

”...jeg vandrer i et landskap jeg ikke kjenner så godt.”

- Et sosiologisk perspektiv på intervju med ansatte i psykiatrien om det å arbeide med pasienter med flerkulturell bakgrunn.

Jens Kristian Nilsen



Masteroppgave i sosiologi

1.mai 2006

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Universitetet i Oslo

Forord

Nå ser jeg at veien har blitt til. Jeg har ikke visst hvor jeg har villet, men jeg har kommet frem. Denne oppgaven og alt forarbeidet er blitt en realitet av ren og skjær vilje til å unngå å mislykkes. Hard arbeid i vanskelige tider har gjort gleden ved fullførelsen stor. Jeg beklager at på grunn av tekniske viderverdigheter i harmoni med et stramt tidsskjema har gjort at noen av sidereferansene har falt ut.

Mange takk for gode innspill går til veilederne Dag Album og Astrid Skatvedt. Takk til respondentene og takk til sykehusadministrasjonen på Ullevål. Takk til administrasjonen ved ISS og spesielt til Åsmund. Takk til de fleste på pauserommet i 4.etg i Harriet Holters hus - det gode miljøet var nesten for fristende. Takk også til kollokviegruppa MESS for oppmuntring og god kritikk. Takk til familien for utålmodighet og språklige korreksjoner. Takk til Iben for at du får meg til å tenke at alt er verdt noe.

Til Iben og
til minne om Frida.

”Out of the crooked timber of humanity no straight thing can ever be made.”

Immanuel Kant (1784)
*Idee zu einer allgemeinen Geschichte
in weltbürgerlicher Absicht proposition 6*

SAMMENDRAG

Denne oppgaven handler om møtet mellom pasient og sykehus. Møtet blir undersøkt fra behandlernes synsvinkel og temaet er hvordan det oppleves å arbeide med pasienter med bakgrunn i flere kulturer enn den norske. Pasientgruppen det er snakk om er psykiatriske pasienter ved Ullevål universitetssykehus og behandlerne er følgelig ansatt ved psykiatrisk divisjon ved samme sykehus.

Metoden som er valgt for innsamling av materiale i forbindelse med undersøkelsen er semistrukturerte én til én intervjuer med lydopptak og transkripsjon til tekst i etterhånd.

Jeg har spurt behandlere om hvordan de utfører jobben sin, hvordan møtene med pasientene oppleves og om hvilke utfordringer de møter i forhold til denne spesielle pasientgruppen.

Intervjuene er analysert som tekst og er i utgangspunktet gjort tematisk rundt de to hovedtemaene familie og kjønn, og med kultur som et overgripende begrep. Analysen er sett i lys av to sosiologiske hovedperspektiver. Det første, og hovedperspektivet faller innefor et symbolsk interaksjonistisk perspektiv og betegnes *stemplingsteori*. Jeg legger vekt på tenkningen til Thomas J. Scaff.

Det andre perspektivet jeg ser analysen i, er med hjelp av begrepet om *den fremmede*. Denne tradisjonen har sitt utspring i tenkningen til Alfred Schütz, men diskusjonen knyttes til en spesiell måte å tenke fremmedhet på innen psykiatrien.

Ett funn som blir gjort, er at ordet *kultur* kan sies å bli brukt som en buffer på samme måte som Yngvar Løchen så at diagnosene ble brukt da han arbeidet med sin doktoravhandling fra 1976. Videre kommer det frem at ansatte opplever det som et problem at avstanden mellom dem selv og pasientene er uoverkommelig innen behandlingens rammer. Flere sa at de ikke følte at de strakk til og at de ønsket seg mer kompetanse på feltet.

Innholdsliste

Sammendrag	V
1 Innledning	1
1.1 Tema og Problemstilling	1
1.2 Aktualitet	2
1.3 Vinkling	3
1.4 Begrepsbruk.....	5
1.5 Leseveiledning.....	7
2 Metode	9
2.1 Etske betraktninger.....	10
2.2 Respondenter - ikke informanter	12
2.3 Metode- fra hodet	12
2.3.1 Tema - hva det er snakk om	12
2.3.2 Hvem er leseren?.....	13
2.3.3 Hva jeg har gjort.....	14
2.3.4 Om feltet.....	15
2.4 Om de som er med.....	15
2.4.1 Tilgang	15
2.4.2 Respondentene	16
2.5 Rollen som student/forsker.....	17
2.5.1 Nærmere respondentene.....	19
2.6 Metodekritikk	21
3 Teori og bakgrunn.....	25
3.1 Symbolsk interaksjonisme.....	26
3.1.1 Avvikssosiologisk perspektiv.....	27
3.1.2 Stemplingsteori	27
3.1.3 Hva tar du meg for?.....	31
3.2 De fremmede	33
3.2.1 Alfred Schütz og de fremmede som kommer og drar igjen	34
3.2.2 Mangel på kunnskap som årsak til fremmedhet.....	35
3.2.3 Simmel, de som kommer og blir	36
3.3 Diskursanalyse.....	38
3.3.1 Den medisinske diskursen.....	38

3.4 Bidrag fra Norge.....	40
3.4.1 Idealer og realiteter	40
3.4.2 Flyktningehelse i Kristiansand.....	41
3.4.3 Behandling er også snakk.....	41
3.5 Kategorier – nødvendig forenkling og skjulte overgrep.....	42
3.5.1 Kulturalisme, kulturrealisme og kulturell essensialisme	43
4 Analyse	45
4.1.1 Hva kan sies om det som er blitt sagt.....	45
4.1.2 Flere nivåer.....	46
4.2 Familien Hansen og familien Hassan	46
4.2.1 Sammenfatning	54
4.3 ”(...)de er vant til at kvinner har en litt annen rolle(...)”	55
4.3.1 Sammenfatning	60
4.3 ”...så er det kanskje heller kulturen...”	60
4.3.1 Kultur og diagnose	62
4.3.2 Hvor mye sier så <i>kulturen</i> om pasienten?	64
4.3.3 Kulturell stemping.....	65
4.3.4 Mia gjør som Løchen sa.....	65
5 Diskusjon og oppsummerende bemerkninger	67
5.1 Behandlernes forventninger til pasientene og til seg selv	67
5.2 Avstand mellom pasient og behandler	69
5.3 Fremmedhet på en annen måte.	71
5.4 Vi – behandlerne og jeg.....	72
5.5 Bruken av kultur legitimerer avstanden.	76
6 Avslutning	79
Litteraturliste.....	81
Vedlegg 1	85
Vedlegg 2	87
Vedlegg 3	89
Vedlegg 4	91

1 INNLEDNING

Tittelen på oppgaven er hentet fra intervjuet med "Mia". Mia er en av de jeg har snakket med som opplever at hun er litt usikker når det kommer til pasienter fra andre kulturer. Hun har tatt i mot pasienter til samtaler på sitt kontor i noen år og opplever at hun noen ganger skulle ønske hun visste mer om hva hun skulle gjøre for å komme frem til målet sammen med dem. Mange av de pasientene hun snakker om er vandrere de også. De har vandret inn i Norge og sikkert opplevd at de har kommet til et ukjent landskap, både i det norske samfunnet generelt, og i den delen av det som utgjør den delen av helsevesenet som vi kaller psykiatrien. Denne oppgaven er ment som et bidrag til at Mia og hennes pasienter finner frem til et bedre sted.

Denne oppgaven kan leses som et bidrag i en tradisjon av sosiologisk kritikk av den biomedisinske psykiatrien. Utgangspunktet er å undersøke hvordan behandlere vektlegger enkelte sosiale forhold i behandlingen av pasienter. Inspirasjonen til å ta for meg dette kommer fra flere perioder som vikar ved en akuttpsykiatrisk avdeling på et norsk sykehus. Jeg opplevde selv at jeg ble usikker på om det ikke var mer vi burde visst om enkelte pasienter som vi "intuitivt" visste om andre. Én av kategoriene med spørsmål knyttet seg til pasienter som var narkomane og en annen til noe som jeg opplevde som en fremmed kulturbakgrunn fra et annet land.

Jeg har ikke mottatt noen form for økonomisk støtte eller bidrag i forbindelse med gjennomføringen av dette prosjektet og har ikke knyttet noen forpliktende bånd til Ullevål universitetssykehus i forbindelse med gjennomføringen. Prosjektet er således selvstendig men med veileder Dag Album ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitet i Oslo, som formelt ansvarlig for gjennomføringen.

1.1 TEMA OG PROBLEMSTILLING

Temaet for dette prosjektet er hvordan det oppleves for behandlere å jobbe med pasienter med en annen kulturbakgrunn enn sin egen. Behandlerne i denne sammenhengen er ansatte ved ulike avdelinger av psykiatrisk divisjon ved Ullevål universitetssykehus, og introduseres mer utfyllende senere. Pasientene det er snakk om er naturlig nok deres pasienter.

Når en har sagt *en annen* så er det naturlig å benevne den man sammenlikner den andre med, og i dette tilfellet må en si *den norske* kulturen, selv om det ikke er en enkel og homogen størrelse. Den norske kulturen blir likevel ikke problematisert nærmere her.

Spørsmålene jeg stilte meg i utformingen av problemstillingen og som jeg har funnet et slags svar på er: Er det noen forskjell på å jobbe med pasienter fra andre kulturer enn sin egen, og i tilfelle: hvor ligger utfordringene? Hvordan snakker behandlerne om skillet mellom det å jobbe med norske og det å jobbe med pasienter fra andre kulturer og hvordan kan dette knyttes til øvrige samfunnsforhold, teori om samfunnet og pågående debatter? Dette er spørsmål jeg stilte meg i utformingen av problemstillingen og som jeg har fått svar på gjennom prosjektets gang.

Disse spørsmålene kan knyttes til det overordnede spørsmålet som Ullevål universitetssykehus stilte seg selv høsten i 2004. Det var i forbindelse med oppstart av sitt prosjekt om kulturforskjeller i behandlingen: - Mangler sykehuset kompetanse i møte med pasienter med minoritetsbakgrunn? Via vitenskapsbutikken ved Universitetet i Oslo ble jeg innlemmet i prosjektgruppen ved Ullevål. Gruppen besto av ansatte fra ulike avdelinger ved sykehuset og tre studenter fra Universitetet, to antropologistudenter og meg. Gruppen ble delt i to: En del skulle jobbe med problemstillinger knyttet til ansatte med flerkulturell bakgrunn, og den delen jeg var med på skulle jobbe med problemstillinger knyttet til pasientene. Jeg var med på to prosjektmøter hvor hele prosjektgruppen var innkalt. Gruppen falt etter hvert fra hverandre uten at jeg vet hvorfor. For meg betydde gruppa at jeg fikk tilgang og en fot i døra i en vanskelig tid for sykehuset. Jeg tror at denne oppgaven kan bidra til å belyse noen av de problemstillingene sykehusledelsen så for seg og håper at arbeidet mot et bedre helsetilbud går videre.

1.2 AKTUALITET

Det er vel ingen tvil om at temaet er aktuelt. Utviklingen i befolkningssammensetningen i Norge, og spesielt i Oslo de siste 30 årene, har vist at vi går mot et stadig mer flerkulturelt samfunn. Antallet beboere med bakgrunn fra Asia med Tyrkia, Afrika, Sør og Mellom-Amerika har økt med noe som burde være betydelig for hvordan det offentlige hjelpeapparatet er rustet for oppgaven:

I dag består innvandrerbefolkningen av 365 000 personer. Denne gruppa utgjør 8 prosent av befolkningen, og det er over en tredobling siden 1980. 53 000 personer kommer fra andre nordiske land, 45 000 fra resten av Vest-Europa og Nord-Amerika, 61 000 fra Øst-Europa og 205 000 fra Tyrkia og land i Asia, Afrika og Sør-Amerika.(...) Oslo hadde høyest andel ikke-vestlige innvandrere med 18 prosent, etterfulgt av Drammen (14 prosent), Lørenskog (11 prosent), Askim og Skedsmo (begge 10 prosent). 47 prosent av den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen og 38 prosent av den vestlige innvandrerbefolkningen bodde i Oslo og Akershus ved inngangen til 2005.(Statistisk-sentralbyrå 2005)

Fokuset i media har, nær sagt selvfølgelig, vært på problemene knyttet til dette. Denne oppgaven er også problemfokuset og handler om det jeg ser som omstillingsproblemer i psykiatrien knyttet til endringen i befolknings sammensetningen. En skisse til problemstilling for undersøkelsen ble satt sammen i juni 2004, halvannen måned før hendelsen som mange kom til å kalle *trikkedrapet*, hvor en mann fra Somalia drepte en mann og skadet flere andre på en trikk i Oslo. I ettertid har mannen, som i følge VG hadde diagnosen paranoid schizofreni, blitt dømt til tvungent psykisk helsevern, og deretter skrevet ut. Psykiatrisk divisjon, og spesielt akuttposten Ullevål universitetssykehus har i etterkant av drapet på trikken vært gjenstand for massiv kritikk, og endringer i ledelsen har kommet på bakgrunn av dette.

1.3 VINKLING

Et viktig samfunnsvitenskaplig bidrag til dette feltet er å problematisere hvordan ulike sosiale forhold og kategorier virker sammen. Det er ikke nok å se på forhold rundt kulturtilhørighet forstått som etnisk bakgrunn eller det å komme fra et land som ligger langt borte. Jeg har derfor valgt å trekke inn kjønn og familieforhold som analysekategorier. Dette valget henger sammen med det valget jeg gjorde da jeg skulle bestemme meg for hva jeg skulle spørre respondentene om i intervjuene. Ideen til dette ble unnfanget da jeg selv jobbet i praksisfeltet som vikar. Jeg opplevde at jeg selv og mine kolleger fant forhold rundt familie og kjønn som viktige i behandlingen av pasienter, og at det var forhold rundt disse kategoriene som vi ikke helt *fikk tak i* når det kom til pasienter med bakgrunn fra kulturer vi ikke kjente til.

Ett av de overgripende temaene innen sosiologi, som i andre samfunnsfag, er makt. En kan hevde at en legmannsforståelse av makt handler om tydelige forhold mellom mennesker som individer eller grupper. I forbindelse med psykiatri er det lett å tenke på mer eller mindre tilslørte former for makt som; tvangsbehandling, diagnostisering og fremmedgjøring av pasienter på den måten at legen snakker et ”legespråk” som pasienten ikke forstår. Vi skal her se at noen av behandlerne ved psykiatrisk divisjon på Ullevål universitetssykehus, opplever at

de jobber med pasienter som faller utenfor deres kompetanse og referansefelt fordi pasientene kommer med en bakgrunn fra flere kulturer enn den norske. Per Måseide (1991) skriver først og fremst om leger, men da som maktutøvere i det samme systemet som de sosionomene, sykepleierne og ergoterapeutene jeg har intervjuet i forbindelse med dette prosjektet:

Medical work includes the regular use of linguistic and other symbolic forms. The indexicality and language, together with the cultural arbitrariness of medical competence and practice, require local production and reproduction of a social order or medical adequacy. The possibility of mismatch between doctors' and patients frames and schemas creates a potential, and often actual, threat to the conduct of medical adequacy (Måseide 1991: 7).

Her skal det også handle om lingvistiske og andre symbolske former, i og med at vi ser på hvordan ansatte på et sykehus snakker om hvordan det er for dem å jobbe med en spesiell pasientgruppe som noen ganger blir ofre for ”*mismatch between doctors and patients*”.

Den franske filosofen og sosiologen Foucault drev arkeologi på en utradisjonell måte og var interessert i å finne mer om opphavet til de maktstrukturene som vi kan finne i samtiden. Han var spesielt interessert i maktforhold innen psykiatrien og denne maktens *genealogy*—hans egen forståelse av maktens ”genetiske opphav” (Ritzer 2000: 593). Ett av hans store spørsmål var: hvilken makt var det som skilte de gale ut fra de normale i løpet av den klassisistiske perioden fra årene 1650 – 1800. Foucaults *diskursbegrep* kan være med på å belyse hvordan noen mennesker kontrollerer de midlene og det språket som dominerer andre mennesker. Det følgende er ikke en maktanalyse som sådan, men en undersøkelse om ulike måter å snakke om et skille mellom to løst definerte pasientgrupper på. Det har vært fristende å inkludere Foucaults perspektiver i analysedelen av denne oppgaven, men det er begrenset med plass, og mitt hjerte ligger nærmere andre perspektiver.

Flere tenkere som er opptatte av migrasjon og flerkulturalitet advarer mot å fokusere på skillet mellom ”oss og de andre”, ”de fremmede”, ”innvandrere” og liknende begreper som lager et skille (Djuve 2004; Schierup 1993; Yuval-Davis 1997). Når jeg likevel gjør det her, så er det med respekt for de potensielt degraderende vendingene som kan komme ut av et slikt fokus. Jeg ser det slik at hvis en skal studere konsekvenser av sosial endring så må en se på hva endringen skyldes og hvilke potensielle konsekvenser dette har. Et klassisk begrep som er nyttet i sosiologien er begrepet om *den fremmede* (Schütz og Wagner 1970; Simmel og Wolff 1964).

The concept of the stranger remains one of the most powerful sociological tools for analyzing social processes of individuals and groups confronting new social orders.” (Shack et al. 1979)

En annen mulighet er å se det på en stempingsteoretisk måte. Stemping er en måte å markere at noen skiller seg ut, og ble på 1950-tallet sett som en vinkling for å forstå den sosiale reaksjonen på mental sykdom (Pilgrim og Rogers 1993). Viktige bidrag til dette feltet kommer fra Lemmert, Becker og Scheff. Jeg introduserer begrepet *kulturell stemping* i forbindelse med anvendelsen av stempingsteori på dette feltet. Begrepet menes her å bety å skille ut og behandle på bakgrunn av deres antatte kulturelle tilhørighet¹.

Jeg har valgt en empirinær tilnærming til problemene. Med det mener jeg at jeg har tatt utgangspunkt i et innsamlet materiale og løftet dette opp på et teoretisk plan som ligger like over. Det er ingen store generelle og nye teorier å lese her, men jeg håper at leseren kan se noen etablerte teorier i et nytt lys.

Det som er skrevet her er ikke ment å slå fast noe. Det beskriver og problematiserer hvordan enkelte, og mer eller mindre tilfeldig utvalgte behandlere, opplever noen få men viktige aspekter ved det å jobbe ved en psykiatrisk avdeling og med en løst definert gruppe pasienter. Her kan leses forslag til hvordan disse beskrivelsene av opplevelsene kan settes inn i en litt større sammenheng og knyttes til hva som foregår i en del av det norske samfunnet og kanskje, bare kanskje, i andre deler av verden. Videre finnes normative vendinger som har grunn i forfatterens egne - mer eller mindre begrunnede forståelse av hvordan ting kanskje burde gjøres, for å bedre noen av forholdene innen forståelsen av en sammensatt virkelighet som er her og nå.

1.4 BEGREPSBRUK

Ideelt sett skulle respondentene selv ha fortalt meg akkurat det jeg var interessert i å vite uten at jeg behøvde å si noe som helst. Men jeg var nødt til å introdusere noen begreper for å få samtalen i gang. Jeg bestemte meg for å bruke flere begreper for dermed ikke å styre respondentene i for stor grad. Det ble sendt ut et informasjonsskriv til avdelingsledere og respondenter med opplysninger om dette prosjektet. Her ble mitt prosjekt knyttet til det

¹ Håpnes og Berg (2004: 12) sier at de introduserer begrepet *etnisk stemping*. Jeg vil ikke gå inn på diskusjonen om betydningen av kultur v.s. etnisitet, eller om bruken av det engelske *ethinc labelling* har vært introdusert i litteraturen tidligere. Jeg har valgt å fokusere på kultur og ”introduserer” dermed *kulturell stemping*. Det har ikke lyktes meg å finne tidligere bruk av dette begrepet på norsk. På engelsk har *cultural labeling* en annen betydning i tillegg til den norske betydningen. Se for eksempel: Harkness, Sara, Catherine Raeff, and Charles M. Super (2000): *Variability in the social construction of the child*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass. Side 137.

overordnede prosjektet på Ullevål. Dette prosjektet var todelt og het henholdsvis ”*Den fremmedkulturelle pasienten*” og ”*Den fremmedkulturelle ansatte*”. I beskrivelsen av prosjektet ble det brukt to begreper for å beskrive den pasientgruppen jeg var interessert i å høre om hvordan det var å jobbe med: *fremmedspråklige pasienter* og *fremmedkulturelle pasienter*.

Beslutningen om å bruke disse to begrepene i undersøkelsen var ikke enkel. Alternative begreper kunne ha vært: utlendinger, innvandrere-, transkulturelle-, fjernkulturelle-, multikulturelle-, etniske,- minoritetspasienter eller liknende. I løpet av intervjuene forsøkte jeg å bruke flere av disse, men klarte ikke å gjennomføre det. Kanskje fordi jeg følte at de aller fleste intervjuene fløt lett som samtaler, benyttet jeg de begrepene som lå nærmest min egen dagligtale. Ord som transkulturelle eller multikulturelle er ikke begreper som blir så mye brukt og ikke de som ligger meg nærmest tungen. Respondentene benyttet i stor grad ”populære” begreper. En var konsekvent med bruken av *innvandrere*, flere brukte *fremmedkulturell*, og noen var ikke med på å diskutere begrepsbruken i det hele tatt. En respondent sa på slutten av intervjuet at hun syntes *transkulturell* var ett av de bedre begrepene hun hadde hørt, men at det var litt for vitenskapelig og litt vanskelig å bruke. Det viste seg at nettopp *fremmed* var et særlig beskrivende begrep for flere.

En diskusjon om bruken av begrepet *kultur* er på sin plass fordi begrepet er så ofte benyttet av respondentene og av meg som forfatter. For meg er det problematisk å komme med en definisjon av kultur slik det blir brukt av respondentene i undersøkelsen. Dette fordi jeg ikke har bedt dem om å definere begrepet og dermed blir å benytte egne tolkninger av det. Dette ser jeg ikke som noe problem i og med at denne oppgaven ikke inneholder en kulturanalyse som sådan. Analysen i denne teksten fungerer med ulike forståelser av kultur, men når jeg nå har analysert hva jeg selv legger i begrepet slik jeg bruker det her, likner det på det Gullestad (2002) skriver. Hun kommer med tre ulike betydninger av kultur og den tredje er ”*fortolkningsrammer*, det man tenker, argumenterer og handler ut fra” (Ibid 2002: 161). Gullestad knytter også ulike verdioppfatninger til begrepet (Ibid 2002: 161-165). Her skal vi senere se at bruken av begrepet i psykiatrisammenheng kan sees som nøytralt ment, men tolket negativt fordi det er for generelt i beskrivelsen av menneskers lidelser.

Respondentene i denne undersøkelsen har jeg benevnt *behandlere*. Alternativer kunne vært terapeuter eller pleiere. I litteratur på engelsk er *professionals* vanlig, men begrepet fungerer dårlig oversatt til norsk. Behandlere ble valgt fordi det er en bredere beskrivelse enn de andre. Dessuten er det ikke enighet om hva av den aktiviteten som behandlere og pasienter bedriver som er terapi. Noen mener at terapi er den aktive behandlingen som går direkte på

sykdom, mens andre kan se at bare det å være sammen med pasientene og snakke om hva som helst som terapi. Når en hører pleie så tenker en gjerne på somatiske lidelser og sengeliggende.

Alle behandlernes pasienter har problemer. Det er videre definert gjennom deres tilknytning til en avdeling under psykiatrisk divisjon ved Ullevål universitetssykehus, at de har en *mental lidelse*, altså et leveproblem knyttet til det psykiske, og kan hende i tillegg, men ikke utelukkende, et somatisk forhold. Det er videre uinteressant for dette prosjektet hvilke diagnoser pasientene har eller ikke har.

1.5 LESEVEILEDNING

Jeg vil begynne med å beskrive og å diskutere hvordan materialet som danner bakgrunn for oppgaven er samlet inn og behandlet.. Her kan også leses hvilke utfordringer jeg støtte på og hvilke overraskelser jeg fikk. I neste kapittel som jeg har valgt å kalle "Bakgrunn og teori" har jeg tatt med noen få norske bidrag innen flerkulturelle utfordringer i psykiatrien. I tillegg har jeg valgt å børste støvet av Yngvar Løchens klassiske doktoravhandling *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sosiologisk fortolkning* fra 1965 fordi den problematiserer et aspekt ved diagnoser som kan relateres til noe annet respondentene har fortalt meg. Jeg har også diskutert ulike kategorier og begreper som dukker opp undervegs i teksten her. Dernest følger noen avsnitt om sosiologiske perspektiver på mental lidelse som er en lang tradisjon i sosiologisk tenkning. To hovedperspektiver trer fram; stempingsteori og teori om den fremmede. I analysen er familie og kjønn som tema diskutert. Denne delen av analysen er nær opptil hva respondentene har sagt. Her er også diskutert bruken av ordet kultur. Denne delen løfter diskusjonen til et litt høyere nivå. Jeg avslutter med en oppsummering med noen normative vendinger som har tvingt seg frem i løpet av lang tid. Men for å få vite litt mer om bakgrunnen for mine forslag til å gjøre psykiatrien i ved Ullevål og kanskje også ved andre sykehus, begynner jeg som sagt med en fortelling om hvilke metoder jeg har brukt for å få tak i materialet som danner bakgrunn for det hele.

2 METODE

At jeg har valgt en kvalitativ tilnærming henger sammen med først og fremst egen interesse, dernest at det ikke finnes et tallmateriale å ta utgangspunkt i, og at det ikke er økonomiske rammer innenfor et masteroppgaveprosjekt til å utføre en kvantitativ datainnsamling og analyse. Til sist kommer det at før en kvantitativ undersøkelse kan finne sted kan det være formålstjenelig med en kvalitativ forstudie (Grønmo 1996: 99). Denne oppgaven kan sees som en slik.

Denne undersøkelsen er ikke ment å gi et helhetlig bilde av forholdene for behandlere ved psykiatrisk divisjon ved Ullevål universitetssykehus. Et best mulig bilde av sosiale forhold vil en kunne oppnå ved hjelp av flere metodologiske tilnærminger (Holter og Kalleberg 1996). Det kan hende at den beste måten å samle inn materiale på ville vært å kombinere intervju med observasjon. På den måten kunne jeg kanskje funnet litt mer ut om hvordan samhandlingen mellom behandlere og mellom behandlere og pasienter fungerer. I en terapissammenheng ville dette vært vanskelig. En av grunnene til vanskene ville vært det faktum at mange av møtene mellom behandler og pasient er på formen én til én med fortrolige samtaler om meget personlige anliggender. En student i tillegg til de vanlige to personene ville blitt vanskelig, om ikke umulig. Jeg tror at intervju ikke gir et riktig bilde av forholdene men italesettelsen av en tolkning av forholdene som kommer frem i en intervjusituasjon. Dette plasserer min tilnærming til intervju som innsamlingsmetode i nærheten av det Silverman kaller konstruktivistene (Silverman 2001: 95). Virkeligheten blir tydelig for respondenten i intervjusituasjonen.

I dette kapitlet vil min egen stemme være fremtredende, og spesielt i avsnittet jeg har valgt å kalle Metode fra hodet. Dette er beskrivelsen av hva *jeg* har gjort. Jeg ser dette som viktig i denne formen for undersøkelser fordi prosjektet er så vidt personlig. Det er mine valg som er gjort, og det er jeg som har gjort og analysert intervjuene. For å kunne sette dette i et riktigst mulig lys, ser jeg det som viktig av min stemme er tydelig. Hensikten med dette kapitlet er å beskrive hvordan jeg har samlet inn materialet som danner grunnlaget for analysen. Dette er nyttig både som en bakgrunnsinformasjon for å kunne lese mer ut av analysen og å ikke lese for mye ut av den. Med en beskrivelse av hvordan data er produsert,

er det også mulig for leseren å bedre kunne vurdere om prosjektet er utført på en måte som vurderes som god eller riktig. Metodebeskrivelsen kan også sees som viktig i forbindelse med overføring av kunnskap. Når andre skal gjøre et liknende prosjekt, kan en dra nytte av erfaringer som er gjort her på samme måte som jeg har dratt nytte av andres prosjekter.

2.1 ETISKE BETRAKTNINGER

Slik denne studien er lagt opp, og slik den blir presentert, med å analysere en transkripsjon av det noen få av veldig mange behandlere ved UUS har sagt ved én anledning til én student, synes jeg det er viktig å presisere at det er nettopp slik. Faren med å lese dette uten at en husker på det, er at en kan sitte igjen med et inntrykk av at det er nøyaktig slik som det blir fremlagt her.

I overgangen fra samtale til tekst, ved en transkripsjon gjort på den måten jeg har gjort det, forsvinner en del informasjon. Analysen bygger på teksten, men det må presiseres at siden det er jeg selv som har stått for hele prosjektet, analysen og måten å legge den frem på, er naturligvis farget av mine inntrykk og mine ambisjoner. Det har vært min hensikt å gjøre dette så riktig som mulig, og å yte respondentene og de som leser teksten rettferdighet.

I analysekapitlene vil leseren finne sitater. Disse er stort sett frittstående utdrag av en lengre samtale, og kan i de fleste tilfeller sees som tatt ut av sammenhengen. Slik jeg ser det, er dette uunngåelig. Faren med det, er at en misforstår det som er skrevet i og med at det som er tatt ut blir bedre forklart ved å se helheten. Jeg har forsøkt å unngå dette med å forklare sammenhengen der det er nødvendig, og å ta med lengre passasjer av tekst der det er naturlig.

Tolkningen av intervjuene er ikke uten etiske dilemmaer. Et selvfølgelig problem er tolkningsmangfoldet, og i en undersøkelse som denne er det mange tolkningsmuligheter. Jeg må her presisere at det som står her er min egen tolkning av respondentenes tolkning av mine spørsmål om deres opplevelse av sin virkelighet. Dette ser kanskje tøysete ut når det blir presentert på denne måten, men jeg tror at alvoret er tydelig nok. Tolkninger er en del av det systemet som utgjør behandling av syke generelt.. Det som gjør behandling av pasienter og forskning til mer enn synsing, er at disse tolkningene er satt i system. Jeg ser det som viktig å reflektere over at dette systemet er lokalisert i tid og rom og hva det har å si for forståelsesrammene som ligger til grunn for denne fremstillingen. En annen måte å forstå tolkninger på er som meningsdannelser. Dette er viktig innenfor det teoretiske rammeverket som jeg ser som mest interessant, og som har fått betegnelsen symbolsk interaksjonisme.

Forhold rundt både innvandrere som gruppe og psykiatriske pasienter som gruppe, kan sies å være ladede. Dette har for min del ført til at jeg har funnet det vanskelig å ta i bruk begreper som er ”politisk korrekte” eller vil virke støtende på noen. Jeg vil nødig gjøre overgrep mot noen gjennom måten jeg snakker om dem, eller lede andre til å gjøre det samme. Psykiatriske pasienter har gjennom historien hatt mange betegnelser. Mange av disse betegnelse regnes nå som utdaterte og fornærmelser å regne. Eksempler kan være: gal, tilbakestående, idiot.

Mennesker fra andre kulturer enn den norske majoriteten, har også hatt flere betegnelser som nå regnes som politisk ukorrekte og uheldige i bruk. Eksempler kan være: negre, gulinger, fjellfinner, fremmede, våre gjester, pakkiser. Ved starten av dette prosjektet var jeg selv ikke helt oppdatert og på mange måter ureflektert over hvilke betegnelser jeg burde bruke. Noen ga meg en liste som hadde vært ment til bruk internt blant de ansatte og på luften i NRK. Denne listen beskrev hvilke betegnelser som var ”uheldige” og hvilke som var ”greie”. Det er tydeligvis ikke bare jeg som hadde litt vansker med å finne de riktige ordene.

Jeg ser nå at en kan regne *fremmedkulturelle* som et ord som hører til på feil side i oversikten over riktige og gale ord. Jeg tok som tidligere nevnt begrepet i bruk fordi det var brukt av Ullevål ved beskrivelse av det prosjektet der jeg ble med på, og fordi jeg hadde vansker med å ta i bruk alternativer². Det viste seg senere at *fremmedkulturell* dessverre skulle bli mer enn betegnende og riktig. Det viser seg at det vi kaller fremmed i denne sammenhengen, har en lang vei å gå før det havner inn under betegnelsen *kjent*. Jeg henter et godt poeng fra et foredrag av instituttets Regi Enerstvedt når han snakker om normalitetsforståelse i forhold til en enten-eller- tankegang i en kollektivistisk moralitetsforståelse. Enerstvedt er opptatt av etiske forhold i forbindelse med vitenskaplig metode i forskningen som dreier seg om forhold rundt fysisk utviklingshemmede og om en forstår dem som normale eller ikke (Enerstvedt 1998). Jeg overfører tankene hans til den spesielle pasientgruppen vi snakker om i denne oppgaven, og spør: Hva er best for pasientene? Er det best for pasientene å bli behandlet og snakket om som alle andre pasienter eller alle andre mennesker, eller er det best for dem om vi definerer dem som en gruppe som har det best som de får spesiell oppmerksomhet? Jeg ser det slik: På ett nivå så bør en

² Etter at jeg hadde begynt med intervjurunden besluttet prosjektet ved Ullevål å bytte navn på prosjektet fra ”Fremmedkulturelle pasienter” til ”Flerkulturelle pasienter”. Dette kom som en følge av innspill fra prosjektgruppen.

behandle dem som alle andre pasienter, men på et annet nivå så må en se dem som en spesiell gruppe. Mer om dette etter analysen.

2.2 RESPONDENTER - IKKE INFORMANTER

Som vi skal se senere, er ikke respondentene i denne undersøkelsen selv helt klar over om det er pasientene de skal fortelle om eller om sine egne opplevelser av det å jobbe med dem. En av grunnene til dette kan være at jeg ikke har vært tydelig nok i beskrivelsen av prosjektet, eller at jeg ikke har poengtert dette godt nok i intervjuene. Jeg ser imidlertid ikke dette som noe problem. Det er behandlernes tolkninger og beskrivelser som er interessante i denne sammenhengen. Jeg vil likevel i det følgende omtale deltakerne i undersøkelsen som respondenter og ikke informanter. Skillet mellom disse to typene datakiler, er at informanter gir informasjon om andre mens respondenter, gir informasjon om seg selv (Grønmo 1996: 76).

Jeg har valgt å gi respondentene nye navn i teksten for å sørge for at deres virkelige identitet forblir skjult for leseren. De nye navnene kan regnes som vilkårlige i denne sammenhengen og kunne like gjerne vært numre. De vi møter er Aida, Lisbeth, Håkon, Michael, Mia, Kristin, Hannah

2.3 METODE- FRA HODET

2.3.1 TEMA - HVA DET ER SNAKK OM

Respondentene har svart på spørsmål om hvordan de opplever forskjeller når det gjelder familieforhold, det å skjønne hva pasientene snakker om, og blant annet om forhold rundt sitt eget og pasientenes kjønn³. I tillegg har vi snakket om tolkebruk, kompetanseheving og hvordan behandlerne ved Ullevål universitetssykehus gjør jobben sin i praksis. Mange av spørsmålene har vært ment å fungere mer som inspirasjon for å få respondentene til å snakke. Det viser seg nå at respondentene hadde mye å si om mange ulike forhold, og mange av forholdene er det dessverre ikke plass til å ta med her. Jeg har måttet velge noen temaer.

Jeg har i stor grad spurt om hvordan det er å jobbe med de fremmedkulturelle pasientene og fått en god del svar på hvordan pasientene har det. De ansatte styrer noen

³ Se vedlagte intervjuguide.

ganger fokus bort fra seg selv. Dette kan være fordi behandlere er fokusert på pasientens situasjon, og at de ikke er vant til å snakke om hvordan de selv opplever jobben sin. Det kan også være at behandlerne er uvante i en intervjusituasjon hvor det er de selv som er intervjuobjektet, at intervjuobjektet styrer samtalen inn på områder som kan være ladede, og at de dermed kan bli forført til å si noe som ikke er i samsvar med gjeldende politikk innenfor rammene til sykehuset eller samfunnet for øvrig.

I noen tilfeller har jeg tatt opp dette som et tema og spurt hva respondentene kaller innvandrere, fremmedkulturelle, transkulturelle osv. Jeg har bevisst søkt å bruke flere begreper om hverandre fordi jeg ikke vil låse respondenten i mine begreper. Jeg opplevde det som et problem at det var jeg som måtte introdusere begreper. Ønskesituasjonen ville vært at de sa noe selv uten at jeg måtte stille noen spørsmål først. I noen tilfeller merket jeg at de tok tak i de begrepene jeg brukte i spørsmålene, og gjorde dem til sine egne. Dette var ikke ønskelig, men vanskelig å unngå. Aida spurte meg direkte om hvilket begrep som nå var riktig å bruke, som om jeg hadde svaret. Det er mulig at hun så meg som en autoritet på dette feltet og at jeg kunne informere henne om hva som var riktig. Dette kan bety at Aida har behov for å diskutere sine egne begreper og holdinger med noen som hun tror kan bidra med noe.

2.3.2 HVEM ER LESEREN?

Dette er først og fremst en masteroppgave i sosiologi men det har gått opp for meg undervegs i arbeidet med denne teksten at det er fagfolk og ledere i praksisfeltet som utgjør psykiatrien jeg skriver for og til. Hva dette har gjort med teksten kan være vanskelig å si, men jeg har bevisst unngått de vanskeligste teoretiske abstraksjonene og prøvd å gjøre stoffet tilgjengelig for en bred lesergruppe. I så måte kan en si at mitt utgangspunkt – det jeg ser som et ideal for samfunnsfagene, er at det jeg gjør og skriver om skal være med på å gjøre forholdene bedre i en del av samfunnet. Jeg håper å få dette til ved å gjøre stoffet tilgjengelig uten å miste idealet om vitenskapelighet av syne. Harriet Holter skriver om nærhet mellom forsker og respondent som en nødvendighet, men ikke en tilstrekkelig betingelse for at respondenten sammen med forskeren får til å konstruere mening fra sine erfaringer, og dermed handle mer effektivt for å nå sine mål (Holter og Kalleberg 1996: 14). Jeg ser det slik at det å gjøre teksten tilgjengelig er en del av kommunikasjonsprosessen mellom respondent og forsker (eller her, student) som skal til for å være med på å forbedre en del av samfunnet.

Det følgende er en kort beskrivelse av hvor undersøkelsen er gjennomført og hvilken rolle denne institusjonen spiller i samfunnet. Her er også en gjennomgang av hvilke problemer jeg støtte på da jeg skulle finne og avtale møter med dem jeg ville snakke med. Deretter noen avsnitt om min overraskelse da jeg så hvem jeg fikk avtaler med, etterfulgt av min egen erfaring fra psykiatriske sykehus, hva jeg har tenkt om hvilken rolle jeg ønsket å ta, og hvilken rolle de jeg snakket med tilsynelatende ga meg. Til slutt kommer det litt om hvordan det gikk i selve intervjurunden, og litt om hva jeg nå ser at jeg kunne gjort annerledes og bedre. Den følgende informasjonen kommer fra samtaler med informasjonskonsulent Margot Vågdal ved UUS og fra årsrapporten 2004 som finnes på internettssidene til sykehuset.

2.3.3 HVA JEG HAR GJORT

Jeg har gjort en til en intervju løselig styrt av en intervjuguide. Intervjuene har funnet sted på arbeidsstedet til respondentene. Vi har fått snakke i fred. Kun to ganger har det ringt telefoner. Disse har ikke skapt problemer. Jeg har gjort lydopptak av intervjuene med hjelp av en MP3-spiller. Opptakene har jeg transkribert til tekst. I transkripsjonsprosessen har jeg i ett tilfelle skrevet om en god del av det respondenten har sagt. Dette valgte jeg fordi jeg ville anonymisere alle respondentene og gjøre det lettere for meg selv å analysere teksten etterpå. I flere tilfeller har jeg skrevet om dialektord og karakteristiske uttrykk av samme grunn. Jeg har i et par tilfeller ikke transkribert digresjoner som jeg har funnet å være på siden av temaet i undersøkelsen i for stor grad.

Jeg har gjort notater for å kunne spørre respondentene om noe de sa på et senere tidspunkt i intervjuene. Jeg har opplevd at jeg har vært konsentrert og oppmerksom under intervjuene. Jeg har også opplevd å få og å holde god kontakt med respondentene underveis. Dette har gjort at jeg har kunnet stille oppfølgingsspørsmål for å få vite mer om det respondentene sier noe om. I prosessen med transkripsjon har jeg likevel sett at jeg ikke har fått med meg alt det respondentene har sagt, og at jeg burde stilt flere oppfølgende spørsmål. Jeg har hatt muligheten til å ringe opp respondentene etter at jeg har vært hos dem. Denne muligheten har jeg ikke benyttet meg av. Jeg har ikke funnet at det er viktige ting jeg lurte på, men kun detaljer.

Jeg har tatt ut av materialet og analysert det jeg sa til respondentene for å finne ut mer av i hvor stor grad jeg har ledet respondentene til å si det de sa. Dette gjorde jeg for å sikre meg at jeg har fått så god informasjon at validiteten i undersøkelsen kan forsvares. Jeg oppdaget etter hvert at jeg var fristet til å dreie intervjuene i den retningen jeg så at analysen

kunne gå undervegs i intervjurunden. Ved å isolere det jeg selv har sagt har jeg funnet ut at jeg har greid å holde tråden gjennom hele runden. Det har, nær sagt selvfølgelig, vært ulike intervjuer alle sammen med ulike temaer som har dukket opp, men intervjuguiden har holdt samtalene på sporet. Det følgende er litt informasjon hentet fra internett (ullevål.no) om det sykehuset der samtalene fant sted.

2.3.4 OM FELTET

Ullevål universitetssykehus er landets største sykehus og det nest største i Norden med sine rundt 8.500 ansatte. Det er sektorsykehus i Oslo for en befolkning på om lag 185.000 mennesker. Innenfor somatikk og psykiatri er Ullevål også regionsykehus for Helseregion Øst med om lag 1.4 millioner innbyggere. Her inngår Oslo, Akershus, Hedmark, Oppland og Østfold. Sykehuset har 800 senger for somatiske pasienter og 360 senger innen psykiatrien. Sykehuset har årlig ca.45.000 innleggelse og ca.311.000 polikliniske konsultasjoner innen feltene somatikk, barne- og voksenpsykiatri. Av disse foregår ca. 60.000 innen psykiatrisk divisjon (Ullevål Universitetssykehus 2004: 6) hvor det er ca 1500 ansatte.

Psykiatrisk divisjon ved Ullevål universitetssykehus er delt inn i 11 avdelinger, og holder til ved Dikemark i Asker, ved ulike avdelinger i sentrale deler av Oslo og ved to Distriktpsikiatriske senter (DPS) på Holmlia og Ryen. Noen oppgaver er bydekkende for Oslo, andre er regionale og knyttet til Helse-øst og noen oppgaver blir også dekket innenfor Helse-sør. Divisjonen skal gi et helhetlig psykiatritilbud til deler av Oslos befolkning. Arbeidsfeltene spenner fra Barne- og Ungdomspsykiatri, rusproblematikk og alderspsykiatri, til akuttpsykiatri, rehabilitering og personlighetspsykiatri.

2.4 OM DE SOM ER MED

2.4.1 TILGANG

Da jeg ble med i prosjektgruppen ved Ullevål universitetssykehus regnet jeg med at det ville bli forholdsvis enkelt å få tilgang til respondenter fra de psykiatriske avdelingene. Med en entusiastisk underdirektør på laget som prosjektleder, så jeg for meg at intervjuene ville

være gjort i løpet av en måneds tid. Jeg fikk utstedt en fullmakt som ga meg formell adgang og tilgang til de ulike avdelingene på sykehuset⁴.

Det viste seg imidlertid å være vanskelig å få avtaler for å presentere min del av prosjektet. Jeg begynte med å ringe rundt til de ulike avdelingslederne, men mange av dem tok ikke telefonen og svarte ikke på meldingene jeg la igjen på de ulike avdelingene. Jeg sendte en e-post til de jeg fikk tak i med informasjon om prosjektet ”Den fremmedkulturelle pasienten” generelt og om min del av det spesielt. E-posten inneholdt informasjonsskriv til respondentene, et eget skriv til ledere, den tidligere omtalte fullmakten og en samtykkeerklæring for respondentene.

Jeg har blitt fortalt av informasjonskonsulenten ved sykehuset at det er mange prosjekter på gang på sykehuset til en hver tid, og at de ansatte, spesielt i lederstillingene er under hardt press. Reaksjonene på mine henvendelser burde derfor ikke komme som noe sjokk: Jeg fikk ingen svar. Jeg ventet i ti dager og begynte å ringe rundt igjen. Slik gikk det kast i kast med telefoner og e-poster en stund. Etter hvert fikk jeg gjort fire intervjuer på den tiden jeg hadde tenkt å få gjort ti, og ennå er det avdelinger som jeg ikke har fått i tale.

Jeg har sendt ut samme informasjon til flere avdelinger flere ganger fordi skrivene har blitt borte undervegs. Andre har fordelt informasjonen til ansatte som har sittet på den uten å lese den grundig eller handle i forhold til den. En av de lederne jeg snakket med på telefon sa: ”Det kommer så mye informasjon hele tiden”. Jeg bestemte meg etter hvert for å fortsette å kombinere måten å ta kontakt med avdelingene på med e-post og telefon. Jeg vurderte i tillegg å møte opp på avdelingene personlig og snakke med lederne ansikt til ansikt. Dette viste seg å ikke bli nødvendig.

2.4.2 RESPONDENTENE

I de tilfellene hvor jeg har kommet gjennom hos lederne, har det ikke vært noe problem å få frivillige respondenter. Og jeg har blitt tatt godt i mot av dem alle. Jeg har ikke møtt noen uttalt skepsis eller misnøye med prosjektet jeg holder på med. Dette kan selvfølgelig ha sin årsak i selvseleksjon. De som har vært kritiske til å bli delta som respondenter har ikke meldt seg som interesserte og er der dermed ikke kommet med i utvalget.

Jeg har valgt å omtale mine respondenter som behandlere. En annen benevnelse som kunne vært nyttet er helsearbeidere. Slik jeg ser det er helsearbeidere et noe for vidt begrep.

⁴ Se vedlegg

Det favner også yrkesutøvere som driver med helseforebyggende tiltak og som også jobber med personer som er friske. De jeg har intervjuet jobber med pasienter. Pasienter er personer som har en lidelse og som er knyttet til en behandling sinstitusjon, i dette tilfellet Ullevål universitetssykehus. Disse pasientene deltar i behandlingsopplegget sammen med profesjonelle fra ulike yrkesgrupper og med ulike funksjoner⁵. Det er vanlig at pasientene har en lege eller en psykiater som står som ansvarlig for behandlingen. På en sengepost har de dessuten omgang med sykepleiere, hjelpepleiere, miljøterapeuter, miljøarbeidere, sosionomer, ergoterapeuter, fysioterapeuter og ved enkelte tilfeller – prester.

Det som imidlertid har overrasket meg, er at flere av dem kommer fra en yrkesgruppe som jeg egentlig ikke hadde tenkt å rekruttere fra i utgangspunktet. I informasjonsskrivet (vedlagt) skrev jeg ” Jeg vil snakke med sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, miljøterapeuter, miljøarbeidere, pleieassistenter og lignende.” Felles for disse behandlerne er at de ikke har det formelle ansvaret for behandlingsopplegget slik som leger, psykiatere og psykologer har. Når det viste seg at det var flere sosionomer som meldte seg, følte jeg ikke for å avvise disse respondentene bare fordi jeg ikke hadde sett for meg yrkesgruppen som en del av utvalget, og spesielt når det viste seg at det drøydde med å få kontakt med respondenter fra de yrkesgruppene jeg hadde sett for meg. Måten utvelgelsen ble gjort på, var at jeg kontaktet lederne for de ulike avdelingene med ønske om tilgang. Jeg fikk deretter navn på aktuelle respondenter. Jeg ringte så disse for å avtale møtetidspunkt, og intervjuene kunne finne sted.

Jeg hadde i utgangspunktet sett for meg å gjøre 10-12 intervjuer. Det viste seg at det materialet jeg fikk av hver enkelt respondent ble såpass interessant at jeg valgte å være fornøyd med 8. Her spilte også tidsaspektet inn. Med tanke på å levere inn oppgaven til sensur innen normert tid, så jeg at jeg ikke kunne vente på flere respondenter. Jeg ser i ettertid at jeg nok kunne vært litt mer pågående mot de ulike avdelingene på Ullevål for å komme raskere i gang med intervjuene.

2.5 ROLLEN SOM STUDENT/FORSKER

Ved sykehus er det flere studenter: legestudenter, sykepleiestudenter, sosionomstudenter og en rekke andre. Det som skiller en samfunnsvitenskaplig student fra

⁵ For en diskusjon av de proffesjonelles rolle i medisinen se for eksempel: Freidson, Eliot (1970): *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.

disse, er at vi regnes som forskningsstudenter mens de regnes som proffesjonsstudenter. Vi skal i så måte ikke bli en av dem vi studerer slik de ulike proffesjonsstudentene skal. Ett av forholdene som jeg tror er annerledes, er avstanden til respondentene. Dette tror jeg kan ha noe å si for måten vi beveger oss i feltet.

I og med at vi ikke er "en av dem" vi studerer, kan det hende at vi får bedre informasjon i noen tilfeller. Det kan hende at en proffesjonsstudent vil bli sett mer på som en elev og som konstant under opplæring ute i feltet, mens en forskningsstudent kanskje får mer realiteter enn idealer som informasjon.

Jeg har prøvd å ikke skille mellom de ulike yrkesgruppene jeg har møtt. Jeg har prøvd å opptre på samme måte overfor alle, uten at jeg kan si at jeg lyktes med det. Med minst ett ben plantet i en sosiologisk perspektivtradisjon som ser hvert møte som spesielt, at samhandling kun kan diskuteres i sammenheng med situasjonen den foregår i og tidsrommet den opptar, ser jeg at jeg tilpasser meg omgivelsene intervjuene foregår i. Jeg er på flere måter ikke den samme studenten/forskeren overfor alle de respondentene jeg møter.

Et eksempel kan illustrere dette. I en avdeling som har noenlunde de samme funksjonene som en av de avdelingene jeg har vært vikar ved, intervjuet jeg Marthe, en nyutdannet sykepleier som hadde dårlig tid. Her spurte jeg ikke så mye om hva jobben hennes går ut på. Jeg fokuserte på hennes opplevelser av å jobbe med den spesielle pasientgruppen som jeg var interessert i. Dette gjorde jeg mye fordi hun visste at jeg visste hva jobben hennes går ut på og fordi det kan hende hadde blitt kunstig å stille henne alle disse spørsmålene. Da jeg intervjuet Håkon, en erfaren sosionom ved et DPS som hadde satt av 2,5 timer til å snakke med meg, gikk jeg mye mer i detalj om hvordan han gjorde jobben sin og hva som var hans oppgaver.

Ett intervju foregikk på en sykehuspost med Michael som enkelt kunne relatere min erfaring fra en akuttpsykiatrisk avdeling med den jobben han gjorde. I denne samtalen tok Michael for gitt at jeg visste hva han snakket om når han brukte ord som grensesetting og tilrettelegging. Michael hadde dessuten selv deltatt i et forskningsprosjekt og så ut til å søke å relatere sin erfaring med dette til mitt prosjekt. Jeg fikk inntrykk av at dette preget samtalen på den måten at jeg fikk greie svar uten for mange digresjoner. Det virket som om avstanden mellom oss ikke var spesielt stor, og at samtalen fløt lett på grunn av dette. Jeg følte meg trygg på at jeg gjorde et bra intervju, og så ikke på intervjuguiden før mot slutten av samtalen. Et problem med dette kan sies å være at Michael unnlot å nevne interessante forhold som han kanskje regnet med at jeg vet alt om siden jeg har jobbet i en liknende type avdeling.

I noen av de andre intervjuene har jeg forsøkt å bruke avstanden til respondenten til å ta en rolle som naiv og undrende forsker. I og med at jeg på forhånd visste lite om for eksempel sosionomer, var det naturlig å stille spørsmål om hvordan de gjorde jobben sin i det daglige. Jeg søkte å koble deres beskrivelser til det de faktisk opplever, og ikke knyttet til normative vendinger om deres profesjon eller arbeidssted. Med dette har jeg lyktes kun delvis. Mer om dette senere.

En annen yrkesgruppe som jeg på forhånd visste lite om er ergoterapeuter. I møte med disse opplevde jeg det samme, nemlig at i og med at jeg var så å si ukjent med hva de gjør i psykiatrien, så var det lettere å stille spørsmål knyttet til hva de gjør for å utøve yrket sitt. Det viste seg i det første tilfellet med en respondent fra denne yrkesgruppen, at mine forestillinger var lite i samsvar med realiteten for denne respondenten. Jeg trodde, på samme måte som med sosionomene, at deres arbeid hadde en mer praktisk karakter. Hun gjorde riktig nok praktiske ting sammen med pasientene, men hun hadde det de kaller primærkontaktansvar og terapeutiske samtaler med pasientene. Primærkontaktansvar vil si, slik jeg har fått inntrykk av det, at de ansatte har ansvaret for å følge opp det helhetlige behandlingstilbudet til "sine" pasienter fra terapisesjon til terapisesjon.

Disse avsløringene av min egen uvitenhet førte til at jeg ble ekstra interessert i å finne ut av hvordan mine respondenter jobbet i det daglige.

På telefon forut for intervjuet sa en respondent at han håpet at han hadde noe vettugt å komme med omkring temaet. Det kan hende at han tenkte at jeg ville undersøke hvor stor kunnskap han har om innvandrere i psykiatrien, at intervjuet var en form for kunnskapstest. En annen var tydelig interessert i å fortelle om alt han kunne om temaet. Alle ga uttrykk for at de var glade for at jeg var i gang med det jeg gjorde.

2.5.1 NÆRMERE RESPONDENTENE

Jeg mener å lese ut av transkripsjonene av intervjuene at en avstand, som kan skyldes en usikkerhet i forhold til min rolle som forsker/student og mitt mandat som prosjektdeltaker, har skrumpet inn i løpet av intervjuenes gang. Med inn i intervjuet har respondenten viten om at jeg tilhører Universitetet i Oslo så vel som en prosjektgruppe ved Ullevål. Med det fokus som har vært på psykiatrien generelt og ved Ullevål spesielt, kan det tenkes at respondentene både kunne være litt redde for å bli avslørt som inkompetente. De har kanskje også vært litt engstelige for at forhold rundt anonymisering og konfidensialitet, skulle komme til å få følger

for dem. Det virker også som om de stort sett er glade for at noen undersøker forholdene rundt denne spesielle pasientgruppen i psykiatrien.

Det viste seg at flere av respondentene etter hvert sa rett ut at de følte seg inkompetente. Dette kan henge sammen med at jeg på forhånd planla at respondentene skulle få snakke seg varme før vi kom inn på forhold som kunne regnes som ømtålige. En uttalte, etter at opptakeren var skrudd av, at det følte seg godt å ha vært så åpen. Hun hadde ikke regnet med det på forhånd. Jeg har ikke opplevd å komme for nær innpå slik at jeg har måttet beskytte respondentene mot det de har uttalt. Hvis det hadde oppstått, ville jeg forsøkt å styre samtalen bort fra et eventuelt personlig ømtålig tema. Jeg har videre sikret respondentene gjennom samtykkeerklæringen. Her jeg har gitt muligheten for å trekke hele intervjuet fra prosjektet innen ferdigstillingen.

I flere av intervjuene fikk jeg følelsen av å være en slags terapeut selv. Respondentene i disse intervjuene var tydelig glade for å lette sitt hjerte om hvor komplisert jobben deres var. Intervjuet med Håkon var det ene av disse intervjuene, og jeg forsøkte å avslutte det flere ganger. Til slutt avbrøt jeg og stanset lydopptakeren fordi jeg syntes jeg hadde fått svar på det jeg var interessert i å vite noe om. Samtalen tok deretter mer form av noe som liknet en terapitime som varte i 50 minutter om en rekke aspekter ved problematikken rundt det området av psykiatrien Håkon arbeider med til daglig. Han fortalte også om flere av sine frustrasjoner i forbindelse med jobben sin, og om problematiske forhold til andre kolleger og til ledelsen ved avdelingen. Jeg fikk inntrykk av at det at jeg avsluttet og slo av opptakeren gjorde at han kunne snakke fritt om det han ville, uavhengig av temaet for intervjuet. Det virket som om Håkon stolte på at det han sa ikke kunne føres tilbake til ham.

Dette kan ha sammenheng med den tidligere nevnte avstanden som en forskningsstudent kan ha til feltet. En kan fortelle mye til en fremmed bare en har en samlende og kortvarig arena å møtes på, slik Dag Album skriver i sin bok *Nære fremmede* (1996) om møter mellom pasienter på sykehusavdelinger. Jette Fog (1994) skriver også om avstand i sin bok om å samle inn data til forskning gjennom kvalitative intervju. Fog (1994: 35) legger vekt på at det må være et slags fellesskap mellom intervjuobjektet (den som styrer samtalen) og intervjuobjektet (den som blir intervjuet). Dette fellesskapet sørger for en forståelse mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet. Fog er også opptatt av at en gjennom empati kan nærme seg den man snakker med og på den måten delta i samtalen i stedet for å kun være en tilskuer. De etiske forholdene som balansegangen mellom for stor avstand og for mye nærhet til informanter og respondenter kan sees i sammenheng med, er mange.

Mead, Sass og Rogers (Fog 1994: 36-39) diskuterer i forbindelse med psykoterapi hvorvidt en kan ta den andres perspektiv, ikke bare i en kognitiv, men også en følelsesmessig forstand. Meade (Mead og Morris 1934) er opptatt av at en ser sitt selv i samtale med andre og at det å ta den andres perspektiv på en selv er nødvendig i utviklingen av selvet, mens Sass mener at selvet er et indre anliggende og at vitenskap om et menneskes følelser er umulig på grunn av den subjektiviteten som knytter seg til forståelsen av andre mennesker. Rogers er opptatt av at en kan ta andres perspektiv *som om* det var ens eget. Han legger vekt på opprettholdelsen av synet på empati som et spesielt forhold hvor en ikke blir en annen, men holder fokus på at en er to ulike individer med mulighet til å nærme seg hverandre.

For meg hadde samtalen med behandlerne på Ullevål et tydelig formål, nemlig å samle inn informasjon om hvordan behandlere opplever å jobbe med pasienter fra andre kulturer enn den norske. Jeg var ute etter å få kontakt og å knytte bånd til dem jeg intervjuet og å forsøke å se det de ser. Samtalenes begrensning i tid og frekvens (én samtale, én time), gjorde at jeg ikke ble fristet til å gå inn i dybden på hvordan de jeg snakket med opplevde sine innerste følelser rundt jobben sin. Grensedragningen her kom automatisk for meg, og jeg tror i ettertid at jeg hadde en følelse for hva som kunne oppleves som profesjonelt og hva som ble for privat i denne sammenhengen. De båndene til respondentene jeg ville knytte skulle ha som hensikt å være med på å få god informasjon. Jeg ville at respondentene skulle oppleve å sette seg inn i min situasjon slik at de kunne se hva jeg ville med samtalen. Jeg ville også at respondentene skulle stole på at om de uttalte seg kritisk til feltet eller til sykehuset, så skulle det ikke falle tilbake på dem selv i etterkant. Den ene samtalen med Håkon som ville snakke masse etter at timen var ferdig, og med Lisbeth som jeg følte ikke var helt komfortabel i situasjonene, gjorde at jeg fikk kjenne på balansegangen mellom det å komme for nær og det å ikke komme nær nok.

2.6 METODEKRITIKK

Bortsett fra de overnevnte utfordringene med å ta i bruk riktige begreper, kan jeg se at jeg kunne gjort ting bedre fra starten med hensyn til metodologiske valg på flere områder. Ett av disse områdene er det å holde fokus og å ta tak i interessante vendinger i selve samtalen med respondentene. Jeg har forstått at det er et veldig vanlig problem, og var klar over at det ville dukke opp før jeg satte i gang med intervjuene. Jeg ble klar over problemet i mitt eget tilfelle allerede ved første gjennomlytting av materialet etter det første intervjuet. Jeg forsøkte å rette på det i det neste, og det neste, og det neste. Det ser ut til å jeg ble bedre etter hvert. Jeg

ser nå tydelig at jeg burde øvd på intervjusituasjonen mye mer før jeg satte i gang. Det viste seg nemlig at jeg var alt for dårlig til å slippe meg løs og stille oppfølgingsspørsmål til det respondentene fortalte. Ved gjennomlesning av transkripsjonen av intervjuene og under analysen blir dette mer og mer tydelig. Det er mange hint i teksten om at respondentene ville si noe mer, men at de ikke fikk sjansen. Det jeg kunne gjort annerledes var å i større grad å lære meg intervjuguiden, og hvordan jeg kunne la intervjuene bli mer ustrukturerte ved å bli sikrere på meg selv i situasjonen.

Jeg så tidlig at jeg burde ha vært mer forberedt på å stille gode spørsmål. Allerede i intervjusituasjonen så jeg at jeg stilte en del ledende spørsmål, og at jeg i noen tilfeller var for lite flink til å sette respondentene i gang med å prate, for siden å trekke meg litt unna. I løpet av transkripsjonen av intervjuene til tekst kom dette tydeligere frem for meg. Og nå sitter jeg og skulle ønske jeg kunne begynne på nytt. En annen ting har med tilgangen til feltet å gjøre.

Jeg burde kanskje vært mer pågående når jeg tok kontakt med Ullevål sykehus for å finne respondenter. Jeg lot det gå for lang tid fra jeg sendte en henvendelse til jeg tok en oppfølgende kontakt. Dette gjorde at det ikke ble noe konstant press på avdelingen og at prosjektet dermed kanskje ikke fremsto som viktig nok. En annen ting jeg lærte var at Ullevål ikke brukte e-post i så stor grad jeg som jeg hadde inntrykk av før jeg tok kontakt. Det viste seg at flyten av e-post var langt mer tilfeldig enn jeg var vant med fra Universitetet i Oslo og arbeidsgivere jeg hadde vært borti de siste årene. Nå tror jeg jeg kan si at den gode gamle telefonen er den beste måten å nærme seg dette sykehuset på. Men her gjelder det som også i mange andre sammenhenger er en lov: Å ikke gi seg.

Et naturlig ankepunkt i denne undersøkelsen er de økonomiske rammene og dermed de praktiske. Jeg skulle ønske at det var mulig å få å snakke mer med flere respondenter. Dette gjelder spesielt i de tilfellene hvor jeg i analysen har kommet til steder hvor jeg ser at jeg kunne fått utdypet enkelte uttalelser. Jeg har som nevnt vært litt for lite flink til å ta tak i mye av det respondentene sa undervegs og jeg tror at mye bra kunne vært gjort ved å få kontakt med respondentene på nytt en tid etter det første intervjuet. Jeg tok vare på kontaktinformasjon om respondentene med tanke på en slik mulighet men så at jeg ikke hadde kapasitet til å gjøre dette.

Et langt viktigere forhold gjelder hvor vidt respondentene vil føle seg støtt av å lese mine tolkninger av det de har sagt. Jeg har forsøkt å yte rettferdighet og beskytte respondentene mot tolkninger som ville sette dem i et dårlig lys. Jeg ser det likevel ikke som helt sikkert at ingen vil finne seg feiltolket eller urettmessig behandlet. Jeg ser det slik at respondentene har uttalt seg i en sammenheng som en må forestille seg når man leser dette, og

at man ved å lese denne oppgaven kun får tak i en liten bit av det som skjedde. Dette kan føre til sprik mellom meningen med det som er sagt og den meningen en kan tolke ut av å lese denne oppgaven. Jeg har tatt hensyn til dette og forsøkt å unnlate å sette respondenter i forlegenhet.

Jeg har fulgt de retningslinjer som regulerer denne type prosjekt for å sikre meg at ingen skal få vite hvem som har sagt hva, bort sett fra respondentene selv. Veilederen min har sikret at jeg har gjort det i henhold til reguleringene. Ingen i oppgaven opptrer med sitt rette navn og noen av respondentene har byttet kjønn i de tilfellene hvor jeg har sett uttalelsene som tolkningsmessig nøytrale med hensyn til dette. I og med at respondentene har gitt sitt skriftlige samtykke etter å ha blitt informert om prosjektet, er jeg skriftlig bundet til en avtale om å overholde taushets- og informasjonsplikten slik den er regulert i Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S, hvor prosjektet rutinemessig er innmeldt til personvernombudet for forskning⁶.

⁶ Se vedlagte informasjonsskriv med erklæring om informert samtykke.

3 TEORI OG BAKGRUNN

Sosiologi har en lang tradisjon i forskningen på ulike forhold innen mental lidelse og behandling. Det er vanlig å regne selvmord som et fenomen som blir belyst og behandlet innen psykiatrien, og en av sosiologiens fedre, Emile Durkheim var den første som behandlet selvmord som fenomen i en sosial sammenheng. Hans bok *Selvordet, en sosiologisk undersøkelse* fra 1897, leses i dag som en klassiker innen sosiologien.

Durkheim regnes som en av funksjonalistene, men her skal jeg fokusere på en annen tradisjon innen faget. Denne tradisjonen har sine røtter hos Weber, kalles fortolkende sosiologi, og legger vekt på subjektiv mening i den sosiale organisasjonen av hverdagsliv (Pfohl 1994: 350-351). En av de variantene av fortolkende sosiologi som har hatt størst betydning inne denne tradisjonen er symbolsk interaksjonisme (Ibid 1994: 351). En retning inne SI har fått betegnelsen *stemplingsteori*. Stempling er sosial handling hvor publikum setter en merkelapp på et individ basert på observerte eller gitte fakta. Becker er en av opphavsmennene til denne retningen, men her skal vi fokusere på det Scheff har skrevet og tenkt om dette.

Flere andre har røtter hos Weber og en av disse er Georg Simmel. Simmel var først og fremst en teoretiker, var blant annet opptatt av geometrien i møtet mellom mennesker, og i hovedsak betydningen av antall mennesker og avstand mellom disse i ulike former for sosial interaksjon (Ritzer 2000: 160). Dette ligger til grunn for hans tanker om *den fremmede*, hvor han så distanse mellom gruppen og individet som avgjørende for det *organiske forholdet* mellom dem (Ibid 2000: 160). Organisk fordi den fremmede forblir et fremmed medlem av gruppen i det han blir mer og mer kjent. På den måten endres forholdet innad i gruppen etter hvert, og avstanden mellom de enkelte medlemmene reguleres av deres felles opplevelser.

Det tredje teoretiske perspektivet som blir behandlet her er knyttet til merkelappen *diskursanalyse*. Dette perspektivet har sine røtter i lingvistiske studier, men er gjort kjent og populært gjennom Michel Foucault og da som studier av sosiale og kulturelle forandringer (Fairclough 1992: 37) Perspektivet er delt i to etter ulike dimensjoner, som for eksempel tekstorientert og samtaleorientert, men her skal vi ta for oss den ene av to deler av en annen dimensjon (Widerberg 2001: 147). Det var som sagt tidligere fristende å ta i bruk diskursanalyse som metode da jeg skulle analysere materialet som ligger til grunn for denne

oppgaven, men jeg nøyer meg med å trekke diskursanalyse inn som teoretisk perspektiv. Mer om dette om litt. Nå først til det perspektivet som ligger mitt hjerte nærmest.

3.1 SYMBOLSK INTERAKSJONISME

Sosiologien har en lang tradisjon i å se forholdet mellom behandler og pasient i et symbolsk interaksjonistisk perspektiv (Album 1996; Goffman 1968; Gupta 1993). Og særlig kan det sies om pasienter med mentale lidelser. Klassikere som Goffman, Meade og Scheff har alle skrevet om institusjoner som utgjør behandlingsapparatet for mentalt lidende.

Symbolsk interaksjonisme (SI) regnes som grunnlagt av George Herbert Mead og navngitt av en av hans studenter, Herbert Blumer i 1937, og er en retning innen sosiologien som vektlegger kommunikasjon i sosial samhandling (Ritzer 2000: 340). Kommunikasjon i denne forstand er utveksling av alle tegn, begreper, gester, verdier, normer og uttrykk og i sosiologien med et samlebegrep kalt symboler.

Meade mener at den menneskelige identitet blir til gjennom utveksling av symboler, og at dannelsen av et selvbylde er *umulig* uten symbolsk interaksjon med andre mennesker (Mead og Morris 1934: 135). Dette forhold leder symbolske interaksjonister til å fokusere på en spesiell form for samhandling, nemlig sosialiseringprosessen. Synet på denne prosessen er annerledes hos symbolske interaksjonister enn hos andre sosiologer. Hvor andre ser sosialiseringprosessen som en prosess der individet lærer hva det trenger å vite for å overleve i samfunnet, ser symbolske interaksjonister for seg en mer dynamisk prosess hvor individet lærer seg å tenke på en distinkt menneskelig måte. Videre er det viktig at mennesket sosialiseres gjennom en aktiv og dynamisk prosess hvor det former og tilpasser informasjonen til sitt eget behov (Ritzer 2000: 357). Denne prosessen er konstant og livslang, og siden både samfunnet og mennesket regnes å være i forandring og utvikling, leder dette til at metodene som blir brukt for å undersøke sosiale forhold har som fundament at en studerer aktører og fenomener i de situasjoner de inngår i. Aktørene blir lokalisert i tid og rom, og fremstår ikke som isolerte størrelser.

Horowitz ser to forhold som knytter mental sykdom til samfunnet:

While all cultures label behaviors with the appearance of incomprehensibility as signs of mental illness, there is little commonality in how these behaviors, once labeled, are interpreted. Mental illness labels are also culture-bound in the range of behaviors that they encompass. While behaviors that seem incomprehensible may always be labeled mentally ill, there is a wide periphery of behaviors that are called mentally disturbed in one culture but not in another. (...) While the core of meaning of mental illness labels appears universal, the boundaries of these labels are culturally specific (Horowitz 1982: 24).

Han forsvarer et sosialt perspektiv på mentale lidelser, og knytter dem til lokale og personlige tolkninger av lidelse samtidig med at han peker på mer universelle prosesser når det kommer til hvordan samfunnet reagerer på lidelsene.

3.1.1 AVVIKSSOSIOLOGISK PERSPEKTIV

Sosialt avvik er atferd som bryter de standarder for handling eller institusjonaliserte forventninger felles for en gruppe eller et samfunn, (Dentler & Erikson i Gupta 1993) og spenner fra det å ikke betale regningene sine til det å begå overlagt drap. Det er også en annen måte å se avvik på: Atferd som samfunnet eller gruppen i reagerer på og som den sanksjonerer mot, og ikke en spesiell handling eller type handling. Det er reaksjonen som bestemmer om det er avvik som finner sted og ikke handlingen i seg selv (Erikson 1966; Pfohl 1994; Scheff 1999). Ett eksempel kan være at foreldre kan tolerere og beundre et barn hjemme, mens lærere på skolen vil kategorisere barnets atferd som uttrykk for en atferdsforstyrrelse. Avvik kan på denne måten kun forstås i en sosial kontekst og som et relativt fenomen. Med dette som bakgrunn kan en forestille seg at enkelte opplever at en avvikende atferd i en kultur nødvendigvis ikke er avvikende i en annen. Michael som jobber ved Ullevål universitetssykehus sier:

”Altså det var veldig vanskelig å sette noe diagnose i forhold til atferd og sånt noe fordi de var usikre på hva kultur eller hva som var kulturellt og hva som er psykotisk.”

Dette kan sees som et tilfelle av avvik som et relativt fenomen og SI legger vekt på det relasjonelle aspektet ved avvik (Freidson 1970: 226). Respondenten sier at det er en mulighet for at pasientens atferd kan regnes som normal i den kulturen der hun har sin bakgrunn, men som sykdom i Norge. Den mest beskrevne formen for sosialt avvik blir beskrevet under overskriften stemping.

3.1.2 Stempingsteori

En av grunnene til at det kan være interessant å ta i bruk et stempingsteoretisk perspektiv på hvordan behandlere ved psykiatrisk Ullevål universitetssykehus opplever det å jobbe med pasienter fra fremmede kulturer, er at det er tendenser hos noen til i stor grad å behandle disse pasientene på en annerledes måte enn pasienter som de oppfatter å komme fra mer kjente kulturer. Dette ligger som et premiss for at et stempingsteoretisk perspektiv skal kunne være fruktbart i denne sammenheng. Detaljert kunnskap om de ulike pasientene er vanskelig å oppnå, og pasientene blir dermed karakterisert etter sin tilhørighet i en gruppe. En

annen tolkningsmulighet er at behandlere har kunnskap om hvordan en behandler pasienter i ulike kulturer og vet godt hva pasientene vil og har behov for, og at det er derfor de skiller de ut som gruppe. Her blir det skissert et tilfelle av verste mulighet fordi jeg tror pasientene har størst utbytte av at vi regner med at behandlere, slik flere av dem sier selv, skulle ønske de hadde mer kunnskap.

Stempling er en sosial handling hvor publikum setter en merkelapp på et individ basert på observerte eller gitte fakta. Når en person avviker fra gruppen, er en merkelapp en forklaring på handlingen. I dagens medier blir merkelappen "psykiatrisk pasient" ofte brukt som en forklaring på alvorlige kriminelle handlinger, eller spesielle handlinger som avviker sterkt fra handlinger "normale" mennesker ville gjort. Merkelappen betegner kvaliteter ved personers respons på en handling og er ikke nødvendigvis karakteristisk for handlingen selv. Stemplingen definerer individet som en "outsider" og dette styrker integriteten til "insiderne" og sørger for stabilitet i gruppen. Mens tilhengere av det psykiatriske perspektivet mener at mental sykdom er en genuin sykdom, og mentalt syke skal, som somatisk syke, behandles av medisinsk personell og ikke holdes ansvarlig for sin tilstand, mener stemplingsteoretikere, slike som Scheff og Szasz, at mental sykdom ikke er en objektiv sykdomsprosess, men en subjektiv merkelapp på enkelte former for avvikende atferd (Horwitz 1982: 6).

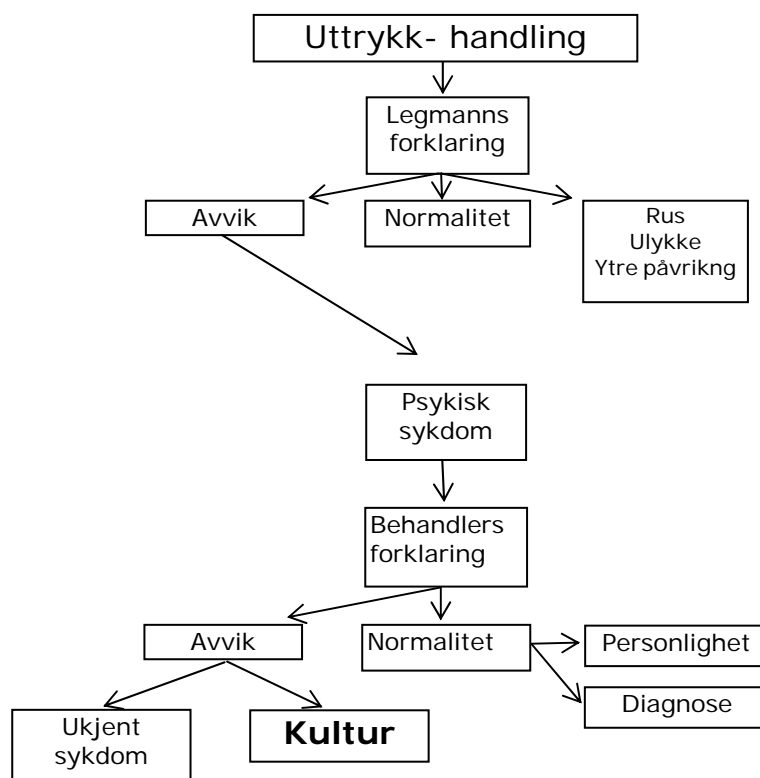
Sammen med bl.a. Lemmert og Becker regnes Thomas J. Scheff som en av opphavsmennene til "Labeling Theory". Becker mente at en avviker er en som er blitt suksessfullt stemplet (Becker 1963). Det vil si at en person må godta at han eller hun er annerledes enn normalen for det samfunnet personen forholder seg til. Lemmert videreførte dette og delte stemplingen inn i primært og sekundært avvik hvor primært avvik er den handlingen som skjer før stemplingen, og sekundært avvik er handling som skjer som følge av stemplingen. Det følgende er en utgreiing av slik jeg forstår Scheffs stemplingsteori.

I henhold til Scheff (1975) var det nødvendig å finne et alternativ til den medisinske modellen innen psykiatri, hvor begreper som "symptomer", "diagnose", "terapi" og "pasient" var rådende. Scheff argumenterte for at begreper som "konvensjonelle regler", "avvikende rolle" og "regelbrudd" må inkorporeres i den vitenskapelige forståelse av mentale lidelser. Scheff mener ikke at stemplingsteori må betraktes som et alternativ til den medisinske modellen, men at den tilfører et viktig perspektiv utover det en medisinsk modell kan ta høyde for. Han mener at det som determinerer effekten av konvensjonelle regelbrudd er de sosiale reaksjonene. De sosiale reaksjonene vil enten ta form av *benekting*, som igjen vil kanaliseres i aksepterte former, eller *stempling*, slik at tilstanden stabiliseres. Ved en benekting vil en normalisere den regelbrytende atferden ved å enten å overse eller

rasjonalisere den ("Han er så sint fordi han er veldig fortvilet over å ikke har noen jobb"). Hvis stemping forekommer og den regelbrytende blir skilt ut som en stigmatisert avviker, kan regelbruddet som ellers ville opphørt, komme til å bli del av en vedvarende atferd. Faktorer som er bestemmende for denne stabiliserende tilstanden er; hvor synlige regelbruddet er, regelbryterens makt i forhold til de personer som reagerer på hans eller hennes atferd, toleransenivået i samfunnet, og hvilke alternative kanaler samfunnet har tilgjengelig til å respondere på. Scheff betrakter alle brudd med de konvensjonelle reglene i samfunnet, eksplisitt og implisitt, som en trussel til "status quo". Dette vil føre til at medlemmene i et samfunn vil søke kilder utenfor samfunnet, som legitimerer "status quo".

Stemping gjør det lettere å møte det man ikke forstår. Ved å sette merkelapp på noe skapes mening, og trusselen reduseres. De gale blir noe man kan le av eller lage vitser om, men likefullt noe man har et bilde av. Dette bildet er langt på vei skapt av samfunnets forståelsesrammer, og tjener den sosiale orden og struktur.

Slik kan en se det behandlerne snakker om: Innenfor den rammen der dette prosjektet har sitt fokus, kan man se alle de sinnslidende som normale fordi rammen er det psykiatriske feltet og de sinnslidende fra en fremmed kultur som "avvikere" i forhold til en normalitet av "norske". Figuren er ment å illustrere hvordan en kan se dette skjematisk:



Figur 1

En persons handling eller uttrykk blir oppfattet av mennesker i den sosiale settingen og forsøkt rasjonalisert. Slik jeg ser dette blir handlingen kategorisert enten som normal, som en direkte eller indirekte følge av rus, en ulykke eller av en annen ytre påvirkning på personen. Kategoriene er relatert til den som observerer sine referanserammer. Hvis den som observerer ikke kan rasjonalisere atferden, er den avvikende i forhold til normaliteten. Den avvikskategorien jeg fokuserer på her er psykisk sykdom. Det finnes også andre slike som religiøse kategorier eller forklaringer som knytter seg direkte til kulturelle uttrykk. De personene med psykisk lidelse som vi skal fokusere på i denne sammenhengen er alle pasienter. Det vil si at de er under behandling for en sykdom. I psykiatrien har en også normalitetskategorier. Det normale i psykiatrien er at pasienten har ulike diagnoser og kategorier av personlighetstrekk som rasjonaliserer psykiske lidelser. I noen tilfeller er behandlere ikke sikre på hvilken diagnose som passer og om atferden og tankene kan rasjonaliseres på andre måter. I analysedelen av denne oppgaven skal jeg forsøke å trekke frem ulike forklaringer på hvorfor behandlere finner at det er spesielt å jobbe med pasienter som de oppfatter kommer med kulturer som de ikke kjenner så godt, og hvor de tror at det er ”noe i kulturen” som kan rasjonalisere atferden og tankene deres.

Ved å skille ut de av pasientene som har opprinnelse i andre kulturer enn den vestlige, skapes mening og orden. Gruppen blir definert og atferden blir forklart. I neste omgang kan det hende at pasientene vet hva som forventes av dem, og tar en rolle som stemmer over ens med det de selv forventer av en avviker. Atferden som henger sammen med rollen som avviker er det Lemert (1967) kaller sekundært avvik.

En kan tenke seg at stempelingen kan benyttes aktivt av kriminelle asylsøkere som forsøker seg med å simulere en mental lidelse for å få opphold i Norge. Ved å forsøke å etterleve de forventningene som behandlere har til personer innen en kategori pasienter søker de å fremstå som mentalt lidende og et offer for handlinger som de fleste i Norge ikke klarer å forestille seg. En av respondentene refererte til et slikt forsøk på simulering uken før jeg intervjuet han på avdelingen. Dette sier noe om hvor komplisert det må være en profesjonell i dette feltet.

En kan se de psykiatriske pasientene som kommer fra andre kulturer som potensielt *dobbeltstemplede*. De er først kategorisert som mentalt lidende i et univers av friske. De er dernest kategorisert som fremmedkulturelle i et land med norske.

Problemet med å være stemplet er ikke kategoriseringen og merkingen i seg selv, men de negative konsekvensene stempelingen har for individet. Stempelingen fører ofte med seg degradering av status, en stigmatisering.

3.1.3 Hva tar du meg for?

Stigma kommer av gresk for ”merket med et spisst instrument” (Oxford 2000). Grekerne var opptatt av visuelle uttrykk og merket mennesker av lav moral eller kriminelle med synlige brenn- eller stikkmerker slik at deres lavere status skulle bli synlig for enhver. Goffman skriver i sin bok *Stigma* (1963) at mennesker med et misforhold mellom virkelig sosial identitet og oppfattet sosial identitet er stigmatiserte:

While the stranger is present before us, evidence can arise of his possessing an attribute that makes him different from others in the category of persons available for him to be, and of less desirable kind – in the extreme, a person who is quite thoroughly bad, or dangerous, or weak. He is thus reduced in our minds from a whole and usual person to a tainted, discounted one. Such an attribute is a stigma, especially when its discrediting effect is very extensive; sometimes it is also called a failing, a shortcoming, a handicap (Goffman 1963: 2-3).

Det er ikke før vi blir konfrontert med at våre forventninger til en person ikke stemmer med virkeligheten at vi oppdager at en person ikke er normal. Det er dermed ikke nok med ”discrediting” egenskaper. Merkingen skjer i en sosial setting. Det må språk og kommunikasjon til før et menneske kan regnes som stigmatisert. Et stigma er dermed ikke en ”virkelig” ting, men en sosial konstruksjon. Med det menes at stigmaet ikke er en egenskap hos personen i seg selv, men en beskrivelse av andre menneskers forhold til personen.

Goffman skiller mellom tydelige, synlige avvikende egenskaper som amputerte lemsdeler (”discredited” stigma) og egenskaper det ikke er så lett å få øye på, som homoseksualitet eller diabetes (”discreditable” stigma) (Ibid 1963: 4). Det dramaturgiske⁷ problemet for mennesker med synlige merker er å takle at andre ser og vet om at en er annerledes. For mennesker med usynlige merker er problemet å holde annerledesheten skjult (Ibid 1963: 63).

Noen av de mentalt lidende fra andre kulturer kan således sies å ha både synlige og mer usynlige stigma i goffmaniansk forstand. Den mentale lidelsen er ofte ikke så lett å få øye på, men de kan ha tydelige tegn på at de kommer fra flere kulturer, sånn som hudfarge, klesdrakt eller navn. Personer som ikke har tydelige tegn på kulturbakgrunn kan likevel føle seg stigmatisert fordi de selv føler at de ikke tilhører ”de vanlige”. Det kan hende disse personene tilskriver samfunnets reaksjoner til deres etniske eller kulturelle bakgrunn. I så måte kan en si at for eksempel en psykotisk iraker vil være potensielt dobbelt stigmatisert i det norske samfunnet. Dette fordi han kan være degradert i forhold til sin synlige tilhørighet til irakisk

⁷ Med det dramaturgiske mener Goffman hvordan en samhandler med andre og spiller ut ulike roller.

kultur og bærer av et mer usynlig stigma i form av en mental lidelse. I et miljø av irakere vil hans usynlige stigma i form av å være mentalt lidende potensielt utgjøre et problem for ham, mens hans synlige trekk vil føre til en tilknytning og ikke en degradering.

Kristin som har jobbet i mange år ved Ullevål universitetssykehus hevdet at stigmatisering av mentalt lidende er sterkere i andre kulturer: *Akkurat det med stigma knyttet til psykiatri er jo ikke noe uvanlig fenomen. Men jeg opplever kanskje at det er mer i det fremmedkulturelle.*

For begge gruppene av mennesker er trolig følelsen av underlegenhet viktig og noe som kan forsterkes av at det negative attributtet lett kommer i fokus i interaksjon med andre. Goffman sier et annet sted i *Stigma* at alle mennesker føler seg stigmatisert en gang i livet. Han nevner som eksempel en overvektig i en gruppe av personer med normal vekt, eller en som har løyet om sin fortid og som konstant må være på vakt for at hans løgner ikke skal bli avslørt (Ritzer 2000: 367).

Mentale sykdommer og lidelser er ofte misforstått, og følgene av disse misforståelsene er i stor grad undervurdert. Det er for eksempel påvist at legfolk tror at mentalt lidende er mer voldelige enn hva statistikkene sier (Pilgrim og Rogers 1993: 5). Likt andre lidelser, fører ofte mentale lidelser til vedvarende stigma. Årsaken til dette kan være at mentale lidelser påvirker våre mellommenneskelige forhold, våre roller og vår selvfølelse. Stigmatiserende ord som ofte blir brukt kan være: ubehaglig, frustrasjon eller aggresjon. Derfor kan stigma føre til alvorlige konsekvenser for de personene disse ordene blir brukt i forbindelse med (Gupta 1993). I og med at mentale lidelser kan vanskeliggjøre kommunikasjon mellom pasienter og den øvrige befolkningen, er det naturlig at mytene blir mange. Der hvor vi mennesker ikke vet, har vi behov for å fortelle historier som kan forklare, og siden mentalpasienter alltid har vært frarøvet evnen til rasjonalitet og evne til å forklare egen atferd, lever myter omkring dette lenge.

Scheff har også bidratt innenfor utforskningen av det Gupta kaller rolleteori (Ibid 1993: 91). Han beskriver den sosiale prosessen hvor en person tar rollen og identiteten til en gal person.⁸ For det første blir mennesker med innsikt i deres mentale problemer belønnet, og ofte hjelper terapeuter til med manifestasjonen av den mentale forstyrrelsen. For det andre, når en person er identifisert som mentalt syk, blir det vanskelig å returnere til det "vanlige liv" fordi det blir vanskelig å få tildelt en rolle innenfor det "normale" spekteret. Rollen som gal

⁸ Denne fremstillingen er i sin helhet hentet fra Gupta 1993

blokkerer for normale roller. For det tredje, når rollen som mentalt syk er bekreftet i samfunnet, begynner personen å tenke innenfor et system som tilhører mentalt syke, og organiserer sin atferd i henhold til et rammeverk som refererer til ett som tilhører mental sykdom. For det fjerde vil det å ta på seg en rolle som mentalt syk, kunne føre til en rekke degraderende seremonier, slik som at ens kjære mener at personen har et mentalt problem og er i mindre grad i stand til å ta rasjonelle valg, bli innlagt på en institusjon, være dagpasient ved et mentalsykehus osv. For det femte; det nye bildet av den gale som en som mangler evnen til å kontrollere sine egne handlinger blir befestet. Rollen som mentalt syk har sine konsekvenser. Mønsteret av symptomatisk atferd i og med at en fyller rollen som mentalt syk, er ofte i samsvar med andre stereotypiske forventninger og blir dermed en del av personens selvoppfatning (Ibid 1993: 93).

Som sagt tidligere er mental sykdom som en normalitet å regne innenfor det psykiatriske behandlingsapparatet. Avviket som jeg er opptatt av her er dem som har en annen kulturbakgrunn enn ”norsk” eller ”vestlig”. Den overstående femstillingen av Scheffs rolleteori kan dermed tenkes inn i en setting hvor rollen det er snakk om er som pasient med ”avvikende” kulturbakgrunn. En kan på den måten forestille seg at liknende mekanismer trer i kraft. Det viktige her er ikke selve utskillelsen av de som ikke er ”normale” men hva det har å si for dem som arbeider med pasientene og avstanden til pasientene. Den kan innenfor Scheffs ramme forstås delvis som konstruert fra pasientenes side så vel som fra de ansattes side på grunn av en *opplevelse av annerledeshet*.

Som det går frem av det overstående så er stemplingsmekanismer grunnet i at den som observerer den andre har lite kunnskap om bakgrunnen for atferden eller tankene til den stemplede. Det er flere konsepter innen sosiologien som kan være fruktbare å ta med i en tilnærming til psykiatrifeltet. Med tanke på at en med utstrakt innvandring kan snakke om endring av sosial orden, kan konseptet om *den fremmede* sees som fruktbart å ta med i betraktningen av forholdene (Shack, Skinner, og Challenor 1979: 99). I det neste kapitlet skal jeg beskrive to sosiologiske og en sosialpsykologisk tilnærming til dette konseptet.

3.2 DE FREMMEDE

Klassikerne Park, Simmel og Schütz er eksempler på tenkere som har sett tanken om fremmedhet som viktig når det gjelder sosial endring (Ritzer 2000). Fremmedheten det er her er snakk om gjelder i forhold til innvandrere til Norge fra land som ligger utenfor vest-Europa. Disse utgjør to tredjedeler av alle innvandrere i Norge, og de største gruppene

kommer fra Pakistan, Vietnam, Irak, Bosnia- Hercegovina, Somalia, Iran, Tyrkia, Sri Lanka, Jugoslavia og Polen (Djuve 2004: 6). Da undersøkelsen, begynte var jeg ikke i tvil om hvem som er de fremmede på psykiatrisk avdeling på Ullevål universitetssykehus. Det var de pasientene som ikke var norske. De mest fremmede var de pasientene som kommer fra land utenfor vest-Europa. I analysekapittelet skal vi se at en kan få seg en slags overraskelse ved å se dette på en litt annen måte.

Sosial endring utfordrer de etablerte kategoriene. Den viktigste sosiale endringsprosessen som danner bakteppe for problemstillingen i denne oppgaven er etnografiske endringer som følge av innvandring til Norge. Som følge av disse endringene har kategorien *pasienter* endret seg i mange sammenhenger. Kristin, som jeg beskriver møtet med i analysekapittelet, skiller mellom ”våre pasienter” og ”de fremmedspråklige”. Dette er et eksempel på at noen kan se pasienter fra andre kulturer som fremmede i Norge, ikke i den mening at de ikke er velkomne eller at de ikke har rett til å være her, men de er ukjente for de som jobber med dem, mer enn ”vanlige norske”.

3.2.1 ALFRED SCHÜTZ OG DE FREMMEDE SOM KOMMER OG DRAR IGJEN

Alfred Schütz så fremmedhet som et samfunnsproblem. I hans klassiske sosialpsykologiske essay ”The Stranger” beskriver han fremmedhet spesielt med tanke på migrasjon:

...The cultural pattern of the approached group is to the stranger not a shelter but a field of adventure, not a matter of course but a questionable topic of investigation, not an instrument for disentangling problematic situations, but a problematic situation itself and one hard to master. (Schutz in Brodersen 1964: 104)

Schütz hevder at mennesket i sitt hjemlige miljø bedriver ”Thinking as usual” uten å reflektere noe særlig over det. Dette innebærer å forholde seg til et *kulturelt mønster* som blant annet innebærer at en regner med at livet, og spesielt det sosiale livet, vil fortsette som før med de samme problemene og de samme løsningene. Dessuten at vi kan stole på kunnskap nedarvet fra våre foreldre, lærere, det offentlige, tradisjoner, vaner og så videre. Det innebærer også at ved å vite de ordinære måtene ting skjer på, kan mennesket takle hendelser og kontrollere dem. Det kulturelle mønsteret med sine oppskrifter, tolkningsskjema, uttrykk eller underliggende grunnforutsetninger er ikke private forhold, ”*but they are likewise accepted and applied by our fellow men.*” (Ibid 1964: 96).

Yuval-Davis peker på at fremmedhet ikke nødvendigvis har med migrasjon å gjøre eller at en er nykommer i et samfunn, men at så vel ”gamle” som ”nye” minoriteter konstituerer

”the synthesis of nearness and remoteness” (Yuval-Davis 1997: 48). Yuval-Davis nevner aboriginerne i Australia som eksempel på gamle minoriteter (Ibid 1997: 48). For oss vil det være naturlig å tenke på samene og kvenene.

Med den sosiale virkeligheten oppfattet som konstituert av fremmede menneskers forståelser, kan en forholdsvis enkelt forestille vanskene med å komme fra en kultur og inn i en annen. Den fremmede, som ikke har det samme settet av kulturelle mønster, kan ende opp med å stille spørsmål ved mange dagligdagse forhold som vertskapet tar for gitt. Ved å legge til språkforskjeller og en mental lidelseshistorie begynner virkeligheten for den fremmedkulturelle pasienten å se komplisert ut. ”...jeg vandrer i et landskap jeg ikke kjenner så godt...” kunne like gjerne handlet om en pasients møte med behandlingsapparatet, norsk eller ikke. Eller om en innvandrers møte med et nytt land. Som vi skal se i analysekapittelet, hvor det handler om hvordan behandlere opplever jobben i forhold til pasientgruppen, kan fremmedheten også oppleves fra vertskapet sin side.

Min undersøkelse på Ullevål universitetssykehus kan videre knyttes til det Høie (1993) kaller et tvetydighetsparadigme. Her sees fremmedheten, ikke fra verten eller den fremmedes perspektiver, men fra forskerens. Forskeren ser fremmedhetsrelasjonen under ett, og på den fremmede og vertens perspektiver samtidig. Til dette paradigmet hører at en ser både integrering og pluralisme som mulighet. Rammene for prosjektet ved Ullevål universitetssykehus gjør at det kan regnes som en start på et mer helhetlig prosjekt med aspirasjon om å belyse forholdene for flerkulturelle i psykiatrien fra begge perspektivene.

3.2.2 MANGEL PÅ KUNNSKAP SOM ÅRSÅK TIL FREMMEDHET

Hauff snakker om flyktninger som har langvarige lidelser, og sier at jo mer en behandler vet om pasientens lidelseshistorie, ressurser og bakgrunn, jo større er sjansen til å oppnå kontakt, dialog og mulighet for behandling av problemet (Sveaass og Hauff 1997: 215). Vi kan tenke oss at dette også vil gjelde for andre pasienter, og noen vil være uenige i dette. I enkelte tilfeller kan en forestille seg at pasientene vil glemme det som har skjedd før, kaste det i ”glemselens hav” og se fremover (Berg 2001: 115). En forståelse av begge disse to momentene kan være at det er bra for pasienten at behandleren vet om det som har skjedd før uten at pasienten vil ha noen fordel av å ”snakke om det”.

For pasienter fra andre kulturer ser det ut som om behandlerne i stor grad mangler deler av lidelseshistorien. Det vil koste ekstra å få tak i det som mangler, og innsatsen, skal vi tro flere av de behandlerne som deltar i denne undersøkelsen, er ikke stor nok på dette feltet. Som

vi senere skal se kan mangelen på kunnskap ligge til grunn for fremmedheten. Dette avsnittet skal se nærmere på et par måter å snakke om fremmedhet på.

Hos flere av respondentene på Ullevål universitetssykehus ser en tegn på at de ser pasienter som kommer fra andre kulturer som fremmede. De kommer fra et annet sted, og en hevder sågar at noen kommer fra en annen tid. De har trekk ved sin måte å leve og tenke på som de som behandlere ikke har tilgang til, og som det kanskje ikke forventes at de har tilgang til. Deres væremåte er annerledes og ukjent:

Det er jo veldig ofte andre kulturer, tenker jeg på som man ikke helt er oppmerksom på i forhold til kjønn, mat, og særlig hvis de ikke klarer å uttrykke seg selv så er det vanskelig å vite, liksom. Det går jo på sånne kulturforskjeller.. så.. generelt.

Bruken av ordet *fremmedkulturelle* ligger behandlere lett for munnen, men det kan ikke hevdes at det ligger antagonisme eller ønske om å skille ut pasientene fra andre kulturer, for så med vilje å øve makt på dem. Fremmedheten må sees i et behandlerperspektiv. Det vil si: Fremmedheten er ikke et ønske, men et problem som søkes overkommet. Behandlerne har et ideal om å inkludere pasientene i det beste behandlingsopplegget som de kan tilby, og like godt som det de norske pasientene får være med på. På grunn av fremmedheten opplever de likevel at opplegget ikke er godt nok. Idealene kan ikke oppfylles, og fremmedheten blir som vi skal se i analysekapittelet en ekstra utfordring som behandlere gjør så god de kan for å møte. Klassikerne Simmel og Park ser migrasjon som noe positivt.

3.2.3 SIMMEL, DE SOM KOMMER OG BLIR

Park regnes, sammen med Burgess og Simmel, som en av entreprenørene bak den såkalte chicao-skolen. Her var pragmatisme et ideal. Sosiologene skulle ta tak i de sosiale problemene i samfunnet og ordne opp. Park var opptatt av å bedre levekårene for de store mengdene innflyttere til de rurale strøk av Chicago på 1920- og 30-tallet. Park og hans kolleger så integrasjon i det eksisterende samfunnet som den riktige måten for innflytterne å forholde seg til migrasjon på. Han så de fremmede som en mulig kilde til berikelse av samfunnet.

Hos Simmel blir fremmedhet tolket i et relasjonistisk perspektiv (Simmel og Wolff 1964). Den fremmede står i kontrast til- og er annerledes enn verten:

The stranger is thus being discussed here, not in the sense often touched upon in the past, as the wanderer who comes today and goes tomorrow. He is, so to speak, the potential wanderer: although he has not moved on, he has not quite overcome the freedom of coming and going. He is fixed within a particular spatial group whose boundaries are similar to spatial boundaries. But his position in the group is determined, essentially, by the fact that he has not belonged to it from the beginning, that he imports qualities into it, which do not and cannot stem from the group itself. "(Ibid 1964: 402)

Simmels fremmede er ulik den fremmede som ble beskrevet før hans tid, en som kommer i dag og reiser i morgen. Simmels fremmede er en som kommer i dag og *blir værende* i morgen. Han er således en potensiell reisende (Ibid 1964: 402). Han ser som sagt den fremmede som en mulighet og som en som bringer noe verdifullt med seg. Som vi skal se i analysekapittelet kan vi si at det bildet, som behandlere ved Ullevål universitetssykehus beskriver av pasientene som kommer med flere kulturer, stemmer til dels med Simmels fremmede. Fremmede kan bli inkludert i en sammenheng og forsøkt behandlet på samme måte som andre, men som vi skal se så skiller pasienter fra ukjente kulturer seg ut fra andre, og behandlere har vansker med å få dem til å "passe inn" i det behandlingsopplegget de har tilgjengelig. Vi skal også se at "the wanderer who comes today and goes tomorrow" kan være en behandler som er på besøk inne i en pasients verden.

Goffman tar også for seg fremmedhet i sin bok *Stigma* (1963). Han er opptatt av det dramaturgiske problemet med å leve ut sitt liv foran mennesker som er ukjente med en persons fortid:

Possession of a strange past (not strange in itself, of course, but strange for someone of the individual's current social identity) is one kind of impropriety; for the possessor to live out a life before those who are ignorant of this past and not informed about it by him can be a very different kind of impropriety, the first having to do with our rules regarding social identity, the second with those regarding personal identity. (Goffman 1963: 63)

Dette kan en si henger sammen med det som er sagt tidligere om stemping og sekundært avvik. En blir behandlet som noe en ikke er fordi den en har omgang med ikke vet nok om bakgrunnen for sin væremåte. Tolkningene blir gjort på snevert grunnlag og gjerne med bakgrunn i de fysiske attributter, som hudfarge og hårtype. Med det kan stereotypiene bli tatt i bruk og den fremmede kan bli forklart og behandlet etter denne forklaringen, selv om den ikke stemmer overens med det som kunne kommet på bane hvis den som har ukjent bakgrunn hadde vært mer kjent for sine sosiale omgivelser.

Som vi skal senere så kan dette knyttes til enkelte forhold hvor behandlere av et kjønn møter spesielle utfordringer i møte med pasienter av et annet kjønn.

3.3 DISKURSANALYSE

Den tredje måten å undersøke opplevelsen av et skille mellom norske og flerkulturelle pasienter på, er å se den norske psykiatrien som en diskurs. Jeg har valgt å sitere Winther Jørgensen og Phillips' (1999: 9) definisjon: *en diskurs er en bestemt måte at tale om og forså verden (eller et udsnit af verden) på.*

Diskursanalyse kan bety flere forskjellige ting, alt etter hvor en har sitt ståsted og innenfor hvilken vitenskaplig tradisjon eller gren en vil bevege seg. Jeg har valgt å følge Foucaults tilnærming hvor diskursanalyse referer til "ulike måter å strukturere kunnskapsområder og sosiale praksiser" (Fairclough 1992: 3).

I denne sammenhengen vil jeg ikke anvende diskursanalyse som metode, men som en måte å teoretisere rundt forholdet mellom en pasient og et behandlingsapparat. Her støtter jeg meg til Karin Widerberg som sier at det ikke er nødvendig å gå om en empirinær diskursanalyse for å få øye på diskursene, men at en kan gjøre en overordnet diskursanalyse direkte (Widerberg 2001: 147). Den detaljerte diskursanalysen i forholdet mellom pasient og sykehus er det mange som har gjort og her er det utallige forhold å analysere.

I den overordnede diskursen møter pasient sykehus. Det er stort sett et avklart forhold: Pasienten trenger hjelp og sykehuset skal gi hjelp. Det som ikke er like klart er hvordan hjelpen skal gies. Vi har i den foregående teksten sett at ansatte på sykehus har uttalt at der er et problem at pasienten ikke vet hva behandlingen går ut på, hvordan den skal utføres eller taes i mot.

"Den medisinske diskurs utspænder altså et net av betydninger og deres relationer til hinanden over et bestemt domæne, der har med krop og sygdom at gjøre. I den forstand er det tale om en diskurs. Alle tegn er momenter i et system, og hver i sær er tegnenes betydning bestemt av dere relationer til hinanden." (Winther Jørgensen og Phillips 1999: 36)

Betydningen av tegnene i systemet er bestemt innenfor systemet og kun de som har tilgang til domenet har mulighet til å endre betydningene. I så måte kan en si at den medisinske diskurs er avgrenset.

3.3.1 DEN MEDISINSKE DISKURSEN

Videre snakker Laclau og Mouffe om nodalpunkter: "Et nodalpunkt er et privilegert tegn, som de andre tegn organiseres omkring og får deres betydning i forhold til" (Ibid 1999: 37). De går videre med å nevne kroppen som eksempel i legevitenenskapen, hvor tegn som symptomer, kroppsvev og skalpell er relatert til kroppen på bestemte måter.

Innen psykiatrien kan en tenke seg at psyken eller "det mentale" kan være et slikt nodalpunkt som er knyttet til nodalpunktet kroppen. På den måten kan en forstå psykiatriens fokus på medisinerer av psykiske lidelser.

Den medisinske diskursen, hvis en skal følge tankegangen til Laclau og Mouffe, utelukker andre betydninger av tegn som pasienten har enn de som kan relateres til medisinen. Den medisinske diskursen reduserer antallet mulige forklaringer på fenomener og søker dermed å skape entydighet. Forklaringer på fenomener som relateres til kropp og psyke skal alle forklares med begreper som tilhører medisinen, og alternative forklaringer holdes utenfor. De som holdes utenfor benevner Laclau og Mouffe *det diskursive felt* (Ibid 1999: 37). Det diskursive feltet er med andre ord de omkringliggende og utfordrende forklaringene, i vårt tilfelle for eksempel atferdsmønstre som er vanlige i andre kulturer.

Selv om diskursene er stabiliserende, er de ikke faste. Plastisiteten består nettopp i de utfordrende tegnene som tilhører det diskursive feltet. Disse utfordrende tegnene betegner Laclau og Mouffe som *elementer*. De er tegn som ikke har fått sin entydige forklaring innen diskursen og som er tomme, de må tillegges mening. De trekker frem kroppen som et eksempel på et tegn som kan være et element. De tegn som er mer fastlagte betegner de som momenter. Prosessen med å fjerne flertydighet kalles med diskursanalytiske termer *lukning*. Laclau og Mouffe legger vekt på at lukningsprosessen aldri er ferdig eller total, og på denne måten er diskursene alltid åpne for forandringer gjennom press fra det diskursive felts flertydighet. Slik blir tegn eller artikulasjoner koblet til et nettverk av tegn i relasjon til hverandre. Med marxistiske ord er det på den måten duket for kamp om tegnenes betydning og på den måten om herredømme innenfor et domene (Ibid 1999: 40).

Laclau og Mouffe går videre med å si at de elementene som i *stor grad* er åpne for ulike betydningstilskrivelser betegnes innen diskursteori som *flytende beregnere*. Disse tegnene er det ulike diskurser som kjemper om å fylle med mening (Ibid: 39). I vårt tilfelle kan en se *behandling* som en slik flytende betegner. Med en slik forståelse kan en se at behandlerne og pasientene er uenige om hva behandling går ut på og hvilke forventninger de har til hverandres roller i behandlingssammenheng.

Men kampen om hva behandling innebærer på dette feltet er en svært ujevn kamp, hvis noen i det hele tatt. I alle fall hvis en ser kampen om å fylle begrepet om behandling som en kamp mellom pasientene og sykehuset. Min antagelse, og her vil jeg legge vekt på antagelse fordi jeg ikke har empiri til å støtte meg, er at pasientene og de ansatte på sykehuset ikke ser det som en kamp, men som ulike måter å definere forholdet på. Dette er interessant i denne sammenhengen fordi behandlernes forståelser er knyttet til de begrensningene som

psykiatrien gir i og med at behandlingen i stor grad er kulturfri, og at det i noen grad er opp til behandlerne selv å fylle spriket i forståelse mellom pasient og sykehus. Vi skal se at flere opplever dette som vanskelig.

Vi har også sosiologisk forskning gjort i Norge på forhold rundt behandling av mentalt lidende, og i den senere tid kan en si at temaet har blitt mer og mer aktuelt, og flere forskningsarbeider kommer ut. En av de norske klassikerne på dette feltet er Yngvar Løchen.

3.4 BIDRAG FRA NORGE

3.4.1 IDEALER OG REALITETER

Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus av Yngvar Løchen kom i første utgave i 1965. Den er en analyse av det psykiatriske sykehus gjort med et sosiologisk utgangspunkt og er bygget på hans egne observasjoner i flere perioder over flere år på begynnelsen av 1960-årene. Selv om materialet boken bygger på kun er hentet fra en avdeling og ett sykehus, er den ikke en analyse av et kasus i den forstand at den beskriver detaljerte trekk ved sykehusorganisasjonen. Løchen forsøker å gi en generaliserende beskrivelse av sykehus, og skriver i innledningen at en ikke bør lese boken for å lære mer om Dikemark: ”Undersøkelsen gjelder i første rekke de sider av Dikemark sykehus som står i forbindelse med det kompliserte forholdet mellom idealer, roller og realiteter.” (Løchen 1976: 16) Han søker å generere hypoteser om hvor idealene og rollene til så vel leger, psykiatere, psykologer, pleiere som pasienter har sitt opphav:

Det er antydnet at det progressive psykiatriske sykehus trenger en mekanisme som kan dempe virkningene av kollisjonen mellom idealer og roller. Mekanismen er den diagnostiske kultur. Den forklarer problemene som personers problemer. Vanskelighetene kan forstås mer som enkeltindividers indre konflikter mer enn som prinsipielle spenninger mellom det man prøver å gjøre og de midler man har til rådighet. Den diagnostiske kulturen forklarer deltakernes problemer. (...) Den diagnostiske kultur er en buffer mellom en ytre verden med sine krav og en indre verden med sine reelle begrensninger. Med den diagnostiske kultur kan livet i sykehuset beskrives slik at man kan bevare inntrykket av at ideologien gjennomføres og at de grunnleggende avtaler mellom sykehus og samfunn ikke trenger revisjon (Ibid 1976: 244)

Vi skal senere se at bruken av ordet *kultur* kan være med på å dempe motsetninger mellom nye idealer og realiteter i behandlingen av psykisk syke fra andre kulturer. På samme måte som *diagnosen* blir en residualkategori for forklaring av atferd blir *kulturen* det når behandlere snakker om dem som kommer til norsk behandlingskultur.

3.4.2 FLYKTNINGEHELSE I KRISTIANSAND

I 2001 ble det gjennomført en pilotundersøkelse ved akuttbygget, Vest-Agder sykehus (VAS) i Kristiansand. Prosjektet, som var et samarbeid mellom Psykososialt team Sør og Psykiatrisk avdeling på VAS, hadde som mål å undersøke 'hvor skoen trykker' i forhold til pasientgruppen som utgjør flyktningepasienter, sett fra personalets ståsted (Øverland og Vest-Agder Sykehus. Psykososialt team Sør 2001). Denne undersøkelsen fokuserer på flyktinger og har altså et utvalg av respondenter på én avdeling på ett sykehus. Den peker på tre paradokser innen de tre temaene om: Språk, informasjon og holdninger. Den er videre orientert mot å finne ut hvilke løsninger en ser som formålstjenelig for å bedre behandlingen av pasientene.

En av konklusjonene i rapporten er at de ansatte har motivasjon til å gjøre en god jobb men mangler informasjon om pasientgruppen. Øverland sier videre at Psykososialt team Sør spesielt og psykiatrien generelt har en veiledningsplikt og en utfordring med å avhjelpe de ansattes følelse av utilstrekkelighet (Øverland 2001). Vi skal snart se at konklusjonen til Øverland kan sees som delvis sammenfallende med konklusjonene i min undersøkelse og at flere av de jeg snakket med på Ullevål kunne ønske å ha noen til å avhjelpe de ansatte.

3.4.3 BEHANDLING ER OGSÅ SNAKK

Behandling av psykiske lidelser i vest-Europa i dag er i hovedsak basert på to hovedteknikker. Den ene er behandling med psykofarmaka, som er medisiner ment for å endre psykiske funksjoner hos mennesker. Det er med andre ord kjemisk behandling av psykiske lidelser (Lingjærde 2001).

Den andre hovedteknikken er samtale. Her snakker behandler og pasient sammen, og samtalen har som formål å endre måten pasienten tenker på slik at han eller hun skal få et bedre liv (Haavind og Reichelt 1996). Den behandlingen som respondentene i denne undersøkelsen er med på er basert på samtale. Det vil si at den endringen som er ønskelig som resultat av behandlingen sees som uopnåelig uten at pasient og behandler snakker sammen, og forstår hverandre til en viss grad.

En kan også si at forståelsen mellom pasient og behandler er viktig - uansett behandling (Scheff 1999). Pasienten må på en eller annen måte formidle at han eller hun er har en plage og hva den går ut på. Behandleren må være i stand til å tolke disse signalene, og så agere med bakgrunn i sin profesjonalitet på en slik måte at det behandleren foretar seg er med på å

avhjelpe pasientens plager. På den måten må også pasienten være i stand til å kunne tolke det behandleren foretar seg på en slik måte at det fungerer terapeutisk.

Sosialantropologen Elin Berg (Berg 2001) er opptatt av pasienter med innvandrerbakgrunn innen rusfeltet i Norge. Hennes fremstilling av forskjellige måter å se behandling på belyser hvor viktig det er, å ikke bare undersøke hva pasientene sier, men også hvordan behandlerne snakker. Berg gjør også et poeng av at behandlerne og pasientene ofte har vidt forskjellige syn på hva behandlingen går ut på og hva som skal til (Ibid 2001: 102-141). Som vi skal se i analysekapittelet så kan respondentene ved Ullevål tolkes til å ha liknende opplevelser med deres psykiatriske pasienter.

3.5 KATEGORIER – NØDVENDIG FORENKLING OG SKJULTE OVERGREP

Å dele inn mennesker i sosiale kategorier kan sees som en sorteringsmekanisme (Hervik 1999). Vi vil gjøre våre erfaringer enklere og mer oversiktlig for oss selv. Dette er noe vi alle gjør mer enn mindre ubevisst. De kategoriene vi velger er ikke naturgitte. De lyser ikke ut av menneskene på jorden som klare og atskilte. De er sosialt konstruerte og alle er ikke like lette å sette fingeren på (Lakoff 1987). Kategorier er nyttige for i det hele tatt å kunne gjøre analyser. Uten kategoriene har man kun individene å forholde seg til, og styring av et system for eksempelvis behandling av pasienter ville vært en umulig oppgave. Det er derfor viktig å utforske kategoriene, problematisere dem og sette lys på hvilken makt som ligger til grunn for kategoriene og anvendelsen av dem. Gjennom analyse av en samtale i et intervju kan man få tilgang på disse kategoriene, og se hvordan de ubevisst blir benyttet i det man snakker (Hervik 1999).

Et problem med kategorisering i behandling av pasienter er at våre forventninger til hvordan pasientene forstår sin egen tilstand ikke stemmer med virkeligheten. I en ideell verden vet behandleren alt om pasienten og dennes liv, og pasienten vet alt om hvordan behandleren forstår problemet og kan relatere sin egen forståelse til dette. I den virkelige verden må en behandler forholde seg til tolkninger av de tegn som pasienten avgir om sine plager, og pasienten må tolke de tegn som behandleren avgir om behandlingen og relatere dem til sitt eget liv.

De ulike kategoriene og stereotypiene som behandleren og pasienten forholder seg til har nødvendigvis ikke så mye med hverandre å gjøre. Diagnoser er slike kategorier. De er grupper av tegn på en persons problemer med kropp og psyke. I de tilfellene hvor det er større

avstand mellom pasienten og behandleren blir dette problemet større. En kan tenke seg at en behandler, som har opplevd lignende plage som pasienten har, har større mulighet til å forstå pasienten. Jo mer en behandler vet om pasientens liv, jo mer raffinert blir kategoriene som behandleren forholder seg til.

Sosiologen Thomas J. Scheff ser ikke kategorisering kun som den mentale prosessen hvor en abstraherer ett eller flere elementer fra en kompleks virkelighet. Han ser det som en trestegs prosess hvor de to neste er å glemme at kategorien er en abstraksjon, og til slutt ”*acting as the abstraction were the thing itself*” (Scheff 1975).⁹ På den måten risikerer en å gå i kulturrealismefella.

3.5.1 KULTURALISME, KULTURREALISME OG KULTURELL ESSENSIALISME

Schierup skriver i sin bok med den dramatiske tittelen *På kulturens slagmark* om det han benevner ”gummibegrepet” *kultur* i ”den danske innvandrerdiskurs” (1993: 14-18). Han advarer mot den forenklete kategoriseringen som kulturbegrepet gir rom for, og kaller bruken av kultur som forklaring for *kulturaliserende*:

”For den danske diskurs om ”innvandrerproblemet” er en forenklet og stereotyp opfattelse av af begrebet ”kultur”, den krumtap, om hvilket alting drejer sig. Det handler om kulturelle etiketter, som heftes på forskjellige etniske grupper. Ofte beskriver ”den kulturelle arv” eller ”innvandrernes” såkalte ”kulturelle bagage” i nogle absolutte og mere eller mindre skæbneprægede kategorier; som en så godt som ”naturlig” eller ”genetisk” del af de individer og de folkegrupper som antages at bære den. Kulturen fremstilles som en nærmest medfødt og uforandrelig ”essens” i det enkle menneske som anses at bestemme dette tilhørsforhold til en folkegruppe.”(Schierup 1993: 14)

Som vi skal se senere, er det ikke lett for behandlere å snakke om en løst definert gruppe mennesker med annen kulturbakgrunn enn en selv, uten å risikere å bli tolket til å forenkle og å bruke kulturbegrepet som en samlebok for mange karakteristika.

Gottlieb er psykolog med erfaring fra praksisfeltet og advarer mot kulturrealisme i behandling av pasienter fra andre kulturer. Hun sier at det er viktig at en ikke behandler pasienter ut fra hvilken kultur de kommer fra. Problemet med dette er at en ser pasienter som offer for egen kultur. Kulturen blir sett som strukturerende for hvordan pasienten har det og

⁹ For en utdyping av dette og en tilknytning til Marx’ begrep reifikasjon, se Scheff (1975) og Berger & Pullberg (1965) ”Reification and the Sociological Critique of Consciousness,” *History and Theory*, 4, no 2, s.196-211

tar det. Gottlieb foreslår at en heller ser litt nøyere på hva pasienten har opplevd på tvers av kulturer (Khanna og Jessen 2003: 64).

I den følgende analysen kan en lese inn tokninger av utsagn som kan minne om essensialisme og realisme. Jeg minner igjen om at dette er tolkninger og sitater tatt ut av en større sammenheng. Det er alltid mulig å lese og forstå dette på flere måter enn det som kommer frem her. Hovedpoenget er å belyse hvordan ansatte opplever å jobbe med denne spesielle pasientgruppen, og bidra til en bedre bakgrunn for å jobbe videre med hvordan en kan gjøre forholdene for pasientene bedre.

4 ANALYSE

Det følgende er noen få av mange mulige analyser av det behandlere ved Ullevål universitetssykehus snakket om i intervjuene som utgjør materialet for denne undersøkelsen. Problemstillingen som lå til grunn for utformingen av intervjuguiden var, som nevnt i innledningen: Hvordan snakker behandlere ved Ullevål universitetssykehus om skillet mellom flerkulturelle pasienter og norske pasienter? Etter hvert som analysen av intervjuene har forløpt har det dukket opp flere interessante temaer som jeg har funnet verdt å ta med her. Jeg har valgt å diskutere det som er blitt sagt underveis med fare for at teksten blir uoversiktlig. Jeg har likevel gjort dette for å få teksten til å leve.

Et forhold som er nærliggende å nevne når en snakker om flerkulturelle pasienter i norske sykehus er språk, og det er flere variasjoner over språk som tema innen psykiatrien. De aller fleste av respondentene har vært innom dette temaet fra forskjellige innfallsvinkler. For de aller fleste er hvordan folk snakker en viktig indikator på hvor folk ”kommer fra”, og dermed en enkel måte å skille ”norske” fra ”unorske”.

Jeg har analysert de ansattes italesettelse av sine tolkninger av egne opplevelser av det å jobbe med pasienter fra andre kulturer. Det er deres opplevelser som er interessante her.

4.1.1 HVA KAN SIES OM DET SOM ER BLITT SAGT

Ut fra min egen begrensede erfaring som ansatt ved en psykiatrisk avdeling kom det blant annet inspirasjon til å se litt nærmere på to sosiale forhold rundt pasienter fra ulike kulturer. Det ene forholdet er kjønn og det andre er familie. En av grunnene til at dette er nærliggende tema å ta med i min analyse, er at alle mennesker har en befatning med dette. Alle har en familie på en eller annen måte, og de aller fleste må forholde seg til dikotomien kvinne - mann. En annen grunn til å bruke disse analysekategoriene er min egen nysgjerrighet. Immigrasjon til Norge har gjort at forhold rundt familie og kjønn har dukket opp som tema i en rekke nye sammenhenger, og mine egne holdninger er blitt utfordret en rekke ganger. Eksempler på temaer kan være bruken av hijab i skolen, tvangsekteskap, diskusjoner om likestillingsforhold i familieomsorg og på arbeidsmarkedet.

4.1.2 FLERE NIVÅER

Jeg har delt analysen inn i flere nivåer. Det første nivået ligger nær opp til det jeg konkret har spurt om i intervjuene. Det andre nivået beveger seg litt bort fra de konkrete spørsmålene. Her finner vi bruken av kulturbegrepet. Neste nivå handler om fremmedhet og til sist finner vi et nivå hvor jeg har forsøkt å sette det hele i sammenheng med de sosiale forhold generelt i Norge i 2004-2005 og forholdene i psykiatrien spesielt. Jeg har, med andre ord, forsøkt å finne strukturelle forklaringer på hvorfor respondentene snakker om arbeidet sitt slik de gjør.

Mitt ståsted i denne sammenhengen er at behandlerne ved flere av de psykiatriske avdelingene i landet får for lite faglig oppfølging og veiledning i jobben sin. Det bildet tror jeg at jeg har dannet meg gjennom jobben som vikar, og gjennom presse og media for øvrig. Det har i perioder vært skrevet mye om frustrerte pasienter, pårørende og behandlere og hvordan de alle opplever at noe ikke fungerer.

Det er en klassisk problemstilling i helsesosiologi som handler om at behandlerne er presset mellom egne idealer og behandlingssystemets begrensede virkelighet (Gupta 1993; Løchen 1976; Pilgrim og Rogers 1993). Det kan hevdes at dette problemet er større i enkelte områder av helsevesenet og at psykiatrien er en av de vanskeligste fordi det er så mange sosiale faktorer som spiller inn i lidelsesforholdene og behandlingen (Gupta 1993). Jeg begynner analysen på det empirinære plan, og først skal det handle om familien.

4.2 FAMILIEN HANSEN OG FAMILIEN HASSAN

I denne avhandlingen blir ikke definisjon av *familie* diskutert utfyllende. Verken av meg eller av respondentene. Det jeg likevel vil si er at familier kommer i mange former men har alle et viktig likhetstrekk: de må regnes som sosiale miljøer.

I følge Miles (1987) er familien som sosialt miljø viktig for mentalt syke på flere måter. Det er ofte familien som merker at ett av medlemmene er syk. Familien er ofte deltakende i innleggelsesprosessen og noen ganger i selve behandlingen, og sist men ikke minst viktig: det er ofte familien som tar mot pasienten etter utskrivning fra en institusjon og fører pasienten tilbake til samfunnet (Miles 1987). Studier viser også at familien har stor effekt i prosessen med å bli kvitt et stigma som henger ved en eks-pasient, og unngå det Scheff kaller en karriere som mentalt lidende (Gupta 1993).

Flere av behandlerne har trukket frem pasientenes familietilhørighet som et felt hvor de ser et skille mellom norske og flerkulturelle:

(...)Nordmenn har jo som oftest familie og venner her som bor her eller i nærheten eller de har kontakt med noen her eller et sted i landet. Så de er jo ofte sterkere stilt sånn sett enn utlendinger er som er helt alene her(...)

De anser familien som en ressurs både i behandlingsøyemed og som en støttende funksjon utenom behandling. Flere sier at flerkulturelle pasienter har en tettere tilknytning til familien og at dette er en fordel de har i forhold til norske pasienter. Mens andre ser familien også som en begrensende faktor for pasienten i utøvelse av personlig frihet og individualitet.

Det er flere eksempler på at respondentene ser familieforhold som et positivt særtrekk ved familier med røtter i andre kulturer. Magnus har jobbet med psykisk syke i en årrekke og ser familien som en ressurs når han skal prøve å danne seg et bilde av pasientens situasjon:

[...]mens jeg har en opplevelse av at de fremmedspråklige i større grad har en tettere familiesammenheng at de er i større grad har egen familie og er gift, har barn, mens veldig mange av våre har oppløste forhold eller lever alene i mye større grad. Så det tror jeg er en kjempeforskjell. At de har sitt nettverk inntakt på en annen måte.

Det at han sier *kjempeforskjell* kan bety både at han mener at familien virkelig er viktig for pasienten og at forskjellen mellom norske og fremmedspråklige er stor på dette området. Magnus hevder at flere fremmedspråklige pasienter er gifte, har barn og bor sammen med familien enn norske pasienter. Dette er en påstand som kan komme på bakgrunn av flere forhold. En forklaring kan være at det virkelig er slik at pasienter med annen språkbakgrunn har mer familie enn norske, og at Magnus har kjennskap til tall som beskriver dette forholdet ved den avdelingen av Ullevål universitetssykehus som han jobber ved.

En annen forklaring kan være at denne behandleren ut fra sin egen eller kollegaers kontakt med pasientene har en *opplevelse* av at det er en forskjell på hvordan familiesammensetningen er hos fremmedspråklige og norske pasienter. Dette kan henge sammen med at han er mer opptatt av å se hele familien til denne gruppen pasienter fordi han trenger mer bakgrunnsinformasjon om pasientens liv for å gjøre en god jobb. En tredje forklaring kan være at familien faktisk stiller mer opp, eller at pasienten selv inkluderer familien i behandlingen i større grad.

Magnus sier at fremmedspråklige pasienter har nettverket sitt inntakt i større grad. Dette kan sees som om han mener at disse pasientene ikke mister kontakten med familien sin på samme måte som norske, og at de i mindre grad blir utstøtt på grunn av sin psykiske lidelse.

Goffman beskriver i *Stigma* (Goffman 1963) hvordan ulike sosiale forhold påvirker graden av utstøting fra samfunnet av mennesker med synlige eller usynlige degraderende trekk. Han sier at det å tilhøre en stigmatisert gruppe kan føre til en følelse av felleskap og samhörighet og at dette kan ha mye å si for hvordan en takler sitt stigma. I denne

sammenhengen kan en si at det å for eksempel være vietnameser i Oslo kan føre til at du vil bli stigmatisert i enkelte sosiale settinger men at vietnamesere har et miljø hvor det å være vietnameser er det å være med i inngruppen og en del av en subkultur (Ibid 1963: 38, 143).¹⁰

Kristin sier at det er forskjell på stigma:

Akkurat det med stigma knyttet til psykiatri er jo ikke noe uvanlig fenomen. Men jeg opplever kanskje at det er mer i det fremmedkulturelle.

Dette utsagnet kan tolkes til å bety flere ting. Det kan hende at hun mener at fremmedkulturelle er mer stigmatisert i det norske samfunnet enn norske pasienter. Hvis det er det hun mener, vil en med stemplingsteoretiske briller se de fremmedkulturelle pasientene som potensielt dobbeltstemplede, slik jeg skrev om i teorikapittelet, i et samfunn av friske norske. Hvis det Kristin mener et at de flerkulturelle miljøene har en større grad av stigmatisering av psykisk syke enn de norske miljøene, vil en pasient med en flerkulturell bakgrunn kunne oppleve en mer alvorlig stempling og stigmatisering i et miljø av mennesker med en liknende bakgrunn. Kristin vil hjelpe pasientene sine og ta hensyn til hvordan de har det i sitt miljø. I begge de to betydningstilfellene skissert her, vil Kristin måtte ta høyde for at pasienten potensielt har et sosialt problem i forbindelse med sykdommen sin.

Lisbeth sier om familiens involvering i behandlingen:

...Om de ikke er deltakende i selve behandlingsopplegget så er de mer deltakende i forhold til pasientene. De møter opp og besøker og sårne ting. [...]Det jeg har vært borte i, så er det i hvert fall mange som deltar men ikke på et aktivt nivå, da. At kulturelt sett så er familien sterk der. Jeg vet ikke om det er en tolkningssak eller om de ikke orker. Men de deltar kun på et sånt nesten offisielt, da. De møter opp fordi de liksom skal møte opp, da, i følge ett eller annet, mer enn at de gjør det av fri vilje eller som et ønske. Det har jeg ofte inntrykk av...

Dette kan leses som at Lisbeth opplever at flerkulturelle familier i større grad følger en eller annen norm for hvordan de skal forholde seg til behandlingen av et sykt familiemedlem. Hvor denne normen kommer fra og hva den går ut på har ikke respondenten oversikt over. Hun sier at det kan være hennes egen tolkning, eller at det faktisk er slik at familien vil delta mer aktivt men at de ikke har ressurser til å følge opp på en bedre måte. Sett fra de ansattes

¹⁰ Jeg tror ikke det å være psykiatrisk pasient vil føre til en like stor mulighet for å søke støtte i et felleskap som det å tilhøre en kultur. Det finnes støttegrupper, men flere store grupper av lidelser slik de er diagnostisert definerer vansker med sosiale settinger og vil derfor være vanskelig å organisere sosialt. World Health Organization, and Sosial- og helsedirektoratet (2005): *ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer: systematisk del, alfabetisk indeks, opplæring*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

perspektiv så kan en tenke seg at det oppleves som vanskeligere å jobbe med pasienter der familien ikke stiller opp. Familien som ikke er til stede kan ikke stille med bakgrunnsinformasjon som har betydning for behandlingen, støtte pasienten gjennom vanskelige perioder eller være et positivt bidrag i pasientens hverdag eller høytidsdag.

Håkon jobber med dobbeltdiagnosepasienter. Han snakker om hvordan det er å tilhøre en familie fra en annen kultur sammenliknet med en norsk: ”*Det er mye tøffere på en måte, fordi du blir utstøtt, veldig lett for å bli utstøtt hvis det[rusbruken] oppdages hjemme.*” Vi får et inntrykk av at den flerkulturelle familien gir mindre rom for toleranse av avvikende atferd knyttet til rus og psykiatri. Håkon går videre og sier at den flerkulturelle familien kan være både positiv og negativ for pasienten i forhold til den norske:

- Det er mye tettere nettverk i de fremmedkulturelle. Så sann sett så tar de jo mer vare på hverandre, men så er det mindre spillemuligheter. For strengen blir ganske stram i de familiene.

Han sier at familiemedlemmene tar bedre vare på hverandre, men at det gir mindre spillerom for hver enkelt. Håkon har pasienter som er ungdom eller unge voksne, og en kan tenke seg at det er oppdragelsesprosessen ungdommene går gjennom som gir mindre individuell frihet. Det negative kan være knyttet til rusproblemer som pasienten har.

Sosionomen Peter er mer spesifikk og sier at arabere har sterkere familieband enn norske.

Som en kultursak, så er familien ofte sterkere eller så står familien sterkere som en sånn enhetssak.. i hvert fall hos arabere.

Det at han løfter frem arabiske familier kan henge sammen med at det er arabere han har mest erfaring med og som han husker spesielt. Han går ikke inn på hvordan de sterke familiebandene arter seg eller hva grunnen kan være. De fleste arabere er muslimer, og det han beskriver kan i de fleste tilfeller sees som sammenfallende med det Dahl (1992) skriver i sin bok *Den muslimske familie*. Dahl sier at familien i praksis var redskapet da det første muslimske samfunn ble dannet i Medina: ”Familieinstitusjonen gjorde det mulig å organisere et samfunn av troende, umma, i brudd med det preislamske samfunn som bygget på stammen.”

Ved å knytte det tradisjonelle norske samfunnet til kristendommen, kan en si at familien, med ekteskapet som fundament, står sterkt som institusjon her også. Men forskere sier at den norske familien har vært og er i forandring. Den tradisjonelle storfamilien fra tiden før den industrielle revolusjonen ble borte og den funksjonsdelte kjernefamilien med mor, far og barn tok over (Lange 1997). Med kvinners inntog på arbeidsmarkedet og

profesjonaliseringen av barneoppdragelsen er funksjonsdelingen også på vei bort, selv om det viser seg at kvinner fremdeles gjør mest husarbeid (Ellingsæter 1989; Leira og Wesche 1991). Det kan hende at Peter snakker om den tradisjonelle arabiske familien og den moderne norske og at det er derfor han opplever en forskjell.

Sykepleieren Michael snakker om familiestørrelse og mener at det er litt enten eller, at enten så har de stor familie her i Norge eller så har de ingen:

- Altså, familienettverket er ofte litt enten eller. Enten så har de fått med seg familie, ofte mye familie, eller så ingen. Det er litt sånn enten eller.

Dette kan tokes dit hen at Michael har behov for å si at det er en forskjell mellom norske og fremmedkulturelle familier. Det er mulig at han vil svare "riktig" i forhold til det han tror jeg er ute etter å finne i denne undersøkelsen. Det er også mulig at han vil legge vekt på at det er vanskeligere å jobbe med denne spesielle pasientgruppen og at han med utsagnet kan være med på å påvirke sykehuset til å bidra for å gjøre jobben enklere. Utsagnet grupperer familiene dikotomisk; det er en gruppe med ingen familie og en gruppe med mye familie. Dette kan henge sammen med at Michael ikke kjenner til så mange fremmedkulturelle familier og at kategoriseringen blir gjort ut fra et lite utvalg av pasienter eller at Michael virkelig har oversikt over familiesammensetningen. For Michael virker i alle fall gruppen av pasienter som todelt. En enten eller forståelse kan, slik Regi Enerstvedt (1998) skriver om sitt eget første møte med døve, grunne i manglende kunnskap. Enerstvedt trodde at enten så hørte man eller så hørte man ikke. Etter hvert som han ble kjent med flere døve, fant han ut at det var flere grader av å ha hørselsproblemer. Noen hører litt, andre hører mer, men ikke alt. Min antagelse er at det kan hende at sykepleier Michael har erfaringer kun med to grupper pasienter innen kategorien flerkulturelle: De som har stor familie og de som ikke har noen familie.

Noen av respondentene sier at psykisk lidelse er et større problem for en fremmedkulturell familie enn en norsk. Sosionomen Aida sier at behandlere kan se familien som en falsk trygghet.

- Jeg har sett flere eksempler på hvor du ser en situasjon hvor du må konkludere at hvis det var en norsk dame[som pasient] eller en norsk familie så skulle barna få i hvert fall et bedre tilbud eller en bedre beskyttelse. ..Jeg mener det er en forskjell og jeg mener det er en forskjell som kommer stort sett ut fra kulturelle forskjeller hvor man ikke vet eller ikke har tid for å vite, og så støtter de seg med noen slags falske beskyttelsesfaktorer[...]

Dette kan leses som oss at hun regner det som en vanlig oppfating at familien bringer med seg trygghet, og at dette ikke alltid er riktig. Noen familier greier ikke å ivareta barna.

Aida er generelt mer positiv til norske familier og mener at det ligger en kvalitet i den norske familien som andre ikke har. Hun er bekymret for at barna i familier med psykisk syke ikke vil få like god oppfølging i den fremmedkulturelle familien som i den norske. Grunnene til dette kan være mange. Det kan være at det er en kvalitetsmessig forskjell på familiene, eller at det oppleves slik på grunn av andre forhold som ikke har med familiene generelt men det spesielle utvalget av familier hun har møtt. Hvis hun opplever at det er vanskeligere å være barn av en psykisk syk fra en annen kultur, er det lett å tenke seg at det vil være vanskeligere å jobbe med disse pasientene enn de norske fordi hun ser barna som en del av problembildet rundt pasientens problemer.

Min tolkning er at det kan også være at hennes bilde av norske familier er dannet ut fra en normalitet som ikke har noe med psykiatri å gjøre. Aidas bilde av den norske familien kan være dannet gjennom hennes sosialisering utenom jobb og med friske mennesker. Hvis hun er oppvokst i en familie med norsk bakgrunn, har gått på norsk skole og ikke har hatt stor omgang med flerkulturelle familier, kan det hende at hennes bilde av den norske familien til en psykiatrisk pasient er farget av dette. Med andre ord: Det kan hende at hun kun har møtt flerkulturelle familier gjennom jobben med psykiatriske pasienter og at hennes bilde av disse familiene er det som danner bakgrunn for hennes begrep om *flerkulturelle familier*.

Kjersti sier at det er vanskeligere å jobbe med fremmedspråklige familier:

...og jeg tenker i enda større grad så er det kanskje så er det et problem, eller en utfordring i forhold til folk med fremmedspråklig bakgrunn fordi de i mye større grad har mange flere barn, så det er flere som blir preget av at det er en av foreldrene som er syke..

Dette sier hun henger sammen med at det er flere å ta hensyn til når en skal behandle en syk i familien. Goffman (1963) skriver om hvordan stigmatisering av ett av familiemedlemmene kan føre til at hele familien blir stigmatisert. På den måten blir det vanskeligere å være barn i en familie med et sykt medlem. En kan se for seg situasjoner med mobbing og isolasjon på skolen og i fritiden.

Noen pasienter trenger mye ro og en større familie kan gjøre at dette kan bli vanskeligere å få til, spesielt med flere barn i familien. En kan også tenke seg at omsorgsevnen til en med en alvorlig psykisk lidelse vil være redusert. Et annet forhold er at noen psykiske lidelser er sosiale lidelser som har med de direkte forholdene til andre mennesker å gjøre. Eksempler på dette kan være angstlidelser og lidelser forbundet med paranoide forestillinger (World Health Organization og Sosial- og helsedirektoratet 2005). For Kjersti kan dette få konsekvenser for jobben hennes fordi det blir flere bekymringer

knyttet til pasienten. Hvis det var en enslig pasient kunne alt fokuset være på pasienten. Med flere barn i bildet blir det mer uoversiktlig og vanskeligere å lykkes med behandlingen.

Dette støttes av Aida som sier at det er et ideal å ta hensyn til hele familien når en skal behandle en pasient:

- For jeg kan ikke tro at en ferdig utdannet psykiater, eller sykepleier eller psykolog ikke skjønner betydningen av at man må se hele familien, at psykiatrien i dag er kommet så langt at man skjønner at man ikke kun kan behandle sykdommene eller bare et familiemedlem som har en psykiatrisk lidelse, alle skjønner det, men her har man muligheten til å ha det som plattform...

Dette siste sitatet sier også noe om at respondenten forventer at det har funnet sted en endring i den psykiatriske behandlingen, og at der før ikke var så utbredt å arbeide med hele familien til en pasient. Aida sier litt senere at hun mener at det er forskjell på de ulike avdelingene innen Ullevål universitetssykehus med hensyn til hvordan de ser på pasientenes familie. Noen avdelinger er [...] *mer langsomme å gå fremover å tilegne seg nye kunnskaper og arbeidsmetoder [...]*. På den måten kan man si at hun mener at det er forskjell på hvordan de ulike avdelingene jobber og hvordan de skiller flerkulturelle familier fra norske.

På samme måte som Aida er Vibeke opptatt av at hele familien kan komme til å lide slik Goffman (1963: 54) skriver om. Der hvor Aida nevner bana spesielt er Vibeke opptatt av ektefellen. Hun sier at hun opplever at fremmedkulturelle pasienter har et problem med sitt nærmiljø når det gjelder anseelse og åpenhet i forhold til sin tilstand:

...kanskje har jeg også en følelse av at når familiefaren mister, ja, posisjonen, på en måte bare blir en pasient med psykiske lidelser kommer ikke til å tjene mer penger, har i beste fall en uførhetstrygd som kanskje ikke er særlig høy heller.. og fungerer sosialt dårlig, så tenker jeg at de føler seg mer utsatt enn norske ektefeller ville gjøre, jeg har kanskje en har en følelse av det.

Vibeke ser stigmatisering, som kan følge med det å ha en familiefar som grunnet sin mentale helse ikke kan forsørge sin familie, som et større problem for andre familier enn de norske. Hun knytter noen av problemene til familiens økonomiske forhold. En kan tolke ut fra dette at hun mener at posisjonering i samfunnet henger sammen med privat økonomi. Dette er forhold som den vestlige sosiologien har forsket mye på. Den mentale lidelsen fyller hele identiteten til pasienten og, til en viss grad, til familien til pasienten. Goffman sier at familier har ulike måter å møte dette på, og at en av strategiene er å holde forholdet med for eksempel en psykisk syk familiefar hemmelig for barna ved å forklare at han har en somatisk lidelse (Ibid 1963: 55). For en behandler vil dette føre til et dramaturgisk problem, i og med at han kunne komme til å måtte holde sannheten skjult og samtidig hjelpe barna til å takle forholdene på en best mulig måte.

Utstøttingsmekanismene i forhold til det å være mentalt lidende og det å være fra en annen kultur virker sammen, og pasienten kan være marginalisert og uten allierte utenom nær familie og det profesjonelle nettverket. Det er et eksempel på en uttalelse om et forhold hvor begrepet interseksjonalitet (Molina et al. 2002) kan være beskrivende og med på å åpne opp for diskusjon. Interseksjonalitet handler kort fortalt ikke om de ulike kategoriene en kan benytte for å dele inn menneskene, slike som kjønn, klasse, etnisk tilhørighet. Begrepet er mer ment til å åpne opp for diskusjoner om ulike maktforhold som mennesker støter på i dagliglivet og hvordan disse påvirker og skaper hverandre. I dette tilfellet to forhold som kan virke stigmatiserende for en person. Senere i denne teksten trekker jeg inn forhold som har med pasienters og behandleres kjønn å gjøre. En kan hevde at kvinnelige mentalt lidende pasienter fra andre kulturer er underprivilegert på tre måter.

Håkon sier også noe om stigmatisering som et problem i forhold til familien, og sier om ungdommer som har dobbeltdiagnoseproblemer (rus og psykiatri):

[...]Men det er jo en skam, og skyldfølelse og sånn som er forbundet med/veldig sterke skyldfølelser overfor familien sin på skam og skyld. Men det har jo de norske og, men kanskje på en annen måte. Det tror jeg nok. Det er mye tøffere på en måte, fordi du blir utstøtt, veldig lett for å bli utstøtt hvis det oppdages hjemme...

- Blant de fremmedkulturelle?

- Yes. De tar avstand fra det [...] - Mye større utstøttingsmekanismer synes jeg, ja. Og det kan nok de fremmedkulturelle som går på stoff, for de er nok litt hardere ute å kjøre de, enn andre fremmedkulturelle igjen.

Her knyttes utstøting fra familien til skam og skyldfølelse. Det kan være at Håkon mener at fremmedkulturelle pasienter i større grad påfører familien skam enn den norske familien og at pasienten opplever sterkere skyldfølelse på grunn av dette.

Berg (2001) skriver om klienter med innvandrerbakgrunn i rusbehandling. Hun sier at enkelte av klientene ikke vil snakke med terapeutene om alt fordi de var fremmede. En mor til en klient fortalte at klienten var opptatt av å beskytte familiens rykte og snakket bare med familien om "store problemer" (Berg 2001: 92). Berg knytter dette til Giddens begrep om *systemtillit* og lanserer begrepet *terapeutisk offentlighet*.

Terapeutisk offentlighet er på mange måter en kompleks hybrid fordi private og intime anliggender blir diskutert og intervenert i offentlige rom basert på fremmede eksperter. Ansatte forventer at klientene skal inngå ei en slik terapeutisk offentlighet uten særlige reservasjoner, noe klientene vanskelig kan oppfylle siden deres tillit synes å være personrelaterte. (Berg 2001: 92)

Det kan hende at en opplevd avstand til klienter med innvandrerbakgrunn skyldes pasientenes manglende tillit til det ekspertsystemet som psykiatrien utgjør.

4.2.1 SAMMENFATNING

Som vi kan ane på bakgrunn av disse situatene fra materialet, så er det ingen entydighet i hvordan respondentene opplever familiene til pasientene. Det virker likevel som om de opplever at det er en forskjell på en familie fra en annen kultur og en familie fra en norsk kultur. De opplever også at dette har noe å si for det å jobbe med pasientene. Dette kan, selvfølgelig, være et resultat av at jeg har spurt direkte om skillet mellom de to pasientgruppene. Jeg har introdusert skillet for behandlerne i samtalen. Det kan dermed ha vært lettere for dem å snakke om at det er en forskjell, enn hvis jeg ikke hadde sagt noe. Dette er forhold som jeg ikke kan bringe klarhet i nå. Jeg ser det derfor som viktig å reflektere over når jeg analyserer uttalelsene.

Disse utdragene kan leses som behandleres analyser av hva familiene har å si for pasientene. De kan også leses til støtte for en hypotese om at en kategorisering og forenkling av beskrivelsene av forholdene for pasientene er nødvendig og ofte i bruk. Pasientenes familieforhold er av mange fasetter og har mange former. Det kan være slik at behandlere ikke har mulighet til å sette seg inn i den enkeltes situasjon. Det beste de kan gjøre er å sammenligne enkeltsakene med andre saker som ligner og ta i bruk tilgjengelige kategorier.

Dette kan ha bakgrunn i flere forhold. En kan tenke seg at det ikke er ressurser nok, og at behandlerne rett og slett ikke har tid nok til hver enkelt pasient og familie. Et annet forhold knytter seg til mentale lidelsers natur og uttrykk.

Noen pasienter i psykiatrien blir behandlet mot egen vilje og vil i så måte selv kunne motarbeide behandlingen ved ikke å være villig til å belyse familieforhold for behandlerne. Noen pasienter mangler evnen til å kommunisere på det behandlingsapparatet vil regne som en rasjonell måte. Atter andre vil, som noen av respondentene har sagt, ikke samarbeide med familien på grunn av skam og skyldfølelse, og flere har ikke sitt familienettverk inntakt på grunn av ulike trekk ved pasientenes situasjon.

Dette er alle forhold som en kan tro gjør arbeidet med pasienter fra kulturer man ikke kjenner til vanskeligere enn det å jobbe med pasienter fra kulturer man kjenner. Med mye tatt for gitt kunnskap om hvordan det er å være i den aktuelle kulturen, kan behandlere vandre i litt mer kjente landskap når det gjelder ”norske” pasienter. Vi skal nå se på det andre hovedtemaet i analysen. Her dreier det seg om hvordan ulike forhold som har med kjønn å gjøre har noe å si for hvordan det oppleves å jobbe med pasienter fra andre kulturer.

4.3 ”(...)*DE ER VANT TIL AT KVINNER HAR EN LITT ANNEN ROLLE(...)*”

Ett av temaene som jeg valgte å ta med da jeg skulle utforme intervjuguiden var hvordan behandlere ser forskjell på flerkulturelle og norske pasienter med hensyn til kjønn. Det er egen erfaring fra jobb ved en psykiatrisk avdeling på et sykehus som har inspirert meg til å ville ta dette med i undersøkelsen. Jeg opplevde der at det var enkelte pasienter som ikke respekterte de kvinnelige ansatte på samme måte som de mannlige. Jeg fikk da en fornemmelse av at dette var relatert til ulike former for kvinnesyn i ulike kulturer, også den norske. Noen av mine kolleger fortalte om forhold som lignet på mine opplevelser, og jeg ble inspirert til å se litt mer på dette i denne undersøkelsen.

Jeg har spurt de fleste av respondentene om de har opplevd kjønnsrelaterte problemer i forhold til fremmedkulturelle. Flere av respondentene har svart at kjønn er et tema i forhold til pasienter fra andre kulturer. Marthe svarer når jeg spør henne om det er noe i behandlingsopplegget som hun opplever som vanskelig bortsett fra språket når det gjelder flerkulturelle pasienter:

- Det er jo veldig ofte andre kulturer, tenker jeg på som man ikke helt er oppmerksom på i forhold til kjønn, mat, og særlig hvis de ikke klarer å uttrykke seg selv så er det vanskelig å vite, liksom. Det går jo på såne kulturforskjeller generelt.
- I forhold til kjønn - har du opplevd at du har fått vanskeligheter fordi du er kvinne?
- Ja for så vidt. [...] Man prøver å se det litt an hvilke kontakter man setter på de ulike pasientene. Om de er veldig opptatte av om de vil ha en mannlig kontakt eller, man prøver jo å se og vurdere littegranne.
- Så i enkelte tilfeller så vurderer dere å ha en mann på de enkelte
- Hvis man føler det som mest trygt eller..
- Det har med trygghet å gjøre?
- Det har med trygghet å gjøre. Det har også noe med i forhold til pasienten, hvor mye føler en at en utleverer seg selv hvis, ikke sant.
- Er det noen forskjell der i forhold til norske og de fremmedkulturelle?
- Ja det har vel egentlig vært det, altså det tror jeg egentlig også...

Marthe sier at det er forskjeller på hvor trygg hun føler seg på norske pasienter og på pasienter fra fremmede kulturer. Hun knytter utryggheten, i forhold til grensene for hvor stor del av seg selv hun utleverer i behandlingen, til mannlige pasienter og spesielt mannlige pasienter fra andre kulturer. Hennes vandringer foregår i noe som hun oppfatter som mer utrygt landskap. Hun er dessuten i et landskap hvor hun opplever at menn er mest hjemme og hvor menn bedre vet hvor stiene går.

Marthe opplever tilsynelatende at noen av pasientene ikke følger det implisitte sett av roller som ligger i en behandler – pasient relasjon og den rammen som behandlingen foregår

innenfor (Album 1996; Goffman 1974). Her er det behandleren som stiller spørsmål om pasientens opplevelser og følelser, og pasienten som forteller om seg selv.

Hun antyder også at hun ikke blir respektert fordi hun er kvinne og at dette er et større problem i de tilfellene hvor pasienten er mann og fra en annen kultur.

Frida er inne på noe av den samme problematikken:

...for det er jo mange mannfolk som ikke har respekt heller for kvinner og da har de vel heller ikke ønsket så mye å høre på oss ... for vi kommer til kort i forhold til en stor mann som utagerer eller som vi fysisk er nødt til å føre tilbake eller.. Så det er en trygghet også at det er menn på jobb.

- Men i de tilfeller hvor menn ikke har respekt for deg, er det kulturelt eller er det noe land som du kan si at det gjelder spesielt for, eller?

- Ja det er vel kanskje mest utlendinger man opplever det med. Jeg kan spesielt huske en tyrker vi hadde inne her som ikke respekterte eller hørte på noen av oss kvinner og tok på oss og ikke hadde noen respekt i forhold til grensene våre og forventet at vi behandlet han som en, ja.. konge nærmest, så han hadde ikke noe respekt og han kommanderte oss og trodde han kunne behandle oss som han ville. Så man opplever jo det ofte at man/at de er vant til at kvinner har en litt annen rolle i der de kommer fra.

- Men gjelder det tyrkere eller?

- Nei nå husker jeg bare han spesielt, men jeg vil nok si at man opplever det altså som muslimske som, det vil jeg si at man opplever.. ja.. ganske ofte.. så det er klart at det kan være litt frustrerende noen ganger.

Trygghet kan knyttes til det å være kjent på samme måte som utrygghet kan knyttes til fremmedhet. De fremmede elementene i møtet mellom behandler og pasient gjør at de begge kan føle seg utrygge. Pasienten kan oppleve at det systemet som han blir behandlet innenfor er fremmed for han. Han er ikke sikker på hva behandlerne vil med det de gjør og hvor det hele bærer hen. Behandleren kjenner ikke pasientens handlingsmønster og hvordan han vil reagere på ulike forhold i behandlingen. Pasientens være- og tenkemåte er fremmed for henne. Det kan se ut som om de møtes i et landskap hvor ingen av dem er kjente og det ikke finnes noe tydelig kart.

En kan si at de to er fremmede for hverandre og utryggheten og avstanden dem i mellom kan føre til at de begge vil nytte strategier for å beskytte seg selv, slik vi hørte Marthe fortelle om for litt siden. Marthe fortalte at pasientene kunne komme inn på forhold som ble privat for henne. En slik strategi fra pasientens side kan være å nærme seg det personlige hos behandleren for å vippe henne av pinnen. Dette kan gi pasienten en følelse av makt i en situasjon hvor han ellers ville føle seg maktesløs. Behandleren kan føle dette som et overgrep som kanskje ikke hadde skjedd hvis en annen behandler hadde jobbet med pasienten, en som ikke lot seg vippe av pinnen.

Frida sier også at hun ikke blir respektert fordi hun er kvinne og at dette henger sammen med hvor pasientene kommer fra. Hun sier at på henne så virker det som om det oftere er

utenlandske menn som er vanskelig for henne. Hun blir litt mer spesifikk og sier nølende at det er muslimske menn som er mest vant til at kvinner har en annen rolle enn i Norge.

Goffman skriver i sin klassiker *Asylums* (Goffman 1968) om hvordan institusjoner, og da spesielt psykiatriske sykehus, øver makt på pasientene gjennom å søke å tilpasse pasientene til sykehussystemet og ikke systemet til pasientene. Pasientene får, ifølge Goffman, tildelt roller som de forventes å fylle. Marthe kan tolkes til at hun kjenner på både problemene med at det er ulike tolkninger av hva det vil si å være pasient og hva det vil si å være behandler. Pasienten kan ha én forståelse og behandler en annen. For Marthe er det et problem at pasienten ikke kjenner til hva som er rammene og normene for oppholdet og behandlingen. En kan tenke seg at hun ville kunne oppleve det samme med en pasient med en norsk kulturbakgrunn men hun har en opplevelse av at det skjer i større grad med menn fra andre kulturer

Hannah opplevde også at grensene mellom det private og det ikke-private kunne relateres til kjønn og til pasienter fra andre kulturer. Vi snakker om kompetanseheving og jeg spør henne om hva det første er hun kommer på som hun kunne tenke seg å lære mer om når det gjelder denne pasientgruppen:

- Ja det må jo være kommunikasjon med dem. For det er jo den som er fokus i en sånn avdeling og på en psykiatrisk avdeling og det er jo ofte det er det vi er dårlig på. Og dermed så blir de noen ganger forlatt i avdelingen og at man ikke tør å nærme seg noen og at man ikke kan kommunisere med noen, så da føler man at man ikke har noe å bidra med (...) ja det kan jo være det at man tør å nærme seg.. sånn at det kunne man fått litt mer kompetanse på.

Hannah er inne på ett av kjerneområdene i behandlingen slik det blir lagt frem i begynnelsen av dette kapittelet. Hun sier at det er vanskelig å kommunisere med pasientene og at de ofte er dårlige på det i avdelingen. En kan forestille seg at det oppleves som vanskelig å gjøre en god jobb når en mener at en kommer til kort på ett av de viktige områdene. Hannah sier at hun skulle ønske at hun turte å nærme seg pasientene. Ved å strekke landskapsmetaforen lengre kan en si at Hannah opplever at hun mangler både kart og kompass. Hun tror hun vet hvor hun skal, men ikke helt hvordan hun skal komme seg dit. Samtalen forsetter:

- Men du synes liksom at det blir en slags ekstra avstand, på en måte?
- Ja ofte ja, så er det jo det. Mellom utlendinger og nordmenn, så. Det er selvfølgelig lettere å for eksempel gå inn på rommet til en norsk gutt.. i forhold til det det kanskje er til en.. utlending. Men sånn er det jo bare, på en måte.
- Det er kanskje ikke så rart det?
- Nei. Bare se, eller i forhold til sånne ting som hygiene eller hvordan de er stelt også. Så det er veldig sånn.. det er ikke bare til utlendinger man ikke har lyst til å gå inn på rommet, det er ikke det jeg sier men, ja.. Det kan være litt lettere.. å gå inn til en nordmann.

Hannah jobber på en sengepost hvor arbeidet fører med seg at de som jobber der noen ganger må gå inn på pasientenes rom. For pasientene på denne avdelingen, som for pasienter på flere sykehusavdelinger, fungerer ofte pasientrommene som pasientenes egne fristed, eller det stedet de kan trekke seg tilbake fra det sosiale miljøet i en avdeling (Album 1996). Hannah mente det føltes problematisk å gå inn på rommet til en gutt, men at det var lettere å gå inn på rommet til en norsk gutt enn en "utlending". Det hun beskriver kan sees i sammenheng med det Goffman sier om vanskene med å leve ut sitt liv foran noen som er ukjente med sin bakgrunn (Goffman 1963: 63). Hannah møter en mann på jobb som hun oppfatter er ukjent med hennes normer for sosial samhandling i den aktuelle settingen. Usikkerheten kan skyldes at hun ikke vet hvordan han vil reagere på hennes nærvær. Hun vet kanskje ikke hvordan pasienten vil reagere på grensesetting, eller for eksempel om pasienten vil føle seg krenket av å bli tiltalt av en ukjent kvinne mens han ikke er fullstendig påkledd. Dette kan sies å være normalt i behandleres møte med en psykisk syk, men hun sier ganske direkte at usikkerheten er større i møter med en "utlending".

Hannahs fremtreden kan oppfattes som et uttrykk av sensibilitet overfor ukjente og en respekt for det andre mennesket. Andre mennesker ville kanskje vært mer direkte og risikert å være påtrengende. Det er mulig at det er tilfelle i større grad i forhold til pasienter fra mer kjente kulturer, og at Hannahs holdninger overfor det å nærme seg andre mennesker som er i sitt private burde være gjeldende for mennesker fra alle kulturer. Jeg tror hennes måte å være på kan sees som en ledesnor for mange behandlere.

Det kan ligge ulike forhold til grunn for en ulik opplevelse av flerkulturelle pasienter og norske pasienter. En forklaring kan være at Hannah ikke føler seg komfortabel fordi det er for mange ukjente aspekter ved pasienten, at pasienten er fremmed i større grad.

Hannah treffer pasienten når han er det Goffman kaller *off stage* (Goffman 1992). Han er "hjemme" på rommet sitt. Han er der hvor han har fått tildelt sin sone hvor han kan trekke seg tilbake fra det sosiale og være i så stor grad upåvirket av andres nærvær som mulig på et sykehus (Album 1996). Det kan være slik at Hannah opplever at det er et større spenn mellom den flerkulturelle pasientens Goffmanske *off stage* og hans *on stage* enn det hun opplever med norske pasienter. Hvis en ser det på denne måten kan en tenke seg at avstanden er større fordi pasientens *off stage* hører mer til en kultur som Hannah finner fremmed og hans *on stage* foregår i en sosial setting som er en del av Hannahs kjente "hjemmekultur". Med norske mannlige pasienter kan deres *off stage* sies å være etablert i en kultur som hun er vokst opp i og dermed har bedre kjennskap til.

Til dette kommer en erfaring eller annen kjennskap til at psykiatriske pasienter, ved enkelte avdelinger og i enkelte situasjoner, kan komme til å utagere fysisk eller verbalt overfor behandlere eller andre.

I ett tilfelle sier Aida at hun tror det er vanskelig for pasientene fordi vi i Norge har et kvinnesyn som skiller seg fra kvinnesynet i enkelte av de landene pasientene kommer fra.

- Altså det er ikke hos alle, men hos en del innvandrere har jeg inntrykk at de trenger tid å lære om at helsevesenet består ikke bare av leger, som tar ansvar. Altså vi risikerer ofte at "Det er legen jeg skal snakke med og forholde meg til – det er legen som kan" (...) Når jeg går inn på arenaer som er ukjente å snakke med en kvinne om. Så vil jeg tenke at jeg og lege er jeg ikke. Det ville vært et hakk lettere tenker jeg

Aida relaterer dette videre til respekt knyttet til profesjoner. Hun mente at det hadde vært lettere for henne å snakke om enkelte problemer som pasientene har hvis hun selv hadde vært lege og ikke sosionom. Det virker også som om Aida mener at legene har det enklere. Dette kan henge sammen med at leger har større anseelse og makt over pasientene uansett kultur. Hvordan makten arter seg og skjuler seg i systemet er diskutert av flere teoretikere og tenkere, fra Foucault (1999) til mer hjemlige bidrag i forbindelse med den siste maktutredningen i Norge, hvor debatten om makt og medisin avstedkom en egen bok (Fugelli et al. 2003). Legene sitter øverst i den hierarkiske strukturen som utgjør det medisinske systemet i vesten i dag.

Aida knytter også sitt arbeid med pasienter fra flere kulturer til en kjønnsdebatt. Hun sier at fordi det er så få menn som arbeider på avdelingen, så må de kvinnelige ansatte dele på de mannlige pasientene. Det kan ligge i dette at hun mener at det ville vært best, hvis de mannlige pasientene fikk mannlige behandlere og at de kvinnelige pasientene fikk kvinnelige behandlere. En slik holdning kan grunne i en forståelse av kjønn som basert på at en ser at kvinner forstår kvinner best og at menn forstår menn best. Det kan også være at Aida anerkjenner at det kan være problematisk for menn fra enkelte kulturer å bli behandlet av en norsk kvinne.

En annen forståelse av dette kan være at en ser det slik at kvinner lettest skaper en relasjon til kvinnelige pasienter som er viktig for behandlingen. I dette kan ligge et syn på behandlingen som en relasjon hvor åpenhet og tillit er viktig.¹¹ Hun sier litt senere at hun selv ikke har støtt på problemer med mannlige pasienter fordi hun er kvinne men at:

¹¹ For en utvidet diskusjon av de ulike kjønns tilnærming til helsearbeid, se Nettleton, Sarah, and Ulla S. B. Gustafsson (2002): *The Sociology of health and illness reader*. Cambridge: Polity Press.

- Jeg har hørt om kollegaer, sosionomer som jobber på sosialkontoret, en dame til og med som er sjef, da hun møtte en innvandrers så nektet han å hilse på henne, fordi han hilser ikke, han tar ikke kvinner i hånden fordi det er liksom/han er på et offentlig sted og der skal han forholde seg til mannfolk, altså.

Her er hun tydelig på at hun har hørt om tilfeller hvor det vi i Norge regner som skikk og bruk, kan regnes som uhørt i en annen del av verden. Det at hun sier at *...en dame som til og med er sjef...* kan tyde på at hun mener at man i Norge i *hvert fall* hilser på en sjef selv om hun er kvinne. Hun mener kanskje at enkelte innvandrere setter kjønn eller religiøsitet foran øvrig sosial status når en skal plassere seg selv i det sosiale hierarkiet.

4.3.1 SAMMENFATNING

På samme måte som ved familieforhold, gjør flere av respondentene et skille mellom pasienter med flerkulturell bakgrunn og norske pasienter når det gjelder ulike forhold som knytter seg til kjønn. Kjønnforskjell mellom pasient og behandler kan dermed sees som ytterligere avstandsskapende i tillegg til kulturell avstand. Det er derfor viktig å se disse forholdene sammen. Flere hevder at en ikke kan se på familiære forhold uten å diskutere kjønn inn i sammenhengen fordi familien er en arena hvor menn og kvinner møtes og i det daglige forhandler om forhold som har sammenheng med omverdenen (Molina, Knocke, Mulinari et al. 2002; Pilgrim og Rogers 1993; Yuval-Davis 1997). Eksempler kan være økonomi eller barneoppdragelse. Det blir videre vanskelig å analysere forhold om har med sosialt kjønn å gjøre uten å se den kulturelle avstanden mellom den som tolker og den som blir tolket i sammenheng med dette.

Hvis en kan si at pasientenes *back stage* er viktig for behandlerne å få en viss kontakt med for å få til en effektiv behandling sammen med pasienten, og denne mer private delen av pasientens liv oppleves som mer ukjent hos pasienter av det andre kjønn og med annen kulturbakgrunn, da kan en forstå at behandlerne opplever behandlingen av disse pasientene som mer komplisert enn andre. Hvis det også er slik at behandlerne opplever at det er flere personer å ta hensyn til i behandlingen av disse pasientene enn med andre, i og med at behandlerne tenker på hele familien, og spesielt barna, så er dette faktorer som en ser kan gjøre at jobben med pasienten oppleves som mer krevende og som en vandring der en ikke er kjent.

4.3 ”...SÅ ER DET KANSKJE HELLER KULTUREN...”

I og med at studier av de ulike behandlingsskulturene og forståelsene av sykdom og helse rundt om i andre deler av verden ikke inngår i det spekteret av kompetanse som

behandlere ved psykiatriske avdelinger ved Ullevål universitetssykehus forventes å inneha, sitter behandlerne igjen og må ta til takke med gjøre en jobb som de selv ikke mener er god nok. Flere behandlere ved Ullevål universitetssykehus mener de får for lite faglig påfyll og veiledning på kulturelle ulikheter. Mia har jobbet ved et distriktpsikiatrisk senter i noen år. Jeg spurte henne om hvordan der er med kompetanseheving, kursing og undervisning på avdelingen der hun jobber:

- Det er mye opp til oss selv, tenker jeg.. å.. si ”dette vil jeg gjerne være med på, dette vil jeg gjerne lære mer om”, og så oppfatter jeg at det er en åpenhet for i hvert fall å kunne spørre om kursing. Knyttet til innvandrere eller fremmedspråklige, så har jeg ikke opplevd noe spesielt, jeg husker ikke noe tilbud om kursing på disse to årene. Det gjør jeg ikke.

Det ser ut til at Mia oppfatter det slik at sykehusets holdning er at det er greit å spørre om å få kursing, men at det faller tilbake på den enkelte ansatte å holde seg oppdatert. Jeg oppfatter henne som forsiktig i vendingene om dette og at hun beskytter sin arbeidsgiver og sitt felt. Det kan selvfølgelig diskuteres hvorvidt to år er en høvelig periode uten tilbud om oppdatering på dette feltet. Det virker som om Mia synes det ikke holder når jeg spør henne om hun ønsker seg et bedre tilbud:

- Ja. Det ønsker jeg. Jeg føler at jeg gjør så godt jeg kan, men at jeg vandrer i et landskap som jeg ikke kjenner godt. Jeg kan, tror jeg, psykiatribiten i det, og da må jeg regne med at en del av ytringsformene og en del av lidelsen er kjent og er universell. Jeg er nødt til å forholde meg til det, og jobber ut fra det. Men det er klart at jeg er usikker innimellom på hva jeg egentlig møter, og hvordan jeg, hvordan jeg får vært til hjelp.

Det virker som om Mia har vansker med å fylle rollen som profesjonell i jobben sin. Jeg forstår en profesjonalitet i denne sammenhengen som det motsatte av tilfeldighet. Hennes uttrykk ”jeg vandrer i et landskap som jeg ikke kjenner så godt” synes jeg sier noe om at dette ikke gjelder ett tilfelle, men at hennes beskrivelser handler om hverdagen hennes når det gjelder denne løselig definerte pasientgruppen med fremmed språk- eller kulturbakgrunn. Det at hun i det helet tatt bryr seg med å få tak i det som hun ikke oppfatter som en del av ”psykiatribiten i det”, gjør at hun ikke ser seg selv i rollen, slik som den profesjonelle behandleren Parsons og andre funksjonalister på hans tid så rollene. Parsons så forholdet mellom pasient og behandler som et resiprokalt forhold: Behandleren og pasienten som avhengige av hverandre og med hver sine roller å fylle (Nettleton og Gustafsson 2002: 133). Pasienten har et problem som blir fremlagt for behandleren, og behandleren, i kraft av maktovertak i form formalisert kunnskap og tekniske evner, forteller pasienten hva denne skal gjøre for å bli frisk. På denne måten ser Parsons forholdet mellom pasient og behandler som et funksjonelt forhold som kommer samfunnet til gode (ibid: 133). Mia ser ikke at hun har

den formaliserte kunnskapen som skal til for at hun kan fortelle pasienten hva hun eller han må gjøre – eller sagt på en annen måte – hennes formaliserte kunnskap strekker ikke til, slik hun ser det.

- Kan du se for deg et tema som kunne være aktuelt? Det første temaet du tenker på som du kunne tenke deg å vite mer om?
- Noe vi om og om igjen kommer inn på: at en person er plaget med muskelsmerte og hodeplager og stivhet i hodet og problemer med, med knærne altså somatiske uttrykksformer som er plagsomme, så kommer jeg opp i det og lurer på ”hva er det nå jeg sitter oppe i?”. Skal vi nå jobbe med å utrede om medisinen er riktig? Er det bivirkninger som/er det det vi sitter oppe i nå? Eller som han, som han forteller meg nå? Eller er det hans måte å uttrykke gjennom kroppen psykiske problemer eller psykiatiske problemer...ehm.. det er et tema som jeg synes går igjen. Og det er/da er jeg jammem ikke sikker. Så man må nesten/ideelt sett så vet jeg at jeg må utrede det fysiske, snakke med legen, en gang til. Må det tas blodprøver én gang til? Og så sikre meg at det ikke er det somatiske, ikke sant, men at det er en måte å uttrykke seg gjennom kroppen. Altså de psykiske vanskene uttrykker seg gjennom kroppslige plager ofte(...) Så han snakker gjennom hodemuskelstraminger i hodet. Så må jeg tolke det at det er hans symptomer på at han har det vanskelig.
- Føler du at det oftere er tilfelle med innvandrere
- Ja veldig. Helt klassisk. Og jeg trodde det oftest dreide seg om kvinner men de mennene jeg har snakket med har det også sånn. Så det, det begynner jeg å tenke etter hvert at det har med kultur å gjøre altså...Men det er kjempeviktig å kunne mer om. Og jeg kan for lite om det.

Denne passasjen illustrerer noe av den usikkerheten som noen av behandlerne opplever i forhold til om de klarer å gjøre jobben sin godt nok. Hun snakker om problemstillinger som hun opplever som langt utenfor hennes kompetanseområde. Mia gjør så godt hun kan men kjenner avstanden til pasientene som uoverkommelig med sine tilgjengelige midler. På meg virker det som om hun tar en rolle som den som koordinerer behandlingen for denne pasienten. Hun opplever at hun ikke klarer å få tak i hva det er som plager pasienten og at hun må konsultere fagpersoner innen det somatiske feltet én gang til for å forsøke å forsikre seg om at det første de sa om de første blodprøvene stemmer. Det hun sier kan tolkes som om hun noen ganger må konkludere med at det handler om kultur. Hun har prøvd andre forklaringer, men lander på at det må dreie seg om noe som hun ikke kan nok om.

4.3.1 KULTUR OG DIAGNOSE

Kultur kan videre sees som en residualkategori i en avvikssetting på samme måte som avvikende atferd sees som residualatferd i en i en stempling av mentalt lidende (Scheff 1975). Med dette mener jeg at respondentene sammenlikner de fremmedkulturelle pasientene med de norske. De norske pasientene utgjør det normale og referansekategori. Der hvor Mia eller Lisbeth opplever en atferd eller kognisjon som ikke faller inn i mønsteret til de norske

pasientene eller som de ikke har mulighet til å forklare på andre måter, kan de bruke kultur som forklaring:

[...]Så begynner jeg å tenke etter hvert at det har med kultur å gjøre altså [...], så er det kanskje heller kulturen som gjør at han tenker annerledes etter samtalen også. Han er tilbake i sitt og jeg er tilbake i mitt, og vi sitter kanskje og snakker forbi hverandre i fortsettelsen.

Lisbeth opplever tilsynelatende at det er *noe mer* med pasienten enn det som svarer til en diagnose, bivirkninger av medisinen, personlighet og annet som kan forklares innen *normale* rammer, det vil si det som gjelder for norske pasienter. Det *noe mer* benevner hun kultur. Det vil si at behandleren ikke går inn på hva som skiller de andre pasientene fra de norske. *Kultur* beskriver det som skiller seg ut. Ved å ta i bruk ordet kultur, har Lisbeth antydnet at det finnes en forskjell som hun ikke må gå inn på, enten fordi det ikke dekkes av det som regner som sitt kompetanseområde, eller kanskje fordi kulturelementer tradisjonelt sett i deres fagområde ikke regnes som prioriterte elementer for undersøkelse i forbindelse med behandling.

Michael sier at han noen ganger blir sittende å lure på hvor mye av pasienten atferd og tenkemåte som kan forklares med sykdommen og diagnosen, hvor mye er kultur og hvor mye er personlighet. Han nevner også tilfeller hvor de som skal stille diagnose er usikre på hva som er kultur eller kulturelt, og hva som har sin årsak i psykose: *Altså det var veldig vanskelig å sette noe diagnose i forhold til atferd og sånt noe fordi de var usikre på hva kultur eller hva som var kulturelt og hva som er psykotisk.*

Det Michael her sier ligner en uttalelse i Merametdjians undersøkelse fra Universitetssykehuset i Tromsø hvor en lege eller psykolog sa: *Er en person psykotisk eller har vi så stor forskjell i kulturell bakgrunn?...*; (Merametdjian 2003: 5). Det burde være klart at det her ligger kilder til misforståelser, og i neste omgang feilbehandling. Merametdjian (2003) har studert ansatte med behandlingsansvar på en psykiatrisk avdeling ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)/Åsgård. Hun har fokusert på holdningene leger og psykologer har i forhold til asylsøkere og flyktinger.

”Denne lokale undersøkelsen var den første i Norge, som kun fokuserte på arbeidet med inneliggende flyktningpasienter blant én kategori helsepersonell. Utfordringer knyttet til kommunikasjon, bruk av tolk og kulturelle forskjeller var forventet, ut fra kjennskap til tidligere forskning om poliklinisk arbeid med flyktinger. Utfordringer i forhold til differensial diagnostisering av schizofreni, paranoid psykose, PTSD, ble beskrevet” (Merametdjian 2003: 18).

Informantene til Merametdjian legger vekt på språk. De sier at de språklige utfordringene er noe som de forholder seg til daglig, og at dette hemmer dem i behandlingen

av flyktingepasienter. Undersøkelsen ved UNN utdyper ikke kulturelle forskjeller i sine funn. Det rapporteres likevel at flere av informantene følte en usikkerhet i forhold til egen kompetanse på pasienter fra andre kulturer, og at ansvaret for å avhjelpe denne mangelen ligger hos psykiatrien. Det vil si det systemet som utgjør psykiatrien. Informantene hos Merametdjian kan tolkes dit hen at de mener at utdanningen av ansatte må inkludere kompetanse på kulturelle forskjeller.

Det vi kan ta med oss fra UNN er at det er ansatte ved flere sykehus som opplever noe av det samme som respondentene fra Ullevål melder om. Det er også interessant at det finnes likheter på tvers av yrkesgruppene og ansvarsnivåene. Jeg mener at ansatte uten behandleransvar, for eksempel sosionomer og ergoterapeuter kan ha godt av å vite at også leger og psykologer opplever usikkerhet når det kommer til kulturelle forhold.

4.3.2 HVOR MYE SIER SÅ *KULTUREN* OM PASIENTEN?

Med et tankeeksperiment kan en forestille seg en sammenlikning av to og to pasienter. I det ene tilfellet snakker vi om to advokater. De er begge menn, har begge tre barn hver, er gift og i femtiåra, kommer fra to middels store byer, har inntekt over gjennomsnittet, snakker tre språk, kommer fra middelklassefamilier og er begge deprimerte. I det andre tilfellet er det to mannlige bilmekanikere fra landsbygda. De er ugifte i tjuåra, har inntekt under gjennomsnittet, er lidenskaplig interessert i billøp, kommer fra arbeiderklassefamilier og drømmer om å starte eget firma. De har begge schizofrene lidelser.

Hvis en nå sier at den ene advokaten og den ene bilmekanikeren kommer fra henholdsvis Kristiansand og Hurum og de andre fra Kirkuk og Ibril i Irak, kan det godt hende at mange vil gruppere de to mennene fra Norge i samme kulturkategori og de to i fra Irak i den samme. De to fra Irak er fremmedkulturelle og de to andre er norske.

Eksemplet viser at kulturbakgrunn kan være mer en landtilhørighet. Kategoriseringen som blir gjort i forhold til fremmede henger gjerne sammen med en *masterstatus*. Masterstatus er i følge Huges en status som en person blir gitt av andre og som overskygger andre kvaliteter (Pfohl 1994). Ingen av respondentene har nevnt noen andre sosioøkonomiske forhold hos pasientene sine enn kjønn og om de har familie. Det må her selvfølgelig legges vekt på at det heller ikke er spurt etter noen andre forhold, men det kan tenkes at innenfor en ramme definert av norsk psykiatri, som i samfunnet for øvrig ofte forekommer en masterstatus som flerkulturell. Et eksempel fra media kan være pasienten som drap en medpassasjer med kniv på trikken i 2004. I de fleste nyhetsinnslag i tiden like etter hendelsen

fikk vi vite at mannen som drap var av utenlandsk opprinnelse. Dette sier oss at publikum og media vektlegger landtilhørighet og kjønn i beskrivelse av personer som de fleste ikke kjenner fra før.

Denne oppgaven kan i lys av dette kritiseres for legge vekt på forhold som er oppe i lyset på grunn av medias fokus. Andre forhold kunne vært diskutert i forbindelse med migrasjon og psykiatri, men i et forsøk på å være aktuell og å forholde seg til problemstillinger som er synlige i samfunnet, har jeg fokusert på behandlernes opplevelser lokalisert i en sosial virkelighet innenfor, og i en viss grad, utenfor sykehuset.

4.3.3 KULTURELL STEMLING

Ved lite informasjon forholder en seg til typiske og forventer at den personen en har foran seg vil svare til det bildet inntil det motsatte er bevist. På denne måten skapes det forventninger til hvordan en person en ikke kjenner skal tenke og handle. Dette er en normal måte å forholde seg til andre mennesker. En bruker det lille en får av informasjon om fremmede til forutse hvordan denne fremmede vil handle i forhold til en selv. På den måten kan en gjøre seg forberedt på hvordan den andre skal handle og ta forhåndsregler for å beskytte seg selv eller for å hente vinning ut av møtet med den andre. Diagnoser i behandling av syke kan sees som slike forventninger satt i system.

Diagnosene forteller oss hvordan andre mennesker kan forventes å handle og tenke eller hvordan deres legemer kommer til å endre seg. Behandlingsapparatet kan sette inn tiltak for å bryte dette mønsteret og styre utviklingen inn på en vei som leder til det som behandlingsapparatet definerer som sunnhet eller det å ha det bra eller, i alle fall bedre. Diagnosene gir oss en forutsigbarhet som kan sees som nødvendig for å ha ressurser til å behandle så mange som mulig. Noen ganger forutsier en noe som viser seg å ikke slå til og behandlingen regnes som feilslått, men i flere og flere tilfeller, ettersom somatisk og psykiatrisk behandling blir mer og mer utviklet og detaljert, så klarer en å bryte mønsteret av lidelse.

4.3.4 MIA GJØR SOM LØCHEN SA

I et forsøk på å løfte dette opp på et litt høyere analytisk plan vil jeg nå se på hvilken posisjon i behandlerapparatet Mia har og knytte dette til en norsk psykiatrisk historiebeskriving støttet av Løchen (1976) og av Sennet (2001). I innledningen til 1976-utgaven av *Idealer og realiteter* som han har kalt .. *ti år etter* sier Løchen:

Sykehuset og det psykiatriske arbeidet må sikte meget lengre enn på en utvendig diagnostisering av enkeltpasienter. Det er om å gjøre å utvikle et sant team-arbeide. Man vil forlate de gamle hierarkiske autoritets- og lederskapssystemene. En hver må ta selvstendig ansvar for realiseringen av målsettingen (Løchen 1976: II) .

Det kan sees slik at Mia jobber på et sted som har tatt denne anbefalingen fra Løchen på alvor. Hun jobber i et team rundt pasienten som bidrar med ulike former for hjelp. Noen tar blodprøver og jobber med "det somatiske" mens hun som er sosionom jobber med andre, og mer løst definerte områder. Det kan se ut som om det ikke er et klart definert system som fanger opp tilfeller hvor en ikke er sikker på hva som er problemet eller hvordan en skal løse det. Løchens team-arbeide er satt ut i praksis. Pasienten blir møtt, ikke bare med hensyn til diagnose, men også på forhold som faller utenfor det diagnostiske.

Selv om det er en lege som har det overordnede ansvaret for en pasient selv i våre dager, så opplever Mia det som sitt ansvar å "utrede det fysiske og snakke med legen én gang til". Pasienten får ikke den hjelpen Mia syns han bør ha hvis ikke hun gjør noe. Ansvaret for pasienten er fordelt mellom ulike aktører og ingen tar ansvaret. Det er dette Sennet advarer mot i sin bok *Det fleksible mennesket*.

Selv i grupper foregår det maktspill, men vektleggingen av mykere ferdigheter som kommunikasjon, tilrettelegging og formidling innebærer en grunnleggende forandring av maktens manifestasjoner. Autoriteten forsvinner der den tidligere fremsto med selvsikre påstander som " Dette er riktig" eller "Følg mine ordrer, for jeg vet hva jeg snakker om!" En person med makt trenger ikke lenger å rettferdiggjøre sine ordrer. Nå handler det bare om å tilrettelegge ved å iverksette andre. En slik makt uten autoritet virker forvirrende på de ansatte. De føler at de kanskje må rettferdiggjøre seg selv, men nå er det lengre ikke noen høyre oppe på stigen som er interessert. Clavins Gud har forsvunnet. Dette fraværet av autoritetsfigurer innenfor gruppearbeid får helt spesifikke og påtakelige konsekvenser (Sennett 2001: 135).

De konsekvensene Sennet er opptatt av handler om at ansatte som jobber i grupper mister synet av grensene for hvor mye ansvar hver enkelt skal ha. Hver og en yter derfor mer enn i en hierarkisk ledelsesmodell for å rettferdiggjøre sin posisjon på samme nivå som ansatte med annen og høyere utdanning (ibid 2001: 121-145). For en bedrift er dette en fordel fordi de kan få mer ytelse ut av hver ansatt. For de ansatte er det en fordel at de på den måten kan få innsikt i en større del av produksjonen i sin bedrift og få bedre kunnskap om andre beslektede faggrupper. Mias problem i hennes gruppe, er at hun ikke kan fremstå som en autoritet og en profesjonell innen det feltet hun har tatt og fått ansvar for. Hun "vandrer i et landskap som hun ikke kjenner" og har få å spørre om veien. Derfor blir pasientene med, for henne, en ukjent bakgrunn en større utfordring enn hennes pasienter med norsk- og dermed mer kjent bakgrunn.

5 DISKUSJON OG OPPSUMMERENDE BEMERKNINGER

I dette kapittelet skal jeg diskutere det som har kommet frem av analysen. Jeg vil også komme med noen normative vendinger om hva jeg tror kan gjøres for at pasientene kan bli møtt på en bedre måte. Jeg vil problematisere hva avstand vil si for pasient – behandlerforholdet og hvordan kultur kan fungere legitimerende for avstanden til denne spesielle pasientgruppen.

5.1 BEHANDLERNES FORVENTNINGER TIL PASIENTENE OG TIL SEG SELV

Det virker ikke på meg som om at det er forventet av sykehuset at behandleren skal ha kjennskap til psykiatrisk behandling og psykisk lidelse i opprinnelseslandene eller i de kulturene pasientene kommer fra. Flere av de som deltok i denne undersøkelsen beklaget seg og sa at de syntes de ikke gjorde en fullverdig jobb med disse pasientene. De fortalte at de ikke hadde nok kunnskap om de forholdene mange av pasientene kommer fra og at det ikke lå godt nok til rette for dem til å skaffe seg denne kunnskapen.

[...] jeg mener at av og til er det vanskelig for helseapparatet i det hele tatt å komme inn på de kulturelle forskjellene å hjelpe.

Dette sier oss at en systemforklaring på noen av vanskelighetene kan være mulig i enkelte tilfeller. Det vil si: Aida viser her til at helsevesenet ikke har mulighet til å kjenne til andre kulturer. Det kan også leses som om hun synes det er vanskeligere å komme inn på pasientene der hvor hun opplever kulturelle forskjeller og at hun ser dette som et ideal. Senere sier hun at det ikke er tid til å sette seg inn i forskjellene:

[...]Jeg mener det er en forskjell og jeg mener det er en forskjell som kommer stort sett ut fra kulturelle forskjeller hvor man ikke vet eller ikke har tid for å vite[...]

Hun snakker om at de kulturelle forskjellene blir en salderingspost. De har tid til å avdekke og ta i betraktning en del av pasientenes bakgrunn og leveforhold, men ikke alt. De

kulturelle forskjellene blir igjen. Uttalelsen kom i en sammenheng hvor det ble snakket om kompetanse på fremmedkulturelle:

- Mener du at det bør gjøres noe konkret for å heve kompetansen i psykiatrien?
- Altså jeg mener ikke at disse folkene[andre behandlere, forf. merk] mangler kompetanse, jeg mener at det kanskje går mer på/min opplevelse er at det kanskje går mer på kapasitet for...kapasitet for nye ting og...kanskje vilje til å skifte fokus og vinkel på hvordan vi jobber.

Aida sier at det ikke er kompetanse som mangler i psykiatrien men at det ikke er kapasitet til å skifte fokus og å gjøre ting på en ny måte i forhold til denne pasientgruppen. Dette kan tolkes til at hun forsvarer sitt felt og de som jobber der mot noe hun kanskje oppfatter som en kritisk vinkling fra min side. Hun sier at folk kan nok, men kan leses til å mene at det er systemet, sykehuset eller psykiatrien, som ikke har kapasitet til å "skifte fokus og vinkel". Det kan sees slik at hun mener at det er administrative grunner til at de ansatte ikke får realisert sin kompetanse og at de med litt bedre spillerom kunne gjøre ting bedre. Et annet moment som kan tolkes ut av det Aida sier her er at hun ser at realitetene har endret seg, kanskje at pasientsammensetningen har blitt en ny, og at det er nye forhold som må vektlegges, eller at nye vinklinger må til for å se de eksisterende forholdene på en mer adekvat måte.

Mia foreslår en annen løsning enn det eksisterende tilbudet:

[...]Det hadde vært lettere hvis det hadde vært et sted som hadde spesialisert seg på fremmedkulturelle [...]

Mia plasserer seg selv blant de som ikke er spesialister, og slik hun ordlegger seg her så kan det se ut som om hun mener at hun ikke vil bli det. Hun foreslår indirekte at det blir opprettet, eller tilrettelagt for henne, et sted hvor hun kunne henvende seg for å få veiledning og støtte til å hjelpe fremmedkulturelle. Det kan hende hun mener at det hadde vært en ide med en spesiell behandlingsavdeling for pasientgruppen slik at en fikk en behandlingsmodell organisert etter kulturell segregering. På den måten vil noen andre sette seg inn i de ekstra utfordringene og være i stand til å dele av kunnskapen sin til de som jobbet i det "normale" feltet. Dette kan forstås som om hun synes at feltet er for stort eller for vanskelig for henne å sette seg inn i. Hun ser også ut til å ha en slags tillit til et ekspertsystem (Giddens 1997) og håper at sykehuset har eller kan skaffe til veie den kompetansen som behøves for at hun skal kunne bli i stand til å gjøre jobben sin på en ordentlig måte.

Kristin gjør også et skille mellom "våre pasienter" og "de fremmespråklige". For Ullevål universitetssykehus og en rekke andre sykehus har en allerede i mange år behandlet pasienter som kommer fra land som har kulturelle trekk som er ulike de norske. Uten

tilstrekkelig systemstrategier for å takle utviklingen av pasientgruppen vil behandlere ta i bruk strategier for å avhjelpe frustrasjon og følelsen av å ikke kunne nok om innholdet i den nye virkeligheten.

Ett av grepene behandlerne tyr til er å definere pasientenes ukjente og avvikende uttrykk som fremmede og som uttrykk fra en annen kultur. Kultur kan sees som kontrast til det normale, til det som gjelder i sitt eget samfunn. Etnologene Ehn og Löfgren (Ehn og Löfgren 1982) mener at man ser det normale i sitt eget samfunn og ikke kultur. Dette har vært gjenstand for debatt i norske samfunnsfagmiljø de siste årene, hvor noen mener at vi i høy grad ser kultur i Norge og ikke bare i andre land.¹² Kristins kollega Aida, svarer når jeg spør om kursing på kulturelle forskjeller og likheter: "(...)egentlig så burde det vel være en del av ansettelsespakka, spør du meg. Men.. det er det ikke."

Flere av respondentene etterlyser opplæring på forhold som hører til andre kulturer og finner oppfølgingen på Ullevål universitetssykehus som nedprioritert. En sier at det var bedre for en stund siden. Da var det et senter i tilknytning til Ullevål universitetssykehus som hadde spesialkompetanse på migrasjonsproblematikk. Dette senteret het "Psykososialt senter for migrasjonshelse" og var organisert under Universitetet i Oslo. Hit kunne de henvende seg med spørsmål. Med dette senteret nedlagt føler øyensynlig noen av de ansatte at de står mer alene. Sennet (2001) skriver om de negative konsekvensene av å jobbe i den nye kapitalismen, men mye av det han skriver om, kan overføres til forholdene i offentlig sektor. Han er blant annet opptatt av hvordan utydelig definerte organisasjonsstrukturer gjør at ansatte opplever ensomhet og usikkerhet der andre kan hevde at de har frihet og stor grad av mulighet til å forme sin egen arbeidsplass. De ansatte ved Ullevål har selvfølgelig et mønster og et system av ansvarlige og et ledelseshierarki, men når det kommer til pasienter som er definert løselig som gruppen fler- eller fremmedkulturelle, så er det opp til hver enkelt ansatt å gjøre sitt beste ut av møtet med pasienten.

5.2 AVSTAND MELLOM PASIENT OG BEHANDLER

Det er naturlig og nødvendig med avstand mellom behandler og pasient. Behandleren er frisk og pasienten er syk. Behandleren tilbyr en behandling og det er forventet at pasienten tar

¹² Se for eksempel: Gullestad, Marianne (2002): *Det norske sett med nye øyne: kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt*. Oslo: Universitetsforlaget, Annick (2004): "Balanserkunstnere: betydningen av innvandrerbakgrunn i Norge." Pp. 181 s. Oslo: Pax.

imot. Det finnes script (Frønes 2001) som regulerer hvordan en pasient skal forholde seg til en behandlingsinstitusjon. Behandlerne vet hva de skal gjøre i forhold til en pasient og hvilke script som gjelder. Det har de lært igjennom sin utdanning, allmenndanning og sosialisering på ulike arbeidsteder. Oppgaven går i korte trekk ut på å ”reformere pasienten i retning av en eller annen ideell norm” (Goffman 1967: 60, min oversettelse). Det er imidlertid ikke sikkert at pasienten har like god tilgang til scriptet som regulerer pasientatferd. Pasienten vet ikke nødvendigvis hva som forventes av henne eller hva hun kan vente av behandlerne (Måseide 1991: 6).

For mange psykiatriske pasienter kan det være en ekstra utfordring å finne ut av dette forholdet. Dette gjelder for pasienter som har motsatt seg behandling og blir behandlet med tvang. En kan også tenke seg at det gjelder for pasienter med for eksempel personlighetsforstyrrelser eller lidelser som påvirker realitetsoppfatningen. Det vil selvfølgelig virke urettferdig og direkte galt å sammenlikne personer fra kulturer som er ukjente for behandlerne med så syke mennesker, men likheten kan likevel sees i behandlernes beskrivelse av å ikke helt få tak i hva problemet grunner i og hva de skal gjøre for å hjelpe. Ulike forhold gjør at kommunikasjon mellom behandler og pasient vanskeliggjøres. I en lærebok i medisinske atferdsfag skriver Hauff:

Når vi møter en pasient med samme kjønn, alder, utdanningsbakgrunn, dialekt og hudfarge som oss selv, vil vi vanligvis implisitt forutsette at vi har en rekke felles erfaringer som gjør kommunikasjonen lettere. Jo mer en pasient er ulik oss selv, jo mer vil vi vanligvis vente at pasienten har andre erfaringer som gjør at kommunikasjonen kan bli mer komplisert (*Vaglum 2000*).

Ved å nyttiggjøre seg av pasientens tilhørighet til en annen kultur kan en legitimere avstanden mellom behandler og pasient. Det er greitt at en ikke forstår den andre personen og at avstanden mellom de to som møtes oppleves som stor: - Han er jo fra en annen kultur, ser helt annerledes ut og er jo ikke utdannet. Nytteverdien er at behandlere kan leve med en avstand som de ikke ønsker, men som de opplever som en ekstra belastning. Sagt på en annen måte: Det kan være lettere å slå seg til ro med at en ikke klarer å hjelpe en pasient med bakgrunn fra Mogadishu enn at en ikke klarer å hjelpe en pasient med bakgrunn fra Moss. En av følgene er at pasienter fra andre kulturer kan sies å være dobbelt fremmedgjorte. De er skilt ut fra samfunnet fordi de er psykiatriske pasienter og fordi de har bakgrunn i et landskap som behandlere ikke kjenner så godt. Det kan hevdes at psykiatriske pasienter har mindre mulighet til å forsvare seg og kjempe mot denne fremmedgjøringen. Dette fordi psykiatrisk syke ikke blir tillagt forståelse for egen situasjon og en rasjonalitet som friske mennesker har. Til dette

kommer at pasienter fra andre kulturer kan ha en annen forståelse av kropp, helse, sykdom, og ikke minst diagnoser. De har liten mulighet til å sette seg inn i hva det vil si å være psykiatrisk pasient i Norge.

Det diagnostiske system som norsk helsevesen er fundamentert på tilhører den vestlige verden. Det er ikke sikkert at dette systemet passer for pasienter fra alle kulturer, men behandlerne må gå ut fra det. Behandlerne i Norge er gitt en norsk "verktøykasse" av behandlingsmetoder og grep. I mange tilfeller kan det være slik at de opplever at utvalget av verktøy skulle vært større fordi verktøyet ikke passer til jobben. Behandlerne kan dermed føle seg fremmedgjorte i forhold til at de ikke får gjort den jobben de har utdannelse til. Det kan hende de kan bruke kompass, men at de mangler kart til det ukjente landskapet de er nødt til å bevege seg i.

5.3 FREMMEDHET PÅ EN ANNEN MÅTE.

Håkon sier:

(...) men når du ser mer på fremmedkulturelle baserte ting så ser vi jo at (...)kanskje at det er veldig mange fremmedkulturelle som vil ha jobb og skolegang, men behandling vil de ikke ha, for de vet ikke hva det er for noe. Det er et problem. Og da kommer vi inn på hovedtesen med en del av den gruppa som du snakker om. Det er vel at de vet ikke så veldig mye om det norske samfunnet(...)

Håkons ord falt midt i en monolog på noen minutter hvor han var veldig engasjert og hvor han snakket mest om å kommunisere med klientene. Hele monologen under ett kan sees som en beskrivelse av at Håkon opplever det som spesielt utfordrende å jobbe med klientene. Hans beskrivelse av spriket mellom forståelse av hva behandling er eller hva klienten trenger likner på det Berg (2001) skriver om rusklienter med innvandrerbakgrunn. Klientene i Bergs undersøkelse sier de trenger jobb. Behandlerne sier de trenger behandling som innebærer det å snakke sammen om det som er vanskelig (Ibid 2001: 102-141). Michael sier:

...og det er klart at hvis du da kommer fra en fremmed kultur og kanskje ikke har vært så lenge i Norge, så er det klart at det er jo psykiatrien i Norge det er jo å komme inn i et system. Det er ikke så lett å forstå på en måte. Det er noe fremmed, noe som er helt annerledes på en måte...

Fremmedhet er paradoksalt nok en fremmed opplevelse for disse respondentene og deres pasienter. Og like etterpå:

...Jeg har jo opplevd at folk har begynt å gå her og så har de ikke skjønt hva de skal gjøre eller jeg har ikke klart å forstå at de har skjønt det...

Michael peker på at det er ulik forståelse av hva behandling går ut på i Norge og at han kanskje selv ikke forstår hvor mye pasienten forstår. For en pasient som ikke har erfaring med psykiatri så kan den være vanskelig å forstå og å sette seg inn i. Michael sier også at det er vanskeligere å forstå hvis du kommer fra en kultur som han oppfatter som fremmed.

En annen måte er å se fremmedrelasjonen mellom behandlere og pasientene fra pasientenes vinkel. Da kan en si at det er behandlerne ved Ullevål universitetssykehus som er de fremmede. For å holde på ordene *gjest* og *fremmed* kan en da si at behandlerne er gjester i pasientenes liv. De er der i dag og skal noe annet i morgen. De er der for å gjøre en jobb. Pasientene er hjemme, tar i mot og inviterer besøkende inn i på rommet. Det er ikke sikkert at de får se hele hjemmet. Det er det vertskapet som regulerer. Jeg tror en kan si at et besøk av en fremmed hjemme er et forhold som er regulert av ulike normer og konvensjoner som varierer i stor grad fra hjem til hjem. Felles for alle hjembesøk er at hvis de skal være vellykkede, så avhenger det av at vert og gjest forstår og respekterer hverandre.

Som nevnt i teorikapittelet så kan den oppleve ulikheten i betydning av at hva behandling går ut på sees i et diskursanalytisk perspektiv. Her blir de ulike måtene å definere hva som er problemet for pasientene sett på som en kamp om å definere hva behandling skal bety på dette området. På denne måten blir forståelser av psykisk sykdom som faller *utenfor* den vestlige medisins forståelse, som vi tilhører i Norge, sett på som tilhørende det diskursive felt og som en utfordrer til den etablerte måten å tenke behandling på. Dette har betydning for behandlerne fordi de opplever de ulike måtene å tenke behandling på i møte med sine pasienter. Behandlerne står midt i møtet mellom den norske psykiatriens og pasientenes forståelser. Behandling som flytende betegner kan gjøre at behandlere opplever jobben sin som uoversiktlig og målet om å til å skape mening sammen med pasientene blir vanskelig å nå.

5.4 VI – BEHANDLERNE OG JEG

Det er naturlig at det oppleves et skille mellom pasienter med bakgrunn i andre kulturer og norske pasienter. Behandlerne merker et slikt skille. Mia, Lisbeth, Håkon og de andre mener det er noe spesielt med de fremmedkulturelle, men det er ikke så lett å si hva det er som er forskjellig.

Hvorfor sier behandlerne at det er en forskjell? Er det politiske utsagn som bunner i at de mener at det er for lite tid og mulighet til å sette seg inn i pasientenes lidelseshistorie og at de derfor ikke er i stand til å gjøre en så god jobb som de ønsker å gjøre? Sier de dette for at det

skal bli satt fokus på deres vanskelige situasjon, eller er det fordi de prøver å svare til de forventningene som de tror at jeg har til det de skal svare på mine spørsmål. Flere av respondentene sier at det ikke er ressurser nok til å gjøre en god jobb. De sier at det ikke er tid til å sette seg inn i det individuelle for hver pasient.

Med lite tid til hver pasient er forenklinger nærliggende. Hvis behandlerne i tillegg ikke er utdannet for å behandle inn i en forståelse av at pasientgruppen kommer fra hele verden, og det ikke er vektlagt en opplæring eller utdanning som tar høyde for dette, blir behandlerne sittende å behandle alle som om de var norske. Behandlingen blir *etnosentrisk* - den tar utgangspunkt i den norske, eller snarere, den vestlige kulturen. På den måten forventes at pasientene forstår og forholder seg til behandlingssystemet like naturlig som pasienter som er vokst opp i og sosialisert inn i den kulturen som ligger til grunn for det.

Eksempler fra en annen studie kan vise at det er behandlere lengre opp i systemet som sier at det er en systemisk grunn til at kompetansenivået føles for lavt. Studien fra UNN henter frem utsagn fra leger og psykologer som sier om svakhetene i systemet rundt flyktninger, at det er psykiatrien sin egen oppgave å legge forholdene til rette på sykehusene (Merametdjian 2003: 13):

De fleste svarte at de etterlyste først og fremst ad hoc veiledning/konsultasjon: å kunne kontakte en person med spesialkompetanse når problemet oppstod, eller når pasienten ble innlagt. Det ble understreket at det var viktig at slik hjelp var lett tilgjengelig og kanskje underlagt faste prosedyre/avtale. De hadde lite tro på at kurs og undervisning var velegnet for deres egen del.

Dette sammenfaller ikke direkte med det respondentene ved Ullevål universitetssykehus fortalte. Behandlerne ved Ullevål universitetssykehus ønsket egen kompetanseheving. Noen fortalte også at de savnet et eget ressurscenter som de kunne henvende seg til med spørsmål knyttet til egne erfaringer med pasienter fra fremmede kulturer.

Noe av grunnen til denne forskjellen kan ligge i at behandlerne ved UNN hadde behandleransvar og dermed mange nok forhold å ha oversikt over, og at andelen flyktninger er lite i forhold til antallet pasienter fra andre kulturer ved Ullevål universitetssykehus.

Det virker rimelig å anta at behandlere på Ullevål universitetssykehus opplever at de har nok å holde oversikt over uten at de i tillegg skal ta ansvaret for egen kursing og kompetanseheving. Litt av ansvaret for dette må også legges på utdanningsinstitusjonene. En kan hevde at også de har nok å rekke over. Hvis en eksempelvis tar for seg sosionomene som var i flertall i materialet som ligger til grunn for denne undersøkelsen. En av de sa at en

sosionom er som en potet, den kan brukes til alt. Deres arbeidsområder og kompetansefelt er svært sammensatt. Fra Høyskolen i Oslos hjemmeside:

”Som sosionom skal du sette deg inn i situasjonen til den som søker hjelp og forsøke å forstå hvordan vedkommende opplever situasjonen sin. Du skal yte hjelp og bistand slik at den som har behov for hjelp på sikt kan bli i stand til å hjelpe seg selv.”

Dette kan sees som ambisiøse mål for en behandler og flere av de ansatte på Ullevål universitetssykehus følte at de ikke strakk til i forhold til dette idealet.

En annen strukturell forklaring på hvorfor pasientens kultur forblir fremmed i en viss grad, kan sies å finnes i norske sykehus og i helsevesenet generelt. Migrasjon til Norge har pågått en stund, men en kan hevde at de siste 20 årene har den satt et større og større preg på samfunnet, spesielt i enkelte regioner. Litt av problemet med fremmedhet i forhold til pasientenes situasjon kan knyttes til denne innvandringen, og at de ulike offentlige institusjoner som skal tjene befolkningen ikke har vært i stand til å holde tritt med utviklingen av befolkningssammensetningen i landet.

Formålet med analysen har her ikke vært å avsløre hvor mye behandlere ved Ullevål universitetssykehus vet om pasientene sine eller hvor godt de utfører jobben sin. Det er heller ikke meningen å prøve å vise at min oppfatning er den ”riktige”. Formålet er en belysning av hvordan behandlere snakker om pasientene og jobben sin. Denne belysningen er både myntet på behandlerne selv, men også på de ulike aktørene som utgjør det psykiatriske feltet, der iblant ledere og utdanningsinstitusjoner knyttet til feltet. Jeg vil rett og slett forsøke å gjøre psykiatrien i Norge bedre på et område hvor jeg tror mange føler at de svikter i forhold til å fylle sine idealer.

Som vi nå har sett, kan en tidvis se forholdene mellom pasientene og det de møter i lys av Simmels beskrivelse av *den fremmede* slik det ble presentert i kapittel 3.2.3. Pasientene er noen som kommer med kvaliteter som ikke er vanlige eller godt kjente i det de kommer til. Det de kommer til er en psykiatri som er fundamentert i vesteuropeisk forståelse av mental sykdom og lidelse og som i for liten grad har gjort seg kjent med bakgrunnen til store grupper av de som kommer. Fremmedheten er ikke ensidig

Dette kan regnes som systemkritikk – kritikk av den måten psykiatrien blir organisert generelt i Norge eller spesielt ved Ullevål universitetssykehus. Det er ikke mange uttalelser i intervjuene i dette prosjektet som kan regnes som direkte kritikk, men en kan tolke utsagnene fra behandlerne som indirekte kritikk av sin egen utdanning eller den oppfølgingen de får ved Ullevål universitetssykehus.

En av de aktuelle debattene i dag går om hvor stor grad av integrasjon som skal ”kreves” av de som flyttet inn i Norge. Noen krever obligatorisk norskopplæring mens andre fokuserer for eksempel på morsmålsundervisning som noe viktig. Integrasjon er ikke den eneste muligheten eller det eneste rette. Den amerikanske sosiologen Michael D’Innocenzo, beskriver det amerikanske samfunnet – ikke bare med den populære termen *melting pot* når det handler om den etnografiske sammensetningen. Han tar også i bruk metaforen *salad bowl* (Sirefman og D’Innocenzo 1992: 75-90). Med det mener han at det i stor grad lever folkegrupper side om side som hver seg har beholdt viktige elementer av kulturen i sitt opprinnelsesland. Kulturene er ikke så sammensmeltet som mange amerikanere vil ha det til. Jeg skal her ikke gå videre inn på denne diskusjonen, bare trekke frem at dette kan gjelde også i Norge.

Det systemet som helsetilbudet for de som bor i Norge utgjør har ikke vært i stand til å endre seg raskt nok. Tregheten i det offentlige, blant annet, var tema på en konferanse holdt av UDI i 2004. Hovedtema for konferansen var: *Bedre tjenester gjennom tverrkulturell forståelse* og var myntet på offentlige ansatte. Her ble en modell kalt *Hordalandsmodellen* diskutert.

En viktig bakgrunn for Hordalandsmodellen var et ønske om å følge opp statlige, kommunale og fylkeskommunale handlingsplaner for mangfold, tverrkulturell forståelse og integrering i praksis. Økende frustrasjon blant både ansatte og brukere var en annen bakgrunn for at man i Bergen kommune og Hordaland fylkeskommune bestemte seg for at noe måtte gjøres (www.hordaland-f.kommune.no).

Prosjektet som denne masteroppgaven er ment å gå inn som en del av kan sies å ha den samme bakgrunnen, nemlig at noe må gjøres.

Når det like vel kommer frem at flere behandlerne selv sier at de vet for lite, så må andre enn de selv ta ansvaret for dette. Jeg tror behandlerne gjør så godt de kan, men for lite i forhold til egne idealer. Behandlerne opplever at det ikke finnes rammer gode nok for at de skal kunne utføre sitt yrke slik de mener det skal utføres. De har for lite tid til å hjelpe hver enkelt pasient og for lite tid til å sette seg inn i generelle problemstillinger knyttet til faget. Det er en klassisk problemstilling i helsesosiologi som handler om at behandlerne er presset mellom egne idealer og behandlingssystemets begrensede virkelighet (Løchen 1976; Pilgrim og Rogers 1993). Det kan hevdes at dette problemet er større i enkelte områder av helsevesenet og at psykiatrien er en av de vanskeligste fordi det er så mange sosiale faktorer som spiller inn i lidelsesforholdene og behandlingen (Gupta 1993).

Hvis en i tillegg tar i betraktning stemplingen av psykiatriske pasienter, og ser at denne spesielle gruppen pasienter er frarøvet egen rasjonalitet på grunn av sin sykdom - står den fremmedkulturelle pasienten med liten mulighet til å påvirke sin egen situasjon i møtet med det norske behandlingsapparatet. Pasienten står i fare for å ikke få synliggjort andre sosiale aspekter som kan være viktige i dannelsen av bakteppet for behandlingen. Eksempler kan være sosioøkonomiske forhold som utdanning, yrke, tidligere bosted og sosialt nettverk. Dette leder meg tilbake til det jeg skrev om Enerstvedt og normalitetstankegangen i kapittel xx.

I spørsmålet om en skal skille ut de flerkulturelle pasientene og behandle de som en spesiell gruppe mener jeg at på et organisatorisk plan må behandle de ulike bakgrunnene som et problem for sykehuset. Løsningen på problemet er enkelt men krevende. Behandlerne må settes bedre i stand til å møte pasientene med det de har med seg. De "fremmede" elementene må gjøres mer kjente gjennom en mer systematisk undersøkelse av og utdanning i hva en kan forvente å møte hos mennesker fra for eksempel Afrika eller Asia. Med mer kunnskap om "de fremmede kulturene" vil en behandler kunne være bedre i stand til å møte hver enkelt pasient som en hvilken som helst annen og dermed en del av den "normale" pasientmassen.

5.5 BRUKEN AV KULTUR LEGITIMERER AVSTANDEN.

Begrepet *kultur* ser ut til å bli brukt som en forklaring som skjulte noe av det respondentene ikke visste så mye om pasientene, men som de regnet med hadde med deres opprinnelse i en annen kultur å gjøre. Med bruk av kultur som forklaring ser det ut til for meg at behandlerne i flere tilfeller definerer et skille mellom "vi" og de "andre". Her er *vi* de norske og det normale, og *de andre* de som kommer fra andre kulturer og gjør og tenker annerledes enn *vi*. Yuval-Davis (1997) mener at i dagens Europa kan ethvert oppfattet kulturelt tegn være med på å danne et skille mellom *oss* og *de andre*. Det skal med andre ord ikke mye til før en har definert en person som en av de andre. Det som er viktig med ordet *kultur* i denne sammenhengen er at det er et legitimt begrep som i utgangspunktet er nøytralt og som ikke bærer med seg stigmatiserende kraft.

Dette kan sees som en parallell til det sosiologen Yngvar Løchen (Løchen 1976) sier om den diagnostiske kultur. Den diagnostiske kultur legitimerer en avstandtagen og et maktforhold som den diagnostiserte blir offer for i et behandlingssystem. Det viktige i denne sammenhengen er ikke det degraderende sosiale aspektet ved å ha en diagnose men den buffereffekten systemet har. Jeg tolker det dit hen at bruken av kultur som forklaring demper følelsen av at kunnskapen ikke strekker til og hjelper til at behandlerne kan gjøre jobben sin

så godt de kan og være fornøyde med det. For å bruke flere av Løchens ord, (Løchen 1976) kan det være slik at *idealet* for behandlerne er å finne ut av pasientenes opplevelser av livet og sykdommen, og *realitetene* at det blir lagt føringer på hvor mye tid behandlerne kan bruke på hver pasient og dermed på hvor godt de evner å sette seg inn i forholdene pasienten har levd under hvis hun kommer fra en annen kultur. I følge behandlere opplever de at presset ovenifra om effektivisering og økonomisering av tidsbruken gjør at de ikke har tid til å få tak i et godt nok bilde av pasientene. Aida sier ” (...)det er en forskjell som kommer stort sett ut fra kulturelle forskjeller hvor man ikke vet eller ikke har tid for å vite (...)”.

Dermed fungerer ordet kultur ikke som en forklaringskategori men som en lukningsmekanisme. Fenomener blir ikke problematisert eller forklart men merket og gjemt. Har en sagt at en person tilhører en annen kultur har en forklart en hel del. Dette gjør at merkingen ikke gir rom for utforskning og utvidet forståelse. Det diagnostiske systemet fanger opp motsetninger og avstand mellom behandler og behandlet. Systemet er legitimert igjennom den kontrakten sykehuset har med samfunnet om å ivareta de psykisk syke og å beskytte samfunnet mot ubehageligheter som de måtte finne på. Det systemet som sykehuset er en del av tildeler behandlerne roller som overordnede og pasientene som underordnede. Den legitimiteten som det diagnostiske systemet og sykehussystemet har gjør at behandlerne kan utøve makt over pasientene med systemet som unnskyldning eller forklaring på hvorfor det må være slik.

Diagnosen lukker for utforskning av pasientens situasjon og problemer (Mirowsky og Ross 1989) - og det gjøres på en måte som er akseptert fordi det er systemet som har makten til å definere hva som er riktig. På denne måten beholdes avstanden mellom pasient og behandler og flere ukjente og viktige aspekter ved pasientens liv forblir ukjente. Parallellen mellom diagnosene og den måten kultur blir brukt på av behandlere i denne undersøkelsen ligger i legitimiteten, og i måten lukningen sperrer for en videre uforsking av forhold hos pasienten. Å betegne en atferd som et kulturelt uttrykk er tilsynelatende uproblematisk for respondentene i denne undersøkelsen og hos Merametdjian (2003), på samme måte som det å gi noen en diagnose er akseptert hvis en har mandat til dette.

Alle behandlerne i denne undersøkelsen sier at de opplever at det er forskjell på å jobbe med pasienter fra andre kulturer og pasienter med norsk kulturbakgrunn. De opplever av ulike grunner at det er vanskeligere å gjøre en god jobb i forhold til disse pasientene. Avstanden til pasientene og mangelen på kunnskap kan føre til en kategorisering som en kan benevne *kulturell stempeling*. Kulturell stempeling vi da føre til at en forventer en atferd eller en holdning av personer fra andre kulturer som knyttes til personens kulturbakgrunn.

Ved stempelingen forklarer en det som en ikke kan forklare. I sammenheng med denne undersøkelsen på Ullevål vil en psykiatrisk diagnose forklare en avvikende atferd til et visst punkt. En kulturell tilhørighet forklarer resten. I den psykiatriske settingen er det de som kommer fra andre kulturer som ikke tilhører kategorien ”de normale”. De norske pasientene er de normale og de andre er de andre. Pilgrim og Rogers (1993: 51) viser til en undersøkelse gjort av Horowitz (1982), og sier at medlemmer av etniske minoritetsgrupper har større sjans for å bli stemplet som mentalt lidende. De hevder også at sjansen for at noen skal bli stemplet som mentalt lidende øker med den kulturelle avstanden mellom den som stempler og den som blir stemplet.

Pasienten kommer til behandling og trenger hjelp. De stiller med problemet. Behandlerne har som oppgave å finne ut av hvordan de best kan hjelpe. Det bør ikke ligge pasientene til byrde å finne ut av hvordan behandlingsopplegget fungerer. Behandleren skal vel strengt tatt finne pasienten der hun eller han er, og ikke motsatt.

6 AVSLUTNING

Med tanke for hva som er best for pasienten har jeg problematisert de ansattes opplevelser av det å jobbe med pasienter fra andre kulturer. Jeg har introdusert et skille mellom det å jobbe med pasienter som kan oppfattes som bærere av en udefinert norsk kultur, og pasienter med bakgrunn i kulturer utenfor den vestlige. Jeg har analysert de ansattes tolkninger av sine opplevelser av arbeidet med pasientgruppen tematisk, og i lyset av sosiologiske teorier slik de er beskrevet av Goffman, Scheff, Simmel og andre. Jeg har spesielt tatt for meg de tilfellene hvor respondentene har snakket om forhold som gjelder familie og kjønn. Jeg har lett etter tegn på at pasientene vil få det bedre hvis noe blir gjort annerledes, og funnet at de ansatte opplever at de kunne gjøre en bedre jobb hvis de hadde mer kunnskap om ulike forhold i andre kulturer.

Jeg har sett at behandlere opplever ekstra utfordringer i forhold til denne pasientgruppen på bakgrunn av ulikheter til den ”normale” og ”norske” pasienten. Jeg har også funnet at behandlere kan føle seg som ”i ukjent landskap” når det er snakk om pasienter fra kulturer som er fremmed for dem. På den måten kan en si at fremmedheten er gjensidig og at det like godt kan være behandlerne som er de fremmedkulturelle; de som ”kommer i dag og reiser videre i morgen”, mens pasientene kan være de som ”kommer i dag og blir værende i morgen”. I og med at mange er synlig ”fremmede” så vil de kunne oppleve stemping og stigmatisering i samfunnet, noe som vil føre til at behandlerne møter ekstra utfordringer i forhold til disse pasientene.

Jeg har funnet at kulturbegrepet fungerer som en samlekategori for uttrykk som ikke kan forklares innenfor diagnoser eller en normalitet innenfor psykiatrien. På den måten fungerer kultur en buffer som fanger opp motsetninger mellom idealene og realitetene. Idealene er å gi alle pasientene god behandling. Realitetene er at de ansatte ikke blir gitt nok ressurser til å gi pasienter, med en bakgrunn som er vanskelig å få tak i på grunn av kulturforskjeller, en behandling som behandlerne kan være tilfreds med.

Jeg foreslår at det gis mulighet for de ansatte å få kompetanseheving, ikke nødvendigvis fordi de ansatte ikke kan nok, men fordi de skal få oppleve at de gjør en god jobb og ikke vandrer alene i ukjente landskap. Jeg foreslår også at sykehuset gjør en undersøkelse av

hvilke landskap det er snakk om og forsøker å lage kart som kan fungere som støtte for dem som vil møte nye kjente.

Alle kilder er referert.

Oppgaven inneholder 36563 ord, hvorav 2395 i litteraturlisten og vedleggene.

LITTERATURLISTE

- Album, Dag (1996): *Nære fremmede: pasientkulturen i sykehus*. [Oslo]: Tano.
- Becker, Howard S. (1963): *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. London: Free press of Glencoe.
- Berg, Elin (2001): *Jeg har fortalt: en studie av interaksjon mellom klienter med innvandrerbakgrunn og ansatte i rusmiddelomsorgen*. Oslo: [E. Berg].
- Brodersen, Arvid (1964): *Studies in social theory*. The Hague: Nijhoff.
- Dahl, Tove Stang (1992): *Den muslimske familie: en undersøkelse av kvinners rett i islam*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Djuve, Anne Britt, and Friberg, Jon Horgen (2004): "Innvandring og det flerkulturelle samfunn." Pp. 34. Oslo: FAFO.
- Ehn, Billy, and Orvar Löfgren (1982): *Kulturanalys, ett etnologiskt perspektiv*. Lund: LiberFörlag.
- Ellingsæter, Anne Lise (1989): *Normalisering av deltidsarbeidet: en analyse av endring i kvinners yrkesaktivitet og arbeidstid i 80-årene*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Enerstvedt, Regi (1998): "Normalitetstankegangen. Hva representerer den og hvilke konsekvenser har den for funksjonshemmede? (1)." in *Foredrag holdt 28. september 1998 på seminaret: Funksjonshemmede i Samfunnet, fra segregering via integrering til usynliggjøring*.
- Erikson, Kai T. (1966): *Wayward puritans: a study in the sociology of deviance*. New York: Macmillan.
- Fairclough, Norman (1992): *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Fog, Jette (1994): *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Foucault, Michel (1999): *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. [Oslo]: Gyldendal.
- Freidson, Eliot (1970): *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Frønes, Ivar (2001): *Handling, kultur og mening*. Bergen: Fagbokforl.
- Fugelli, Per, Grete Stang, and Bente Wilmar (2003): *Makt og medisin*. Oslo: Makt- og demokratiutredningen 1998-2003.

- Giddens, Anthony (1997): *Modernitetens konsekvenser*. Oslo: Pax.
- Goffman, Erving (1963): *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- (1967): *Anstalt og menneske: den totale institution sosialt set*. [København]: Paludan.
 - (1968): *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin.
 - (1974): *Frame analysis: an essay on the organization of experience*. New York: Harper & Row.
 - (1992): *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax.
- Grønmo, Sigmund (1996): *Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen*.
- Gullestad, Marianne (2002): *Det norske sett med nye øyne: kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt*. Oslo: Universitetsforl.
- Gupta, Giri Raj (1993): *Sociology of mental health*. Boston: Allyn and Bacon.
- Harkness, Sara, Catherine Raeff, and Charles M. Super (2000): *Variability in the social construction of the child*. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Hervik, Peter (1999): *Den generende forskjellighet: danske svar på den stigende multikulturalisme*. København: Hans Reitzel.
- Holter, Harriet, and Ragnvald Kalleberg (1996): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforl.
- Horwitz, Allan V. (1982): *The social control of mental illness*. New York: Academic Press.
- Høie, Grete (1993): *Konstruksjoner av fremmedhet i kjølvannet av Simmels fremmede: en studie av fremmedhet tematisert i forhold til teoretiske perspektiver på fremmedrelasjoner og avisartikler hvor ordet fremmedfrykt blir brukt*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Haavind, Hanne, and Sissel Reichelt (1996): *Aktiv psykoterapi: perspektiver på psykologisk forståelse og behandling*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Khanna, Enlisa, and Tatiana Jessen (2003): *Veje til mangfoldighed: interkulturel forståelse, behandling og utredning af etniske minoriteter*. København: Frydenlund.
- Lakoff, George (1987): *Women, fire, and dangerous things: what categories reveal about the mind*. Chicago, Ill.: University of Chicago Press.
- Lange, Kelly (1997): *Den perfekte hustru*. Oslo: Egmont Hjemmets bokforl.
- Leira, Arnlaug, and Ingebjørg Wesche (1991): *Forskning om kvinner, familie og likestilling ved Institutt for samfunnsforskning: bibliografi 1985-1991*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

-
- Lemert, Edwin M. (1967): *Human deviance, social problems, and social control*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Lingjærde, Odd (2001): *Psykofarmaka: medikamentell behandling av psykiske lidelser*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Løchen, Yngvar (1976): *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sosiologisk fortolkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mead, George Herbert, and Charles W. Morris (1934): *Mind, self, and society: from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.
- Merametdjian, Marie-Christine (2003): "Når asylsøkere/flyktninger blir innlagt på Psykiatrisk avdeling ved UNN/Åsgård: utfordringer ved transkulturell behandling."
- Miles, Agnes (1987): *The mentally ill in contemporary society a sociological introduction*. Oxford: Blackwell.
- Mirowsky, John, and Catherine E. Ross (1989): *Social causes of psychological distress*. New York: Aldine de Gruyter.
- Molina, Irene, Wuokko Knocke, Diana Mulinari, and Paulina De los Reyes (2002): *Maktens (o)lika förklädnader: kön, klass & etnicitet i det postkoloniala Sverige: en festskrift till Wuokko Knocke*. Stockholm: Atlas.
- Måseide, Per (1991): *Sociology of health and illness elektronisk ressurs*. [Oxford]: Blackwell.
- Nettleton, Sarah, and Ulla S. B. Gustafsson (2002): *The Sociology of health and illness reader*. Cambridge: Polity Press.
- Pfohl, Stephen (1994): *Images of deviance and social control: a sociological history*. New York: McGraw-Hill.
- Pilgrim, David, and Anne Rogers (1993): *A sociology of mental health and illness*. Buckingham: Open University Press.
- Prieur, Annick (2004): "Balansekunstnere: betydningen av innvandrerbakgrunn i Norge." Pp. 181 s. Oslo: Pax.
- Ritzer, George (2000): *Sociological theory*. New York; London: McGraw-Hill.
- Scheff, Thomas J. (1975): *Labeling madness*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- (1999): *Being mentally ill: a sociological theory*. New York: Aldine de Gruyter.
- Schierup, Carl-Ulrik (1993): *På kulturens slagmark: mindretal og størretal taler om Danmark*. Esbjerg: Sydjysk Universitetsforlag.
- Schütz, Alfred, and Helmut R. Wagner (1970): *On phenomenology and social relations: selected writings*. Chicago: University of Chicago press.
- Sennett, Richard (2001): *Det fleksible mennesket: personlige konsekvenser av å arbeide i den nye kapitalismen*. Bergen: Fagbokforl.

- Shack, William A., Elliott P. Skinner, and Herschelle Sullivan Challenor (1979): *Strangers in African societies*. Berkeley: University of California Press.
- Silverman, David (2001): *Interpreting qualitative data: methods for analysing talk, text and interaction*. London: Sage.
- Simmel, Georg, and Kurt H. Wolff (1964): *The sociology of Georg Simmel*. New York: The Free Press.
- Sirefman, Josef P., and Michael D'Innocenzo (1992): *Immigration and ethnicity: American society - "melting pot" or "salad bowl"?* Westport, Conn.: Greenwood Press.
- Statistisk-sentralbyrå (2005): "Innvandrerbefolkningen <http://www.ssb.no/innvbef/>." SSB.
- Sveaass, Nora, and Edvard Hauff (1997): *Flukt og fremtid: psykososialt arbeid og terapi med flyktninger*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Ullevål Universitetssykehus (2004): "Årsberetning."
- Vaglum, Per (2000): *Innføring i medisinske atferdsfag*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Widerberg, Karin (2001): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: en alternativ lærebok*. Oslo: Universitetsforl.
- Winther Jørgensen, Marianne, and Louise Phillips (1999): *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Samfundslitteratur.
- World Health Organization, and Sosial- og helsedirektoratet (2005): *ICD-10: den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer: systematisk del, alfabetisk indeks, opplæring*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Yuval-Davis, Nira (1997): *Gender & nation*. London: Sage.
- Øverland, Gwyn (2001): *Hvor trykker skoen? minoritetspasienter i psykiatrien: statusrapport om forbedringsprosjekt: Innlagte minoritets-pasienter i psykiatrien*. Kristiansand: Psykososialt team Sør, Vest-Agder sentralsykehus.
- Øverland, Gwyn, and Vest-Agder Sykehus. Psykososialt team Sør (2001): *Hvor trykker skoen? minoritetspasienter i psykiatrien: statusrapport om forbedringsprosjekt: Innlagte minoritets-pasienter i psykiatrien*. Kristiansand: Psykososialt team Sør, Vest-Agder sentralsykehus.

VEDLEGG 1

Informasjon til deltakere i prosjekt om pasienter med fremmedspråklig bakgrunn i psykiatrien

Jeg heter Jens Kristian Nilsen og er student ved universitet i Oslo. Jeg har tidligere jobbet ved en psykiatrisk akuttpost som assistent og jobber nå ved siden av studiene som miljøterapeut ved et boserter for hjemløse i Oslo.

Hvorfor jeg gjør dette

Jeg jobber med et prosjekt som setter fokus på pasienter med fremmedspråklig bakgrunn i psykiatrien. Jeg har en formening om at jobben som blir gjort i de ulike avdelingene er viktig og meget krevende. Jeg vil derfor sette fokus på hvordan det oppleves å jobbe med denne gruppen pasienter. Denne studien utgjør min hovedoppgave til mastergrad i Sosiologi ved Universitetet i Oslo. På bakgrunn av en henvendelse fra Ullevål sykehus har min oppgave blitt innlemmet i et prosjekt som nå pågår på sykehuset. Dette prosjektet heter: *Den fremmedkulturelle pasienten.*

Jeg er fulltidsstudent og mitt arbeid mottar ingen økonomisk støtte.

Hvem jeg skal snakke med

Jeg vil utføre min studie gjennom samtaler med ca 15 ansatte ved psykiatriske avdelinger ved Ullevål. Hvert intervju vil ta ca en time. Jeg vil snakke med sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, miljøterapeuter, miljøarbeidere, pleie-assistenten ol. Grunnen til dette er at det har vært gjort svært få studier på denne gruppen ansatte opplever jobben sin. Dessuten kommer mitt utvalg kommer fra en gruppe ansatte som har mye daglig pasientkontakt. Jeg vil søke å danne et oversiktsbilde over hvordan ansatte beskriver pasientgruppen.

Det du sier vil bli anonymisert

Jeg har signert en taushetserklæring i samarbeid med sykehusets egen advokat. I tillegg er jeg og min veileder underlagt taushetsplikt som forskere. All informasjon jeg får gjennom undersøkelsen vil bli anonymisert på en slik måte at det ikke skal være mulig for andre enn meg og de jeg snakker med å vite hvem som har deltatt i undersøkelsen. Du kan trekke deg når som helst før prosjektslutt og få opplysninger om deg slettet eller anonymisert. All data vil bli anonymisert, alle navnelister og lydopptak vil bli slettet senest ved prosjektslutt 1.mai 2005.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunns-vitenskapelig datatjeneste AS.

Kontaktinformasjon

Jens Kristian Nilsen, jenskn@student.sv.Universitetet i Oslo.no, Maridalsveien 154a,
0461 OSLO, telefon 91161776

Min veileder og formelt ansvarlig for mitt arbeide:

Professor Dag Album v/institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo,
Moltke Moesvei 16, 0317 Oslo, telefon 22855050 dag.album@sosiologi.Universitetet i Oslo.no

Samtykkeerklæring

Jeg er informert om prosjektet og deltar frivillig:

Navn:.....

Adresse:.....

Tlf:.....

VEDLEGG 2

Intervjuguide

- Jeg er ute etter hvordan du gjør ting i hverdagen

- Jeg har en del spørsmål her, men kan du si litt om det å jobbe med pasienter fra en annen kultur. Hvordan er det?

- Lag en lang formulering med en vag definisjon, nøle en stund med definisjonen

Jobben

- Hvilke oppgaver har du, hva gjør du

- Har du faste rutiner eller bytter du funksjon av og til

- Hvor foregår samtalene med pasientene

- Hvem er til stede da

- Er du ofte alene med pasienten

- Hvor stor del av arbeidsdagen tilbringer du sammen med pasientene

- Er det pasienter du ikke fører samtale med i det hele tatt

- Hvorfor ikke

Pasientene

- Fortell litt om forrige gang du hadde kontakt med en pasient med fremmedkulturell bakgrunn

- Har du noe inntrykk av hvor stor del av pasientene som kommer fra en annen kultur/fremmed kultur

- Går det an å dele de inn i ulike grupper

- Hva skiller de ulike gruppene av fremmedkulturelle.

- Hvilke problemer har de

- Er dette gjengse oppfatninger

- Hvilke fordeler har de som norske ikke har

- Hva vet dere om pasientene når de kommer inn her

- Hva skiller de fra andre pasienter

- Har denne gruppen behov for noen spesiell oppfølging

Kontakten med pasientene

- Hvordan er bedriften organisert rundt denne pasientgruppen

- Fortell litt om bruk av tolk

- Hvordan er det de gangene dere ikke har det

- Har tolkene erfaring fra arbeid med psykisk syke eller utdanning i forhold til disse

- Hvordan er det å jobbe med tolk

- Hvordan synes du tolketjenesten fungerer

- Har du opplevd kjønnsrelaterte problemer med innvandrere eller hørt om andre som har det

- Har du noen formening om innvandrere utagerer på andre måter og i andre situasjoner enn norske pasienter

- Er det noe dere må ta spesielt hensyn til i forhold til dette.

- Har du noen gang følt deg truet på jobb

- Er du mer redd fremmedkulturelle enn andre pasienter

- Hvorfor er det eventuelt slik

- Har du opplevd noen spesiell reaksjon fra norske pasienter på denne gruppen

- Har du opplevd noen spesiell reaksjon fra innvandrere på norske pasienter

- Hva kunne vært gjort annerledes i forhold til denne gruppen (på hvilken måte)

Kompetanse på innvandrere

- Hvem er det som bestemmer hvordan du jobber med pasientene

- Hvordan får du informasjon om hvordan du skal jobbe med pasientene

- Har du en fast mentor eller en som du kan henvende deg til for å diskutere faglige tema på jobben

- Har du fått tilbud om kompetanseheving i forhold til disse pasientene

- Er det noen andre som jobber her som har det

- Hvilke kompetanseheving ønsker du

Avrundning

- Hva har du lært av pasientene selv

- Er det noen historier om pasienter du spesielt vil nevne

VEDLEGG 3

Deres ref.:

Vår ref.:

Vår saksbeh.:

Dato:

19.10.2004

Tillatelse

I forbindelse med det sykehusomfattende prosjektet Flerkulturelt arbeidsmiljø og flerkulturelle pasienter, har sykehuset et prosjektsamarbeid med Vitenskapsbutikken ved Det Samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.

Prosjekteier er Vice adm. dir. Inggard Lereim. Prosjektet er delt i to, og informasjonsrådgiver Margot Vågdal leder delprosjektet Flerkulturelle pasienter, mens opplæringsleder i Intern service divisjonen Anita Walsøe leder delprosjektet Flerkulturelt arbeidsmiljø.

Student Jens Kristian Nilsen, som er en av tre studenter som er med i prosjektet har tillatelse til å gjennomføre intervjuer av ansatte i Psykiatrisk divisjon. (Divisjonsledelsen v/ div. dir. Berit Wangensten og rådgiver Hilde Røhmer har godkjent dette).

I samarbeid med seksjonsleder i Seksjon for tverrfaglig undervisning Maria Knutzen, som også er med i prosjektet har de bestemt at han skal gjøre intervjuer i følgende avdelinger:

- Akuttpsykiatrisk avd.
- Allmenpsykiatrisk avd.
- Holmlia DPS
- Lien, avd. for unge voksne med førstegangpsykose
- Avd. for personlighetspsykiatri
- Ryen DPS

Han har underskrevet et taushetsklæringskjema som er utarbeidet ved Juridisk avd. ved UUS. (Samarbeidskontrakten med Vitenskapsbutikken er også underskrevet av begge parter).

Hilsen

Margot Vågdal

Prosjektleder for prosjektet Flerkulturelle pasienter



Ullevål universitetssykehus HF

0407 OSLO **Besøksadr.:** Kirkeveien 166 **Tlf:** 22 11 80 42 **Faks:** 22 11 85 20

postmottak@uus.no **Bankgiro:** 1644 06 05897 **Foretaksnr.:** 983 971 784

www.ullevaal.no



VEDLEGG 4

Tilleggsinformasjon for avdelingsledere ved Ullevål.

- Jeg trenger kontakt med 3-4 ansatte i de posisjonene som er beskrevet i det vedlagte skrivet til informantene.
- Jeg regner med at en og en halv time vil være nok tid til å få gjennomført intervjuene.
- Jeg håper vi kan gjøre intervjuene i arbeidstiden og i et samtalerom på avdelingen. På den måten vil vi spare tid og den ansatte vil være tilgjengelig for avdelingen i krisesituasjoner. Intervjuene kan gjøres på dagtid, kveldstid eller om natten.
- Det er ønskelig at de ansatte ikke forbereder "riktige" svar til undersøkelsen. På den måten håper jeg å danne et best mulig bilde av hvordan den enkelte opplever arbeidet sitt. Det er videre ikke ønskelig at det bare er nøkkelpersonell som blir intervjuet.
- Denne oppgaven har vært planlagt siden mars 2004. Den skal leveres inn til sensur ved UNIVERSITETET I OSLO i mai 2005. Den begrensede tiden som er til rådighet gjør at det er ønskelig å finne deltakere så snart som mulig.
- Jeg er en av tre studenter som er med på prosjektet
- Hvis det er ønskelig kan jeg sende den detaljerte prosjektbeskrivelsen (10 sider) eller så kan dere ringe meg på tlf 911 61776.

Jens Kristian Nilsen,

student ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo.