta imot alle pasienter.

Ved å øke kulturkompetansen hos helsepersonell, er det ikke nødvendig, i følge Løge Hansteen (2005), å lære om forskjellige måter å uttrykke smerter på, men å forstå at de forskjellige uttrykksmåtene er tillært, og et resultat av en oppvekst og erfaring fra deres kultur. Hun mener derfor at det bør undervises i en mer generell sosialisering, fokus på mellommenneskelige relasjoner og læring om forskjellige samfunn. I tillegg hevder hun at det må en økt bevissthet og kunnskap om klasseskiller, kjønnsforskjeller og maktforskjeller til (ibid).

Ikke bare skal helsepersonell arbeide med forebygging av stigmatiserende holdninger, men ikke minst også en generell forebygging av psykiske lidelser, og dette bør tilegnes et lite avsnitt i denne drøftingen. I følge Viken og Kumar (2010) er det å lære seg norsk og tilegne seg norske verdier, knyttet opp til god psykisk helse blant ikke-vestlige innvandrere. Tiltak for å forebygge psykiske helseproblemer blant ikke-vestlige innvandrere må inneholde et betydelig element av empowerment. Her for å styrke den individuelle, interpersonelle og

politiske makt slik at individene er bedre rustet til å gjøre noe for å bedre sin egen livssituasjon (ibid).

I tillegg til viktigheten med ressurspersoner og kulturkompetanse blant helsepersonell, bør det også satses på spesialisering i tolkeutdanning. Vi er avhengig av å bruke tolk, og bruke tolk i praksis i større utstrekning enn det gjøres i dag, før vi har helsearbeidere som behersker flere språk (Løge Hansteen, 2005). Videre kreves det tolker med bakgrunn og/eller kunnskap innen medisin for å sikre kvaliteten på tolketjenesten. Det bør også fokuseres på andre ressurspersoner som imamer og andre religiøse ledere, personer som står sterkt i manges liv. I en artikkel i BBC News (1999), beskriver religiøse ledere at de er uforberedt på de problemstillingene rundt psykisk helse som de møter i det daglige. Ved møte mellom ikke-vestlige og religiøse ledere er det viktig at disse personene står sterkt rustet til å håndtere utfordringer og problemstillinger innen psykisk helse (Løge Hansteen, 2005).

Selv om språklige problemer og tolking oppleves som hindringer i utøvelsen av behandling til ikke-vestlige innvandrere, og muligheten til å benytte seg av det behandlingstilbudet som finnes, kan de hovedsakelige begrensningene også ligge et annet sted. Ahlberg et al. (2005) hevder at kvaliteten på tilbudene, og økte krav til en bedre brukertilpasset helsetjeneste må utbedres. På grunn av språklige begrensninger har ikke-vestlige innvandrere få muligheter til å benytte seg av en rekke forebyggende- og behandlingstiltak som er lite tilpasset deres behov.

Ahlberg et al. (2005) skriver om Bakken sine erfaringer fra sitt arbeid i Fremmearbeiderkontoret der det ble drevet med oppsøkende virksomhet. De ikke-vestlige innvandremiljøene er fortsatt svært begrenset, og de fleste kjente hverandre på enten en indirekte eller direkte måte. Dette forteller også denne studiens informanter. Mange av informantene brukte sine egne nettverk for å sette i gang tiltak og arbeide med økt kunnskap og antistigmatiltak.

6.0 KONKLUSJON OG VIDERE FORSKNING

Opgavens problemstilling er utformet og basert på en åpen innstilling. Dette for ikke å låse tanker og meninger i forforståelsen av tema. På den måten vil prosjektets datamateriale være, så godt det lar seg gjøre, fri for min forforståelse. Under arbeidet med prosjektet har jeg fått innsikt i kompleksiteten i tema og behov for nye tiltak i arbeidet med å normalisere/alminneliggjøre psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere.

Prosjektet viser at kunnskapsnivået om psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere er mangelfullt. På grunn av dette blir dessverre personer med psykiske lidelser stigmatisert på ulike måter. Det som er felles for alle informantene er at de alle mener at stigmatisering og diskriminering av personer med psykiske lidelser er et alvorlig problem, og at det må arbeides med konkrete tiltak som hindrer dette.

Den nye tiden skaper nye utfordringer, og krever derfor nye løsninger. Det mangfoldige Norge har vokst fort, og forandringene foregår raskt (Eriksen og Sajjad, 2011). Når helsepersonell skal arbeide i det tverrkulturelle møtet vil de mangfoldige begrepene som helse og sykdom være sentrale (Hanssen, 2005). Forskjeller og likheter mellom mennesker kan bedre forstås ved hjelp av et synspunkt som fokuserer på kultur og kulturforskjeller. Begrepet kulturforskjeller må imidlertid brukes med en viss forsiktighet, slik at vi ikke gjør menneskene vi møter mer forskjellige enn det de faktisk er, eller stikk motsatt, mer like (Eriksen og Sajjad, 2011). I møte med kulturer, er det aldri kulturer som møtes, men mennesker. På den måten er det derfor nødvendig å skille mellom mennesker og kulturer (ibid).

Helhetstenkning og samhandling må stå sterkere i utøvelsen av sykepleie til den individuelle pasient, der målet med behandlingen er likeverdige helsetjenester for alle. Helsepersonell må takle de utfordringene som de blir stilt ovenfor med å øke sin kunnskap, bevissthet, mestre språkbarrierer og andre utfordringer i møtet med den fremmedkulturelle pasient (Viken og Kumar, 2010). Helsetjenesten bør til enhver tid fokusere på individets ressurser, et helsefremmende arbeid basert på teorien om empowerment. I tillegg må innvandrergupper engasjeres på sine ulike samfunnsarenaer, der målet bør være å nå inn med et budskap ved å bygge tillitt gjennom kontakt og bruk av ressurspersoner fra innvandrer miljøer gjennom arbeid på individnivå (ibid).

Resultatene av dette prosjektet har flere metodiske begrensninger. Resultatene fra prosjektet baserer seg på et lite utvalg av informanter, og kan derfor ikke generaliseres. Fire informanter kan ikke representere det omfanget temaet inneholder. Likevel sitter

informantene inne med mange erfaringer og opplevelser om tema, samt bakgrunnskunnskap, både som engasjerte organisasjonsarbeidere og med ulik bakgrunn i helsetjenesten. Felles for alle informantene er at de er godt integrert i det norske samfunnet. Derfor åpnes det opp for forskjellige tanker for videre forskning da prosjektet ikke dekker de erfaringene og meningene til andre ikke-vestlige innvandrere som er mindre integrerte i det norske samfunnet. Prosjektet inkluderer heller ikke de personene som ikke har noe forhold til tematikken psykiske lidelser på sånn måte, den inkluderer heller ikke familien som pårørende. I tillegg mener jeg at til tross for ulike forståelser av psykisk helse, sykdom og behandling er det viktig å spørre om hvordan likhetsprinsippet fungerer, og om det er like rettigheter for innvandrere i Norge. Det er viktig å være oppmerksom på de antall strategier og tiltak som er mulige, og som kunne ha utvidet studien dersom flere informanter hadde deltatt, samt om prosjektets omfang hadde vært av en større karakter. I motsetning til disse begrensningene, kan prosjektet regnes som det første her til lands som undersøker ikke-vestlige innvandreres, herunder erfaringene og meningene til prosjektets informanter, syn på psykiske lidelser, hvordan stigmatiseringen kommer til uttrykk og mulige tiltak for helsefremmende og forebyggende innsats i disse miljøene. Siden det er mangel på slike studier i Norge, kan dette prosjektet danne grunnlaget for videre forskning på feltet, samt indikere på hvilken måte vi kan bidra positivt i bekjempelsen av stigmatisering knyttet til psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere. Samtidig kan studien ha relevans for organisasjoner og helsearbeidere som arbeider med antistigma, og helsefremmende arbeid blant ikke-vestlige innvandrere. På bakgrunn av de foreslåtte tiltakene kan det tas initiativ til planlegging av intervensjoner.

Dette prosjektet er en start i bevisstgjøring av utfordringer i samfunnet, og samtidig leder prosjektet til mange spørsmål som krever videre undersøkelse og forskning. Synet på psykiske lidelser kan utvides til å gjelde arbeid med religiøse ledere, økt kulturkunnskap blant helsepersonell, og helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot innvandremiljøer. Dersom helsemyndigheter satser på å fremme likeverdige helsetjenester for alle, bør myndighetene involvere ressurspersoner, som studiens informanter, i utforming og iverksetting av helsefremmende og forebyggende arbeid i ikke-vestlige innvandremiljøer.

7.0 LITTERATURLISTE

- Ahlberg, N., Aambø, A., Gihle, I. & Austveg, B. (2005). *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter : tilbakeblikk og erfaringer*. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.
- Andersen, A.J.W. & Larsen, I.B.O. (2001). *La alle stemmer bli hørt*. I: Sykepleien nr. 6, 48-51
- BBC News (1999). *Health Religion tackles mental illness*. Lokalisert 16.6.2013 på <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/321622.stm>
- Berg, J. E. & Johnsen, E. (2004). *Innlegges innvandrere oftere enn etniske nordmenn i akuttpsykiatriske avdelinger? I: Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 124, 634–636.
- Blom, S. (2011). *Innvandrerens helse: Dårligere helse blant innvandrerne*. I: Samfunnsspeilet 2011/2.
- Bokmålsordboka (2013). *Tabu*. Lokalisert 26.3.2013 på <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=tabu&begge=+&ordbok=bokmaal>
- Corrigan, P.W. & Kleinlein, P. (2005). *The impact of mental illness stigma*. I: On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change (pp. 11-44). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Dahl, S., Sveaas, N. & Varvin, S. (2006). *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flykninger – veiledere*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Unipub AS.
- Dalgard, O. S. (2006). *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Debesay, J. (2008). *Flerkulturell sykepleie: Fra utsikt til innsikt*. I: Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold – fra utsikt til innsikt. Ann Merete Otterstad (red.). Oslo: Universitetsforlaget
- Dybvig, S. (2004). *Stigma - antistigma : stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser og hvordan stigma kan bekjempes*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Eriksen, T. H. & Eraker, R. (2010). *Små steder - store spørsmål: innføring i sosialantropologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, T. H. og Sajjad, T. A. (2011). *Kulturforskjeller i praksis: perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- FN-sambandet. (2013). *Hva er menneskerettigheter?* Lokalisert 14.3.2013 på: <http://www.fn.no/Tema/Menneskerettigheter/Hva-er-menneskerettigheter>
- Folkehelseinstituttet (2010). *Konsekvenser av psykiske lidelser*. Lokalisert 31.1.2013 på: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70817:

- Goffman, E. (1975). *Stigma: om avvigerens sociale identitet*. København: Gyldendal akademiske.
- Hannerz, U. (1993). *Hvilken globale kultur? Seks teser om globalisering, kultur og mennesker*. I: Samtiden 1993/4. Oslo: Aschehoug.
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Hanssen, I. (2005). *Interkulturell sykepleie*. I: Grunnleggende sykepleie, bind 1. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Hattar, H. (2011). *Kulturelle aspekter på smerte*. Smertebiblioteket, Mundipharma AB.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness*. London: Hodder Arnold.
- Holme, I. M. og Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano Ascheoug.
- Horntvedt, T. (1996). *Helsearbeid i flerkulturell sammenheng*. Nesbru: Vett & viten.
- Hummelvoll, J. K., Andvig, E. & Lyberg, A. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ilyas, A. (2010). *Stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser*. Elverum: A.Ilyas.
- Ivey, A. E. & Ivey, M. B. (2002). *Theories of counseling and psychotherapy- a multicultural perspective*. London: Allyn and Bacon.
- Klausen, A. M. (1992). *Kultur: mønster og kaos*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kline, M. V og Huff, R. M. (2007). *Health Promotion in Multicultural Populations: A Handbook for Practitioners and Students*. Los Angeles: Sage Publications.
- Kongsrud, T. H. og Vattø, I. E. (2008). *Psykiske lidelser og opplevd stigma*. Oslo: T.H. Kongsrud.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Landsider (2013). *Pakistan*. Lokalisert 29.3.2013 på <http://www.landsider.no/land/pakistan/>
- Leininger, M. M. og McFarland, M. R. (2002). *Transcultural nursing : concepts, theories, research and practice*. New York: McGraw-Hill.
- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004). *A Phenomenological Hermeneutical Method for Researching lived Experience*. I: Nordic College of Caring Sciences: nr 18: pp 145-153.

- Link, B. (1982). *Mental patient status, work and income: An examination of the effects of a psychiatric label*. I: American sociological review, 47 nr. 2. American Sociological Association.
- Link, B. G. & Phelan, J. C. (2010). *Labeling and stigma*. I: T. L. Scheid & T. N.
- Løge Hansteen, I. (2005). *Etnisitet og psykisk helse*. I: Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol 2 nr 3 2005
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe.
- Major, E. F. (2011). *Bedre føre var - : psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Mamisachvili, L., Ardiles, P., Manchewicz, G., Thompson, S., Rabin, K. og Ross, L. (2013). *Culture and Postpartum Mood Problems: Similarities and Differences in the Experiences of First- and Second-Generation Canadian Women*. In: Journal of transcultural nursing 2013 24:162
- Mittelmark, M. B. og Hauge, H. A. (2003). *Helsefremmende politikk for vurdering av helsekonsekvenser: hvorfor lokalsamfunn og nærmiljø er de sentrale arenaene*. Bergen: Fagbokforlag.
- Moen, T., Nilssen, V. L. & Postholm, M. B. (2005). *Kvalitative forskere i teori og praksis*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Myklestad, I., Rognerud, M. & Johansen, R. (2008). *Utsatte grupper og psykisk helse: levekårsundersøkelsen 2005*. I: Rapport (Nasjonalt folkehelseinstitutt) 2008/8. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2010). *Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge*. Rapport nr. 2. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt
- Nissen-Meyer, M., Shuja, A. L., Sletnes, T. & Abraham, R. (2008). *Likeverdig helsetjeneste? : om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*. Oslo: Den norske legeförening.
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse: samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- O`Mahony, J. og Donnelly, T. (2007). *The influence of culture on immigrant womens mental health care experiences of the prospectives of health care providers*. I: Issues in Mental Health Nursin, 2007. 28:453-471
- Pescosolido, B. (2013). *The public stigma of mental illness: what do we think; what do we know; what can we prove?* I: Journal of Health and Social Behavior. 2013 Mar;54(1):1-21. Bloomington: Indiana University.
- Pescosolido, B. og Martin, J. (2007). *Stigma and the Sociological Enterprise*. I: Mental Health, Social Mirror 2007, pp 307-328
- Qureshi, N. A. (2009). *Kultursensitivitet i profesjonell yrkesutøvelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Resnicow, K., Baranowski, T., Ahluwalia, J.S. & Braithwaite, R. L. (1999). *Cultural sensitivity in public health: Defined and demystified*. I: Ethnocity and disease. Vol. 9 s.10-20
- Rudi, I.B. (2013). *Innvandring på 1970- og 80-tallet*. Lokalisert 29.3.2013 på <http://www.kildenett.no/artikler/2009/1236597403.29>
- Samfunnsspeilet (2008). *Vestlig og ikke-vestlig - ord som ble for store og gikk ut på dato*. I: Samfunnsspeilet 2008/4
- Sartorius, N. og Arboleda-Flórez, J. (2008). *Understanding the stigma of mental illness : theory and interventions*. Chichester: John Wiley.
- Seymour-Smith, C. (2005). *Dictionary of anthropology*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Stang, I. (2009). *Being in the same boat: an empowerment intervention in breast cancer self-help groups*. Bergen: Research Centre for Health Promotion, Faculty of Psychology, University of Bergen.
- Statistisk Sentral Byrå (2012). *Innvandring og innvandrere*. Lokalisert 30.1.2013 på: <http://www.ssb.no/innvandring/> på SSB.
- Sørensen, M. og Graff-Iversen, S. (2001). *Hvordan stimulere til helsefremmende atferd?* I: Tidsskrift for Den norske legeforening nr 6. Oslo: Den norske legeforening.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Viken, B. og Kumar, B. N. (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wahl, O. F. (1999). *Telling is risky business*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Walseth, L. T. og Malterud, K. (2004). *Salutogene og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv*. I: Tidsskrift for den norske legeforening. Nr.1, 124:65-66
- Wasim, K. R. (2003). *Psykisk helse tabu blant innvandrere*. Lokalisert 13.1.2013 på: <http://www.aftenposten.no/helse/article645495.ece> På Aftenposten.
- World Health Organization (2000). *The World Health Report*. Lokalisert 27.5.2012 på: www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
- World Health Organization (2013). *User empowerment in mental health - a statement by the WHO Regional Office for Europe*. Lokalisert 14.3.2013 på: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2010/user-empowerment-in-mental-health-a-statement-by-the-who-regional-office-for-europe>

VEDLEGG NUMMER 1



Høgskolen i Hedmark

Informasjon og forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet.

Et kvalitativt forskningsprosjekt om holdninger til psykisk helse blant ikke-vestlige innvandrere

Jeg studerer til master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark, og er nå i gang med min masteroppgave. I den forbindelse er jeg interessert i å undersøke hvordan ikke-vestlige innvandrere ser på det å ha psykisk lidelse. Hensikten med studien er å undersøke hvor fremtredende åpenhet/lukkethet om psykiske lidelser er blant ikke-vestlige innvandrere, og hvordan vi kan bidra for å normalisere/alminneliggjøre psykiske lidelser i innvandrer miljøer. For å få innsikt i temaet psykisk helse blant innvandrere av ikke-vestlig bakgrunn, vil det være viktig å samtale med personer som har kulturspesifikk kunnskap om temaet.

Prosjektets metode er individuelt intervju. Samtalen vil bli tatt opp på bånd for videre bearbeiding/analyse.

Temaene som jeg ønsker å snakke om er: Hvilke erfaringer har informantene om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser? Er det åpenhet/lukkethet om psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere? Hvilket arbeid må gjøres for normalisering/alminneliggjøring av psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere? Hvis du har anledning kan du bruke disse til å forberede deg til samtalen.

Hvis du etter å ha lest denne informasjonen ønsker å delta, ber jeg deg skrive under vedlagte samtykkeerklæring. Dine rettigheter som deltaker i undersøkelsen er:

- ✓ Alle opplysninger du gir blir anonymisert.
- ✓ Ingen opplysninger om deg vil bli gitt til andre. Heller ingen informasjon om personer du nevner vil bli gitt til andre, og de vil bli anonymisert på lik linje som deg som deltaker.
- ✓ Deltakelsen er frivillig, og du kan trekke deg før, eller i løpet av, prosjektperioden uten begrunnelse.
- ✓ Alt datamateriale vil bli oppbevart trygt og slettet etter prosjektets slutt (sept. 2013).

Avdeling for folkehelsefag, Høgskolen i Hedmark, er ansvarlig forskningsinstitusjon, og de som inngår i prosjektet er:

Forskningsansvarlig og veileder: 1. amanuensis Inger Helen Solheim, sosialantropolog

Veileder: Professor Jan Kåre Hummelvoll, psykiatrisk sykepleier

Masterstudent: Yasmin Therese Walås, psykiatrisk sykepleier

Hvis du har spørsmål om undersøkelsen, kan du kontakte Masterstudent Yasmin Therese Walås. Telefonnummer: 419 25 297, mellom kl. 09.00 – 15.00 frem til prosjektets slutt.

Med hilsen Masterstudent og Psykiatrisk sykepleier Yasmin Therese Walås



Høgskolen i **Hedmark**

Samtykkeerklæring

Jeg bekrefter herved å ha fått skriftlig informasjon om prosjektet, samt blitt informert om mine rettigheter i forbindelse med forskningsprosjektet, og jeg ønsker å delta i prosjektet.

Dato:

Informant

Masterstudent

VEDLEGG NUMMER 2

Hvilke erfaringer har informantene om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser?

- ✓ Hva er din oppfatning av psykiske lidelser?
- ✓ Hvilke erfaringer har du med innvandrere og psykiske lidelser?
- ✓ Hvordan opplever du innvandrernes syn på psykiske lidelser?
- ✓ Hvordan vil du vurdere kunnskapsnivået rundt psykisk helse blant innvandrere?
- ✓ Hvordan omtales psykiske lidelser og problemer blant innvandrere?

Er det åpenhet/lukkethet om psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere?

- ✓ Er det åpenhet/lukkethet rundt psykisk helse? Hvordan kommer dette til uttrykk?
- ✓ Er det psykiske problemer (eventuelt lidelser) som er mer akseptable å ha/snakke om enn andre? Er det lidelser som er særlig tabubelagte? Evt. Hvilke og hvorfor?
- ✓ Vil du si at innvandrere med psykiske problemer opplever stigmatisering? Hvor skjer dette? På hvilken måte kommer dette til uttrykk? Skjer det ofte?
- ✓ Hva kan årsakene være til åpenhet/mangel på åpenhet rundt tema psykiske lidelser?
- ✓ Kan det være forskjeller om åpenhet/mangel på åpenhet rundt tema psykiske lidelser avhengig av forskjellig kulturtilhørighet?
- ✓ Hva er etter din mening de viktigste hindringene for åpenhet og alminneliggjøring av psykiske funksjonshindringer/lidelser?

Hvilket arbeid må gjøres for normalisering/alminneliggjøring av psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere?

- ✓ Hvordan arbeider din organisasjon med å skape åpenhet? Konkrete tiltak.
- ✓ Hva kan helsepersonell gjøre for å skape mer åpenhet rundt psykisk helse i de miljøene du kjenner?
- ✓ Hvem bør helsearbeidere helst etablere kontakt med for å nå frem med eventuelle holdningsendringer?
- ✓ Hvordan bør man arbeide med familien til mennesker med psykiske funksjonshindringer/ lidelser?