

Aisha Bigset

Rett hjelp til rett tid?

Minoritetskvinneres refleksjoner om psykisk helse og psykologiske tjenester.

Masteroppgave i Likestilling og mangfold

Veileder: Priscilla Ringrose

Medveileder: Zoran Lee Pecic

Juni 2022

Aisha Bigset

Rett hjelp til rett tid?

Minoritetskvinnens refleksjoner om psykisk helse og psykologiske tjenester.

Masteroppgave i Likestilling og mangfold
Veileder: Priscilla Ringrose
Medveileder: Zoran Lee Pecic
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Det humanistiske fakultet
Institutt for tverrfaglige kulturstudier



Kunnskap for en bedre verden

Læringsmål

Læringsutbytte

En student som har fullført programmet, forventes å ha oppnådd følgende læringsutbytte, definert i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse:

Kunnskap

Kandidaten har

- avansert kunnskap om det tverrfaglige kjønnsforskningsfeltets sentrale teorier, debatter og kontroverser
- spesialisert innsikt i så vel historiske som samtidige endringsprosesser knyttet til likestilling og mangfold i det norske samfunnet, i lys av internasjonale og globale kontekster
- kunnskap på høyt nivå om hvordan kjønn som sosial og symbolsk kategori kan virke sammen med andre sosiale og symbolske kategorier og fenomener.

Generell kompetanse

Kandidaten kan

- gjennomføre et selvstendig, avgrenset forsknings- og utredningsarbeid i tråd med gjeldende forskningsetiske normer
- anvende sine kunnskaper og ferdigheter på nye områder i tverrfaglig dialog og samarbeid med andre eksperter
- formidle resultater av eget faglig arbeid muntlig og skriftlig på en selvstendig måte både til eksperter og allmennhet

Ferdigheter

Kandidaten kan

- identifisere og arbeide selvstendig med praktiske og teoretiske problemer knyttet til likestilling og mangfold i konkrete samfunnsmessige sammenhenger
- vurdere og benytte relevante metoder og teorier for undersøkelse og analyse av kjønn og eventuelt andre sosiale kategorier i spesifikke empiriske problemstillinger på en selvstendig måte
- analysere og forholde seg kritisk til problemstillinger knyttet til forståelser av kjønn, likestilling og mangfold på ulike samfunnsarenaer og derigjennom se og anvende flere tilnæringsmåter

Sammendrag

Denne oppgaven om minoritetskvinner og psykisk helse er basert på åtte kvalitative intervjuer med minoritetskvinner i alder tjue til femti i Norge. Intervjuene ble gjennomført vår 2021. Informantene jeg har snakket med har sine bakgrunn fra flere land, og noen er født i Norge med foreldre fra Norge, men også Asia, Afrika og Sør-Amerika. Med problemstilling: Hvordan forstår minoritetskvinner psykisk helse og hva er deres erfaring i møte med helsepersonell? Med sentrale begreper som interseksjonalitet, identitet og mangfold prøver jeg å undersøke ulike faktorer som de erfarer påvirker deres mentale helse.

Formålet med denne masteroppgaven er å bidra til informasjon, forståelse og kunnskap av psykisk helse blant minoritetskvinner i Norge og ved å intervjuer minoritetskvinner har jeg kunnet undersøke de ulike meninger og erfaringer som minoritetskvinner sitter med når det gjelder deres personlige erfaringer, men også hvordan de opplever møte med hjelpesystemet.

Oppgaven er bygd på tre analysekapitler. Første analysekapittel en tar for seg det som informanter anser som god psykisk helse, og psykisk helse mellom informanter og deres foresatt eller nære og her vil man få innblikk i hvordan psykisk helse blir håndtert i ulike kulturer. Helt til slutt deler informantene ulike årsak til hvorfor de oppsøker profesjonell hjelp for sine psykiske utfordringer og lidelser. Analysekapittel to tar for seg de positive og negative erfaringer som informanter har med hjelpesystem og i disse sitatene vil vi få innblikk i de ulike erfaringer som informantene har med psykolog miljøterapeut. Analysekapittel tre handler om det et ønsket som mange av informantene har, som er mangfold blant behandlere.

De avsluttende refleksjoner handler om de ulike funnene og faktorer som påvirker den psykiske helse til minoritetskvinner.

Summary

Right help, right time? - reflections of minority women on mental health and mental health services in Norway

This thesis on minority women and mental health is based on eight qualitative interviews with women living in Norway with an ethnic-minority background, aged 20 to 50. The interviews were conducted spring 2021. The interviewees are of diverse backgrounds, some being born in Norway with parents also from Norway, others with backgrounds from Asia, Africa, and South America.

The research question is: "How do minority women in Norway understand mental health and what are their experiences from encounters with the Norwegian public health services?"

Using central terms like intersectionality, identity, and diversity, I attempt to explore factors which they perceive to influence their mental health. The aim of this Master's thesis is to build a knowledge base and increase understanding on how mental health is perceived and understood among minority women in Norway. Through interviews, I have been able to explore the opinions and experiences held by minority women based on their personal accounts — and further to document how they have experienced encounters with governmental support systems.

This thesis builds on three analysis chapters. Analysis chapter one addresses what the interviewees regard as good mental health and what they consider to be a healthy emotional relationship between themselves and their guardians, and/or immediate family. This gives an insight into how different cultures perceive and handle mental health. This chapter also describes their various reasons for seeking out professional help for mental health issues and conditions, as shared by the interviewees.

Analysis chapter two addresses the positive and negative incidents the interviewees have had with various public support systems, giving an insight into the different encounters the interviewees have had with psychotherapists, social educators, and other professionals.

Analysis chapter three addresses the importance of diversity amongst therapists, a point lifted by several of the interviewees. The concluding reflections discuss the various findings regarding factors perceived to affect mental health.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært inspirerende, krevende og lærerikt. Denne masteroppgaven hadde jeg ikke fått til alene uten all den hjelpen jeg har fått underveis og derfor er det mange jeg ønsker å takke.

Mine dyktige veiledere Priscilla Ringrose og Zoran Lee Pecic for tålmodigheten, oppmuntring og gode tilbakemeldinger. Mine fantastiske informanter som stilte opp på intervju.

Hanna Magnussen Krogvold for at du hadde tid til å ta språkvasken. Haldis Kismul fra Inno Camp på Steinkjer for hjelpen med engelsken til sammendrag.

Min mamma Feza Nibigira for den gode maten og mye latter sammen. Min pappa Ali Ntibashirinzigo for lange samtaler, støtte og gode råd. Mine søstre Assia, Amina, Adidja, og Asha og mine brødre Madjidi, Ali, Abubakar, Alka og Saidi for at dere alltid oppmuntrer og minne meg på viktighet med utdanning. Mormor Irene, morfar Øyvind for gode stunder og klemmer. Tante Merethe for at jeg får låne mormor og morfar på Othilienborg.

Likestillingscenter Kun for sommerjobb, erfaring og inspirasjon. Mine venner på Beitstad for å ha troa på at jeg klarte å fullføre denne master. Mine venner i Barteby for at dere har tatt vare på meg under hele studietiden. Mine venner som har kommet med gode tips til bøker å lese under hele studietiden.

Mine medstudenter i klassen for at dere har vært så inkluderende. De som satt på Moholt bibliotek med meg Sanna og Anna Camilla for at dere var hjelpsomme hele tiden. De på lesesalen min Hanna, Ada og Katrine for at dere er fantastiske.

Steindal skole for å at dere har tatt vare på min sønn Abdul. Moholt studentbarnehage for at dere har tatt vare på min datter Emma.

Line Skori og resten av AMM gjengen som bidrar aktivt for å holde liv i prosjekt tøybind, spesielt mens jeg har vært litt opptatt med skriving av oppgaven.

Ståle Arne Bigset, ektemannen min som har vært en god støttespiller som jeg har delt glede, og frustrasjon med gjennom hele prosessen. Jeg er takknemlig for at vi har hverandre.

Jeg var heldig og mottok to priser under masterprosjekt, og jeg vil også takke for de som nominert meg og mente at jeg var en verdig vinner av Trondheim kommune sin inkluderingspris for 2020, og Steinkjer kommune sin likestilling og mangfoldspris for 2022. Jeg føler meg så ydmyk og takknemlig for disse prisene som betyr mye for meg.

Takk til norsk myndigheter og det norske samfunnet som tok imot meg og familien min for 20 år siden som FN-flyktninger, for uten deres kjærlighet og varm velkomst hadde jeg ikke vært på universitet. Tusen takk alle sammen.

Aisha Bigset

Trondheim, juni 2022

Innhold	
Sammendrag	3
Summary	4
Forord	6
Kapittel 1: Innledning	12
Introduksjon	12
Psykisk helse under pandemien.....	12
Presentasjon av problemstilling	12
Valg av tema	13
Personlig motivasjon	14
Tidligere forskning.....	15
Oppgavens oppbygning.....	17
Kapittel 2: Teori	18
Introduksjon	18
Interseksjonalitet.....	18
Identitet.....	19
Mangfold.....	20
Oppsummering	21
Kapittel 3: Metode	22
Introduksjon	22
Kvalitativ metode.....	22
Intervjuguide.....	23
Gjennomføring av intervju	23
Valg av informanter	24
Behandling av datamateriale	25
Etiske utfordringer.....	26
Forskerrollen og posisjonering	26
Analysemetoden.....	27
Oppsummering	29
Kapittel 4: Refleksjoner rundt psykisk helse	30
Introduksjon	30
God psykisk helse.....	30
God psykisk helse er åpenhet.....	31
Godt psykisk helse er å vite hvilken hjelp man kan få	32
God psykisk helse er trygge relasjoner.....	33

God psykisk helse er å finne motivasjon og oppnå sine mål	33
God psykisk helse er indre ro	34
God psykisk helse hemmes ikke av utfordringer	35
Informantenes meninger og opplevelser når det gjelder psykisk helse i andre kulturer utenfor Norge.....	36
Er psykisk sykdom et luksusproblem?	36
Enten er man helt frisk eller så er man gal.....	37
Mentalt breakdown.....	38
Psykisk helse er ikke tema i hjemlandet fordi de mangler kunnskap.....	39
Tabuer om psykisk helse finnes i alle kulturer.....	40
Informantenes egne personlige historier rundt psykisk helse	41
I hjemlandet var du kanskje rik, men her må du begynne på nytt.....	41
Forskjellsbehandling og den psykisk helse	42
Vanskelig barndom kan påvirke den psykiske helse	44
Det er ikke lett å snakke om psykisk helse.....	46
Jeg mistet kontroll.....	46
Oppsummering	47
Kapittel 5: De gode og dårlige erfaringer.....	49
Introduksjon	49
Jeg var heldig med min psykolog.....	49
Psykologen møtte meg halvveis så jeg kunne gå i behandling	50
Selv om jeg fikk raskt hjelp så er det mange som ikke får hjelp.....	51
Psykologen jeg hadde var dyktig og jeg følte meg mye bedre etterpå	52
Jeg er fornøyd og takknemlig for min psykolog	52
Informantenes negative møter med psykolog	53
Systemet har sviktet meg	53
Jeg følte meg verre av å gå til psykolog	54
Jeg ble fremmedgjort.....	55
Psykologen min forstod ikke min bakgrunn	56
Oppsummering	56
Kapittel 6: Et ønske om mangfold	57
Ansette folk som har kulturforståelse.....	57
Vi må ha holdningsarbeid.....	58
Vi må ha mer åpenhet og forskning.....	59
Media gir ikke alltid riktig informasjon.....	59

Vi trenger flere psykolog med andre bakgrunn og religioner.....	60
Vi trenger flere psykolog med minoritetsbakgrunn.....	61
Oppsummering	61
Kapittel 7: Avsluttende refleksjoner	62
Forslag for endringer.....	64
Konklusjon.....	65
Litteraturliste	66
Vedlegg 1 - Intervjuguide	70
Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	72

Kapittel 1: Innledning

Introduksjon

Verdens Helseorganisasjon definerer god psykisk helse som en tilstand av velvære der individet kan håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra for samfunnet. (Nordengen, 2016:10). Vi mennesker er forskjellige og håndterer livets vanskeligheter på ulike måter. Noen mennesker kan, for eksempel, oppleve å ha depresjon og klare å komme seg på jobb, mens andre må kontakte psykolog for å komme seg gjennom en krise. Da landet ble stengt ned 12.mars 2020 var det ikke bare bedrifter, skoler og privatpersoner som ble rammet. Det var også mennesker med utfordringer innen psykisk helse og rus. Pandemien har ikke tatt hensyn til noen, og mange grupper i samfunnet måtte under strenge tiltak og restriksjoner. Psykisk syke er en ekstra sårbar gruppe fordi mange hadde det vanskelig fra før. Når samfunnet ble stengt ned var denne gruppen en av de som ble hardt rammet (Reitan, 2021).

Psykisk helse under pandemien

I begynnelsen av koronapandemien ble det snakket mye om psykisk helse i media, hvor myndighetene og det offentlige viste en stor bekymring for alle grupper i samfunnet som kunne bli påvirket psykisk, fordi mange ble isolert fra deres vanlige omgangskrets over lang tid på grunn av restriksjoner angående smittefaren. De gruppene som allerede ble definert som ekstra sårbare for korona ble gjenstand for stor bekymring angående både fysisk, og særskilt, psykisk helse. Covid-19-pandemien har ført til store utfordringer for helsevesenet og folkehelsepolitikk globalt, så vel som her i Norge. (Sivertsen & Mydland, 2021).

Pandemien medførte restriksjoner og store endringer i samfunnet, hvilket viste at mennesker som lever med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse er særlig sårbare for omveltninger. De restriksjoner som ble innført angående det å holde seg hjemme, og ha egne kohorter, skapte hindringer for hvordan ulike grupper kunne ha tilgang til hjelp. Psykisk helse ble et av de store temaene i det offentlig under pandemien, og det ble mye snakk om den psykiske påvirkningen befolkningen generelt led under i pandemien. Men, fokuset var på psykisk helse generelt, for alle, og jeg hadde lyst til å finne ut hvordan det står til med minoritetsbefolkningen.

Jeg ønsket å skrive om psykisk helse blant minoritetskvinner i Norge. Jeg ble særskilt interessert i å finne ut hvordan denne gruppen håndterte de psykiske utfordringene i livet ut ifra hva de opplevde som minoritet i Norge, hvordan de selv definerte sine psykiske utfordringer og hvilken måte de ble møtt med i hjelpeapparatet, dette spesielt etter å ha sett på en levekårsundersøkelse blant innvandrere gjort i 2016 hvor rapporten viser at andelen som rapporterte om psykiske plager, var høyere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig (Folkehelseinstituttet, 2016).

Presentasjon av problemstilling

I min masteroppgave har jeg valgt å skrive om psykisk helse blant minoritetskvinner i Norge og min problemstilling er: *Hvordan forstår minoritetskvinner psykisk helse og hva er deres erfaringer i møte med helsetjenester i Norge?*

En problemstilling kan være «et overordnet tema forskningen er å belyse, eller det spørsmålet forskningen er tenkt å besvare» (Skilbrei, 2019:102). Problemstillingen skal sette søkelys på de ulike tema som kommer i analysedelen, som vil gi oss svar på ulike faktorer som påvirker den psykiske helsen til minoritetskvinner i Norge. En god problemstilling er mulig å svare på ut fra den empirien eller kildene forskeren har. Den skal være kort og godt formulert (Fekjær, 2013:25). På grunn av globalisering og omfang av internasjonal migrasjon er forskningen på minoritetsgrupper enorm og stadig voksende (Berg & Holt, 2020:50). Det norske samfunnet endrer seg med globalisering og økt innvandring, noe som gjør at vi får et sammensatt og mangfoldig samfunn og det byr på utfordringer på mange ulike områder, helsesektoren inkludert. Jeg har valgt tema på grunn av mitt engasjement for mangfoldig representasjon i hjelpeapparatet. «Det kan være en fordel å ha personlig engasjement da jeg dermed forstår miljøet jeg forsker på og har en indre motivasjon i arbeid med prosjektet.» (Fekjær 2013:18). Minoritetskvinner som jeg har intervjuet har sine røtter fra Norge, Asia, Afrika, og Sør-Amerika. Det mangfold som er blant informanter tillater oss å se hvem som kategoriserer seg selv som minoritetskvinne.

Valg av tema

Psykiske helseproblemer er en av Norges største helse- og samfunnsutfordringer, og det er også problemer som har store omkostninger både for enkeltpersoner, familier og samfunn. Dette er også en av årsakene til at norske myndigheter arbeider aktivt for å bedre psykiske helse for hele befolkningen. Vår regjering mener at vi har behov for mer forskning som kan bidra til mer kunnskap og bedre kvalitet i folkehelsearbeidet og i behandlingsleddene, mer forskning generelt som utføres på primærhelsetjenestens premisser, med vekt på funksjon, mestring, tilhørighet, selvstendighet og muligheter. Det er manglende kunnskap om effekt og forskjellige tiltak og behandlingsformer, og det gjøres i liten grad effektmåling av behandlingen rundt den enkelte pasient. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Min masteroppgave er relevant og viktig i et samfunnskontekst fordi jeg ønsker å sette søkelys på minoritetskvinnens psykiske helse, og ettersom forskning viser oss at migrasjonserfaring, generasjonskonflikter og diskriminering kan være noen av årsaksforklaringene til dårlig psykisk helse. (Salimi, 2007) skal jeg se nærmere på hvordan kvinner med minoritetsbakgrunn har det med sin psykiske helse her i Norge. Jeg vil konsentrere meg om de som allerede har erfaring med psykisk helse og som har søkt helsevesenet om hjelp.

Psykisk helse får stadig mer oppmerksomhet i Norge, og koronapandemien har fått mange til å innse at vi må fortsette å ta psykisk helse på alvor, også etter at restriksjonene opphører. Jeg ønsker å identifisere de ulike faktorer som påvirker psykiske helse blant minoritetskvinner, og høre på informantenes erfaringer og hva de mener skal til for å bedre tilbudene eller de tilbudene som allerede finnes. I møte med hjelpeapparatet opplever dessverre en rekke minoritetskvinner at medieskapt stereotypier og fordommer former hjelpearbeideres tilbud og tilnærming (Salimi, 2007). Psykisk helse er et sårbart tema, og mange kan nok lide i det stille uten å ha kunnskap om hvilken hjelp som finnes. Når vi bidrar til å skape åpenhet i forhold til psykisk helse og motarbeide tabuer og skamfølelse, er vi også med å øke kunnskap om minoritetskvinnens situasjon (Salimi, 2007) Et helhetlig arbeid som inkluderer en bevisstgjøring rundt hva psykisk helse er, samt hvordan man kan

få hjelp som bidrar til økt kunnskap om psykisk helse blant minoritetskvinner, og likeverd behandling i møte med helsepersonell er et godt mål.

Personlig motivasjon

Jeg kom til Norge som FN-flyktning og har bodd i Norge i 20 år. I løpet av disse årene har jeg fått et stort nettverk hvor noen av mine venner har samme bakgrunn som meg selv, og noen er født i Norge og har foreldre med innvandrerbakgrunn. Vi snakker mye om forskjellige saker her i Norge, mange viktige saker som påvirker hverdagen vår på forskjellige måter og vi gir råd til hverandre om hvordan vi best kan løse diverse problemer. Men psykisk helse blir sjelden nevnt av noen av oss og det gjorde meg nysgjerrig på hvordan det står til med den psykiske helse til minoritetskvinner her i Norge. Dette er drivkraften som driver meg til å skrive en masteroppgave om minoritetskvinner sin psykiske helse her i Norge, et dypdykk inn i forholdene for at jeg selv skal bli mer bevisst på hvordan forskjellige hendelser påvirker livet til mennesker, hvor psykisk helsevern er en viktig del av det å komme ut av et behandlingsløp som et godt fungerende menneske med en psykisk helse som er kontrollerbar for hver enkelt av oss.

Et annet spørsmål jeg stiller meg selv er hvorfor det ikke er noe særlig åpenhet angående psykisk helse generelt i samfunnet, og er det mulig at det er forskjeller i hvor åpne mennesker er i forhold til deres etnisitet eller kulturelle tilhørighet. Det er sjelden man treffer mennesker som åpent forteller at de har søkt hjelp angående psykiske problemer, uansett etnisitet, her i Norge. Er det fortsatt slik at noen mennesker forbinder psykisk helsevern med skam, eller redsel for å bli sett på som et mindreverdig menneske? Før i tiden ble mennesker med psykisk problem sett på som «gale» mennesker som ikke hadde noe i samfunnet å gjøre, de ble plassert på institusjoner som på mange måter prøvde å helbrede de psykiske syke, det gjelder behandlinger som lobotomering, elektroshokk uten narkose og diverse andre uverdige prøvelser for de psykiske syke. «Medisinering i institusjoner blir kritisert i alle periodene, og er det hjelpetilbud hvis virkning oftest blir beskrevet. Kritikken er sammenfallende, uavhengig av pasientene fikk forordnet beroligende medikamenter på 1910-tallet eller om de brukte nevroleptika eller antidepressiva fra 1950 og framover. Holck (1918) minnes med gru det beroligende medikamentet kloral. Opplevelsen av å bli fratatt kontrollen på den måten var skremmende.» (Larsen & Andersen, 2011)

Som et menneske med en psykisk lidelse hadde man dessverre ingenting man skulle ha sagt. Det var ikke noe samarbeid eller samtale mellom behandler og pasient, noe som førte til at mange følte på skam og svikt. «Psykiatriens historie er i stor grad en historie om nye overgrep i medisins navn» (Thorgersen, 2012). Metodene som ble brukt før for å behandle de med psykiske lidelser var grusomme. Det var vanlig at psykiske syke, også gale som enkelte brukte å kalle dem, ble innsperret på et loft eller i en kjeller. Der kunne pasienter sitte eller ligge og holde rundt seg selv, eller ule eller snakke sprøyt med seg selv. Pasienter med psykiske problemer ble før i tiden sett på som et samfunnsproblem og noen døde i disse institusjonene. Dette er det ikke så mange år siden ble slutt på, mange overlevende kan fortelle rystende historier om sine opplevelser i datidens psykiske helsevern. Den siste lobotomeringen ble utført i 1974 her i Norge.

Etter hvert som disse historiene, om hvordan mennesker med psykiske lidelser ble behandlet, ble kjent så ble mange forsiktige angående det å søke hjelp for sine lidelser, de foretrakk å lide i stillhet for ikke å havne på slike institusjoner. Dette har medført at åpenhet om egen psykisk helse har vært tilnærmet et ikketema her i Norge i mange år. Redsel for

å havne på galehus og redsel for hva den psykiske helsevern kunne bidra med var stor. Skepsis til hjelpeapparatet har vært dominerende i mange år, det er nå i de siste årene at ting har begynt å løsne litt når det gjelder tiltroen til psykisk helsevern her i Norge. Men ennå er mange skeptiske, tidligere historier florerer enda, og det er ikke alle som stoler på helsevesenet som sviktet så mange for selv om man ikke opplever svikt selv, så kan man bli påvirket av å lese andre som opplever det. «En fokusforflytting fra sykdom til helse innebærer at vi som samfunn har en forståelse av den syke som noe mer enn bare syk. Det medmenneskelige aspektet forsterkes og likeverdigheten føyer seg naturlig inn når man forstår helse og uhelse som noe som angår alle» (Larsen & Andersen, 2011). Dette er også en god påminnelse om alle oss kan oppleve å gå gjennom perioder i livet hvor vi har behov for hjelp med vår psykisk helse, med andre ord: Det angår alle oss. Når vi ser på historiske tilbakeblikk innen psykisk helse ser vi at det tok tid før det kom endringer og lover som krevde at psykiske syke skulle få pleie og omsorg.

Når jeg leser om hvor stigmatiserende det psykiske helsevernet har fungert historisk ble jeg mer inspirert i å finne ut av hvordan minoritetskvinner ble møtt av helsevesenet når de søkte hjelp for sine utfordringer, og om gamle fordommer fortsatt er til stede i hjelpeapparatet og blant de mulige pasientene. Med mer kunnskap har vi fått et samfunn og hjelpesystem som har mer aksept og forståelse for de som har psykiske lidelser, men jeg lurer også om dette betyr at alle pasienter får lik behandling når de oppsøker hjelp fra det offentlige.

Tidligere forskning

I en norsk sammenheng sammenligner de fleste studier om psykisk helse ofte hvordan det står til med minoritetsbefolkning i forhold til majoritetsbefolkning. Jeg har sett på noen av de tekstene som tar for seg psykisk helse blant minoritetskvinner i Norge og det kommer en presentasjon av hver tekst som jeg mener er relevant som tidligere forskning for min masteroppgave. I noen av artiklene som handler om psykisk helse blant minoritetskvinner i Norge bruker noen av forfatterne minoritet og andre bruker ordet innvandrerkvinner. Om man søker opp psykisk helse blant minoritetskvinner vil man også få opp helse i innvandrerbefolkningen og psykisk helse blant flyktninger. Nå skal vi se på noen av de artiklene og forskningsoppgaver som omhandler psykisk helse blant minoritetskvinner.

Den første teksten er en masteroppgave av Memoona Hussain skrevet i 2010 med tittel "Selvstendige eller undertrykte", en studie av etniske minoritetsjenters psykiske helse. Det ble gjort et kvalitativt forskningsintervju som metode for å finne ulike faktorer som preger psykisk helse til etniske minoriteter fra ikke-vestlige land. En av de hovedspørsmålene som ble stilt underveis var om det var virkelig slik at etniske minoritetsjenter har det så vanskelig, og er det sant at de måtte ta et oppgjør med sin kultur og familien for å vise at de er godt integrert i det norske samfunnet? Med denne oppgaven ønsket forfatter å finne ut hvordan det står til med minoritetsjenter sin psykiske helse når de fleste debatter handler om hvordan minoritetsjenter blir offer for sin egen kultur, og det er slike problemorienterte emner rundt denne gruppen er med på å fremstille stereotyper som for eksempel "stakkars undertrykte minoritetsjente". Slike vinklinger antyder også at minoritetsjenter må velge den norske kulturen for å leve et godt liv i det vestlige samfunnet, ellers kan de risikere å leve det media har omtalt som et "dobbeltiliv".

Den andre teksten jeg skal presentere er en masteroppgave av Ingrid Daatland Indahl skrevet i 2020 med tittel "Hvordan fremme god psykisk helse blant gravide minoritetskvinner". Dette er en systematisk litteraturstudie hvor hensikten var å samle

kunnskap om hvilke faktorer som fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet med problemstilling "hvordan kan jordmor fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner svangerskapet". Med kvalitativ metode og tematisk analyse ble seks hovedtemaer identifisert: relasjonsbygging, screening, kompetanseheving, kommunikasjon, livssituasjon, kultur og religion kan alle påvirke hverandre eller den psykisk helse. Konklusjonen i oppgaven var at for å fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskap er økt trygghet i livssituasjoner, god og varig relasjon til jordmor viktig. Det kom frem i funnene at psykisk helse kunne være et stigmatiserende begrep, og screening kunne være et verktøy som kan åpne for å normalisere temaet.

Den tredje teksten jeg skal presentere er også en masteroppgave i sosiologi av Cecilie R. Olsen fra 2011 med tittel «Likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning». Likeverdige helsetjenester er et grunnleggende prinsipp i det norske helsevesenet. Studien baserer seg på offentlige dokumenter og intervju med ti helsearbeidere som jobber med pasienter med innvandrerbakgrunn. Målet med studien er å finne ut hvordan helsevesenet tilrettelegger behandlingen. Masteroppgaven har sett på tiltak som er satt i verk for å oppnå målet om likeverdige helsetjenester. Noen av hovedspørsmålene i oppgaven er hvordan myndighetene jobber for å oppnå en likeverdig helsetjeneste, hvilke tiltak som er satt i gang og hvordan kulturforskjellene mellom bruker og helsepersonell håndteres. Undersøkelsen viser at språkproblemer og kulturelle ulikheter gjør det utfordrende for helsepersonell å yte gode helsetjenester, for underveis kom det frem at sykdomsforståelsen er noe som varierer fra menneske til menneske og kultur til kultur. Funnene i oppgaven viser at pasienter med ikke-vestlig innvandrerbakgrunn har dårligere helse enn majoritetsbefolkningen. Nye og ofte sammensatte sykdomsproblemer krever nye behandlingsmåter. For at pasienter med innvandrerbakgrunn skal komme opp på samme nivå som majoritetsbefolkningen når det gjelder helse kreves det tilrettelegging av helsetjeneste.

Den fjerde teksten jeg skal presentere er et helseprosjekt med tittel «God helse også for minoritetskvinner» som ble gjort av Likestilling, Inkludering og Nettverk (LIN), en frivillig organisasjon som jobber for inkludering av minoritetsspråklige kvinner i det norske samfunnet. Prosjekt foregikk fra 2014 til 2015 hvor formålet var å forebygge psykiske og somatiske plager ved å bidra til økt kroppsøving, aktivitet, trivsel og kunnskap. Prosjekts aktiviteter var tredelt med yoga-kurs, turer og helseseminarer, og det var ca. 250 kvinner og deres barn som deltok. Innvandrerbefolkningen i Norge skårer dårligere enn majoritetsbefolkning på viktige levekårsfaktorer (Bydel Grorud, 2010). I tillegg blir innvandrernes møte med hjelpeapparatet vanskelig fordi tjenestene ofte mangler et minoritetsperspektiv. Dermed oppnår ikke innvandrere likeverdige tjenester. Et av hovedmålene med prosjektet var å forebygge fysiske og psykiske helse sykdommer blant minoritetsspråklige kvinner. De funnene som ble gjort er hvordan inkludering av hver enkelt i læringsfelleskap kan stimulere til livslang læring, og bevissthet om helse er et viktig bidrag til å skape et godt liv både for en selv og ens nærmeste. Deltakelse i møteplasser og læringsarenaer har stor betydning for den enkeltes selvrealisering. Resultater fra prosjektet viser også at seminarene var en suksess, og flesteparten mente at de tilegnet seg ny informasjon, nye metoder og teknikker om sin fysiske, men også psykiske helse, noe som viser hvordan kroppen og sinnet er sammenhengende system. Gjennom seminarer, foredrag og treningsprogram ble minoritetskvinner sin hverdag styrket ved å gjøre dem selvhjulpne og gi dem redskap til å mestre hverdagen og livets prosjekter.

Temaet psykisk helse fikk mye oppmerksomhet under pandemien. Når landet ble stengt 12. mars 2020 så kom store endringer og restriksjoner som gjorde det ekstra tøft for alle som allerede slet. Jeg ble nysgjerrig på hvordan det stod til med minoritetskvinner sin psykiske helse først fordi levevilkårsundersøkelsene har lagt frem at minoritetsbefolkningen har det verre psykisk enn majoritetsbefolkningen, men også fordi pandemien fikk oss som samfunnet til å innse at de tilbudene som allerede fantes for ulike grupper måtte bli bedre.

Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven er basert på åtte kvalitative intervjuer med minoritetskvinner i alder tjue til femti i Norge. Intervjuene ble gjennomført vår 2021. Informantene jeg har snakket med har sine bakgrunn fra flere land, og noen er født i Norge med foreldre fra Norge, men også Asia, Afrika og Sør-Amerika. Med problemstilling: «Hvordan forstår minoritetskvinner psykisk helse og hva er deres erfaring i møte med helsepersonell?» Med sentrale begreper som interseksjonalitet, identitet og mangfold prøver jeg å undersøke ulike faktorer som de erfarer påvirker deres mentale helse.

Formålet med denne masteroppgaven er å bidra til informasjon, forståelse og kunnskap av psykisk helse blant minoritetskvinner i Norge og ved å intervjuer minoritetskvinner har jeg kunnet undersøke de ulike meninger og erfaringer som minoritetskvinner sitter med når det gjelder deres personlige erfaringer, men også hvordan de opplever møte med hjelpesystemet.

Oppgaven er bygd på tre analysekapitler. Første analysekapittel en tar for seg det som informanter anser som god psykisk helse, og psykisk helse mellom informanter og deres foresatt eller nære og her vil man få innblikk i hvordan psykisk helse blir håndtert i ulike kulturer. Helt til slutt deler informantene ulike årsak til hvorfor de oppsøker profesjonell hjelp for sine psykiske utfordringer og lidelser.

Analysekapittel to tar for seg de positive og negative erfaringer som informanter har med hjelpesystem og i disse sitatene vil vi få innblikk i de ulike erfaringer som informantene har med psykolog miljøterapeut.

Analysekapittel tre handler om det et ønsket som mange av informantene har, som er mangfold blant behandlere. De avsluttende refleksjoner handler om de ulike funnene og faktorer som påvirker den psykiske helse til minoritetskvinner.

Kapittel 2: Teori

Introduksjon

I dette kapittel skal jeg avklare begreper og teorier som jeg har benyttet meg av i teorikapittel som er interseksjonalitet, identitet og mangfold. Kapittel begynner med en kort presentasjon av interseksjonalitet som er mitt teoretisk utgangspunkt for masteroppgaven. Grunnen til at jeg valgt akkurat disse begrepene og teorier er fordi de går på tvers av alle de intervjuene jeg har hatt med informanter.

Interseksjonalitet

Siden min problemstilling er: «*Hvordan forstår minoritetskvinner psykisk helse og hva er deres erfaringer i møte med helsetjenester i Norge?*» så ønsker jeg å se på interseksjonalitet som handler om det problematiske skjæringsfeltet mellom identitet og forskjell (Gressgård, 2013:64). Det har blitt betegnet som det viktigste bidraget til kjønnsforskningen. En tilnærming som best egner seg til å forstå og forklare en kompleks sosial virkelighet. Interseksjonalitet bygger på det engelske ordet intersection som betyr skjære eller krysse hverandre, gjennomskjære, mer konkret oversatt med veikryss.

«Veikrysset, intersection, er den klassiske metafor på interseksjonalitet. Med utgangspunkt i denne metaforen er interseksjonalitet blitt forstått som det som inntreffer når en kvinne fra en minoritetsgruppe forsøker å ta seg over byens største veikryss. Hovedgaten heter rasismegaten, en tverrgate kan være kolonialismen, også har vi patriarkatvegen. Kvinnen må på den ene siden hanskes med en form for undertrykkelse og på den andre siden alle slags former for undertrykkelse, når hun står i dette veikrysset. Det blir en dobbel, trippel – en mangfoldig undertrykkelse» (Yuval-Davis, 2005 sitert i Orupabo 2014)

Det var den amerikanske jusprofessoren Kimberle Williams Crenshaw (1994) som er en afro-amerikansk jusprofessor som introduserte interseksjonalitetsbegrepet i artikkelen «Mapping the Margins», der hun belyser samspillet av ulike maktforhold, med særlig vekt på den gjensidige konstituering av kjønn og rase. Dette begrepet etablerte hun for å synliggjøre forskjellsbehandling av svarte kvinner i det amerikanske rettsvesenet (Crenshaw, 1989) Interseksjonalitetens perspektiv viser hvordan ulike faktorer, som for eksempel klasse, kjønn og etnisitet, kan samvirke på en måte som påvirker individers livsbetingelser. Begrepet ble senere brukt om kryssende identiteter (rase, klasse og kjønn) på en generell måte.

Det er viktig å forstå at individet kan inngå forskjellige maktstrukturer samtidig. «Det å vokse opp med flere kulturelle tradisjoner påvirker identitet og utvikling og fører med seg ikke bare spesielle ressurser, men også en rekke utfordringer» (Berg & Holt, 2020: 32). Jeg kommer til å bruke interseksjonalitet i min masteroppgave for å vise hvordan informanter beskriver og kategoriserer seg selv. Mine informanter har erfaring med diskriminering, også i møte med hjelpeapparatet. Det som Uropabo skriver om når en kvinne fra minoritetsgruppen opplever alle slags former for undertrykkelse på en gang, beskriver en virkelighet mange kvinner kan møte veldig ofte, noe som også kan påvirke deres psykiske helse. «Interseksjonalitet som et analytisk begrep har som formål å peke på hvordan mennesker i noen bestemte, sammenfallende kategorier, ikke hadde de samme rettigheter, beskyttelse og privilegier som andre.» (Berg, Flemmen & Gullikstad, 2010). Interseksjonalitet ifølge Crenshaw må forstås som et viktig begrep som illustrerer hvordan

ulike former for makt og forskjellsbehandling samvirker i samfunnet. Interseksjonalitet går ut på hvordan sosiale kategorier som kjønn, rase, seksualitet, klasse, religion osv. kan påvirke individets livsvilkår. «I Skandinavia har spesielt Paulina de los Reyes og Diana Mulinari (2015) vært opptatt av det grunnleggende aspektet ved begrepet, det å forstå selve interseksjonen mellom de individuelle, institusjonelle og strukturelle nivåene.» (Gullikstad, 2013:73). Interseksjonalitet bidrar til en forståelse av samvirkende diskriminering og er viktig teoretisk begrep og analytisk verktøy i studier av kjønn og mangfold. I masteroppgaven og den norske konteksten ønsker jeg å bruke interseksjonalitet til å vise hvordan minoritetskvinner lever i krysningspunktet mellom mange former for undertrykkelse hvor minoritetskvinner ikke bare er ofre fordi de er kvinner, men også fordi de er sårbare på grunn av deres rase, status, sosial klasse, religiøse bakgrunn eller etnisitet.

Med interseksjonell tilnærming har vi mulighet til å se samspillet av mekanismer som på ulike vis hindrer enkelte grupper i å oppnå fullverdige rettigheter, og vi får en mulighet til å sette søkelyset på strukturell forskjellsbehandling basert på status, kjønn, etnisitet, hudfarge, religion og mer (Salimi, 2019). Interseksjonalitet handler om hvordan sosiale identiteter overlapper hverandre og er sammensatt på en måte som gjør deg mer utsatt for flere former for diskriminering samtidig. Begrepet interseksjonalitet viser til hvordan sosiale kategorier som kjønn, rase, etnisitet, religion, sosial klasse, seksuell orientering og funksjonsevne kan samvirke og påvirke personers leve- og livsvilkår. Begrepet brukes mye i studier av maktrelasjoner for å belyse maktrelasjoner innad i eller på tvers av sosiale grupper som mellom kvinner med etnisk minoritets- og majoritetsbakgrunn.

Identitet

«Eg greier ikkje å sjå for meg ein annan heim enn Noreg. Derfor gjer det vondt når somme folk ber meg «reise hjem igjen». Å komme dit eg er i dag, stolt og sikker på min eigen identitet og kven eg vil vere, den reise har vore lang. Derfor blir eg overlykkeleg kvar gong eg greier å svare: Eg er heime.» (Jirde,2018)

Et annet begrep jeg skal avklare er identitet. Identitet og tilhørighet er noe som informantene har tatt opp i forbindelse med psykisk helse, og det ønsker jeg å se nærmere på begrepet i analysedelen. Noen av informantene forteller om hvordan de selv er trygge på sin identitet eller dobbeltidentitet og hvordan andre definerer deres tilhørighet. For noen av informantene er det problematisk hvis de i enkelte situasjoner oppfatter seg selv som nordmenn, men så opplever de at andre definerer dem som «ikke norske» på grunn av deres utseende eller religion. Det er når man opplever negative reaksjoner fordi at man skiller seg ut som får en til å reflektere over egen identitet, og noen av informantene forteller om identitetskrise som de selv har opplevd eller følelse av mangel på tilhørighet. For noen av informantene er det viktig at de holder fast ved en identitet, mens for andre er det viktig å sjonglere mellom flere identiteter.

Identitet er det som kjennetegner deg og gjør deg til den du er. Det handler om hvordan du oppfatter deg selv, og hvordan andre oppfatter deg. Identitet er knyttet til følelser, tilhørighet og erfaringer (Salole, 2020:25). Identiteten endrer seg og utvikler seg gjennom hele livet og preges av mange ting blant annet språk, verdier og opplevelser. Informantene har reflektert over sin identitet og selv om de ofte er sikker på sin tilhørighet, så kan de komme i situasjoner hvor andre mennesker oppfatter dem annerledes. Et eksempel på dette er hvordan mange av informantene oppfatter seg selv som nordmenn fordi de er født

i Norge eller har bodd her mesteparten av sitt liv, men så møter de andre mennesker som kategorisere dem som kun innvandrere basert på deres utsende eller religiøse bakgrunn. Dette er definitivt noe som påvirker den psykiske helse til noen av informantene fordi den måten man oppfatte seg selv, er ikke bestandig den måten verden oppfatter en på.

Informantene nevner også hvor viktig det er å ha kunnskap tidlig i livet til å navigere til ulike identiteter som man har, for når man ikke gjør det så kan det byr på en rekke utfordringer. Identitet er et begrep som har hatt en særlig sentral stilling innen psykologisk teori der det intrapsykeiske perspektivet står sterkt. Psykologen Erik Homburger Erikson (1968,1982) definerer identitet som en subjektiv og sterk følelse av helhet og kontinuitet» (Dalen, 1999 referert i Nilsen 2017). Vår identitetsutvikling er resultat av både biologisk og utvikling av sosialt samspill. Dette samspillet vil endre seg gjennom ulike faser som stiller oss overfor nye utfordringer, og disse må løses i samspill med omgivelsene. Et individ skal ha mulighet til å utforske egne personlige grenser for å kunne definere egen identitet, og det må knyttes et aktivt engasjement til de handlingene personen utøver (Nilsen, 2017).

Identitet handler om hvem vi er som personer, hvordan vi ser på oss selv, og hva vi deler med andre. Det handler om tilhørighet. Hvor vi føler vi tilhører, og hvem andre vi føler vi har noe til felles med. Vår identitet består av mange deler. De forskjellige delene kan bli viktige i forskjellige situasjoner. Man har mangfoldige identiteter, altså at man kan ha tilhørighet til forskjellige nasjoner, kulturer eller grupper på samme tid, uten å miste følelsen av å være en egen person. Kulturell identitet uttrykker verdier man står for, hva som gir mening i livet, hvilke koder og symboler man forstår verden fra.

Identitetsskapende faktorer kan være kjønn, skole, jobb, familie, venner, religion, litteratur og musikk. Sosial identitet handler om å føle gruppetilhørighet (Reiss, 2013). Våre personlige identiteter utvikler seg gjennom hele livet. Noen møter motstridende forventninger og krav til ens identitet og tilhørighet, fra for eksempel familien, skole og venner. Dette kan oppleves som et slags krysspress når man opplever å bli dratt i alle retninger. «Det å vokse opp med flere kulturelle tradisjoner påvirker identitet og utvikling og fører med seg ikke bare spesielle ressurser, men også en rekke utfordringer (Salole, 2013:32).

Mangfold

Mangfold er det tredje begrepet jeg skal presentere i teorikapittel. Mangfold er et begrep som er mye brukt, spesielt i tilknytning til integrering, minoriteter og innvandrere generelt. Det er ord som har, slik jeg ser det, endret sin mening i mange sammenhenger. Informanter har et ønske om å se mer synlig mangfold blant de ansatte i offentlige når man oppsøker hjelp og hvorfor de mener mangfold er en verdig som gjør oss til et rikere, sterkere og bedre samfunn. Mangfoldighet kan oppfattes som forskjellighet, som rommer mennesker med forskjellige religion, språk, opprinnelig, statsborgerskap, dvs. forskjellige kulturell bakgrunn og ulike livserfaringer. (Kaya, Høgmo &Fauske, 2010)

Mangfold er viktig for å inkludere forskjellige mennesker i arbeidslivet hvor alle får like muligheter, lik annerkjennelse og tillit som resten av befolkningen.

Mangfold er viktig, ikke bare i media, men også i det virkelige liv. Mangfold er viktig for at alle skal se seg selv representert i alle aspekter av livet, slik at vi får et mangfoldig samfunn. Mangfold innebærer ikke bare hudfarge, men også kjønn, religion, seksuell

legning, funksjonsevne og språk. Alle mennesker er forskjellige, og det er plass til alle. Mangfold beriker samfunnet vårt på så mange måter (Williamson & Jacobsen, 2021).

Det er ulike fordeler ved mangfold i arbeidslivet. Minoritetsansatte har språkkunnskaper, kulturkunnskaper og identitet som, sammenlignet med etnisk norske ansatte, legger andre føringer for samhandling med mennesker med andre kulturelle bakgrunn (Valenta & Thorshaug, 2010). Det som må jobbes mer for at minoritetsansatte kompetanse kan bli brukt på best mulig måte. Det må lages rekrutteringstiltak som rette seg mot de med innvandrerbakgrunn. En kan gå ut ifra at det er arbeidsgiverens interesse å gjøre noe for å få økt mangfold på ulike arena i vårt samfunn. Arbeidsplasser har ansvar om å løfte frem mennesker som representerer det mangfoldige Norge. Ifølge informantene er dette noe som vi må forplikte oss til fordi representasjon i det offentlige og blant behandlere er viktig for at alle i samfunnet skal bli representert og vi har mange dyktige mennesker med flerkulturell bakgrunn.

I vårt velferdssamfunn legges det stor vekt på alle innbyggere skal ha tilgang til likeverdige tjenester, men dessverre er det ikke slik alle pasienter opplever det. For mange av informanter savner å se representasjon av behandlere når de oppsøker hjelp. Noen av informantene forteller også at de er skeptiske til å søke hjelp fordi det er vanskelig å finne psykologer med mangfolds kompetanse, og de nevner særlig at de savner psykologer som har et blikk for rasimerelatert stress, diskriminering og traumer. For å sørge for at vi får en mer likeverdig helsetjeneste trenger vi flere minoritetspsykologer som kan gi behandling til alle uansett bakgrunn. Erfaring med å ha en annen bakgrunn enn majoritetsbefolkning kan være gull verdt, så lenge man får en sjanse til å vise at man har relevant kompetanse.

Oppsummering

De tre begrepene interseksjonalitet, identitet og mangfold har jeg brukt i teorikapittel å vise andre faktorer som påvirker den psykiske helse til informanter generelt, men også i møte med helsepersonell. Interseksjonalitet blir brukt til å forklare hvordan informanter kan oppleve trippel diskriminering fordi de er kvinner med minoritetsbakgrunn som kanskje har en annen tro eller bakgrunn enn majoritetskvinner. Begrepet identitet ble brukt til å se på informantenes egen selvoppfatning, men også hvordan storsamfunnet ser på dem, og begrepet mangfold var viktig for å forklare hvorfor det er viktig med inkludering av mennesker med ulike mennesker blant behandlere.

Kapittel 3: Metode

Introduksjon

I dette kapittel vil jeg ta for meg den metodiske delen av masterprosjekt. Etter at jeg hadde bestemte meg for tema for masteroppgaven så fikk jeg utarbeidet en intervjuguide. Masterprosjektet ble meldt inn og godkjent i NSD. Dette kapittel handler om min fremgangsmåte og hvordan jeg har gått frem med å samle materiale under masterprosjekt. Først redegjør jeg for valg av kvalitativ metode før jeg går videre med innsamling av materiale. Etterpå forteller jeg om valg av informanter og inklusjonskriterier som var viktige for meg. Jeg skriver også om relasjon mellom forsker og informant, før jeg presenterer alle informanter og avslutter med informasjon om den analytiske tilnærming jeg har valgt å bruke.

Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er en aktiv og systematisk undersøkelse hvor forskeren ønsker å øke kunnskap om en ny viten. «Tradisjonelt har kvalitative metoder blitt forbundet med forskning som innebærer nær kontakt mellom forsker og personer i felten, som ved deltakende observasjon og intervju.» (Thagaard, 2018:11). Kvalitative metoder preges ofte av direkte kontakt mellom forskeren og dem som skal studeres, altså informanter. Dette er en metode som undersøker å fortolke menneskers opplevelser, meninger og holdninger. «Karakteristisk for kvalitativ forskning er at vi søker en forståelse av sosiale fenomener, enten ved nær kontakt med deltakere i felten ved intervju eller observasjon, eller ved analyser av tekster og visuelle uttrykksformer.» (Thagaard, 2018:15). I kvalitativ forskning er datamaterialet ofte samlet inn ved hjelp av intervju, observasjon, bilder, video eller dokumentanalyser. Kvalitativ studier går ofte i dybden. Med kvalitative metode er interaksjon mellom forsker og informanter sentralt. Denne metoden tillater også fleksibilitet og ofte er det mellommenneskelig situasjoner hvor kunnskapen skapes.

Mens kvalitative metoder framhever innsikt, så framhever kvantitative metoder oversikt, og mens kvalitativ søker forståelse, så søker kvantitativ forklaring. «Man stiller andre spørsmål, eller stiller spørsmål annerledes, når man forsker kvalitativt enn når man forsker kvantitativt» (Tjora: 2018:29). I kvalitativ forskning er det vanlig å sette søkelys på forståelse snarere enn forklaring, hvor man har den nærheten til dem man forsker på med en åpen interaksjon mellom forsker og informant, heller enn avstand til sine respondenter.

Min masteroppgave bygger på ti kvalitative intervjuer jeg har gjort av minoritetskvinner i Norge. Ettersom jeg ønsker å belyse informantenes tanker og erfaring når det gjelder psykisk helse så var intervju en ideell metode. Thagaard skriver at intervjuer er egnet til å få innsikt i hvordan personer opplever seg selv og sine omgivelser, noe som underbygger mitt valg av intervju som metode. «Intervju er den mest anvendte metoden innenfor kvalitativ forskning. Formålet med et intervju er at vi får fyldige og omfattende kunnskaper om hvordan mennesker opplever sin livssituasjon, og hvilken synspunkter og perspektiver de har på temaer intervjuet handler om.» (Thagaard, 2018:89)

Den første grunnen til at jeg valgt intervju som metode er fordi kunnskapen konstrueres i møte mellom forsker og informant. Den andre grunnen til at jeg valgt intervju er fordi intervju med enkeltpersoner er den vanligste fremgangsmåten, og siste grunnen til at jeg

valgt intervju som metode er fordi intervjuet har en fleksibel struktur, slik at vi kan tilpasse spørsmålene til intervjupersoners beskrivelser. (Thagaard, 2018).

Jeg var veldig spent på hvordan intervjuene skulle gå. Heldigvis hadde vi en øvingsoppgave hvor vi skulle ha et prøveintervju først, og etter prøveintervjuet så ble jeg mer sikker på at dette gledet jeg meg til fordi det gikk veldig bra. Prøveintervjuet gjorde det mulig for meg å bli kjent med informanten, samtidig som jeg oppdaget hvor stort behov det var for informantene å prate om tema psykisk helse. Etter prøveintervjuet var jeg endelig klar for å bli kjent og samtidig høre de informantenes tanker og erfaring når det gjelder psykisk helse. Intervjuer med mine informanter ga meg gode svar og inspirasjon til temaene som jeg ønsket å fokusere videre på i analysekapittelet. Jeg valgte kvalitativ metode fordi jeg føler meg trygg i min rolle som intervjuer etter å ha prøvd intervjuguiden. Dette gjorde at jeg følte meg sikker på at jeg stilte de viktige spørsmålene for å kunne besvare min problemstilling, samtidig som det ga meg noe å falle tilbake på når deltakeren ikke svarte utfyllende på spørsmålene som ønsket. (Tjora, 2017).

En observasjonsstudier hadde ikke vært relevant for min masteroppgave, fordi jeg har behov for verbal informasjon om informantenes egne oppfatninger av psykisk helse. Svakheter jeg oppdaget underveis med intervju er at som forsker får man veldig mye informasjon underveis fra enkelte informanter slik at man vet ikke bestandig hva som er relevant eller ikke i forhold til oppgaven, men for min del så løste dette seg fordi jeg oppdaget senere i arbeidet med analysen at det var bedre å ha for mye enn for lite informasjon. Intervjuene med informanter handlet om informantenes erfaringer med psykisk helse, møte med psykolog, og deres egne meninger om de endringer som må til for å få bedre tilbud til alle uansett bakgrunn. Andre viktige tema som dukker opp underveis er hvordan informantenes sine nærmeste oppfatter psykisk helse, og hvorfor de mener det er viktig med økt synlig mangfold blant behandlere.

Intervjuguide

Jeg valgte strukturert intervju, hvor jeg har laget spørsmålene og rekkefølge på forhånd. «Fordelen med en strukturert tilnærming er at de svarene vi får, er sammenlignbare fordi alle intervjupersonene har kommentert de samme spørsmålene.» (Thagaard, 2018:91). Jeg synes intervjuguiden hjalp meg fordi mange av spørsmålene lignet og det ble mye gjentakelser underveis, noe som gjorde at jeg fikk svar fra informantene på det jeg lurte på.

Intervjuguiden laget jeg på en slik måte at det var delt i temaer for at det skulle være lettere for både meg og informantene å holde oversikt på spørsmålene. Vi begynte først med åpningsspørsmål hvor alle informanter fikk en mulighet til å presentere seg selv. Etterpå skulle alle informantene fortelle om mental helse. Videre skulle informantene snakke om sine erfaringer med helsevesenet, og avslutningsspørsmålene handlet om de endringene som informantene håper å se i helsevesenet i vårt mangfoldige samfunn.

Gjennomføring av intervju

Før jeg kom i gang med intervju så fikk alle informanter informasjonsskriv og samtykkeskjema som de skrev under på. Informantene hadde fått tilsendt all informasjon som de trengte for å delta i forskningsprosjektet, og de ga inntrykk for at dette ønsket de å være en del av. Alle intervjuene ble gjennomført digitalt på grunn av korona, men også

på grunn av avstand mellom meg og informantene. Intervjuene varte mellom 45 og 60 minutter. Alle informanter ga inntrykk for at de ønsket å bruke kamera i tillegg til mikrofon fordi dette ga både dem og meg trygghet og samtidig nærhet til hverandre mens vi snakket sammen. Det gikk bra å gjennomføre intervjuene digitalt, men selvsagt dukket det opp noen utfordringer underveis som resultat av teknologi som sviktet, for eksempel når jeg var i samtale med en av informantene og plutselig så ble hun borte, da hadde vi trøbbel med forbindelsen. Heldigvis så var det stor forståelse og tålmodighet fra informantene, og vi ringte hverandre opp igjen ved behov. Vi avtalte alltid et tidspunkt som passet både informantene og meg, og jeg sendte påminnelse på forhånd. Noen av informantene foretrakk å ha intervju på dagtid når barna og partner var ute av huset så det var lettere for dem å snakke åpent og ærlig, mens andre informanter foretrakk å ha intervju på kveldstid for det var den tiden av døgnet hvor de hadde mest alenetid. Noen av informantene hadde utrolig mye på hjertet, og selv om vi skulle snakke om de spørsmålene jeg hadde forberedt så ble noen av samtalene lengre enn forventet.

Valg av informanter

Etter å ha valgt intervju som forskningsmetode, var neste skritt å rekruttere informanter til masterprosjektet. Jeg hadde et ønske om å rekruttere åtte kvinner med ikke-vestlige bakgrunn som hadde erfaring med psykisk helse. De eneste kriteriene for å stille opp som informant var at de skulle være kvinner med minoritetsbakgrunn og samtidig ha erfaring med mental helse.

Jeg fikk tips fra ei venninne om å lage et innlegg i en Facebook-gruppe som heter Hverdagsmuslimen på slutten av april. «Bruk av vennskap, bekjentskap og personlig sosiale nettverk er meget vanlig måter å få adgang til informanter» (Wadel, 2014:37). Rekruttering av informanter ble plutselig en grei oppgave fordi jeg fikk rask respons og mange positive tilbakemeldinger om mange som var interesserte. Det var flere som meldte seg som informanter med en gang, egentlig flere enn de jeg hadde behov for. Jeg synes responsen og tilbakemeldingene var fantastisk, men måtte allikevel prioritere de som meldte seg først.

Hverdagsmuslimen er en gruppe med ca. 3000 medlemmer som er laget for å vise mangfold av muslimske kvinner, gruppen er åpen for alle som identifiserer seg som kvinne uansett alder, kjønn, seksualitet eller religiøse og kulturelle bakgrunn. For mange er Hverdagsmuslimen en plattform hvor man lærer om andre kulturer samtidig som man kan komme i kontakt med andre mennesker som deler de samme erfaringer som seg selv. Hverdagsmuslimen er et kvinnenettverk hvor man kan utveksle kunnskap, samtidig som de ønsker å vise et annerledes bilde enn det som vi ser i media hvor noen kan få ideer om at muslimske eller minoritetskvinner er like, når de i virkelighet er ulike og unike individer akkurat som alle andre mennesker. Jeg har et ønske når jeg skriver denne masteroppgaven om å få mulighet til å vise et mangfold av minoritetskvinner. Jeg mener, i likhet med Facebook-gruppa Hverdagsmuslimen, at man skal se hvert enkelt individ, selv om denne oppgaven handler om minoritetskvinner som en samlet gruppe. Minoritetskvinner kan ha mye til felles som etnisitet, religion og samtidig være så forskjellige akkurat som majoritetskvinner.

Jeg har snakket med ti minoritetskvinner i alder 20 til 50 år. Det er stor variasjon når det gjelder bakgrunn og tilhørighet til informantene. Det er stort mangfold blant mine informanter. Informantene har sine røtter fra Somalia, Kenya, Gambia, Marokko, Egypt,

Algerie, Pakistan, Palestina, Syria, Iran og Chile. Noen av informantene er født og oppvokst i Norge, og for dem er det Norge som er deres hjem og det stedet hvor de kjenner mest tilhørighet til, mens andre informanter har tilhørighet til flere steder. Noen av informantene har også flyktet til Norge, enten i ung eller voksen alder og anser selv seg i noen sammenhenger som nordmenn, og i andre sammenhenger som minoritetskvinner. Noen av informantene hadde bodd i hjemlandet en periode, og hadde tilknytning til hjemlandet på samme måte som de har tilknytning til Norge, mens andre informanter har kun bodd i Norge og har foreldre som har immigrert til Norge. Det var også noen av informantene som hadde tilknytning til land hvor sine partnere kom fra. Dette med tilknytning og identitet var noe som informantene reflekterte over på hver sin måte, fordi mange hadde opplevd forskjellige episoder som fikk dem til å reflektere over deres tilhørighet. For selv om informantene har kontroll på deres egne tilhørighet, så har noen av dem opplevd å bli behandlet annerledes på grunn av deres bakgrunn som skiller seg fra majoriteten. Noen av informantene var ferdig i behandlingen når de stilt opp på intervju, mens andre var fortsatt under behandling når vi snakket sammen. Det som kjennetegner mine informanter, er at de alle er opptatt av psykisk helse og ønsker mer åpenhet rundt dette tema og samtidig bryter med de tabuene som finnes i sin omgangskrets og eventuelt mellom generasjoner. Blant informantene hadde jeg noen som var opptatt av sin religion og hadde tilknytning til både Islam og kristendom, mens andre hadde kun religiøse foreldre, og anser seg selv som mer spirituell enn religiøse. Selv om jeg gjennomførte ti intervjuer, så har jeg brukt åtte videre i analyse. Jeg legger ved en tabell med presentasjon av informantene hvor alle har fått fiktive navn.

Amal	Ca. 30 år	Bakgrunn fra Norge og Nord Afrika
Bahati	Ca. 30 år	Bakgrunn fra Asia
Celina	Ca. 25 år	Bakgrunn fra Norge og Vest Afrika
Diana	Ca. 35 år	Bakgrunn fra Norge og Sentral Afrika
Emina	Ca. 40 år	Bakgrunn fra Asia
Fatima	Ca. 40 år	Bakgrunn fra Sentral Afrika
Gina	Ca. 50 år	Bakgrunn Sør-Amerika
Hali	Ca. 30 år	Bakgrunn fra Norge og Nord Afrika

Behandling av datamateriale

I løpet av datainnsamlingsperioden og i perioden etterpå var dataene lagret på lydopptaker som jeg fikk låne fra fakultet. Jeg hadde lagret lydopptak på en ekstern harddisk av to grunner. For det første for at jeg ville ikke miste materiale jeg hadde samlet inn. For det andre så var det for å ivareta informantens sin personligvern.

Selv om jeg gjorde ti intervju så har jeg transkribert åtte av intervjuene. Materiale som jeg har fra de åtte intervju har gitt meg nok informasjon til å sette i gang analyseprosessen og samtidig kunne besvare min problemstilling og mitt forskningsspørsmål. Intervjuene strekker seg fra 43 minutter, som er det korteste, til en time og et kvarter, som er det lengste.

Transkribering, koding og behandling av mitt material er det som har tatt lengst tid. Jeg hadde en plan om å begynne transkribering rett etter at intervjuene var ferdige, og jeg skulle ønske jeg ikke hadde utsatt det. Jeg er allikevel glad for at jeg ble ferdig med transkribering og koding i løpet av høsten før jeg begynte med å analysere. «Et fellestrekk

for de fleste kvalitative tilnærminger er at de data vi analyserer, kommer til uttrykk i form av tekst.» (Thagaard, 2018:13). Jeg ser i ettertid hvor mye lettere det er å jobbe med analysering, og det å finne fellestrekk av informasjon jeg fikk fra informanter når materiale er skriftlig. Etter at jeg ble ferdig med transkribering ble det koding, som er første steg i analysen. Etter koding så begynte jeg med anonymiseringsprosess.

Etiske utfordringer

Kvalitativ forskning er preget av betydelig følsomhet overfor konteksten den gjennomføres i. Ofte er man tett på dem man forsker på, enten de har meldt seg som informanter i en intervjuundersøkelse eller deltar i de situasjonene der det gjøres observasjon. Denne nærheten gjør kvalitativ forskning spennende og intens, men gir også spesielle utfordringer. (Tjora,2018:15). Ettersom jeg har valgt et sensitivt tema som omhandler informantens mentale helse har det underveis dukket opp utfordringer underveis som jeg ble nødt til å håndtere, og et av eksemplene var noen av de informantene som var under behandling mens intervju foregikk og de hadde utrolig mye hjerte som gjorde at enkelte ganger så var det mye følelser å håndtere. Jeg prøvde etter beste evne å trøste, selv om det ikke var en enkel oppgave når intervju foregår digitalt.

En annen ting jeg var opptatt av er innhenting av personopplysninger. Når forskningen omhandler personopplysninger, må forskeren både informere og innhente samtykke fra dem som deltar i forskningen eller er gjenstand for forskning. Samtykket må være fritt, informert og uttrykkelig. (NESH, 2016:14). For meg som forsker var det viktig at deltagelse var frivillig fra alle som hadde meldt seg som informanter, samtidig som informantene har til enhver tid rett til å bryte sin deltakelse uten at dette får negative konsekvenser for dem, og dette er noe som mine informanter ble informert om. Konfidensialitet er videre sikret ved at jeg har benyttet meg av fiktive navn i min analyse. «Når det er følsomme temaer som tas opp, blir anonymisering svært viktig» (Tjora,2017:177) Jeg ønsker å beskytte informanter og gi dem trygghet, samtidig som de skal være sikre på at all sensitive informasjon de deler om seg selv ikke skal bli gjenkjent senere.

Forskerrollen og posisjonering

Jeg kom til Norge som FN-flyktning for 20 år siden som tenåring, og jeg husker den første tiden i vakre Norge hvor alt fokuset var overgangen mellom livet fra flyktningleir til trygge Trøndelag. En ting jeg husker godt er at det tok lang tid før jeg begynte å reflektere over fortiden og marerittene jeg hadde. En annen ting jeg husker også er at jeg eller andre familiemedlemmer hadde ikke fått noe tilbud eller behandling for å bearbeide alt som skjedde på flukt. Den første tiden i Norge var jeg og familien min bare takknemlig og glad for at vi nå slapp å tenke mye på de daglige utfordringer som vi hadde før vi kom til Norge. Som barn og tenåring på flukt så husker kroppen på mye av det jeg og familien min gikk gjennom på flukt, og selv etter at vi var er ferdige med livet på flukt så er noen av minnene fortsatt med. Jeg har heldigvis ikke bare dårlige minner fra livet på flukt og livet i flyktningleir, jeg har også minner om vennskap med de andre barna og hvordan våre familier ble kjent med andre som var i samme situasjon. Jeg og familien min ble vant til livet på flukt og vi kjente uansett ikke til noe annet før vi kom til Norge.

Jeg har alltid engasjert meg i psykisk helse lenge da dette er noe som angår meg, familien min og andre jeg kjenner. Jeg ønsker å få mer kunnskap om hvordan den psykisk helse

påvirker livet vårt og jeg ønsker å lære hvordan vi kan ha mer åpenhet med hverandre slik at alle som har behov for behandling til rett tid. «Hvis vi har lite kjennskap på forhånd til den institusjonen eller det miljøet vi studerer, kan vi lettere stille spørsmål ved forhold som er selvfølgelig for deltakerne. Når vi studerer et miljø vi kjenner godt til fra før, kan det være en større utfordring for oss å utforme relevante spørsmål.» (Thagaard, 2018:80). Som en minoritetskvinne selv ble det en bevisst prosess for meg under prøveintervjuet at det kunne være både fordel og ulempe å forske på en gruppe jeg har mye til felles med, og en av fordelene var den enorme responsen under rekruttering når det var så mange som meldte seg på som informanter, de viste interesse samtidig som de hadde mer tillit enn jeg hadde på den tiden at temaet og valg av informantene var riktig. Mens en av ulempene oppdaget jeg under prøveintervjuet hvor informant antok at jeg forstod hva hun mente, og det fikk meg til å innse at jeg må gi beskjed til de andre informantene om å forklare og si mer om de ulike tema som de ønsker å dele, for selv om vi alle var minoritetskvinner så er det mye som er ulikt mellom oss. «Når vi observerer innenfor vår egen kulturkrets, vil våre egne erfaringer gi et grunnlag for at vi kan oppnå forståelse for deltakernes situasjon.» (Thagaard, 2018:80). Dette er noe som jeg har erfart underveis at det er tema som informanter har tatt opp som har vært gjenkjennelig for meg også som person og det har i noen situasjoner vært lett å gi tilbakemeldinger.

Selv om jeg var veldig spent på hvordan min egen bakgrunn vil påvirke masteroppgaven, så er jeg også klar over den sjansen jeg tar når jeg har tatt et bevisst valg om å skrive denne oppgaven når jeg kategoriserer alle informanter som minoritetskvinner, samtidig som jeg prøver å vise hvilket mangfold det er innad denne gruppe. Selv om min bakgrunn har inspirert meg til å velge tema psykisk helse, så har jeg et ønske om å være nøytral i masteroppgaven.

Analysemetoden

I min masteroppgave har jeg valgt å skrive om psykisk helse blant minoritetskvinner i Norge og den foreløpig problemstilling er: *Hvordan forstår minoritetskvinner psykisk helse og hva er deres erfaringer i møte med helsetjenester i Norge?*

Sammenlignet med andre kvalitative metoder, er tematisk analyse relativt enkel å lære og bruke. Tematisk analyse er «ei grunnleggjande form for analyse som ikkje er bunden til eit bestemt teoretisk rammeverk» (Eggebo, 2020). Jeg har valgt å benytte meg av tematisk analyse i min masteroppgave av ulike årsaker, men først og fremst fordi tematisk analyse er en enkel, men grundig oppskrift på hvordan du kan gå frem for å finne noe interessant i dataene dine (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018). En annen grunn til at jeg valgte denne analysemetoden er for at jeg lett skal finne interessante temaer fra mitt eget materiale, den tredje grunnen er fordi tematisk analyse er en fleksibel tilnærming. Den fjerde grunnen er fordi tematisk analyse sies å være den mest grundige og studentvennlige metoden.

Tematisk analyse er en oppskrift på hvordan du kan lete, følger man den så sikrer en at analyseprosessen er grundig og systematisk. I gjennomgangen støtter vi oss til psykologene Virginia Braun og Victoria Clarke (2006) som gir en relativt utførlig presentasjon av tematisk analyse. I denne utgaven består tematisk analysen av fire steg som er: Forberedelse, koding, kategorisering og rapportering. Samtidig så understreker kvalitative forskere at analyseprosessen sjelden består av klare steg, og noen ganger går man gjerne frem og tilbake og mellom stegene (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018).

Sammen med informantenes svar på den utformede intervjuguiden skapte ble det et fyldig datamateriale som tar for seg ulike temaer innen psykisk helse blant minoritetskvinner.

Første steg, forberedelse, handler om å få oversikt over dataene: Etter at alle intervjuene var gjennomført så hadde jeg noen uker hvor jeg gikk gjennom informasjonen og trakk ut det jeg opplevde som sentrale elementer, samtidig som jeg så nærmere på erfaringer som er felles på tvers av alle informantene og informasjon som ikke er felles for å kunne vise noen av nyansene. Etter intervjuene med informanter hadde jeg mye notater som jeg tok underveis og som var veldig hjelpsomme. Til transkribering hadde jeg laget åtte ulike dokumenter med informasjon fra intervjuene, noe som hjalp meg for å få oversikt over materialet mitt. Helt til slutt hadde jeg et felles dokument hvor jeg skrev om materialet som helhet.

Andre steg, koding, handler om å fremheve og setter ord på viktige poeng i data. Dette var en fase som jeg trodde i begynnelsen at jeg kunne hoppe over, men det viste seg at det var en nødvendig fase for å få oversikt over innholdet i dataene. Jeg begynte kodingen med å markere formuleringer fra intervjumateriale med informantene for å kunne framheve det jeg synes var viktig. Jeg gjorde koding både for hånd og på datamaskin. Jeg tok en del notater for å huske selv hva som var viktige poenger fra intervjuene, og notatene hjalp meg også til å se på interessante og spennende informasjon fra materialet mitt. Til slutt hadde jeg forskjellige dokumenter med material som kunne være relevant ved senere tidspunkt som også ble kodet. Jeg synes det var mye skriving og notater der og da, men jeg er veldig glad for at jeg har mye i skriftlig form da det ble mye lettere å ha oversikt og kunne jobbe videre. For hvert intervju med informant hadde jeg alt fra seks til åtte sider med skriftlig material.

Tredje steg, kategorisering, handler om kategoriserer de kodede dataene i mer generelle temaer: Dette vil jeg gjøre ved å gruppere ulike begrep, ord og meninger som kommer til syne etter fellestrekk som vil være relevant for å komme frem til og eventuelt svare på problemstilling og forskningsspørsmål (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018). Jeg ønsker å finne ut hva slags erfaringer og opplevelser hver enkelt informant sitter med, og hvordan de selv mener det kan bli endringer i fremtiden når det gjelder psykisk helse blant minoritetskvinner i Norge. Etter gjennomlesing av det skriftlige materialet så bestemte jeg meg for hva slags tema jeg ønsket å fokusere videre på. Jeg laget tre ulike dokumenter med ulike tema hvor jeg samlet informasjon som var felles for alle informantene. På dette stadiet var det viktig å se på problemstillingen og forskningsspørsmål som en rettesnor på hvilket tema jeg skulle velge, og samtidig kunne løse oppgaven når jeg er ferdig med analysering. Jeg hadde tre ulike farger på dokumentene som handler om de ulike tema. Dokumentet med farge rødt handlet om informantenes mentale helse, dokumentet med farge gult handlet om informantenes erfaringer med psykolog, mens dokumentet med farge blått handlet om informantenes erfaringer med helsevesenet i Norge. Jeg tok ut ulike sitater fra alle åtte informanter som hadde noe til felles, og plassert dem i ett nytt dokument. For eksempel: Alle sitater som omhandler den psykisk helse på generelt grunnlag havnet i rødt dokument, mens alle sitater som omhandler psykolog havnet i gult dokument og til slutt det blått dokument som omhandlet alle erfaring som informantene hadde med helsevesenet i Norge. Fordelen ved å benytte seg av tematisk analyse er at det er mulig å kategorisere temaer og funn, som vil bidra til å gjøre jobben med å trekke paralleller mellom ulike funn lettere (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018).

Fjerde steg handler om rapportering hvor en rapporterer temaene og deres innhold i resultatdelen av oppgaven: «I likhet med de fleste oppgaver består en tematisk

analyseoppgave av en innledning, en metodedel, en resultatdel og en avslutning». (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018:301). For meg var det viktig å finne hvilken rekkefølge på de ulike temaer skulle stå i og samtidig finne navn på de ulike analysekapittel slik at jeg kunne fortelle om informantenes egne erfaringer og samtidig som jeg deler deres håp for hvordan de ønsker fremtidens behandlingstilbud skal bli. Under arbeidet med masteroppgaven har jeg oppdaget ulike temaer som mest åpenlyst kommer frem på tvers av alle intervjuene jeg har utført. Disse har jeg valgt å ha i mine tre analysekapitler.

Første analysekapittel en tar for seg det som informanter anser som god psykisk helse, og psykisk helse mellom informanter og deres foresatt eller nære og her vil man få innblikk i hvordan psykisk helse blir håndtert i ulike kulturer. Slutten av første analysekapittel deler informantene ulike årsak til hvorfor de oppsøker profesjonell hjelp for sine psykiske utfordringer og lidelser. Analysekapittel to tar for seg de positive og negative erfaringer som informanter har med hjelpesystem og i disse sitatene vil vi få innblikk i de ulike erfaringer som informantene har med psykolog miljøterapeut. Analysekapittel tre handler om det et ønsket som mange av informantene har, som er mangfold blant behandlere og her vil vi få ulike meninger om hva informantene mener kan gjøres annerledes for at tilbudene som allerede finnes skal bli bedre tilpasset vår mangfoldig befolkningen. Samtidig som informantene gir uttrykk for at dette med mangfold er noe som de ønsker flere plasser i det offentlige, ikke bare i helsevesenet. De avsluttende refleksjoner handler om de ulike funnene og faktorer som påvirker den psykiske helse til minoritetskvinner.

Oppsummering

I dette kapittelet har jeg redegjort for prosessen i datainnsamling hvor jeg har benyttet meg av åtte individuelle kvalitative intervjuer med kvinner som har minoritetsbakgrunn i Norge. Med mitt analyseverktøy tematisk analyse klarte jeg å finne de ulike temaer som kommer i de neste kapitlene som omhandler informantenes egne meninger og erfaringer rundt psykisk helse og hvordan de opplever møte med helsevesenet.

Kapittel 4: Refleksjoner rundt psykisk helse

Introduksjon

I dette kapitlet, har jeg undersøkt tre tema. Det første temaet er informantenes generelle forestillinger om hva psykisk helse er. Det andre temaet er deres forståelse og erfaringer med psykisk helse i kulturer utenfor Norge. Det siste temaet er deres personlige erfaring med psykisk helse.

God psykisk helse

På de neste sitatene skal vi se på informantenes egne refleksjoner når det gjelder psykisk helse. Noen av informantene har uttrykt at psykisk helse for dem betyr åpenhet og å vise følelser, mens andre har lagt vekt på hvor viktig det er å ha noen å dele tanker med, både i hverdagen og når man har utfordringer. Noen av informantene nevner hvor viktig det er å prioritere psykisk helse på samme måte som vår fysiske helse. Spesielt nevner alle informanter at det er viktig når mennesker uansett bakgrunn har kunnskap om hva man kan gjøre hvis man møter motstand i livet, for de mener selv at det er gjennom samtaler at man kan forstå seg selv og andre på. I dette kapitlet skal vi se hva informantene mener er god psykisk helse for dem.

God psykisk helse handler om god livskvalitet og det å mestre vanlige belastninger i hverdagen. Psykiske helseproblemer deles vanligvis inn i psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager oppleves belastende, påvirker ofte tanker, følelse og væremåte og kan påvirke hvordan en person fungerer i hverdagen. Psykiske lidelser påvirker livet i større grad og brukes bare når kriteriene for en diagnose er oppfylt (Kjøllesdal, 2019)

Vi mennesker ble fra opprinnelsen programmert til å føle. Følelsene våre kan gi oss viktig informasjon om oss selv og de rundt oss, og de er helt nødvendige for oss. Evnen til å føle noe om det som skjer rundt oss, ligger nedarvet i hjernen vår, og var til stede lenge før vi som art kunne tenke eller prate. Følelsenes aller viktigste funksjon er å gi informasjon til oss selv og de rundt oss om hva vi trenger, våre behov og få oss til å søke disse. (Vollestad & Bua, 2020). Kropp og psyke har tidligere blitt behandlet som to uavhengige deler av mennesket, vi vet i dag at skillet mellom dem er en kraftig forenkling. Kroppen kan si fra når vi har det vanskelig, og noen ganger gir kroppen beskjed om hva vi har behov for. Med denne informasjonen kan vi bli bedre på å forstå når kroppen prøver å gi oss verdifull informasjon om hvordan vi har det, og det kan også gi oss forståelse og kunnskap slik at vi kan gjøre noen endringer for å få det bedre. Alle har en psykisk helse og det er noe som hører til livet og hverdagen. Psykisk helse er hvordan vi håndterer hverdagens opp- og nedturen på en rasjonell eller ikke rasjonell måte, har du en god psykisk helse tåler du mye motgang uten å få store psykiske problemer, men sliter du fra før kan til og med en svært liten negativ hendelse sende deg inn i en psykisk tilstand som trenger god behandling. Det handler om hvordan vi behandler våre følelser og tanker hver dag, og det er noe som angår alle. Kroppen kan altså formidle noe om hvordan vi har det mentalt. Den vanligvis grunnen til at nordmenn oppsøker fastlegen, er faktisk psykiske plager. Er fastlegen oppmerksom på at du trenger hjelp, vil behandler sende deg videre til personer med spesiell kompetanse på de utfordringer som du eventuelt har for å bearbeide disse problemene slik at vi får hjelp til å forstå og håndtere våre følelser, ønsker og behov slik at vi kan bruke vår menneskelig fornuft til å leve gode og meningsfulle liv. (Youmans & Jensen 2017)

Jeg stilte informantene spørsmål om hva de forbinder med god psykisk helse og de fleste kunne fortelle at de forbinder god psykisk helse med åpenhet, trygge relasjoner, noen å dele tanker med og god selvtillit. Noen av informantene kunne også fortelle at de forbinder god psykiske helse med å akseptere livets utfordringer og hvor viktig det er å huske at alle følelser er viktige.

God psykisk helse er åpenhet

Det første undertemaet som jeg tar for meg er åpenhet. Vi skal se på hva informanten Gina sier om dette når hun beskriver hva god psykisk helse er så gir hun uttrykk for at åpenhet er viktig fordi vi mennesker har behov for å fortelle hvordan vi har det enten om det er til våre nærmeste, eller til profesjonelle, og samtidig vil ikke Gina legge skjul på at hun mener at det også er viktig at psykisk helse får samme anerkjennelse i samfunnet som den fysiske helsen:

Jeg tror at grunnlaget for god psykiske helse vil være åpenhet. Jeg tror ikke nødvendigvis at jeg vil definere det som at alle skal være konstant glade eller at man ikke skal ha dårlige dager, eller traumer, men at man ser at det finnes åpenhet og hjelp å få og at vi, og samfunnet, må anerkjenner psykisk helse på samme nivå som vi anerkjenner fysisk helse. (Gina)

I dette utsagnet formidler Gina flere ting og det første som Gina nevner er viktigheten med åpenhet som hun nevner to ganger i sitt sitat, i begynnelsen og på slutten. Gina nevner hvordan dette med åpenhet kan hjelpe oss til å bli flinkere når det gjelder å snakke generelt om hvordan vi har det med vår psykiske helse.

Dette utsagnet finner jeg interessant fordi det med åpenhet i forhold til psykisk helse er varierende sett ut ifra hvilken gruppe man tilhører i samfunnet. Samfunnet har jo åpnet opp mye i forhold til psykisk helse, det aksepteres som sykdom i dag og man kan få hjelp for sin tilstand på lik linje som med andre sykdommer. Det har ikke alltid vært slik her i Norge, og andre steder i verden, temaet psykisk syk har vært synonymt med galskap og mindreverdige mennesker som har blitt stigmatisert som kanskje ubrukelige individer.

Tidligere statsminister Kjell Magne Bondevik forteller åpent i programmet «Da vi styrte landet» om hva som skjedde bak kulissene da han ble sykmeldt som statsminister. Bondevik innrømmer samtidig at han nærmet seg et punkt der livet ikke var verdt å leve (Ingebretsen, 2017).

Bondevik forteller også om depresjonen og hvordan angsten hadde satt seg hvor en morgen var så vanskelig at han klarte ikke å stå opp, og det var de han forstod at han måtte skaffe hjelp. Det raskt stilt diagnose depressiv reaksjon (Johannessen, 2006). Bondevik har fått mye ros for å ha vært åpen om sin psykisk lidelser og han ble hedret med Tabuprisen 1999 på Verdensdagen for psykiske helse. (Johannessen, 2006).

Åpenheten om vanskeligheter i eget liv mens Bondevik var statsminister, understreker at psykiske helseproblemer er noe alle mennesker kan få, og at folk med psykiske problemer er som andre folk. Det ble brukt som et argument for å viske ut skillet mellom oss og de andre og gjøre erfaringer med psykiske problemer til noe fellesmenneskelig. Det tjente som et argument mot en oppfordring til å redusere den skamfølelsen som mange mennesker med psykisk helseplager hadde kjent på i årtier, og som ennå er noe av grunnen

til at folk ønsker å holde psykisk helseproblemer skjult for andre (Larsen & Andersen, 2011).

Det andre punktet som er viktig for Gina når det gjelder den psykiske helsen er at alle skal få lov til å ha ulike følelser, alt fra glede, tristhet eller sinne så lenge man kan snakke om det. Slik jeg har forstått det så mener informanten at en god psykisk helse er å tillate seg selv å ha alle følelsene. Om det så er å være sint, deprimert eller glad. Det å snakke åpent, og ikke skjule sine følelser, er også viktig. Man behøver ikke å være glad hele tiden for å ha en god psykisk helse. Man kan være lei seg og samtidig føle seg bra psykisk.

Det tredje punktet som er viktig for Gina når det gjelder psykisk helse er at alle skal ha tilgang til hjelp når de har behov for det. Slik jeg oppfatter dette utsagnet er at når de med psykiske problemer kommer til fastlegen sin og spør om hjelp for sine psykiske problemer bør de ble tatt på alvor og få tilgang til den helsehjelp som er nødvendig for å bedre deres tilstand.

Det fjerde og siste på Gina sin liste når det gjelder viktige ting som gjelder psykisk helse er om den kunnskap som både enkeltindivider i samfunnet, og samfunnet generelt har om psykisk helse er tilstrekkelig, og hvor hun nevner hvor viktig det er å ta vare på den psykiske helsen for hver enkelt av oss, og det må være samfunnet sitt ansvar å anerkjenne psykisk helse på samme måte som den fysiske helsen.

Godt psykisk helse er å vite hvilken hjelp man kan få

Den andre informanten som vi skal se på er Bahati som er masterstudent og studerer menneskerettigheter, hun har tilknytning til flere land og er opptatt av hvordan psykisk helse blir påvirket når man skifter miljø:

Når det gjelder psykisk helse da tenker jeg at man er bevisst de gode og dårlige sider livet kan ha, og man vet at livet kan bli vanskelig, men også vite at mennesker er tilpasningsdyktige og at det finnes hjelp å få for det er ikke mulig å gå gjennom livet uten å oppleve noe. Når man er bevisst på hva slags hjelp man kan få, bevisst sine alternativer og hva som er sine begrensinger gir det en god psykisk helse (Bahati)

For Bahati er vissheten om at det finnes både gode og dårlige dager noe av det viktigste når det gjelder psykisk helse. Hun repeterer flere steder i sitatet hvor viktig det er å være bevisst når det gjelder gode og dårlige sider med livet. Bahati forteller oss at en av årsakene til at det er viktig å være oppmerksom på at livet kan være vanskelig er at det alltid finnes mulighet for å overkomme kriser om man er mentalt forberedt på forhånd og ikke er uforberedt på at livet byr på både oppturer og nedturer, men vi er laget for å håndtere og tilpasse oss ulike utfordringer som oppstår og det er ikke mulig å komme seg gjennom livet uten å oppleve vanskelige stunder. Slik jeg har jeg oppfatter det Bahati sier er det helt vanlig at alle går gjennom noe i livet, og det er helt vanlig at livet går opp og ned for alle.

Bahati forteller videre at når man går gjennom noe i livet er det viktig å ha kunnskap om hvor man kan få tak i hjelp, for hvis det oppstår situasjoner i livet som er vanskelig, er det greit å ha noen å snakke med for på den måten så blir livet bedre. Når man får dele sine byrder blir de lettere å bære. Bahati forteller så om hvor viktig det er å ha kunnskap om

sine begrensninger slik at man ikke overvurderer sin evne til å hjelpe seg selv, men forstår at man trenger å søke hjelp. Det er viktig å vite hva man selv får til og ikke.

God psykisk helse er trygge relasjoner

Den tredje informant er Diana er utdannet sosionom og jobber i en offentlig institusjon. For henne er det blant annet trygge relasjoner og det å ha noen å dele sine tanker med som er viktig for henne når det gjelder den psykiske helse:

En god psykisk helse betyr at jeg har de gode sosialt, kulturelle og økonomiske til stedet, at jeg har trygge relasjoner rundt meg og noen å snakke med når hverdagens utfordringer kommer, det handler litt sånn både intern at jeg har min egen evne til å ivareta meg selv også at det er en del gode til stede da. (Diana)

Det første som Diana nevner er det sosiale livet som innebærer gode relasjoner og nettverk som er bra for den psykisk helse. Med sosialt liv har man tilgang til venner eller familiemedlemmer som man kan dele hverdagens opplevelser med. Det innebærer at hun føler seg trygg på at hun kan søke råd om dagliglivets store og små utfordringer i sitt nettverk. Det fører igjen til at hun alltid har noen tilgjengelig for å søke hjelp til når problemer måtte dukke opp.

Det andre som Diana nevner er hvor viktig det kulturelle er for henne når det gjelder psykisk helse, og her vil jeg tro at hun mener venner som har samme tilhørighet, kanskje noen med de samme interesser som kan tilhøre samme felleskap.

Det tredje som Diana nevner er hvor viktig det er å ha den økonomiske delen på plass. Det å ha råd til mat, klær og andre ting man har behov for er bra for den psykisk helse for da har man færre ting å bekymre seg for.

Det fjerde som Diana nevner som er viktig for den psykiske helse er trygge relasjoner som har stor betydning for livskvalitet i gode tider, men også når livet byr på utfordringer. Det er viktig med venner som ser og lytter til hverandre og hvor man føler seg verdsatt, og samtidig får den støtte, omsorg og kjærlighet man trenger. Det å ha noen å dele sine innerste tanker med for da slipper man å gå alene med tunge tanker. Det siste som Diana nevner som er viktig for den psykiske helsen er evnen til å ta vare på seg selv. Det er viktig å prioritere sine egne behov og samtidig ha overskudd til å leve sitt sosiale liv.

God psykisk helse er å finne motivasjon og oppnå sine mål

Den femte informant vi skal se på er Emina som er skuespiller og forfatter. Emina fokuserer på motivasjon og god selvtillit når det gjelder god psykisk helse:

*Jeg vil definere god psykisk helse som evnen til å opprettholde motivasjon, oppnå mål man setter seg, god selvtillit og jevnt over positiv sinnstilstand.
[...] Mange av oss er oppdratt til å vise et så godt som mulig fremstilling av seg selv og enkelte ganger så blir utfordringer ansett som svakhet. (Emina)*

For Emina er det mye som er viktig når hun skal definere en god psykisk helse og hun begynner først med motivasjonen. Hun mener med det at å være motivert til å gjøre det som et menneske forventes å gjøre vil holde den psykiske helsen i sjakk. Om man ikke har

motivasjon så har man heller ikke evnen til å foreta seg noe. Motivasjon er viktig for at vi skal klare oppnå konkrete mål som vi setter oss. Det er bra når man klarer å engasjere seg selv i det man gjør.

En annen ting som Emina nevner for å ha en god psykisk helse, er å oppnå sine mål. Dette krever at man setter seg mål som er realistiske og her er det viktig at man ikke gir opp. Når man setter seg konkrete mål så er det også lettere å gjennomføre dem, men har man selvdisciplin er det lettere å konsentrere seg om å nå sine mål. En tredje ting som Emina nevner er hvor viktig selvtillit er for den psykiske helse. Det er viktig å ha troa på seg selv og at man får til det man ønsker å få til her i livet. Slik jeg har forstått Emina sitt sitat viser tilbake til det med motivasjon, for har man motivasjon og evnen til å nå de målene man setter seg så er det enklere å få en god selvtillit.

En siste ting som Emina nevner er aksept for at livet byr på utfordringer. Dette er noe som mange av informantene har nevnt, at man må være forberedt på at livet kan by på opp og nedturer, og selv om vi er oppdratt til vise de beste sidene ved oss selv, så må vi akseptere at enkelte ganger trenger vi hjelp. Det er ikke en svakhet å be om hjelp om man har utfordringer. Det kan selvfølgelig være vanskelig å dele med andre at vi sliter fordi vi er oppdratt til å si til oss selv og andre at vi har det bra og at vi klare oss selv, og det gjør noe med oss fordi noen ganger så føler vi for å late som om alt er bare bra selv om virkeligheten er langt fra perfekt.

God psykisk helse er indre ro

Den sjettede informant Fatima jobber innen helse og deler sine tanker om hva som er viktig for henne når det gjelder god psykisk helse basert på egne livserfaringer.

«De dagene jeg har indre ro, at det ikke er bråk og kaos i huset, det er psykisk helse. Det er når man kan leve i her og nå, det høres rart å si at man sitter stille og høre masse bråk, men det er sånn det kjennes for meg. God psykisk helse for meg er når jeg ikke har så mye bråk i huet.» (Fatima)

For meg virke det som at Fatima forbinder god psykisk helse med flere ting, og det første hun nevner er hvor viktig det er å ha indre ro og her vil jeg påstå ut fra hennes bakgrunn og historie at hun mener den mentale roen. Jeg tror at dette kan ha noe med Fatima sin diagnose, PTSD, som gjør at hun kjenner på angsten og ofte har mareritt som minner henne om fortiden fylt av mye frykt og redsel fra en barndom på flukt. Selv om det er mange år siden Fatima og hennes familie var på flukt så føler hun seg innhentet av fortiden enkelte ganger. Fordi hennes fortid var fylt med kaos er hun opptatt av at hverdagen skal inneholde minst mulig kaos for at hun skal ha det bra. Og det er ikke alltid enkelt å få ro, hverdagslivet kan også av og til være litt kaotiske og det bringer fortidens hendelser og følelser frem i henne. Dette medfører igjen at hennes psykiske tilstand forverres i perioder og hverdagslivet føles tungt.

Slik jeg forstår Fatima så nevner hun et annet punkt som hun finner viktig for god psykisk helse er at hun ønsker å konsentrere seg om det som skjer i nåtiden, for selv om fortiden påvirker henne så ønsker hun å rette fokus på det som får dagene hennes til å gå framover. Det virker for meg som at Fatima setter mer pris på de dagene hvor hun kan virkelig nyte roen rundt seg for hun gjentar to ganger det å ha det stille, og at det er viktig for henne. Jeg forstår Fatima slik at selv om livet kan være tungt av og til så velger hun så godt hun

kan å være positiv og jobbe mot en bedre fremtid. Ved at hun har søkt hjelp for sine plager så har hun tatt et aktivt valg for ikke å la fortiden ødelegge fremtiden hennes.

God psykisk helse hemmes ikke av utfordringer

Den syvende informanten er Hali som jobber med barn og for henne er det viktig at ulike utfordringer ikke hindrer en person en til å oppnå et godt liv.

God psykisk helse vil jeg si at man ikke hemmes av utfordringer, og det innebærer også opp og nedturer, og man skal få lov til å kjenne på alle følelser i spekter uten at det blir så sterkt at det hemme en, uten at man blir så redd at man ikke klarer å gå på butikk eller at man gruer seg til å betale regninger. (Hali)

For Hali er det flere punkter som er viktig for henne når det gjelder den psykiske helsen og det første hun nevner er at det er viktig at man klarer å overkomme ulike utfordringer som oppstår både i hverdagen og ellers i livet, man må altså være forberedt på livets overraskelser. Det jeg leser ut av dette er at Hali ikke er redd for å prøve nye ting, eller skaffe seg nye utfordringer, hun finner det tvert imot forfriskende og morsomt å skaffe seg nye erfaringer.

Det andre punktet som Hali nevner er noe som flere andre informanter har nevnt tidligere, å akseptere at livet har gode og dårlig dager. Dette forstår jeg dit hen at hun har evnen til å tolerere og takle forskjellige hendelser etter hvert som de oppstår og prøver å håndtere opplevelsene rasjonelt.

Så nevner Hali at man skal få lov til å kjenne på alle følelser, dette er noe som flere informanter har nevnt, at alle følelser er like viktig for å ha en god psykiske helse, og Hali legger også til at følelser skal ikke være til hinder for livet vårt. Hun snakker spesifikt om hvor viktig det er at følelser ikke bør ta overhånd slik at livskvaliteten blir forringet og nevner også at frykt ikke bør komme som en faktor som destruerer hverdagslivet hennes. Som jeg oppfatter Hali sine meninger dreier det seg om at man kan ta seg sammen når du møter utfordringer, mens andre informanter har gitt uttrykk for at det å ta seg sammen ikke virker for dem fordi noen ganger trenger de trenger profesjonell psykisk helsehjelp for å overkomme sine problemer.

Det fjerde punktet som Hali nevner er hvordan man skal være bevisst sine emosjoner slik at de ikke står i veien for at vi skal leve livet. Et eksempel hun bruker fra sitt eget liv er hvordan angstanfall tidligere har rammet henne så hun har ikke vært i stand til å utføre til å med de enkleste oppgaver i hverdagen slik som å komme seg ut av huset, man må altså klare å gjøre hverdagslige gjøremål uten at man skal bli hindret av sin egen psykiske helse.

Informantenes meninger og opplevelser når det gjelder psykisk helse i andre kulturer utenfor Norge

De sitatene vi skal på handler om psykisk helse i hjemlandet til informantene eller hvor deres foreldre kommer fra. Noen av informantene er født og oppvokst Norge med røtter fra andre land, og andre kom til Norge i ung alder. I noen av sitatene vi skal se på nevner noen av informantene spesielt den forskjellen som er mellom et individualistisk og et kollektivistisk samfunn som kan påvirke måten psykisk helse blir forstått og håndtert på. Det siste sitatet i dette kapittel handler om hvor viktig det er å anerkjenne at det finnes ulike tabuer rundt psykisk helse i alle kulturer, selv om det ofte er lett å se på andre kulturer utenfor Norge når man skal vise at det er flere problemer andre steder.

I Norge er det en sterk stat med et velfungerende rettssystem og helsevesen. Derfor har den kollektive kulturen gradvis blitt erstattet med en mer individualistisk kultur, fordi det ikke lenger er like viktig å ha et kollektiv som beskyttelse. (Reiss, 2013).

Er psykisk sykdom et luksusproblem?

Den første informanten vi skal se på er Diana som har et sitat som handler om hvordan hun oppfatter sin egen psykisk helse i forhold til sin kulturelle bakgrunn hvor hennes referansepunkter er hennes foreldre.

Jeg har vokst opp i en tid hvor jeg har litt luksusproblemer, mens i mine foreldres tid så var det om å overleve. På en måte kjente foreldre ikke på de samme irritasjonene i hverdagen da, i henhold til det jeg kjenner til nå, det oppstår en form for gap mellom oss av en grunn, fordi vi er vokst opp i ulike kulturelle preferanser, og det har noe med at foreldre vokst opp i en tid der det var krig, pluss det var i u-land, men jeg bor i i-land, ikke sant? Det er forskjellige sosiale, kulturelle preferanser og rammer og betingelser som er til stede. (Diana)

Først begynner Diana med å forklare de ulike grunnene til at hun og hennes foreldre har forskjellige syn på den psykisk helse. Den første utfordringen som hun nevner er at hun selv er vokst opp i en tid der psykiske problemer blir definert som luksusproblemer fordi hun oppfatter det slik at foreldrene hennes synes vi har det veldig godt her i Norge, og da er det lett å finne ting å klage på uten at det egentlig er noe vesentlig problem annet enn at livet kan være tøft for alle av og til, samtidig som informanten selv bagatelliserer hverdagsutfordringer fordi hun sammenligner sitt liv med det tøffe livet som foreldre har levd, noe som fører oss til det andre punktet.

Den andre utfordringen som Diana beskriver er dette med ulike tidsepoker som hun og foreldrene har vokst opp i. Diana nevner hvordan hennes foreldre vokste opp i en tid hvor de var opptatt om de hadde mat på bordet, om de hadde klær, tak over hodet. Diana nevner også hvordan foreldrene måtte lære å prioritere hva som var viktigst for å overleve og hadde ikke noen mulighet til å sette fokus på sin egen psykisk helse. Slik jeg forstår det så var det å skaffe mat, hus og trygghet til seg selv og sine barn det første prioriteringen og kanskje den eneste. Foreldrene til Diana hadde ikke råd til å vise irritasjon utad fordi de var hundre prosent opptatt av å dekke de livsnødvendige behovene som finnes i en familie i en krisesituasjon, mens Diana som er vokst opp i overflodssamfunn og har råd til å føle på irritasjon fordi hun ikke føler den frykten for å bli utsatt for noe ubehag som foreldrene hadde, tar seg råd til å føle på sin psykiske tilstand.

Den tredje utfordringen som Dina beskriver, er hvordan hun og foreldrene er vokst opp i ulike kulturer, med foreldre som er fra u-land og hun som er vokst opp i-land. Det er forskjellige forutsetninger for livet. Foreldrene vokste opp i ett land med krig, mens Diana vokst opp i ett land med trygghet. Ulikhetene er veldig store og den overlevelsesmekanismen som foreldrene har brukt for å kunne overleve har de tatt med seg til det nye landet slik at det med psykisk helse ikke er viktig for dem å diskutere fordi mest trolig så er det å skaffe mat og husly til sine fortsatt det viktigst for dem. Selv om kulturforskjeller er konstruerte så er de også reelle og det gjør at man danner seg ulike kunnskaper og oppfatninger av verden og slik er det også når det gjelder den psykiske helsen.

Min konklusjon på sitatet er at foreldrene har lyktes i å skjerme Diana fra de skremmende opplevelsene som foreldrene selv har hatt, og det har ført til at hun selv kanskje har et litt overfladisk forhold til viktigheten av en god psykisk helse og forståelsen hennes av foreldrenes holdninger angående psykisk helse er farget av at hun har blitt skjermet fra deres opplevelser i sitt opprinnelsesland, men hun har skjønt såpass mye angående foreldrenes opplevelser at hun kanskje feilaktig vurderer sine egne problemer som bagateller. Dette er ganske alvorlig angående hennes egen psykiske helse, hun bør søke hjelp fordi hun kanskje sliter med å tilpasse seg livet i i-lanskulturen, det er mye som er tøft for mange i dette samfunnet også.

Enten er man helt frisk eller så er man gal

Nå skal vi se på et sitat som skiller seg fra Diana sitt på mange måter. Mens Diana bagatelliserer sine problemer på grunn av foreldrene sin fortid, så deler Fatima sine tanker og sammenligner den psykiske helsen i Norge med foreldrene sitt opprinnelsesland og hun sier følgende:

Man snakker om psykisk helse i Sentral Afrika, men jeg opplever at man snakker om det på en annen måte enn det man gjør her i Norge. For i mitt hjemland er psykisk helse polarisert, enten er man helt frisk eller gal, det man forbinder med psykisk helse er de som har psykose eller innlagt på psykiatri eller de som er på gata. Også har man aksept for at folk kan bli deprimert. Jeg synes ikke nødvendigvis at folk forstår enkelte diagnoser i Norge mer enn de gjør der jeg er født, det har mye å si hva folk har lest og vet fra før, eller hvor mye de er eksponert for det. Men selvfølgelig lettere å snakke om psykisk helse her i Norge enn andre plasser. Norge er mer åpent hvis du sammenligner med mitt hjemland. En barriere her at Norge er det individualistisk tankegang hvor de fleste lærer å klarer seg selv og prestere, så for noen kan det være å innrømme at de har psykisk problem en utfordring.
(Fatima)

I dette sitatet snakker Fatima om psykisk helse i hjemlandet og nevner i flere punkter hvordan det er. Fatima nevner først hvordan psykisk helse snakkes om hvor hun er født, samtidig som hun videre sier at det er en annerledes måte å snakke om psykisk helse på i sentral Afrika enn hvordan vi gjør det i Norge.

Fatima forteller først hvordan psykisk helse blir vurdert i hjemlandet, hvor hun bruker ordet polarisert og psykisk helse blir forbundet med de som sliter veldig mye, med psykose eller andre mer alvorlige former for psykisk lidelse som gjør det nødvendig å legge dem inn på institusjon, mens litt depresjon er akseptert uten at man trenger særlig behandling for det, men ellers forventes mennesker å være friske. Fatima antyder hvordan det å være i

psykose, depresjon eller innlagt på psykiatrisk behandlingsted kan være noe som mennesker forstår, men samtidig som man blir stigmatisert fordi mange forbinder psykisk lidelser med galskap.

Fatima forteller videre hvordan psykisk helse blir vurdert her i Norge og hun mener at enkelte deler av den psykisk helse ikke har større forståelse i Norge enn i fødelandet hennes. Hun mener at det i begge land er det manglende kunnskap gjelder psykisk helse og ser at oppfattelsen av psykisk helse varierer med hvor nært de er mennesker som trenger psykisk hjelp. Samtidig opplever Fatima at det er mer åpenhet angående psykisk helse her i Norge enn i opprinnelseslandet sitt. Jeg forstår det slik at Fatima også mener at hvert enkelt menneskes behov for hjelp er det samme uansett hvilken kultur man tilhører, men den norske individualistiske tankegangen setter en sperre for menneskers åpenhet angående psykisk helse og deres og evne til å søke hjelp. Dette i motsetning til hennes fødeland hvor storfamilien på mange måter er den som støtter og hjelper mennesker i nød, og hvis storfamilien ikke er i stand til å hjelpe dem nok så kan de bli innlagt på en institusjon hvor de får profesjonell hjelp.

Mentalt breakdown

Mens Fatima sitt sitat handler om psykisk helse i sentral-Afrika sammenlignet med Norge, så handler Celina sitt sitat om hvordan hun selv oppfatter den psykiske helsen i forhold til hennes egne foreldre:

For min del så var jeg ikke så opptatt av psykisk helse, men etter at jeg ble diagnosert i 2009 med OCD så ble jeg mer opptatt av psykisk helse. Jeg har hatt det lenge, men det var i hvert fall da jeg begynte å merke det mer. Det har vært utfordrende de første årene. Først fordi jeg vokst opp i en kontekst i Norge hvor foreldre er godt integrert, men siden de er vokst opp i et annet land har de med tankesett fra hjemlandet, jeg følte at psykisk helse ble innviklet i religion og det ble problematisk for min del. [...] Jeg måtte rett og slett ta en pause. Jeg hadde et mentalt breakdown. (Celina)

Her kommer det til uttrykk i Celina sitt utsagn at hun ikke hadde noe særlig kunnskap når det gjelder psykisk helse og det ikke var før hun selv fikk en diagnose at hun begynte å lære om dette, men hun reflekterer også over at hun mest sannsynlig slet før hun fikk diagnosen, bare at hun ikke tenkte over det.

Celina snakker også om utfordringer som har oppstått i forbindelse med det å ha en diagnose og slite med den psykiske helsen. Celina forteller at en av utfordringene var manglende forståelse fra foreldrene når det gjelder hennes diagnose og hun forteller videre hvordan dette kan ha noe å gjøre med at foreldrene har en annen måte å håndtere psykisk helse i sitt opprinnelsesland, og selv om de har bodd i Norge i mange år er de fortsatt påvirket av hvordan de håndterer mental helse i hjemlandet. Det er tydelig for meg i det som blir sagt i sitatet at Celina sine foreldre støtter andre hjelpemetoder, som religiøse og åndelige, i stedet for behandling fra helsepersonell. Foreldrene ønsker å stille opp når Celina sliter og foreldrene tror at bønn og refleksjon vil hjelpe. Jeg ser det slik at Celina og foreldrene har ulik forståelse angående sykdomsvirkelighet. De har også ulik forståelse av psykisk sykdom og har andre forventninger til hvor, og hvordan, de kan få hjelp.

Den andre utfordringen hun forteller om er hvordan psykisk helse ble viklet inn i religionen fordi foreldrene trodde det var nok med en bønn, for foreldrene mener bønn var nok til å

helbrede henne når Celina fortalt om sine tvangstanker. Hun forteller også på slutten hva det gjør med hennes psykiske helse når foreldrene ikke har samme forståelse som henne, og var heller ikke særlig forståelsesfull da hun fikk et sammenbrudd.

Celina deler også følelsen av tristhet over å ikke bli trodd, eller forstått, når foreldrene tror det er nok med bønn fordi det stemte ikke med hennes virkelighet. Hun ville så gjerne be, men samtidig også få lov til å snakke med en profesjonell fordi hun var ikke sikker på at å be ville hjelpe henne med hennes problemer.

Min konklusjon er slik jeg ser det at Celina sin psykiske helse ble verre når hennes måte å håndtere utfordringer på krasjet med foreldrenes måte å forstå psykiske utfordringer. Riktignok opplever også Celina at bønnen hjelper henne i en viss grad, men i og med at hun har en sammensatt diagnose så føler hun at hun trenger ekstra hjelp, og skaffer seg det for å få et bedre liv. Min oppfatning er at man må ikke undervurdere bønnens kraft, hennes foreldre har hengitt seg til bønn i hele sitt liv og funnet hjelp og kraft i den for å leve sitt liv, i likhet med mange andre troende. Det er jo også slik at troen er en rettesnor om hvordan man skal leve sitt liv og lever man etter troen så slipper man unna mange psykiske problemer som er av mindre alvorlig grad.

Psykisk helse er ikke tema i hjemlandet fordi de mangler kunnskap

Den fjerde informanten vi skal se på er Emina og hennes sitat handler om de store forskjellene når det gjelder håndtering av psykisk helse hvor hun er født i motsetning til Norge, dette basert på hennes egne observasjoner sier hun følgende:

«Forskjellene med å bo i hjemlandet og i Norge er som natt og dag. I hjemlandet var det fest hver dag med nydelig mat, men det var også krig og mange utfordringer. Flukt og redsel var også en del av mitt liv. Men jeg savner storfamilien min. [...] Psykisk helse er ikke tema i hjemlandet. Det er mange som mangler kunnskap om dette tema.» (Emina)

Jeg leser Emina sitt sitat der hun først begynner med å fortelle om de forskjellene som er mellom sitt opprinnelsesland og Norge. Emina sammenligner disse to stedene som dag og natt hvor hun beskriver livet i hjemlandet som en fest hver dag fordi det alltid var mennesker som bryr seg til stede og alle passet på at hun hadde det bra til motsetning til livet i Norge som er individualistisk og med minimal støtte fra andre enn nær familie og ikke alltid det engang.

Emina forteller også at det er store forskjeller når det gjelder livet generelt fra der hun vokste opp og det livet hun har i Norge nå. I hjemlandet var det andre goder som er positive slik som livet med storfamilien, mye god mat, fest, og glede. Dessverre var det ikke bare positive ting med livet som Emina opplevd i hjemlandet, hun opplevde også negative ting som krig, flukt og andre utfordringer som har påvirket hennes psykisk helse i ettertid. Emina nevner videre at psykisk helse ikke var noe særlig tema under oppveksten og en av årsaken til dette kan være at mange har ikke så mye kunnskap om psykisk helse. Jeg tror at det antagelig er et kollektivistisk samfunn hun levde i og at alle var hverandres støttespillere i vanskelige situasjoner og alle problem ble tatt opp og behandlet i plenum, mens viten om psykisk helse nødvendigvis ikke trengte å fokuseres på, men derimot den kollektive hjelpen som kunne gjøres uten at faguttrykk ble nevnt. Det gjaldt å bry seg, det er ofte nok i vanskelige situasjoner.

Jeg forstår det slik at i hjemlandet til Emina så lever de fleste i et kollektivistisk samfunn og det er helt vanlig at alle problemer, uansett hvilke, blir drøftet, og mennesker hører alltid på deg uansett hvilket problem du har. Råd blir gitt om hvordan problemet skal løses, og i og med at andre behandlinger er utilgjengelig, av økonomiske eller kulturelle årsaker, lever man etter de råd de får fra de andre i sitt miljø. Og alle støtter hverandre og åpenhet om hvordan de har det er vanlig. Emina snakker om at man ikke hadde hørt noe om psykisk helse i hjemlandet, det blir nok ikke definert på noen spesiell måte der, men mer som en dagligdags problemstilling om at enkelte ikke har det helt bra, og trenger hjelp fra sine nærmeste. Slik har problemer blitt behandlet i uminnelige tider i enkelte samfunn og annerledes blir det nok ikke på lenge der.

Tabuer om psykisk helse finnes i alle kulturer

Gina er den siste informanten som vi skal se på og hun velger å uttale seg om de ulike tabuene om psykisk helse som finnes i alle kulturer:

Jeg tror at tabuene om psykisk helse er forskjellige fordi det er litt for lett å kategorisere andre kulturer, spesielt våre egne, men sannheten er at det finnes tabuer her i Norge også som kommer frem på andre måter. Jeg tror absolutt det er en forskjell og jeg tror at tabuene der jeg kommer fra er nok litt mer ... hvordan sier man det på norsk? De er ikke så skjulte som de ville ha vært i Norge. De er litt mer synlige. Mennesker der latterliggjøre mye mer, så der er det mer synlige hinder om å åpne seg om psykiske helse, mens i Norge finnes det andre mekanisme som er årsak til at enkelte ikke får den hjelpen de har behov for. Her i Norge opplever vi flere hindringer i forhold til stereotypier spesielt til innvandrere og innvandrerkvinner. (Gina)

Jeg leser Gina sitt sitat hvor hun nevner tabuene om psykisk helse som finnes både der hun kommer fra og i Norge. Gina hevder selv at tabuer finnes i alle kulturer, men at enkelte ganger er det altfor enkelt å sette søkelyset på tabuene fra noen kulturer enn andre. Gina mener at tabuene som finnes rundt oss blir oppfattet ulikt fra kultur til kultur.

Gina begynner med å fortelle oss om hindringer og tabuene som finnes hvor hun kommer fra som hun selv mener er mer synlige enn tabuene i Norge. Gina forteller det hun mener med synlige tabuer er at etter hennes erfaring er at det er vanlig at mennesker gjør narr av psykisk helse og de som sliter. Når noen latterliggjør andre fordi de trenger hjelp så blir resultatet at mange er redd for å oppsøke profesjonell hjelp når de har utfordringer. Det er altså fordommer om psykisk helse som forhindrer at enkelte mennesker som har behov for å snakke om sine plager ikke tør å gjøre det i frykt for hva andre mennesker kan tenke eller si.

Gina snakker på den andre siden om hindringene og tabuene som finnes i Norge. Basert på informantens egne erfaringer og opplevelser så er det andre årsaker som gjør at ikke alle får den hjelpen de har krav på, på grunn av fordommer til innvandrere og innvandrerkvinner, som enkelte i helsevesenet har til den gruppen. Slik jeg har forstått det er de erfaringene som Gina har basert på de problemer hun har møtt i hjelpeapparatet, hvor hun hele tiden opplevde å bli mistrodd av helsevesenet. Det at hun ikke fikk hjelp når hun trengte det forverret hennes psykiske situasjon drastisk.

Informantenes egne personlige historier rundt psykisk helse

I denne delen har jeg samlet ulike sitater hvor informanter deler om deres egne personlige historier rundt psykisk helse. Verdens helseorganisasjon, WHO vektlegger i sin definisjon av psykisk helse at individet skal føle velvære, kunne arbeide produktivt, realisere egne evner, håndtere livets normale prøvelser og bidra til sine sosiale omgivelser. (MiRa-Senteret, 2017). Alle informanter har ulike årsaker til hvorfor de oppsøker profesjonell hjelp. Noen ganger hadde informantene det til felles at de kjent på de samme symptomene, for et eksempel er at det er flere informanter som søker hjelp på grunn av depresjon eller angst, mens andre søkt hjelp på grunn av vanskelig barndom, eller ulike faser i livet hvor de føler at det er mye å håndtere på en gang. Det er historier om hvordan den psykiske helse kan bli påvirket av det å være på flukt, det å ha en spiseforstyrrelse, vanskelig barndom, vanskelig ungdomstid, angst, identitetskrise, eller følelse av plutselig miste kontroll over sitt eget liv. Gjennom å dele sine livshistorier i ulike sitater klarte informantene å sette ord på sine følelser.

I hjemlandet var du kanskje rik, men her må du begynne på nytt

Vi starter første delen av analysekapittel to med å se på sitatet til Bahati som kom til Norge som ung flyktning. Bahati kom i kontakt med BUP i ungdomsårene ved hjelp av en lærer som oppdaget hennes depresjon. I dette sitatet reflekterer Bahati over de ulike utfordringer som en kan møte på når man kommer fra et sted hvor man har opplevd mye, og de problemer det medføre å starte nytt liv på en ny plass.

Jo, jeg kom som flyktning og ofte vi som kommer fra utlandet er mer eksponert for å få psykisk helseproblemer. Det er mye ustabiliteter, du kommer til nytt sted, foreldresituasjon endrer seg. Hjemlandet var du kanskje rik, men her må du begynne på nytt og det medfører mange problemer for foreldre og begynner på nytt når de er eldre og det er vanskelig å gjøre alle de oppgavene som var lett for dem, og det er noe som kan fort gå utover barna. Også har du kulturforskjeller og da kommer gjerne depresjon, angst og andre diagnoser. (Bahati)

I dette sitatet der Bahati snakker om sin mentale helse etter å ha flyttet til Norge, identifiserer hun seg selv som en flyktning «jeg kom som flyktning», til tross for at hun har bodd i Norge en, underforstått, god stund. Det mest slående med argumentasjonen hennes er det at hun identifiserer flere stressfaktorer og det faktum at hun beskriver samtlige av disse i relasjon til sin overgang til et nytt liv i Norge, en overgang som i generelle termer beskrives som omveltende og uforutsigbar – «det er mye ustabiliteter». Hun deler hvordan det tar tid å gjennomgå en flytteprosess, ikke følelsesmessig, men også mentalt.

På denne måten blir alle problemene hun identifiserer relatert til eksterne faktorer linket til kontekst, og ikke til underliggende eller tidligere helsetilstander. Når hun diskuterer sin mentale helse i livet i Norge så trekker hun opp en sterk kontrast mellom en stabil (i alle fall økonomisk) fortid og en ustabil nåtid. Når hun skildrer fortiden, indikerer hun en tydelig forskjell i klasse og økonomisk status i hjemlandet [underforstått: i sammenligning med nåværende klasse og økonomisk status i Norge] «hjemlandet var du kanskje rik», hvilket kan være et uttrykk for at dette er en endring i status som hun strever med å akseptere.

Når hun går videre til å drøfte nåtiden så understreker hun at det var utfordrende å starte på nytt i et nytt land, og repeterer denne tanken om at det er å starte på bar bakke – hun nevner det å begynne på nytt to ganger, i ulike setninger.

Bahati beskriver flere utfordringer hun har støtt på under denne prosessen med å starte på nytt, på tre ulike nivå – økonomisk, familiært og kulturelt, alle utfordringer som har vært med på å forverre hennes mentale helse. Kombinasjonen av disse tre dimensjonene kan bli forstått som hennes forklaring på hvorfor hun opplever utfordringer med sin mentale helse.

Den første utfordringen hun møtte på i Norge er implisert økonomisk, ettersom hun tidligere snakket om at flyktninger kan ha vært rike i eget hjemland, «i hjemlandet var du kanskje rik». Dette kan tyde på at økonomisk usikkerhet har lagt en ekstra byrde på hennes mentale helse. Den andre utfordringen hun beskriver er de familiære relasjonene, og hun viser til det å navigere på et nytt sted og i ukjent samfunn der foreldrene antageligvis opplever at både språklige barrierer og kulturelle forskjeller gjør at foreldrenes egen rolle i familien endres, og vanskeligjør alle de oppgavene som var lett for foreldrene i hjemlandet.

Her spekulerer Bahati om det å flytte til Norge gjorde foreldrene hennes usikre og tok fra dem mestringsevnen over hverdagslige gjøremål de til vanlig ville gjort [underforstått: med letthet] for sine barn. Bahati påpeker at denne endringen i foreldrerollen påvirker hele familien, noen som fort kan gå utover barna, hvilket impliserer dette som en ytterligere stressfaktor – både foreldre og barn kan bli negativt påvirket av den nye situasjonen, noe som igjen kan gi forsterkende effekt på stresset. Jeg forstår henne som at hun mener at påkjenningene til foreldrene kan forsterkes av at barna blir stresset, og at stresset til barna forsterkes av foreldrenes stress.

Som siste punkt nevner Bahati kulturelle forskjeller. Dette kan forstås som at denne faktoren kommer på toppen av alt annet, og at summen av det hele, de ulike utfordringene, gir grobunn for psykisk uhelse. Disse utfordringene med mental helse beskrives i generelle termer, og ikke spesifikke diagnoser, «da kommer gjerne angst, depresjon og andre diagnoser». Med andre ord, Bahati ser tilsynelatende på sine utfordringer med mental helse i en bredere kontekst av det å være flyktning, og som et bristepunkt hun har nådd som ett resultat av summen av flere ulike problemer som griper inn i hverandre.

Forskjellsbehandling og den psykisk helse

Det neste sitatet vi skal se på Diana sitt sitat. Diana har tidligere bodd på bygda hvor hun trivdes godt, men måtte flytte til en storby for å studere og det ifølge henne var en stor overgang da hun følte seg trygg på bygda. Det å flytte til storbyen ga henne andre erfaringer enn hun hadde fra før, og disse nye erfaringene påvirket henne, blant annet hennes opplevelse av identitet. Hun forteller hvordan hun ble usikker på sin identitet og dessverre opplevde hun diskriminering og hatytringer som gjorde hennes selvfølelse verre, og hun måtte søke hjelp for å håndtere de tankene hun hadde etter å ha blitt utsatt for blind vold.

Jeg personlig slet med identitetsbygging i ung alder og følte ikke at jeg hadde riktig apparat rundt meg, og det ble ikke heller normalisert at det var noe av de tingene som plaget meg var noe som man burde snakket med noen om, og senere tidspunkt

hvor jeg ble utsatt for blind vold hvor jeg pådro meg en stor skade etter en person mente visse ting fordi jeg så ut som jeg så ut. (Diana)

Diana beskriver i dette sitatet hvordan hun hadde en periode i sitt liv som ung hvor hun hadde utfordringer med å forstå, og samtidig akseptere, hvem hun er. Selv om det å ha en annen bakgrunn enn majoriteten i mange tilfeller kan oppleves som en styrke for mange, så forteller Diana hvordan det for henne var en kilde til usikkerhet og stress.

Diana deler videre hvordan hun manglet noen mennesker rundt seg med samme erfaringer som henne for å snakke om de tankene hun hadde, og det gjorde at hun måtte holde alt for seg selv. Det ble også verre når hun ble utsatt for hat fordi hun ser annerledes ut og hun innrømme at dette påvirket hennes psykisk helse lenge.

Dianas forteller hvordan negative opplevelser ga henne angst og redsel for at flere slike episoder kunne oppstå hvor og når som helst, selv om hun ikke forstod hvorfor helt fremmede mennesker kunne hate henne bare fordi hun så annerledes ut. En annen ting var også at selv om Diana så annerledes ut, så tenkte hun på seg selv som norsk i mange settinger, men det å møte vonde opplevelser fordi hun så annerledes ut gjorde at hun reflekterte mer rundt identiteten sin.

Senere i intervjuet forteller Diana at selv om det var vanskelig å oppleve hat så har hennes erfaring blitt en motivasjon for at hun ønsker å jobbe med barn og unge, fordi hun har et ønske om at alle skal lære i ung alder å akseptere seg selv for den man er og at det er ikke negativt å se annerledes ut enn andre. For Diana er det og viktig at spesielt barn og unge får verktøy for å håndtere ulike prosesser rundt sin identitet, og samtidig tidlig lære at alle mennesker er like mye verdt, uavhengig av etnisitet, religion, kjønn, seksuell legning og funksjonsevne. Under intervjuene kom det også frem at det var andre informanter som hadde negative opplevelser lik Dianas på grunn av deres synlige, utseendemessige, forskjeller fra majoriteten. Selv om Diana ikke bruker ordet rasisme, så forstår jeg at det hun har blitt utsatt for er rasistisk vold. Det er flere av informanter som forteller om ulike episoder i livet hvor de opplever diskriminering og forskjellsbehandling, men ikke på samme måte som Diana.

Forskning viser at diskriminering av innvandrere er noe som forekommer på de fleste samfunnsområder, og diskriminering av innvandrere er mer omfattende enn tilfellet er for samer og nasjonale minoriteter. Midtbøen og Lidén viser til et begrep som heter kumulativ diskriminering som er et opprinnelig amerikansk begrep som viser hvordan diskriminering kan gå i arv. Et eksempel fra Amerikansk kontekst er hvordan slaveri og senere institusjonalisert rasesegregering har konsekvenser for hvordan den svarte befolkning har det i dag. «*Når det gjelder innvandreres opplevelser av den bredere offentligheten, viser rapporter at hatkriminalitet på grunnlag av etnisk bakgrunn forekommer.*» (Meland & Uleber, 2009 referert i Midtbøen & Lidén 2016).

En definisjon av rasisme finner vi hos Hall: «Rasismens diskurs virker selvfølgelig innenfor en verden med manikeiske motsetninger – dem og oss, primitive og siviliserte, lyse og mørke – som skapt et forførerisk svart – hvitt symbolunivers. Rasismens rigiditet er nøkkelen til dens kompleksitet. Dens evne til å skille en kompleks kulturell og historisk verden i to store motsetninger skjuler den dype dobbeltheten i følelser, holdninger, tro og verdensanskuelse som aldri lar seg stabilisere og fiksere på en ryddig måte» (Hall, 2020:63). Det Hall mener med dette er at en gruppe bruker nedverdiggende og diskriminerende metoder for å kunne kontrollere andre mennesker, og for å unnskyldte måten de behandler andre mennesker på, for å berike seg selv eller for å oppnå noen

fordeler selv. Bangstad har også en definisjon på rasisme: «Med rasisme vises det til en generalisering i form av mennesker tillegges bestemte egenskaper på bakgrunn av sin tilhørighet i en bestemt gruppe og at disse egenskapene defineres som negative at de utgjør et argument for å holde medlemmer av gruppen på avstand, ekskludere dem, og om mulig aktivt diskriminere dem.» (Bangstad, 2017:234) Bangstad sin definisjon av rasisme handler om når mennesker hevder at andre er mindreverdige individer som mangler mange menneskelige egenskaper, altså tilegne mennesker egne egenskaper som gjør dem mindre verdige, slik at du kan kontrollere dem. Et eksempel er å hevde at alle svarte mennesker er dumme og samtidig få andre til å tro at dette er tilfelle.

Dessverre er det ikke bare Dina som har vært offer for rasistiske ytringer og voldsepisoder på grunn av etnisitet. Sibeko forteller i sin bok, *Rasismens Poetikk*, om noen av de rasistiske drap som har blitt utført her i Norge, blant annet på Benjamin Hermansen og Eugene Obiora (Sibeko, 2019:85). Mennesker som opplever vold eller blir drept på grunn av deres etnisitet eller religion er ikke nytt fenomen. Det har skjedd før og kan skje igjen fordi det finnes mange som fortsatt tror på raseteorier selv det er bevisst med forskning at det finnes bare en rase, mennesket. Når informanten Diana deler sine erfaringer så vet vi at det er forståelig å føle på angsten på grunn av redsel man kan utvikle etter å ha blitt utsatt for hatytringer. Flere studier viser dessuten at barn av innvandrere har opplevd rasisme og diskriminering i løpet av skole – og ungdomstid, og gjennom eksperimentelle studier i senere tid har det blitt klart at diskriminering også rammer etterkommere på terskelen til arbeidslivet. Dette illustrerer tydelig at diskriminering ikke er et fenomen som fordufter over generasjonene, men tvert om at det er en realitet også for individer med innvandrerforeldre som er født og oppvokst i Norge. (Midtbøen & Lidén, 2016:22). Den økende polariseringen i samfunnet gjør at flere mennesker med mørke hudfarger eller med synlig religiøse plagg som hijab blir rammet av diskriminering.

Selv om norsk lov forbyr forskjellsbehandling av mennesker er det fortsatt enkeltindivider som har en rasistisk opptreden mot andre, noen ganger bevisst og andre ganger ubevisst. «Viktige verdier ved norske samfunnet skal være: likestilling, likeverd, ytringsfrihet, religionsfrihet, solidaritet, økonomisk og sosial likhet, vitenskapelig tenkemåte, toleranse og deltakelse i demokrati og sivilsamfunn.» (Danielsen & Larsen, 2015:200). De alle fleste i Norge forstår disse reglene godt og de aksepterer andre mennesker, men dessverre er det noen som ikke bryr seg om regler. Her i Norge har vi alle like rettigheter og muligheter og det er det som gjør Norge til et av verdens beste land å bo i, men likevel er vi fortsatt ikke fri for rasisme.

Vanskelig barndom kan påvirke den psykiske helse

Den neste sitatet vi skal se på er fra informanten Hali som er født i Norge med foreldre fra Norge og Nord Afrika. Hali er mamma til ett barn og er skilt, og lykkelig med ny kjæreste. Hun har erfaring med å bo utenfor Norge og hun deler i sitt sitat om vanskelig barndom som har påvirket hennes mentale helse i mange år og hvordan hun til slutt måtte søke hjelp for å bearbeide traumer fra sin fortid så hun kunne få et bedre liv.

Jeg føler at så lenge jeg kan huske at det var ting som var vanskelig. Jeg vet det er vanlig med hormoner og noen har depressive perioder i ungdomstiden. Jeg skrev mye og jeg brukte følelser som jeg hadde og dyrket dem litt. I samme periode så begynte jeg å få spiseproblematikk. Det gikk opp og ned hele den perioden, og jeg har alltid syntes ting er vanskelig. Jeg har vært i beredskapsmodus og har vel

egentlig ikke kjent så mye på det. Dessverre mye som er knyttet til en barndom med en voldelig far, men da jeg flyttet fra han så begynte jeg å kjenne mer på angst og sånt lite grann. Jeg ble gravid og etter fødsel så fikk jeg barseldepresjon og det er første ordentlig depresjonen, og det var jo ganske tøft, men jeg skjønner det ikke selv etterpå. (Hali)

I dette sitatet deler Hali om flere ting som var vanskelig for henne og som påvirket hennes psykiske helse i fortid og nåtiden. Hun har hatt en vanskelig barndom og hun kjemper fortsatt en kamp om å ta over kontroll over traumene som hun sitter med. Hun forteller først hvordan hun slet i ungdomstiden med depresjon og at det var mye følelser. Hun repeterer flere ganger at ting var vanskelig samtidig som hun forteller hvordan hun hele tiden har forberedt seg på de verste scenario i livet. Videre forteller Hali om en vanskelig barndom med vold i nære relasjoner og selv etter at hun kom seg vekk fra far så kjente hun på depresjon og angsten.

Hali snakker altså om et vanskelig liv som hun har hatt hele tiden. Hun har hatt det vanskelig i ungdomstiden, hatt det vanskelig hjemme og hatt det vanskelig det første året som mor. Hun er i beredskapsmodus hele tiden og har egentlig en sterkt påvirket psyke i negativ retning, og andre hendelser kommer på toppen av dette, og forverrer hennes situasjon. Blant annet utviklet hun spisevegring i en periode, hun er også påvirket av en irrasjonell far og sliter med å finne seg selv og skape gode familierelasjoner på grunn av hans sinne.

Informanten snakket mye om redsel. Hun var redd for sin far og redsel er også en psykisk tilstand. Hali deler også om det psykiske volden som hun og resten av familien ble utsatt for av far og hvor vanskelig det er å snakke om psykisk vold siden det er så usynlig. Hali forteller hva som skjedde med hennes mentale helse når hun stadig vekk ble krenket av faren, noe som gikk utover selvtillit og selvfølelse. Hali forteller også hvordan man blir begrenset i hverdagen når man opplever å bli kontrollert og man mister seg selv underveis. Det ble etter så tungt med daglige krenkelser og smerter at Hali, mor og søsken måtte rømte til krisesenter.

På krisesenter følte de seg trygge og fikk tilbud om samtaler, praktisk hjelp og moralsk støtte. Selv om Hali etter hvert flyttet fra familien så hadde hun med seg tidligere erfaringer når det gjaldt trygghetsfølelse, hun har vanskelig med å føle seg trygg og utvikler reaksjoner i forbindelse med utrygghet som gjør at hennes psykiske helse er relativ dårlig. Dette medfører også at hun ikke skjønnte at hun utviklet en fødselsdepresjon, hun er så vant til å være i denne tilstand at hun ikke oppdager at den forverres. Det som faren til Hali utsatte henne, og resten av familien hennes, for følger hennes også i voksenlivet. Det tok lang tid før Hali fikk bearbeide alle de traumatiske opplevelser fra hennes tidligere liv.

FN har også jobbet vidt på alle former for vold mot kvinner og har utarbeidet mange viktige konvensjoner for å beskytte dem. Den aller viktigste er konvensjonen om å avskaffe alle former for diskriminering mot kvinner som ble vedtatt av FNs generalforsamling i desember 1979. Den nye og omfattende definisjon av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner er utarbeidet av Europarådets konvensjon om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner, Istanbul, 11. V. 2011. Dette omfatter alle kvinner uansett klasse, religion eller etnisitet (Kvigne & MiRa-senteret, 2015). Denne ukulturen med vold i nære relasjoner er dessverre et tabulagt tema for mange. Den mest vanlige form for vold mot kvinner er den volden som skjer i hjemmet, i nære relasjoner. Vold som rettes mot kvinner fordi hun er kvinne er et menneskerettighetsbrudd og en form for diskriminering mot kvinner. Den fysiske vold innebærer at en voksen person påfører andre

mennesker smerte, fysiske ubehag eller kroppslig skade, mens den psykiske volden handler om alle måter å skade, skremme eller krenke eller dominere andre på. Psykisk vold kan skje gjennom verbal vold, lattergjøring, isolering eller ignorering.

Det er ikke lett å snakke om psykisk helse

Mens Hali sitt sitat handler om vanskelig barndom, så handler Fatima sitt sitat om hvordan ulike mennesker i hennes liv oppfatter hennes depresjon når hun er åpen om det. Selv sier Fatima at hun føler seg misforstått fordi noen av hennes etniske norske venner hevder at Fatima har ingenting å være deprimert over fordi livet er så godt i Norge. Her vil jeg påstå at selv om livet er godt i Norge så er det mange utfordringer i hverdagen og man skal alltid ta depresjon på alvor. Like viktig er det å anerkjenne når man sliter psykisk, selv om vi har mye å være takknemlig over vi som bor i Norge. Det å ha det godt materielt trenger ikke å bety at man har det godt psykisk, livet kan bli vanskelig av og til uansett hvor man befinner seg i samfunnet. Fatima kom til Norge som tenåring, hun vokst opp i krig og har opplevd vold i nære relasjoner. Fatima har diagnose PTSD og går til psykolog og hun sier følgende om hennes erfaring med åpenhet rundt psykisk helse:

Når jeg snakker om min psykiske helse med noen etniske nordmenn om depresjon så kan jeg få høre noen ganger hvorfor, siden livet er så godt i Norge. Men jeg sier til dem at det har ingenting med saken å gjøre, heldigvis noen som er oppegående og vise hensyn. Hvis jeg snakker med noen venner som er innvandrere om psykisk helse og da får jeg høre at dette er luksusproblemer, de spørre først hva jeg mener, så sier de at jeg er velsignet med familie og kunnskaper. Det er ikke lett å snakke om psykisk helse uansett med hvem, jeg føler det er lettere med fysiske helse. Folk sier jo stakkars når man har brukket beinet, mens med psykiske helse så kan folk si mye som ikke er fornuftig. (Fatima)

Når Fatima prøver å åpne seg om hvordan hun har det med sin psyke så er det demotiverende med venner som ikke støtter eller anerkjenner hvordan hun har det. Det er ikke uvanlig at mennesker som selv ikke har opplevd noe særlig til prøvelser får et overfladisk inntrykk av hva psykiske problemer er og hva det fører med seg og hvilke smerter det påfører mennesker som sliter.

Fatima nevner videre hvordan det går når hun snakker om depresjon med noen av hennes venner som er innvandrere. Fatima nevner at de vennene heller ikke viser noe forståelse. Fatima sine venner, som er innvandrere, ønsker at hun skal heller tenke på andre ting i livet som hun må være takknemlig for, for eksempel familie eller kunnskap.

Helt til slutt konkluderer Fatima at det er vanskelig å få forståelse og sympati fra venner når det gjelder depresjon. Selv mener Fatima at det er kanskje lettere å snakke om fysisk helse. Hennes egne erfaring tilsier at det er så mye enklere å få forståelse når man fortelle venner at man sliter med fysisk helse enn den psykiske helsen.

Jeg mistet kontroll

Det siste sitatet er fra informant Amal som var sykmeldt og innlagt på behandlingssenter under intervjuet. Amal er født i Norge, er gift og er mor til to barn. Amal er under utredning på grunn av uklare psykiske symptomer og hun forteller i sitt sitat hvordan hun plutselig følte at hun mistet kontroll over livet og har mange ulogiske tanker som hun ikke klarer å sette ord på:

For tre år siden våknet jeg med ekstremt nedsatt syn og svimmelhet. Jeg har fått tilbake synet, mens jeg prøvd å finne ut hvorfor jeg var ustødig så tenkte legen at kanskje det var stress som utløste det [...]. Jeg følte at jeg mistet kontroll og det ble mer angst. Jeg gråt mens barna var i barnehage for jeg tenkte på alle de mulige og skremmende episoder, hva hvis barna ble påkjørt når jeg henter dem? Jeg turte ikke å gå ut i perioder. (Amal)

Uforberedt opplever Amal fysiske og psykiske utfordringer i hverdagen. Hun får store fysiske reaksjoner som påvirker hennes fysikk. Hun forstår ingenting, men heldigvis så har hun en god lege som hjelper henne å identifisere problemer og peker først på at stress kan være en årsak. Situasjonen eskalerer, hun utvikler ukontrollerbar angst som gjør at hun føler at hun ikke klarer å fungere skikkelig i hverdagen. Hun lager seg forestillinger om at barna hennes blir utsatt for farlige ting i barnehagen, og forestiller seg katastrofer når hun skal hente dem.

Jeg går ut ifra at barna til Amal hadde det fint i barnehagen, mens hun satt hjemme og forestilte seg alle mulige skremmende episoder av hva som kunne skje. Hun sier ingenting om at det hadde vært opplevelser i fortiden som utløste disse situasjonene, men saken var at hun hadde mange katastrofetanker

Jeg tror at det var angsten til Amal som var en av årsakene til at hun plutselig ble veldig bekymret for sine barn, men det er uklart hva som frambringer denne angsten, hva som var opphavet til den. Slik jeg har forstått det så kan det at Amal er på behandlingssenter være en grunn til at hun ikke enda har funnet ord til å forklare hva som foregår, for mens andre informanter har fått diagnoser og har kommet lengre i behandlingsforløpet er Amal i starten hvor hun og behandleren sammen prøver å finne svar. Men det er positivt at hun selv forsto at hun trengte hjelp og gikk aktivt inn for å skaffe seg den.

Oppsummering

I dette kapitlet, har jeg undersøkt tre tema. Først har jeg sett på hva det er som hver enkelt informant trekker frem når de snakker om hvordan de selv oppfatter og forbinder med psykisk helsen. For noen av informantene handler god psykisk helse om åpenhet, tilgang til profesjonell hjelp, trygge relasjoner, motivasjon til å oppnå sine mål, indre ro og for andre handler god psykisk helse om å ikke bli hemmes av hverdagens utfordringer. Andre ting som informanter nevner når det gjelder en god psykisk helse, er å akseptere at alle følelser er viktige.

Det andre temaet jeg har sett på er informantenes egne erfaringer og forståelse med psykisk helse i kulturer utenfor Norge. Meninger som kommer frem er hvor polarisert psykisk sykdom er i noen kulturer hvor man forbinder psykiske lidelser med galskap, psykose og psykiatri. Noen av sitatene tar for seg de generasjonsforskjellene som er mellom informantene og deres foreldre hvor de nevner hvordan deres nære forbinder psykisk helse med luksusproblemer fordi foreldrene selv har vokst opp i tid med krig og andre traumer. På siste sitatet får vi en påminnelse om hvor viktig det er å huske at i hvert samfunn og kultur er det fortsatt tabu og mangel på kunnskap når det gjelder psykisk helse, og det er alltid noe som kan gjøres for at vi skal få bedre kunnskap om vår egen psykiske helse uansett hvilken kultur vi tilhører.

Det siste temaet jeg har sett i dette kapittel er informantenes egne personlige erfaring med psykisk helse. De personlige historiene som informantene deler gir oss innsikt i de ulike årsaker som gjør at de har oppsøkt hjelp for sin psykiske helse. Noen av informantene har hatt problemer med sin psykiske helse siden de var i ungdomsårene, og har vært heldig med at pårørende eller andre rundt dem har sett at de har behov for hjelp, mens andre har levd med ulike traumer og diagnoser lenge før de forstod at de selv måtte oppsøke hjelp. Vi ser på noen av sitatene at det varierer fra informant til informant om det er personlig eller familieforhold som er årsaken til at de oppsøker hjelp. En annen ting som kommer frem i sitatene er hvordan andre opplevelser utenfor hjemmet slik som forskjellsbehandling og diskriminering kan påvirke psykisk helse hos minoritetskvinner og er med på å forsterke allerede eksisterende psykiske problemer.

Kapittel 5: De gode og dårlige erfaringer

Introduksjon

De sitater som vi skal se på i første delen av kapittelet handler om informantenes gode opplevelser med psykolog eller miljøterapeut. Vi skal se på de ulike årsakene som gjør at informantene har opplevd møter med behandler som positivt, har oppnådd et samspill hvor pasienten føler seg sett, hørt eller forstått, noe som kan skape en god relasjon mellom behandler og pasient. For informantene var det viktig at behandler viser sympati, er nysgjerrig eller åpen for å lære istedenfor å gjøre antakelser. Noe annet som informantene satte pris på når det gjelder positive møter med psykolog var å finne god støtte, og det å bli sett på som mennesker og ikke bare diagnoser. De gode møtene og erfaringer som informantene sitter med gjorde at det var lettere for informantene å anbefale andre familiemedlemmer, eller venner, å oppsøke hjelp om de hadde psykiske utfordringer.

Jeg var heldig med min psykolog

Den første informant jeg skal presentere er Fatima som har bakgrunn som sosialarbeider. Hun forteller at hun fortsatt går i behandling etter å ha opplevd traumer i forbindelse med krig og vold i nære relasjoner. Hun forteller underveis i intervjuet at hun allerede har fått en diagnose, men også hvordan det tok tid for å henne å forstå at hun hadde ulike symptomer. Fatima deler i sitt sitat hvordan hun plutselig en dag blir mentalt dratt tilbake til en fortid som hun ikke har bearbeidet og hun sier følgende:

«Plutselig sluttet jeg å gå ut, jeg fikk mareritt, jeg ble mer rar, jeg fikk skikkelig frykt og redsel. Istedenfor å hvile så ble jeg verre. Jeg tok kontakt med fastlege og fortalt at det var mer enn utbrenthet. Heldigvis så har jeg en god fastlege som lyttet uten å avbryte. Man får tømme seg skikkelig. Vi fant ut at det en del traumer som ligger der. Hun sa det rett ut, at jeg trenger å gå til psykolog. Jeg takket ja til tilbud med en gang. Jeg bor i Norge Jeg tenkt alhamdulillah, (takk Allah) for at det finnes folk som kan hjelpe meg. Jeg trenger ikke å skjule dette eller rømme fra dette, kanskje er dette et tegn fra Allah som sender noen til å hjelpe meg. Psykologen vil høre hele bakgrunnen min. Jeg var heldig med psykologen min fordi hun startet samtalen annerledes, jeg begynte med hvor jeg er født, tradisjoner, religion. Jeg tror det var femte eller sjette timen vi begynte å snakke om symptomer, før det var det relasjonsbygging så jeg ikke skulle være redd henne. Alle som hjelper meg, kunne se fort at jeg har mye bagasje. (Fatima)

Fatima begynner først sitatet med å fortelle om mareritt som holdt henne våken og uten søvn klarte hun ikke å fungere normalt. Etter hvert ble Fatima redd og hadde mye frykt som resulterte at hun isolert seg fra omverden. Når det kom så langt at hun ikke fungerte måtte hun oppsøke hjelp for å klare å fungere for det tok tid før hun oppdaget at hun var ikke bare sliten, det var nok mer enn det.

Fatima var veldig heldig med sin fastlege som tok henne på alvor med en gang. Fatima forteller videre hvordan hun satt pris på å ha en lege som virkelig lyttet, og sammen ble de enige at Fatima skulle begynne med behandling hos psykolog for å bearbeide sine traumer. Dette takket Fatima til med en gang for hun visste at hun trengte hjelp og heldigvis så bor hun i Norge hvor vi har tilgang til profesjonell hjelp til psykiske lidelser og hun ser på dette som et tegn fra Allah (Gud) at noen har blitt sendt for å hjelpe henne til å bli bedre. Det at hun endelig forstod hva som var problemet gjorde det lett for henne å

akseptere, og hun nevner selv at endelig trenger hun ikke å rømme fra sin psykiske tilstand.

Avslutningsvis forteller Fatima hvordan hun setter pris på sin psykolog som hadde god tid til å bli kjent med hennes historie og bakgrunn. Jeg forstod det slik fra sitatet at Fatima trengte noen som hadde tid til å se henne og ikke bare diagnosen. Jeg opplevde at Fatima hadde mye på hjertet, og derfor var det viktig for Fatima at behandler hadde tid til å bygge relasjon med henne før de kom i gang med behandlingen. Alt i alt forteller Fatima om en god opplevelse med sin psykolog for selv om det var vanskelig for henne i begynnelsen å sette ord på det som plaget henne så klarer hun å fortelle om de endringene som kommer av at hun går i behandling og som forhåpentligvis vil forandre hennes liv etter hvert.

Psykologen møtte meg halvveis så jeg kunne gå i behandling

Den neste informanten vi skal se på er Emina som er skribent og aktivist. Emina hadde lignende symptomer som Fatima når det gjelder mangel på søvn. Emina går fortsatt i behandling og er fornøyd med sin psykolog, men hun nevner også at det ikke alle fagpersoner har møtet i sin reise som hun har opplevd god relasjon med.

Jeg klarte ikke å sove og hadde dessverre en dårlig lege, men heldigvis hadde jeg en flott lærer en gammel dame som påpekte min depresjon flere ganger, og lærer min ba meg si til legen at jeg måtte ha psykologtime. På dette tidspunkt trodde jeg ikke på psykolog, men jeg ville så gjerne prøve det. Etter litt tid så kjente jeg at det gikk bedre. Det ble mye tårer i begynnelsen, jeg kjente en stor forskjell. Jeg sa til meg selv at dette her går ikke, det var da jeg først begynte å google PTSD og forstod alle smertene og alt. Jeg forstod at jeg ikke kunne benekte at jeg slet. Jeg fikk kom til DPS. Selv om det var vanskelig noen ganger å møte opp hos psykolog, så avtale vi at noen ganger måtte hun møte meg halvveis sånn at jeg fikk gå i behandling. (Emina)

Emina hadde søvnvansker og oppsøkte lege for å få hjelp, dessverre så forstod ikke legen det reelle problemet. Jeg vil anta at det kan være på grunn av at Emina ikke har nevnt noen flere problemer utenom de med søvn, og legen har ikke vært våken nok til å se bak hennes problemer og funnet ut at det var psykiske traumer som lå bak. Det er lett å overse dette for leger om pasienter ikke klarer å sette ord på alle sine følelser, positive og negative og i en hverdag med full trykk og kun femten minutter tilgjengelig for hver pasient, så er det nok lett for en lege i en stresset hverdag å overse en del problemer som pasienten har, om ikke pasienten klarer å sette ord på det selv. Man vet ikke om denne legen er dårlig, stresset, eller om legen ikke fikk nok informasjon om hennes tilstand til å kunne hjelpe henne fullt ut.

Imidlertid hadde Emina en eldre kvinnelig lærer som tolket Eminas tilstand veldig godt og som ba henne søke legehjelp, for å få henvisning til psykolog. Det gjorde at Emina begynte å tenke nærmere over sin situasjon og forstod selv at hun trengt hjelp, hun gikk til det skrittet hvor hun googlet psykiske tilstander på internett for å finne et svar på hva hennes tilstand var, og hun fant ut at hun hadde posttraumatisk stresslidelse. Plutselig ga Emina sine plager mening, hun kjente igjen sine symptomer hun hadde, slik som søvnvansker, depresjon, gråting, og generell psykisk smerte. Til tross for at Emina ikke trodde på muligheten til å få hjelp i helsevesenet begynte hun å se at hun tross alt trengte hjelp og tok kontakt med fastlegen på nytt og forklarte situasjonen bedre og fikk henvisning til psykolog.

Emina gikk jevnlig til behandling og sakte, men sikkert kjente hun en bedring i sin psykiske situasjon. Emina sin psykolog var så opptatt av at Emina skulle få en god oppfølging at når Emina ikke klarte å komme seg til behandling fordi hun hadde angstanfall så kom psykologen og hentet henne. Det forteller meg at psykologen fant Eminas tilstand svært alvorlig, og passet ekstra godt på at hun fikk den hjelp som trengtes for at hun skal kunne klare å fungere på en god måte i samfunnet. Psykologen la Emina inn på DPS hvor hun fikk kontinuerlig oppfølging, men Emina sier ingenting om hvor lenge hun var der, bare at det tok tid.

Selv om jeg fikk raskt hjelp så er det mange som ikke får hjelp

Den tredje sitatet vi skal se på er fra informantene Gina, som har sosionombakgrunn og forteller hvordan hun personlig er fornøyd med den hjelpen hun har fått for å håndtere sine psykiske lidelser, men hun nevner også hvor vanskelig det er å vite at det er så mange mennesker som sliter i Norge som aldri får hjelp.

Fastlegen min var flink, og jeg fikk raskt psykologhjelp, og nå har jeg vært heldig som har kommet til en psykolog som viser forståelse, men dessverre det finnes de som ikke har tid til å bli kjent med sine pasienter. Jeg har sett noen folk som blir henvist til DPS og de får ikke time på lenge, det har vært flere saker i det offentlige om barn som blir henvist til BUP så går det flere måneder før man får svar og til slutt er det noen som begår selvmord. Det er helt forferdig ... Dette med psykisk helse må bli tatt på alvor og rask, og helt siden pandemien kom så er det mye som har blitt verre. Vi har en vei å gå, selv om det er mye som er bra her i Norge. (Gina)

Gina deler de ulike årsaker til den gode opplevelsen som hun hadde med sin psykolog. Først ser vi nok en gang hvor viktig det er med en åpen dialog og full forståelse mellom pasient og behandler, hvis man ikke oppnår en slik tillit mellom pasient og behandler er det ikke sikkert at behandling fungerer noe særlig. Det kan lett bli en form for mistro fra pasient ovenfor sin behandler fordi kjemien ikke stemmer og kanskje informasjon fra behandler til pasient om hva som skal foregå i timene er nødvendig for å oppnå tillit fra pasientenes side.

Det kan være vanskelig for enkelte behandlere å få gitt pasienten nok informasjon slik at tillit kan oppnås, enkelte behandlere kan gå ut ifra at pasienten forstår mer enn hva pasienten egentlig gjør og når behandling da skrider forover leter pasienten etter forståelse for hva som egentlig skjer angående hans/hennes behandling.

Gina har vært heldig med sin psykolog. Gina er veldig takknemlig for at hun har fått en god behandler, men hun nevner samtidig at hun vet om saker hvor pasienter ikke har fått behandling på lang tid eller har møtt en behandler som ikke viser forståelse. Gina har også fått med seg fra media at det er lang ventetid på behandling i psykisk helsevern og hun nevner spesielt BUP, hun mener at dette er uakseptabelt og at det må satses mer ressurser innenfor psykisk helsevern her i Norge.

Gina sier også at hun har fått med seg mennesker som står i kø for å komme til psykolog, dessverre begår selvmord på grunn av manglende hjelp og oppfølging. Dette får Gina til å gjenta flere ganger at tilbud om psykisk helsevern må bedres og hjelpen må komme raskt slik at mennesker som trenger hjelp ikke kommer i en slik situasjon at eneste utvei til de ser er å ende sitt liv. For Gina er det veldig viktig at alle får hjelp før det er for seint.

Psykologen jeg hadde var dyktig og jeg følte meg mye bedre etterpå

Den fjerde informanten jeg skal presentere er Celina som jobber i en offentlig institusjon. Celina forteller hvordan hun allerede har fått en diagnose og har et ønske om mer åpenhet rundt psykisk helse:

Jeg hadde en veldig positiv opplevelse. Fastlegen tok alt alvorlig. Psykologen jeg hadde på DPS var utrolig dyktig. Jeg følte meg mye bedre etter å ha vært hos henne. Vi hadde en god relasjon og når hun gikk i permisjon synes hun at jeg var såpass oppegående at vi avsluttet behandling. Kulturelt sett synes jeg hun forstod raskt og forklarte godt forskjell på det individualistiske i forhold til kollektivismesamfunnet. (Celina)

Celina hevder at hun hadde kun positive opplevelser i møte med helsevesenet. Det begynte med en veldig forståelsesfull fastlege som forstod hennes behov for å møte en profesjonell behandler for å avhjelpe hennes psykiske tilstand. Jeg forstår med dette utsagnet at det å møte en person i førstelinjen i helsevesenet er veldig viktig. Denne personen må ta deg på alvor og virkelig forstå det behovet du har for hjelp. Det har ikke alltid vært slik, det med psykisk helsevern er ganske ferskt her i landet og nyutdannede leger har en god og grundig innføring angående dette tema. Men leger som nærmer seg pensjonsalderen fikk nødvendigvis ikke like grundig innføring i psykisk helsevern og det å finne riktig diagnose slik at de vet hvor de skal henvise pasienten. Men de fleste eldre leger har klart å tilpasse seg dagens situasjon og har kurset seg opp i temaet, men noen henger nok etter og kan lett generalisere pasienter som sliter og kanskje ikke ta dem på alvor. Hun snakker om møtet med behandleren sin på DPS, hun er så fornøyd med hjelpen hun fikk der og er veldig glad for at kjemien med behandleren var god. Hun nevner også at behandleren skjønner henne og klarer å få satt fokus på Celines problemer på en rask og god måte.

Dette viser at det er veldig viktig å bli møtt på en respektfull og god måte når man søker hjelp, da oppnås gode relasjoner og behandlingen blir satt i fokus og ikke personlige forhold. Hun opplevde det også som veldig positivt at psykologen forsto hennes problemer med å prøve å klare seg som et selvstendig menneske når man har vokst opp i et kollektivistisk samfunn. Hun nevner at psykologen klarte på en grei måte å få henne til å forstå forskjellen på et kollektivistisk samfunn kontra det individualistiske samfunnet. Hun sier ikke noe om hvor langvarig behandlingen hennes var eller om hvordan hennes psykiske tilstand er i dag.

Jeg er fornøyd og takknemlig for min psykolog

Den femte og siste informanten vi skal se på er Hali som har bakgrunn som lærer. Hali forteller om god opplevelse hun har hatt med sin psykolog:

«Vi hadde så god kjemi, jeg og psykologen, og hun følte at jeg trengte mer enn det, jeg fikk forlenget behandlingstid og har gått hos henne hver uke i ett år. Jeg er veldig fornøyd og takknemlig, og jeg føler at jeg får god hjelp og klarer selv å se resultater. Det er helt fantastisk.» (Hali)

Hali forteller at hun hadde en god opplevelse med psykolog sin fordi de hadde en felles forståelse. Her ser vi atter en gang hvor viktig relasjonsbygging mellom behandler og pasient er, og klarer behandler å få pasienten til å stole på henne og ha tillit til at behandler vet hva som trengs i behandling av pasientenes problemer er man kommet langt på vei

med behandlingen. Dette er noe som flere informanter nevner hvor viktig det er at man blir møtt med forståelse og respekt og flere av informantene bruker ganske lang tid på å åpne seg helt ovenfor behandleren.

En annen årsak til at Hali hadde en god opplevelse er fordi hun fikk ha lenger behandlingstilbud, noe psykologen mente hun hadde behov for, og hun var enig. Det forteller meg også at Hali har langvarige psykiske utfordringer og psykologen vil ikke friskmelde henne før Hali er i stand til å ivareta sin egen psykisk helse på en sikker måte. Det er tydelig ut fra hva jeg oppfatter at det går framover med Hali sin behandling, hun sier selv at hun ser resultater og bedring i sin situasjon.

Informantenes negative møter med psykolog

Vi har alle en psykisk helse som varierer basert på ulike utfordringer som vi møter på her i livet. Som pasient når man skal i møte med behandling er man ofte i en sårbar fase i livet. Nå skal vi se på informantenes negative møte med psykolog eller miljøterapeut og de ulike årsakene til hvorfor informantene mener det ikke har gått som forventet. Det er dessverre ikke alle informanter som har hatt gode opplevelser med psykologer. Psykologer i terapi er ikke leger som skal diagnostisere og medisinere, de er først og fremst medmennesker som skal støtte og veilede et annet individ gjennom store utfordringer og lidelse over tid, noe som i mange tilfeller innebærer en annerledes kontakt og kommunikasjonsstil enn andre profesjoner anvender. (Berg & Holt, 2020:36). De dårlige møtene mellom informant og behandler har mye å si for hvordan informantene forholder seg til hjelpeapparatet senere i livet. For noen av informantene kan negative møter motivere dem til å oppsøke hjelp et annet sted, mens for andre så kan de bli demotivert fra å søke mer hjelp fordi de er redd for å bli skuffet igjen.

Systemet har sviktet meg

Den første informanten vi skal se på er Gina. Under intervjuet forteller Gina at hun føler seg mest hjemme i Norge, selv om det har oppstått ulike situasjoner i hennes liv som får henne til å reflektere over hennes tilhørighet. Selv om hun har bodd i Norge nesten hele sitt liv så er det mye som hun har problemer med å forstå, og en av de tingene er dette med hvorfor det er vanskelig for hjelpesystemet å fange opp alle som har behov for hjelp til rett tid. Basert på hennes egne opplevelser sier hun følgende:

De gangene systemet har sviktet har heldigvis mitt nettverk plukket meg opp, men dessverre ikke alle har gode mennesker rundt seg. Det er viktig å søke hjelp fordi man trenger verktøy for å klare hverdagens utfordringer. Jeg har anerkjent etter hvert at jeg trenger ulike verktøy her i livet, men dessverre fra min erfaring så er det slik at systemet er ikke laget for å fange opp alle som sliter. Det å be om hjelp, det er en prosess. (Gina)

Jeg leser Gina sitt sitat som om hun har flere årsaker til de negative erfaringene som hun dessverre har etter å ha oppsøkt hjelp. Gina har opplevd et system som har sviktet henne i den forstand at hun søkte om hjelp, og fikk ikke det svaret som hun forventet å få. Gina trodde i begynnelsen at det å søke om hjelp betyr at man får hjelp, men dessverre, det er ikke det hun har opplevd. Det å få til svar at man ikke er syk nok eller må vente lenger på hjelpen, det kaller Gina for svikt fordi det er ikke alle som klarer å vente så lenge på hjelp.

En annen ting som Gina nevner er hvor heldig hun har vært med mennesker som bryr seg om henne, som lytter og støtter henne, men samtidig er det ikke slik at alle har tilgang til slike mennesker rundt seg. Derfor er det enda viktigere at systemet klarer å fange opp alle som har behov for hjelp i god tid. Gina sitt nettverk er full av mennesker som støtter og lytter.

Gina forteller videre hvor viktig det er å søke om hjelp fordi vi mennesker kan møte på ulike utfordringer i livet og har behov for verktøy til å håndtere kriser, men samtidig forteller Gina at det er en lang og tøff prosess som kreves når man skal be om hjelp.

Dette som Gina forteller, er dessverre noe som andre informanter har nevnt og kjenner seg igjen i. Noen ganger er det informantene selv som har opplevd å bli sviktet av hjelpesystemet eller har opplevd, som pårørende, også at deres nære blir sviktet. Opplevelsen av å bli sviktet av et system som skal hjelpe, slik jeg har forstått fra Gina sitt sitat, er tung. Når et menneske først innrømmer at en har behov for hjelp er det en prosess, og det å komme så langt at man ber om hjelp er også en prosess som krever sitt, og derfor er det ubeskrivelig vondt når man ikke blir tatt på alvor.

Jeg følte meg verre av å gå til psykolog

Den andre informanten vi skal se på er Hali som er født og oppvokst i Norge med foreldre fra Norge og Nord-Afrika. Hali har også erfaring med å bo i Nord-Afrika en periode når hun var yngre, noe som gjorde at hun fikk forståelse for begge sine foreldres kultur. I dette sitatet deler Hali hvorfor hun ikke kom godt overens med den første behandleren:

«Hos den første psykologen var det slik at vedkommende synes det var spennende å høre om min livshistorie og visste ingen forståelse for andre ting. Jeg følte meg verre av å være hos psykolog fordi jeg ble avbrøt hele tiden med mye usaklig. Jeg sluttet å gå til henne. Jeg sa til fastlegen at jeg ønsket å bytte psykolog for jeg følte meg ikke helt ferdig med behandling.» (Hali)

Det første Hali nevner, som gjorde at hun hadde en dårlig erfaring med sin første psykolog, er, slik jeg forstår det, på grunn av hans holdninger fordi psykologen vil snakke om andre tema enn det som Hali var der for å snakke om. Dette gjorde at Hali ble skuffet og kjente ikke at det ble bedre med sin psykiske helse.

Det andre som Hali nevner som var irritasjonsmoment for henne som pasient er å ha en behandler som avbryter hele tiden og hun følte ikke at hun fikk fullføre sine setninger. Det å bli sett og hørt er det mange informanter som har nevnt er viktig for at man skal ha en god relasjon til sin psykolog og dessverre var dette noe som Hali manglet i møte med sin første psykolog. De hadde en dårlig kjemi som behandler og pasient og derfor følte det som var mislykket.

Det tredje som kommer frem i sitatet til Hali er den avgjørelsen hun til slutt tok om å bytte psykolog. Hali hadde et ønsket å fortsette i behandling, men det måtte bli med en annen behandler og heldigvis hadde hennes fastlegen forståelse for dette så hun fikk mulighet til å bytte. Hali var en av de informantene som har hatt gode og dårlige erfaring i møte med psykolog. For henne ble det en god løsning å bytte psykolog slik at hun kunne fortsette i behandling og samtidig som hun ikke trengte å grue seg.

Jeg ble fremmedgjort

Den tredje informanten vi skal se på er Diana som har sine røtter fra Sentral-Afrika. Diana forteller om de ubehagelige møtene hun har hatt med en av sine behandlere, og hvordan hun opplevde mikroagresjoner hvor hun ble fremmedgjort under behandlingstid:

Siden samtalen ikke gikk på mine premisser, og jeg følte meg ikke forstått så ble det veldig kort behandling første gangen. Opplevelse var at jeg ble fremmedgjort og personen var opptatt av tematikken, ikke problemstillingen som jeg var der for å få hjelp med. Men det gjorde meg motivert til å være endringsarbeidene i systemet og da valgte jeg utdanning som gjorde at sørget for at det blir mer mangfold sånn at flere slipper å møte på ubehagelige møter jeg møtet på. Jeg kan legge til at jeg skulle ønske det var mulig for barn med flerkulturell bakgrunn å få hjelp og kunnskap tidlig i livet til å navigere flere identiteter, og jeg tror det er viktig kompetanse å få på skolene og på ulike kontorer. (Diana)

Diana går rett på sak i sitt sitat og forteller om de ulike grunner til hvorfor det ble en kort behandling med sin psykolog hvor hun nevner først at hennes psykolog var opptatt å snakke om andre problemer enn det som Diana egentlig var der for å dele, noe jeg forstår at Diana synes var veldig ukomfortabelt.

Selv om det var en kjedelig opplevelse så forteller Diana at det ubehagelige møtet med sin behandler har gitt henne en motivasjon til å ta et bevisst utdanningsvalg hvor hun kan hjelpe eller bistå andre så de slipper å gå gjennom det hun har vært igjennom. Diana ønsker å være den personen som barn eller ungdom med flerkulturell bakgrunn møter så de kan få andre opplevelser enn hennes.

Avslutningsvis deler Diana hennes ønske om at barn og ungdommer kunne ha på pensum tidlig på skolen om det å ha flere identiteter og tilhørighet, slik at de har kunnskap og verktøy som kan hjelpe dem å håndtere eller navigere mellom det å ha flere identiteter. Diana mener at det er en viktig kompetanse, og noe som vil hjelpe kommende generasjoner å være sikker og trygg på seg selv. Det er viktig at barn og unge har noen til å veilede dem i ung alder og derfor mener Diana at vi har behov for den type kulturell kompetanse tidlig så barn og unge skal slippe å gå gjennom vanskelig periode alene.

Det som Diana forteller og har opplevd er dessverre noe som flere av informanter har vært gjennom når de søker hjelp. Det er vanskelig å sette ord på disse ubehagelige møtene hvor man blir mistenkeliggjort eller fremmedgjort i møte med fagpersoner. En annen informant sa det rett ut at det var mikroagresjon hun hadde opplevd. Opplevelsene har i noen tilfeller motivert informanter til å bytte psykolog eller avslutte behandling tidligere.

«Mikroagresjoner er som myggstikk. Dersom du blir stukket en sjelden gang, er det ikke så plagsomt. Dersom du blir stukket ofte, blir det svært plagsomt og reaksjonen kan bli desto mer voldsom» (Salole, 2020:167). Mikroagresjoner er handlinger, situasjoner, utsagn, spørsmål, blikk eller uttrykk, og enkelte ganger kan de være ubevisst, som viderefører undertrykkelse eller diskriminering mot grupper av marginaliserte folk for eksempel melaninrike, kvinner, mennesker med nedsatt funksjon, skeive osv.

Mikroagresjoner er små og store opplevelser i hverdagen. Det kan være spørsmål, handlinger som minner deg på at du ikke tilhører majoriteten og at du skiller deg fra mengden. Mikroagresjoner kan også være kommentarer som føles sårende, støtende eller nedlatende. Det kan oppleves som konstante små drypp av diskriminering, og kan ha veldig vonde konsekvenser for de som opplever dem. Det er ikke bestandig enkelt å påpeke

mikroaggresjoner fordi de ikke er alltid så synlige og veldig ofte kan mikroaggresjoner bli unnskyldt med setninger om at man har misforstått situasjonen eller det som blir sagt og andre ganger så vil mennesker spøke det bort. Derfor er det viktig å være bevisst hvordan vi snakker til andre mennesker slik at vi ikke videreføres systematisk eller institusjonalisert undertrykkelse.

Psykologen min forstod ikke min bakgrunn

Den fjerde informant er Amal som er født i Norge med foreldre fra Norge og Nord-Afrika. Amal forteller i sitt sitat om de misforståelser som oppstår mellom henne og behandleren:

Det var faktisk at psykologen ikke forstod den bakgrunnen min at jeg følte meg press fra familien min, og han klarte ikke å vise forståelse. Psykologen trodde det var bare å forlate familien min eller kultur, men det er ikke slik jeg ønsket. (Amal)

Jeg leser Amal sitt sitat hvor hun begynner med å dele de ulike grunnene til hvorfor hun opplevd et negativt møte med en av behandlerne. Amal innrømmer først at hun har vanskelige familieforhold når hun nevner press, men hun gir samtidig uttrykk for at hun synes ikke det er en god løsning å rømme eller forlate sin familie. Slik jeg har forstått Amal fra hennes sitat så ønsker hun en annen løsning for å håndtere dette presset fra sin familie, men dessverre så opplever Amal at psykologen ikke viser noe forståelse for de løsninger som Amal ønsker. Det virker for meg at Amal og psykologen har ulike løsninger for samme problemet.

Slik jeg har oppfattet Amal sitt sitat så søker hun etter en god løsning hvor hun kan fortsette å ha en god relasjon til sin familie, og det at psykologen ikke viser forståelse for Amal sitt ønske for problemløsning gjorde at Amal føler seg misforstått, noe som fører til den dårlige opplevelsen.

Oppsummering

I dette kapitlet får vi først se at noen av informantene har gode opplevelser med veldig forståelsesfulle behandlere og at behandlingen de får har fått dem et bedre liv. Informantene har også det til felles at de møter mennesker som ser dem, og tar dem på alvor. Det er flere av informantene som forteller om mennesker rundt dem, det være seg lærere, fastleger, venner, kollegaer som ser at informanter sliter med sin psyke og som sier ifra til informantene at det er lurt å oppsøke hjelp. For mange av informantene har det vært en aha-opplevelse angående deres plager, noen ganger vet informantene at de har hatt problemer, men de har ikke skjont hva det har gått ut på, og at det finnes hjelp for deres utfordringer. Sitatene i første delen vitner om at det er mulig å overkomme vanskelige situasjoner i livet når man som pasient er heldig å komme i kontakt med en god behandler og får hjelp i god tid.

I andre delen av analysekapitel deler informantene om de utfordringer de opplever i møtet med fagpersoner. Vi ser i de ulike sitater at de dårlige erfaringer som informantene sitter med gjør noe med dem og at de blir skeptiske til hjelpesystemet. Det har veldig mye å si hvilken kontakt man får med sin behandler, og å bli møtt med forståelse og respekt har noe å si for behandlingen. Noen av informantene har heldigvis hatt mulighet til å bytte psykolog eller miljøterapeut etter de dårlige erfaringene, og har derfor fått oppleve møter med gode behandlere i ettertid. Samtidig kan vi konkludere at i møte med de offentlige instanser er det mange som opplever negative møter med svikt og mistro som kan resultere i at mange blir skeptiske.

Kapittel 6: Et ønske om mangfold

De sitatene som blir presentert i denne delen handler om et ønske som informanter har, nemlig et ønske om mangfold i det offentlige som kan gjenspeile den mangfoldige befolkning som vi har i Norge. Ettersom mangfold er et tema som ble repetert av mange under intervjuet hvor informanter savner å se mer representasjoner blant behandlere. Et ønske om mangfold i norske offentlige instanser er også noe som blir nevnt i flere forbindelser, ikke bare når det gjelder psykisk helse blant minoritetskvinner.

Ansette folk som har kulturforståelse

Den første informanten jeg skal presentere i den siste delen av analysekapittel tre er Amal som forteller hvorfor det er viktig med mangfold på samfunnsnivå, men også på et individuelt nivå:

Det er viktig å ansette folk som har kulturforståelse og samtidig ha muligheter til å lytte på alle som ikke kan utrykke seg riktig. Vi trenger absolutt mer mangfold innen psykisk helse. Ulike mennesker som kan hjelpe alle pasientgrupper uansett hvor de kommer fra. Mitt mål er å bli barnevernspedagog for der også føler jeg at de trenger mangfold. Jeg har selv opplevd mye personlig historier hvor det oppstår en del misforståelser som er ubehagelige. (Amal)

Først nevner Amal sitt ønske om at vi som samfunn har behov for å ansette flere behandlere med kulturforståelse. Etterpå nevner Amal hvor viktig det er å utdanne behandlere som kan virkelig lytte, og spesielt til pasienter som mangler et språk til å utrykke seg. Det er mange som søker hjelp, men som ikke klare å sette ord på de ulike utfordringer de har.

Etterpå gir Amal uttrykk for at hun ser et behov for mer mangfold generelt innen helse og da er det viktig at det er mennesker med ulike bakgrunner som kan hjelpe pasienter med ulike bakgrunner, og dette er viktig, sier Amal, fordi det kommer så mange forskjellige pasienter som har behov for å se mangfold blant behandlere.

Videre går Amal over til å snakke om hvordan hun selv kan bidra til mer mangfold i vårt samfunn og det er spesielt ett området hvor hun kunne tenke seg å bidra med mangfold nemlig barnevernsansatte, fordi hun selv har hatt opplevelser som dessverre er preget av misforståelser som har gjort at hun er skeptisk. Amal sin oppfatning er at mer mangfold vil gjøre det lettere for alle å søke hjelp dersom man kommer i situasjoner hvor man har behov for støtte. Avslutningsvis er det viktig for Amal at mangfold kommer på banen i det offentlige generelt for på den måten kan alle uansett bakgrunn søke hjelp, og samtidig være sikker på at man møter noen som forstår.

Etter erfaringer som MiRa-Senteret har, så mangler norsk barnevernspolitikken ofte en helhetlig tilnærming for å styrke familier, særlig familier i krise, minoritetsfamilier som sliter, og enslige mødre i vanskelige situasjoner. I mange barnevernssaker blir det ført en praksis som ikke beskytter menneskerettighetene til foreldre og barn. Tvert om, i mange tilfeller blir både voksne og barn utsatt for enorme psykiske traumer som det er vanskelig å reparere etterpå og det er ikke til barnets beste. (Salimi, 2021:330). Helt siden 1990-tallet har flere minoritetskvinner fortalt rystende historier om hvordan barnevern og politi har kommet hjem til dem og tatt barna deres, uten forvarsel og uten å gi en forståelig begrunnelse, og det er disse prosessene som gjør at mange sitter igjen med frykt og

psykiske belastninger på grunn av misforståelser og urettferdig behandling i møte med hjelpesystemet. I ettertid føler mange at de kjemper mot et system som er autoritært og lukket. Det er mange som har opplevd krenkelser.

Det er sant at barnevernet gjør en viktig jobb med å beskytte barn mot overgrep og vold, og det er mange som har fått god hjelp og støtte fra barnevernet til å håndtere en vanskelig periode i livet sitt. De som forteller om gode opplevelser med barnevernet har møtt på saksbehandlere som hører på dem, og de føler at både barn og foreldre har fått god oppfølging og støtte. Vi har behov for å fremme flerkulturell forståelse i møte med hjelpesystemet.

Vi må ha holdningsarbeid

Den andre informanten vi skal se på nå er Diana som har noen råd som hun selv mener kan være nyttige dersom samfunnet har som mål at flere med minoritetsbakgrunn skal oppsøke hjelp.

Hvis de ønsker at flere med minoritetsbakgrunn skal bruke tjenester må de være treffsikre. Vi må ha holdningsarbeid i lys av kulturforståelse, annerkjennelse og aksept er også viktig. Språk er viktig, og måten man snakker med noen kan i seg selv være det første tegn på at man skal hjelpe. Hvis mentaliteten er «oss» og «dem» da har man allerede et problem. Man må ta imot hvert enkelt individ og behandle dem som seg selv, ikke som gruppe. (Diana)

Det første som Diana nevner er hvordan de ulike tjenester som allerede finnes må være rettet mot minoritetsgrupper så det skal være enkelt for alle å oppsøke hjelp. En annen ting som Diana nevner er hvordan behandlere må jobbe aktivt med holdninger i møte med andre kulturer fordi holdning er en oppfatning eller innstilling en person har om en annen person eller gruppe. Det jeg tror Diana mener er at våre fordommer ofte er holdninger uten kunnskap, men det er mulig å endre våre holdninger gjennom bevisstgjøring, fordi holdninger vi har utvikles i samspill med omgivelsene og blir påvirket av de erfaringene vi gjør oss, noe som betyr at ny kunnskap og refleksjoner kan få oss til å endre holdninger. Slik jeg har forstått Diana så mener hun at det er mulig å tenke over kommunikasjonen som behandler har med sin pasient og samtidig lage en trygg plass hvor pasient skal føle at de kan dele om vanskelig ting uten å føle seg mistenkeliggjort eller forhånds dømt. Diana har tro på at gode holdninger skaper gode resultater.

Diana legger heller ikke skjul at hun synes annerkjennelse er viktig for den emosjonelle støtten fra behandler til pasient, og hun forteller også videre hvordan hun mener vi burde fokusere på felleskap som skal få til samme resultater, for når vi tenker på at behandlere og pasient er to forskjellige grupper så mener Diana at vi allerede da lager et problem. Slik jeg har forstått Diana sitt sitat så mener hun at måten behandler snakker til sine pasienter er første tegn på om det kan lages en god relasjon, og derfor er det viktig å fokusere på felleskap og godt samarbeid hvor man har respekt for hverandre under behandling. Det siste som Diana nevner er hvor viktig hun mener det er med individuell oppfølging, hvor behandler ser på hvert enkelt menneske og fokuserer på at pasienten skal bli bedre, og ta vekk fokus fra gruppa som pasienten kommer fra.

Vi må ha mer åpenhet og forskning

Den tredje informanten vi skal se på er Emina som har flere saker på sin liste som hun mener er viktig for at vi skal få mer kunnskap og forståelse for alle pasientgrupper uansett deres bakgrunn:

Jeg synes at psykologer skal spørre om bakgrunnen for smerten, hvor smerten kommer fra. Vi har en lang vei å gå når det gjelder vår helsevesenet i Norge når det gjelder å møte pasienter med minoritetsbakgrunn. Noen av oss kommer fra kultur hvor legen skal fortelle hva vi sliter med, mens her i Norge er de kanskje vant til man vet hva man sliter med når man kommer til legen. For å få slutt på tabuene må vi ha mer åpenhet og forskning. Vi må møtes i midten, majoritet og minoritet. Det er viktig at helsevesenet møter nye pasienter med åpent sinn og positivitet. Gi alle en sjanse. Det er viktig å hjelpe pasienter til å fortelle frivillig for det skal ikke være som i politi avhør. Jeg ønsker også mer åpenhet og kunnskap om PTSD og krigstraumer blant behandlere. (Emina)

Det første som Emina nevner er basert på hennes egne erfaringer hvor hun mener at det er forskjellige hva pasienter er hva til. For noen er det kanskje vanlig å gå til legen og si hva som feiler en, mens for andre kommer til legen for å at legen skal fortelle dem hva som feiler pasienten, og derfor mener Emina at behandler skal spørre pasienten om bakgrunnen for sin smerte for det er så ulikt fra kultur til kultur hva som er vanlig eller ikke. Denne kommunikasjon og forståelse mener Emina er bra for å få en god start på behandling. Emina mener at psykologer må grave mer hos pasienten når det gjelder smerter, dette ut fra hennes egne erfaringer hvor hun hadde mye fysisk smerte som var tilknyttet hennes psykisk helse, og derfor ønsker hun at flere andre skal oppdage tidlig at noen ganger så henger den fysiske og psykisk helsen sammen.

Det andre rådet som Emina kommer med, er hvor viktig hun mener åpenhet er. For Emina er det viktig med åpenhet mellom pasient og behandler, her vil også forskning være viktig for at vi skal få mer forståelse om psykisk helse hos minoriteter.

Det tredje rådet som Emina kommer med handler om at majoritet og minoritet må samarbeide og komme frem til en felles forståelse. Det fjerde rådet Emina kommer med er mer som et ønske hvor hun håper at alle pasienter skal møtes likt og at alle skal få tildelt en behandler som de har god kontakt med og hvor man føler seg trygg med under behandlingen slik at man klarer å dele alt man ønsker å dele. Det er viktig at møte mellom pasient og behandler oppleves som positivt slik at pasient tør å dele om selv seg og det ikke oppleves skummelt slik det kan være for noen som i et avhør.

Det siste ønsket som Emina har er at hun ønsker mer kunnskap om diverse diagnoser og krigstraumer blant behandlere, dette ut fra hennes egne erfaringer hvor hun måtte selv finne ut hva hun sliter med og det var vanskelig å sette ord på det.

Media gir ikke alltid riktig informasjon

Den fjerde informanten vi skal se på er Gina som forteller om hva hun synes om mangel på mangfold blant behandlere basert på hennes egne erfaringer:

Etter min erfaring har jeg en følelse på er at generelt helsevesenet i Norge har ikke all kunnskap om andre kulturer og religioner annet enn det de får servert gjennom media. Media gir mye informasjon som ikke bestandig har noen ting med virkelighet å gjøre. Det burde være noen kurs også om hvordan få innvandrere til å søke om hjelp. Det er viktig å lære at minoriteter er også forskjellige, alle er ikke like. Jeg

synes også at innvandrere burde få kurs som introduksjon om hvem man skal ta kontakt med når man har mareritt og sliter. Hvis man hører andre stemmer, så er man ikke gal, da trenger man hjelp. Det er dessverre mange som ikke får hjelp.
(Gina)

Det første som Gina nevner er hvordan hun synes det er problematisk at noe av den informasjonen som enkelte behandlere har om pasienter sin kultur og religion er basert på hva behandlere har fått servert gjennom media og basert på Gina egne erfaringer så er mye av informasjon som vi får gjennom media ikke alltid sant, og ofte blir innvandrerbefolkning dessverre fremstilt på negativ måte.

En annen ting som Gina er opptatt av er at informasjon om hvor man kan oppsøke hjelp finnes hos alle grupper i vår samfunn. Hun mener at innvandrere må få kunnskap om hvordan og hvem de kan oppsøke hjelp hos selv når de møter på ulike utfordringer i livet. Samtidig er det viktig at behandlere også lærer at alle minoriteter er forskjellige.

En siste ting som Gina nevner er råd hun har til innvandrerbefolkningen om å lære å forstå de ulike symptomer og hun gir et eksempel at det å høre stemmer, betyr at man må oppsøke hjelp og det betyr ikke at man er gal. For Gina er det vondt å vite at det er så mange mennesker som ikke får hjelp. Det siste som Gina er opptatt av er at begge grupper, behandlere og pasienter med minoritetsbakgrunn, skal få kurs. Det offentlige burde gi kurs om hvordan innvandrere skal søke hjelp og hvem de kan kontakte.

Vi trenger flere psykolog med andre bakgrunn og religioner

Den femte informant vi skal se på er Celina som mener at vi har behov for psykologer som gir riktig behandling til hele befolkningen. Celina har et annet fokus enn de andre informantene fordi hun mener at både majoritet og minoritet må samarbeide for å få til de endringene som skal til.

Vi har behov for mer kunnskap både fra majoritet og minoritet og gamle tankeganger på forandres. Samtidig så synes jeg at vi skal akseptere at det kan ta tid før ting bli bedre. Jeg synes også at vi trenger flere psykolog med andre bakgrunn og religion. Vi har behov for psykolog som kan gi riktig behandling til hele befolkning. Målet må være å hjelpe alle som har behov og da må vi dele på kunnskapen. (Celina)

Celine nevner først i sitt sitat at vi har behov for å dele på kunnskap og dette er noe som må jobbes mer med fra majoritetsbefolkningen og minoriteten. For Celine er det også viktig at vi er bevisst på at den kunnskapen som var rett før angående psykisk helse er ikke nødvendigvis det som er rett i dag.

Celine nevner også at det er viktig å huske at behandling kan ta tid, for det er ikke sikkert at pasienten blir frisk med en gang for noen ganger tar det tid. Celine nevner videre hvor viktig det er å ha psykologer med en annen kulturell og religiøs bakgrunn enn majoritetssamfunnet. En annen ting som er viktig for Celine er at vi har behov for psykologer som kan gi behandling til hele befolkningen. For henne er det viktig at alle mennesker får hjelp og hennes løsning er at både pasienter og behandlere har noe å lære fra hverandre for hvis vi ikke fordele på kunnskapen så kommer vi ikke langt.

Vi trenger flere psykolog med minoritetsbakgrunn

Den sjettede og siste informanten er Bahati som i likhet med andre informanter har flere årsaker til hvorfor hun mener vi burde ha behandlere med flerkulturell bakgrunn:

Vi trenger flere psykolog med minoritetsbakgrunn. Vi trenger flere behandlere som forstår at det finnes en annen virkelighet og kultur enn det de er vant til. Vi trenger mer forståelse for andre levemåter. Alle mennesker er oppvokst forskjellige, og det er forskjellige kulturelle koder overalt, og man må klare å ha forståelse for det. Et menneske er summen av hva vi har lært og opplevd. Man endrer seg ikke på en dag plutselig. (Bahati)

Det første Bahati nevner er at mangfold blant behandlere forhåpentligvis vil øke forståelsen for at det finnes flere virkeligheter, altså at man forstår som behandler at vi kan se verden med ulike briller. Jeg forstår Bahati på den måten at alle mennesker har ulike virkelighetsoppfatninger og derfor er det viktig at behandlere også husker dette.

Det andre som Bahati nevner er hvor viktig det er å forstå og akseptere at man kommer fra ulike kulturelle bakgrunn. Noen ganger er behandler fra annen kultur enn sin pasient, men fortsatt så er det viktig å vise forståelse for at andre mennesker har annen tilhørighet og bakgrunn enn seg selv.

Det tredje som Bahati nevner er hvordan hun selv mener alle behandlere burde få mer forståelse for at alle har ulike måter å leve livet på som er basert på hvordan vi er opplært fra vi er små, hva som er vanlig eller ikke varierer fra menneske til menneske.

Det siste som Bahati nevner ut fra hvordan jeg har forstått henne sitat er at de endringene som kommer fra behandling kan ta tid. Det er viktig pasienter viser forståelse for at forandringer ikke er noe som skjer på en dag, og aksepterer at det kan ta tid før man merker at bedring kommer.

Oppsummering

Nesten alle informantene nevner hvor viktig det er for dem å møte mennesker som forstår deres bakgrunn når de søker psykisk hjelp. Noen av informantene nevner hvor viktig det er for dem å se representasjon av forskjellige etniske grupper blant ansatte på de ulike plasser hvor de søker hjelp fordi det betyr mye for dem å se at behandlere kan også være mennesker som ser ut som dem. En annen ting som informantene nevner er hvor viktig kommunikasjon mellom majoritet og minoritet er for å få til de endringene som kreves. Avslutningsvis er det viktig for informanter at behandlere de møter har forståelse for ulike måter å leve livet på.

Kapittel 7: Avsluttende refleksjoner

I denne masteroppgaven har jeg sett på minoritetskvinnens egne erfaringer med psykisk helse og deres møte med helsepersonell i Norge. Dette var et tema jeg ble inspirert til å finne ut mer om under pandemien i og med at det ble satt ekstra søkelys på den mentale helsen og hvordan ulike restriksjoner gjorde situasjonen verre for alle som allerede hadde psykiske utfordringer. Dette med nedstengingen av landet og avstandskrav mellom mennesker og isolasjonskravet fra arbeidsplasser og alle sosiale arrangements ble et tema etter hvert som pandemien utviklet seg. Psykisk helse fikk ekstra fokus og ble omdiskutert i media og nyhets saker under korona pandemien. Det kom flere artikler og nyhets saker om hvordan den psykiske helse til mange ble forverret, spesielt de som allerede slet med angst, depresjon eller ensomhet. Alt for mange hadde det tøft på grunn av de strenge tiltakene som ble innført.

I og med at jeg hadde bestemt meg for å ta master ved NTNU, Dragvoll i 2020 ble det aktuelt for meg å finne et tema som kunne være av interesse og jeg landet til slutt på minoritetskvinnens situasjonen i Norge, og når det da til stadighet ble snakket om forverring av den psykiske helsen til hele befolkningen under pandemien fant jeg ut at jeg skulle sette spesielt fokus på minoritetskvinner bruk av helsetjenester. Dermed ble problemstillingen i min master: *«Hvordan forstår minoritetskvinner psykisk helse og hva er deres erfaring i møte med helsepersonell?»*

Forskning viser at psykiske lidelser er en av de største helse og samfunnsutfordringene i Norge i dag (Folkehelseinstituttet, 2010). Det er flere mennesker som lider av psykiske lidelser av ulike årsaker enn andre sykdommer. Forskning viser også at mennesker med minoritetsbakgrunn i Norge er mer utsatt for psykiske sykdom enn befolkningen generelt, og det rapporteres om flere tilfeller av psykiske problemer enn hos befolkningen i sin helhet (Blom, 2011). Min masteroppgave ønsker å se på hva slags verktøy eller metoder som minoritetskvinner har for å håndtere sin psykiske helse.

I begynnelsen av analysekapitlene kommer det frem de ulike meningene som informanter har om hva det innebærer å ha en god psykisk helse og informantene har individuelle meninger om hva som skal til for å få en god psykisk helse basert på deres egne erfaringer. Blant annet sier de at god psykisk helse for dem er åpenhet, at psykisk helse burde få mer anerkjennelse som den fysiske helsen, at man har trygge relasjoner, altså at man har mennesker rundt seg som man kan stole på, og det å kunne motivere seg selv til å oppnå sine mål eller det å ha indre ro. Informantene mener også at god psykisk helse handler om at man klarer å komme seg gjennom hverdagens utfordringer og samtidig som man må tåle å kjenne på alle følelsene.

Videre i analysen kommer det frem de ulike personlige historier som informanter har erfart, og det gir oss innsikt i de ulike årsakene som gjør at informanter oppsøker hjelp. Noen av informantene forteller om hvordan deres mentale helse blir påvirket i negative retning fordi de møter på ulike utfordringer, og andre blir påvirket negativt av traumer de har tidligere har blitt påført. En annen ting som kommer frem i sitatene er hvordan andre opplevelser utenfor hjemmet, slik som forskjellsbehandling og diskriminering som informantene har opplevd kan påvirke den psykiske helsen til minoritetskvinner. Vi ser også fra analysen at det er mange av informantene som møter gode og forståelsesfulle behandlere som ser dem og forstår deres problemstillinger, men dessverre gjelder ikke dette alle informanter.

Nesten alle informantene nevner hvor viktig det er for dem å møte mennesker som forstår dem godt, de nevner ikke alltid at behandleren må ha samme bakgrunn som pasienten, men hvor viktig det er at behandleren forstår deres problemstilling og kulturelle tilhørighet. Mange av informantene nevner hvor viktig det er for dem å se representasjon blant ansatte på de ulike plasser hvor de søker hjelp fordi det betyr mye for dem å se at behandlere også kan være mennesker som ser ut som dem. En annen ting som informantene nevner, som er viktig for dem, er hvordan minoriteter skal få mer kunnskap om hvordan man søker hjelp, men også hvor man kan søke hjelp. Kommunikasjon mellom majoritet og minoritet er også viktig fordi det skal være en dialog hvor begge parter forstår hva som kreves for å få til endringene.

Noen av informantene hadde også erfaring, eller observasjoner, angående psykisk helse i andre kulturer utenfor Norge, noe som ga meg innsyn i hvordan psykisk helse blir håndtert i andre kulturer. Informasjonen som kommer frem er hvor polarisert psykisk helse er i noen kulturer hvor man forbinder psykiske lidelser med galskap, psykose eller psykiatri, mens noen av sitatene tar for seg de generasjonsforskjellene som er mellom informantene og deres foreldre hvor de nevner hvordan deres nære forbinder psykisk helse med luksusproblemer fordi foreldrene selv vokste opp i en tid med krig og andre traumatiske hendelser men har aldri oppfattet eller tatt den tiden til å forstå at de selv trengt hjelp for å bearbeide disse opplevelsene, rett og slett fordi det ikke tilhører deres kultur eller levesett generelt å spørre om hjelp utenfor sin egen familie eller gruppe.

Selv om noen av informantene har røtter fra andre land, og husker mye derifra, så assosierer de seg selv mest med de norske verdiene, noe som kan forklare hvorfor noen av informanter har tro på profesjonell hjelp, selv om deres foreldre har mer tro på alternative løsninger for psykiske utfordringer og lidelser. De minnene som noen av informantene har om sitt hjemland er varierende, noen har gode minner mens andre husker mest traumatiserende episoder fra krig og elendigheter, mens andre har en blanding av gode og dårlige minner. Vi får også en påminnelse om hvor viktig det er å huske at tabuer om psykisk helse finnes i ethvert samfunn og enhver kultur, men at disse tabuene kommer frem på ulike måter.

Mange av informantene gir uttrykk for at de identifiserer seg som nordmenn, selv om de i ulike kontekster blir sett som minoritetskvinner og blir behandlet annerledes i ulike situasjoner fordi de skiller seg fra majoritetsbefolkning. For selv om noen av informantene er født og oppvokst i Norge og i noen situasjoner hvor den ene forelder er norsk så kan man fortsatt oppleve de samme fordommer og forskjellsbehandling på lik linje som andre minoriteter som er født utenfor Norge. I løpet av de siste tretti årene har det skjedd en rivende utvikling av massemedienes formidling av kunnskap og perspektiver til offentligheten. Noe av dette kan betegnes med overskriftene tabloidisering og journalisme. Samtidig har mange «nordmenn» de fleste av sine kunnskaper om «innvandrere» nettopp fra massemediene (Gullestad, 2002:29) Noen av informantene nevner at dette er noe de har opplevd i møte med behandlere.

Funnene i masteroppgaven min viser at kvinner med minoritetsbakgrunn sin psykiske helse blir påvirket av flere faktorer, slik som personlige utfordringer hvor de er påvirket av familiære hendelser, eller opplevelser som de har tatt i ung alder eller senere i livet, men så tar det tid før de får den behandlingen de trenger. En annen ting som kommer frem, er hvordan noen av informantene har ha venner og familien i sitt nettverk hvor psykisk helse er delvis fremmed tema. Vi ser også at det er samfunnsmessige utfordringer som påvirker

den psykiske helse til minoritetskvinner slik som forskjellsbehandling, diskriminering eller stadig påminnelse fra andre at informantene ikke er norske.

Et annet funn er at det er mye press som enkelte informanter opplever, fordi de prøver å balansere to kulturer. Det kan være en velsignelse, men også samtidig en belastning for personer med krysskulturell bakgrunn og det å tilfredsstille forventningene til personene i flere kulturer når det gjelder hvordan man skal oppføre seg kan være forvirrende og veldig krevende. Foreldre kan ha ideer fra hjemlandet som er annerledes enn sine barn fordi barna har tatt til seg nye impulser i det miljøet som de har vokst opp i her i Norge. Foreldre og barn har derfor ikke helt de samme bilder av verden (Gullestad, 2002). Mine funn viser også at psykisk helse til minoritetskvinner kan bli påvirket av om de har støtte rundt seg til å håndtere hverdagens utfordringer eller ikke. Det er noen av informantene som har nevnt hvordan de har mistet venner fordi de er åpne om vanskelige perioder i livet, og de opplever at det gjør noe med dem at man må håndtere tunge tanker alene. Et annet funn jeg har gjort er hvordan mange av informantene forteller at hva slags personen du møter i hjelpesystemet har mye å si for den hjelpen man får eller ikke får, det har mye å si at behandler har forståelser for levemåten til pasienten.

Forslag for endringer

I denne delen, skal jeg komme med noen forbedringsforslag for helsesystemet angående psykisk helsehjelp i Norge for minoritetskvinner. Dette er basert på mine funn og mine refleksjoner på disse funnene.

Jeg har gjennom samtaler med informantene lært at ønskesituasjonen angående psykisk helsehjelp i Norge for minoritetskvinner er at det helst skulle ha vært et like bredt mangfold blant behandlere som pasientene, men dessverre er virkelighet langt derfra. Vi trenger flere behandlere med kulturell kompetanse for å kunne yte likeverdige helsetjenester til alle.

Norge bør satse på å utdanne flere mennesker med forskjellig bakgrunn innen psykisk helse fordi dessverre så er situasjonen slik at det er flere og flere som sliter med den psykiske helsen her i Norge, og det er altfor få psykologer og psykiatere, og ventetiden er veldig lang og det gir unødvendig belastning for pasienter med akutte psykiske behov.

Det jeg ser som kunne ha vært en idé er at det fantes en lavterskel tilbud som kvinner med minoritetsbakgrunn kan ringe til også etter at de er ferdigbehandlet fordi psykiske lidelser forsvinner ikke etter at man har gått til psykolog og fått en midlertid bedring der og da. Det vil alltid være situasjoner i livet som bringer traumer opp på nytt igjen. Så disse pasientene trenger egentlig et telefonnummer de kan ringe til slik at de kan få hurtig hjelp i akutte faser gjennom hele livet og den personen de snakker med da bør være en person med bred forståelse for de problemer personer kan ha på grunn av sin bakgrunn. Det er veldig viktig at mennesker i hjelpeapparatet virkelig forstår hva PTSD og andre dype traumatiske lidelser kan gjøre med mennesker. Vi som samfunn må satse mer på å bedre den psykiske helsen i befolkningen så slipper man unna mange fysiske sykdommer også, fordi vi har sett at når man ikke hjelp til å stabilere psyken, så blir man syk på andre måter.

Konklusjon

Noen av informantene var ikke selv klar over at de trenger hjelp for sine psykiske problemer fordi de var opplært til å undertrykke sine negative følelser og det å ikke ha kontroll over sinnet sitt ble sett på som en skambelagt ting, det førte igjen til at informantene kanskje ikke sa til fastlegen sin at de slet med psykiske problemer, men at det skyldte på andre plager når de kom til legen for å få hjelp og ikke alle leger så gjennom det slik at mange ble gående lenge før de omsider fikk den hjelpen de trengte.

Vi får en påminnelse om hvorfor det er behov for mangfold blant ansatte i hjelpesystemet. Dette er fordi at mennesker i det offentlige bedre kan forstå ulike problemstillinger som kanskje ikke oppstår hos majoritetsbefolkningen. Informanter legger ikke skjul på at det å bli behandlet annerledes enn majoritetsbefolkningen påvirker ikke bare deres selvoppfattelse, men også deres psykiske helse.

For å oppnå gode resultater mener informantene at det kreves en aktiv samhandling mellom det offentlighet, majoritetsbefolkningen og minoriteten for å unngå problemer som kan oppstå før og under behandling, og samtidig legge til rette for at det er lett for alle i samfunnet å oppsøke hjelp. Målet må være som en av informantene sa under intervjuet, at alle skal ha hjelp tidligst mulig slik at unødvendige slitasje unngås på mennesker som sliter psykisk.

Litteraturliste

- Ali, S. J. (2018). *Ikkje ver redd sånne som meg*. Samlaget.
- Bangstad, S. (2017). Rasebegrepets fortid og nåtid. *Norsk sosiologisk Tidsskrift*, 1(3), 233-251.
- Berg, A. O., Holt, K., & Keeping, D. (2020). *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid* (1. utgave.). Gyldendal.
- Berg, A.-J., Flemmen, A. B., & Gullikstad, B. (2010). *Innledning: interseksjonalitet, flertydighet og metodologiske utfordringer*. I Likestilte norskheter: om kjønn og etnisitet (p. s. 11-37).
- Blom, S. (2011) *Innvandrerens helse: Dårligere helse blant innvandrerne*. Samfunnsspeilet.
- Danielsen, H., Larsen, E., & Owesen, I. (2015). *Norsk likestillingshistorie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eggebo, H. (2020). *Kollektiv kvalitativ analyse*. Norsk Sosiologisk Tidsskrift, 4(2), 106-122. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2020-02-03>
- Fekjær, S. (2013). *Hvordan bli en lykkelig masterstudent?: Masteroppgavehåndbok*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2010) *Helsetilstanden i Norge* (Folkehelse rapport 2010)
- Folkehelseinstituttet. (2017) *Årsrapport 2016*.
- Gressgård, R. (2013). *Interseksjonalitet*. Tidsskrift for Kjønnforskning, 37(1), 64-67.
- Gullestad, M. (2002). *Det norske sett med nye øyne: kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt* (p. 356). Universitetsforlaget.
- Gullikstad, B. (2013). *Interseksjonalitet - et fruktbart begrep*. Tidsskrift for Kjønnforskning, 37(1), 68-75.
- Hall, S., Holmes, I. & Bangstad, S. (2020). *Rase, etnisitet, nasjon: Et ulykksalig triangel* (1. utgave. ed., Vol. 76, Cappelen upopulære skrifter). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Oslo Helse og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
<https://www.fhi.no/publ/2017/arsrapport-2016/>
- Hussain, M. (2010). *Selvstendige eller undertrykte?: En studie av etniske minoritetsjenters psykiske helse*. *Avdeling for samfunnsfag. Høgskolen i Oslo*. https://oda.oslomet.no/oda-xmllui/bitstream/handle/10642/393/Hussain_Memoona.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Indahl, I. D. (2020) *Hvordan fremme god psykisk helse blant gravide minoritetskvinner*. *Fakultet for helsevitenskap*. Oslo Metropolitan University. <https://oda.oslomet.no/oda-xmllui/bitstream/handle/11250/2756285/indahl-majo2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ingebretsen, C. (2017, 5.november). Statsministrene skryter av Bondeviks åpenhet rundt psykisk sykdom. NRK. <https://www.nrk.no/kultur/statsministrene-skryter-av-bondeviks-apenhet-rundt-psykisk-sykdom-1.13761492>

Johannessen, L. E. F.; Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018) *Hvordan bruke teori: Nyttige verktøy for kvalitativ analyse*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Johannessen, R. (2006, 31.oktober). Ble slått over ende. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/Wj25d/ble-slaatt-over-ende>

Kjøllestad, M.(red.) (2019). Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelse blant innvandrere 2016. *Folkehelseinstituttet*. <https://www.fhi.no/publ/2019/helse-blant-innvandrere-i-norge-levekarsundersokelse-blant-innvandrere-2016/>

Kvigne & MiRA-senteret. (2015). *MiRA-senterets rapport om forebygging av vold i et minoritetsperspektiv: et liv uten vold for alle - også for kvinner med minoritetsbakgrunn!* (p. 47). MiRA-senteret.

Larsen, & Andersen, A. J. W. (2011). "Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet" : hvordan beskriver skandinaviske brukere av psykisk helsevern sine erfaringer med den hjelpen de ble tilbudt? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol. 8, nr. 2 (2011), 120–130.

Liden, H. & Midtbøen, A. H. (2016). *Kumulativ diskriminering*. *Sosiologisk Tidsskrift*, (1), 3-26.

Lien, L., Dybdahl, R., Siem, H., Julardzija, I. & Bakke, H. H. *Rådet for psykisk helse*. (2019). *Asylsøkere og flyktninger: psykisk helse og livsmestring*. Universitetsforlaget.

Likestilling, Inkludering og Nettverk. (2014) *God helse også minoritetskvinner*. (Forebyggingsprosjekt FBM5803) LIN. <https://dam.no/prosjekter/god-helse-ogsaa-for-minoritetskvinner/>

Liv Tove Thorgersen. (2012). *En gang borderliner - alltid borderliner*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(4), 359–361.

Mehmed, S.K., Høgmo, A., & Fauske, H. (2010). *Integrasjon og mangfold: utfordringer for sosialarbeideren* (p. 287). Cappelen akademisk.

MiRA-senteret. (2017). *Den usynlige smerte: utvikling av selvinnsikt, indre trygghet og livsglede: erfaringer fra forebyggende psykisk helsearbeid blant unge jenter, kvinner og barn med minoritetsbakgrunn på MiRA-Senteret* (p. 70). MiRA-senteret, Ressurssenter for innvandrer- og flyktningskvinner.

Nasjonalt folkehelseinstituttet <https://hdl.handle.net/11250/2711867>

NESH, D. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*.

Nilsen, S. (Red.). (2017). *Inkludering og mangfold - sett i spesialpedagogisk perspektiv* (p. 288). Universitetsforlaget.

Nordengen, P. (2016). *Psykt bra: Om god psykiske hverdagshelse*. Sandefjord: Skagerrak forlag.

- Olsen, C.R. (2011) Likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning. En kvalitativ studie av pasienter med innvandrerbakgrunn og det norske helsevesenet. *Instituttet for sosiologi og samfunnsgeografi*.
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15392/Olsen.pdf?sequence=3>
- Orupabo, J. (2014). *Interseksjonalitet i praksis: Utfordringer med å anvende et interseksjonalitetsperspektiv i empirisk forskning*. Sosiologisk Tidsskrift, 4, 329–351.
- Reiss, E.(Red.). (2013). *iLove*. Minotenk.
- Reitan, S-E. (2021). Rus, psykisk helse og pandemi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2, 203–205. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-02-10>
- Salimi, F. & MiRA-senteret. (2019). *#MinHverdagskamp*. MiRA-senteret.
- Salimi, F. & MiRA-senteret. (2021). *Vi tar ordet: minoritetskvinneskamp gjennom 40 år*. Emilia.
- Salimi, F. (2007). *Den Usynlige smerte: minoritetskvinner og vold i nære relasjoner*: Vol. nr. 5 (p. 105). MiRA-senteret.
- Salole. (2013). Krysskulturelle barn og unge : om tilhørighet, anerkjennelse, dilemmaer og ressurser (p. 290). Gyldendal akademisk.
- Salole. (2020). *Cross cultural kids : en bok for deg som vokser opp med flere kulturer* (1. utgave.). Gyldendal.
- Sibeko, G. (2019). *Rasismens poetikk*. Ordatoriet.
- Sivertsen, & Mydland, T. S. (2021). Likepersonstjenester innen rus og psykisk helse under covid-19 – utfordringer og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (trykt utg.), Vol. 18, nr. 2 (2021), 222–228.
- Skilbrei, May-len (2019): Å planlegge et forskningsprosjekt. I Skilbrei: *Kvalitative Metoder, planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. Fagbokforlaget, Oslo.
- Thagaard, T. (2018): *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder*, Fagbokforlaget, Bergen
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Vasileiou, K., Barnett, J., Barreto, M., Vines, J., Atkinson, M., Long, K., Bakewell, L., Tjora. (2018). *Viten skapt : kvalitativ analyse og teoriutvikling* (p. 102). Cappelen Damm akademisk.
- Valenta, M., Thorshaug, K. & Indrebø, K. (2010). *Ansatte med flyktning- og innvandrerbakgrunn i asylmottak. Erfaringer fra statlige mottak for asylsøkere som drives av Hero Norge*. NTNU Samfunnsforskning AS. <http://hdl.handle.net/11250/2391992>
- Vollestad, & Bua, P. B. (2020). *Hva er greia med meg - og deg og alle andre? : en håndbok i psykisk helse* (1. utgave.). Gyldendal.
- Wadel, C. (2014). *Feltarbeid i egen kultur*. Cappelen Damm AS, Oslo.
- Williamson, T. (2021). *Håndbok for unge antirasister* (1. utgave.). Cappelen Damm.
- Youmans, M. & Jensen, Ø. (2017). *Følelser: til å bli sprø av*. Gyldendal.

Øye, L-M. (2010). Tvang eller ikke tvang, er ikke spørsmålet. Tidsskrift for psykisk helsearbeid (trykt utg.), 7(2010) nr. 2, 172–173.

Vedlegg 1 - Intervjuguide

Psykisk helse blant minoritetskvinner i Norge

Bakgrunn:

- Kan du fortelle litt om deg selv?

Livet i Norge og i hjemland

- Hvordan var det å bo i hjemlandet ditt?
- Hvordan synes du det er å bo i Norge?

Psykisk helse generelt

- Hvordan vil du definere god psykisk helse?
- Hvordan er din erfaring for hvordan folk stiller seg når det gjelder å snakke om psykisk helse?
- Er det noe man gjerne snakke om eller ikke?
- Er det likt for alle?
- Hvordan synes du det er å snakke om psykisk helse?
- Er det forskjell på å snakke om psykisk helse her i Norge og ditt hjemland?

Psykiske tjenester generelt

- Hvordan synes du at psykiske plager handtert in hjemlandet ditt?
- Hvordan synes du at psykiske plager er handtert in Norge?

Personlig erfaring med psykisk helse Norge (og hjemlandet hvis aktuelt)

- Kan du fortelle om din erfaring med egen psykisk helse og sykdom?
- Når bestemte du deg for å søke om hjelp?
- Hvordan søkte du om hjelp?
- Hvorfor var det viktig for deg å søke hjelp?

Møtet med helsepersonell og psykisk helsetjenester (og hjemlandet hvis aktuelt)

- Hvordan opplevde du kontakt med lege eller psykolog?
- Hvordan opplevde du det å få hjelp?
- Hva slags tilbud fikk du?
- Hvordan vil du beskrive din erfaring med psykologen?
- Følte du komfortable når dere snakket om dine plager?

- Hvor fornøyd var du med hjelp som du fikk?
- (bare i forhold til Norge) Følte du at psykologen forstod din bakgrunn?
- Hvordan har du det i dag, i forhold til din psykisk helse?

Kommunikasjon mellom psykisk helsetjenester og innvandrere i Norge

- Hvordan synes du at helsetjenester kunne forbedre kommunikasjon med innvandrere?
- Har du noen råd til helsetjenester om hvordan de kan bedre ta imot pasienter som er innvandrere?
- Har du noen råd til psykologer om hvordan de kan ha bedre kommunikasjon med pasientene som er innvandrere?

Avslutning

- Tenk på det som vi har diskutert; hva er det viktigste for deg?
- Er det noe du føler vi ikke har tatt opp? Er det noe du vil legge til?

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjekt:

«*Psykisk helse blant minoritetskvinner i Norge?*»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *få kunnskap om minoritetskvinneres tanker og erfaringer med psykiske helse og sykdom*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke minoritetskvinneres erfaringer med psykiske helse og sykdom. Metoden jeg bruker er intervju med kvinner som har minoritetsbakgrunn. Tema for intervjuene vil være psykiske helse og møtet med helsetjenestene. Arbeidet skal resultere i en masteroppgave i likestilling og mangfold. Opplysningene skal ikke brukes til noe annet enn mastergradsoppgaven.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Jeg studerer på NTNU og min veileder er *Priscilla Ringrose*, som er ansvarlig for prosjektet. Det kan bli aktuelt å dele eventuelle opplysninger med henne, og min andre veileder, Guro Korsnes Kristensen, mens prosjektet pågår.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne henvendelsen fordi du har vist interesse for prosjektet etter å ha snakket med meg etter vi ble satt i kontakt av en felleskontakt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Undersøkelsen vil bli gjennomført som et intervju mellom meg og deg. Dersom det skulle være aktuelt vil vi avtale stedet hvor intervjuet vil finne sted mellom oss. Intervjuet vil ikke ta mer tid enn ca. 60 min.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på en egen analog navneliste, adskilt fra transkripsjonen av intervjuet.*
- *I teksten vil jeg bruke et annet navn enn ditt eget.*
- *Identifiserbare bakgrunnsopplysninger vil bli utelatt. Dette kan være alder, kjønn, navn eller spesielle hendelser.*
- *Det vil ikke være mulig å spore dataene tilbake til deg.*

- *Jeg kommer ikke til å stille spørsmål som går direkte på etnisitet og religion, men dersom du ønsker å dele denne formen for opplysninger vil jeg benytte den videre i min analyse dersom det er relevant for forskningsspørsmålet.*
 - *Vil til slutt minne at mine informanter ikke kan omtale andre på personidentifiserende vis. Alle må unngå å bruke ekte navn og beskrivelser som kan knyttes tilbake til en person.*
- Jeg utfører all transkripsjonen selv. Opptaket blir slettet når intervjuet har blitt transkribert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Alle identifiserbare opplysninger vil bli slettet når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er seneste juni 2024. Som nevnt over slettes opptaket.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD (Norsk senter for forskningsdata) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Meg, Aisha Bigset, på mail aishab@ntnu.no eller på telefon: 40099731
- Institutt for tverrfaglige kulturstudier ved Priscilla Ringrose, på mail: priscilla.ringrose@ntnu.no

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

- NSD på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Aisha Bigset

Priscilla Ringrose
(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Psykisk helse blant minoritetskvinner i Norge*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

