



Dekia Suleyman Jama

Tilrettelegging og likeverdig psykisk helsetilbud

En kvalitativ studie om sosialarbeideres erfaringer i møte med etniske minoriteter i psykisk helsevern

Masteroppgave i Sosialt arbeid

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for samfunnsvitenskap

Forord

En krevende og lang tid med masteroppgave er nå over. Jeg har skrevet en masteroppgave om et tema jeg lenge har vært interessert i. Masteroppgaven har gitt meg mulighet til å gå i dybden av et tema jeg både har hatt personlig og faglig interesse for.

Jeg vil benytte anledningen til å takke min veileder Marianne Rugkåsa. Du har gitt meg tilbakemeldinger, gitt meg tips og delt din kunnskap og refleksjon med meg gjennom hele prosessen. Jeg har vært svært heldig som har hatt deg som min veileder.

En spesiell takk til hver og en av informantene i studien. Dere har virkelig delt med meg deres tanker og erfaringer rundt dette temaet. Deres åpenhet, refleksjoner og kunnskap har gjort prosjektet mulig å gjennomføre.

Sist men ikke minst vil jeg takke familie og venner som jeg har til tider delt min frustrasjon med. Takk for deres tålmodighet og innspill i denne prosessen!

Oslo, 14.05.21

Dekia Suleyman Jama

Sammendrag

I alt arbeid med mennesker er det viktig at mennesker bli møtt med respekt og likeverdighet. I denne masteroppgaven undersøker jeg hvordan psykisk helsevern møter og tilrettelegger for etniske minoriteter. Jeg har lenge vært interessert i hvordan norsk psykisk helsevern møter pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn, og dette har gjort til at jeg har skrevet en masteroppgave om det. Gjennom sosialarbeidernes opplevelser og erfaringer, får vi innblikk i utfordringene de møter på i akuttpsykiatrien, men også deres tanker rundt tilrettelagte tjenester. Prosjektets empiriske datamateriale bygger på kvalitativ forskningsmetode, og jeg har intervjuet fire sosialarbeidere og en sykepleier. Til tross for noen forskjeller i profesjonsbakgrunn, deler informantene mye av de samme erfaringene og synspunktene når det kommer til arbeid med etniske minoriteter. Det er imidlertid gjennom sosialarbeidernes skildringer at vi får innsikt i det sosialfaglige, deriblant sammenhengen mellom sosiale problemer og psykisk helse. Et viktig moment man bør inkludere i forståelsen av innvandreres psykiske helse.

Hovedfunnene fra prosjektet viser at relasjonsarbeid er helt essensielt for å forstå og møte pasienter og pårørende med innvandrerbakgrunn på en god måte. Sosialarbeiderne mener betydningsfulle møter er møter mellom mennesker hvor respekt, anerkjennelse og likeverd bæres inn og settes lys på. I møte med mennesker med minoritetsbakgrunn sier flere av sosialarbeiderne at det er behov for ytterlig kunnskap hos ansatte for å få bedre tilpassede psykiske helsetjenester til innvandrere. Det etniske mangfoldet i befolkningen stiller tjenesteapparatet overfor nye utfordringer, utfordringer som til dels krever kompetanse og tilnærminger enn de man kanskje har vært vant til. Utfordringene informantene snakker om dreier retning mot manglende forståelse for psykisk helse, språkbarrierer og tabuet som hindrer folk fra å oppsøke hjelp. Det empiriske materialet viser også at sosialarbeidere og andre profesjonsutøvere ikke bare må ha oppmerksomhet på andres kulturer, men også mot egen kultur for å kunne bli kjent med menneskers tradisjoner, verdier og normer.

Informantene tar opp kulturkompetanse som viktig i arbeidet med minoriteter.

Kulturkompetanse blir med andre ord sett på som en forutsetning for individuell tilnærming og tilrettelegging med respekt for forskjeller. I tillegg til kulturkompetanse blir tolk og individtilpasset tilbud sett på som sentralt for tilrettelegging og likeverdige tjenester til denne gruppen.

Nøkkelord: etniske minoriteter, psykisk helse, psykisk helsevern og tilrettelegging.

Abstract

In all work with people, it is important that people are met with respect and equality. In this master thesis, I seek to understand how mental health care meets and facilitates ethnic minorities. I have been wanted to see how Norwegian mental healthcare meets patients and relatives with a minority background, and this has led me to write a master thesis about it. Through the social workers' experiences, we gain insight into the challenges they face in acute psychiatry, but also their thoughts on adapted services. The project's empirical material is based on a qualitative research method, where I have interviewed four social workers and one nurse. Despite some differences in professional background, the informants share much of the same experiences when it comes to working with ethnic minorities. It is while through the social workers' descriptions that we get into the social work, including the connection between social problems and mental health. An important point we should include in the understanding of immigrants' mental health.

The main findings from the project show that relation work is essential for understanding and meeting patients and relatives with immigrant backgrounds. The social workers believe that meetings should be built on respect, recognition, and equality. In meetings with people with ethnic minority backgrounds, several of the social workers said that there is a need for additional knowledge among employees to better adapt mental health services for immigrants. The ethnic diversity of the population poses new challenges for the service apparatus, challenges that in some cases require competence and approaches than that one may have been accustomed to. The challenges the informants are talking about turn towards a lack of understanding of mental health, language barriers and the taboo that prevents people from seeking help. The empirical material also shows that social workers and other professionals must not only pay attention to other people's cultures, but also to their own culture in order to get to know people's traditions, values ,and norms. They address cultural competence as important in the work with ethnic minorities. In other words, cultural competence is seen as a prerequisite for individual approach and facilitation with respect for differences. In addition to cultural competence, interpreters and individualized services are seen as central to facilitation and equal services for this group.

Keywords: ethnic minorities, mental health, mental healthcare and facilitation.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
Kapittel: 1 Innledning	8
1.1 Oppgavens problemstilling	9
1.2 Avgrensning	10
1.3 Prosjektets relevans for sosialt arbeid	10
1.4 Redegjørelse for sentrale begreper	11
1.4.1 Etnisk minoritet	11
1.4.2 Psykisk helse	11
1.4.3 Tilrettelegging av bruk av psykiske helsetjenester	11
1.4.4 Psykisk helsevern	12
1.5 Oppgavens oppbygning	12
Kapittel 2: Bakgrunnsteppe for oppgaven	13
2.1 Innvandrerbefolkningen i Norge	13
2.2 Tidligere forskning om psykisk helse og psykisk helsevern	13
2.3 Psykisk helse blant innvandrere	16
2.4 Innvandreres bruk av psykiske helsetjenester	17
Kapittel 3: Teoretiske perspektiver	19
3.1 Relasjonskompetanse	19
3.1.1 Anerkjennelse	19
3.1.2 Likeverdighet og respekt	20
3.2 Kultur	21
3.2.1 Kulturkompetanse	22
3.3 Stigmatisering	23
3.3.1 Stigmatisering i minoritetsmiljøer	25
3.4 Makt, avmakt og psykisk helse	26
3.5 Helhetsperspektivet i sosialt arbeid	28
Kapittel 4: Metodisk fremgangsmåte	31
4.1 Kvalitativ metode	31
4.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming	32
4.3 Forforståelse	32
4.4 Rekrutering og utvalg	34
4.5 Intervjuguide	35
4.6 Gjennomføring av intervju	36

4.7	Transkribering	37
4.8	Analyse	38
4.8.1	Tematisk analyse	39
4.9	Overførbarhet	40
4.10	Reliabilitet og validitet	40
4.11	Forskningsetiske overveielser	41
4.11.1	Konfidensialitet.....	42
4.11.2	Informert samtykke.....	43
4.11.3	Konsekvenser av deltakelse i mitt forskningsprosjekt.....	43
Kapittel 5: Presentasjon og analyse av empiriske data.....		45
5.1	Tilrettelegging	45
5.1.1	Tolk.....	46
5.1.2	Individuelt tilpasset tilbud.....	48
5.1.3	Kunnskap og kompetanse	50
5.2	Likeverdighet	52
5.2.1	Like tjenester er ikke det samme som å gi likeverdige tjenester	52
5.2.2	Diskriminering og forskjellsbehandling	54
5.2.3	Generalisering og kategorisering	55
5.3	I møte med pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn.....	57
5.3.1	Ulike kunnskapssyn på psykisk helse utfordrer	57
5.3.2	Tabu.....	59
Kapittel 6: Drøfting		61
Det store tabuet og en kamp mot stigma		61
«Vi har enkelte ganger ulike kunnskap om psykisk helse»		64
Språk og kommunikasjon.....		65
Barn som pårørende		66
Se hele meg er du snill!		68
Relasjonens betydning		69
Tilrettelegging gjennom tolk.....		70
Psykisk helsevern må bli mer kulturkompetent.....		72
Hvorfor snakker vi ikke om diskriminering?		74
Sosionomenes bidrag i spesialhelsetjenesten		76
Kapittel 7: Avslutning.....		77
7.1	Forslag til videre forskning.....	78
Litteraturliste.....		79
Vedlegg 1.....		85

Vedlegg 2	87
Vedlegg 3	90

Kapittel: 1 Innledning

Innvandrerbefolkningen i Norge er nær 800 000 personer, noe som tilsvarer 14,7 prosent av befolkningen (SSB, 2020). Den norske innvandrerbefolkningen kommer fra ulike deler av verden, og i økende grad har dette bidratt til at Norge har blitt et mangfoldig samfunn. Mange har forlatt det som en gang var kjent og har mistet sin tilhørighet for å skape en bedre fremtid for seg og sine. Den norske befolkningens helse er god, men helsetilstanden er ulikt fordelt mellom grupper i befolkningen (Kumar & Viken, 2010, s. 46). Flere studier viser at innvandrernes helsetilstand sammenlignet med majoritetsbefolkningen, er noe dårligere. Forskjellene har ofte en sammenheng med sosioøkonomiske og demografiske forhold (Kumar og Viken, 2010, s. 47). Store helseforskjeller mellom folkegrupper i Norge er viktig å prioritere og det bør dermed rettes innsats for å utvikle gode helsetjenester og tilbud til grupper som trenger det.

En rapport av Folkehelseinstituttet (2019, s. 63) om «*Helse blant innvandrere i Norge*» viser at andelen som rapporterte psykiske plager, var høyere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig. Rådet for psykisk helse (2007, s. 3) sier at den høye forekomsten av psykiske plager blant innvandrere bør synliggjøre at helsetjenestene må jobbe bedre for å nå ut til de som har behov for tjenestene. At Norge i økende grad har blitt et mangfoldig samfunn som følge av innvandring, har også skapt nye utfordringer for helsetjenestene. De som møter disse utfordringene, er blant annet de med sosial- og helsefaglig utdanning. Utfordringene kan blant annet dreie seg om ulik helseforståelse mellom profesjonsutøver og minoritetspasient. I mange tilfeller har også pasienter med innvandrerbakgrunn gjerne behov for tilpasning og tilrettelegging for at de skal få de samme mulighetene som majoritetsbefolkningen. For eksempel tilrettelegging i form av tolk. Det blir da vesentlig for flere profesjonsutøvere å ha kunnskap og kompetanse om hva som bidrar til likeverdige helsetjenester.

I denne masteroppgaven ønsker jeg å se nærmere på hvordan psykisk helsevern møter og tilrettelegger for pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn. Hvis det er slik at deler av befolkningen rapporterer om store psykiske helseplager, synes jeg det er viktig å synliggjøre denne gruppen slik at de får den hjelpen de trenger. Forhåpentligvis vil jeg med denne oppgaven bidra til en bevisstgjøring rundt hvor viktig det er at ulike grupper får likeverdige tjenester uavhengig av deres kulturelle bakgrunn. Det krever helt klart at profesjonsutøvere har kompetanse og at de gjør seg bevisst om at et menneske alltid er mer enn dets kulturelle eller etniske identitet. Er man opptatt av at psykiske helsetilstanden til

denne befolkningen skal bli bedre, bør vi forme tjenester til gagn for alle. Det begynner med å se innvandrere med respekt, anerkjennelse og likeverdighet, og det forsetter med at en ser bakenforliggende faktorer på hvorfor etniske minoriteter opplever høyere forekomst av psykiske plager enn befolkningen for øvrig.

1.1 Oppgavens problemstilling

Som nevnt er det en større andel av innvandrerbefolkningen som rapporterer om psykiske plager, enn befolkningen for øvrig i Norge og dette har gjort meg nysgjerrig på hvordan spesialhelsetjenesten møter gruppen når de først oppsøker hjelp, eller blir henvist på grunn av sine psykiske plager. På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan vi fra et sosialfaglig ståsted møte og tilrettelegge for etniske minoriteter i psykisk helsevern?

Når det gjelder psykiske plager blant innvandrere er det sentralt at psykisk helsevern har kompetanse i, og er beredt på å yte tilpasset, likeverdige tjenester til gruppen. Med utgangspunkt i dette er det behov for ytterlig kunnskap hos sosialarbeidere og andre profesjoner, for å bedre tilpasse psykiske helsetjenester til etniske minoriteter. Norge i dag beskrives som et flerkulturelt samfunn, og dette har gjort at stadig flere yrkesgrupper har måttet utviklet flerkulturell kompetanse (Thorbjørnsrud, 2019, s. 211). Min interesse for flerkulturelt arbeid kommer av at jeg er fra et ikke-vestlig land, hvor jeg har erfart og fått kjennskap til at psykisk uhelse er tabu i mange minoritetsmiljøer. Videre springer min interesse for psykisk helse og etniske minoriteter, ut fra at jeg kjenner til hvor begrenset begrepsapparat, knyttet til begreper brukt om psykiske lidelser er hos enkelte innvandrergrupper. Dette skaper utfordringer når minoriteter og samfunnets tjenester møtes. I denne oppgaven er jeg ikke opptatt av diagnoser, men det er interessant hvordan noen termer ikke finnes i enkelte språk og hvordan dette speiler ulik forståelse av psykisk helse. Begrepene «psykisk helse», «sykdom» og «behandling» brukes vanligvis uten å bli problematisert, fordi de som regel ses som entydige begreper og betegner fenomener vi alle gjerne er enige om hva er (Hjelde, 2013, s. 172). Likevel er det sjeldent at studier av innvandrere og psykisk helse problematiserer at profesjonsutøver og minoritetspasient kan ha ulike forståelser av hva disse begrepene omfatter og inneholder. Dette er noe jeg trekker frem i min oppgave.

1.2 Avgrensning

Min oppgave tar hovedsakelig utgangspunkt i akuttpsykiatrien, hvor det gis øyeblikkelig hjelp. Jeg fokuserer ikke på ulike typer kliniske diagnoser og symptomer, men jeg er i denne oppgaven ute etter informantenes erfaringer i møte med etniske minoriteter, deres tanker om hvordan norsk psykisk helsevern kan møte og tilrettelegge for målgruppen. Det må presiseres at oppgaven belyser sosialarbeideres erfaringer med flerkulturelt arbeid i psykiatrien, og det er hovedsakelig det de uttrykker jeg tar utgangspunkt i. I en tidlig fase var jeg oppmerksom på at når jeg avgrenset oppgaven til å omhandle sosialarbeidernes erfaringer og møter, utelukket jeg faktisk hvordan innvandrere selv opplever når de er i kontakt med spesialhelsetjenesten. Om de blant annet føler at helsesystemet er flinke til å tilrettelegge og møte gruppen på en likeverdig måte, eller om de føler seg misforstått og lite ivaretatt. At jeg hovedsakelig legger min oppmerksomhet på sosialarbeideres erfaringer, bidrar likevel til at det mer omfatter sosialt arbeids innsats i psykiatrien. Jeg får frem sosialarbeidernes bidrag i spesialhelsetjenesten og i arbeid med pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn.

Ser man på oppgavens problemstilling, kunne det vært nærliggende å gå mer i dybden av hva spesialhelsetjenesten trenger for å møte behovene til etniske minoriteter. Hvilken kunnskap, kursing og kompetanse de ønsker for å møte familier med annen bakgrunn enn «den norske». Det kunne også vært interessant å gå mer i dybden av språkutfordringer og ulike forståelse av et fenomen slik som «psykisk helse», ettersom ulike kulturer har ulike uttrykk.

1.3 Prosjektets relevans for sosialt arbeid

Prosjektet har relevans for sosialt arbeid, fordi det ofte er sammenheng mellom psykiske og sosiale problemer. Å skape forståelse av hvordan et menneske er preget av ulike forhold, ligger til grunn for de fleste sosial- og helsefaglige utdanninger (Holt, 2019, s. 35). Det er svært viktig at en skaffer seg et bilde av pasientens helhetlige livssituasjon, for å hjelpe personen til økt livskvalitet. Irene Levin omtaler denne forståelsen som «person i situasjon» (2004, s. 15). «Personen i situasjonen» tar opp spenningsfeltet og forholdet mellom individ og samfunn. På mange måter ser det ut som betegnelsen er et uttrykk for helhetsperspektivet i sosialt arbeid, da den muliggjør for å kartlegge og vurdere hver enkelt individs behov. En ser sammenhengen mellom individ og samfunn, for å kunne få et helhetlig bilde av situasjonen. Som sosialarbeidere kan man bidra med å se forhold mellom psykisk helse og uhelse som både knyttet til individ og samfunn. Sosialarbeidere kan gjennom et sosialfaglig perspektiv si noe om hvorfor noen grupper opplever psykiske plager, enn andre. Ifølge yrkesetiske

grunnlagsdokumentet er det viktig at sosialarbeidere har et ansvar for at forhold som skaper sosiale problemer og bidrar til sosial utstøtning eller uverdige livsvilkår, skal få samfunnsmessig oppmerksomhet (FO, 2019, s. 12). Dette innebærer følgelig at det bør rettes mer oppmerksomhet på psykisk helse blant innvandrere. Rådet for psykisk helse (2007, s. 10) sier at til tross for at innvandrerbefolkningen utgjør en betydelig del av innbyggerne i Norge, er det gjort lite forskning på psykiske helsen til denne gruppen.

1.4 Redegjørelse for sentrale begreper

1.4.1 Etnisk minoritet

Begrepet etnisk minoritet er ifølge Eriksen og Sajjad (2020, s. 77) definert som en gruppe som er i mindretall i et storsamfunn, en gruppe som er politisk relativt avmektige, og som eksisterer som etnisk kategori over en viss tidsperiode. I denne oppgaven bruker jeg begrepet etnisk minoritet. Når jeg referer til etniske minoriteter, er det innvandrere og flyktninger fra ikke-vestlige land jeg hovedsakelig snakker om.

1.4.2 Psykisk helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver hva psykisk helse er, og definerer det som: «en tilstand av velvære der individer kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stresssituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har muligheter til å bidra overfor andre og i samfunnet» (NAKU, 2020).

1.4.3 Tilrettelegging av bruk av psykiske helsetjenester

OECD (The Organisation for Economic Co-operation and Development) har vurdert de psykiske helsetjenestene i Norge, og konkludert med at Norge gjennomgående har godt tilrettelagte tjenester, men at det fortsatt er muligheter for forbedringer (Helsedirektoratet, 2015, s. 10). Behovet for tilrettelagte helsetjenester har blant annet sammenheng med at det er flere med innvandrerbakgrunn som trenger hjelp fra hjelpesystemet. Ifølge Hjelde (2013, s. 181) er det norske systemet ikke lett å gjenkjenne som et hjelpesystem for mange psykisk syke med innvandrerbakgrunn, og dette kan bli en hindring i tilgangen til og bruken av psykisk helsevern.

1.4.4 Psykisk helsevern

Med psykisk helsevern menes spesialhelsetjenesten, de som først og fremst gir behandling (Lauveng, 2020, s. 86). Spesialhelsetjenestens behandlinger er som regel avgrenset i tid og omfang, pasientene som blir henvist til spesialhelsetjenesten, får behandling og blir utskrevet (Lauveng, 2020, s. 86). De har en rekke avdelinger og tilbud til pasientene, både døgnavdelinger og polikliniske tilbud.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er inndelt i syv kapitler. Innledningsvis starter kapittel med oppgavens bakgrunn for valg av tema, oppgavens problemstilling, avgrensning, prosjektets sosialfaglige relevans samt redegjørelse for sentrale begreper. I kapittel to presenterer jeg bakgrunnsteppe for oppgaven og tidligere forskning som gir innblikk i nasjonal og internasjonal forskning om innvandreres psykiske helse. Jeg redegjøre også kort for hvem innvandrere er i Norge, og deres bruk av psykiske helsetjenester. Teoretiske perspektiver som har relevans for oppgavens problemstilling presenteres i kapittel tre. Kapittel fire omhandler metodisk fremgangsmåte og etiske overveielser, og i kapittel fem presenterer jeg resultater av analysen. I kapittel seks vil jeg drøfte resultatene fra forrige kapittel og diskutere disse med utgangspunkt i utvalgt teori og tidligere forskning. I oppgavens siste kapittel, kapittel syv avslutter og konkluderer jeg masteroppgaven.

Kapittel 2: Bakgrunnsteppe for oppgaven

I dette kapitlet vil jeg presentere forskning som er gjort på feltet som min oppgave tar utgangspunkt i. Jeg har gjennom et litteratursøk søkt på søkeord som hatt relevans for min oppgave: «psykisk helse» + «etniske minoriteter», «psykisk helsevern», «innvandrere», «tilrettelegging», «sosialfaglig arbeid». Når søket hovedsakelig ble avgrenset til å inkludere «tilrettelegging», viste det seg at det er lite forskning gjort om hvordan man kan tilrettelegge og møte etniske minoriteter innen psykisk helsevern. Jeg brukte søketjenestene Oria, Google Scholar og Idunn. Det eksisterer noe nasjonale og internasjonale forskning rettet mot innvandreres psykiske helse, men likevel relativt lite. I dette kapitlet viser jeg noe til tidligere forskning gjort internasjonalt, men først og fremst til nasjonal forskning.

2.1 Innvandrerbefolkningen i Norge

Statistisk sentralbyrås definisjon av innvandrere er personer som har innvandret i Norge og som er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utlandsfødte besteforeldre (SSB, 2017). I Norge er innvandrere en svært sammensatt gruppe med bakgrunn fra mange forskjellige land. Vi finner personer som har bodd i Norge lenge, men vi finner også personer med kort botid i Norge som enten har kommet hit som flyktninger, arbeidsinnvandrere eller via familiegjennforening (Berg & Ask, 2011, s.14). Noen har bodd her i flere generasjoner, mens andre er nykommere. Med andre ord er innvandrerbefolkningen i Norge en svært heterogen gruppe. Denne heterogeniteten gjør det vanskelig å snakke om innvandrerbefolkningen som én kategori (Berg & Ask, 2011, s. 14). Det har vært vanlig å skille innvandrere i vestlig og ikke-vestlig bakgrunn, men denne todelingen har Statistisk sentralbyrå (2008) valgt å gå bort ifra, da de heller har valgt å bruke gruppering etter verdensdeler eller opprinnelsesland. Jeg har valgt noen steder i oppgaven å bruke begrepet ikke-vestlige innvandrere. Med ikke-vestlige innvandrere mener jeg det SSB kategoriserer som land fra Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania utenom Australia og New Zealand og Europa utenom EU/EØS (SSB, 2008).

2.2 Tidligere forskning om psykisk helse og psykisk helsevern

Psykiske lidelser utgjør noen av de mest alvorligste helseproblemene i verden og plasseres ofte blant de ledende årsakene til helseproblemer og nedsatt funksjonsevne på verdensbasis (Stang & Sveaass, 2016, s. 130). Verdens helseorganisasjon (WHO) har pekt på at psykiske lidelser vil være den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige verden i 2020

(Helsedirektoratet, 2015, s. 15). I rapporten *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* sier Helsedirektoratet at det vil være av stor betydning å redusere forekomsten av psykiske lidelser for å sikre at mennesker får bedre livskvalitet, men også for å redusere totalbelastningen for samfunnet de kommende årene (2015, s. 15). I Norge anses psykiske lidelser for å være blant de største folkehelseproblemene (Stang & Sveaass, 2016, s. 130). I ethvert samfunn hvor det finnes mennesker som erfarer psykiske helseproblemer er det viktig med et felt som har kunnskap og forståelse for psykisk helse og som kan gi tjenester til målgruppen. Dette vil ofte være psykisk helsevern. Psykisk helsevern har som sin viktigste oppgave å tilby psykisk helsehjelp til mennesker som trenger det, både barn, unge og voksne (Stang & Sveaass, 2016, s. 131). De har arbeidsmetoder og målsettinger for hvordan en skal møte eller ha kontakt med mennesker som har behov for psykisk helsehjelp. Å møte mennesker som søker hjelp innenfor rammene for psykisk helsehjelp, krever kunnskap om hvordan man kan møte disse menneskene på en god måte. Samtidig krever det å vite hvordan man kan tilrettelegge for at pasienter får et godt behandlingsforløp.

Historisk sett har praksiser i møte med mennesker som mottar tjenester fra feltet psykisk helse lenge vært omdiskutert, helt tilbake til perioden 1600- og 1800- tallet, hvor et psykiatriske perspektiv tok form (Karlsson & Borg, 2013, s. 19). I siste del av 1800-tallet ble psykisk helse en sentral del av kunnskapsgrunnlaget i den submedisinske disiplinen psykiatri (Karlsson & Borg, 2013, s. 19). Psykiatrien hadde i lengre periode bidratt til fokus rettet mot institusjonalisering og medisinerer, og i senere tid har samfunnsmessige og faglige endringer medført til nytt syn på behandling og samarbeid i psykisk helsearbeid. Den samfunnsvitenskapelige interessen for psykisk lidelser og psykiatri ble særlig stor i perioden fra 1950- til 1970-årene, både internasjonalt og i Norge (Norvoll, 2013, s. 14). Et mer samfunnsvitenskapelig perspektiv muliggjorde at man la større vekt på andre forhold enn bare medisinerer. De la for eksempel vekt på at hva som beskrives som galskap var avhengig normalitetsoppfatninger og avvik i samfunnet. Ethvert samfunn har til ulike tider fastsatt regler for hva som kan omtales som normalt og avvik (Karlsson & Borg, 2013, s. 24). Det er fremdeles samfunnet som definerer i dag hva som er avvik eller normalt. Dette er viktig å få frem, og hvordan ulike praksiser svært ofte kan behandle «de gale» med problematiske og inhumane praksiser. Slike praksiser kan ifølge Karlsson og Borg være knyttet til tidligere historie innen psykisk helse og psykiatri, da det var med å eksemplifisere dehumaniserende

praksiser (2013, s. 25). I senere tid har det derfor vært av stor betydning å ha fokus på verdighet, respekt og integritet.

Den samfunnsvitenskapelige forskningen på psykisk helse og psykiske helsetjenester beskriver ikke bare psykisk helse som privat erfaring, men at det også inngår i en sosial og kulturell sammenheng. Når samfunnsvitenskapene snakker om psykisk helse retter de gjerne et søkelys mot grupper av individer eller mønstre ved sosiale forhold (Norvoll, 2013, s. 15). I likhet med andre vitenskapelige fag tar samfunnsvitenskapene opp hvordan psykiske helseproblemer kan føre til stigmatisering, diskriminering og stereotype forestillinger av pasienter. Et samfunnsmessig og sosialt perspektiv på psykisk helse ble spesielt tydeliggjort i *Opptrappingsplanen*.

Allerede i 1997 erkjente et samlet Storting at det trengs et arbeid som fremmer psykisk helse samt forebygging og behandling av psykiske lidelser (Andersen, 2018, s. 14). I perioden 1998-2008 pågikk det omfattende reform innenfor psykisk helsevern i Norge, og reformen startet med Stortingsmelding 25 (1996/97) *Åpenhet og helhet*, og som en konsekvens av Stortingsmeldingen kom Opptrappingsplanen i 1998 (Karlsson & Borg, 2013, s. 20). Siden tjenestene var fragmenterte, lite tilgjengelige og sterk forankret i utdaterte kunnskapstradisjoner, iverksette de *Opptrappingsplanen* med mål om å utvikle tjenester basert på brukerens behov og medvirkning. En annen sentral målsetting var en målbar visjon om endringer i kultur, verdier og holdninger i tjenesteapparatet (Andersen, 2018, s. 14). Denne planen gjorde at man forstå mennesket på en langt mer utvidet måte enn hva den psykiatriske tradisjonen gjorde, ved å ha inn mer helhetstenkning. I de senere årene har Opptrappingsplanen for psykisk helse vært den viktigste drivkraften for utviklingen innen psykisk helse. Dette fordi Opptrappingsplanen var preget av mål om «åpenhet» og «helhet», det ville si at det både skulle arbeides for befolkningens forståelse av psykiske lidelser skulle forbedres, at stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser skulle reduseres, og at tjenestene skulle bli bedre samordnet på brukerens premisser (Ramsdal, 2013, s. 231). Opptrappingsplanen viser til at psykisk helsearbeid skal omfatte organisering av og innholdet i alle hjelpetiltak for å bedre pasientens psykiske helse (Karlsson & Borg, 2013, s. 29). For å kunne gjøre dette trengs det å gi samordnet, individuelt tilpasset hjelp. Mitt siktemål med å løfte frem opptrappingsplanen er å vise at intensjonene i opptrappingsplanen for psykisk helse fortsatt er sentralt i psykisk helsearbeid i dag, og arbeid med minoritetspasienter.

I Opptrappingsplanen kommer det følgende frem:

«En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendig hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. (...) Det er en særlig utfordring å utforme tjenestetilbud på en måte som også imøtekommer behovet hos etniske minoriteter». (St.prp. nr. 63,1997-1998, s. 2).

Sitatet tydeliggjør at opptrappingsplanen inviterer oss til å forstå mennesket, dets psykiske helse og betydningen av individtilpasset tilbud. I sitatet tydeliggjøres det også at det kan være utfordrende å utforme tilbud rettet mot etniske minoriteter. Det står ikke hva som gjør det utfordrende, noe som gjør det vanskeligere å finne ut av hvordan man kan tilrettelegge for at tjenester skal imøtekomme etniske minoriteters behov. Det kunne vært interessant å vite noen av utfordringene de står ovenfor, fordi på tross av utfordringer skal personer som erfarer psykisk uhelse ses som et helt menneske med egne ressurser og kompetanse i sin konkrete livssituasjon. Hvis ikke man tydeliggjør utfordringene kan det tenkes å bidra til sosial utstøtning og stigmatisering av grupper.

2.3 Psykisk helse blant innvandrere

Det rapporteres om flere tilfeller hvor forekomsten av psykiske plager er høyere hos innvandrere enn i befolkningen som helhet. Rådet for psykisk helse (2007, s. 3) hevder at mennesker med minoritetsbakgrunn som bor i Norge, er mer utsatt for psykiske plager og psykisk sykdom enn befolkningen for øvrig. Ujevne ulikheter i levekår og livsvilkår mellom innvandrerbefolkningen og majoritetsbefolkningen er noe Rådet for psykisk helse mener kan være årsaken (2007, s. 3). Selv om levekår kan ses i sammenheng med psykiske plager, kan det også være andre årsaker til hvorfor folk opplever psykiske plager.

Folkehelseinstituttet har funnet funn som indikerer at det var en høyere andel som hadde psykiske plager blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig, basert på tall fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse blant innvandrere i 2016 (FHI, 2019, s. 63). Undersøkelsen omfattet innvandrere fra tolv ulike land (FHI, 2019, s. 142). Innvandrere med vestlige bakgrunn var ikke inkludert i denne undersøkelsen, det vil si at undersøkelsen i all hovedsak fokuserte på innvandrere fra ikke-vestlige land. I denne rapporten var det ingen klar sammenheng mellom psykiske plager og botid, men oddsen for å rapportere psykiske plager

var høyest blant de eldste aldersgruppene. De poengterer videre at det er verdt å merke seg at i innvandrergupper der en høy andel rapporterte å ha opplevd diskriminering, var det også høy andel med psykiske problemer (FHI, 2019, s. 15). Ut ifra det som beskrives kan det se ut som det er en sammenheng mellom psykisk helse og opplevd diskriminering. Erfart diskriminering kan gi ulike psykiske helsereaksjoner som er viktig å fange opp (Holt, 2019, s. 81). Det er viktig å være oppmerksom på hva som fører til at mennesker står i fare til å bli utsatt for direkte og indirekte diskriminering, ettersom det kan ha alvorlige konsekvenser for ens psykisk helse og livskvalitet. En undersøkelse av Melanie Straiton, Arild Aambø og Rune Johansen (2019, s. 1) viser at etnisk diskriminering er en relativ vanlig opplevelse blant innvandrere og etniske minoriteter, og at opplevelsen av diskriminering kan ha skadelige effekter på individets helse og velvære. Denne studien undersøkte sammenhengen mellom opplevd diskriminering og mental helse blant innvandrere i Norge, og de understreket at disse forholdene var nært forbundet med hverandre. Samlet sett rapporterte 27% av deltakerne i denne studien at de hadde opplevd diskriminering på grunn av sin innvandrerbakgrunn det siste året (Straiton et al., 2019, s. 11). Dette økte sjansen for å få psykiske helseproblemer, på grunn av deres innvandrerbakgrunn. Forskerne avsluttet med å si det krever mer langsgående forskning i Norge for å identifisere mekanismene mellom selvopplevd diskriminering og mental helse (Straiton et al., 2019, s. 11). For det er viktig å finne ut måter som kan mildne effekten, samt bekjempe selvopplevd diskriminering hos innvandrere, ettersom det påvirker deres psykiske helse.

2.4 Innvandreres bruk av psykiske helsetjenester

Slik det ble nevnt innledningsvis utgjør innvandrerbefolkningen i Norge i dag 14, 7% av befolkningen (SSB, 2020). Det betyr at det er viktig med kunnskap om innvandreres helseproblemer for å kunne møte og tilrettelegge tjenestene på en god måte. Den psykiske helsetilstanden hos ikke-vestlige innvandrere og deres bruk av psykiske helsetjenester er det imidlertid foretatt få undersøkelser på i Norge (Touraj & Bøgwald, 2008). En studie fra Nederland viser resultater som indikerer at bruken av spesialisthelsetjenester er lavere blant innvandrergupper enn majoritetsbefolkningen (Stronks et al., 2001, s. 701). Underbruken av spesialiserte helsetjenester var til stede blant de med lavere sosioøkonomisk status i Nederland. Underbruken av psykiske helsetjenester kan blant annet skyldes manglende kunnskap om hva man faktisk kan få hjelp med. Ifølge Rådet for psykisk helse (2007, s. 3) har mennesker med minoritetsbakgrunn dårligere muligheter for å få hjelp og behandling. Noe kan skyldes urimelige forskjeller som er resultater av strukturelle forhold i det norske

samfunnet generelt og i tjenesteapparatene (Rådet for psykisk helse, 2007, s. 3). De mener at helsetjenesten må bli bedre for å nå ut til de som har behov for tjenestene, og å sikre at de som har behov for hjelp får den hjelpen de har trenger og har krav på. De argumenterer for at fokuset må være at alle, uansett bakgrunn må få et likeverdig tilbud. Dette krever en erkjennelse av at likt tilbud ikke alltid i praksis er et likeverdig tilbud. Dette vil jeg diskutere nærmere i denne oppgaven.

Kapittel 3: Teoretiske perspektiver

Opgavens formål er å belyse hvordan man kan møte og tilrettelegge for etniske minoriteter innen psykisk helsevern. I dette kapitlet vil jeg derfor gjøre rede for noen teoretiske perspektiver, som kan bidra til å belyse min problemstilling, og som danner grunnlag for drøfting av denne. Det settes søkelys på relasjonskompetanse, kulturkompetanse, stigmatisering, makt og helhetsperspektivet i sosialt arbeid. Disse teoretiske perspektivene er valgt fordi jeg vurderer dem som nyttige med tanke på oppgavens tematikk og problemstilling, de er relevante for mye av det informantene snakker om.

3.1 Relasjonskompetanse

Relasjonskompetanse er et grunnlag for å utvikle gode relasjoner til mennesker. Relasjonskompetanse handler om de kunnskapene, ferdighetene og kapasitetene sosialarbeidere trenger for å etablere, vedlikeholde og reetablere kontakt mellom mennesker (Hansen & Solem 2017, s.37-38). Med denne kompetansen bruker sosialarbeideren seg selv som «redskap» for å tone seg inn og forstå pasienten. På den måten får profesjonsutøveren utforsket og utviklet ny innsikt i situasjonen som kan bidra til at ny mening skapes, som videre gir mulighet for endringer. Karin Holt (2019, s. 181) sier at en god relasjon er en sentral virksom faktor i bedringsarbeidet mellom hjelperen og pasienten. Derfor må det rettes oppmerksomhet på hvordan hjelperen faktisk kan skape gode relasjoner. Å skape god en relasjon handler om å møte den andre «der den andre er», hvilket vil si å høre etter hva den andre sier og formidler (Hansen & Solem, 2017, s. 182). Det er også viktig å spørre seg selv hva man faktisk gjør for å skape en god relasjon og kommunikasjon når pasienten og hjelperen har svært forskjellig bakgrunn (Holt, 2019, s. 182). Siden kommunikasjon og relasjonsbygging i stor grad er automatisk og ubevisst, bør profesjonsutøvere bevisstgjøre seg, hvordan deres tanker, følelser og holdninger påvirker møtet med pasienten. Er målet å bedre pasienters psykiske helse og livskvalitet er vi nødt til å stille spørsmålstegn ved, hva er det hjelperen trenger for å fremme god psykisk helse. Et første steg i den retningen kan være å tilegne seg relasjonskompetanse, fordi dette bidrar til å utvikle gode relasjoner til mennesker.

3.1.1 Anerkjennelse

Anerkjennelse er et grunnleggende menneskelig behov (Honneth, 2008 referert i Hansen & Solem, 2017, s. 91). Det bør settes søkelys på hvordan anerkjennelse foregår i relasjoner. En anerkjennende relasjon er en forutsetning for selvhevdelse, individualitet, tilknytning og

bekreftelse (Karlsson & Borg, 2013, s. 58). Anerkjennende relasjoner gir rom for å uttrykke «jeg ser deg». Genuin anerkjennelse kan bidra til at vedkommende opplever seg sett og bekreftet. Et eksempel på manglende anerkjennelse derimot er når man blir observert rent visuelt, men ikke virkelig sett som en person som har betydning og som fortjener respekt (Elstad & Norvoll, 2013, s. 142). Mennesker med psykiske helseproblemer kan oppleve seg oversett eller stigmatisert, noe som kan føre til at de kjemper for å oppnå anerkjennelse. Er en opptatt av å skape trygghet, tilhørighet, god psykisk helse og livskvalitet kan anerkjennende relasjon mellom profesjonsutøver og pasient være et utgangspunkt for å se og å bli sett. I studier av både psykoterapi og miljøterapi har anerkjennende kommunikasjon blitt identifisert som å være av sentral betydning (Elstad & Norvoll, 2013, s. 142). En anerkjennende kommunikasjon muliggjør at pasientens erfaringskompetanse anerkjennes på lik linje med profesjonell fagkompetanse. For det er pasienten som er ekspert på eget liv. Mennesker er anerkjennessøkende vesener, og føler ikke pasienter seg respektert, eller at verdiene og rettighetene deres ikke blir anerkjent, kan dette være med på å hindre god relasjon. Anerkjennelse kan derfor være en grunnstein i møte mellom mennesker innen psykisk helsevern.

3.1.2 Likeverdighet og respekt

Noe av det vesentlige for å oppnå god kontakt med pasienter, er å kjenne til hva som bidrar til gode og likeverdige dialoger. Er samhandlingen mellom hjelper og pasient grunnlagt på respekt og likeverd kan man komme ganske langt. De to som møtes bør ses som like verdige mennesker, det innebærer å forstå hverandre og anerkjenne. Samtidig er det viktig å fastslå at i psykisk helsearbeid kan det oppstå relasjoner som rommer både likeverd og skjevhet. Bengt Karlsson og Marit Borg (2013, s. 35) mener at for å kunne være til hjelp, må relasjonen etableres som et likeverdig subjekt-til-subjekt forhold. Kort sagt bør man tenke at pasienter er like mye verdt som mennesker som deg som er profesjonsutøver. Vi er like verdige som mennesker og har samme integritet og evne til å erkjenne og kommunisere. Forskjellen og skjevheten består bare i at de hjelpesøkende ofte er mer sårbar på ett eller flere områder, noe som vedkommende trenger hjelp til å håndtere, løse eller leve med (Karlsson & Borg, 2013, s. 35). Minst like viktig er det å møte mennesker med minoritetsbakgrunn på samme måte. Det vil si at man bør innta en åpen holdning og stille undrende spørsmål for å forstå, vise at man genuint respekterer andres liv og kultur, samtidig som man kan dele sine erfaringer og kompetanse. For at individer og familier fra etniske minoriteter skal kunne medvirke til bedre egen helse, er det viktig at helsepersonell er bevisst på sin makt og rolleutøvelse, og utvikler

ulike tilnæringsmetoder som bidrar til likeverdige prosesser og samtaler (Viken & Nesje, 2010, s. 231).

3.2 Kultur

I mine empiriske data kommer informantenes forståelse av kultur til uttrykk på forskjellige måter. Jeg ser det derfor som nødvendig å avklare hvordan jeg forstår og anvender begrepene kultur og kulturkompetanse i oppgaven. Ordet kultur stammer fra det latinske *colere*, som opprinnelig betydde å dyrke (Thorbjørnsrud, 2019, s. 222). Hva kultur er og hva det ikke er, finnes det ingen universell enighet om, fordi kultur kan defineres på mange måter. I oppgaven støtter jeg meg på Thomas Hylland Eriksen og Torunn Arntsen Sajjads definisjon av kultur, fordi de understreker at det er ingen skarpe grenser mellom kulturer, det er ikke nok å «kjenne en kultur» for å forstå hvorfor folk gjør som de gjør. Individuer er nemlig forskjellige, dermed er ikke kultur en håndbok om hvordan du skal forstå eller forholde deg til enhver tenkelig situasjon (Eriksen & Sajjad, 2020, s. 42).

«Kultur kan betraktes som en slags mental matrise for handling: summen av alle de erfaringer, kunnskaper og verdier vi bærer med oss, og som vi handler på grunnlag av» (Eriksen & Sajjad, 2020, s. 42).

Eriksen og Sajjad (2020, s. 38) bruker også definisjonen til å illustrere at kultur er tillært, og overføres fra generasjon til generasjon. Et viktig poeng i forståelsen av kulturer er at kulturer er dynamiske, og forandrer seg. Mange av de ferdighetene, reglene og kunnskapene hver enkelt av oss bruker daglig, har vi lært av forrige generasjonen, som lærte dem av sine foreldregenerasjoner, men at det også endrer seg med tiden på grunn av andre påvirkninger og impulser (Eriksen & Sajjad, 2020, s. 38). I oppgaven forholder jeg mest til at kultur kan betraktes som noe tillært, men også det som gjør kommunikasjon mulig (Eriksen & Sajjad, 2020, s. 45). Eriksen & Sajjad (2020, s. 45) påpeker at hvis man ser at kultur er det som gjør kommunikasjon mulig, blir det tydelig at kultur ikke kan være en ting, men heller noe som ligger mellom mennesker som møtes.

Det er aldri kulturer, men mennesker som møtes. Dette betyr imidlertid ikke at man skal undervurdere betydningen av kultur og kulturforskjeller i møte med mennesker. For kultur og kulturforskjeller kan ha en medvirkende årsak til kommunikasjonsproblemer og misforståelser. I psykiatrien kan kulturforståelse være nyttig for å undersøke hvorvidt kulturelle normer eller verdier har innvirkning på minoriteters forståelse av psykisk helse, og

kan være en ressurs i arbeid med både pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn. Videre er det svært viktig å vite at begrepet kultur ikke er forbeholdt etniske minoriteter. Både profesjonsutøvere og pasienter er bærere av kultur, og bringer kulturelle normer og verdier med seg inn i møter med hverandre (Viken & Magelssen, 2010, s. 60). Det kan være lett å glemme. I møte med etniske minoriteter er det en fordel å vite noe om ulike kulturer. Dersom denne type kunnskap blir brukt som en ressurs i samhandlingen mellom hjelper og pasient – i stedet for en oppskrift fordi man anser at alle mennesker som tilhører en gitt kultur er «like», er mye vunnet (Hanssen, 2019, s. 15-16). Setter vi søkelys på kultur og kulturkompetanse, kan det være en større sjanse for at vedkommende slipper å bli møtt som en representant for sin kultur, for mennesker er bare enkeltindivider på tross av hvor de kommer ifra.

3.2.1 Kulturkompetanse

Mange pasienter som tas inn i spesialhelsetjenesten har en kulturell og kontekstuell bakgrunn som skiller seg fra behandlerens bakgrunn. Pasientene kan være født og oppvokst i andre land enn Norge og dermed påvirket av helt andre kulturelle normer, verdier og tradisjoner enn de norske. For å lettere forstå og bidra til bedring hos pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn hevder mange at profesjonsutøvere trenger kulturkompetanse. Det viser seg likevel når man skal utøve kulturkompetanse, at et sentralt spørsmål for mange yrkesutøvere blir hva begrepet «kulturkompetanse» innebærer og hva som må til av kunnskap og erfaring for å kunne bli en «kulturkompetent» yrkesutøver (Kumar & Viken, 2010, s. 171). Kulturkompetanse er hjelperens redskap for å forstå pasienten. Når kulturkompetanse ses som verktøy, begrunnes det med at kultur påvirker et menneske så mye at det ikke gir mening å tolke et fenomen uten å ta i betraktning kulturen fenomenet har oppstått i (Holt, 2019, s.42). Profesjonsutøver kan spørre vedkommende hva han/hun lurer på, og derigjennom bli kjent med kulturen. Ifølge Holt (2019, s. 42) bør hjelpere i henhold til denne forståelsen bestrebe seg på å se klientens kultur innenfra «med klientens øyne». Med andre ord ta utgangspunkt i selve klienten og han/hennes kultur.

Et annet viktig element, er å ikke tillegge kultur for stor betydning for å forstå pasienten. I mange tilfeller kan mulige forklaringer bak klientens symptomer, plager og problemer bli lett oversett når det legges for mye vekt på kultur (Holt, 2019, s. 43). I likhet med Holt (2019) mener Qureshi (2009, s. 213) at profesjonelle kan bli unødvendig opptatt av kulturforskjeller og kulturkonflikter, og at dette i praksis kan føre til at en eksotifiserer eller overdriver forskjellene. I stedet for selve problemet vedkommende har, blir man heller opptatt av

kjennetegn ved personen, noe som igjen kan skape problemer. Dette kan fort utarte til å bli at noen grupper betraktes som bedre enn andre. Kulturkompetanse skal først og fremst være en kompetanse som gir profesjonsutøvere anledning til å bli kjent med menneskers tradisjoner, verdier og normer, en ferdighet som kan gi gode helsetjenester til minoritetsgrupper, derfor bør man være bevisst på å ikke legge stort fokus på kultur, men heller bli kjent med pasienten. Det viktigste er ikke omfanget av kulturelle verdier, normer, tradisjoner og praksiser, men måten kunnskapen benyttes i møtet med den andre som har en annen bakgrunn enn deg. Bevissthet om hvordan kulturelle normer, verdier og praksiser spiller inn og påvirker menneskers liv, er også en dimensjon i en helhetlig og kontekstuell sosialfaglig forståelse (Rugkåsa & Ylvisaker, 2018, s. 201). Mennesker oppfatter og fortolker verden med sammenheng i de livene en har levd og lever, og det er av stor betydning å trekke inn at profesjonelle er farget av det samfunnet, kulturen og miljøet de er sosialisert inn i. Når det gjelder samhandlingen mellom profesjonsutøver og pasient, er det særlig viktig å understreke at profesjonsutøvernes kulturelle normer, verdier og tradisjoner kan ta plass her. Kulturelle normer og verdier er til stede i all menneskelig fortolkning og samhandling, og er noe vi både bevisst og ikke bevisst forholder oss til (Rugkåsa & Ylvisaker, 2018, s. 201). Dette tar til orde for at det viktig å fokusere på ens egen kultur, hvordan sosialarbeidernes egne posisjoner og kulturer påvirker hvordan en fortolker og samhandler med en pasient.

3.3 Stigmatisering

Mennesker med psykiske lidelser kan oppleve å bli stigmatisert. Å bli stigmatisert innebærer at en person oppfattes som å ha en diskrediterende egenskap, noe som blant annet fører til at vedkommende utelukkes fra sosiale fellesskap (Elstad & Norvoll, 2013, s. 121). Det er hovedsakelig Erving Goffmans (2009) begrep stigmatisering jeg velger å anvende når jeg taler om stigmatiseringen rundt psykiske lidelser.

Selve ordet stigma kommer fra grekerne som brukte legemlig merking for å avsløre at det var noe usedvanlig og dårlig ved en persons moralske status (Goffman, 2009, s. 43). Disse brennmerkene, merkelappene og stemplingen mennesker ble utsatt for, gjorde at individer ble merket og besmittet av en egenskap som resulterte i utelukkelse fra det sosiale felleskapet. I vårt samfunn eksisterer fortsatt denne tankegangen, altså hva som betraktes som sosialt avvik. Sosiale og kulturelle fortolkninger av «farlighet» og «annerledeshet» kan ha sammenheng med den psykisk avvikende atferdens karakter. Det sosiale og kulturelle konstruksjonen av farlighet viser seg ikke bare hos befolkningen, men gjenspeiles også i de

sosiale prosessene innenfor de psykiske helsetjenestene (Elstad & Norvoll, 2013, s. 127). Goffman tar utgangspunkt i betegnelsene stigma og stigmatisering for å forstå sosiale reaksjoner på sykdommer og samhandlingen mellom den syke og andre mennesker (Elstad & Norvoll, 2013, s. 120). Han sier at psykiske lidelser er et eksempel på noe som kan være mer eller mindre diskrediterende eller stigmatiserende i vårt samfunn. Stigmatisering kan bidra til at mennesker som sliter psykisk møter flere negative reaksjoner i samfunnet enn ved mindre stigmatiserende sykdommer, som for eksempel fysiske sykdommer. Dette henger sammen med samfunnets syn på hva som er «normalt», og dette vil variere mellom ulike samfunn, fordi hva som defineres som avvik er et kulturelt og relativt fenomen. Goffman hevder at stigma er et sosialt fenomen som har sine røtter i sosiale reaksjoner, og skapes av samfunnets kulturer og strukturer (Elstad & Norvoll, 2013, s. 120). Stigmatisering gjør at den som blir sett på som avvikende sitter med stigmaet, fordi personen avviker fra våre forventninger, noe som gjør ham uønsket. De av oss som ikke avviker negativt fra samfunnets forventninger, er de man definerer som normale (Goffman, 2009, s. 46).

Alle har en psykisk helse, likevel er det fort gjort å stigmatisere andre menneskers psykiske helseutfordringer uten at man selv er klar over det. Ifølge Goffman påvirker stigmatisering en tillitsbasert interaksjon, fordi lidelsens karakter fører til sosialt avvik eller annerledeshet (Elstad & Norvoll, 2013, s. 120). Annerledeshet som bryter med det «normale» og den forutsigbare handlingsordenen kaller Goffman for «engstelig, uforankret interaksjon». En engstelig og uforankret interaksjon handler om at den som oppfattes som avvikende, ofte er klar over at omgivelsene kan reagere (Elstad & Norvoll, 2013, s. 120). Goffman viser videre til at en slik interaksjon kommer av en naturlig menneskelig reaksjon, fordi personen reagerer på avvikende fremtreden og atferd i sosiale sammenhenger (Elstad & Norvoll, 2013, s. 120). Det skal likevel sies at det viktig å være klar over hva en slik interaksjon kan føre til. En slik interaksjon kan lede til skjøre tillitsrelasjoner, som uheldig nok påvirker relasjonen mellom to parter negativt. Dersom en slik negativ interaksjon oppstår mellom behandler og pasient, kan dette skape en grobunn for stigmatisering og forsterkning av stigmatiseringsprosesser.

Stigmatisering kan også føre til at den «avvikende» diskrimineres og ekskluderes. Det kan for eksempel komme til uttrykk gjennom ubevisste negative holdninger eller lave forventninger basert på bilder av personer med visse egenskaper, for eksempel mennesker med psykiske helseproblemer eller mennesker med minoritetsbakgrunn (Norvoll, 2019, s. 104). Reidun Norvoll (2019, s. 106) sier at stigmatisering i de siste årene har blitt forstått som en form for

diskriminering. Goffman (2009, s. 47) tror også hvis man ser mennesker med et stigma som konstant forskjellige fra oss, kan slike antagelser lede til diskriminering og begrense menneskers muligheter for utvikling. I møte med mennesker med psykiske lidelser er det dermed vesentlig å se hvordan stigmaet de utsettes for kan føre til dehumanisering og diskriminering. I noen situasjoner kan stigmatisering til og med føre til det som kalles for selvstempling. Selvstempling handler om at opplevelsen av å være annerledes og mindreverdige, fører til dårlig selvbilde, sosial isolasjon og ensomhetsfølelse (Norvoll, 2019, s. 105). Personen stempler seg selv basert på hva andre har sagt eller gjort, og gjør stemplingen til egen vurdering av seg selv. Dette vil kunne medføre til uheldige forløp eller forsterkning av sosiale og psykiske problemer.

3.3.1 Stigmatisering i minoritetsmiljøer

For mange med etnisk minoritetsbakgrunn kan stigma påvirke hjelpesøkende atferd, og være en grunn for at man utsetter å søke hjelp. Redsel for ryktespredning er ofte noe som preger kontakten til hjelpeapparatet og bruk av tolketjenester for innvandrere (Berg & Holt, 2020, s. 325). Tabu og negativ forestilling om psykisk helse i et gitt miljø kan være med på å forsterke den enkeltes selvfølelse negativt. Ikke bare vil personen som sliter psykisk bli stemplet, men også familien. I mange tilfeller uttrykker pårørende bekymring for sladder og for at familiens gode navn og rykte blir skadet (Berg & Holt, 2020, s. 326). Mye skyldes små innvandrerfamilier der folk ikke våger å stole på hverandre eller fortelle om sin situasjon. Som vi ser preger stigmatisering ikke bare den som bli sett på som avvikende, men også familien og hele familiens anseelse. Det er dette som for mange minoritetsfamilier gjør at de holder problemene innad i familien.

Trekkes Goffmans begrep stigma parallelt til det mange minoritetsfamilier opplever, sier han at stigma kan ha en tendens til å «smitte over» på de som omgås personen, for eksempel familie og venner (Elstad & Norvoll, 2013, s.121). At stigmatiseringen «smitter over» vil si at den smitter over fra pasienten til pårørende og familier. I noen tilfeller kan derfor pårørende oppleve å bli rammet av stigmaet fordi omgivelsene bare ser avviket. At minoritetsmiljøer har en tendens til å betrakte de som omgås personen som en del av avviket, kan føre til at familier handler slik omgivelsene forventer. For eksempel at de trekker seg fra miljøene eller ikke oppsøker hjelp, fordi de er redde for hva andre skal si. Stigmatisering er problematisk fordi man kun ser «avviket», og ikke alle sider ved personen.

Rådet for psykisk helse har utgitt en rapport om psykisk helse blant innvandrere, og sier at det trengs kunnskap og grunnlag for mer åpenhet blant innvandrere, slik at det skal være lettere å akseptere og leve med egne psykiske problemer eller problemer hos mennesker som står en nær (2007, s. 3). Rådet poengterer videre at økt kunnskap hos innvandrere om psykisk helse vil kunne bidra til at flere søker hjelp. Det er derfor viktig at minoritetsmiljøene og tjenesteapparatet aktivt jobber for å informere om psykisk helse og uhelse og å normalisere psykisk helse og lidelse. Den store skammen og tabuet rundt psykiske lidelser blant innvandrere er ofte det som hindrer folk fra å oppsøke hjelp. Det trenger ikke alltid å handle om at personen ikke vil, men at negative holdninger over tid virker inn på den enkeltes selvoppfatning, og igjen blir en barriere for å oppsøke hjelp. Selv om en del personer i innvandrer miljøer deler et «vestlig» syn på psykisk helse, finnes det også de som fortsatt forbinder psykisk helse med galskap og lukkede institusjoner der man bringer resten av livet sitt (Rådet for psykisk helse, 2007, s. 37). For den sist nevnte gruppen er det større sjanse for at terskelen for å oppsøke hjelp er høy, derfor anbefaler Rådet at helsetjenestene sammen med innvandrer miljøene sprer kunnskap om hjelpetilbudene som finnes. Målet med å spre kunnskap, er avstigmatisering og åpenhet.

3.4 Makt, avmakt og psykisk helse

Makt er et sentralt fenomen når man skal belyse psykisk helse og psykiske helsetjenester. «En av de tidligste beskrivelsene av makt og maktforhold i samfunnet ble gitt av den tyske sosiologen Max Weber i boka *makt og byråkrati* fra 1992» (Norvoll, 2019, s. 64). Webers klassiske definisjon av makt er: «et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand» (Weber, 1982 referert i Norvoll, 2019, s. 64). Weber fremhever at makt finnes i sosiale situasjoner der ulike personer eller grupper har motstridene interesser. Det betyr at den som har mest makt i relasjonen, er den som har størst sjanse til å få gjennomført sin vilje når det er ulike interesser. Ofte tenker vi makt som en negativt ladet fenomen, men innenfor samfunnsvitenskapene har makt både positive og negative aspekter (Øye & Norvoll, 2013, s. 74). Makt kan ha en positiv verdi, dersom makten bidrar til å styrke den psykiske helsen på en måte som gjør at den bedrer levekår, reduserer avmakt og fremmer mestring. Blir makten anvendt på en positiv skapende måte, er det lettere for mennesker å bryte ut av undertrykkende og krenkende relasjoner (Øye & Norvoll, 2013, s. 75). Det påpekes videre at i psykiske helsetjenester kan makt brukes på positivt vis ved å tilrettelegge tjenester og hjelp på en slik måte at personen opplever trygghet og tilgang til sine egne personlige ressurser (Øye

& Norvoll, 2013, s. 75). Det skal likevel sies at makt har en negativ side og kan skape negative implikasjoner særlig for handlingsrommet til de avmektige og marginaliserte gruppene. Utøvelse av makt kan medføre store belastninger i enkeltindividets handlerom for frihet og autonomi.

Det er mange måter makt kan komme til uttrykk. For eksempel gjennom kommunikasjon og språk, som igjen danner selve grunnlaget for maktforhold i relasjoner. Norvoll (2019, s. 67) sier at i helse og sosialsektoren kan språklig makt bli benyttet i de situasjonene hvor for eksempel pasienters motstand og synspunkter blir møtt og avfeid ved at personalet definerer pasienten som vanskelig, utagerende eller «uten innsikt» og dermed har behov for mer kontroll og tvang. I mange tilfeller er man ikke bevisst på at ens språk og handlinger kan være maktutøvelse, før en ser konsekvensene de gir for den andre som er i en svakere posisjon. Dette skjer også selv når profesjonsutøvere ikke ønsker å utøve makt. Maktens relasjonelle karakter kommer til uttrykk når fagperson og minoritet møtes. Det asymmetriske maktforholdet i relasjonen mellom minoritetspasient og behandler kan komme av så mangt, blant annet på grunn av minoritet-majoritetsrelasjonen, kulturforskjeller og definisjonsmakt. Maktforhold har stor innvirkning på relasjonene og samhandlingen mellom profesjonelle og pasienter i hverdagen (Norvoll, 2019, s. 63). Det er derfor viktig å forstå når og hvordan makt blir utøvet, og det er nødvendig med refleksjon som får oss til å tenke på hvordan makt oppstår i møte med andre. I første rekke handler det om å være bevisst maktrelasjonene, og deretter handler det om å synliggjøre og motvirke undertrykkende mekanismer som fører til avmakt. Er man en kritisk reflektert praktiker vil man se at makt er med på å konstruere og definere mennesker. For å kunne gjøre det er det nødvendig å se nærmere på egen kunnskap og forståelse, for å se om våre erfaringer kan innrammes annerledes (Østby, 2011, s. 71).

Makt og dominans kan oppleves som overveldende og følgelig utløse opplevelse av avmakt (Øye & Norvoll, 2013, s. 80). Avmakt handler om å være i en situasjon der man ikke ser en utvei, midler eller muligheter til å endre sin situasjon eller å motsette seg fra andres viljeutøvelse ovenfor en selv (Øye & Norvoll, 2013, s. 80). De som blir puttet i en avmektig posisjon opplever ofte slike situasjoner som nedverdige, og at avmakt i noen tilfeller vekke følelser som fører til tilbaketrekking fra sosiale omgivelser. Avmakt er ofte sterkest når en person er i en avhengighetssituasjon, der personen er overlatt til den mektiges avgjørelser (Norvoll, 2019, s. 79). Som mennesker prøver vi spesielt å unngå å komme i avmektige posisjoner. Norvoll (2019, s. 79) sier at når vi skal undersøke maktforhold, er det vesentlig å

forstå at pasienters aggresjon kan være en reaksjon på en avmaktsfølelse de kjenner i situasjonen

Rådet for psykisk helse (2007, s.11) sier at en del mennesker med minoritetsbakgrunn opplever avmaktssituasjoner, og de utvikler psykiske problemer, som i utgangspunktet ikke var der, på grunn av avmakten de føler. Det er flere faktorer som spiller inn når noen opplever avmakt, for eksempel arbeid som ikke er tilpasset ens behov eller kvalifikasjoner, dårlig økonomi og ustabile boforhold. Dette gjelder selvfølgelig ikke bare minoriteter, men også majoriteter. Forskjellen mellom majoritetsbefolkningen og minoritetsbefolkningen ligger i at innvandrere opplever en rekke avmaktssituasjoner som kommer i tillegg til dem som majoritetsbefolkningen møter, nettopp fordi de har en minoritetsbakgrunn (Rådet for psykisk helse, 2007, s. 12). Et eksempel på dette er etnisk diskriminering i arbeids- og boligmarkedet. Avmakten som mange minoritetspersoner kjenner på, er det viktig at profesjonsutøvere vet noe om for å unngå å forsterke avmaktsfølelsen de allerede har. Bare i betegnelsen «minoritet» kan det synliggjøres at det kan være avmakt i majoritets-minoritets-relasjoner. Dette fordi begrepene minoritet-majoritet kan defineres med utgangspunkt i tilgang til makt.

3.5 Helhetsperspektivet i sosialt arbeid

I sosialt arbeid har man ofte et mål om å hjelpe mennesker med å få økt livskvalitet og å arbeide for endring og forebygging av ytterligere marginalisering av utsatte grupper. Det krever at sosialarbeideren har kompetanse som involverer å se mennesker og situasjoner i et helhetlig perspektiv. En av årsakene til at sosialarbeidere ofte blir sett på som viktige bidragsytere i psykiatrien er nettopp deres helhetlige forståelse og tilnærming.

Sosialarbeiderens helhetsperspektiv handler om å fokusere på menneskers levekår fra et hverdagsperspektiv (Hansen & Solem, 2017, s. 29). Et slikt hverdagsperspektiv innebærer at man ser flere forhold samtidig, for eksempel økonomi, boforhold, arbeid og de sosiale nettverkene personen inngår i. Å kartlegge slike forhold er også helt sentralt i psykiatrien. I sosialt arbeid tar helhetsperspektivet utgangspunkt i å se «hele mennesket», både ressurser og problemer (Hansen & Solem, 2017, s. 29). Avhengig av den situerte praksis sosialarbeideren jobber i, vil helhetsperspektivet inkorporeres forskjellig fordi man velger de kunnskapene som er mest nyttig for den enkeltes situasjon. Sosialt arbeid foregår på mange arenaer og områder, med situert praksis innebærer å inkludere lokal kunnskap om den enkeltes klients kontekst i en helhetsforståelse av situasjonen (Hansen & Solem, 2017, s. 20). I sosialt arbeid må man fange opp både enkeltmennesket og forholdene i samfunnet. Spenningsfeltet og forholdet

mellom individ og samfunn, betegnes i sosialt arbeid ofte som «person i situasjon» (Levin, 2004, s. 15). I forståelsen «person i situasjon», som også anses å være en del av helhetsperspektivet ser man på hvordan relasjonen mellom individet (aktøren) og system (struktur) er innvevd i hverandre (Hansen & Solem, 2017, s. 20-21). Når sosialarbeideren ser personen i situasjonen fokuseres det på å inkludere samfunnsmessige forhold i forståelse av samspill mellom individ og omgivelsene og de muligheter og hindringer som kan oppstå der. Mye av det sosialfaglig arbeidet utgår dermed fra en helhetlig vurdering av individers, familiers og grupper livssituasjon.

Ifølge yrkesetiske grunnlagsdokumentet for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere (FO, 2019, s. 5) skal profesjonsutøvere legge vekt på en helhetlig tilnærming til mennesker som har behov for sammensatte og tverrfaglige tjenester. Det betyr at en del av å ha et helhetssyn innebærer at ulike deler av hjelpeapparatet må samarbeide for å gi pasienten et helhetlig hjelpetilbud. Når pasienten har behov for flere helse- og omsorgstjenester, vil begrepet tverrfaglig samarbeid dukke opp. Tverrfaglighet er ofte en sekkebetegnelse for samarbeid der flere yrkesgrupper er representert (Hansen & Solem, 2017, s. 236). I grunnlagsdokumentet synliggjøres tverrfagligheten gjennom profesjonsutøveres helhetsperspektiv, det presiseres at dette og andre verdier definert for profesjonsgruppene er verdier som forplikter. Det kan nok komme av at tverrfaglig samarbeid, hvor man blir en gruppe som jobber med pasienter kan bidra til at pasienter føler seg tryggere og bedre ivaretatt (Berg & Holt, 2020, s. 265).

Innvandrerbefolkningen i Norge er ingen homogen gruppe, noe som gjør det vanskelig å snakke om innvandrerbefolkningen som én kategori. Det kan likevel være et poeng å løfte frem at noe av det som skiller minoritetsbefolkningen fra majoritetsbefolkningen ofte er levekår. Levekårsundersøkelser viser at innvandrerbefolkningen kommer dårligere ut enn majoritetsbefolkningen på en rekke områder (Berg & Ask, 2011, s. 15).

Minoritetsbefolkningen kommer dårligere ut på områder som sysselsetting, inntekt, bostandard og helse. Dette gjelder særlig den delen av innvandrerbefolkningen som kommer fra ikke-vestlige land (Berg & Ask, 2011, 15). Studier viser ofte en sammenheng mellom sosiale problemer og psykisk helse, ikke bare når det gjelder minoritetsgrupper, men også majoritetsgrupper. Mange vil kanskje mene at det medisinske og biologiske perspektivet er viktig i psykiatrien, men vel så viktig er sosialarbeidernes helhetsforståelse, fordi den er i stand til å dokumentere hvordan samfunnsforhold påvirker individers livsbetingelser. Dahl og

Friestad (2013, s.149) hevder at kunnskap om sosiale fordelinger av helseproblemer generelt og psykiske lidelser spesielt er relevant for ansatte i helse- og sosialtjenesten. Kunnskap som tar innsikt i personens sosiale status, deres sosiale kontekst og risikofaktorer de er eksponert for, er noe som trekkes frem. Det trengs økt kunnskap om hvordan psykisk helse henger sammen med sosiale forhold. De sier videre at mennesker som er plassert i den nedre delen av sosial lagdeling, oftere rapporterer ulike former for dårlig psykisk helse enn dem som har høyere sosioøkonomisk status (Dahl & Friestad, 2013, s. 151). Her peker de på sosiale forhold som tidligere er nevnt, og hvordan slike sammenhenger kan forstås og forklares. Skal profesjonsutøvere få innsikt i pasienters sosiale status, kontekst og hvilke risikofaktorer de er eksponert for, er det derfor viktig å vurdere helheten og kompleksiteten i de problemene de måtte ha.

Kapittel 4: Metodisk fremgangsmåte

Målet med metodekapittelet er å vise fremgangsmåten for hele prosjektet, fra utarbeiding av forskningsspørsmål til endelig fremstilling av resultat. Metodekapittelet legger fokus på ulike ledd for hvordan jeg har gått frem i denne prosessen, en tid som har krevd mye arbeid. I dette kapittelet vil jeg først redegjøre min vitenskapelige tilnærming, forforståelse og rekruttering og utvalg. Forså videre vil jeg beskrive intervjuguiden, gjennomføring av intervju, transkribering og analyse. Til slutt presenteres overførbarhet, reliabilitet og validitet og forskningsetiske overveielser.

4.1 Kvalitativ metode

Det var naturlig for meg å velge kvalitativ forskningsmetode, fordi metoden egner til å svare på problemstillingen; *Hvordan kan vi fra et sosialfaglig ståsted møte og tilrettelegge for etniske minoriteter i psykisk helsevern?* Problemstillingen krever en metode som kan gi fyldige beskrivelser, og fordi jeg ønsket å forstå og forklare noe som har vært viktig for meg å skrive om, har jeg derfor benyttet meg av denne metoden. Målet med kvalitativ forskning er å få tak i andre menneskers handlinger, meninger, tanker, kunnskap, følelser og opplevelser. Vi vil ha tak i og tilgang til forskningsdeltakerens livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015, s.30). Når man samler inn datamateriale er det alltid et ønske om at man står igjen med fyldige og beskrivende informasjon om hvordan forskningsdeltakeren opplever det temaet man ønsker å undersøke. Videre omtales kvalitativ forskningsmetode som noe mer enn en metode, da forskeren har et overordnet ansvar for å ivareta informanten gjennom hele forskningsprosessen. En del av forskerens overordnede ansvar er å vise respekt for forskningsdeltakerens integritet og ikke bare møte dem som noen du har bruk for (Nilssen, 2012, s. 30). Den kvalitative forskeren anses å være selv det viktigste instrumentet, og bør reflektere over de mange elementene som påvirker svarene og interaksjonen mellom forsker og deltaker.

Kvalitative intervjuer er den mest brukte måten å samle inn egne data på i kvalitative prosjekter (Johannessen et al., 2016, s. 143). Det er intervju som forskningsmetode jeg har brukt i mitt prosjekt, fordi dette egner seg godt for å få innsikt i informantenes egne erfaringer og vurderinger. Intervju betyr egentlig utveksling av synspunkter mellom to personer som snakker sammen om et felles tema (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22). Jeg har vært den som stiller spørsmål, fulgt opp svarene fra informantene, og målet har vært å registrere og forstå

det de sier. Det er dette som utgjør mine empiriske data. Som intervjuer la jeg merke til at det er viktig å bemerke seg at, selv om man er ute etter å fange opp og forstå informantens verden, kan jeg finne noen svar, men ikke «svaret». Det betyr at all informasjon informanten gir kanskje ikke framstår som direkte relevant for oppgaven, men likevel kan bidra i prosessen for å komme fram til kunnskap som er relevant for problemstillingen.

4.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Jeg vil i følgende avsnitt forsøke å gi en kortfattet fremstilling av mitt hermeneutiske vitenskapsteoretiske utgangspunkt.

«Hermeneutikk betyr læren om tolkning, og danner et vitenskapsteoretisk fundament for den kvalitative forskningens sterke vekt på forståelse og fortolkning» (Dalen, 2011, s. 17). Tar jeg utgangspunkt i mitt prosjekt og hvordan jeg forstår og reflekterer mitt tema, kan dette minne om en hermeneutisk tilnærming. Den hermeneutiske tilnærmingen kan gi en generell forståelse av det jeg studerer, og legger i all hovedsak vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan forstås på ulike måter. Dette fordi forskeren vil befinne seg i en situasjon der personen både må forholde seg til forskningsdeltakerens tolkning av sin situasjon og sin egen tolkning og mening. Egne tolkninger og meninger vil være avhengig av både den kulturelle konteksten mening blir skapt i og av den kulturelle konteksten der dette senere ble fortolket (Patton, 2002, referert i Nilssen 2012, s. 73).

Ifølge Vivi Nilssen (2012, s. 71) har ordet hermeneutikk tre ulike betydninger; uttrykk, tolkning og oversettelse. Til sammen utgjør dette en hermeneutisk metode som innebærer fortolkende tilnærming til datagrunnlaget. Når jeg har stått ovenfor noe jeg prøver å forstå, har det vært naturlig å fortolke det. Nilssen (2012, s. 72) sier at fortolkning er et forsøk på å finne en underliggende mening. Denne underliggende meningen har jeg prøvd å forstå ved å tolke informantens erfaringer og handlinger fra møter med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn i psykisk helsevern. Det er derfor uunngåelig at en hermeneutisk komponent finner plass i min forskning. I hovedsak er det erfaringer og handlinger som blir tolket i mitt prosjekt, siden dette er sentralt for problemstillingen.

4.3 Forforståelse

Min forforståelse har gjennomgående vært viktig for meg å tenke over i løpet av hele prosessen av dette prosjektet. Det vi har med oss i en situasjon kaller filosofen Hans-Georg

Gadamer for fordommer eller forforståelse (prejudices) (Nilssen, 2012, s. 68). I møte med informanter og det innsamlede datamaterialet vil forskeren som oftest stille med en gitt forståelse. Det er derfor viktig å være bevisst på egen forforståelse. Ens forforståelse kan gjøre forskeren bevisst på hvordan en selv kan påvirke det en undersøker og også gjøre at en blir mer sensitiv når det gjelder å se mulighetene i eget intervjumaterialet. Gadamer understreker at selv om forforståelsen påvirker hva vi ser og forstår, har den kanskje størst betydning der den kommer til kort, når vi erfarer at verden ikke er slik vi tenker den burde være (Nilssen, 2012, s. 70). Det Gadamer beskriver gjør meg nysgjerrig på hvordan jeg utfordrer min forforståelse.

Alle mennesker møter en verden med en forforståelse, inkludert meg. Tar jeg utgangspunkt i mitt tema hadde jeg noen tanker på forhånd, før jeg satt i gang prosjektet. En av mine forforståelser var at helsevesenet opplevde utfordringer i møte med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Deres særskilte behov, behov for tilrettelegging og at de i utgangspunktet kan ha dårligere forutsetning enn majoriteten når det gjelder helse, tenkte jeg var noe jeg ville høre mye om. Denne, men også annen forforståelse var det nødvendig for meg å være bevisst på, for å ikke påvirke hva jeg som forsker innsamlet. Jeg tror at data kan påvirkes av vår forforståelse, gjennom kunnskap vi tilegner oss og oppfatninger om virkeligheten, som vi svært ofte er ubevisst. For meg har det vært viktig å ta seg noen runder før oppstart av prosjekt, underveis og til slutt for å reflektere over hvilken innvirkning min forforståelse har hatt for samling og fortolkning av data. Min egen kulturelle bakgrunn som etnisk minoritetskvinne i det norske samfunnet har influert min forforståelse, men den har også vært preget av faglige og personlige erfaringer. Jeg har også forsøkt å reflektere over samtaler jeg har hatt utenfor prosjektet, først og fremst erfaringer og meninger om psykisk helse blant ikke-vestlige innvandrere. Mange opplever og erfarer det å tematisere psykisk helse som tabubelagt, i tillegg til å risikere å bli stigmatisert. I prosjektets datamateriale forsøker jeg godt å ikke bli påvirket av min forforståelse, men den er heller ikke fri fra min forforståelse.

Min egen forståelse påvirker alle deler av forskningsprosessen, og siden en del av forforståelsen er taus og ubevisst kan det også være fare for at forforståelsen ubevisst styrer analysen og tolkningen. Derfor har jeg i så stor grad som mulig forsøkt å gjøre meg bevisst på mine forforståelser gjennom hele prosjektet.

4.4 Rekruttering og utvalg

Jeg har hatt et klart mål når jeg har rekruttert informanter til intervju. I metodelitteraturen kalles metoden jeg har brukt for statistisk utvelgelse av informanter. Statisk utvelgelse vil si at forskeren har bestemt seg på forhånd hvilken målgruppe som skal rekrutteres for at å få samlet nødvendig data (Johannessen et al., 2016, s. 115). Det finnes ulike måter å sette sammen strategisk utvalg på, men alt er avhengig av problemstillingen og hva som er praktisk og hensiktsmessig å gjennomføre. I mitt prosjekt ønsket jeg spesielt å intervju sosionomer som jobbet innenfor spesialhelsetjenesten fordi prosjektet har et sosialfaglig utgangspunkt. Da jeg var i kontakt med seksjonslederen i akuttpsykiatrien forsto jeg at det også kunne bli interessant å inkludere en sykepleier i prosjektet, ettersom seksjonslederen spurte om jeg kunne intervju sosionomer. Jeg fant det interessant å ha med en sykepleier, fordi informanten kunne dele sitt syn på sosialfaglig kompetanse og hvilke bidrag sosionomene hadde til forskjell fra helsefaglige utdanningene i psykiatrien. Sykepleieren hadde et godt kjennskap til arbeid rettet mot etniske minoriteter innenfor psykisk helsevern, og kunne dele erfaringer og kunnskap rettet mot dette feltet. Jeg hadde tanker om at dette kunne trolig berike mitt materiale, selv om jeg i hovedsak ville ha fokus på sosionomenes bidrag.

Jeg valgte å sette sammen informantene etter kriterier om at de skulle jobbe i spesialhelsetjenesten, og kunne dele erfaringer og tanker rundt mitt tema. Informantene mine jobber i forskjellige seksjoner i en akuttpsykiatri på Østlandet. Noen hadde jobbet lengre enn andre i akuttpsykiatrien, men jeg fant raskt ut at på tross av variasjon i arbeidstid hadde de nokså like erfaringer uavhengig av hvor lenge de hadde jobbet. Sosionomene i utvalget beskriver at de har ganske like arbeidsoppgaver gjennom å være et bindeledd mellom spesialhelsetjenesten og førstelinjetjenesten, altså mer eller mindre en person som er i kontakt med andre instanser. De forvalter ikke tvang eller tvangstiltak. Sykepleieren derimot hadde først og fremst arbeidsoppgaver knyttet til enkelte pasient, som å delta i gjøremål og utvikling. Både underveis og i ettertid har jeg vurdert at informantene har gitt tilstrekkelig informasjon for å belyse min problemstilling, og gir et godt innblikk i tematikken.

Jeg hadde en tanke om hvor mange informanter jeg ønsket å intervju på forhånd. Mellom fem til åtte informanter var tanken, fordi jeg ønsket dybdeforståelse av informantenes erfaringer og handlinger. Jeg ga invitasjon til flere, men mange hadde ikke anledning til å delta i intervju, og jeg endte opp med fem informanter. Jeg opplevde at disse ga meg tilstrekkelig informasjon, og bidro med å generere utfyllende kunnskap om fenomenet jeg

skulle skrive om. Utover dette designet med å ha fire sosionomer og en sykepleier, bestod utvalget av både kvinner og menn. Dalen (2011, s. 45.) sier at et utgangspunkt for hvor mange man skal inkludere i forskning, ikke må være for stort for gjennomføringen av intervju, men samtidig må en sitte igjen med et intervjumateriale som gir kvalitet og tilstrekkelig grunnlag for tolkning og analyse, noe jeg opplever at jeg fikk.

Min metode for å sette sammen et strategisk utvalg på, var gjennom å benytte snøballmetoden. Når snøballen begynner å rulle vil det si at forskeren kommer i kontakt med nye informanter via de «gamle» informantene sine (Leseth & Tellmann, 2014, s. 55). I denne metoden rekrutteres informantene ved at forskeren forhører seg med personer som kan mye om temaet som studeres (Johannessen et al., 2016, s. 117). Jeg forhørte meg med noen som kunne fortelle meg at de kanskje visste om en person som kunne videreformidle prosjektet mitt og som kunne sette meg i kontakt med andre som kunne gi relevant informasjon. Det startet med en seksjonsleder i akuttpsykiatrien som var behjelpelig med å finne informanter som kunne fortelle om deres erfaringer i møte med pasienter med etniske minoritetsbakgrunn. Seksjonslederen startet med å være personen som kontaktet andre, og slik begynte snøballen å rulle ved at jeg til slutt ble stående igjen med flere informanter grunnet Seksjonslederens nettverk. Basert på kontakter seksjonslederen hadde, rekrutterte jeg informanter ved å sende dem en e-mail med informasjonsskrivet som vedlegg.

4.5 Intervjuguide

Jeg valgte å gjennomføre et semistrukturert og utformet en relativt åpen intervjuguide fordi jeg ikke ønsket å gi for sterke føringer på hvordan informantene svarte, og for at de kunne snakke om det de var mest opptatte av. Et semistrukturert intervju har en overordnet intervjuguide med konkrete tema som utgangspunkt, men spørsmål, temaer og rekkefølge kan variere (Johannessen et al., 2016, s. 146). Jeg hadde forberedt spørsmål til informantene, med formål om å få informasjon om deres tanker og erfaringer rundt tema som tilrettelegging, likeverdige helsetjenester og diskriminering. Disse underordnede temaene, som setter lys for hvordan man kan bedre møte etniske minoriteter, opplevde jeg som betydningsfulle å ha med i intervjuguiden fordi det til sammen dekker de viktigste områdene jeg ønsker å belyse i studiet.

Når jeg jobbet med å utforme intervjuguiden valgte jeg å formulere spørsmålene med utgangspunkt i ulike temaene som springer ut av problemstillingen, og som jeg ønsket å

belyse. Jeg endte først opp med å lage ganske mange spørsmål, fordi jeg var fanget av å finne ut mer om psykisk helse blant etniske minoriteter. Som i all forskning handler også mye om å finne gode svar, og gode svar finner man ved å stille gode spørsmål. Jeg startet med å stille informantene åpne spørsmål som inviterte dem til å si litt om hvordan det er å jobbe som sosionom/sykepleier innenfor psykisk helsevern og fulgte det opp med å spørre hvor viktig det er å klargjøre sosialt arbeids bidrag i spesialhelsetjenesten? Jeg hadde også andre spørsmål slik som: Hva vil det si å gi et likeverdig helsetilbud, slik du forstår det? Hvordan kan kunnskap om diskriminering være et viktig element for arbeid for likeverdige helsetjenester? (se vedlegg om intervjuguide).

4.6 Gjennomføring av intervju

Alle intervjuene fant sted på informantenes arbeidsplass. Jeg ble på forhånd informert av en av informantene et lite forbehold om at dersom det mot formodning skulle dukke opp noe på selveste intervjudagen, slik som at nye pasienter skulle komme inn, måtte intervjuet holdes på vent. Dette skjedde ikke, og jeg fikk intervjuet med vanlig avtalt tid. Jeg var noe forberedt på at intervjuene måtte holdes på vent, fordi jeg hadde tanker om at dette var en arbeidsplass presset av tid, og gjennomføring av intervju kanskje kunne oppleves som tidskrevende for enkelte, ettersom dette var en akuttpsykiatri. Der tok jeg feil, for alle intervjuene ble gjennomført etter avtalt tid. Intervjuene varte alt fra 45 til 70 minutter. Dalen (2011, s. 35) sier at det er alltid viktig å beregne god tid når du holder et intervju. En del av dette handler om at forskeren bør huske på at informantene gir av sin tid, og du er begunstiget ved at andre gir deg noe du har behov for, i denne sammenheng et datamateriale. Jeg fikk holde intervjuene i deres kontorer, noe jeg opplevde som veldig fint med tanke på å unngå forstyrrende atmosfære, men også et sted som tilrettela en møteplass der informantene kunne føle seg komfortabel. De fleste informantene ga også tid til en avsluttende samtale etter at intervjuet ble gjennomført, og jeg tror det kan ha sammenheng med intervjurelasjonen mellom forsker og informant, og selve dynamikken i intervjusituasjonen.

Under intervjuene startet jeg med å prate om prosjektets formål, hva intervjuene ville brukes til og at det selvsagt var frivillig å delta. Det neste steget som stod på agendaen var å informere om at jeg ville bruke lydopptak, og jeg ville ta notater underveis. Fordelene med lydopptak er at det virker mindre truende enn filmopptak (Johannessen et al., 2016, s. 155). For meg var kvaliteten på intervjuene avgjørende for transkriberingen, men også for analysen og rapportering av intervjuet. I tillegg til lydopptaket bestod dataene mine av nedskrevne

notater om ikke-verbal atferd slik som kroppsspråk og ansiktsuttrykk som senere kunne brukes til analyse. Det var nyttig for meg å få nedtegnet så mye som mulig av det jeg registrerte, fordi det er fort gjort å glemme det som ikke er nedskrevet som notat. I mine notater skrev jeg alt fra ting jeg undret over som informantene utalte seg om, eller ting som satt i gang refleksjon hos meg. Enkelte ganger erfarte jeg taushet på enkelte spørsmål, noe jeg skrev ned fordi jeg så at tausheten ble bruk som en måte for å tenke gjennom det informanten ønsket å formidle. Tausheten utfordret ikke relasjonen i forskningsintervjuet, for jeg erfarte at når jeg som forsker tillot pauser, fikk den som ble intervjuet god tid til å reflektere og selv bryte tausheten.

4.7 Transkribering

Etter at intervjuene ble gjennomført, begynte organiseringen og bearbeidningen av det innsamlende materialet. Ifølge Nilssen (2012, s. 47) vil de fleste transkripsjoner fange det verbale språket og ikke konteksten, kroppsspråket, blick-kontakten eller en generell følelse av hva som kan være betydning av det som foregikk. Dette ivaretok jeg gjennom å ta notater. Når forskeren transkriberer blir lyd- og bildeopptak av situasjoner gjort om til tekst, enten ved nøyaktig transkripsjon eller gjennom oppsummering av viktige punkter. I mitt tilfelle, fra lydopptak til tekst gjennom nøyaktig transkripsjon. Nilssen (2012, s. 46) påpeker at transkripsjoner som er produsert av forskere likevel aldri vil være nøyaktig, fordi det foreligger nedskrivende tolkninger, og vi mister tonefall, mimikk osv. ved å gjøre handlinger og kommunikasjon til tekst. Det kan derfor være lurt at den som intervjuer, selv skriver transkripsjonen noe jeg har gjort i mitt prosjekt. Dette fordi transkribering er en viktig del av analyseprosessen, og du som forsker for en helt unik anledning til å bli kjent med materialet. Ved å lytte og skrive erfarte jeg nye tanker og ideer til koding som dukket opp under transkriberingen. Disse ideene og refleksjonene skilte jeg fra selve transkripsjonen, og heller noterte det ned i en logg som var bestående av tanker og refleksjoner.

Jeg etterstrebet å gjøre en nyttig transkripsjon i mitt prosjekt, og valgte derfor å transkribere tilnærmet ordrett, men det var noen ganger vanskelig å høre hva informantene sa på grunn av kvaliteten på lydopptaket. Det medførte at jeg enkelte ganger måtte lytte og spole tilbake til det informantene sa for å få med nøyaktighet. Dersom noe er uklart, vil det være nødvendig å gå tilbake til lydfilene og lytte gjennom disse for å få klarhet i hva informantene virkelig har sagt, påpeker Dalen (2011, s. 55). Jeg vil si at jeg brukte en god del tid på å transkribere, og mye var fordi at jeg sjekket utskriftene/teksten grundig opp mot lydfilen, for å forsikre meg at

det jeg ble så nøyaktig som mulig. Jeg valgte også allerede i intervjuet og under transkriberingen å anonymisere informantene, slik at gjenkjenner informasjon ikke skulle finne plass noe sted. Det er selvfølgelig en tidskrevende prosess å transkribere, men det er så mye du for igjen og fordelene med å transkribere selv er så mange at tidsperspektivet er den eneste grunnen til at du kan vurdere noe annet.

4.8 Analyse

I kvalitativ metode er det mange måter å analysere datamateriale på, og det finnes mye metodelitteratur som omhandler generelle retningslinjer for analyse. Å analysere betyr å dele opp i biter eller elementer. Det forskeren velger å undersøke, betraktes som sammensatt av enkelte bestanddeler, og målet er å avdekke et budskap eller mening for å finne et mønster i datamaterialet (Johannessen et al., 2016, s. 160). Når datamaterialet blir analysert, trekker forskeren slutninger som svarer på problemstillingen (Johannessen et al., 2016, s. 160). Kvalitativ analyse kan dermed beskrives som en systematisk bearbeiding av informasjon.

Det jeg lærte gjennom å jobbe med analyse av intervjuene var at den foregikk hele tiden parallelt med datainnsamlingen, og var et kontinuerlig arbeid som startet allerede når jeg trådte inn i forskningsfeltet. Min analyse startet på mange måter da jeg ble bedre kjent med temaet psykisk helse blant etniske minoriteter, og forskning knyttet til temaet. Selv om analysen var med meg under hele forskningsprosessen fra start til slutt, vil jeg si at det var først når jeg hadde et transkribert materiale det virkelig systematiske analysearbeidet startet. Jeg ble sittende igjen med et transkribert materiale, hvor jeg sorterte dataene i temaer og hadde noen ideer og tanker til koding og foreløpige kategorier. Jeg begynte et omhyggelig arbeid med å se etter sammenhenger og mønstre i materialet, og benyttet fargekoder for å kategorisere. Koding er det første steget i prosessen for å redusere et stort datamateriale til noen få temaer, dimensjoner eller kategorier som fanger essensen av materialet (Nilsen, 2012, s.82). Det innebærer å finne det som er signifikant, og deretter navngi dette. Jeg erfarte i denne fasen at jeg stilte spørsmål til datamaterialet og skrev dette i som kommentarer i Word. Disse kommentarene om hvordan jeg tenkte mens jeg analyserte intervjuetekstene, var nyttige for å videre analyse. Jeg opplevde at det var nødvendig å være i dialog med materialet og lytte til hva det fortalte meg. For å kunne være i stand til å skape mening må vi tillate oss å åpne for spørsmål og lytte til hva teksten har å si (Strauss & Cobin, 1998, referert i Nilssen, 2012, s. 106). Å stille spørsmål til teksten opprettholder en dialog med materialet, noe jeg opplevde da jeg stilte spørsmål som for eksempel «hva finner jeg her nå?» I kommentarene inkluderte

jeg også korte setninger relatert til det informantene sa, samt stikkord som språkutfordringer, tolk, tabu, samarbeid, kunnskapsutvikling osv. Stikkordene viste seg å oppsummere sentrale momenter i materialet og bidro til at jeg kom tidlig inn på sporet av det som viste seg å bli sentrale tema.

4.8.1 Tematisk analyse

Den metoden jeg brukte for å sortere dataene inn i temaer omtales som tematisk analyse. Som navnet tilsier, innebærer tematisk analyse at vi ser etter temaer i dataene våre (Johannessen et al., 2018, s. 279). Et tema er i hovedsak en gruppering av data med viktige fellestrekk. Nærmere bestemt har også hvert tema en kategori, hvor data med viktige fellestrekk er gruppert. Målet med tematisk analyse er å gruppere svarene man har i en mer generell kategori, i temaer som til sammen svarer på forskningsspørsmålet vårt (Johannessen et al., 2018, s. 279). En fordel med tematisk analyse er at den er fleksibel tilnærming (Braun & Clarke, 2006, s. 78).

Jeg har valgt å støtte meg til Johannessen, Rafoss og Rasmussens forenklet versjon av Braun og Clark relative utførlige presentasjon av tematisk analyse, som handler om fire steg (Johannessen et al., 2018, s. 282). I korte trekk handler det første steget om å få oversikt over data (forberedelse), det andre steget setter ord på viktige poeng i data (koding), det tredje steget er å kategorisere de kodede dataene i mer generelle temaer (kategorisering) og det siste steget og fjerde steget er å rapportere temaene og deres innhold (rapportering). Jeg fulgte disse stegene, og det utledet følgende temaer fra datamaterialet:

- Tilrettelegging
- Likeverdighet
- I møte med pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn

Disse temaene har i tillegg underkategorier. Ved å organisere og slå sammen noen av underkategoriene stod jeg igjen med temaer og underkategorier som bidro til å skape oversikt. Hele prosessen med tematisk analyse lærte meg å se dybden i hvert enkelt tema. Tematisk analyse, er kritisert for at tekster løsrives fra sin sammenheng og mister sin opprinnelige mening (Thagaard, 2018, s. 171). Utfordringen kan være at helhetsperspektivet ikke synliggjøres. For å ivareta helhetsperspektivet har det vært viktig for meg å lese nøye og flere ganger, samt se utsnitt i den sammenheng i teksten de tilhører for å få et grunnlag for en helhetlig forståelse av datamaterialet.

4.9 Overførbarhet

Overførbarhet er knyttet til at den forståelsen vi utvikler gjennom et enkelt prosjekt, også kan være relevant i andre situasjoner (Thagaard, 2018, s. 182). Et aktuelt spørsmål kan for eksempel være; Kan resultater fra dette forskningsprosjektet overføres til lignende fenomener? Spørsmålet innebærer i hvilken grad resultatene kan overføre kunnskap. I denne sammenheng må forskeren argumentere for hvorfor han/hennes forskning kan ha relevans i andre situasjoner. «En undersøkelses overførbarhet dreier seg om hvorvidt det lykkes en å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres» (Johannessen et al., 2016, s. 231). Med bakgrunn i dette argumenterer jeg for at mitt prosjekt har en viss overførbarhetsverdi. Det jeg finner vil sannsynligvis, ikke kun gjøres gjeldene for akuttpsykiatrien, men også ha relevans for psykisk helsevern mer generelt. Et annet argument for overføringsverdien av min studie er at det finnes relativt lite forskning om pasienter med etniske minoritetsbakgrunn, og særlig knyttet mot diskriminering. Dersom studien skal kunne brukes utenfor sin sammenheng, bør det være relevant og gi mening i møte med det nye. For slik jeg ser min forskning er jeg bevisst på at det informantene har fortalt om, baseres på deres subjektive forståelser og erfaringer som danner et grunnlag for mitt datamateriale.

4.10 Reliabilitet og validitet

Et grunnleggende spørsmål i de fleste forskning som blir gjort er datas pålitelighet. Reliabilitet, fra det engelske ordet *reliability* betyr pålitelighet (Johannessen et al., 2016, s. 36). Reliabilitet har med forskningsresultatets konsistens og troverdighet å gjøre (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). I min studie har jeg hatt ønske å formidle et sannferdig bilde av den virkeligheten jeg har studert. Det har betydd at jeg har stilt spørsmål til meg selv om en annen forsker ville ha kommet til samme resultat dersom samme metode hadde blitt anvendt. Dette har jeg prøvd på ved å beskrive detaljert hele forskningsprosessen. Videre har jeg reflektert og tenkt at det vil være naivt av meg å tro at jeg ikke er farget av min forforståelse og bakgrunn, og dette påvirker selvfølgelig prosjektet. Enda en faktor som avgjør forskningens troverdighet er, fortolkningselementet ved transkripsjonen. Nøyaktige skrevne ord i en utskrift kan uttrykke to helt forskjellige betydninger, fordi det er fortolkningen av orda som kan gi ulike betydninger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 212). Selv i min fortolkning kan utsagnene ha fått en annen betydning enn hva informantene formidlet, dette på grunn av fortolkningsprosessen som hele tiden er med. Jeg har lyttet til lydopptaket flere ganger for å unngå dette.

Validitet i kvalitativ forskning tar for seg hvor godt, eller relevant, dataene representerer fenomenet. I forskningslitteraturen stammer begrepet validitet fra det engelske ordet *validity*, som betyr gyldighet (Johannessen et. al, 2016, s. 66). Validitet stiller spørsmål ved om de tolkningene vi gjør, er gyldige i forhold til den virkeligheten vi har studert (Thagaard, 2018, s. 189). I min valideringsprosess vurderte jeg om informantene var mange nok til å kunne svare på forskningsspørsmålet mitt. Jeg kom frem til at de ga meg et bredt nok informasjonsgrunnlag til å studere min problemstilling. Det hadde vært imidlertid vært en fordel med enda flere deltakere for å få et enda bredere datamaterialet, og i et større prosjekt ville jeg derfor rekruttert flere informanter. Til tross for dette opplevde jeg at informantene bidro til å belyse på problemstillingen. Fra min side vurderte jeg informantenes erfaringer og tanker som et godt utgangspunkt for forskningsprosjektets problemstilling.

4.11 Forskningsetiske overveielser

Prosjektet er meldt og godkjent av norsk senter for forskningsdata (NSD) (Vedlegg 3). Etikk kommer inn i forskning på så mange måter, men aktualiseres spesielt sterkt innenfor samfunnsforskning fordi det berører enkeltmennesker og forhold mellom mennesker direkte. I all forskning må forskeren stille seg spørsmålet om hvorvidt og hvordan forskningen kan påvirke mennesker. På den andre siden er det også viktig at etiske hensyn ikke bidrar til at man unnlater å forske på temaer som er viktig å forske på, så lenge det er etisk forsvarlig opplegg å gjennomføre det på. Et godt eksempel på dette, er når det reises spørsmål om hvorvidt forskningsetiske retningslinjer er så strenge at man risikerer å forhindre viktig forskning som kunne forbedre barns helse og levekår (Johannessen et al., 2016, s. 85). I mitt prosjekt har opplysninger blitt behandlet konfidensielt, og alle informantene fikk på forhånd et tilsendt informasjonsskriv, samt et samtykkeskjema under intervjuene. Det er en rekke etiske betraktninger man må tenke på når man skal gjennomføre et prosjekt, og som forsker har man en etisk forpliktelse til å sette seg inn i forskningsetiske retningslinjer. Siden prosjektet primært rettet et blikk på psykisk helse blant ikke-vestlige innvandrere, gjorde jeg et etisk valg om å unnlate å registrere alder og opprinnelsesland slik at informanter ikke skulle kunne gjenkjennes. Grunnen til at jeg ikke sier noe om nasjonalitet, er fordi det eksisterer små og gjennomsiktige miljøer.

Jeg gjorde en rekke etiske overveielser i mitt prosjekt om mulige konsekvenser forskningen kunne få for andre mennesker. I begynnelsen av prosjektet tenkte jeg at det kunne vært interessant å intervju pasienter med minoritetsbakgrunn som fikk hjelp innen psykisk

helsevern, men jeg trakk ganske raskt en konklusjon om at jeg heller ønsket å belyse oppgaven fra et mer sosialfaglig ståsted. Dette førte til at jeg heller ville undersøke sosialarbeideres tanker og erfaringer på dette temaet. At jeg lot vær å intervju pasienter, kan ses på som en etisk overveielse jeg foretok. Denne vurderingen gjør at jeg bevisst på at pasienters egne erfaringer, tanker og opplevelser i møte med psykisk helsevern ikke blir synliggjort gjennom sosialarbeidernes fortellinger. En annen etisk overveielse var at en av informantene ba meg om å ta pause fra det som ble tatt opp på lydopptaket. Informanten opplevde at det var vanskelig å skulle formulere seg, og var usikker på hvordan visse ting kunne formuleres uten å trå feil. I denne situasjonen opplevde jeg at informanten fikk tenkt seg om i pausen, og jeg begynte å ta opp lyden igjen når informanten følte seg klar og mer komfortabel i intervjuet. I den avsluttende samtalen etter intervjuet snakket jeg og informanten om denne situasjonen. Det var viktig for meg å understreke at jeg ønsket at informanten skulle føle seg trygg, og bare dele det personen ønsket å dele. Jeg opplevde at tillit og respektfull atmosfære var en forutsetning for å få informanten til å åpne seg og fortelle, men også å få informasjon om det som var vesentlig for prosjektet mitt. Selvfølgelig innebærer det også å vise respekt for forskningsdeltakerens integritet.

Jeg har tatt hensyn til tre viktige etiske forskningsprinsipper: konfidensialitet, informert samtykke og konsekvenser av å delta i forskningsprosjektet (Thagaard, 2018, s. 22). Med utgangspunkt i disse vil jeg gjøre rede for hvordan jeg har tatt hensyn til forskningsetiske retningslinjer i min oppgave.

4.11.1 Konfidensialitet

I kvalitative forskningsintervju er kravet om konfidensialitet særlig viktig fordi forsker og informant møtes ansikt til ansikt (Dalen, 2011, s. 102). Det er viktig å bestrebe seg på å anonymisere informanten og identifiserbare opplysninger når funnene skal formidles og presenteres. I en intervjuetsetting må informanten føle seg trygg på at de opplysningene som kommer frem i løpet av intervjuet, blir behandlet fortrolig, og at de på et senere tidspunkt ikke skal føre tilbake til vedkommende. Jeg ivaretok kravet om konfidensialitet ved å informere informantene om at resultater fra prosjektet ville formidles i en anonymisert form. Et etisk dilemma forskere kan stå ovenfor er hensynet til å fremstille resultater slik at de virker troverdige i forhold til hensynet til informantens anonymitet. Andre dilemma kan være knyttet til ønske om å komme frem med viktige resultater og faren for å stigmatisere små og lett gjenkjennbare grupper. Med utgangspunkt i dette, viser det at vi hele tiden står ovenfor etiske

utfordringer. Det forskningsetikken lærte meg var at til syvende og sist må forskning underordne etiske prinsipper, det betyr at forskeren må bevare informantenes anonymitet noe jeg har tatt hensyn til.

4.11.2 Informert samtykke

«Informert samtykke skal sikre at deltakerne deltar frivillig og er så godt informert som overhodet mulig om hensikten med forskningen» (Nilssen, 2012, s. 145). Det er personopplysningsloven som stiller krav til samtykke. Ofte skjer dette ved at forskeren ber deltakeren om å signere et formular. Samtykket skal være en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra vedkommende det gjelder. Informert samtykke betyr at de som skal delta skal ha nødvendig opplysninger om undersøkelsen (Johannessen et al., 2016, s. 90).

I mitt prosjekt fikk alle informantene tildelt et samtykkeskjema, og de fikk tid til å se gjennom skjemaet før de signerte. Jeg formidlet at det var frivillig å delta, og at informantene kunne trekke seg når som helst i forskningsprosessen uten at det fikk noen konsekvenser for dem. Det er viktig å reflektere over hva et informert samtykke innebærer for de vi studerer. Et etisk dilemma er at informanter ikke vet på forhånd hva dataene vil gi og hvilke resultater vi vil komme frem til (Thagaard, 2018, s. 23). Å gi informantene en fullstendig informasjon om hva deltakelse i prosjektet innebærer, kan anses som utfordrende. Dette fordi personer som samtykker i å delta i prosjektet ikke vet hvordan forskeren vil analysere og tolke datamaterialet. Jeg har møtt denne utfordringen gjennom å etterstrebe nøyaktighet når jeg formidler mine resultater.

4.11.3 Konsekvenser av deltakelse i mitt forskningsprosjekt

Som kvalitative forskere bør man være klar over den risikoen vi utsetter informantene for når vi invitere dem til å delta i vår forskning. Det er ikke alltid like lett å se hvilke konsekvenser forskningen kan ha, og det kan være vanskelig å følge opp prinsippet om ikke å utsette forskningsdeltakerne for risiko (Thagaard, 2009, referert i Nilssen 2012, s. 148). På forhånd hadde jeg reflektert over mulige konsekvenser deltakelse kunne ha for mine informanter. Jeg var klar over at forskning både kan påføre skade og merbelastning, men også bringe fordeler. Som tidligere nevnt unnlot jeg å intervju pasienter, fordi de representerer en sårbargruppe. Dersom noen strevde med psykiske lidelser eller hadde vært utsatt for traumatiske opplevelser kunne en eventuell deltakelse sette i gang reaksjon eller vekke følelser jeg som forsker ikke ville ha vært forberedt på eller kunne ivareta. Jeg følte jeg tok en

etisk forsvarlig vurdering, ved å heller intervju profesjonsutøvere. Det er forskerens ansvar å reflektere over mulige konsekvenser, og jeg var bevisst på at profesjonsutøvere også settes i risiko når jeg inviterte dem til å delta, men jeg forsikret meg at deres anonymitet ble bevart. Jeg fikk inntrykk av at informantene syntes det var spennende å bli intervjuet. Med noen av informantene hadde jeg en avsluttende samtale etter intervjuet, og de ga tilbakemelding om at noen av spørsmålene fikk dem til å tenke. For eksempel hva sosialfaglig kompetanse innebærer for dem og hvordan kompetansen blir brukt i arbeid med etniske minoriteter i psykisk helsevern. Informantene fortalte om de mange tattforgitthetene som er lett å glemme, men som intervjuet minnet dem om.

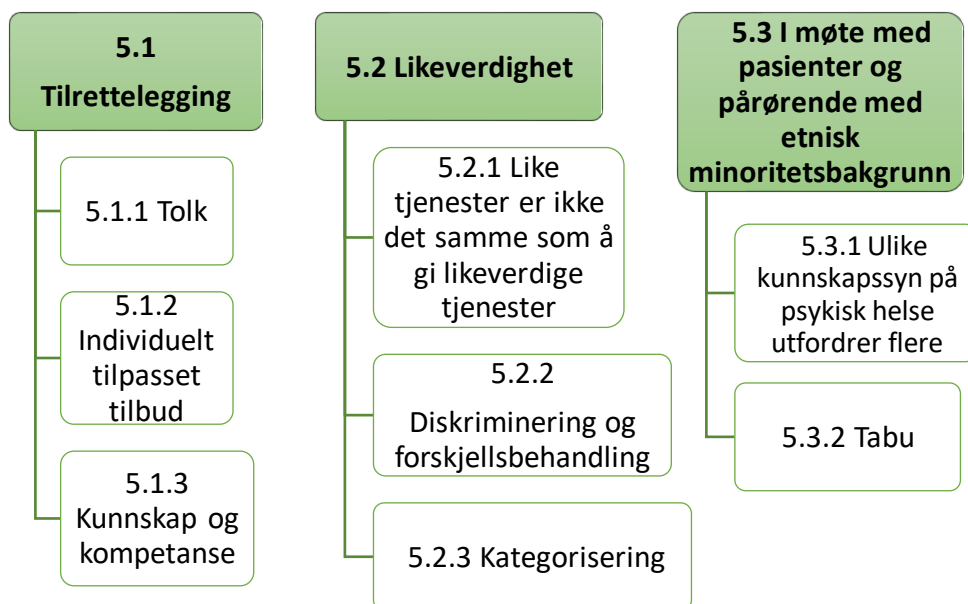
Metodekapittelet viser hvor viktig det er å tilegne seg metode, ikke bare for å gjøre forskning, men også for å forholde seg kritisk til forskningsresultatene. Jeg står igjen med at mye handler om å se i lys av vitenskapelig krav, men også i møter mellom mennesker.

Kapittel 5: Presentasjon og analyse av empiriske data

I dette kapittelet presenterer jeg empiriske data som bidrar til å svare på problemstillingen: «Hvordan kan vi fra et sosialfaglig ståsted møte og tilrettelegge for etniske minoriteter i psykisk helsevern?». Det empiriske datamaterialet vil bli presentert i form av sitater, for å gi leseren opplevelse av nærhet til datamaterialet.

Informantene er ikke gitt fiktive navn, men er gitt nummer. Alle informantene unntatt informant 3 er utdannet sosionom, informanten er utdannet sykepleier. Dette bidrar til noe ulik profesjonsbakgrunn og arbeidserfaring. Informantene med sosialfaglig bakgrunn har jobbet med minoriteter i barneverntjenesten og NAV, før de begynte i akuttpsykiatrien. Fellestrekket for alle informantene er at de er etniske norske, og er i alderen 30 til 50 år. To av informantene er menn og de tre andre er kvinner. Jeg presenterer informantene fordi dette kan gi en større nærhet til datamaterialet. I figur 1 gir jeg en oversikt over kategoriene som er mine tre hovedtema: 5.1 Tilrettelegging, 5.2 Likeverdighet og 5.3 I møte med pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn: Hovedtemaene har også undertemaer, slik du ser her:

Figur 1: Temaene i analysen



5.1 Tilrettelegging

Et av hovedmålene med prosjektet var å undersøke hvordan ansatte i psykiatrien tilrettela for at etniske minoriteter kunne nyttiggjøre seg av tilbud innenfor psykisk helsevern. For meg var det vesentlig å finne ut noe om informantenes erfaring knyttet til bruk av tolk, individtilpasset

tilbud og kunnskap og kompetanseutvikling hos ansatte, slik at de å kunne være i stand til å gi tilfredsstillende og likeverdige tjenester til pasienter med minoritetsbakgrunn.

5.1.1 Tolk

Informantene sa at tolk kunne være avgjørende når helsepersonell og pasient ikke hadde et felles språk. Selv pasienter med noen norskkunnskaper kunne ha behov for språklig bistand når det dreide seg om kompliserte samtaler, fordi de var i en vanskelig og sårbar situasjon der det kunne være vanskeligere å kommunisere på et språk de ikke behersket like godt som opprinnessspråket. Alle informantene sa at de brukte ofte tolk, men hadde forskjellige erfaringer. Flere hadde gode erfaringer med oppmøtetolk, mens telefontolk ofte ble en ekstra utfordring. De sa også at mye av den kommunikasjonen som skjer gjennom kroppsspråk mister de ved telefontolk. De anså kroppslig kommunikasjon som svært nyttig, og kunne nyansere det som ble sagt slik at det ble enklere å unngå misforståelser med pasienter og pårørende.

Informant 1 sier følgende om tolk:

Generelt på avdelingen brukes det ofte tolk, og det er åpenbart viktig for at pasienten skal forstå hva som skjer, pasienten skal ha informasjon om de rettighetene man har. Når jeg sier rettigheter snakker jeg først og fremst om klagerettigheter, klage på innleggelse på tvang eller klage på opprett av tvang.

Informant 3 sier følgende:

I alle største grad har jeg en positiv erfaring med tolk. Det hender av og til at tolken kanskje ikke er helt objektiv. For eksempel at noe blir sagt som jeg har sett at pasienten reagerer på, og pasienten blir redd for at tolken kjenner familien. (...) Det er nok en utfordring å snakke om psykisk helse generelt, noen ord og begreper kan vanskeliggjøre å formidle seg, slik at pasienten forstår budskapet. Eller at tolken har vanskeligheter med å finne de riktige ordene, som fagterminologier.

Informant 1 og 3 forteller at de har positive erfaringer med tolk. Samtidig er utfordringen med tolk, at tolken enkelte ganger ikke klarer å være objektive og skaper redsel hos pasienter. I noen situasjoner erfarte informantene at pasienter var livredde for tolken som skulle komme, dersom dette var en person de hadde kjennskap til. Sitatet fra informant 3 gir et innblikk i

hans erfaring med tolkede samtaler. Informanten sier at han legger merke til redselen gjennom pasientens kroppsspråk og atferd, og kjenner når noe føles feil. Hva som blir sagt kan være utrygt fordi man ikke vet hva som blir tolket. Det informant 3 snakker om kan ha sammenheng med tolker som ikke tolker alt som sies, og at tolken noen ganger tillegger eller utelater informasjon.

Informant 4 sier:

(...) Vi er opptatt av språk, være tydelig nok og at det skal være godt tilrettelagt, fordi vi ønsker at de skal forstå. Derfor bruker vi tolk.

Informantene er enige om at tolk er et viktig virkemiddel for å tilrettelegge for at man forstår hverandre. I spesialhelsetjenesten kan det særlig være vanskelig å forstå medisinsk informasjon som legen eller psykologen kommer med, fordi de bruker et mer avansert og komplisert språk enn det vi ellers bruker i hverdagen. Mange temaer er vanskelige nok å snakke om når vi behersker språket godt, men å skulle fortelle om psykiske lidelser, helse og forhold som kanskje kan oppleves som skamfullt eller vondt å snakke om, på et språk hvor du ikke har så godt ordforråd, kan oppleves uoverkommelig. En av informantene sa at når pasienten er psykisk syk, kan språket gjøre situasjonen enda vanskeligere.

Informantene erfarte i akutte situasjoner, hvor det ikke var tid eller mulighet til å innkalle tolk, at ansatte fra andre avdelinger som hadde samme språk som pasienten ble benyttet for å gi og få nødvendig informasjon. Dette var unntaksvis, men informantene sa at de opplevde det som fint å ha kollegaer som kunne flere språk. Informant 2 sa det var ganske enestående å ha kollegaer som kunne andre språk, fordi de kunne hjelpe med å formidle informasjon om det som skjer med pasienten. Hun sa videre det er nødvendig med en mangfoldig ansattgruppe for å lære av hverandre, og særlig i slike akutte situasjoner hvor man er avhengig av å gi eller få informasjon raskt. Flere ga uttrykk for at mangelen på kvalifiserte tolker kunne være et gjennomgående problem, fordi man er avhengig av tolk for å gi god behandling. I akuttpsykiatrien jeg studerte, brukte de kun kvalifiserte tolker og forklarte at dette var for å sikre kvalitet på tjenestene og rettsikkerheten.

Flertallet av informantene gir også uttrykk for at fagterminologier profesjonsutøvere bruker vanskeliggjør samtalene mellom behandler og pasient. I slike situasjoner har det vært viktig å benytte seg av tolk, men enkelte ganger erfarer informantene også at tolken har vanskeligheter

med å tolke noen av fagterminologiene i psykiatrien. Informantene sier at det kan være på grunn av tolkens manglende kjennskap til medisinske ord og uttrykk eller fordi terminologiene ikke eksisterer på språket som skal oversettes.

Informant 5 avrunder med å si:

Nå bruker ikke jeg de mest avanserte ordene, det er heller psykologene og legene som gjør dette. Hvis jeg skulle fortalt om hva en barnesamtale ville ha gått ut på, så bruker jeg enklere ord for eksempel at vi snakker om følelser, å være sliten i tankene osv. Det er mye lettere å oversette enn paranoid schizofreni.

5.1.2 Individuelt tilpasset tilbud

Informantene mine understreket at det var viktig å jobbe med individet. Mange av pasientene i akuttpsykiatrien har sammensatte problemer, og informantene poengterte viktigheten med å se hele menneske for å kunne forstå individets situasjon. Informantene nevnte at det å arbeide på et individnivå betydde å forstå pasientens behov, og tilrettelegge for endringer i pasientens livssituasjon. Når sosionomene utdyper sine arbeidsoppgaver og hvordan de tilrettelegger for å gi et individuelt tilpasset tilbud, virket det som de implisitt snakker om helhetsperspektivet, gjennom deres skildringer av hvor viktig det er å få oversikt over pasientens livsbetingelser.

Informant 2 sier dette om individtilpasset tilbud:

Altså for det første så er jo alle pasienter ulike, uavhengig av kultur og etnisk bakgrunn. Så det betyr at kartlegging handler om individet, jeg er nødt til å se individet rent sosialfaglig sett som en del av en kontekst i en eller annen sammenheng. (...) Kartlegging går så lite som hvilket språk snakker du? Hva gjør du i livet? Hvem er dine nærkontakter?

Flere var enige om at man må jobbe på et individnivå, slik at pasienter blir møtt der de er.

Informant 5 fortalte at sosionomene i akuttpsykiatrien var flinke til dette, og tilføyde at sosionomene var viktige bidragsytere i spesialhelsetjenesten, fordi de hjalp mennesker med sosiale problemer på ulike nivåer, og ikke bare individnivået, og hun sa:

Vi jobber mye opp mot boligproblematikk, økonomiske utfordringer, pårørende arbeid og har NAV som samarbeidspartner. I tillegg er vi barneansvarlige så vi har kontakt med barnverntjenesten og foreldre.

Flere ganger trakk informantene frem at det opplevdes som nyttig å ha sosialfaglig bakgrunn i akuttpsykiatrien. Flere av sosionomene hadde arbeidsoppgaver rettet mot bolig og økonomi, i tillegg til familie- og pårørendearbeid. Sosionomene virket svært opptatt av å få frem at sosiale forhold måtte undersøkes for å få innsikt i hvilke risikofaktorer pasientene var eksponert for, for så videre å vurdere helheten og kompleksiteten i problemene pasientene måtte ha. Dersom de vurdert at det var nødvendig å samarbeide med andre instanser for å bedre pasientens psykiske helse, gjorde de dette. Jeg synes det var interessant hvordan sosionomene trakk inn det sosialfaglige i forbindelse med helse, og dette fikk meg til å reflektere over at det ofte ikke er ett problem pasienten har, men et komplekst sett av økonomiske, helsemessige og arbeidsmessige utfordringer som er vevd sammen og blir til et stort problem, som påvirker psykisk helse. Det er altså mange forhold som forverrer psyken. Hos pasienter med minoritetsbakgrunn sier informantene at integrering eller marginalisering i samfunnet ofte også trigger en innleggelse.

Informant 1 sier det ikke lar seg gjøre å tilrettelegge alt for mye i akuttpsykiatrien for pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn. Det er mye som skjer på kort tid og pasienter sluses gjennom «for å si det sånn på en fæl måte», sier han. I likhet med informant 3, mener han likevel at man må forsøke å gjøre de små tingene. For eksempel å sette en mannlig/kvinnelig miljøkontakt dersom pasienten ønsker dette, legge til rette for mat, kosthold etc. De jobber for å tilrettelegge tjenester for hver enkelt pasient, ikke bare pasienter med minoritetsbakgrunn, men for alle pasienter på et individuelt grunnlag. Flere av informantene trakk også frem religion som vesentlig kategori, og mente hadde stor betydning for pasientene.

Jeg respekterer når andre folk har en annen tro, en annen bakgrunn. Jeg har opplevd at pasienter sitter på rommet sitt og ber. Jeg har med jevnlig mellomrom gått inn i rommene på grunn av tilsyn og fare for suicidalitet, men jeg har alltid respektert og gått inn med forsiktig tilnærming. (Informant 3).

Som helsepersonell forholdt de seg nøytral til religion, men de opplevde at religion betydde mye for enkelte pasienter, og at religion ga dem støtte og trøst i en vanskelig periode i livet. En av informantene sa at pasientene opplevde de ble sett når helsepersonell respekterte og ga dem anledning til å praktisere sin religion.

I intervjuet ble det trukket frem at det er alltid viktig å undersøke situasjonen til de pårørende, særlig er det viktig å undersøke om pasienten har barn som pårørende, slik at de kan følge barna på en god måte.

Vi har faktisk mye pårørende arbeid. Det er mange barn som er pårørende, og det er ofte vanskelig å komme i posisjon. Hvorfor dukker ikke barn opp i familier med innvandrerbakgrunn? (Informant 4).

Sosionomene var svært opptatt av barnas situasjon. De erfarte at i noen familier var det vanlig å snakke om følelser, mens andre familier snakket lite om hvordan man hadde det.

Informantene sa at de alltid respekterte familieklulturene, samtidig syntes de det var vanskelig med problematikken rundt pårørende arbeid hos pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn, fordi barna ikke dukket opp på samtaler eller tilbudene som ble gitt. Sosionomene sa at det virket som om noen foreldre ønsket å skyve bort problemene, og ikke ville at barna skulle vite noe om deres psykiske helse. Som barneansvarlige opplevde sosionomene at noen foreldre hadde mentaliteten «det barn ikke vet, det har de ikke vondt av å vite», noe de syntes var feil fordi barn har behov for å vite hva som skjer med mor eller far. Flere sa de har en sterk tro på at barn trenger informasjon for å ikke bekymre seg unødige, men også for å få lov til å være barn. Sosionomene opplevde pårørendearbeid med minoritetsfamilier som et dilemma, fordi barn har rett og behov for å vite hva som skjer med foreldrene deres som ligger på sykehuset, selvsagt med tilpasset informasjon. Samtidig som de må respektere foreldrenes ønske om ikke å involvere barna.

5.1.3 Kunnskap og kompetanse

Jeg tror at vi har godt av å lære mer. Om ikke kursing, invitere forskjellige folk for pasientene som har erfaring med minoritetsarbeid og psykisk helse. Det hadde vært kjempefint å invitere noen som har vært i kontakt med psykisk helsevern, som kunne fortalt om sine erfaringer, hvordan de ble bedre, hva som funka. Rett og slett få inn erfaringskonsulenter. (Informant 4).

Alle var enige om at et faglig kunnskapsløft var nødvendig for å møte pasientene på en god måte. Informantene så at økt kunnskap om etniske minoriteter, deres kultur, levesett og holdninger var viktig. De kom med forslag til kunnskap og kompetanse de selv ønsket. Flere påpekte at man må ha forståelse for at andres bakgrunn, er forskjellig fra deres. Informant 2 understreket: «Det er verdt å merke seg at man må jobbe med seg selv, før man kan hjelpe

andre». Hun er inne på at kompetanse ikke bare dreier seg om å tilegne seg kunnskap, men at kunnskap også fordrer refleksjon over egne holdninger, hvordan en oppfatter, forstår og utvikler toleranse for andres levemåter og forskjelligheter. Dette kan tolkes som at mangelfull refleksjon kan føre til at profesjonsutøvere vektlegger enkelte dimensjoner ved sine pasienters liv på bekostning av andre.

Flere av mine informanter ønsket kulturell kompetanseheving, fordi det ble sett som viktig på veien til å oppnå likeverdige tjenester. Informantene vurderte kulturkompetanse som et godt verktøy for ansatte i akuttpsykiatrien, uansett etnisk bakgrunn. Flere påpekte også at ansatte med flerkulturell bakgrunn hadde en fordel, dersom de hadde samme språk og kultur som pasienten. Disse ble sett som viktige medspillere, som kunne være med å gi individuell tilrettelegging for pasienter med minoritetsbakgrunn. De ble beskrevet som brobyggere; et bindeledd mellom hjelpeapparatet og pasienten. Ansatte med flerkulturell bakgrunn kunne dessuten bidra til økt bevissthet og kunnskap om ulike kulturer, sa informantene.

Selvfølgelig skulle jeg ønske man hadde mer kulturell forståelse, eller burde hatt det tenker jeg. Vi prøver jo å bygge relasjoner med pasientene, stressende pasienter og pårørende, og da pleier jeg å jobbe med de som har kunnskap eller kjenner til kulturen sier informant 4.

En av sosionomene sier at det er viktig man hele tiden aktivt fornyer kunnskap, og ikke tenker at «dette har jeg lært tidligere». Dette innebærer at man tør å være åpen for ny kunnskap, «sånn er livet og sånn er jo samfunnet» sier sosionomen. Informant 3 som er sykepleier er enig i dette, og tillegger at et stort savn for han og flere er kulturkompetanse:

Det er bare én gang gjennom de årene jeg har jobbet her, at det var en som skulle undervise litt om kulturkompetanse. Det har ikke vært kjempe mye fokus på denne kompetansen.

Sykepleieren mener på lik linje med andre informanter at det trengs mer kulturkompetanse og kompetanseheving i spesialhelsetjenesten, og å styrke kulturkompetansen hos de ansatte. En informant understreker at problemet ikke er at kultur brukes for å forstå etniske minoriteters handlingsvalg og levemåte, men problemet er at kultur enkelte ganger kan brukes statisk. Dette kan føre til at man ikke ser klienten på egne premisser. Videre kan det utarte til å bli en form for essensialisering hvor grupper blir tillagt egenskaper på grunn av deres kultur og

identitet. Både informant 2 og 4 fortalte at de antok at det ville være en mulighet å styrke holdningsskapende og kompetansehevende arbeid ved å få inn erfaringskonsulent. Informant 4 sa følgende:

Vi skulle gjerne hatt både pårørende og pasienter som er erfaringskonsulenter, som kan gi tilbakemelding. Som vi har vært inne på tidligere, kan jeg tenke meg at de også kan gi kunnskap om pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn.

Alle informantene sier at sosialfaglig kompetanse er kjempeviktig i spesialhelsetjenesten, og at denne må tydeliggjøres. Sykepleieren ser også nytt av sosialfaglig kompetanse, først og fremst fordi den setter søkelys på mennesket som en del av en større helhet og styrker forebyggende psykisk helsearbeid. En av informantene sa «*det holder ikke bare med den biomedisinske modellen, vi må trekke inn det sosialfaglige*». Det kan tyde på at det er vanskelig å bevege seg bort ifra den biomedisinske modellen i psykiatrien, men flere av sosionomene legger lite skjul på at deres sosialfaglige blikk er viktig bidrag, fordi det fokuserer på sosial kontekst.

5.2 Likeverdighet

Det slås fast i pasientrettighetsloven at helsesystemet skal yte likeverdige helsetjenester til alle uansett bakgrunn (Hjelde, 2013, s. 181). Med dette menes at helsetjenesten skal yte tilpassende helsetjenester til den enkelte pasient, uavhengig av etnisitet. For mine informanter betydde likeverdighet i akuttpsykiatrien at tjenester skulle gis på en slik måte at ulike befolkningsgrupper skulle ha lik mulighet til å nyttiggjøre seg av tjenestene. Resultatlikhet var et begrep som ble trukket inn her. Undertemaene jeg kommer inn på i det følgende er: Like tjenester er ikke det samme som å gi likeverdige tjenester, diskriminering og forskjellsbehandling, og generalisering og kategorisering.

5.2.1 Like tjenester er ikke det samme som å gi likeverdige tjenester

Da jeg spurte informantene hva det vil si å gi et likeverdig helsetilbud, svarte informant 1 følgende:

Jeg tenker jo det handler om at alle, uavhengig av hvem man er og bakgrunn skal ha tilgang på de samme godene og mulighetene.

Utsagnet beskriver hva informanten anser som likeverdighet, og sier videre at spesialhelsetjenesten må tilnærme seg pasienter med innvandrerbakgrunn på akkurat samme måte som andre pasienter, med respekt og omsorg. Denne informanten kom også med forslag til hvordan man kan oppnå likeverdighet, og trakk frem nøkkelordene som: respekt, tilpasset tilbud, åpenhet, godt informasjonsmateriale på flere språk, og det å se de små mellommenneskelige relasjonene.

Informant 2 gir uttrykk for mye av det samme, og sier:

Det er nettopp dette med å gå inn på individet. Likeverdighet handler om hvordan det enkelte individet blir møtt med respekt. Så for meg handler det at man er stadig selvkritisk og stiller spørsmålstegn ved det man driver med. Har man reflektert som man skal, som profesjonell yrkesutøver? (...) Jeg synes det er vanskelig å si det med likeverdighet, fordi noen har behov for fire personer døgnet rundt, mens andre er selvstendige og ganske friske og klarer å ordne ting selv. Så likeverdighet går ikke på mengde eller intensitet i behandling, men i forhold til respekt og mål om å bistå til det bedre.

Informanten sier at tjenestene må være tilpasset pasientene. Like tjenester er nødvendigvis ikke det samme som likeverdige tjenester, fordi mennesker har ulike behov. Informanten skildrer det fint når hun sier at likeverdige tjenester ikke handler om «mengde» og hva du får, men om hva som er bra i din situasjon og vise respekt i arbeidet med å bistå personen til å bli friskere.

Flere forteller at det vi tidligere har vært inne på som; tolk, individtilpasset tilbud og kulturkompetanse kan ha betydning for å kunne gi likeverdige helsetjenester til pasienter med minoritetsbakgrunn. Informantene poengterer at dersom vi skal ha et inkluderende og likeverdig samfunn må vi jobbe for å hindre ekskludering slik at tjenestene og tilbudene virker etter sin hensikt. «Mange jeg har møtt her på akuttpsykiatrien har opplevd krig, og kommer fra krigsherjet områder», sier informant 3. I tillegg til traumatiske hendelser opplever pasientene andre forhold som påvirker deres psykiske helse, som økonomi, integrering og diskriminering i samfunnet. Avslutningsvis sa sykepleieren noe som fikk meg til å reflektere videre; «er det ikke på sin plass at vi profesjonsutøvere forebygger automatiserte og ubevisste handlinger, tanker og følelser som uheldigvis påvirker pasienters livskvalitet».

5.2.2 Diskriminering og forskjellsbehandling

Flere av informantene kunne forestille seg hvordan pasienter med minoritetsbakgrunn opplevde barrierer i møte med helsevesenet. Jeg undersøkte hvorvidt diskriminering og forskjellsbehandling forekommer i akuttpsykiatrien, fordi dette dessverre påvirker livsbetingelsene for mange mennesker, og preger deres psykiske helse. Da jeg spurte informant 4 om pasienter med innvandrerbakgrunn hadde fortalt om forskjellsbehandling i akuttpsykiatrien, svarte hun:

Nei, men jeg tror det handler litt om konteksten mer. Mhm. Hadde det vært et lengre behandlingsforløp, så tror jeg kanskje at vi hadde kommet inn på sånne typer samtaler.

Informantene sa at fåtallet av pasientene med minoritetsbakgrunn har fortalt at de har blitt forskjellsbehandlet, og at det snakkes lite om diskriminering i psykiatrien. En av informantene sier at konsekvensen av diskriminering kan fremstå som selvsagt, men at det er likevel ikke nødvendigvis et uttalt tema i spesialhelsetjenesten. Også i akuttpsykiatrien virker det som om det snakkes lite om diskriminering, og at dette kan skyldes det korte behandlingsforløpet. To av informantene trekker inn at dersom vi hadde vært på DPS hadde det kanskje falt mer naturlig å snakke om dette. Da jeg spurte informant 5 om pasienter med minoritetsbakgrunn hadde fortalt om forskjellsbehandling i akuttpsykiatrien svarte hun følgende:

Det er et godt spørsmål, der må jeg tenke litt faktisk. Jeg tror faktisk ikke, så vidt jeg husker at noen har fortalt meg at de har blitt forskjellsbehandlet. Ehm, de klager ofte på forskjellsbehandling i NAV. Men nå vet jeg ikke, det kan godt hende at de ikke vil si det til meg, men pasientene pleier som regel ikke ha noen problemer med å si ifra om negative ting. Jeg klarer ikke å komme på noe akkurat nå.

På tross av at informantene opplevde lite snakk om diskriminering, mente de likevel kunnskap om diskriminering er viktig. De hadde forståelse for at pasienter kunne oppleve systematisk diskriminering og diskriminering ellers i dagliglivet:

Kunnskap om diskriminering er selvfølgelig viktig, kjempeviktig. (Informant 4).

Det er viktig at vi har større fokus på diskriminering og forskjellsbehandling. Det er mange andre instanser og områder der pasientene føler at de blir diskriminert. Det

skjer sikkert her også, innenfor psykiatrien og somatikken og overalt. Det kan handle om at man ikke føler seg forstått godt nok, at behandleren ikke forstår deg godt nok og ikke klarer å gi deg godt nok tilbud. (Informant 5).

Da jeg stilte spørsmål om hvordan man kan forebygge diskriminering, sa informant 5 at flere burde hindre at psykiatriske pasienter skal måtte slite for å gjøre seg forstått i situasjoner der tolk ikke har vært til stede:

Nå vet ikke jeg helt, men veldig ofte får jeg inntrykk av at man prøver seg uten tolk for å se ikke sant. Men kanskje skulle det vært pålagt med tolk fra første setning omtrent for å unngå misforståelse, som igjen skaper noe. For det gjør noe med relasjonen, første inntrykket er viktig her også.

Informanten sier at det kan være diskriminerende å ikke tilrettelegge for tolk, og at folk derfor kan bli diskriminert uten at dette var en intensjon hos den ansatte. Hun mener flere bør tørre å snakke åpent om diskriminering. Flere er enige i dette og sier at det første steget er å snakke om temaet, og at det er viktig å være åpen for at alle en møter kan ha opplevd diskriminering og forskjellsbehandling. Noen av informantene sier også at det er viktig å anerkjenne pasientens egne opplevelser, og ikke bagatellisere eller snakke vekk slike erfaringer. Skal man kunne møte pasienter på en likeverdig måte, inkluderer det å ta opp tema som diskriminering for å kunne redusere sosial eksklusjon og marginalisering av mennesker med psykiske helseproblemer.

5.2.3 Generalisering og kategorisering

Et viktig anliggende i arbeid med pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn er å reflektere, sier flere av informantene. For at mennesker med minoritetsbakgrunn ikke skal bli generalisert og usynliggjort som individer, er det viktig at pasientene ikke blir sett på som en representant for sin gruppe eller kultur, påpeker informantene. En av informantene sier at det er lett å lage slike generaliseringer dersom man har lite erfaring med minoritetsarbeid. Et godt utgangspunkt vil derfor være å bli seg bevisst sin manglende bevissthet, og hvilke kategorier som brukes om pasienter. Informanten har erfaring med å jobbe med minoritetsarbeid gjennom flere år, men poengterer likevel at hun og andre kollegaer ikke har grunnlag for å si noe om hvordan enkelt mennesker i en gitt kultur eller land er. Det hun uttrykker kan gi et bilde av hvor viktig det er å ha økt bevissthet om hva som hindrer oss fra å møte pasienter med et åpent sinn på en likeverdig måte. Ikke bare hun, men også flere andre understreker at

det er nødvendig med økt bevissthet rundt sitt eget kunnskapsgrunnlag og praksis når man jobber med andre mennesker.

Informant 1 sier følgende om holdninger:

Her på jobben tror jeg man er ganske fri for fordommer. I og med at man har erfaring med en så bred pasientgruppe, alle typer mennesker kommer inn uavhengig av kulturell bakgrunn, alder og kjønn. Vi har også såpass bred sammensetting av ansatte som gjenspeiler pasientgruppen, og det er fint.

I flere av intervjuene ble kategorisering trukket frem. Mye av det de trakk fram var rettet mot hvordan individer kan oppfattes og behandles som representant for en kategori, snarere enn som selvstendige individer. Flere mente bevisstgjøring av hvordan de kategoriserer var svært viktig, fordi det kan føre til at folk ikke får samme tilgang til tjenester. Pasientene får ikke de samme tilgangene til tjenestene, dersom folk blir påvirket av ulike fremstillinger av en kultur, sa en av informantene. Flere mente at man bør reflektere og være villige til å utfordre de bildene man har i hode når man møter noe som er ukjent. Informant 2 snakker slikt om konsekvens av kategorisering:

Det er leit å si det, men det virker som folk som har en annen kultur vet at de kommer til å bli puttet i en bås. «Du er derifra, og du opplever kanskje dette», individet forsvinner i personens fordommer eller generaliseringer. Altså i stedet for å være et subjekt, blir man plassert inn i en kategori hvor millioner av mennesker har det samme felleskapet som deg, punktum. Kategorisering er farlig.

Informant 4 beskriver en hendelse som belyser konsekvensen av kategorisering:

Det var en gang det kom en kjempedeprimert kvinne fra et annet land, enda vi ikke hadde snakket med pårørende hadde man kategorisert at hun sikkert er hjemmeværende, flerbarns mor, og far jobber sikkert som taxisjåfør. Du hopper fra ledd, og det viser seg at det er en superradikal kvinne som jobber på universitetet. Så litt farlig er det å kategorisere.

Informant 5 sier følgende som utfyller dette:

Ehm, kategorisering kan virkelig være ødeleggende for videre behandling og oppfølging. Ja det har kjempe mye å si om vi reflekterer over det vi gjør, derfor er det viktig å unngå dette for alt det har vært.

Det informantene trekker frem og som gjennomgående illustreres i sitatene ovenfor, er hvordan kategorisering og generalisering gjør at individer forsvinner inn i kategoriene. De fleste har en felles forståelse av at kategorisering kan være farlig, fordi man ser andre som grunnleggende forskjellige fra seg selv og at man betrakter enkeltindivider som en representant for en gruppe. Samtidig hevder to av informantene at kategorisering er en del av menneskets natur, derfor faller det naturlig å kategorisere mennesker ved første møte.

5.3 I møte med pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn

Ved å fokusere på og belyse informantenes erfaringer fra ulike sammenhenger ønsker jeg å vise utfordringer de står ovenfor i arbeid med pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn, og videre hva de mener kan forbedres framover. Informantenes bidrag understreker verdifulle momenter og deres utfordringer peker mot hvordan forskjellige kunnskapssyn på psykisk helse utfordrer, tabu i minoritetsgrupper når det gjelder psykiske problemer og utfordringer når det gjelder å tilby likeverdige tjenester kan utfordre arbeidet.

5.3.1 Ulike kunnskapssyn på psykisk helse utfordrer

I flere av intervjuene kom det frem at informantene erfarte at det var liten kunnskap om psykisk helse blant pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn. Informant 1 opplever det slik:

De fleste pasientene har en forståelse om hva psykisk helse er, men jeg har vel opplevd flere ganger, ikke bare meg selv men også andre rundt meg at pårørende har lite forståelse for psykisk helse.

Informant 2 supplerer med å si dette:

Det er ikke sånn at folk ikke ønsker å få kjennskap til det, men problemet er hvordan psykisk helse er et uutalt fenomen i mange kulturer.

Ifølge informantene utfordrer kunnskapsnivået noe av arbeidet. En årsak til dette er ifølge informantene at begrepet psykisk helse og lidelse ikke eksisterer i mange kulturer. Informant 2 sier det slikt:

Enkelte land har ikke noen ord for psykiske lidelser. Ikke ord for depresjon, ikke ord for psykose. Det er rett og slett ikke eksisterende eller ikke uttalte fenomener. I andre kulturer har jeg også bli fortalt at å slite med psyken oppleves som skamfullt, en skam som er så sterk knyttet til det å være gal.

Som man ser sier informantene at flere med minoritetsbakgrunn har lite kunnskap om psykisk helse, noe som kan skyldes at det ikke finnes benevnelser eller begreper på psykiske lidelser. Dette kan medføre til noe mindre forståelse for psykisk helse. Informantene mener at mangel på kunnskap om psykisk helse kan ha sammenheng med at man ikke vet så mye om psykisk helse. Dersom begrepet psykisk helse ikke eksisterer, er det ikke rart at noen ikke snakker åpent om psykisk helse og ikke har noe særlig kunnskap om det, sier en av informantene. Flere presiserer at det å slite psykisk omtales som å være «gal» i noen minoritetsgrupper, og da bør man kanskje vise forståelse for at kunnskap om psykisk helse ikke er den samme som i den vestlige verden. Mennesker er farget av den kulturen de lever i, og det kan tenkes at kultur også har vært med på å forme deres forståelse av psykisk helse.

Informantene forteller at pasienter og behandlere i akuttpsykiatrien enkelte ganger har blitt etnisk matchet, både for å tilrettelegge for pasientene, men også for å utnytte de ressursene som allerede er til stedet ved sykehuset. Informant 2 sa det kan være enkelt å tro at etnisk matching vil gjøre kommunikasjonen og samhandlingen enklere, på grunn av fellestrekk i språk og kultur, men at det ikke alltid er slik. Hun forteller om en situasjon der en overlege opplevde å bli totalt avvist av pasienten, til tross for samme kulturelle bakgrunn. Hun trodde også selv at kulturelle likheter ville gjøre samhandlingen enklere, noe det ikke gjorde. Informanten sa videre at vi bør ikke ta for gitt, at bare fordi folk har samme språk og kulturelle bakgrunn, vil dette gjøre samhandlingen og behandlingsforløpet enklere. Det informantene sier kan vise at etnisk matching i noen tilfeller ikke gir et positivt utbytte. Andre informanter forteller imidlertid om situasjoner der etnisk matching har bidratt til bedre kontakt og behandlingsforløp for pasienter og pårørende, som har fått bedre forståelse for psykisk helse.

5.3.2 Tabu

Alle informantene fortalte at de opplevde psykisk helse som tabu blant de aller fleste pasienter. At psykiske problemer kan være mer tabubelagt blant minoriteter synliggjøres særlig når de er i dialog med pårørende. De er usikre på hva grunnen til dette er. En forteller det hender at familier med minoritetsbakgrunn sier de ikke ønsker at andre skal vite at de sliter psykisk, fordi de frykter sladder og rykter i sine minoritetsmiljøer. Informant 2 sier:

Ja, ja, ja. I enkelte kulturer er det klart tabubelagt og så stort skam knyttet til psykisk helse.

Informant 3 har en annen oppfatning:

I mye mindre grad er psykisk helse tabubelagt syns jeg. Jeg syns samfunnet har blitt flinkere til åpenhet om psykisk helse, så det er mye mer åpenhet og mer akseptabelt. Jeg vet jo at hos enkelte kvinner og menn fra andre land jeg har vært borti, er det fremdeles veldig tabubelagt å være psykisk syk, men igjen det har blitt bedre de siste årene.

En utfordring to av informantene opplevde når pasienter med alvorlig psykiske lidelser hadde en sterk forhøyet selvmordsrisiko, var at pårørende hadde lite forståelse for hvorfor personen ønsket å begå selvmord eller hadde selvmordstanker.

Det er mange mennesker som kommer inn hit i akuttpsykiatrien som er suicidale og innlegges med spørsmål om suicidalitet hvor det er fare for å ta eget liv, og da kan man oppleve at det blir krasj noen ganger fordi det er forbudt å ta selvmord i religionen de tilhører. Man havner jo i de situasjonene hvor man kanskje møter mindre forståelse av psykisk helse. Min erfaring er at dette ofte skjer i forhold til pårørende som ikke viser forståelse. (Informant 1).

Det informant 1 erfarer kan handle om at pårørende ikke vet hva som forårsaker selvmordstankene, eller at de bare synes det er vanskelig å snakke om selvmord. Når informantene sier at de erfarer liten forståelse for suicidale tanker, kan de se dette i sammenheng med kultur og religion. Flere av informantene foreslår at å invitere erfaringskonsulenter kan være en måte å ta opp vanskelige temaer med pårørende på. Informant 4 har flere ganger erfart hvordan erfaringskonsulenter har vært viktige aktører for

pasienter og pårørende med minoritetsbakgrunn, fordi de kan fortelle om egne erfaringer og hvordan de har håndtert å stå i kriser.

Informantene har gjennom sine beskrivelser gitt uttrykk for at psykisk helse er tabu for alle. Dette er et tema ingen snakker om før de står ansikt til ansikt med problemet, og selv da snakker man ikke om det. Psykiske problemer er et skjult tema som få forholder seg til, forteller en av informantene, og legger til at folk flest synes det er skambelagt at man har en alvorlig psykisk lidelse. Informantene har observert og lagt merke til at tabuet hos etniske minoriteter kan være noe aldersbetinget:

Ja, jeg får inntrykk av at hos yngre garden er det mindre tabu rundt det med psykisk helse. (...). Det er egentlig de eldre problematikken ligger. (Informant 5).

Hun forsetter og ønsker å fremheve at:

Men som sagt, er det yngre personer som ikke har bodd her så lenge, så kan de også gjerne føle litt på tabu. Men jeg opplever at det er lettere å komme i posisjon hos de yngre til å forklare, som igjen gjør det lettere at de skjønner hva som plager dem og de tar det innover seg. (Informant 5).

I noen situasjoner de har vært bort i har informantene opplevd at pasienter med andregenerasjon har stått i det å være syk alene. De forteller at disse pasientene har vokst opp den ene foten i det norske samfunnet med venner, skole, sosiale medier og gjennom dette fått kunnskap om helse, mens foreldrene har hatt lite kunnskap om dette og det som plager dem.

Kapittel 6: Drøfting

I dette kapittelet drøfter jeg empirien jeg har presentert og analysert i forrige kapittel, og vil trekke inn relevant forskning og teori for å diskutere hvordan psykisk helsevern kan møte og tilrettelegge for etniske minoriteter. Jeg har valgt å vektlegge sosionomenes opplevelser og erfaringer. Først vil jeg gå inn på utfordringene informantene møter i arbeid med etniske minoriteter i psykisk helsevern, og deretter se nærmere på hvordan man kan møte og tilrettelegge for denne gruppen. Til slutt vil jeg si noe om morgendagens psykiske helsearbeid, hva som er viktig i tiden framover.

Det store tabuet og en kamp mot stigma

For mange etniske minoriteter kan det å ha en psykisk lidelse være svært skambelagt og tabu, og blir ofte fortiet og holdt skjult (Rådet for psykisk helse, 2007, s. 34). Dette kan føre til at det blir en høyere terskel for å oppsøke hjelp. Samtidig vises det til grupper minoriteter som er vant med et til dels velutbygd psykisk helsevern, og som derfor vil oppleve det gjenkjennelig å ha kontakt med helsetjenester innen psykisk helse (Rådet for psykisk helse, 2007, s. 34). Kampen mot en «usynlig fiende» er kanskje det som gjør det svært komplisert for mange. Mennesker med psykiske lidelser kan finne det vanskelig når en del av plagene handler om «usynlige plager», hvor de prøver å gjenvinne kontroll over seg selv og sitt eget liv. Ifølge Andersen (2018, s. 101) uttrykker flere mennesker med psykiske lidelser at de heller skulle ønske at de hadde brukket et ben eller hadde en eller annen fysisk sykdom. Mine informanter hadde lignende erfaringer med minoritetspasienter; det var en større åpenhet om fysiske enn psykiske plager. At enkelte skjuler problemene sine for omverden, slik informantene forteller, kan resultere i at folk trekker seg tilbake fra sosiale felleskap, og blir stående alene med problemene. Mange med psykiske plager kan oppleve stigmatisering, og dette kan i verste fall føre til at de ikke oppsøker hjelp, som følge av opplevelser av utenforskap. Elstad og Norvoll (2013, s. 123) sier at det er viktig å redusere graden av sosial eksklusjon på grunn av stigmatisering av personer, og at det er slik vi kan bedre deres livssituasjon.

Det er svært viktig å kjempe mot kulturelle overleveringer av skam når det gjelder psykiske lidelser, for å få flere til å snakke åpent om psykisk helse og oppsøke hjelp. En informant formidlet at i noen kulturer er det ekstremt skambelagt å ha psykiske problemer, en skam som er sterkt knyttet til å være «gal» når man snakker om psykisk uhelse. Uansett til hvilken pris, vil man ikke at dette skal komme ut. Det fremstår som at psykiske problemer for mange med minoritetsbakgrunn er forbundet med stigmatisering. Goffman (2009, s. 43) sier at det er samfunnet som angir måter å kategorisere mennesker på, og samfunnet bestemmer hvilke

egenskaper som oppfattes som «vanlig». Når det gjelder psykiatrisk behandling kan fallet i sosial status starte allerede ved innleggelse, fordi folk setter merkelapper og kategoriserer mennesker som «annerledes». Stigma er et komplekst fenomen, og jeg finner det interessant hvordan sosionomene i studiet beskriver stigmatiseringen mange minoritetspasienter kjenner på. Det ble fortalt at mange opplever stigmatisering i form av skam, frykt for at familiens ære og rykte skal «stå på spill», og frykt for å bli stemplet. Den stadige kampen mot stigma er noe folk bør være klar over og kjenne til, sier informantene. Mennesker kan betraktes som «fremmed», fordi samfunnet og miljøene ser disse menneskene som «syke» og «gale», noe som igjen kan bidra til et skille. Skille kan skape kategoriene «de» og «vi», og være med på å opprettholde avstandsforhold og avmaktssituasjoner (Link & Phelan, 2010, referert i Elstad & Norvoll, 2013, s. 121).

Det er kanskje ikke enkle og umiddelbare løsninger for å bekjempe stigmatisering, men for grupper med minoritetsbakgrunn dukker stadig nøkkelbegrepet åpenhet opp. Åpenhet er relevant, fordi det kan bidra til alminneliggjøring og normalisering av psykiske lidelser og på den måten kan man bekjempe stigmatisering. Rådet for psykisk helse (2007, s. 8) fremhever at det har tatt lang tid i den vestlige verden å skape åpenhet og aksept for psykiske lidelser, og det er fortsatt et godt stykke igjen å gå. Rådet (2007, s. 8) sier videre at hos minoritetsbefolkningen i Norge har dette arbeidet så vidt begynt, og derfor bør det rettes mer oppmerksomhet på hvordan man kan informere minoriteter om psykisk helse og hjelpetilbud. Slik jeg har forstått informantene mine ønsker de å ufarliggjøre psykiske helseproblemer, og de prøver å redusere sosial eksklusjon og marginalisering av mennesker med psykiske helseproblemer ved å vise hvordan stigmatisering bidrar til uheldig forløp ved pasientens helse.

Informantene var enige i at det er problematisk når tabu og stigmatisering påvirker folk slik at de ikke oppsøker hjelp. De tror dette skyldes at mange er redde for hva andre sier. For å beskytte familiens ære og rykte holder mange det kun innenfor familien. Det er problematisk at psykiske lidelser kan føre til sosialt avvik og stigmatisering i minoritetsmiljøer. Statusen til den enkelte sykdom og helse kan endres i samfunnet over tid, slik at det blir mer akseptabelt (Elstad & Norvoll 2013, s. 121). Et første steg i denne retningen tenker jeg er at omgivelsene ikke bare ser «avviket» men hele mennesket. Dette gjelder også profesjonsutøvere, ettersom det kan få konsekvenser for utøvelsen og fordi negative tanker kan bidra til å hindre en god relasjon mellom fagperson og pasient. En av studiens informanter fortalte at det enkelte ganger er vanskelig å komme i posisjon til minoriteter når det gjelder behandling. Han

forklarte det på en måte som ikke virket stigmatiserende, men som en utfordring for mange i helsetjenestene. Utfordringene var rettet mot språkbarrierer og ulik helseforståelse.

Informanten trakk ikke fram negative trekk, noe som kunne gi utslag i kulturalisering.

Kulturalisering er en prosess som innebærer at gitte situasjoner, problemer eller annerledeshet fortolkes og forklares på grunnlag av generaliserte kulturelle fortolkninger (Rugkåsa et al., 2015, s. 2). Det ble imidlertid trukket frem at det kan oppstå misforståelser mellom fagperson og pasient, for eksempel når sosialarbeideren forstår pasientens reaksjoner på behandling som kulturelt betinget, mens minoritetspasienten først og fremst er opptatt av å forstå det som sies. En sosialarbeider bør være forsiktig med å tro at mulige forklaringer bak pasientens problemer kan ha med kultur å gjøre. Det kan dessuten senere bidra til at sosialarbeideren står i fare for å overgeneralisere eller tilskrive pasienten egenskaper som hun/han ikke har.

Videre løfter informantene frem at tabu i forhold til psykiske problemer blant etniske minoriteter, kan være aldersbetinget. Den yngre garden, gjerne andregenerasjonsinnvandrere, gir inntrykk av å ha en bedre forståelse av problemer som er knyttet til psykisk helse enn de eldre. Informantene sier at dette gjør det enklere å komme i posisjon til de yngre, enn de eldre. En artikkel av Yasmin Therese Walås, som baserer seg på en kvalitativ undersøkelse hun har gjort om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser, viser at årsaken til dette kan være at de yngre er bedre integrert i samfunnet, og dermed har kompetansenivå (Walås, 2017, s. 138). De yngre har gjerne gått på norsk skole, og gjennom dette fått informasjon og kunnskap om psykisk helse. Kunnskap om psykisk helse kan dermed ha blitt presentert forskjellig fra de to generasjonene, altså den yngre generasjonen og foreldregenerasjonen. Jeg stiller meg kritisk til hvorvidt tabuet omkring psykisk helse er aldersbetinget, fordi jeg har erfart at det er vanskelig å snakke om for de fleste i minoritetsmiljøer. En mulig forklaring på hvorfor det kan være vanskeligere å komme i posisjon til de eldre kan være slik Holt sier, at det finnes mennesker som tolker sykdom som en forbannelse kastet på dem av andre (2019, s. 62). Holt (2019, s. 62) sier også at mennesker med et slikt syn risikerer å oppfatte egen helse som stigmatiserende og skammelig. Jeg tenker det er viktig å avklare pasientens forståelse av egen psykiske helse, fordi denne kan være ulik hjelperens. Dersom personen og nettverket rundt ikke tror at hjelpen som tilbys vil kunne hjelpe, siden de har en annen forståelse av helse enn den hjelperen har, er det viktig å snakke om dette (Holt, 2019, s. 63).

Når det gjelder eldre innvandrere sier Kumar og Viken (2010, s. 269) at innsatsen mot dem har vært lite prioritert i mange europeiske land. De mener at det er nødvendig å ta i betraktning at mange eldre innvandrere føler seg diskvalifisert, utsatt for diskriminering, og at

mange opplever svekket helse (Kumar & Viken, s. 269). Noen ganger kan alderen i seg selv medføre en stigmatisering. Danielsen (2000, referert i Kumar & Viken, 2010, s. 269) spør om eldre innvandrere kan sies å være bærere av et dobbelt stigma, fordi de kan bli sett på som både gamle og fremmede. En informant i min studie foreslo som et tiltak, at det utgis informasjonsskriv på flere språk om psykisk helse, slik at informasjon og kunnskap heves. I forlengelse av det informanten sa kan en annen tiltak være, oppsøkende arbeid som fokuserer på å gi kunnskap om psykisk helse i minoritetsmiljøene. Gjennom denne metoden kan en muligens være i kontakt med de som ikke oppsøker hjelp. Til tross for at det fortsatt er en lang vei å gå for at psykisk helse skal bli mer normalisert og åpent, kan kanskje også flere innvandrere ta del i det som bidrar til å snakke mer om psykisk helse. For eksempel være åpen om egen psykisk helse i sine nærmiljø, invitere erfaringskonsulenter som har egenerfaring med psykiske helseproblemer, samt ha temakvelder hvor tema psykisk helse blir tatt opp i ulike innvandrerorganisasjoner/nettverk.

«Vi har enkelte ganger ulike kunnskap om psykisk helse»

Informantene erfarte at noen pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn hadde lite kunnskap om psykisk helse. En av sosionomene sa at problemet ikke er at de ikke ønsker å få kunnskap, men problemet er at psykisk helse er et ikke-eksisterende fenomen i mange kulturer. Utfordringen blir da hvordan man skal snakke om noe man verken har kjennskap til eller et ordforråd for. I noen samfunn finnes ikke lokale begreper for psykisk sykdom, som for eksempel depresjon og angst (Rådet for psykisk helse, 2007, s. 35). Når man samhandler med mennesker, er det derfor viktig å tenke på de ordene og begrepene man bruker. Valg av ord og begreper gjør noe med alle involverte, og det er grunn til å være varsom med å bruke ord og begreper hentet fra fagspråket i møte med mennesker som søker psykisk helsehjelp, uansett bakgrunn (Andersen, 2018, s. 74). Dette fordi gjennom språk kan makt utformes. Det kan derfor være bedre å benytte et mer hverdagslig språk når man samhandler med pasienter. Hvis man bruker et hverdagsspråk er det større sannsynlighet for å romme idealer om en herredommefri dialog, slik at vi kan unngå at folk blir fremmedgjort overfor egne erfaringer, presiserer Andersen (2018, s. 74). Med herredommefri dialog forstås det som, at en forsøker å skape en samtale der alle parter er likeverdige. Samtidig må det tilføyes at i noen områder i verden eksisterer ikke et behandlingsapparat eller sted hvor man kan få hjelp med mentale helseproblemer. Da er det naturlig at folk heller henvender seg til sine nærmeste, enn til helsevesenet. På den ene siden har vi det norske samfunnet som har økende oppmerksomhet på psykisk helse, og på den andre siden har vi mennesker, slik som informantene mine

henviser til, som opplever psykisk helse som et uuttalt fenomen. Dette bidrar til utfordringer når sosionomen og pasienten møtes. Norvoll (2013, s. 314) sier at tendenser til økende globalisering har påvirket det psykiske helsefeltet. Mye skyldes at ulike kulturelle forståelser og forklaringsmåter møtes, utvikles og som til dels kan skape gjensidig spenning.

Globalisering har gjort at kulturelle perspektiver stadig har blitt viktigere, også i forholdet mellom mennesker og tjenestetilbud (Norvoll, 2013, s. 314). Det kan fort bli diskusjoner om utfordringer ved globalisering, men globalisering har gitt sosialarbeidere og andre profesjonsutøvere mulighet til å forstå sosiale problemer i en global sammenheng. Med globalisering kan flere ha fått kunnskap om hvordan psykisk helse oppfattes i andre deler av verden, og eventuelt har dette bidratt til endringer i holdninger.

Språk og kommunikasjon

Språkbarriere ledet også til utfordringer for mine informanter. I situasjoner hvor pasient og hjelper ikke hadde et fellesspråk påvirket dette samhandlingen, og det opplevdes som vanskelig for begge parter. Mange fant det derfor nødvendig å bruke tolk, slik at de kunne forstå hverandre. En informant sa at helsearbeidere kan ha en tendens til å uttrykke seg på en måte som pasient eller pårørende ikke forstår. Dette er sammenfallende med det Hanssen (2019, s. 44) sier; at helsepersonell ikke er flinke til å modifisere språket sitt. En av informantene sa, at selv om det er noen språkutfordringer, er det viktig å ikke legge ordene i munnen på hva pasienten ønsker å formidle, da er det heller bedre å benytte seg av tilbudet om tolk, slik at man forstår hverandre. Sosionomene i studiet påpeker videre at de med medisinsk profesjonsbakgrunn har et mer avansert språk og bruker flere fagbegreper, enn det de gjør. Dette kan trekkes parallelt med at, i vårt samfunn har den medisinske profesjonen vunnet herredømme over andre former for forståelse av sykdom og helse (Norvoll, 2019, s.89). Store vanskelige fagterminologier i møte med pasienter som ikke behersker norsk godt, kan medføre til at flere ikke forstår hva som blir sagt. I slike situasjoner kan pasienter oppleve avmakt, noe som igjen kan redusere for godt samarbeid som følge av profesjonsutøverens språk. For å redusere pasienters opplevelse av avmakt, kan et alternativ være at profesjonsutøvere er flinkere til å frie noe av det vanskelige språket, for å sikre at informasjon når fram til flere. Profesjonell tolk er også helt nødvendig, og det bør brukes oftere enn hva behovet for tolk skulle tilsi. For gjennom tolk overføres muntlige ytringer mellom to språk (Jareg & Pettersen, 2006, s. 24). Det er imidlertid et problem dersom man ikke benytter kvalifisert tolk. Dette fordi man frarøver mennesker fra å få likeverdige tjenester. Jeg mener og tror at i det lange løp vil samfunnet og helsetjenestene spare på at profesjonsutøvere bruker

kvalifiserte tolker, ettersom tolk er med på å hindre at man mister viktig og nødvendig informasjon om pasient. Når språket er på plass kan vi motta og formidle opplysninger, og vi kan diskutere og løse problemer på en bedre måte (Skytte, 2008, s. 119).

Barn som pårørende

Sosialarbeiderne i akuttpsykiatrien var opptatt av barn som pårørende. Som barneansvarlige sa sosionomene at det var viktig å finne ut om pasienten hadde barn som pårørende. Ofte tenker vi at barn som pårørende er de barna pasienten har omsorgsansvar for, men lovteksten sier at dette gjelder alle barn under 18 år som er pårørende til pasienten (Helsepersonelloven, § 10a). Det betyr at rutinen skal tas i bruk for alle pasienter som er foreldre til barn under 18 år, enten vedkommende har daglig omsorg eller ikke (Lauveng, 2020, s. 157). Jeg fant det tankevekkende at sosionomene erfarte at barn med innvandrerbakgrunn sjelden dukket opp i tiltak i spesialhelsetjenesten. I artikkelen *Innvandrerbarn får sjeldnere hjelp fra psykisk helsevern* (Pileberg, 2016) påpeker forskeren Dawit Abebe at han ikke tror at barn av innvandrere har et mindre behov for hjelp, men at tilgangen på tjenestene er dårligere. Det er imidlertid ikke bare Abebe som mener dette. Rådet for psykisk helse (2007, s. 3) fremhever også at mennesker med minoritetsbakgrunn får mindre og dårligere hjelp enn befolkningen for øvrig. Så langt det er mulig er det viktig at ansatte i psykisk helsevern kartlegger godt hvordan de kan hjelpe pårørende. Rådet for psykisk helse (2007, s. 3) har fremmet forslag som inkluderer et mer systematisk minoritetsperspektiv i alle ledd i tjenesteapparatet, og mer kultursensitivitet. Dersom pårørende har god informasjon om psykisk helse, kan dette også være et godt utgangspunkt for å vite noe om hva de kan få hjelp med. Flere av mine informanter forsto ikke hvorfor barn av innvandrere ikke dukket opp for å snakke om sine nærmeste, da de ble invitert som pårørende. Jeg tenker at dette kan ses i sammenheng med at mennesker med annen kulturell bakgrunn kan ha en annen forståelse av psykisk helse, av å motta hjelp og hva det vil si å motta behandling. At barn med innvandrerbakgrunn sjeldnere benytter seg av tilbud som gis, kan også ses i sammenheng med at det kan være tabu å snakke om psykisk helse i enkelte innvandremiljøer. På bakgrunn av dette er det viktig å utforske hvilken forståelse familien har, og forklare hva tjenestene tilbyr og kan hjelpe med. Tiltak for å få flere innvandrerbarn til å delta i ulike hjelpetilbud for pårørende, kan være målrettet kampanjer og styrke tolketjenester sier Abebe (Pileberg, 2016). Sammen med foreldrene kan det kanskje være muligheter for å finne gode løsninger sammen.

Det virker som pasienter med innvandrerbakgrunn synliggjør et behov for tilrettelegging innen psykisk helsevern. Barn til mennesker med psykiske helseproblemer er ifølge

informantene en prioritert gruppe. Det er dermed av stor betydning å finne ut hva som må til for at denne gruppen kan nås. Berg (2015, s. 257) sier at tilrettelagt informasjonsformidling og gode kommunikasjonsstrategier er helt avgjørende for å fjerne tilleggsbarrierer for minoritetsspråklige brukere og deres familier. I tillegg kan målrettede kampanjer inkluderes i dette arbeidet, som tidligere nevnt. Minoritetsbarn må ikke forbli usynlige, og det må derfor finnes måter som inkluderer dem mer. Det er mulig familiene vektlegger kollektivistiske verdier, verdier som kan ses som i forskjell fra et individualistisk samfunn hvor man har et sterkere fokus på individuell oppfølging. I individualistiske kulturer vektlegges verdier som uavhengighet, autonomi og selvhevdelse (Jørgensen & van der Weele, 2009, s. 61). Enkeltindividet blir satt i fokus, og i oppdragelsen blir barnet oppdratt med bevissthet om at de er selv ansvarlige for sitt eget liv (Skytte, 2008, s. 67). I kollektivistiske kulturer regnes gjensidig avhengighet, plikt og underkastelse som mer verdifullt (Jørgensen & van der Weele, 2009, s. 61). Det er vanlig her at barnet oppdras til å verdsette familien (Skytte, 2008, s. 68). Kollektivistisk- individualistisk livssyn brukes for å utvikle en forståelse om hvilke verdier en familie har, og den brukes som en modell for å gi sosialarbeidere mulighet til å forstå barneoppdragelse og familieliv. Selv om inndelingen kollektivistisk- individualistisk kultur er en forenkling, kan det være viktig å kjenne til de to orienteringene, særlig fordi mange norske helsearbeidere er preget av en individualistisk orientert kultur (Viken & Nesje, 2010, s. 208).

Når sosialarbeiderne i studie lurer på om årsak til hvorfor flere med innvandrerbakgrunn ikke ønsker hjelp har en sammenheng med kultur, kan det forstås som om de bruker denne modellen for å navigere i det komplekse arbeidet. En del litteratur som omhandler etniske minoriteter tar opp denne modellen. Harald Jørgensen og Judith van der Weele (2009, s. 61) sier at er viktig å huske at kollektivism- individualisme dimensjonen er en overforenkling av komplekse sosiale og kulturelle systemer. Inndelingen har blitt kritisert for å være lite spesifikk (Jørgensen & van der Weele, 2009, s. 61). Det kan virke som kollektivistiske- individualistiske livssynet er en enkel forklaring på ulike familiestrukturer blant minoriteter og majoriteter i et samfunn. Skytte (2008, s. 73) mener likevel at livssynene ikke er en beskrivelse av forskjeller mellom etniske nordmenn og etniske minoriteter. Det etter min mening viktig å reflektere over hvordan modellen ikke tar hensyn til variasjon, og hvordan det ligger en implisitt hierarkisk vurdering til grunn der den individualistiske er best. Dette ser vi ved beskrivelsene ovenfor. Enda et eksempel er når kollektivistiske foreldre oppfattes å være for autoritære, hierarkiske, dominerende og for lite sensitive for barnets behov og personlige uttrykk (Larsen & van der Weele, 2020, s. 177). Det er fint mulig å bruke modellen for å forstå

noe av arbeidet rettet mot familier, men det krever at en er bevisst på den markante forskjellen som ligger til grunn i denne modellen, ettersom den snarere kan være et resultat av kategorier. Kollektivistisk og individualistisk modell kan fort brukes som kategorier, ettersom det kan gi uttrykk for «oss» majoritetens individualistiske kultur og «de andre» minoriteters kulturer. Hvis sosialarbeidere ikke er bevisst, kan dette i så fall føre til at man arbeider ut ifra kulturell stereotypifisering (Skytte, 2008, s. 94). En kan fort glemme at det er store variasjoner også blant mennesker med samme kultur, dermed er det heller viktigere at profesjonelle bidrar med å belyse og validere pårørendes opplevelser. Viken og Nesje (2010, s. 218) sier gjennom en respektfull og undrende måte, er det mulig at profesjonelle kan få en bedre og dypere forståelse av hvordan man best mulig kan samhandle og samarbeide med familier fra etniske minoritetsgrupper.

Se hele meg er du snill!

Ifølge yrkesetiske grunnlagsdokumentet for sosialarbeidere skal profesjonsutøvere legge vekt på en helhetlig tilnærming til mennesker som har sammensatte problemer (FO, 2019, s. 5).

Det innebærer at helse og sosialfaglig arbeid skal ta utgangspunkt i et helhetlig syn på mennesket og hvordan individ og samfunn påvirker hverandre. Sosionomene sa at de i sitt arbeid anvender et helhetssyn for å se hele mennesket. Informantene uttrykte at flere pasienter har sammensatte problemer, og for å få oversikt over pasientenes livsbetingelser er det nødvendig med en slik tilnærming som fokuserer på å se flere forhold samtidig. Uansett om man jobber på individ-, gruppe- eller samfunnsnivå, vil de ulike nivåene påvirke hverandre i pågående prosesser. Selv om det ikke vil være mulig å ha en fullstendig oversikt over alle forhold som virker inn på en situasjon, kan likevel en helhetlig tilnærming hjelpe oss med å identifisere barrierer, muligheter og potensialer som finnes (Berg et al., 2015, s. 26).

Det var Mary Richmond som introduserte sosialt arbeid som en egen profesjon i 1889, og hun påpekte at hjelpearbeid skjer ved å vektlegge individets betydning, men ikke som noe adskilt fra samfunnet (Levin, 2015, s. 37). Gjennom denne forståelsen fikk begrepet «person i situasjon» sitt utspring og det har blitt et kjernebegrep i sosialt arbeid. Når sosialarbeideren anvender begrepet «personen i situasjonen» er det ikke lenger bare et uttrykk som forblir, men en forståelse av at jeg jobber med et enkeltmenneske, der jeg må se og forstå personen i den sammenhengen han eller hun befinner seg i. Det er av relevans å løfte frem at for innvandrere kan det være en del tilleggsfaktorer som påvirker psykisk uhelse, for eksempel migrasjon, diskriminering, tap av familie, men også tap av egen kompetanse som kan bli ugyldiggjort ved flytting til et nytt samfunn. «Person i situasjon» er helt essensielt å bruke i slike tilfeller,

da det gjør at en setter tid til å se og forstå hele mennesket, samt et søkelys mot grupper av individer eller mønstre ved sosiale forhold.

Et godt og velfungerende tjenestetilbud til pasienter med minoritetsbakgrunn krever at man verdsetter at alle mennesker er likeverdige. Kumar og Viken (2010, s. 195) sier, at i praksis har enkelte tjenester vanskelig for å tilpasse seg befolkningens mangfold. De sier videre at når tjenestene utøves, blir ofte ikke innvandrere omfavnet i slagordene, men blir usynliggjort og nesten glemt. Det er derfor viktig å finne rom for å arbeide for mer likeverdige tjenester. Kravet om å yte likeverdige helsetjenester er forankret i norsk lov (Kumar & Viken, 2010, s. 194). Et likeverdig tjenestetilbud innebærer at tjenestene skal være like gode for alle, og at kvaliteten skal være den samme – uansett hvem personen er (Berg et al., 2015, s. 33). På spørsmål om hvordan kan man gi likeverdige tjenester trakk flere frem, at uavhengig av hvem man er skal man ha tilgang til de samme godene og mulighetene. En må ta utgangspunkt i den enkeltes situasjon og behov. Informantene viser til at like tjenester nødvendigvis ikke er det samme som likeverdige tjenester, fordi folk har ulike behov. Minoritetspasienten trenger kanskje en tolk, eller en som har kulturkompetanse fordi han eller hun opplever at dette må til for å bli forstått. Tilrettelegging må da skje med utgangspunkt i det enkelte individets behov. Hjelde (2013, s. 181) sier for å oppnå likhet er det ikke et poeng å behandle alle «likt», i betydningen på akkurat samme måte. Hvis profesjonelle yrkesutøvere ikke tar dette i betraktning, kan de i verste fall ende opp med å faktisk ikke gi likeverdige tjenester.

Relasjonens betydning

Når man jobber med mennesker i psykiatrien går man inn i en hjelperelasjon, noe som forutsetter at en må forholde seg til den andre som subjekt og medmenneske. Jeg finner i min studie at god kommunikasjon og relasjon mellom pasient og fagperson er viktige aspekter for å møte hele mennesket. Relasjonskompetanse er en fagkompetanse som innebærer å møte mennesket på en god måte, som flere av informantene sa. Relasjonskompetanse innbefatter at den profesjonelle både må være i stand til å møte den andre som subjekt og være i stand til å handle rett og hensiktsmessig i de situasjonene og relasjonene de inngår i (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 13). Sosionomen med lengst erfaring la spesielt vekt på at mye ikke bare handler om selve relasjonen, men også at fagpersonen må kjenne seg selv, og forstå hva som kan skje i samspillet med den andre. Det krever at en er reflektert og bevisst. En måte å oppnå bevissthet på, er å legge til rette for kontinuerlig profesjonell refleksjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 80). Men for at dette skal kunne skje, må sosialarbeider ha en åpen, søkende og

reflekterende holdning. Dette vil i mange tilfeller virke positivt inn på kvaliteten på samhandlingen med pasientene.

Ansvar for å utvikle gode relasjoner hviler på den profesjonelle, og dette forutsetter at den profesjonelle går åpent og fordomsfritt inn i en relasjon, legger til rette for god kommunikasjon og forholder seg på en måte som er til beste for den andre. I de tilfellene hvor man jobber med mennesker som har en annen kulturell bakgrunn enn selv, tenker jeg at man må rette oppmerksomhet mot hvordan fagpersonen best mulig kan møte disse menneskene. Holt (2019, s. 181) sier, for å sikre at relasjonen og kommunikasjonen blir så god som mulig når pasient og hjelper med ulike bakgrunn møtes, vil det være viktig at hjelperen er bevisst på det som gjøres i samarbeidet. I dette ligger det at en må være bevisst på at, selv om man har ulik bakgrunn, er det to mennesker som møtes i en relasjon, og at dette er to likeverdige mennesker. Jeg mener for å kunne være til hjelp, må relasjon etableres på respekt og likeverd. Det forutsetter at man møter mennesker på grunnlag av et subjekt- til- subjekt forhold. Informantene sa at de i akuttpsykiatrien er flinke til å bygge raske og gode relasjoner til pasienter og pårørende, til tross for den korte oppholdstiden. Flere sa at gode relasjoner kom av å ta hensyn til pasienters opplevelser og det å verdsette samarbeid høyt.

Tilrettelegging gjennom tolk

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 slås det fast at pasienter har rett til informasjon som skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur – og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det betyr i praksis at hvis pasienten eller pårørende ikke snakker godt nok norsk, skal man bestille en tolk (Lauveng, 2020, s. 164). For å oppfylle det loven krever, benyttes det ofte profesjonelle og kompetente tolker. Det er lurt å spørre direkte og sjekke ut om det er behov for tolk allerede ved første møte, slik at man unngår misforståelser. For det første bidrar tolk i samtaler med innvandrere at de får uttrykke seg. For det andre kan bruk av tolk anses som en måte å sikre at pasienters tilgang til likeverdige tilbud, til tross for språkbarrierer og mangel på felles språk mellom partnerne. For det tredje er det helt nødvendig med tolk dersom pasienten skal kunne medvirke og få informasjon om sine rettigheter. Alle informantene sa at tolk ofte ble brukt for å tilrettelegge for pasienten, men tolk var også et viktig virkemiddel for helsepersonalet. Det er svært viktig å huske at det er ikke bare minoritetspasienten som trenger tolk, men også helsepersonell (Jareg, 2020, s. 199). For profesjonelle vil en tolk sikre at de får formidlet det de skal, og en større mulighet for å forstå hva pasienter sier og sikre seg om at de forstår. En informant sa noe interessant som fikk meg til å tenke, hun sa en kan glemme at på sine egne

språk er de fullt ut kompetente, men denne kompetansen er ofte ikke lenger verdt noe i en norsk kontekst. Manglende norskspråklig kompetanse kan få en til å tvile på seg selv, fordi språknivå ofte kan få en til å fremstå som kompetent eller ikke kompetent. Dette kan klart også påvirke ens psykiske helse. Slik sett er manglende kommunikasjon frustrerende både for pasienter og fagfolk (Hanssen, 2019, s. 50). Tolk er dermed et redskap som gjør kommunikasjon mulig.

Kumar og Viken (2010, s. 75) påpeker dersom informasjon ikke blir tilrettelagt ved hjelp av tolk, vil det kunne føre til diskriminering. Det kan være diskriminerende dersom man ikke gir minoritetsspråklige samme mulighet som norsktalende til å forstå informasjon og rettigheter, slik kan det diskrimineres på grunnlag av språk. En av sosionomene formidlet at det har skjedd situasjoner hvor man har forsøkt å prøve seg uten tolk. Hun sa videre, kanskje kunne man ha vært flinkere til å benytte seg av tolk allerede ved første møte. Det hun eksemplifiserer tydeliggjør at det trengs tolk for å ivareta pasientsikkerheten, men tolk er også nødvendig for å tilby likeverdige tjenester til den delen av befolkningen som trenger språklig bistand. Mangel på tolk kan føre til fortvilelse og usikkerhet for en pasient (Kumar & Viken, 2010, s. 76). I akutte situasjoner ble det fortalt at når det ikke var tid eller rom for å innkalle tolk, ble ansatte med etnisk minoritetsbakgrunn sett på som en ressurs. Dette på grunn av kulturelt og språklig samsvar mellom hjelper og pasient. Dette krever selvfølgelig en bred og sammensatt personalgruppe som gjenspeiler pasientene, sa en av sosionomene. Det er fint at ansatte med flerkulturell bakgrunn blir sett på som ressurser, samtidig skal man være restriktive ved å la ansatte inngå i tolkeroller, fordi de ikke er profesjonelle tolker. Det blir en rolleblanding ved at de inntar enn annen rolle enn det de har. I tillegg behersker de ikke tolkeetikk. Ettersom en tolk kjenner til tolkereglene, hva som forventes av en tolk, og når tolken eventuelt går ut at sin rolle eller bryter reglene (Jareg & Pettersen, 2006, s. 37). Tjenester bør være forsiktige med å la folk gå inn i tolkeroller. Ikke er bare dette gjeldene for helsevesenet, men også for andre offentlige instanser.

Sosionomene sa at de har opplevd at flere minoritetspasienter ikke ønsket tolk. Jareg (2020, s. 210) sier at det er flere grunner til at pasienter ikke ønsker tolk, og at dette kan løses hvis man spør pasienten årsaken. Slik mine informanter ga uttrykk for, ønsket ikke mange minoritetspasienter at informasjon skulle lekkes ut i nærmiljøet, dette til tross for tolkens taushetsplikt. Det hender at selv om offentlige tolker har taushetsplikt, at små miljøer ikke er trygge på den oppnevnte tolken og derfor ikke ønsker å dele sine helseopplysninger (Lauveng, 2020, s. 165). For å tilrettelegge for anonymitet er det mulig å bruke telefontolk, dersom

pasienten er redd for å bli gjenkjent. Telefontolk kan være et bra alternativ, da det lettere kan tilrettelegges for anonymitet uten fremmøte (Jareg, 2020, s. 209-210). Velger man derimot å benytte telefontolk, mister man non-verbal kommunikasjon, da den finner plass når mennesker møtes ansikt-til-ansikt. Det helt forståelig at noen temaer som diskuteres kan være vanskelig å snakke åpent om, likevel er et argument for å bruke tolk at de er med på å sikre tilgang på rettigheter til pasienter. Det er derfor viktig å tilkalle profesjonell tolk for at grupper slik som etniske minoriteter skal få likeverdige helsetjenester som den øvrige befolkningen.

Psykisk helsevern må bli mer kulturkompetent

Ifølge Eriksen og Sajjad (2020, s. 45) kan kultur enkelt forstås som «det som er lært», men også «det som gjør kommunikasjon mulig». At kultur er det som gjør kommunikasjon mulig vil si at kultur er de tankemønstrene, vanene og erfaringene som mennesker har til felles, og som gjør at vi forstår hverandre. Selv om få mennesker vil ha nøyaktig den samme modellen av verden, behøver ikke dette å forhindre at en kan kommunisere med hverandre. En må være åpen for andres forståelse av verden, og at denne kan være forskjellig fra ens egen. Flere av sosialarbeiderne i min studie ønsket mer kulturell kompetanse i møte med minoritetspasienter. Deres erfaringer er forenlig med en studie gjort blant behandlere innen psykisk helsevern i Agder som viser at helse- og sosialarbeidere hevder at kulturkompetanse er en mangelvare, og at det er et stort behov for kunnskap og ferdigheter på dette området (Gabrielsen & Ulland, 2015, s. 91). I likhet med denne studien sier mine informanter at de har behov for mer kulturkompetanse for å forstå minoritetspasienter bedre. Thorbjørnsrud (2019, s. 211) sier at Norge i dag beskrives som et flerkulturelt samfunn, og dette stiller stadig krav til at flere yrkesgrupper utvikler flerkulturell kompetanse. På den andre siden synliggjør Qureshi at det er mange aktører i storsamfunnet som fokuserer mest på kulturelle forhold når det gjelder etniske minoriteter, og lite på seg selv som kulturbærere (2009, s. 207). Dette er problematisk fordi man risikerer å kun være opptatt av «de andre», og ser dem som forskjellig fra «oss». For stort fokus på kulturelle aspekter kan resultere i et skille og grunnlag for å sammenligne mennesker. Rugkåsa og Ylvisaker (2018, s. 207) sier at dersom man i stor grad tar utgangspunkt i kulturelle forskjeller i vurderingen av barn og familiers situasjon og problemer, kan dette forhindre at barnevernet forholder seg til familiens egen forståelse av situasjonen. Deres mulighet til å kunne uttale som kompetente aktører reduseres, også til tross for at det er de som er eksperter på sine egne liv. Dette kan også skje i andre felt, slik som i

psykiatrien. Det er derfor nødvendig å vurdere når og hvordan slike kulturelle aspekter er relevante (Rugkåsa & Ylvisaker, 2018, s. 209).

Berg (2011, s. 223) sier at i møte med fagpersoner innen ulike sektorer har det slått henne hvor ofte tema som språk og kultur kommer på banen når det dreier seg om møte mellom minoritet og majoritet. Forskjellene blir ofte synlige på grunn av ulike kulturer. Dersom kulturforskjeller tar for mye plass i relasjonen, kan en konsekvens være at en ikke ser menneskene i en større kontekst. For eksempel hvordan sosioøkonomiske forhold kan være like determinerende for psykisk helse som kulturelle forhold. Ønsker fagfolk å levere et likeverdig tilbud til alle i samfunnet, vil man i fremtiden være avhengig av de profesjonelles vilje til å akseptere og respektere kulturelle forskjeller. Profesjonelle yrkesutøvere kan for eksempel begynne med å innta kultursensitivitet. Kultursensitivitet handler om evnen til å observere og reflektere over egen kultur, egne verdipreferanser, væremåter, og samtidig forholde seg til forskjellige perspektiver på en åpen og tolerant måte (Qureshi, 2009, s. 227). Kanskje skulle man vurdert å etterlyse mer kultursensitivitet i arbeid med pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn i psykisk helsevern, da kompetansen kan åpne opp for dialog. Kultursensitivitet og kulturkompetanse virker å være noe som informantene trekker frem.

Kulturkompetanse og kultursensitivitet er ifølge Rugkåsa og Ylvisaker begreper som i ulike kontekster beskriver idealer for hvordan profesjonsutøvere skal forstå og samhandle med mennesker med annen kulturell bakgrunn (2018, s. 204). Når sosialarbeideren relaterer til kulturkompetanse bestreber hjelperen seg med å få kunnskap om kulturen som har påvirket pasienten gjennom livet. Kunnskap om hvordan kulturelle verdier, normer, tradisjoner og praksiser varierer, kan være nyttig for å forstå sammenheng mellom erfaringer og symptomer, og plager og problemer i pasientens liv, sier Holt (2019, s. 46). Jeg opplever det som fint at informantene erkjenner at de trenger kulturkompetanse, fordi de ønsker å få bedre innsikt i pasientene. På en annen side må det problematiseres hva som kan skje når man inntar en kulturkompetanse.

Det er helt klart vanskelig, nærmest umulig å skaffe seg inngående kulturkompetanse om alle relevante kulturelle kontekster som den profesjonelle forsøker å forstå. En sentral kritikk mot kulturkompetansediskursen er derfor at den kan føre til en statisk og endimensjonal forståelse av både mennesker og kultur (Rugkåsa & Ylvisaker, 2018, s. 2015). Det er fint at informantene etterstreber kompetansen i arbeid med minoritetspasienter, samtidig er min bekymring at når det legges for mye vekt på behovet for kulturkompetanse kan det gjøre noe

med relasjonen, og enkelte grupper er allerede gjenstand for fordommer og negativ omtale i samfunnet. Legges kultur for mye vekt på, kan for eksempel mulige forklaringer bak pasienters symptomer, plager og problemer bli lett oversett (Holt, 2019, s. 43). At sosialarbeiderne i min studie etterspør mer kulturkompetanse er ikke problematisk dersom de tenker at kompetansen vil bidra til god relasjon. Det som derimot er problematisk, er hvis sosialarbeiderne tror at en slik kompetanse potensielt kan hjelpe dem til å si noe om pasientens behov. Kulturkompetanse vil sjeldent kunne føre til god forståelse for en situasjon, dersom man har et slikt tankesett. Tankesett hvor man konstant er opptatt av kultur og forskjeller. En bør heller forsøke å bli kjent med personen, slik at en kan forstå hvilken betydning kulturelle normer og verdier har for den enkelte. Ser vi dette fra et sosialfaglig ståsted, hevder Rugkåsa og Ylvisaker (2018, s. 210) at «ekspertkunnskap», slik som kulturkompetansediskurser kan stride mot moderne sosialt arbeids teorier og praksiser som de siste årene har beveget seg bort fra ideen om at en kan være eksperter på andres liv, til at mennesker er eksperter på sine egne liv. En stor og viktig del er derfor å lytte til den enkelte, noe som vil gi kunnskap om hvordan deres komplekse livssituasjon er, og hvordan de forstår og fortolker ulike situasjoner. Dette kan bidra positivt i samhandlingen og åpne for høy grad av medvirkning (Rugkåsa & Ylvisaker, 2018, s. 210). Videre kan et slikt samhandlingsforhold gi rom for å utforske hvordan sammensatte og overlappende forhold som kultur, klasse, kjønn eller etnisitet spiller inn og former den enkeltes liv (Rugkåsa & Ylvisaker, 2018, s. 210).

Hvorfor snakker vi ikke om diskriminering?

Det kom frem i intervjuene at diskriminering sjelden ble tematisert i samtaler med pasienter. I en lengre behandlingsforløp kunne det kanskje falt mer naturlig å ta opp dette, sa flere. En undersøkelse av Straiton, Aambø og Johansen viser at etnisk diskriminering er en relativ vanlig opplevelse blant innvandrere, og at opplevelsen av diskriminering kan ha skadelige effekter på individets helse og velvære (2019, s. 1). I likestillings- og diskrimineringsloven slås det fast at diskriminering på grunnlag av blant annet etnisitet, kjønn, alder og religion er forbudt (2017, § 6). Diskriminering kommer fra latin, og betyr å gjøre forskjell eller å skjelne (Stang & Sveaass, 2016, s. 70). Jeg syns det er interessant at fåtallet av pasientene med minoritetsbakgrunn har fortalt at de har blitt forskjellsbehandlet, men også at det snakkes lite om diskriminering generelt i psykiatrien. Dette fordi det er veldokumenterte norske samfunnsvitenskapelige studier som viser at diskriminering skjer på ulike samfunnsmessige arenaer. Arnfinn H. Midtbøen og John Rogstad (2012, s. 11) har skrevet en rapport som samlet sett dokumenterer at det å ha et navn som signaliserer etnisk minoritetsbakgrunn i seg

selv fungerer som et hinder mot like muligheter i det norske arbeidslivet. De sier at dette utfordrer grunnleggende likhetsidealer i det norske samfunnet, og det bør tas på alvor fordi barrierene minoritetskandidatene møter ikke forklares med henvisning til faktorer som språk, utenlandsk utdanning eller svakere arbeidserfaring (Midtbøen & Rogstad, 2012, s. 11).

Mange av de søknadene fra de med minoritetsbakgrunn signaliserer at de er født og oppvokst i Norge, eller i det minste har kommet til Norge i ung alder. Midtbøen og Rogstads studie viser empirisk datamateriale om hvor viktig det er å forebygge og begrense omfang av etnisk diskriminering i arbeidslivet. Ikke bare i jobbsammenheng blir etniske minoriteter diskriminert, men også på flere områder. Det kan være mange grunner til hvorfor folk ikke deler sine erfaringer knyttet til diskriminering. En måte å se det på er, tabuet rundt opplevd diskriminering eller rasisme. I møte med etniske minoriteter i psykisk helsevern oppfordres det at det skal være rom for å snakke om diskriminering, ettersom det ser ut som erfart diskriminering kan gi utslag for ulike psykiske helsereaksjoner.

Selv om psykiske helsefeltet i dag retter oppmerksomhet mot ulike og komplekse prosesser som gjenspeiler vårt samfunn som for eksempel sosial ulikhet, må diskriminering gis mer oppmerksomhet. Fremtidige kunnskapsbehov er derfor økt kunnskap om diskriminering, blant annet rettet mot opplevd diskriminering og psykisk helse. Det finnes lite forskning på dette i Norge (Folkehelseinstituttet, 2019, s. 130). Det virker rimelig å anta at på bakgrunn av det informantene har fortalt, må det snakkes mer åpent om dette temaet. En av sosionomene sier et første steg for å redusere sosial eksklusjon og marginalisering av mennesker med psykiske helseplager er å sette seg inn i teorier som stigmatisering og diskriminering. Flertallet av informantene støtter dette, og at dersom et overordnet mål er likeverdige tjenester for alle, bør de ansatte styrke sin kunnskap om diskriminering. Et gjennomgående trekk i min studie er at informantene legger vekt på hvor viktig det er å være bevisst på forhold som kan hindre mennesker fra å få likeverdige tilbud. Ettersom like tilbud nødvendigvis ikke er det samme som å gi likeverdige tilbud. Folk har ulike behov og legger vi ikke til rette for dette, kan enkelte grupper få dårligere tjenester eller utbytte av tjenestene. Eriksen og Sajjad (2020, s. 86) understreker at både likebehandling og forskjellsbehandling dermed i praksis kan virke diskriminerende. Likebehandling der alle blir behandlet «likt» i betydningen på akkurat samme måte kan for mange utvilsomt oppfattes som diskriminerende, fordi det ikke bidrar til at folk blir behandlet individuelt etter deres behov. Forskjellsbehandling kan også fremme diskriminering, fordi noen grupper eller personer blir behandlet dårligere enn andre.

Sosionomenes bidrag i spesialhelsetjenesten

Sosionomene jeg intervjuet understrekte hvor sentral sosialfaglig kompetanse er i psykisk helsearbeid og hva de bringer inn som helseprofesjonene i mindre grad gjør. I sitt daglige arbeid som sosionomer brukte de sin sosialfaglige kompetanse for å se sammenhenger mellom psykisk helse og sosiale problemer. Dahl og Friestad (2013, s. 151) viser til forholdet mellom sosiale problemer og psykisk helse, og sier at mange mennesker som er plassert i de nedre delene av samfunnets sosiale lagdeling, oftere rapporterer om ulike former for dårlig psykisk helse enn mennesker med høyere sosioøkonomisk status. Det som fremheves her tyder på at det er viktig å løfte frem de som er preget av psykiske plager som følge av sosiale forskjeller. Både sosionomer og andre profesjonsgrupper kan sammen løfte frem disse menneskene og gi dem et integrert og helhetlig hjelpetilbud. Mine informanter sa de ønsket at deres kompetanse ble mer anerkjent. Jeg tenker at det viktig å anerkjenne sosionomene i psykiatrien slik de ønsker å bli verdsatt, fordi de har en del kunnskap om mange forhold som virker inn på helsen gjennom livet. For eksempel hvordan økonomiske problemer kan ha innvirkning på mental helse. Det har imidlertid også vært foretatt undersøkelser som særlig retter mot minoritetshelse, hvor levekår stadig har dukket opp (Hjelde, 2013, s. 182). Av den grunn argumenteres det for at sosionomer trengs i psykiatrien. Sosionomenene gir en helhetlig tilnærming til mennesket og psykisk helse, og derigjennom bidrar de på en sentral måte til å gi et helhetlig og individtilpasset tilbud, både til minoritets- og majoritetsbefolkningen i samfunnet vårt.

Kapittel 7: Avslutning

Innledningsvis viste jeg til at innvandrere rapporterer om større psykiske helseplager enn befolkningen for øvrig (FHI, 2019, s. 63). Formålet med oppgaven har vært å undersøke hvordan psykisk helsevern møter og tilrettelegger for etniske minoriteter som kommer i kontakt med spesialhelsetjenesten. I den forbindelse har jeg undersøkt problemstillingen: *«Hvordan kan vi fra et sosialfaglig ståsted møte og tilrettelegge for etniske minoriteter i psykisk helsevern?»*

Jeg har funnet at helsepersonell og psykisk helsesystemet møter nye utfordringer i arbeid med innvandrere. Informantene i studie uttrykker at utfordringene har sammenheng med at det er liten kunnskap om psykisk helse og at fagperson og minoritetspasient ofte kan ha ulik forståelse av psykisk helse. Utfordringene er også relatert til språkbarrierer og at psykiske lidelser ofte er forbundet med tabu i mange minoritetsmiljøer. Mange av informantene sier at når psykisk uhelse er tabubelagt kan det hindre at mange oppsøker hjelp. Sosialarbeiderne i denne studien sier videre at de ønsker mer kulturkompetanse for å bedre forstå og samhandle med mennesker med en annen kulturell bakgrunn enn dem selv. At informantene erkjenner at de ønsker mer kulturkompetanse er positivt, fordi det er med på å problematisere hva som kan skje dersom sosialarbeider mangler en dypere forståelse av kultur. Et eksempel er at profesjonsutøver kan tillegge kultur for stor betydning for å forstå pasienten. For stort fokus på kulturelle forskjeller kan bli negativt, men også skygge for andre forhold. I mitt materiale er jeg opptatt av at profesjonsutøvere må ta utgangspunkt i enkeltindividet og familien for å forstå det aktuelle problemet.

Ut ifra det informantene sier ser det ut som at de mener at psykisk helsevern må tilegne seg mer kulturell kompetanse, og dreie seg mer mot et minoritetsperspektiv, siden samfunnet er mangfoldig og består av mennesker med ulike bakgrunn. Erfaringer fra mitt prosjekt tyder på at det ikke bare er nok med økt kulturkompetanse, men at det også trengs kvalifiserte tolker slik at pasienter og ansatte bedre kan formidle det de ønsker å uttrykke og bedre kunne forstå hverandre. Sosialarbeidere og annet helsepersonell har derfor ansvar for å tilrettelegge for kommunikasjon ved hjelp av tolk. Flere poengterer at det viktigste er å gi individuell tilpasset hjelp til alle pasienter, og å tilrettelegge pasientens behov. Slik vil like tjenester nødvendigvis ikke være det samme som likeverdige tjenester, siden mennesker er ulike og har forskjellige behov.

For at fagpersoner skal kunne gå inn i relasjoner viser studiet at forhold som respekt, likeverd og anerkjennelse må være på plass. Informantene fremhever at i arbeid med mennesker er

relasjonskompetanse svært sentralt, og forutsetter at «den andre» blir sett som et subjekt – et selvstendig, handlende individ. Sosialarbeiderne sier at relasjonskompetanse har forutsetninger til å skape gode relasjoner, en kompetanse som står sentralt i sosialt arbeid. I tillegg bidrar helhetsperspektiv til at sosialarbeiderne kan få en viktig rolle når det gjelder å se og hjelpe pasienten i den situasjonen han eller hun står i. Sosialarbeiderne sa de skulle ønske de ble mer anerkjent i psykiatrien. Tar vi utgangspunkt i arbeid med etniske minoriteter kan sosialarbeiderne sette søkelys på hvordan sosioøkonomiske forhold kan påvirke psykisk helse blant innvandrere. Min studie viser at helhetstenkning og relasjonsarbeid er sentralt i arbeid innen psykisk helsevern og det har avgjørende betydning å se hele mennesket i sin kontekst for å forstå det. På bakgrunn av dette bør helhetsperspektivet i sosialt arbeid ivaretas i psykiatrien.

7.1 Forslag til videre forskning

I forhold til videre forskning kunne det vært interessant å forske videre rettet mot tematikken jeg belyser i oppgaven, og om pasienter og pårørende opplever forskjellsbehandling innen psykisk helsevern. Selv om det kan være vanskelig å få øye på forskjellsbehandling, da det nært er knyttet til diskriminering, hadde det vært interessant å finne ut hvorvidt diskriminerende praksiser kan hindrer folk i å få likeverdige tilbud. Dette krever helt klart at tjenestene blir mer bevisst på hva som fører til diskriminering. Jeg vil derfor argumentere for mer forskning som belyser hvordan pasienter og pårørende med etnisk minoritetsbakgrunn blir diskriminert i psykiatrien. Slik det kommer frem i yrkesetiske grunnlagsdokumentet for sosialarbeidere er profesjonsutøvere forpliktet til å unngå og bekjempe urimelig forskjellsbehandling av mennesker (FO, 2019, s. 4). Imidlertid er det derfor viktig å være kritisk til likebehandling i møte med mennesker med ulike behov, ettersom det ikke tas hensyn til deres særskilte behov noe jeg synliggjør i denne oppgaven.

Det er også behov for forskning rettet mot barn som pårørende i familier med innvandrerbakgrunn, hvordan de kan ivaretas og hvordan de opplever å stå i situasjonen der deres foreldre sliter med psykiske plager. Det hadde vært interessant å undersøke om barna får nok og nødvendig informasjon, siden mine informanter har fortalt at det noen ganger skjer at helsepersonell og minoritetspasienter har forskjellige syn når det gjelder hvilken informasjon barn bør få vite. Eventuelt om dette har nært tilknytning til tabu som mange minoritetsmiljøer opplever.

Litteraturliste

- Andersen, A. J. W. (2018). *Psykisk helsearbeid – en gang til*. Gyldendal Akademisk
- Berg, A. O. & Holt, K. (2020). *Kultur og kontekst i praksis psykologiarbeid*. Gyldendal.
- Berg, B. & Ask, T. A. (2011). Minoritetsperspektiver i sosialt arbeid – en introduksjon. I B. Berg & T. A. Ask (Red.), *Minoritetsperspektiver i sosialt arbeid* (s. 13-21). Universitetsforlaget.
- Berg, B. (2011). «Lost in translation?» Om kulturell brobygging og bruk av tolk som kommunikasjonsmiddel. I B. Berg & T. A. Ask (Red.), *Minoritetsperspektiver i sosialt arbeid*. (s. 223- 247). Universitetsforlaget.
- Berg, B. (2015). Velferd og migrasjon – sosialt arbeid i et flerkulturelt samfunn. I I.T. Ellingsen., I. Levin., B. Berg. & L.C Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid- en grunnbok*. (s.244- 258). Universitetsforlaget.
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I. & Kleppe, L.C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I I.T. Ellingsen., I. Levin., B. Berg. & L.C Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid- en grunnbok*. (s.19-35). Universitetsforlaget.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *In Qualitative Research in Psychology* (3), 77–101).
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>
- Dahl, E. & Friestad, C. (2013). Sosial ulikhet og psykisk helse. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 149-165). Gyldendal akademisk.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Universitetsforlaget.
- Elstad, T. & Norvoll, R. (2013). Sosial eksklusjon og inklusjon. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. (s.118-148). Gyldendal akademisk.
- Eriksen, T. H. & Sajjad, T. A. (2020). *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Gyldendal.
- FO. (2019). *Yrkesetiske grunnlagsdokumentet for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. LO media.

- Folkehelseinstituttet. (2019). *Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelse blant innvandrere 2016*. ISBN: 978-82-8406-026-2.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/levkarsundersokelsen-blant-innvandrere-i-norge-2016-rapport-2019-v2.pdf>
- Gabrielsen, L. E. & Ulland, D. (2015). Mening og meningsdannelse i en kulturell kontekst. I D. Ulland, A. B. Thorød & E. Ulland (Red.), *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærming*. Universitetsforlaget.
- Goffman, E. (2009). *Stigma. Om avvigerens sociale identitet*. Samfunns litteratur
- Hanssen, I. (2019). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Gyldendal.
- Hansen, R. & Solem, M-B. (2017). *Sosialt arbeid. En situert praksis*. Gyldendal akademisk
- Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. (Rapport: is-2314).
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf/_/attachment/inline/2784807c-b441-4137-a3a1-61fff9f8836a:75040e04f7107e9eec48b8d9fada6ad1866dc7a4/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m. v* (Lov-1999-07-02-64). Lovdata
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Hjelde, K. H. (2013). Migrasjon, kultur og psykisk helse. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 166-187). Gyldendal akademisk.
- Holt, K. (2019). *Kultur, migrasjon og traumer. Hva trenger hjelperen for å bidra til god psykisk helse og livskvalitet?* Gyldendal.
- Jareg, K. M (2020). Tolking og praktisk psykologarbeid. I A.O Berg & K. Holt (Red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid*. (s. 198- 213). Gyldendal.

- Jareg, K. & Pettersen, Z. (2006). *Tolk og tolkebruk – to sider av samme sak*. Fagforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.
- Jørgensen, H. & Van der Weele, J. (2009). Vold i storfamiliekontekst – erfaringer fra alternativ vold. I K. Eide., N.A. Qureshi, M. Rugkåsa & H. Vike (Red.), *Overprofesjonelle barrierer. Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge*. Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal akademisk
- Kumar, B. N. & Viken, B. (Red.). (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (utg.3). Gyldendal Akademisk
- Larsen, C. K. & van der Weele, J. (2020). Vurdering av omsorgsevne – Hvilken betydning har kultur? I A. O. Berg. & K. Holt (Red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid*. Gyldendal.
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid. Det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2014). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Cappelen Damm Akademisk.
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid*. Universitetsforlaget.
- Levin, I. (2015). Sosialt arbeid som spenningsfelt. I I.T. Ellingsen., I. Levin., B. Berg. & L.C Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid- en grunnbok*. (s. 36-45). Universitetsforlaget.
- Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017). *Lov om likestilling og forbud mot diskriminering* (LOV-2017-06-16-51). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>

- Midtbøen, A. F. & Rogstad, J. (2012). *Diskrimineringsomgang og årsaker. Etniske minoriteters tilgang til norsk arbeidsliv*. Instituttet for samfunnsforskning. https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/177445/R_2012_1_web.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- NAKU. (2020, 5 mai). *Hva er god psykisk helse?* Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning. <https://naku.no/kunnskapsbanken/hva-er-god-psykisk-helse>
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Universitetsforlaget.
- Norvoll, R. (2013). Fremtidige utfordringer for det psykiske helsefeltet og den samfunnsvitenskapelige forskningen. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. (s.313- 322). Gyldendal Akademisk.
- Norvoll, R. (2019). Makt og avmakt. I E. Brodtkorb. & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (3. utg., s. 63-95). Gyldendal.
- Norvoll, R. (2013). Samfunnsfagenes bidrag til kunnskap om psykisk helse og psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. (s.13- 35). Gyldendal Akademisk.
- Norvoll, R. (2019). Sosiale avvik og sosial kontroll. I E. Brodtkorb. & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (3. utg., s. 97-120). Gyldendal.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3
- Pileberg, S. (2016, 14. Juli) *Innvandrerbarn får sjeldnere hjelp fra psykisk helsevern*. Utdanningsforskning. <https://utdanningsforskning.no/artikler/innvandrerbarn-far-sjeldnere-hjelp-fra-psykisk-helsevern/>
- Qureshi, N. (2009). Kultursensitivitet i profesjonell yrkesutøvelse. I K. Eide., N. A. Qureshi., M. Rugkåsa. & H. Vike. (Red.), *Over profesjonelle barrierer. Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge*. (s. 206- 230). Gyldendal Akademisk.

- Ramsdal, H. (2013). Styring og organisering. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. samfunnsvitenskapelige perspektiver*. (s. 213-241). Gyldendal akademisk.
- Rugkåsa, M., Eide, K. & Ylvisaker, S. (2015). *Kulturalisering og symbolsk mening i barnevernsarbeid*. Tidsskrift for velferdsforskning, vol. 18, nr. 2, 2015. Fagforlaget
- Rugkåsa, M. & Ylvisaker, S. (2018). Kultursensitivitet. I T. A. Ask. & S. B. Eide (Red.), *Barnevernets begreper – i bevegelse*. (s. 202- 211). Gyldendal.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P-H. (2013). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Rådet for psykisk helse. (2007). *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn*. Oslo
- Skytte, M. (2008). *Etniske minoritetsfamilier og sosialt arbeid*. (utg.2) Gyldendal akademisk.
- Staiton, M. L., Aambø, A. K. & Johansen, R. (2019). Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: the role of moderating factors. *BMC Public Health*. Article number: 325.
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6649-9>
- Stang, E. G. & Sveaass, N. (2016). *Hva skal vi med menneskerettigheter?* Gyldendal Akademisk.
- Statistisk sentralbyrå. (2017). *Innvandrere og deres norskfødte barn-gruppens sammensetning*. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-og-deres-norskfodte-barn-gruppenes-sammensetning>
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Nesten 15 prosent er innvandrere*.
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nesten-15-prosent-er-innvandrere>
- Statistisk sentralbyrå. (2008). *Vestlig og ikke-vestlig – ord som ble for store og gikk ut på dato*. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vestlig-og-ikke-vestlig-ord-som-ble-for-store-og-gikk-ut-paa-dato>
- St.prp. nr. 63.(1997-1998) *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1#kap1>

- Stronks, K., Ravelli, A. C. & Rejineveld, S.A. (2001). Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *Epidemiol Community Health*, 55(19) 701-707.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11553652/>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.) Fagbokforlaget
- Thorbjørnsrud, B. (2019). Kulturelle fortolkningsrammer. I E. Brodtkorb & M. Rugkåsa (Red.), *Mellom mennesker og samfunn. sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (3. utg., s. 211-250). Gyldendal
- Touraj, A. & Bøgwald, K-P. (2008). *Innvandrerens bruk av poliklinisk psykiatrisk tjeneste*. Tidsskriftet for den norske legeforening. Nr.2.
<https://tidsskriftet.no/2008/01/originalartikkel/innvandreres-bruk-av-poliklinisk-psykiatrisk-tjeneste>
- Viken, B. & Magelssen, R. (2010). Kulturelle forskjeller og dialog. I B. N. Kumar & B. Viken (Red.), *Folkehelse i et minoritetsperspektiv*. (s.207- 232). Fagbokforlaget.
- Viken, B. & Nesje, R. (2010). Familier og helsefremmende arbeid. I B. N. Kumar & B. Viken (Red.), *Folkehelse i et minoritetsperspektiv*. (s.207- 232). Fagbokforlaget.
- Walås, Y. T. (2017). «Man snakker ikke om sånt» - En kvalitativ undersøkelse om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Volum 14- nr. 2. Universitetsforlaget.
https://www.idunn.no/file/pdf/66962235/man_snakker_ikke_om_saant_-_en_kvalitativ_undersokelse_om_.pdf
- Øye, C. & Norvoll, R. (2013). Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. samfunnsvitenskapelige perspektiver*. (s. 73-97). Gyldendal akademisk.
- Østby, L. (2011). «Sånn er de»- om kategorisering og samhandling med etniske minoriteter. I B. Berg & T. A. Ask (Red.), *Minoritetsperspektiver i sosialt arbeid*. (s. 57- 72). universitetsforlaget

Vedlegg 1

Introduksjon

- Takk for at du deltar på intervjuet
- Si litt om temaet for samtalen (bakgrunn og formål)
- Orientering om lydopptak, konfidensialitet og anonymitet, og muligheten til å trekke seg

Bakgrunn:

- Hva slags utdanning har du?
- Hvor lenge har du jobbet her?
- Hva slags erfaring har du med å jobbe med etniske minoriteter og psykisk helse?

Tilrettelegging og likeverdig helsetjeneste:

- Hva vil det si å tilrettelegge og gi et likeverdig helsetilbud, slik du forstår det?
- Hvordan oppnå et «likeverdig» psykisk helsetilbud?
- Hvordan er tilbudet dere gir tilpasset minoritetsklienters behov?
- Er det noe dere tar spesielt hensyn til i møte med etniske minoriteter?
- Hva er det som gjør at dere tilrettelegger mer for noen mennesker?
- Bruker dere ofte tolk? – og hvilke erfaringer har du med å bruke tolk?
- Hvem har ansvaret for å få ivareta utfordringen i språkforskjeller og/eller ulik forståelse av psykisk helse?

Erfaringer

- Har du opplevd at etniske minoriteter har fortalt om å bli forskjellsbehandlet (eller diskriminert) i psykisk helsevern?
- Hvordan er rollen som sosialarbeider med på å styrke det arbeidet innenfor psykisk helse og etniske minoriteter?
- Etter dine erfaringer, hva er det som trengs av kunnskap for å gi et godt tilbud og møte minoriteter på en likeverdig måte?

Kulturforskjeller

- Er temaet psykisk helse tabubelagt blant etniske minoriteter? Og eventuelt hvordan?
- Tar du hensyn til kulturell bakgrunn? Hvordan?
- Er det noen kompetanse som er nødvendig i møte med flerkulturelle klienter? I så fall hvilke?
- Hva handler kulturkompetanse/kultursensitivitet for deg? Og hvordan bruker du kompetansen i møte med etniske minoriteter?
- Hva mener du kreves for å innta en kultursensitiv praksis i psykisk helsevern?

Diskriminering

- Hvordan kan kunnskap om diskriminering være et element for arbeidet for likeverdige helsetjenester?
- Forebygger dere diskriminering? Hvordan?
- Hvordan kan språkbarrierer føre til utfordringer i deres arbeid?
- Kan du beskrive andre forhold enn kategorien etnisitet/kulturelle forskjeller, som du erfarer at kan ha betydning for møte mellom hjelper og klient?
- Hva slags holdninger tror du at folk som jobber innenfor psykisk helsevern har til etniske minoriteter?

Til sosionomer

- Hvordan er det å jobbe som sosionom i psykisk helsevern?
- Hvordan opplever du sosionomers rolle blir ivaretatt i psykisk helsevern?
- Hvor viktig tenker du det er å klargjøre sosialt arbeids bidrag i spesialhelsetjenesten?
- Hva innebærer «sosialfaglig kompetanse»? Og hvordan kan den være et bidrag for arbeid med etniske minoriteter og psykisk helse?

Til andre helsepersonell

- Hvilke bidrag har sosionomer innenfor psykisk helsevern?
- På hvilke måte tenker du at sosionomer gjør en forskjell i arbeid med etniske minoriteter og psykisk helsearbeid?
- Hva tenker du ligger i begrepet «sosialfaglig kompetanse»?

Avsluttende spørsmål

- Er det noe du har tenkt på under intervjuet som du ønsker å legge til?
- Hvordan opplevde du å bli intervjuet?

Vedlegg 2

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Tilrettelegging og likeverdig psykisk helsetilbud til etniske minoriteter»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et prosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan vi kan møte og tilrettelegge for etniske minoriteter i psykisk helsevern. Målet er å finne ut hvordan fagfolk tilrettelegger for målgruppen, og hvordan tilbudet er tilpasset etter deres behov. Oppgaven ses ut ifra et sosialfaglig ståsted, da dette er et masterprosjekt i Sosialt arbeid. I dette skrivet gir jeg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære.

Formål

Formålet med masterprosjektet er å undersøke hvordan fagfolk møter etniske minoriteter i psykisk helsevern. Jeg er interessert i å finne ut av praksiser som legger til rette for å fremme psykisk helse hos gruppen, samt hva som kan gjøres eller forbedres. Det stilles derfor spørsmål som er med på å belyse profesjonsutøveres erfaringer med etniske minoriteter, deres tanker rundt tilrettelegging og likeverdig helsetilbud, kultur og diskriminering.

Dataene vil ikke brukes til andre formål, enn masterprosjektet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet Storbyuniversitet ved institutt for sosialfag er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det rekrutteres informanter ut fra et ønske om å få informasjon og kunnskap om møter med etniske minoriteter i psykisk helsevern. På bakgrunn av min undersøkelse har derfor ønske om å involvere sosionomer og andre profesjonsutøvere som jobber innenfor dette feltet. Til dette trenger jeg din hjelp.

Hva innebærer det for deg å delta?

Som deltaker i prosjektet deltar du i et intervju. Det vil i denne masteroppgaven brukes kvalitativ metode, og jeg vil intervju 5-7 personer. Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et intervju som varer ca. 1 time. Vi blir enige om tid og sted for intervjuet. Det vil bli stilt spørsmål knyttet til profesjonsutøveres erfaringer med etniske minoriteter, tilrettelegging og likeverdig helsetilbud. Som en del av oppgaven vil jeg også forsøke å finne ut hvordan kunnskap om diskriminering kan være et viktig element for arbeidet med likeverdige helsetjenester. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker. Ingen personidentifiserbare opplysninger blir skrevet ned eller lagret.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Opplysningene vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene i forbindelse med masteroppgaven. Jeg vil behandle opplysningene konfidensielt og i samsvar med personregelverket.

Dataene anonymiseres, og oppbevares trygt og adskilt fra andre øvrige data som innhentes i oppgaven. Dette ved hjelp av at det lages et beskyttet passord i Word som kun jeg har tilgang til når intervjuet transkriberes. De som vil ha tilgang til dataene jeg innhenter er meg (student) og evt. veileder ved behov.

Som deltaker av dette prosjektet vil ingen personopplysninger lagres eller gjengis i oppgaven. Alle data vil bli anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er utgangen av 2021. Opplysningene anonymiseres i den ferdige masteroppgaven, og båndopptakene slettes når oppgaven er ferdig og eksamen består.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *OsloMet- Storbyuniversitet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien ta kontakt med:

meg Dekia Suleyman Jama på 46853172, eller sende en e-post til dekia345@hotmail.com.

Min veileder er Marianne Rugkåsa tlf: 67238125 eller e-post til marirug@oslomet.no

Personvernombud ved OsloMet er: Ingrid S. Jacobsen. E-post: personvernombud@oslomet.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Dekia Suleyman Jama (student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «tilrettelegging og likeverdig psykisk helsetilbud til etniske minoriteter», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at Dekia Suleyman Jama (student) kan gi opplysninger om meg til prosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

NSD sin vurdering

Skriv ut

Prosjekttittel

"Tilrettelegging og likeverdig psykisk helsetilbud til etniske minoriteter"

Referansenummer

565388

Registrert

18.10.2020 av Dekia Suleyman Jama - s305797@oslomet.no

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for sosialfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marianne Rugkåsa, marirug@oslomet.no, tlf: 67238125

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Dekia Suleyman Jama, dekia345@hotmail.com, tlf: 46853172

Prosjektperiode

01.11.2020 - 31.12.2021

Status

28.10.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

28.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 26.10.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSLIKT

Informantene i prosjektet har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFLØGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson NSD: Silje Fjelberg Opsvik
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 3