

Prosjektoppgaven for profesjonsstudiet i Medisin ved
Universitetet i Oslo:

**Psykiatri hos Innvandrere i Norge: pasientenes
tilfredshet og behandleres syn, et forsøk på å danne et
oversiktsbilde og mulig prosjektskisse for fremtidig
forskning på området.**

Av: Stud.Med. Erik Ganesh Iyer Søegaard (Kull H-01)
Veileder: Prof. Edvard Hauff, instituttleder i psykiatri

English Abstract

TITLE: Psychiatric illness among immigrants in Norway; patients' satisfaction and their therapists' views, trying to get an overview and a possible a project-outline for future research in the field. **OBJECTIVE:** To investigate and explore patients of non-western immigrants in need for psychiatric treatment in Norway. Look into their satisfaction of the care they received and the need for and understanding of mechanisms in action in cross-cultural psychiatric treatment. **METHOD:** Firstly review current and available literature on the subject. Compare and contrast 4 of the selected studies and their scales for measuring patient/consumer satisfaction. Secondly, interview 3 therapists to explore their thoughts and experiences on the matter. **RESULTS:** Of the four studies examined all found reduced satisfaction among the minority patients. Different explanatory models for illness, lack of cultural competencies and problems in communication are cited as possible causes. The interviews of Norwegian therapists mirror these findings. **CONCLUSION:** Non western immigrants in Norway have special needs of the psychiatric wards. Better cultural education of therapists could help overcome some of the barriers. Further research is needed in this field.

Introduksjon

Innvandrere i Norge – hvem er de?

Norge har en stor og stadig voksende innvandrerbefolkning. Ved inngangen til 2006 hadde hele 6,1% av landets befolkning ikke-vestlig bakgrunn¹. Det vil si at de var født og oppvokst i Afrika, Asia med Tyrkia, Sør- og Mellom-Amerika eller Øst-Europa, eller at begge foreldrene var det. Den største gruppen er de som har bakgrunn fra Pakistan, deretter Irak, Vietnam og Somalia, i synkende rekkefølge. I Oslokommune er 18,9% av innbyggerne av ikke-vestlig opprinnelse. Innvandrerne utgjør altså en ikke uvesentlig del av den urbane befolkningen i Norge.

Av disse innvandrerne igjen hadde over 107 000 ankommet som flyktninger². Det vil si at de har flyttet til Norge som asylsøkere, overføringsflyktninger eller som nær slektning til en sådan. Det er sannsynlig at disse flyktningene er utsatt for betydelige flere stressorer for psykisk sykdom før de ankommer, men også diskriminering og ytterligere stress i Norge. I et utsnitt av Oslo-studien fant man blant ikke-vestlige innvandremenn i Oslo at 9% oppgav å ha vært utsatt for tortur, 11% hadde vært fengslet av politiske årsaker og 22% hadde opplevd krigshandlinger på nært hold³. Tilsvarende tall blant innvandrerkvinnene var henholdsvis 4%, 3% og 14%. Det er også velkjent at betydelig eksponering mot slike varige og livstruende traumer er sannsynligvis den største risikofaktoren for å utvikle posttraumatisk stress syndrom og relaterte plager⁴⁻⁵. Den psykiske situasjonen til traumatiserte pasienter og for innvandrere generelt må sies å også kunne påvirkes av graden av diskriminering i samfunnet de lever i; flere studier viser at rasisme, etnisk diskriminering og utstøtning fra samfunnet er en betydelig sosial stressor og risikofaktor for psykiatrisk sykdom⁶⁻⁷. Den samme Oslo-studien viste man at innvandrere fra ikke-vestlige land i større grad hadde problemer med å skaffe seg jobb og

bolig, og at de på annen måte ble diskriminert i samfunnet. Man viste også at dette korrelerte med økt risiko for psykiatrisk sykdom blant begge kjønn.

Stigmatisering generelt, uansett form, viser seg å være korrelert med økt risiko for affektive og angst relaterte lidelser⁸⁻⁹. Stigmatisering av personer med mentale helseproblemer er undersøkt spesielt godt, og man finner at dette er utbredt og at disse er spesielt utsatt for konsekvensene av slik stigmatisering¹⁰⁻¹¹. Funnene er tilsvarende også i Norge¹². Denne pasientgruppen kan dermed oppleve sammensatt og dobbel diskriminering. Dette gjør at man må regne med økt risiko fra negativ påvirkning på den psykiske helsen. Det har også i flere studier vært påpekt at behandlere og behandlingsopplegg i det psykiske helsevern i vesten har mangelfulle eller til og med fraværende forståelse av variasjon i kultur og etnisitet, og hvordan dette påvirker mental helse og psykiatrisk behandling¹³. Det er også vist at tilfredshet med psykiatrisk behandling reduserer symptomnivået og bedrer resultatet av behandlingen¹⁴.

Forekomst av psykiske lidelser hos innvandrere; innleggelser i Psykiatrisk helsevesen: hyppigere enn andre? Er de mer sårbare eller en selektert populasjon?

Mange vil kanskje tenke seg at migrasjon og innvandring fra et ikke-vestlig land til vesten medfører så store kulturelle, sosiale og praktiske endringer i hverdagen at dette i seg selv er en risiko for psykisk sykdom. Dette ser imidlertid ikke nødvendigvis ut til å være tilfellet. Det er også andre faktorer som spiller en mer vesentlig rolle. En forfatter hevder at høyere sosioøkonomisk status og god evne til integrering kan forklare at innvandrere fra India til britiske storbyer hadde vesentlig lavere forekomst av psykiatriske symptomer enn den innfødte engelske befolkning¹⁵. I og med at India har vært britisk koloni i flere hundre år¹⁶ kan det i tillegg tenkes at det kulturelle spranget ikke har vært så stort for denne gruppen, kanskje har de ikke opplevd det samme ”kultursjokket” som mange innvandrere opplever ved migrasjon. En annen forklaring gis i en serie artikler om Meksikanere i California¹⁷⁻¹⁸. Her hevdes det at det kan være den betydelige størrelsen på minoriteten og derfor tilstedeværelse av en egen meksikansk subkultur og subsamfunn i den amerikanske delstaten som fører til betydelig redusert forekomst av psykiske lidelser i forhold til den ”hvite” alminnelige befolkningen. Tross for at de har flyttet til et vestlig land lever mange et ikke så annerledes liv enn de gjorde hjemme, de bor blant mange andre med lik bakgrunn. Dette overveier tydeligvis påkjenningen det er å migrere. Det at disse menneskene tilhører en meksikansk kultur som er mer sosial og mindre stressende enn den amerikanske, kan være en annen forklaring på den bedre psykiske helsen deres. Et annet interessant funn i de samme studiene er at man fant økende tendens til psykiatrisk sykdom ved økende grad av integrering og assimilasjon i den amerikanske kulturen. Yngre alder ved ankomst og flere tiårs bosettelse i USA var faktorer som predikerte forekomst av sykdom nærmere den generelle befolkning; det vil si økende prevalens av psykiatriske lidelser. Det er i disse studiene dog ikke gjort en sammenlikning av prevalensen av mental sykdom hos innvandlerne i forhold til deres opprinnelige befolkning. Det kan tenkes at det også blant disse gruppene fører det til økt stress og lidelse ved migrasjon, men at prevalensen de

hadde i hjemlandet var enda lavere. En kan også tenke seg positive elementer ved migrasjon, oppfyllelse av håp og drømmer om et mer stabilt samfunn og økt økonomisk og politisk frihet er som jo ofte er insentiver til forflytting mellom verdensdeler. Det er imidlertid sannsynlig at eventuelle positive effekter av dette forsvinner i neste generasjon, som vi skal se nærmere på siden. Det er altså ikke entydig slik at migrasjon i seg selv fører til psykiatrisk sykdom, flere faktorer kan spille en større rolle, blant annet etnisitet og sosiokulturell bakgrunn.

Likevel er det nok hovedregelen, snarere enn unntaket, at forflytting fra et ikke-vestlig land til vesten medfører så store kulturelle og sosiale omveltninger som igjen fører til mer stress og økt risiko for redusert mental helse. I stor nylig publisert studie i Storbritannia fant man betydelig variasjon mellom etnisk bakgrunn og forekomst av psykotiske symptomer¹⁹. I forhold til den gjennomsnittlige britiske befolkningen hadde svarte fra det karibiske området, indere, pakistanere og irrer høyere forekomst av disse symptomene enn etniske briter, i synkende rekkefølge. Særlig førstnevnte gruppe hadde over dobbelt så hyppig forekomst av psykotiske symptomer. Det bør også nevnes at man fant at Bangladesherne hadde lavere prevalens av psykose enn britene. I en enda nyere, men noe mindre studie i Sørøst London, fant man at etniske minoriteter hadde økt risiko for alle typene psykotiske lidelser; schizofreni, maniske og depressive psykoser²⁰. Her fant man at det var ikke bare de svarte fra de karibiske områdene som var spesielt utsatt med over dobbelt så høy forekomst, men også svarte afrikanere av begge kjønn, særlig var forekomsten av personer med de schizofrene og maniske psykoser spesielt forøket.

Interessant nok finner man i en stor meta-analyse av de overnevnte funnene at det er særlig andre generasjonsinnvandrere fra disse landene som ser ut til å være spesielt utsatt²¹. Det er altså de som er født og oppvokst i vesten, men har foreldre som har emigrert dit fra Afrika eller de karibiske landene, hvor de fleste er svarte, som har bemerkelsesverdig høy forekomst av psykotiske lidelser. Disse personene er som regel relativt godt integrert, har ikke selv valgt eller trengt å flytte, men kommer tydeligvis likevel i en "outsider" posisjon i samfunnet som gjør dem mer sårbare for å utvikle psykose enn den resterende innvandrerbefolkningen. Det kan være at det ligger manglende identitetsfølelse og rotløshet bak som virker som stressorer, i tillegg til opplevd marginalisering og rasisme fra samfunnet de lever i. En annen mulig forklaring kan være at mange har problemer med å leve med minoritetsstatus hele livet, følelsen av å aldri få være en ordentlig del av storsamfunnet og majoritet man lever i, men selv føler tilhørighet til. Funnene er i alle fall interessante og viser nødvendigheten for videre forskning på etiologi og patogenese for psykotiske lidelser. Det minner oss også om at psykiatri er et komplekst felt der biokjemi og nevrobiologi henger tett sammen med sosialpsykologi, og samfunnsmessige og sosiologiske faktorer.

Psykotiske symptomer i seg selv er kanskje ikke det første man relaterer til stress ved migrasjon og status som etnisk minoritet. Men disse symptomene viser seg også å være relatert til de samme risikofaktorene som angst- og affektive lidelser som tidligere er satt i sammenheng med emigrasjon²². En kan kanskje tenke seg at psykose er et av de tydeligste symptomene på psykisk sykdom og at man således i disse studiene fanger "toppen av isfjellet", de alvorligste psykiske effektene migrasjon mellom kulturer kan ha.

Således kan det være et tegn på at en hel gruppe er under økt stress og dermed vil flere sårbare individer vippe over en tenkt terskel og flere vil få psykotiske lidelser. Det er i alle fall tydelig at disse gruppene var vesentlig mer psykisk syke enn den innfødte befolkningen. I en annen studie i Sverige fant man at alle de undersøkte etniske minoritetene hadde økt risiko for selvrappportert psykiatrisk sykdom og rusmisbruk²³. Iranere og chilenerne, som er land og kulturer langt unna den svenske, hadde høyere risiko enn for eksempel polakker. De fant også at manglende svensk språk, arbeidsløshet og lav følelse av koherens økte risikoen. Dette sammenfaller med ideen om at manglede integrering, økt diskriminering og marginalisering er stressorer som blir risikofaktorer for psykiatrisk sykdom hos innvandrere.

Vi har sett at mange av innvandrerne i Norge er flyktninger som kan ha opplevd livstruende traumer og være i en spesielt utsatt situasjon med tanke på den psykiske helsen. En nyere studie har også vist flere sider ved det å være asylsøker og flyktning og ved deres økte sårbarhet for psykiske lidelser. Det å bli tvunget til å flykte til et annet land har i en stor meta-analyse vist i seg selv å være en risikofaktor for psykisk lidelse²⁴. Her fant man blant annet også at opplevde restriksjoner på økonomisk mulighet, opphold på institusjoner, tvungen forflytning innen eget land, tvungen tilbakereise til landet de flyktet fra og at den bakenforliggende konflikten forblir uløst alle var risikofaktorer for redusert mental helse. Statistisk var det å ha høyere utdanning, sosioøkonomisk status og bosettelse på landsbygdene før flukten faktorer som predikerte forverrede utfall på den psykiske helsen for en flyktning generelt. Det å være kvinne og/eller ha høyere alder før migrasjonen var også korrelert med høyere nivåer av psykisk lidelse. Dette er interessante funn som viser at mange ytre faktorer kan være med på å påvirke den psykiske helsen til flyktninger.

I Norge – innleggelser og symptomnivå som bilde på variasjonen i psykisk sykdom blant innvandrerbefolkningen

Som beskrevet ovenfor skiller innvandrerbefolkningen i Norge seg noe ut internasjonalt, da den er preget av en stor andel flyktninger og asylsøkere. Som diskutert tidligere i oppgaven har disse ofte vært utsatt for psykisk stress tidligere og er mer sårbare ovenfor, og har høyere prevalens av, psykiatrisk sykdom³. Dette har man forsøkt å vise i studier av antall innleggelser i psykiatrien i Norge. I en årskohort fra en akuttpsykiatrisk avdeling i Oslo fant man imidlertid ikke at innvandrere var innlangt hyppigere enn etniske nordmenn, og særlig innvandrerkvinner var sjelden innlagt²⁵. Derimot fant man at innvandrerne var dårligere før de innlegges, flere ble innlagt med tvang, flere fikk en psykosedidiagnose. Dette gjaldt spesielt yngre innvandrer menn. En mulig forklaring forfatterne gir er problemer som innvandrere ofte kan ha med å nå frem i helsevesenet, særlig på grunn av språk- og kulturbarrierer, og at prevalensen av psykisk sykdom blant emigranter fra ikke-vestlige likevel er høyere enn i majoritetsbefolkningen. Dette finner man også i en større sveitsisk studie, da det også kommer frem at innvandrerne fikk mindre tid på avdelingen og ble sjeldnere reinnlagt, men det ble oftere brukt tvang²⁶. Her konkluderer man med at de ikke-vestlige tilflytterne til landet fikk et betydelig dårligere tilbud i psykiatrien, hovedsaklig på grunn av språk- og kulturforskjeller, og at dette var

med på å gjøre dem skeptiske til, og mindre interessert i det psykiatriske helsevesen. I en annen norsk undersøkelse fant man imidlertid en forskjell i hyppigheten av innleggelser²⁷. Asylsøkere viste seg å være signifikant oftere innlagt enn innvandrerbefolkningen generelt, og oftere enn etniske nordmenn. Dog var det sjeldnere brukt tvang blant disse pasientene. I oppfølgingsstudien fant forfatterne også en forskjell mellom asylsøkere og godkjente flyktninger²⁸. Hele 43,4% av asylsøkerne var innlagt med symptomer på PTSD (Posttraumatisk stresslidelse) mot bare 11% av de som hadde fått sin søknad om flyktningstatus godkjent. Dette forklares med levekårene på flyktningmottakene samt stress og usikkerhetene omkring bosted, mulig utsendelse og livssituasjonen generelt i deres nære fremtid. Flyktningene hadde på den annen side mye oftere innleggelsesdiagnosen schizofreni, og var hyppigere innlagt med tvang.

I en epidemiologisk studie der man sammenligner etniske pakistanere med etniske nordmenn i Norge fant man at minoritetsgruppen hadde høyere nivå av psykisk lidelse ("distress") og flere hadde symptomer på psykiske lidelser²⁹. Man fant imidlertid også at denne gruppen hadde lavere utdanning, sosioøkonomisk status og dårligere sosiale nettverk samt høyere følelse av maktløshet. Ved å korrigere for hver og enkelt av disse faktorene reduserte man forskjellen til gjennomsnittsbefolkningen. Ved å korrigere for alle disse faktorene samtidig forsvant også differansen helt, de skåret da likt med de etniske nordmennene på symptomer på psykisk sykdom. Dette kan gi oss et innblikk i hvilke faktorer som gjør at ikke-vestlige innvandrere i Norge har høyere forekomst av psykiske symptomer. Kanskje er det ikke bare migrasjonen i seg selv, men også mange andre faktorer som følger med det å emigrere fra et fattigere ikke-vestlig land til Norge. Det kan for eksempel dermed godt være at sosioøkonomisk stilling kan være vel så viktig som integrering og kulturell assimilasjon når det gjelder å forebygge mentale helseproblemer hos ikke-vestlige innvandrere, men alle disse faktorene henger også ofte sammen.

I denne sammenheng bør det kanskje også nevnes at blant innvandrerbarn i Norge, som man kanskje kunne tenke seg i større grad hadde evne til å tilpasse seg nye omgivelser, har man også funnet økt forekomst av emosjonelle lidelser³⁰. Dette vedvarer også opp i ungdomsårene, noe en stor spørreundersøkelse av innvandrerungdom i Norge finner³¹. Som vi blant annet har sett fra studier i Storbritannia var det også her i Norge stor variasjon i de forskjellige etniske grupper nivå av psykiatrisk symptomer. De fant for eksempel at somaliske, marokkanske, indiske og srilankesiske ungdommer var mer resiliente og hadde i snitt færre psykiatriske og atferdsmessige symptomer enn de andre. De forklarer dette med mer sosial støtte og andre beskyttelsesfaktorer i deres etniske kultur, men dette virker noe vagt og spekulativt og blir ikke utdypet eller konkretisert ytterligere. De som hadde de høyeste nivåene av psykiatriske symptomer var særlig førstegenerasjons jenter og andregenerasjonsgutter, og særlig de med etnisk bakgrunn fra Tyrkia, Pakistan, Irak og Vietnam. Det var altså ikke entydig barn av flyktninger eller arbeidsinnvandrere som var i risikozonen, snarere spilte andre faktorer en større rolle. De undersøkte flere fenomener knyttet til akkulturasjon; hvorvidt manglende integrering, opplevd diskriminering og etnisk identitetskrise var risikofaktorer og om familiære verdier, norsk kulturell kompetanse og kompetanse for sin etniske kultur var beskyttelsesfaktorer for psykiske lidelser. De fant stor variasjon i disse elementene for de

forskjellige etniske gruppene. Imidlertid kunne ikke dette være hele forklaringen, man fant fortsatt stor forskjell på nivået av psykiatriske symptomer mellom de forskjellige etniske gruppene når man korrigerer for de nevnte akkulturasjons-faktorene. Artikkelforfatteren mener altså at det ikke bare kan forklare med nivået av akkulturasjon, . Man fant også i den samme studien at foreldre med høyere inntektsnivå var en beskyttelsesfaktor, men høyere utdanning var det ikke. Forfatterne relaterer dette til lavere etnisk kulturkompetanse.

Problemstillinger

Stadig flere forsker på migrasjon og psykisk helse, dette er et voksende felt der det er stadig økende behov for mer forskning for å fullstendig forstå de psykologiske og krysskulturelle mekanismene, og forhåpentligvis finne mulige forbedringer i tilbudet til denne pasientgruppen. Ikke-vestlige innvandrere er en stor gruppe med mange forskjellige kulturelle og etniske minoriteter i det urbane Norge. Det er tydelig at det å flytte i seg selv og det å være en ”fremmed” i det landet man bor i påvirker den psykiske helsen. Selv om det er store variasjoner kan det se ut som det å være ikke-vestlig innvandrere i et vestlig samfunn er en risikofaktor i seg selv for psykiatrisk sykdom. Asylsøkere og flyktninger i Norge har ofte vært utsatt for traumatiske opplevelser før deres ankomst til Nord-Europa. Disse er kanskje derfor mer sårbare og krever mer spesialisert oppfølging. En som har behandlingsansvar for en innvandrerpasient kan åpenbart også møte vanskeligheter, det være seg språk-, kommunikasjons- eller kulturproblemer. Målet med studien er å se litt nøyere på hva som finnes av data på immigranternes erfaringer med det psykiatriske helsevesen samt å forsøke å få et innblikk i behandlerne deres hverdag og høre hva deres erfaringer med denne pasientgruppen er. Det er undersøkt hvorvidt psykiatrisk pasienters tilfredshet med behandling er korrelert med livskvalitet, og man fant ikke en slik sammenheng direkte, imidlertid fant man at følelsen av å ha udekkede behov var korrelert med redusert livskvalitet³². Således kan bedre forståelse blant behandlere av innvandrere med psykiatrisk sykdom gi bedre innsikt i deres behov, dermed øke deres livskvalitet og forhåpentligvis også deres tilfredshet med det psykiatriske helsevesen. Hensikten med denne oppgaven blir å kaste lys over disse temaene og diskutere muligheter for forbedring i fremtiden. Problemstillingene er dermed:

1. Hva vet vi om innvandreres bruk og tilfredshet med psykisk helsevern?
2. Hvordan har dette vært kartlagt?
3. Samstemmer dette med det kliniske inntrykket?

Metode:

Tilfredshet og vurdering av måleskalaer – Litteratursøk

For å undersøke innvandreres tilfredshet med psykiatrisk behandling var det først foretatt et litteratursøk på området. Databasene som hovedsakelig var søkt i var

PubMed/Medline, men det var også forsøkt å finne relevante artikler fra Cinahl og PsychInfo. Søkestrengen med godkjente "MeSH" søkeord som var brukt for å finne studier på etniske minoritetspasienters tilfredshet med psykiatrisk behandling var: ("Ethnic groups" OR Immigrants OR "Minority groups" OR "Asylum seekers" OR Refugees OR Ethnicity) AND ("Mental disorders" OR Psychiatry OR "Mental health services") AND ("Patient satisfaction" OR "Quality of care" OR "Consumer satisfaction" OR "Treatment satisfaction"). Det viste seg at man ikke fant så mange utgitte artikler på dette området, men noen relevante undersøkelser ble funnet. De artiklene som var selektert ut for gjennomgang her var publisert i henholdsvis 1997, 2004 og to i 2005. De to første omhandler ikke-vestlige innvandrere som selv flyttet til Storbritannia, eller barna deres. Den første omfatter PRiSM studien av tilfredsheten til forskjellige etniske grupper i London. Den andre studien var også britisk og omfattet ikke-vestlige innvandrere og innleggelser med psykosedagnoser. I den tredje studien som var gjennomgått var svarte afroamerikanere i fokus, og i den siste var det norske samers tilfredshet med psykiatrisk behandling som var utforsket. Metodene de brukte i studiene ble gjennomgått og resultatene de kom frem til ble analysert. Tilslutt ble de sammenliknet og de forskjellige instrumentene for måling av tilfredshet ble forsøkt veid opp mot hverandre, særlig med tanke på kulturell validering.

Intervju med behandlere

For å få et inntrykk av tilstanden slik den er for innvandrere ved psykiatriske avdelinger på Østlandet har man valgt å intervju 3 behandlere i psykiatrien, heretter kalt behandler 1, 2 og 3. Det var ikke brukt en systematisk kvalitativ metode, hovedpoenget var bare å danne et inntrykk. Intervjuenes generaliserbarhet og validitet var ikke lagt vekt på, det var heller ikke hovedmål for studien, snarere var det et forsøk på å få et innblikk og kaste lys over noen erfaringer og tanker som noen behandlere kan ha rundt innvandrerpasienter i psykiatrien. Funnene er derfor ikke nødvendigvis representative, men kan virke som en indikator.

Alle intervjuobjektene var leger under spesialisering og hadde holdt på med psykiatri i fra 2 til 5 år. Behandler 1 var en kvinne og de to andre var menn, alle var i alderen 26-35 år. Behandler 2 var selv innvandrer, men fra et europeisk land, de to andre var etnisk norske og født og oppvokst på Østlandet. Behandler 1 har jobbet på psykiatriske avdelinger ved Ullevål Universitetssykehus mesteparten av tiden, både på akutenheten, en langtidsavdeling og psykiatrisk poliklinikk (DPS) tilknyttet sykehuset. Tidligere har hun jobbet i allmennmedisinen. Behandler 2 har jobbet i psykiatrien både i Danmark og på Island i tillegg til Vindern psykiatriske i Oslo. Behandler 3 har det meste av sin arbeidserfaring fra Akershus Universitetssykehus (Ahus) og de psykiatriske avdelingene der. Utplukkingen av relativt unge og uerfarne behandlere var med hensikt. En har tenkt seg at de kanskje er mer kritiske til forholdene på avdelingen og kanskje til og med mer objektive når det gjelder observasjon av kvaliteten av kontakten avdelingen har med innvandrerguppen. De har jo heller ikke noe overordnet ansvar for avdelingen, de trenger ikke selv å foreta endringer i systemene men de kan være kritiske til hvordan det

fungerer. Det er også mulig at de har mer og oftere pasientkontakt. Det var også av betydning at det var lettere å komme i kontakt med disse personene.

Intervjuene varte i ca 60min og var relativt ustrukturerte og uformelle. Noen spørsmål ble imidlertid diskutert i alle samtaler: Hvor fornøyde virker pasientene med en ikke-vestlig innvandrerbakgrunn? Hvor god var kommunikasjonen med disse pasientene? Hvor god overnestemmelse var det mellom pasientenes og behandlernes sykdomsforståelse, var det enighet om symptomene? Deres generelle erfaringer på tema ble diskutert, og spesifikke eksempler på pasienterfaringer med denne gruppen som de synes var bemerkelsesverdige eller vanskelige ble tatt opp. Intervjuene var ikke tatt opp i sin helhet, men relevante elementer ble notert underveis. Alle behandlerne var positive til et slikt intervju og var inneforstått med hensiktet til studien, og anerkjente behovet for en slik studie. De gav alle sitt samtykke til at informasjon om deres bakgrunn og erfaringer ble tatt med i denne studien. Intervjuene ble foretatt parallelt med resten av studien.

Resultater

Ikke-vestlige innvandrerpatienters tilfredshet med psykiatrisk behandling – studier fra utlandet

En av de første studiene som var funnet på innvandreres tilfredshet med psykiatrien ble gjort i London på midten av 1990-tallet³³. Her sammenliknet man tilfredsheten til svarte fra de karibiske områdene, som igjen var delt i første- og annengenerasjonsinnvandrere, med etniske hvite briter født i og utenfor England. Gruppen med minst tilfredshet var andregenerasjons svarte kariber, som var født og oppvokst i Storbritannia. På den overordnede totale tilfredsheten skåret de lavere, og de var mindre fornøyde på fem av seks underpunkter: tilfredshet med dyktigheten og oppførselen til behandlerne, tilfredshet med informasjonen de hadde mottatt, tilfredshet med tilgjengeligheten på tilbudene til pasientene, tilfredshet med effektiviteten på behandlingen og tilfredshet med spesifikke intervensjoner i behandlingen. På et enkeltstående element på tilfredshetsundersøkelsen, tilfredsheten med støtte til pårørende, skåret de derimot høyere enn alle de andre gruppene.

På den totale tilfredsheten med den psykiatriske innleggelsen og behandlingen fant man, kanskje i motsetning til det man kunne forvente, at gruppen med svarte førstegenerasjonsinnvandrere fra de karibiske områdene oppgav høyest tilfredshet, deretter hvite briter født i Storbritannia, så hvite briter født utenfor Storbritannia og tilslutt hadde de britiskfødte svarte karibene lavest tilfredshet, som tidligere diskutert. Det kan således se ut som det å fødes i et land utenfor det man har etnisk opphav i kan være korrelert med misnøye for psykiatrisk behandling, i hvert fall i England. Hvite briter født utenfor Storbritannia skåret altså også lavere enn sine motparter som var født i hjemlandet på alle punkter, utenom ett: tilfredsheten med tilgjengeligheten på tilbudene til pasientene. De fant også blant gruppene som var født utenfor sitt etniske hjemland at tidligere innleggelser predikerte signifikant lavere tilfredshet med det psykiske helsevesen. Det kan dermed virke som om denne gruppen ble gradvis mindre fornøyd med behandlingen, kanskje følte de at avdelingen(e) ikke forsto deres situasjon slik de

syntes at de burde gjøre, kanskje hadde de større forhåpninger til hva en psykiatrisk behandling skulle kunne gjøre for dem i deres situasjon på bakgrunn av minoritetsstatusen, eller kanskje denne effekten rett og slett oppstår på grunn av at disse pasientene legges inn oftere enn gjennomsnittet, som vi har sett på tidligere, og at de dermed ikke føler behandlingen har effekt da de stadig reinnlegges.

Undersøkellesmetoden de bruker i denne studien, "The Verona Service Satisfaction Scale", (VSSS) er vurdert av flere til å være konsekvent, god og effektiv, med en Cronbach's Alpha mellom 0.66-0.94³⁴. Den har også blitt tilpasset til flere kulturer og språk³⁵. Likevel kan man ikke nødvendigvis konkludere ut ifra disse funnene, da de tilfeldig utvalgte i studien var et relativt lavt antall, 50 svarte og 134 hvite pasienter, dette påpekes også i et svar til artikkelen³⁶. Videre er 95% konfidensintervallet tidvis overlappende for noen av gruppene, som kan svekke signifikansen noe. Likevel gir artikkelen en god indikasjon på at svarte innvandrere gradvis mister tillitten til psykiatrisk behandling etter hvert som de gjennomgår flere innleggelser, særlig de som er født og oppvokst i det vestlige samfunnet, men har en hudfarge og/eller et etnisk opphav som er annerledes enn majoriteten i samfunnet de bor i. Denne studien viser oss dermed at det er flere faktorer enn etnisk opphav som kan være bakgrunn for misnøye med psykiatrisk behandling. Fødested ser også ut til å spille en vesentlig rolle, kanskje gjennom at dette representerer oppvekstforholdene som er med på å danne kultur og personlighet.

I en annen noe nyere interessant studie, også fra Storbritannia, har man studert sammenhengen mellom forklaringsmodellen pasientene med forskjellig etnisk bakgrunn har for sin egen opplevde sykdom (schizofreni) og deres tilfredshet med behandling, livskvalitet, terapeutisk forhold til behandler og etterlevelse ("compliance") av behandling³⁷. Hvite briter tenderte mot å tro på biologiske årsaker til sykdommen (slik som terapeutene), de afrokaribiske trodde mest på sosiale forklaringsmodeller mens bangladesherne og vestafrikanerne hadde størst tro på overnaturlige eller åndelige årsaker til deres opplevde psykotiske symptomer. Det interessante med resultatene var at man fant at biologisk sykdomsforklaring i seg selv hang sammen med bedret pasient-behandler forhold og, kanskje på grunn av dette igjen, en økt tilfredshet med behandlingen. Etterlevelse, eller "compliance" til behandlingen var dog ikke relatert til disse målene. Det var for eksempel slik at en ikke-vestlig innvandrer med en biologisk forklaringsmodell hadde høyere tilfredshet og bedre forhold til behandlerne enn en brite med størst tro på sosiale årsaksforhold. Det var altså ikke innvandrernes etniske bakgrunn i seg selv som var avgjørende, snarere det faktum at blant disse gruppene hadde flere tro på overnaturlige og sosiale årsaker til psykotisk sykdom, som var avvikende fra behandlerens tiltro til årsaksforklaring. Men, også denne undersøkelsen er relativt liten med bare 30 pasienter inkludert i hver av de 4 etniske gruppene. Forfatterne har forsøkt å randomisere deltakerne og korrigere for språkforståelse, sosioøkonomisk status, kjønn og alder. Det ser imidlertid ut som de ikke har tatt lengden på utdannelsen med i denne analysen. Dette kan være en mulig feilkilde eller tredjevariabelproblem. En kan tenke seg at personer med høyere utdanning er mer tilbøyelige til å tro på biologiske forklaringer, slik flertallet av behandlerne deres også gjør. Behandlerne har jo også høyere utdanning, og at det er mulig at dette fellesskapet eller den felles referanserammen kan styrke forholdet pasientene har til behandlerne og dette så igjen

øker pasienttilfredsheten. En noe tidligere studie har også styrket sammenhengen mellom sammenfallende forklaringsmodeller på sykdom mellom behandlere og deres pasienters, og at dette er den viktigste faktoren for god pasient tilfredshet, etnisk opprinnelse hadde mindre betydning³⁸. Denne studiene bruker imidlertid ikke standardiserte instrumenter for å måle pasientenes tilfredshet. Kanskje kunne økt fokus på andre forklaringsmodeller på psykisk sykdom, da særlig sosiale, i utdannelsen av psykiatere og psykologer gitt deres forklaringsmodeller økt overensstemmelse med innvandrerpatientenes syn. I alle fall kunne man kanskje inkludert mer om forståelsen av psykiatri og andre forklaringsmodeller for psykiatrisk sykdom i andre kulturer og samfunn. Dette vil kanskje kunne styrke forholdet deres til disse pasientene og dermed kunne øke tilfredsheten og kanskje også livskvaliteten disse pasientene har. Som vi har vært inne på tidligere i oppgaven så er psykiatri et sammensatt fag der både biologiske og sosiale forhold spiller inn, noe som kanskje også bør vektlegges ytterligere i utdannelsen av psykiatriske helsearbeidere.

Andre studier av minoriteters tilfredshet med psykiatrien i vesten

I den neste studien på pasienttilfredshet til minoriteter i vesten vi skal se på i denne oppgaven er svarte afroamerikanere i hovedfokus³⁹. Denne gruppen har bodd i USA i mange generasjoner, men minoritetsstatusen er fortsatt fremtredende slik at den kan refereres og gjennomgås i denne teksten. De fant at svarte amerikanere i sørstatene har høyere terskel for å oppsøke det psykiatriske helsevesen frivillig, de må oftere innlegges med tvang, og de avslutter oftere polikliniske programmer og har færre behandlingstimer enn hvite-, meksikanske- og asiatiske amerikanere. Dette er jo også relevant for vår innvandrerpopulasjon i Norge, som diskutert ovenfor. Vi har jo sett at disse ofte har barrierer for å oppsøke psykiatrisk helsevesen. Forfatterne forsøkte å vise at det er redusert tilfredsstillelse med tilbudet de får, mindre følt empati og medfølelse fra behandlere, redusert bedring av funksjons- og symptomnivå samt redusert livskvalitet som er årsakene til at denne pasientgruppen uteblir fra psykiatrisk behandling. De fant imidlertid ikke en statistisk sammenheng mellom objektivt observert bedring av symptomer eller økt funksjonsnivå med pasienttilfredsheten. Derimot var den målte livskvaliteten positivt korrelert med pasientenes tilfredshet. Lavere nivåer av symptomforbedring og opplevd empati var negativt korrelert med deres tilfredshet. Det var bare opplevd empati fra de ansatte som man fant hadde en effekt på etterlevelsen av behandlingen etter utskrivelse. De viser dermed i denne studien viktigheten av forståelse og empati for disse minoritetspasientene. Den reduserte empatien de rapporterte kan være et resultat av diskriminering eller vanskeligheter for behandlerne til å sette seg inn i pasientens situasjon. Det kommer i alle fall tydelig frem at denne opplevde mangelen på empati fører til redusert tilfredshet med behandlingen og dårligere compliance. Man fant også at denne minoritetsgruppen hadde gjennomsnittlig lavere tilfredshet med det psykiatriske helsevesen enn gjennomsnittet i den hvite amerikanske befolkningen, som ikke er overraskende gitt de overnevnte funnene.

Denne undersøkelsen bruker måleinstrumentet TOP, "Treatment Outcome Profile", for å måle pasientenes tilfredshet og effektivitet i behandling. Dette måleinstrumentet er

grundig undersøkt tidligere, og er funnet effektivt og med god internvaliditet⁴⁰. De har også brukt et relativt stort utvalg, 121 minoritetspasienter, noe som styrker funnene. En mulig begrensning i denne studien er at den er foretatt kun i rurale landsdistrikt i sørstatene i USA. En kan tenke seg at det er flere fordommer mot svarte i et slikt samfunn, også blant behandlere i det psykiatriske helsevesen. I større byer og urbane strøk er det ofte en større andel av minoriteter og høyere utdanning generelt i befolkningen. Det kan hende at i urbane strøk vil det være mer toleranse og forståelse for minoriteter og deres kulturer på grunn av økt eksponering og utdanning, og at funnene i denne studien således ikke er generaliserbare til slike forhold, som vi for eksempel har i Osloområdet.

Tilslutt skal vi også se nærmere på en relativt ny studie av en minoritets tilfredshet med det psykiske helsevern i Norge⁴¹. I denne nordnorske studien sammenlignet man den samiske pasientgruppen med etniske nordmenn innlagt i akuttpsykiatrien, og undersøkte hvorvidt de var tilfredse med behandlingsopplegget, kontakten med de ansatte, behandlingsalliansen, informasjonen samt den samlede tilfredsheten. De fant at fjorten av 31 av samene definerte seg som norske, og ca halvparten kunne ønsket å snakke samisk i behandlingssituasjonen i stedet for norsk. Ikke overraskende oppgav også samene mer følelse av å være religiøse med sterk gudstro og flere av dem hadde i tillegg brukt tradisjonelle behandlingsmetoder. Bare halvparten av disse hadde behandlerne fått med seg, det var ofte ikke kjent på avdelingene at de brukte "healere" eller tradisjonelle behandlere i tillegg til det statlige norske helsevesen.

Gruppene hadde mottatt omtrent samme mengde med behandling, både farmakologisk og psykoterapeutisk, men samene var i snitt innlagt noe kortere, men dette siste funnet var ikke signifikant. Samene var konsekvent mindre fornøyde med alle aspektene ved innleggelsen: kontakt med terapeut og sykepleierne, alliansen med avdelingen, informasjon om behandlingen og total tilfredshet med behandlingen. Flere samer enn nordmenn syntes også at de hadde fått for mye medisin eller følte oftere at de var innlagt ved en feiltagelse. Som også beskrevet tidligere i denne oppgaven, trodde disse forfatterne at noe av den manglende tilfredsheten til pasientene og det svekkede pasient-terapeut samarbeidet skyldes forskjellig tro og forklaringer på psykisk sykdom. I den samiske tradisjonen er det mentale og spirituelle overlappende og sammenhengende. Det hevdes at forhold til andre mennesker og kommunikasjon er kulturelt betinget og nødvendig for å forstå pasientens egen opplevelse og tolkning av sykdommen. Dette sammen med språkbarriæren, halvparten av samene fikk jo ikke snakket sitt foretrukne språk i behandlingssituasjonen, kan ha forårsaket et stort gap i kommunikasjonen med deres behandlere. Dette kan igjen ha ført til redusert allianse, samarbeid og tilfredshet. Forfatterne konkluderer så med at behandlere som har ansvar for samiske pasienter i psykiatrien bør få mer etno-kulturell undervisning inkludert i deres utdanning.

To svakheter ved studien er mangelen på bruk av et standardisert måleinstrument for tilfredsheten og et relativt lite utvalg. Førstnevnte skaper usikkerhet med testens validitet og reproducerbarhet, det er også vanskelig å sammenligne med andre studier. Likevel, får de frem en del vesentlige mangler i det psykiske helsevesen i Norge. Samisk kultur og tenkemåter har eksistert i Norge i flere hundre år. Når forståelsen av denne likevel er så

mangelfull, kan en jo bare tenke seg gapet som kan oppstå når det kommer pasienter fra fjernere kulturer fra for eksempel Somalia og Vietnam. Disse pasientene vil da sannsynligvis bli møtt med enda mindre forståelse og kulturell innsikt fra behandlingsapparatets side.

Kort sammenlikning av måleinstrumenter for brukererfaringer i psykisk helsevern

Et måleinstrument for pasienters tilfredsstillelse med den psykiatriske behandlingen som ennå ikke har vært diskutert kalles PasOpp (for døgnpasienter). Dette verktøyet er relativt nylig utarbeidet i Norge og har vist seg å være et godt mål med god reliabilitet og indre konsistens og validitet⁴². Den har blitt utviklet ved gjennomgåelse av relevant litteratur og tilpasset dette for norske forhold. Korrelasjonen mellom enkeltspørsmålene var 0,55-0,82 og Cronbachs alfa, som er et mål på reliabiliteten, var over 0,9. Dette sier oss at instrumentet måler de samme variablene hver gang, og kan reproduseres. Resultatet av den faktiske undersøkelsen på pasienter som hadde vært innlagt psykiatrisk døgnavdeling i Stavanger viste at gjennomsnittlig pasientopplevd kvalitet på behandlingen var ca 50 på en skala fra null til hundre⁴³. Svarprosenten var imidlertid ganske lav, men ble noe høyere om spørreskjemaene ble sendt med posten. Da svarte 38% mot bare 24% ved forespørsel på institusjonen eller etter pasientenes ønske. Et annet interessant funn var at den pasientopplevde kvaliteten og tilfredsheten var lavere ved det postale design enn ved utfylling i institusjonen. Forfatterne selv mener dette kan være på grunn av personlige innsamlingsforhold kan skape kunstig høy tilfredshet. En annen mulighet er at dette funnet kan skyldes selektering, da svarprosenten var vesentlig lavere blant disse pasientene var det kanskje bare de mer fornøyde som svarte på spørreundersøkelsen. En tredje mulighet kan knyttes opp mot miljøforskjellen mange pasienter opplever når de kommer hjem igjen etter et opphold på psykiatrisk avdeling. Erfaring tilsier at mange pasienter som klarer seg bra på avdelingen får problemer når de reiser hjem igjen, men dette er et annet tema som diskuteres mye i andre sammenheng.

Ved å sammenlikne de tre instrumentene vi har gjennomgått, TOP, VSSS og PasOpp, finner man mange likheter. Alle har Cronbachs alfa over 0,9, er reliable og valide. De er også relativt korte, ca. 20 spørsmål, og ser ut til å dekke de mest relevante temaene som omhandler pasienters tilfredshet med psykiatrisk behandling. Alle instrumentene virker gode uten at en peker seg ut som å ha nevneverdig høyere kvalitet enn de andre. Imidlertid er det bare VSSS som var oversatt til et annet språk og gjennomgått kulturell validering. Krysskulturell validering er essensielt når man skal oversette slike spørreundersøkelser til andre språk⁴⁴. Et måleinstrument på pasienttilfredshet som skulle kunne brukes effektivt på innvandrerpasienter i Norge bør således gjennomgå en slik validering ved oversettelse til deres språk. Dette er spesielt viktig i psykiatrien der det ofte er store kulturelle variasjoner på sykdomsforklaring og forståelse, som vi har vært inne på. Et eksempel kan være at språklig ekvivalens ofte ikke er den samme som kulturell ekvivalens, et annet kan være variasjon i egnethet i uttrykk som kan virke støtende eller private. Hvis noe oversettes direkte med ordbok, for eksempel, kan kulturelle nyanser forsvinne. Begrepene man bruker bør derfor gjennomgås i

fokusgrupper slik at man oppnår kulturelt relevante og aksepterte uttrykk når man oversetter spørreundersøkelsen. En slik fokusgruppe bør inneholde både fagpersonell med den aktuelle etniske bakgrunn men også gjerne personer med språk- og kulturkompetanse i begge kulturer. Foretar man en slik validering for hver av de viktigste språk/kulturene, som seg i mellom er veldig varierte, som representerer de største innvandrergруппene i Norge på PasOpp instrumentet bør man nok klare å produsere et godt verktøy for å måle innvandrerpasientenes tilfredshet med det psykiske helsevern.

Intervju med behandlere – Resymé

Alle de tre behandlerne som var intervjuet syntes at forholdet til innvandrerpasienter med ikke-vestlig bakgrunn ofte var mer problematisk enn forholdet til de etnisk norske pasientene. De hadde alle hatt mange pasienter i denne kategorien, og dermed hatt kontakt med mange forskjellige etniske grupper og kulturer. Alle hadde synspunkter og hadde dannet seg tanker om denne gruppen og hvorfor og hvordan de var annerledes. Behandler 3 trodde at disse pasientene som en helhet var like tilfredse eller mer tilfredse enn gjennomsnittet, mens de andre to behandlerne hadde fått inntrykket at de var mindre tilfredse. Et gjennomgående poeng som de tre synes å enes om var at de følte at denne gruppen ofte hadde dårligere sykdoms- og selvinnsikt enn de andre pasientene. De synes også ofte å ha mindre kontakt med de andre pasientene enn gjennomsnittet. Behandler 1 sa at disse pasientene var vanskelige å forstå. Hun syntes de var inkonsekvente og hun observerte ofte diskrepans mellom uttrykte symptomer og observert tilstand. En iransk pasient hadde uttrykt dyp depresjon og stort suicidal ønske samt uttalte paranoide og bisarre vrangforestillinger. Men, når hun observerte pasienten fra noe avstand kunne hun se henne sitte på gangen og le og prate med andre pasienter, noe som ikke stemte med hennes oppgitte sykdomsbyrde. Behandler 3 har en liknende erfaring, men da hadde rollene vært snudd. Innvandrerpasienten sa at han var helt frisk og ikke hadde noen psykiatriske problemer, men han hadde nylig hatt utallige episoder med selvskading og selvmordsforsøk. Dette kan kanskje skyldes en annen forståelse av psykiatri i andre kulturer; ofte er det mer tabubelagt og/eller forklart med åndelige eller overnaturlige makter⁴⁵. Det kan også være at forståelsen av det psykiatriske begrep til behandlerne og innvandrerpasientene avviker. Kanskje prøvde disse pasientene å si det de trodde behandlerne ville høre, eller kanskje ville de oppnå andre gevinster. Uansett årsak er det sannsynlig at gapet i sykdomsforståelse og skaper et gap i samarbeidet og alliansen mellom behandlerne og de ikke-vestlige innvandrerpasientene.

Oppfatningen av sykdomsinnsikt og symptomforståelse syntes også å peke seg ut som en forskjell fra de etnisk norske pasientene. Både behandler 1 og 2 syntes disse pasientene oftere hadde åndelige eller religiøse vrangforestillinger. Flere hadde eksempler innvandrerpasienter som sa de hadde besøk av avdøde slektninger og familiemedlemmer. I det hele tatt var inntrykket at familie og slektninger, og traumer knyttet til tap eller ufrivillig løsrivelse fra disse, oftere en stor del av sykdomsbelastningen og synes å være en aktiv del av symptomene disse pasientene oppgav. Dette kan godt forklares i kulturforskjeller. Det er allment kjent at mange asiatiske og afrikanske kulturer er mer kollektivistiske og at familien har en viktigere del i livet. Det er da også sannsynlig at

disse elementene blir mer fremtredende når man blir psykisk syk. Som vi også har sett på tidligere har mange av flyktingene og asylsøkerne også opplevd vesentlige traumer, mange av disse kan være knyttet opp mot familie. Dette kan være et aspekt av krysskulturell variasjon mellom behandler og pasient som kan føre til mangelfull forståelse og dårligere kontakt. Dette har, som vi har vært inne på, vesentlig betydning for deres tilfredsstillelse med behandling, livskvalitet, reduksjon i symptomer og i grunnen de fleste forhold rundt den psykiatriske behandlingen.

Tross dårligere sykdomsinnsikt syntes disse tre terapeutene selv likevel ikke at det var noe vesentlig forskjell i forklaringsmodellene på psykiatrisk sykdom som innvandrerne hadde i forhold til de etnisk norske. Dette har vi sett kan skape mangelfull kommunikasjon, men dette syntes de altså ikke var et vesentlig hinder. En barriere for behandlingen som alle legene likevel opplevde var grunnet i språkforskjeller. Alle tre syntes det var for dårlig dekning med tolker. De hadde alle eksempler på misforståelser og mangelfull behandling på grunn av problemer med å forstå hverandres språk. Ofte ble ikke-kvalifiserte tolker brukt, for eksempel vaskehjelper, til å kommunisere sensitiv og fortrolig informasjon. Det hendte også ikke helt sjelden at tolken var tilstede kun en eller to ganger, for eksempel bare ved innleggelsen, og siden var pasienten mer eller mindre isolert fra å kommunisere med personalet. Altfor ofte ble et tredjespråk brukt, for eksempel engelsk eller tysk, da gjerne med mangelfulle språkferdigheter både hos pasienten og behandler. Dette kunne se ut til å skape frustrasjon, særlig hos pasientene som virket å kunne oppleve utstøtning fra avdelingen, isolasjon og manglende kontakt. Hvis man kombinerer språkproblemene med kulturforskjellene og de varierende sykdomsforståelsene er det kanskje ikke rart at alle behandlerne følte de hadde problemer med å forså og kommunisere effektivt med disse pasientene. Tidligere i oppgaven har vi også vist nødvendigheten av god kommunikasjon og behandlingsallianse for tilfredshet, livskvalitet og etterlevelse med behandlingen. Man kan altså ikke se bort i fra at disse pasientene mottar et vesentlig dårligere behandlingstilbud fra det psykiatriske helsevesen enn etniske nordmenn.

Behandler 2s erfaringer fra psykiatrien fra andre nordiske land var også interessante. Han syntes at psykiatrien i København var noe mer tolerant overfor minoriteter enn det han hadde erfart fra Vindern. Men så hadde også pasientpopulasjonen en større andel av ikke-vestlige innvandrere på klinikken han var på i Danmark. Der var det også flere kolleger som var asiater og det virket som det var en mer aksepterende og flerkulturell stemning på avdelingen. På Island, derimot, var det ganske motsatt. Der var det langt mellom hver kollega eller pasient med en annen hudfarge, og når det først kom en ikke-vestlig innvandrer inn på avdelingen ble han eller hun som oftest møtt med skepsis, fordommer og diskriminering. Dette til tross for at det islandske samfunnet ofte er regnet for å være mer spirituell og tradisjonell, kvaliteter man ofte forbinner med ikke-vestlige kulturer. Et annet element som behandlerne merket seg spesielt ved disse pasientene, var at de ofte var i en sosialt usikker situasjon. Behandlerne opplevde ofte at mange hadde problemer med oppholdstillatelse, familiejenforening, arbeidstillatelse eller liknende. Det var tydelig at de ofte hadde større samfunnsmessige stressorer som ytterligere vanskeliggjorde deres situasjon. Her følte behandlerne ofte at de hadde lite å komme med. Utover legeattester, dokumentering av psykisk sykdom og henvisning til sosionom, var det lite

de kunne praktisk gjøre for å hjelpe pasientene. Kombinasjonen med vanskelig kommunikasjon, vanskelig forståelse av deres situasjon og vanskeligere for å yte hjelp til disse pasientene innrømmet de at nok var medvirkende til at de lettere skygget unna, ble mer skeptiske til og ofte vegret seg unna behandlingsansvar for slike pasienter. Behandler 3 sier at han ”sukker inni seg” når han hører at han får tildelt en slik pasient. Dette er tildels alarmerende funn, men er ikke utenkelig at er langt fra den reelle situasjonen.

Diskusjon og konklusjon

Vi har sett at innvandrerbefolkningen i Norge er stor og mangfoldig. Studier fra land vi burde kunne sammenlike oss med indikerer at det å være ikke-vestlig innvandrer kan være en risikofaktor for psykisk lidelse og at det å være flyktning kan gjøre en spesielt utsatt for psykiatriske symptomer. Vi har også kommet frem til at det er mye som peker mot at innvandrerpasienter ser ut til å ha mindre tilfredshet med det psykiatriske helsevern enn gjennomsnittsbefolkningen. I en studie fant man at pasienters tilfredshet med psykiatrisk behandling viste seg i stor grad å styre hvor villige de var til å søke ny behandling. Tilfredsheten kan også ofte påvirke behandlingseffekten, etterlevelse av behandlingen og til og med livskvaliteten til pasientene. Det kan derfor virke rimelig å undersøke innvandrerpatientene i Norge og deres tilfredshet med det psykiske helsevern.

Gjennom å se på flere forskjellige studier av innvandrers og minoritetsgruppers tilfredshet med det psykiske helsevern har vi funnet noen faktorer som veier tyngre og noen elementer som spesifiserer og gjør det mulig å trekke hypotetiske slutninger til tilstanden i Norge. Vi har blant annet sett at spesielt andregenerasjonsinnvandrere ofte er mindre tilfredse med det psykiske helsevern. Det å ha en annen etnisk bakgrunn som er vesentlig forskjellig kulturelt fra landet man blir født i synes å være en risikofaktor. Videre fant vi at forklaringsmodellen som man har på psykisk sykdom kan være med å påvirke hvor fornøyd man er med behandlingen man får. Hvis man tror på de samme forklaringene som behandlerne gjør blir man ofte mer tilfreds og kan få en behandlingsgevinst av dette. Her kom den store variasjonen kulturene i mellom tydelig frem. Sørøstasiatiske tenkemåter skilte seg fra sørasiatiske som igjen var annerledes fra afrikanske og latinamerikanske. Pasientene med biologiske årsaksforklaringer på psykisk sykdom, som behandlerne ofte hadde, oppgav at de fikk bedre kontakt med avdelingen og var mer tilfreds med behandlingen de fikk. Disse var det imidlertid få av blant innvandrerpatientene, de tenderte mot sosiale eller åndelige forklaringsmodeller. Det kan synes som at psykiatrisk helsepersonell har manglende innsikt i slike fortolkninger, og at dette skaper en unødig distanse mellom dem og pasientene. De innvandrerpatientene som hadde høyere utdannelse sto imidlertid nærmere behandlerne på dette punktet, de var også mer fornøyd med behandlingen. Dette kan dermed være en viktig side ved kulturforskjellene og peke på noen mulige årsaker til den observerte mistriivselen blant ikke-vestlige innvandrerpatienter i psykiatrien. Vi så også at minoritetspatienter som ikke hadde følt empati og forståelse av behandlerne var mindre tilfredse og hadde redusert livskvalitet og compliance. Dette underbygger videre på vår mistanke om manglende kulturell kompetanse og kanskje også toleranse og forståelse til behandlerne for innvandrerpatienter i psykiatrien.

Vi så også på en norsk studie som viste dette i psykiatrien i Norge. Der så man på behandlingen som noen samer fikk på psykiatrisk avdeling. Den studien avslørte knapphet og manglende interesse for minoritets kulturer og hvordan dette påvirker pasientene i psykiatrien. Dette kan gi oss en indikasjon på at det generelt er behov for større opplæring i psykiateres og psykologers kunnskapsnivå i krysskulturell psykiatri og psykologi. Ved å sammenlikne forskjellige instrumenter for måling av tilfredshet har vi kommet frem til at en mulig god løsning for et fremtidig større prosjekt kan være å bruke PasOpp instrumentet, men en bør dog passe på å få tilstrekkelig krysskulturell validering ved oversettelse til minoritetsspråkene.

Intervjuene av tre behandlere i psykiatrien viste i stor grad de samme funnene. Behandlerne identifiserte det aktuelle tema som et problemområde. Alle tre behandlerne som var intervjuet så ut til å mangle innsikt i innvandretpasienters hverdag. De hadde tendenser til å generalisere denne mangfoldige gruppen. De så på og behandlet innvandrerne som en stereotyp gruppe. Dette er også vist i en større studie av allmennlevers erfaringer med asylsøkere og flyktninger⁴⁶. Vi har imidlertid sett at det er veldig stor variasjon på kulturene og de forskjellige etniske gruppers forekomst og typer psykiske lidelser, akkulturasjonsnivå og tro. Det er også stor variasjon mellom kjønnene. Denne generaliseringen kan i seg selv være skadelig for behandlerens forståelse av disse pasientene, og dermed øke distansen, redusere tilfredsheten og miste verdifull potensiell behandlingseffekt. Behandler 3 yter også en følelse av hjelpeløshet og håpløshet i samhandling med disse pasientene, dette kan ligne en form for motoverføring. Det kan virke som han overfører sin egen usikkerhet og manglende evne til å hjelpe til å representere pasientens situasjon. Han reflekterer kanskje også frykt og ønske om distanse fra det man vet lite om og ikke tror man kan gjøre noe med. Dette fant man også spor av i den overnevnte studien av fastlegene. Et av de praktiske problemene med språk og mangel på tolker burde kunne løses med økte økonomiske midler til dette, kanskje ansette flere tolker, men dette er kanskje ikke så høyt på prioriteringslistene til sykehusene.

Veien videre – mulige løsninger

Hvordan kan man så løse problemet med krysskulturelle ubalansen i det psykiatriske helsevesen? Flere mulige løsninger har vært foreslått. I noen land har man prøvd koordinering og samkjøring av rase med behandler og pasient⁴⁷⁻⁴⁸. Dette har man stort sett hatt gode resultater med, med færre akutte innleggelser og kortere varighet av innleggelsene samt hyppigere kontakt med poliklinisk psykiatrisk behandling og økt tilfredshet blant pasientene. Dette kan imidlertid være resurskrevende og kanskje bare å gå rundt problemene ved å unngå integrering og nødvendigheten for kulturell kompetanse hos behandlerne. Ved å gå kulturforskjellene i sømmene har man i en kanadisk studie kommet frem til en såkalt ”kulturell konsultasjonsmodell” der man forsøker å få klarhet i vanlige kulturelle og språklige misforståelser som oppstår ved en psykiatrisk konsultasjon⁴⁹. Denne hjalp behandlerne i å komme med diagnoser og vurderinger for den kulturelt mangfoldige urbane befolkningen, og tilfredsheten økte. Det er sikkert mulig å

lage liknende verktøy her i landet, men det bør være rettet mot de kulturene som er mest relevante, dog kan dette være tids- og ressurskrevende. Enkelte forskere på feltet har til og med foreslått muligheten separate psykiatriske tilbud for disse gruppene av pasienter, men forfatteren er også selv klar over at dette kan marginalisere dem ytterligere fra samfunnet de lever i og er en del av⁵⁰.

I en av studiene vi har gjennomgått³ ble det foreslått at alle innvandrere som flytter til Norge gjennomgår den samme prosessen som flyktningene, nemlig stimulering av sosiokulturell integrering, dette kan nok hjelpe noe på vei, da en del faktorer i integrering og akkulturasjonsprosessen har vist å være beskyttende mot psykiatrisk sykdom hos disse pasientene. Dette kan være et gjennomførbart første skritt i riktig retning. Konklusjonen er dermed at innvandrere også i Norge sannsynligvis er mindre tilfredse med psykiatrisk behandling, men det trengs flere undersøkelser for å utforske dette nærmere. En kulturelt validert spørreundersøkelse vil kunne bekrefte dette. For å kunne tilby disse pasientene et godt psykiatrisk helsevern som de kan være tilfredse med er det nødvendig å få økt den kulturelle kompetansen til behandlerne, men bedre integrering kan også hjelpe. Ved å se på hva man har forsøkt i utlandet ser det ut til å finnes flere forbedringsmuligheter når man skal få økt tilfredsheten til innvandrerpasienter i det psykiske helsevern slik at de bruker det mer og får bedre behandling og livskvalitet.

Litteraturhenvisninger

¹ Forgaard TS (2006) Befolkningsstatistikk. Innvandrerbefolkningen, 1.1.2006. Statistisk Sentralbyrå. Tilgjengelig på <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef/>

² Dzamarija MT, Bergseteren T (2005) Befolkningsstatistikk. Flyktninger, 1. januar 2005. Statistisk Sentralbyrå. Tilgjengelig på <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/flyktninger/>

³ Thapa SB, Hauff E (2004) Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40: 78-84.

⁴ Foa EB, Stein DJ, McFarlane AC (2006) Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *Journal of Clinical Psychiatry* 67 Suppl 2:15-25.

⁵ Brewin CR, (2005) Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *Journal of Trauma Stress*. Feb;18(1):53-62.

⁶ McKenzie K (2004) Tracking the root cause. There are clear links between racism and the higher rates of mental illness among ethnic minority groups. *Mental Health Today*. Nov;: 30-2.

⁷ Bhui K, Stansfeld S, McKenzie K, Karlsen S, Nazroo J, Weich S (2005) Racial Ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the EMPIRIC Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom. *American Journal of Public Health*. Mar;95(3):496-501.

⁸ Gray AJ (2002) Stigma and Psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*; 95:72-76.

⁹ Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L (1997) On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health Society and Behaviour*; 38: 177-90.

¹⁰ Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW (2005) Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*. Dec;20(8):529-39.

¹¹ Angermeyer MC, Dietrich S (2006) Public beliefs and attitudes toward people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Mar;113(3):163-179.

¹² Lyngstad DG (2000) Stigma og Stigmatisering i psykiatrien; et område som krever innsats? *Tidsskriftet for den Norske Lægeforening*;120:2178-81.

¹³ Dana RH (1998) Problems with managed mental health care for multicultural populations. *Aug;83(1):283-94*.

-
- ¹⁴ Holcomb WR, Parker JC, Leong GB, Thiele J, Higdon J (1998) Customer satisfaction and self-reported treatment outcomes among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*. Jul;49(7):929-34.
- ¹⁵ Cochrane R, Stopes-Roe M (1981) Psychological symptom levels in Indian immigrants to England – a comparison with native English. *Psychological Medicine* 11:319-327.
- ¹⁶ Wikipedia (2006) From Wikipedia, the free encyclopedia. Tilgjengelig på <http://en.wikipedia.org/wiki/India#History>
- ¹⁷ Vega WA, Sribney WM, Aguilar-Gaxiola S, Kolody B (2004) 12-month prevalence of DSM-III-R disorders among Mexican Americans: nativity, social assimilation, and age determinants. *Journal of Nervous and Mental Disorders*. Aug;192(8):532-41.
- ¹⁸ Vega WA, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S, Alderete E, Catalano R, Caraveo-Anduaga J (1998) Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*. Sep;55(9):771-8.
- ¹⁹ King M, Nazroo J, Weich S, Bhui K, McKenzie K, Karlsen S, Stansfeld S, Tyrer P, Blanchard M, Lloyd K, McManus S, Sproston K, Erens B (2005) Psychotic symptoms in the general population of England – a comparison of ethnic groups (The EMPIRIC study). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. May;40(5):375-81.
- ²⁰ Fearon P, Kirkbride JB, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T, Hutchinson G, Tarrant J, Lun Alan Fung W, Holloway J, Mallett R, Harrison G, Leff J, Jones PB, Murray RM (2006) Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. *Psychological Medicine*. Aug 29;:1-10.
- ²¹ Cantor-Graae E, Seltén JP (2005) Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*. Jan;162(1):12-24.
- ²² Tosevski DL, Lilovancevic MP (2006) Stressful life events and health. *Current Opinion in Psychiatry*. Mar;19(2):184-9.
- ²³ Bayard-Burfield L, Sundquist J, Johansson SE (2001) Ethnicity, self reported psychiatric illness, and intake of psychotropic drugs in five ethnic groups in Sweden. *Journal of epidemiology and Community Health*. Sep;55(9):657-64.
- ²⁴ Porter M, Haslam N (2005) Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Aug 3;294(5):602-12*.
- ²⁵ Berg JE, Johnsen E (2004) Innlegges innvandrere oftere enn etniske nordmenn i akuttpsykiatrisk avdelinger? *Tidsskriftet for Den norske lægeförening*. Mar;124(5):634-6.
- ²⁶ Lay B, Lauber C, Rossler W (2005) Are immigrants at a disadvantage in psychiatric in-patient care? *Acta psychiatrica Scandinavica*. May;111(5):358-66.
- ²⁷ Iversen VC, Morken G (2003) Acute admissions among immigrants and asylum seekers to a psychiatric hospital in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Sep;38(9):515-9.
- ²⁸ Iversen VC, Morken G (2004) Difference in acute psychiatric admissions between asylum seekers and refugees. *Nordic Journal of Psychiatry*. 58(6):456-70.
- ²⁹ Syed HR, Dalgard OS, Dalen I, Claussen B, Hussain A, Selmer R, Ahlberg N (2006) Psychosocial factors and distress: a comparison between ethnic Norwegians and ethnic Pakistanis in Oslo, Norway. *BMC Public Health*. Jul 10;6:182.
- ³⁰ Sam DL, Berry JW (1997) Acculturative stress among young immigrants in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology* Mar;36(1):10-24.
- ³¹ Oppedal B, Røysamb E og Heyerdahl S (2005) Ethnic group, acculturation, and psychiatric problems in young immigrants. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Jun;46(6):646-60.
- ³² Wiersma D, van Busschback J (2001) Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Oct;251(5):239-46.
- ³³ Parkman S, Davies S, Leese M, Phelan M, Thornicroft G (1997) Ethnic differences in satisfaction with mental health services among representative people with psychosis in south London: PRiSM study 4. *British Journal of Psychiatry*. Sep;171:260-4
- ³⁴ Ruggeri, M. (1994) Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 212-227
- ³⁵ Henderson C, Hales H, Ruggeri M (2003) Cross-cultural differences in the conceptualisation of patients' satisfaction with psychiatric services--content validity of the English version of the Verona Service Satisfaction Scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Mar;38(3):142-8.

-
- ³⁶ Hotopf M (2001) Over-representation of Black people in secure psychiatric facilities. *The British Journal of Psychiatry*. Jun;178:575
- ³⁷ McCabe R, Priebe S (2004) Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*. Jul;185:25-30.
- ³⁸ Callan A, Littlewood R (1998) Patient satisfaction: ethnic origin or explanatory model? *International Journal of Social Psychiatry*. Spring;44(1):1-11
- ³⁹ Gillispie R, Williams E, Gillispie C (2005) Hospitalized African American mental health consumers: some antecedents to service satisfaction and intent to comply with aftercare. *American Journal of Orthopsychiatry*. Apr;75(2):254-61.
- ⁴⁰ Holocomb WR, Parker JC, Leong GB (1997) Outcomes of inpatients on a VA psychiatric unit and a substance abuse treatment unit. *Psychiatric Services*. May;48(5):699-704.
- ⁴¹ Sørli T, Nergård JI (2005) Treatment satisfaction and recovery in Saami and Norwegian patients following psychiatric hospital treatment: a comparative study. *Transcultural Psychiatry*. Jun;42(2):295-316.
- ⁴² Garrat A, Danielsen K, Bjertnæs ØA, Ruud T (2006) PasOpp – en metode for å måle brukererfaringer i psykisk helsevern. *Tidsskriftet for den Norske Lægeforening*. Mai 11;126(10):1478-80.
- ⁴³ Bjertnæs ØA, Garrat A, Johannessen JO (2006) Innsamlingsmåte og resultater i brukerundersøkelser i psykisk helsevern. *Tidsskriftet for den Norske Lægeforening*. Mai 11;126(10):1481-3.
- ⁴⁴ Corless IB, Nicholas PK, Nokes KM (2001) Issues in cross-cultural quality of life research. *Journal of Nursing Scholarship*. 33(1):15-20.
- ⁴⁵ Gureje O, Lasebikan VO, Ephraim-Oluwanuga O, Olley BO, Kola L (2005) Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *British Journal of Psychiatry*. May;186:436-41
- ⁴⁶ Grut L, Tingvold L, Hauff E (2006) Fastlegens møte med flyktninger. *Tidsskriftet for den Norske Lægeforening*. Mai 11;126(10):1318-20
- ⁴⁷ Ziguras S, Klimidis S, Lewis J, Stuart G (2003) Ethnic matching of clients and clinicians and use of mental health services by ethnic minority clients. *Psychiatric Service*. Apr;54(4):535-41.
- ⁴⁸ Ortega AN, Rosenheck R (2002) Hispanic client-case manager matching: differences in outcomes and service use in a program for homeless persons with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2002 May;190(5):315-23.
- ⁴⁹ Kirmayer LJ, Groleau D, Guzder J, Blake C, Jarvis E (2003) Cultural consultation: a model of mental health service for multicultural societies. *Canadian Journal of Psychiatry*. Apr;48(3):145-53.
- ⁵⁰ Bhui K, Sashidharan SP (2003) Should there be separate psychiatric services for ethnic minority groups? *British Journal of Psychiatry*. Jan;182:10-2.