



LIN PRØITZ

PSYKKT TABU

MHU-rapport 2020

KUN

MENTAL
HELSE
UNGDOM



Dette prosjektet er støttet av Stiftelsen DAM

©Forlaget Nora 2020

ISBN: 978-82-92038-12-3 – trykt versjon

ISBN: 978-82-92038-13-0 – digital PDF versjon

Omslag: Arnstein Saurset, Fagtrykk AS

Omslagsfoto for- og bakside: Lin Prøitz - manipulert av Arnstein Saurset

Layout: Lindseth Reklame AS



Psykt tabu

En kvalitativ studie av unge voksne med flyktning og innvandrerbakgrunns forståelser av psykisk helse og erfaringer fra møter med helsepersonell.

Lin Prøitz

Innhold

Forord	5
Kapittel 1:	
Innledning og sentrale kunnskapshull	6
Vignett	6
Bakgrunn	7
Rapportens begrensninger	9
Rapportens struktur	9
Kapittel 2: Kunnskapsoppsummering	10
Psykisk helse blant unge	10
Kvantitative studier viser store forskjeller mellom grupper.....	10
Ulike forståelse av psykisk helse	11
Konsekvenser av at helsepersonell generaliserer	12
Rasisme og 'rase' – problemet som ikke finnes.....	12
Dataanalyse.....	13
Kapittel 3: Metode	14
Rekruttering og utvalg	14
Presentasjon av deltakerne	15
Tematisk innholdsanalyse	16
Analysenes struktur.....	16
Kapittel 4: Psykiske plager som tabu og tegn på svakhet	17
Dårlige henvisninger og språk.....	17
Psykt tabu.....	18
Barnet som bærer av et sosioøkonomisk løft.....	18
'Vietnamesere snakker ikke om følelser. Derfor oppsøker vi heller ikke psykologer'	19
Store generasjonsforskjeller i synet på psykisk helse	20
'Å unloade hos en profesjonell'.....	20
Diagnosens (av)makt.....	21
Å takle livets motstand.....	22
Kapittel 5: Rasisme	23
'Dette skjer ofte med jenter fra din bakgrunn'.....	23
Hvem har agens til å styre seg selv?.....	24
Rasisme uten 'raser'	25
'Ching chong kinamann'	26
Å 'være' rasist.....	27
Ubevisste former for rasisme	27
Kapittel 6: Oppsummering	29
Referanser.....	31
Om forfatteren:.....	35
Sammendrag	36



Forord

Tusen takk til alle deltakere som har stilt opp og delt av deres erfaringer til denne studien. Denne rapporten er resultat av hver og en av dere sitt mot og vilje til å dele.

Tusen takk til Mental helse ungdom og Ranveig Stava, takk til Thea Røstbakken og alle referansepersoner og ressurspersoner i og utenfor nettverket som har bidratt med kunnskap og kompetanse gjennom samtaler, takk til Hasti Hamidiasl for rekruttering, takk til Stine Helena Bang Svendsen og Forskerkollektivet for innspill til kapittel 5, takk til Likestillingscenteret KUN ved Fredrik Langeland og Mari Wattum, og ikke minst takk til Hilde Roald og Katie Moriggi for korrekturlesning og presiseringer. Takk til Stiftelsen Dam for finansiering.

Kapittel 1:

Innledning og sentrale kunnskapshull

Vignett

Høsten 2019 arrangerte jeg et 'midtveis-seminar' der jeg presenterte foreløpige funn fra denne studien. Jeg inviterte personer som har interesse og behov for mer kunnskap på feltet og personer som nyttiggjør seg av psykiske helsetjenester. Alle deltakere i denne studien ble også invitert. Som en del av introduksjonen til seminaret snakket jeg om begrepene rasisme og rasialisering med utgangspunkt i Sindre Bangstad og Cora Alexa Døvings (2015) og Frode Hellands (2019) begrepsavklaring (se kapittel 2 og kapittel 5). Vien (29)^[1], en av deltakerne med vietnamesisk bakgrunn, kom bort til meg i pausen og sa at han faktisk aldri hadde opplevd noe særlig diskriminerende eller rasistisk, men han synes utpakkinga av begrepet rasialisering var interessant. Noen dager seinere ringte han meg og sa at han hadde tenkt på dette med rasialisering. Han hadde kommet på en episode han ville fortelle meg:

I fjor sommer hadde han vært i en bryllupsmiddag hos venner på Sørlandet. Han var den eneste som ikke var 'etnisk hvit', som han sa. Under middagen hadde en av gavene til brudeparet vært en reise. Brudeparet fikk beskjed om å reise seg opp og snu seg slik at de sto vendt med ansiktene mot alle gjestene. Bak brudeparet sto toastmasteren med en stor plakate hvor det sto Kina i blokkbokstaver. Det var kun gjestene som så hva det sto på plakaten. Med ryggen mot plakaten fikk brudeparet i oppgave å gjette hvor reisen gikk. Gjestene begynte å le mens de lagde 'ching chong' lyder, sa Vien. Flere tok pekefinger og langfinger opp på sidene av hvert øye mens de dro huden stramt mot tinningen slik at øynene ble til to skrå streker. Gjestene reiste seg opp, skuttet seg oppstente mot brudeparet og ropte høyere, nå i kor, 'ching chong! Ching Chong!'. Vien var den eneste ved sitt bord som ble sittende. En av gjestene og Vien fikk brått øyekontakt, før brudgommen ropte: -Å ja, Kina, ja!

Vien er født og oppvokst på Østlandet. Han er sønn av to vietnamesiske foreldre som flyktet fra krig til Norge på åttitallet. Han er én av tre søsken. I dag bor han i en leilighet på Østlandet, har tatt en master og jobber fulltid i et anerkjent firma. Vien hadde 'faktisk aldri opplevd noe særlig diskriminerende eller rasistisk', men han hadde vært i et selskap på Sørlandet hvor alle gjestene reiser seg og roper ching chong i kor for at brudeparet skal gjette Kina. Etter å ha fortalt om episoden fra bryllupet sa han nølende, 'Det er vel kanskje eksempel på rasialisering?'

Statistisk sentralbyrå (SSB, 2017, 22) opererer med tre grupper i sin offisielle statistikk: Innvandrere; norskfødte med innvandrerforeldre og den øvrige befolkningen. Flyktninger er personer som fyller kravene til å få beskyttelse i Norge. Personer med flyktningbakgrunn omfatter flyktninger og familiemedlemmer av flyktninger som har fått opphold i Norge. Flyktninger defineres av SSB som personer som har kommet til Norge av fluktgrunner og familieinnvandrede til disse. Jeg anvender SSBs begrepsbruk av 'innvandrere' og 'flyktning'.^[1]

[1] <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/slik-definerer-ssb-innvandrere>

Denne rapporten handler ikke om bryllup på Sørlandet, men om unge med innvandrerbakgrunns erfaringer med psykiske helsetjenester. Jeg har likevel valgt nettopp denne scenen fordi den handler om noe vesentlig som flere deltakere i denne studien fornemmer i samfunnet, men også i møte med psykiatrien, på legevakta, hos legen og på helsestasjon: scenen viser et konkret tilfelle av rasisme som fornemmes, men som likevel vanskelig lar seg identifisere og italesette som nettopp det det er. Å rope ching chong er i denne sammenheng verken en hatefull eller diskriminerende ytring som var rettet mot eller ment å krenke, true eller forhåne Vien.

[1] Alle navn er anonymisert

Det er altså ikke snakk om en straffbar handling. Men ytringen kan like fullt sies å være en form for rasisme som kjennes følelsmessig, uten at Vien greier å identifisere den som nettopp det. Ingen av de femten deltakerne i denne studien sier at de har opplevd noe eksplisitt rasistisk eller at de har vært utsatt for rasisme i møte med helsetjenester. *Mange av deltakerne har gode opplevelser med helsetjenester. Noen av deltakerne beskriver like fullt følelser av mindreverdighet og maktesløshet i møter med helsepersonell.* I denne rapporten er det nettopp slike erfaringer jeg vil undersøke nærmere. Altså ikke eksplisitte hatefulle ytringer, men subtile fornemmelser og ytringer som vanskelig lar seg identifisere som rasisme, men som like fullt har ekskluderende eller reduserende konsekvenser. Svaret på hvorfor det er så vanskelig å identifisere slike erfaringer som rasisme undersøker jeg i analysene.

Bakgrunn

En nyere studie viser at en fjerdedel av befolkninga med innvandrerbakgrunn i Norge har opplevd diskriminering knyttet til det å være innvandrer. Blant denne fjerdedelen er over halvparten mer psykisk plaget enn resten av innvandrerbefolkningen (Straiton, Aambø, & Johansen, 2019).

Det er imidlertid få norske studier som har undersøkt forholdet mellom opplevd diskriminering eller strukturell rasisme i lys av det å motta eller oppsøke psykisk helsehjelp. Imidlertid er det gjort mye forskning på hvor mange pasienter som har eller ikke har innvandrerbakgrunn og hvor mange av pasientene med eller uten innvandrerbakgrunn som har mottatt psykisk helsehjelp. Flere studier har dessuten undersøkt psykisk helse og tabu blant innvandrere. En større norsk studie viser blant annet at 90% av alle pasientkontakter i spesialisthelsetjenester er med pasienter uten innvandrerbakgrunn (Elstad, Finnvoll, & Texmon, 2015). Dette bekreftes i nyere norske studier som viser at personer med flyktning og innvandrerbakgrunn samlet sett mottar en mindre andel av både primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester innenfor somatisk og psykisk helse sammenlignet med den øvrige befolkninga (Abebe, Lien, & Elstad, 2017, 685; Debesay, Arora, & Bergland, 2019). Det som imidlertid er tankevekkende er at tall fra Folkehelseinstituttet (2017) samtidig viser at en høyere andel innvandrere rapporterer om

'Rasismeparagrafen': Paragraf 185 i straffeloven kalles ofte «rasismeparagrafen». Den ble innført som § 135, annet ledd i 1961, da med en annen formulering enn den fikk da Norge sluttet seg til FNs rasediskrimineringskonvensjon i 1970. Paragrafen fikk nytt nummer da den nye straffeloven trådte i kraft i 2015. Endringen ble vedtatt i 2005. I dag gjør paragrafen det straffbart å komme med hatefulle ytringer mot flere minoriteter.

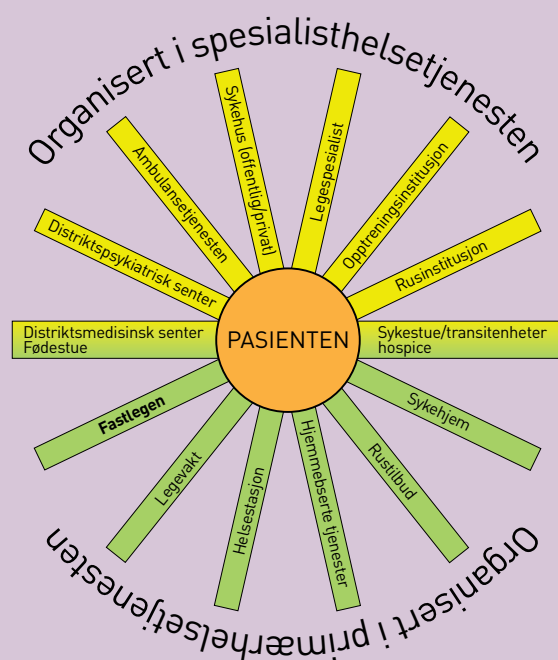
Hele paragrafen lyder slik:

§ 185. Hatefulle ytringer: Med bot eller fengsel inntil 3 år straffes den som forsettlig eller grovt uaktsomt offentlig setter frem en diskriminerende eller hateful full ytring. Som ytring regnes også bruk av symboler. Den som i andres nærvær forsettlig eller grovt uaktsomt fremsetter en slik ytring overfor en som rammes av denne, jf. annet ledd, straffes med bot eller fengsel inntil 1 år.

Med diskriminerende eller hateful full ytring menes det å true eller forhåne noen, eller fremme hat, forfølgelse eller ringeakt overfor noen på grunn av deres a) hudfarge eller nasjonale eller etniske opprinnelse, b) religion eller livssyn, c) homofile orientering, eller, d) nedsatte funksjonsevne.

Primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester, se definisjoner her: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>

GRUNNSTRUKTUR I HELSETJENESTEN



psykiske helseplager enn den øvrige befolkninga, mens flyktninger fra krigsområder antydes å ha flere og større psykiske plager enn ikke-flyktninger (Straiton & Diaz, 2016, 30).

Hvis det er slik at deler av befolkninga rapporterer om store psykiske helseplager uten å motta eller oppsøke helsehjelp, er det en indikasjon på at mange ikke får den hjelpen en trenger. Et mulig underforbruk av psykiske helsetjenester kan videre indikere et problem for samfunnets samlede tiltak overfor personer med psykiske plager og lidelser (Abebe et al., 2017, 685). For å kunne belyse og eventuelt forstå årsakene bak et mulig underforbruk av psykiske helsetjenester, er det behov for mer kvalitativ forskning med ulike tilnærminger som kan forklare hva tallene, mønstrene og bruddene sier noe om (Abebe et. al. 2017; Kale, Hjelde, Gele, 2018; Straiton & Diaz, 2016).

I denne rapporten skal jeg undersøke *hvorfor* noen grupper med flyktning- og innvandrerbakgrunn ikke mottar eller oppsøker psykisk helsehjelp. Med utgangspunkt i femten dybdeintervjuer av unge voksne mellom 20-30 år med flyktning- eller innvandrerbakgrunn, vil de unge voksnes fortellinger utgjøre et egnet grunnlag for *dyp kunnskapsproduksjon* og *innsikt* i studiens avgrensede spørsmål.

Problemstillinger

- Hvilke sentrale **muligheter** og **barrierer** (diskurser) spiller inn i deltakernes forståelser av psykisk helse og i de unges møter med helsepersonell innenfor psykisk helse?
- Hvilken **betydning** har dette for deltakernes bruk eller oppsøking av psykiske helsetjenester?

For å operasjonalisere problemstillingen bruker jeg to konkrete underspørsmål:

1. Hvilke **ideer** preger deltakernes forståelser av psykiske plager og lidelser?
2. Hva slags **erfaringer** har deltakerne fra møter med psykiske helsetjenester?

Det første underspørsmålet analyserer jeg i kapittel fire. Det andre utforsker jeg i det femte kapitlet.

Rapportens begrensninger

Femten deltakere er ikke nok for å representere dem som faller inn under den store heterogene gruppen 'unge med flyktning eller innvandrerbakgrunn'. Studien kan derfor ikke si noe universelt om for eksempel pakistanske kvinner eller vietnamesiske menn. Studien kan verken sammenlignes med *kvantitative* studier av den øvrige befolkningen eller *utelukke* at lignende erfaringer og opplevelser gjelder for unge voksne *uten* innvandrerbakgrunn. Det er fordi sosioøkonomiske og psykososiale forhold, sosiale kategorier, bosted og botid samt andre livsfasefaktorer, påvirker menneskers fysiske og psykiske helse (Levecque & Van Rossem, 2015; Oppedal & Idsoe, 2015). For eksempel er et godt nettverk og god sosial støtte forbundet med god helse, mens diskriminering og vold har negativ betydning. Dette gjelder uavhengig av om du har flyktning- eller innvandrerbakgrunn eller ikke (Oppedal & Idsoe, 2015). Likefullt er det påfallende at psykiske helseproblemer som vanligvis utløser behov for psykiske helsetjenester blant den øvrige befolkningen, ikke fører til dette i samme grad blant befolkninga med flyktning- eller innvandrerbakgrunn. Det er derfor nødvendig å undersøke om det finnes erfaringer og opplevelser som går igjen blant deltakere med flyktning- eller innvandrerbakgrunn som kan bidra til å forstå hvorfor det er slik.

Rapportens struktur

I dette kapitlet har jeg skissert sentrale kunnskapshull som finnes på feltet, rapportens mål og forskningsspørsmål. I neste kapittel kommer en kunnskapsgjennomgang før metoden gjennomgås i kapittel tre. I fjerde og femte kapittel analyserer og diskuterer jeg funnene opp mot rapportens problemstillinger. Jeg oppsummerer studien i siste kapittel i tillegg til å gi anbefalinger til helsepersonell, pedagoger, politikere og andre som er opptatt av å gi reelle, likeverdige heletjenester til alle.

Kapittel 2: Kunnskapsoppsummering

Psykisk helse blant unge

Denne studien baserer seg på dybdeintervjuer av unge voksne. Hvis vi ser på merkelappene dagens unge ofte gjenkjennes med, så er det 'hjemmekjær' og 'veltilpasset' (Madsen, 2018, 90). Ifølge Madsen (2018) er de både optimistiske og har fremtidshåp. Åtte av ti er fornøyde med foreldrene sine og ni av ti har en god venn (Bakken, 2018). Ytterligere er flesteparten fornøyd med sine oppvekstområder. Til tross for noe økt forekomst av cannabis, vold og kriminalitet blant ungdom, lever de aller fleste unge gode, aktive liv med familie, venner og skole. Parallelt med disse funnene viser studier at psykiske helseplager blant unge har økt kraftig, især depressive symptomer. Resultatene viser også at flere unge i dag er plaget av ensomhet, stress og press (Madsen 2018, 92). De som oppgir at de er mest plaget er jenter bosatt i Oslo vest – et området som er preget av høy sosioøkonomisk kontekst (Oppvekstrapporten 2017, 11, 119). Funnene hos vestkantjenter i Oslo bryter imidlertid med funn fra resten av befolkningen: i overordnet grad er det en høyere andel barn og unge fra lavere sosioøkonomisk bakgrunn som rapporterer om psykiske helseplager (Bøe, 2015; Bøe, Øverland, Lundervold, & Hysing, 2012; Dahl, Bergsli, & van Der Wel, 2014; Hamm, 2014; Madsen, 2018, 95). Til tross for at fattigdom blant barn og unge ikke er et 'innvandrersproblem', vokser halvparten av barn og unge med innvandrerbakgrunn opp i lavinntektsfamilier (Oppvekstrapporten 2017, 15). Dette gir indikasjon på at barn og unge med innvandrerbakgrunn fra familier med lav sosioøkonomisk bakgrunn kan ha høyere forekomst av psykiske helseplager.

Kvantitative studier viser store forskjeller mellom grupper

Det er like fullt verdt å merke seg at det er store forskjeller *mellom* innvandrergupper og *innad* i gruppene. Dette gjelder både selvrapportering om psykiske helseplager samt kontakten med somatiske og psykiske helsetjenester. Mens unge kvinner fra den øvrige befolkninga rapporterer om økende forekomst av psykiske helseplager og økende kontakt med psykisk helsetjeneste (Madsen, 2018), viser analyser av SSB-data og registerdatastudier at kvinner og menn fra Vietnam og kvinner fra Polen, Somalia, Sri Lanka og Pakistan har lav kontakt med psykisk helsetjenester (Abebe et al., 2017; Elstad et al., 2015, 95, 135; Kale, Hjelde, & Gele, 2018). Studier viser at innvandrere fra Vietnam er den innvandrergruppa som har færrest liggedøgn på sykehus på grunn av somatiske plager og aller lavest bruk av psykisk spesialisthelsetjenester, uavhengig av kjønn (Elstad et al 2015, 13). Vietnamesiske innvandrere er også den innvandrergruppen som er aller minst i kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste, langt lavere enn den øvrige befolkninga, i motsetning til pakistanske innvandrere som er den gruppa som har høyest bruk av somatisk spesialisthelsetjenester. I psykisk helsevern er tallene annerledes. Mens voksne menn med innvandrerbakgrunn fra Pakistan og Sri Lanka oftere er i kontakt med polikliniske psykisk helsetjenester enn den øvrige befolkninga, har kvinner med bakgrunn fra samme land ganske sjelden kontakt med psykisk helsevern (Elstad et al 2015, 13). Samme tendenser gjelder også for somaliske innvandrere og etterkommere når det kommer til kjønn: kvinner med somalisk flyktning- og innvandrerbakgrunn hadde uvanlig lite kontakt med psykisk helsetjenester (spesialisthelsetjenester), mens menn med somalisk innvandrer og flyktningbakgrunn hadde relativt høy kontakt (Elstad et al 2015, 12). Studier av innvandrere fra østeuropeiske land indikerer at den korte avstanden til hjemlandets helsetjenester i kombinasjon med at det ofte er de friskeste og mest arbeidsføre som migrerer ('the healthy migrant effect'), kan være forklaringer på den lave kontakten med psykiske spesialisthelsetjenester (Straiton & Diaz, 2016).

Ulike forståelse av psykisk helse

Psykisk sykdom og især psykiatrisk sykehusinnleggelse oppleves av mange som svært stigmatiserende uavhengig om du er en person med eller uten innvandrer eller flyktningbakgrunn (Garvik, 2015; Jama, 2017; Røstbakken & Røstbakken, 2017; Walås, 2017; Winness, Borg, & Kim, 2010). Imidlertid finnes det forskjellige forståelser om psykiske plager og lidelser i ulike samfunn. Her spiller diverse kulturelle verdier, tro og religioner inn (Mirdal, 2006). I noen kulturer forstås psykiske plager og lidelser som et resultat av 'dårlige tanker', dårlig moral eller som følge av ens synder. I andre kulturer forklares lidelsene med mangel på viljestyrke eller svak personlighet (Kwan, Baig, & Lo, 2018, 498; Suan & Tyler, 1990; Wang, Locke, & Chonody, 2013). Å kople karma, skjebne eller det å være besatt av onde ånder til psykisk uhelse, er heller ikke uvanlig i en del kulturer (Leung, Cheung, & Tsui, 2012). Betydning av hvordan en forstår psykiske plager og lidelser kan dessuten være tett knyttet opp til språket i bruk. Blant norsk-somalierne finnes for eksempel ingen nyanserte somaliske begrep for psykiske lidelser som angst, depresjon, bipolar lidelse og schizofreni (Jama, 2017). Det som innen norsk psykiatri i dag forstås som psykiske lidelser, forstås blant deltakerne i Hjeldes (2007) og Jamas (2017) studier av norsk-somalierne som 'gal' eller 'galskap'. Galskapen tilskrives dårlig relasjon til Gud, til andre mennesker eller til ånder (djinn). Mot denne bakgrunn er det ikke helsen eller den medisinske tilstanden som skal behandles, men *relasjonen til Gud eller 'djinn'*. Forstått på denne måten vil heller ikke bruk av psykisk helsetjenester anses som relevant eller fruktbar hjelp. Betydningen av dette forklarer Jama (2017, 11) på følgende måte: 'Mennesker er farget av den kulturen de lever i. Synet på psykiske lidelser hos en kultur er også med på å forme de psykiske helsetjenestene'.

Psykiske lidelser forstås i denne rapporten som lidelser som svarer til en klinisk diagnose. 'Psykiske plager' derimot, forstås jeg som 'tilstander som kan oppleves som plagsomme, men som allikevel ikke svarer til en klinisk diagnose' (Madsen, i Psykologisk.no, <https://psykologisk.no/2018/11/hvor-gikk-det-galt-for-generasjon-prestasjon/>)

Det er verdt å merke seg at det å se på helse som resultat av andre forhold enn medisinske, ikke er noe som er forbeholdt 'andre kulturer' (Jakobsen, 2010). I både samisk og norsk folketro finnes både troen på mytiske skikkelser, ritualer og handlinger knyttet til å blidgjøre disse, inkludert det å eie gjenstander med påstått magisk kraft, såkalte lykkebringere. Folketro og religion er tett knyttet sammen i mange kulturer, også i norsk kultur og samtid (Holck, 1996; Jakobsen, 2010; Kraft, 2008, 42). Utover bønn til gud og kontakt med overnaturlige krefter, er kjerringråd, overtro og folkemedisin former for mytiske, mystiske eller religiøse praksiser som mange av den øvrige befolkninga benytter seg av per i dag.^[2] Til tross for at det er stor variasjon mellom de ulike praksisene, og til tross for at biovitenskapelige metoder finnes innen rekkevidde, så er interessen for alternative, mytiske og mystiske praksiser stadig høyst tilstedeværende også blant den øvrige befolkninga i Norge (Jakobsen, 2010; Magelssen, 2008, 39). Når deltakerne i denne studien trekker fram religiøse praksiser eller alternativ medisin som behandling, er det verdt å ha i mente at slike praksiser ikke kun foregår 'andre steder' eller 'i andre kulturer'. Likevel: måten religioner blir tolket på, kan imidlertid bli til hinder for at folk oppsøker hjelp.

Hensikten med denne studien er ikke å fortelle hvilke praksiser som er mer eller mindre meningsfulle enn andre praksiser, men å bidra til økt dybdekunnskap på et felt der det mangler forskning på *hvorfor* noen grupper med innvandrerbakgrunn ikke oppsøker eller mottar psykisk helsehjelp

[2] I 2008 solgte Kolloens (2008) biografi om 'Snåsamannen' over 120.000 eksemplarer (Furuly, 2010). Prinsesse Märtha Louise og Elisabeth Nordengs to englebøker nådde en omsetning på 30 millioner kroner i 2012 (Fotland, 2012).

Konsekvenser av at helsepersonell generaliserer

Framfor å årsaksforklare mangel på sosial integrering med positivistiske årsakmodeller knyttet til kjønn eller landbakgrunn (se for eksempel Dalgard & Thapa, 2007), fforsøker Kwan et al., (2018) i sin kvalitative Hong Kong-studie å forstå forskjeller i bruk og ytelse av psykiske helsetjenester i et mer diskursanalytisk og mellomkulturelt perspektiv. For å forstå barrierer for hvorfor etniske minoriteter bosatt i Hong Kong mottar dårligere og sjeldnere psykiske helsetjenester enn etniske Hong Kong kinesere, fant de at minoritetsungdommene hadde større språklige barrierer og ikke minst, større motstand mot å italesette psykiske helsebehov og personlige psykiske utfordringer med helsepersonellet enn etniske Hong Kong kinesere. Dette bidro til at helsepersonell undertolket minoritetsungdoms reelle behov for støtte og hjelp. Den kulturelle distansen mellom minoritetsungdommene og helsepersonellet fungerer altså som en barriere som bidro til å skape skjevheter i ytelse og bruk av helsetjenester. Igjen, som vi så i avsnittet om religion og tro, - hvordan en forstår psykiske plager vil påvirke *om* og *i hvilken grad* en oppsøker støtte og hjelp. Videre vil det ha betydning for i hvilken grad en opplever som passende å snakke om sine psykiske plager, og hvem en henvender seg til om dette (Kwan et al., 2018). Helsepersonells tendenser til å trekke på generelle og kulturelle forklaringer for å beskrive utfordringer i familier med innvandrerbakgrunn framfor å undersøke utfordringene i lys av sosiale strukturer, livsbetingelser og individets behov for støtte, er funn som ikke er forbeholdt Hong Kong. Dette er funn som i aller høyeste grad også beskrives i norsk forskning (Kiamanesh & Hauge, 2018; Magelssen, 2008). Forskjeller i mottak og bruk av tilbud av psykiske helsetjenester bør, med andre ord, ikke reduseres til å handle om kultur eller etnisitet. I stedet må også språklige barrierer, mellomkulturell kommunikasjon samt helsepersonells ulike antagelser og generaliseringer om innvandrere, forstås som føringer for praksis (se også Bottomley, McKeown, & Berry, 2008).

Rasisme og 'rase' – problemet som ikke finnes

Vi lever [...] i et samfunn hvor rasisme både i form av utsagn og handlinger er tydelig tilstedeværende, men der ingen vil innrømme at de er rasister, eller «rase-hatere» som det het engang» (Helland, 2014, 108).

Det norske selvbildet er et bilde av et hjelpsomt, ikke-rasistisk og fredsforhandlende folk med et uskyldig forhold til kolonialisme (Gullestad, 2002^a; 2004, 182; Svendsen, 2014). Dette krever, som Stine H. Bang Svendsen (2014, 11, 13) påpeker, at en må å se bort fra 'Norges deltagelse i kolonial kultur og handel som misjonærer, sjømenn, forretningsfolk og oppdagelsesreisende'. Ifølge Marianne Gullestad (2002b, 158), tilskrives negative forhold og utfordringer med kolonialisme og rasisme til noe ytre, til noen andre eller andre omstendigheter. Dette er hva Gullestad omtaler som 'den nordiske eksepsjonalismen' som nettopp bygger på en hegemonisk ideologi og idealisering gjennom å ikke vedkjenne seg negative forhold ved nordisk historie og kultur. På denne måten kan nordmenns idealiserte og troskyldige selvbilde opprettholdes og videreføres. Dette selvbildet utgjør selve kilden til forståelsen for at rasisme handler om det noen andre gjør andre steder enn her. De som skulle komme til å reagere på rasistiske ytringer, tillegges dessuten ofte en 'overfølsomhet' overfor mennesker som i utgangspunktet ikke 'mente noe vondt' (Gullestad, 2004). Eksempler på slike uintenderte rasistiske praksiser ble plantet i vignetten og vil seinere utdypes i rapportens andre analysedel (kapittel 5). Målet for min analyse er ikke å bevise hvilke helsearbeidere som 'er' rasister. I stedet er mitt mål, som hos Helland (2014, 110) og Gullestads (2002b) analyser, å undersøke hvordan noen former for praksiser og ytringer – som ikke er ment vondt, eller har onde intensjoner – like fullt kan være former for 'en skjult rasisme' som får negative konsekvenser.

Dataanalyse

Min analytiske og teoretiske tilnærming i denne rapporten er en kombinasjon av fenomenologiske perspektiver på mening og subjektiv opplevelse (Smith, 2009) og innsikter fra diskursanalytiske strategier – det vil si hvordan mening skapes gjennom forhandlinger, motsetninger, normer og makt (Hood, 2016; Willig, 2003). Jeg har valgt ulike analytiske perspektiv for å få bedre tak i deltakernes levde erfaringer, samt hvilke diskursive ressurser (normer, verdier) deltakerne trekker på i samtalen om psykisk helse. Analysearbeidet er også inspirert av personsentrert tilnærming (Thagaard, 2018). Med personsentrert tilnærming har jeg vært oppmerksomme på de utvalgte deltakernes kontekst og samhandlingssituasjoner. Hvordan og hvilke erfaringer som ble snakket fram i lys av ulike normer og verdier var sentrale akser i analyseringen av dataene (jmf. Bettmann, Penney, Clarkson Freeman, & Lecy, 2015, 743).

Kapittel 3: Metode

Totalt har jeg gjennomført femten kvalitative intervjuer med ni kvinner og seks menn i aldersgruppen 20-30 år med flyktning- (9) eller innvandrerbakgrunn (6) fra henholdsvis Vietnam (6), Sri Lanka (3), Somalia (3), Litauen (2) og Pakistan (1). Deltakerne er enten norskfødte eller har selv innvandret eller flyktet til Norge sammen med sine foreldre/forelder. Alle deltakerne har gått på skoler i Norge i hele eller deler av oppveksten. Ingen av deltakerne har språkbarrierer i norsk. Dette fremhever jeg fordi språkbarrierer er en av flere barrierer som ofte kan være hindre for at personer ikke får den helsehjelpen de trenger (Kwan, Baig & Lo, 2018). Dette er altså ikke tilfelle blant deltakerne i denne studien. Seks av deltakerne er studenter, syv har fulltidsarbeid og to er i frivillig arbeid. Arbeidet og utdanningen til deltakerne kan kategoriseres innenfor a) salg, b) medisin og helse, c) ingeniør, d) økonomi, e) kunst og kreative fag, f) pedagogikk samt g) frivillig arbeid. To deltakere har barn, tre bor med foreldre, fem er samboere. En deltaker identifiserte seg som 'skeiv'.

I tillegg til de kvalitative intervjuene har jeg hatt ett seminar med 'brukere', samt supplerende samtaler med én kulturtolk, én psykiater fra et distriktpsykiatrisk senter på Østlandet, samt to unge voksne fra nettverkene som er tilknyttet prosjektets referansegruppe.^[3] Seminaret og samtalene har bidratt til justeringen av intervjuguiden, til rekruttering av deltakere, samt til å gi meg bedre forutsetninger for å analysere data fra krysningfeltet unge voksne med innvandrers- og flyktningbakgrunn og psykisk helse.

Rekruttering og utvalg

Rekrutteringen skjedde gjennom kontakt med nettverkene som er tilknyttet prosjektets referansegruppe, samt kontakt med ledere av organisasjoner hvor sannsynligheten for å nå målgruppene var stor. I disse nettverkene delte jeg ut informasjonsskriv om studien. På bakgrunn av informasjonsskrivet tok potensielle deltakere selv kontakt med meg fordi de fattet interesse for temaet i studien. Deltakerne i studien ble deretter strategisk valgt ut på bakgrunn av det Malterud, Siersma, & Guassora (2016) betegner som deltakere med høy «informasjonsstyrke», som betyr at deltakernes fortellinger utgjør et egnet grunnlag for *dyp kunnskapsproduksjon og innsikt* i studiens avgrensede forskningsspørsmål. Deltakerne kan dermed beskrive spesifikke erfaringer og utdype meningsfortolkninger som gir ny kunnskap, og kan hende utfordrer eksisterende kunnskap (Malterud et al, 2016, 1756).

På bakgrunn av det strategiske utvalget i kombinasjon med snøballmetoden som rekrutteringsmetode, er det ujevn fordeling i deltakere med bakgrunn fra de ulike landene. På grunn av studiens avgrensning i tid og omfang, foregikk rekrutteringen og intervjuene på Østlandet våren 2019. Jeg har anvendt fiktive navn og parafasert sitat slik at deltakerne ikke er identifiserbare. Ettersom jeg både intervjuer flyktninger, innvandrere samt norskfødte barn av flyktninger og innvandrere, betegner jeg deltakerne med variasjonene 'personer med innvandrerbakgrunn', 'personer med flyktningbakgrunn' eller 'med [landbakgrunn]'. Alle opplysningene ble behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.^[4]

[3] Ifølge helsedirektoratet er en bruker definert slik: 'En bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. I Plan for brukermedvirkning defineres bruker som en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester innen psykisk helsefeltet eller rusfeltet'. For mer detaljer, se <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

[4] NSD, referansekode 964514, vurdert og godkjent 19.03.2019

Presentasjon av deltakerne

Alias (alle navn er anonymisert)	Alder	Kjønn	Bakgrunn	Jobb/ Studier/ Annet
1. Samira	21	K	«Somalia. Flyktning, Kom til Norge (heretter forkortet 'No') som barn. Foreldre muslimer ^[5]	Har vgs, aktiv med kunst/ kultur/politikk
2. Thian	29	M	Vietnam, foreldre kom til No som flyktninger, født i no. Foreldre katolikker	BA-student i design/ bygg/kreative fag
3. Vien	30	M	Vietnam, foreldre kom til No som flyktninger, født i no. Foreldre Buddhister.	Masterutdannet, jobber med design/bygg/kreative fag
4. Nam	28	M	Vietnam, foreldre kom til No som flyktninger, født i no. Foreldre buddhister.	Har vgs og jobber som leder innen salg.
5. Tu	29	M	Vietnam, foreldre kom til No som flyktninger, født i no. Far og mor hhv buddhist og katolikk	Utdannet og jobber som ingeniør
6. Pin	30	M	Vietnam, foreldre kom til No som flyktninger, født i no.	Utdannet og jobber som siviløkonom.
7. Maryam	25	K	Somalia, Født i no. Mor kom som flyktning til no	Har vgs, jobber med frivillig arbeid
8. Ifrah	29	K	Pakistan, Foreldre arbeidsinnvandrere, Ifrah er agnostiker, men foreldre er muslimer.	Utdannet og jobber innenfor medisin og helse
9. Katrine	27	K	Sri Lanka, kristen, har barn	Går på fagskole, aktiv med kunst/ kultur/ politikk
10. Sita	25	K	Sri Lanka, samboer	Student, samt aktiv med kunst/ kultur/politikk
11. Ewa	24	K	Litauen, foreldre arbeidsinnvandrere, Ewa kom til no i tenårene.	Student, samt jobber med frivillig arbeid
12. Linh	26	K	Vietnam, foreldre kom til No som flyktninger, født i no. Foreldre buddhister	Masterutdannet og jobber med design/bygg/ kreative fag
13. Jonas	20	M	Litauen, kom til no som barn. Foreldre arbeidsinnvandrere.	BA-student
14. Rahifa	28	K	Somalia, foreldre arbeidsinnvandrere som kom til no på 80 tallet (før krigen), Rahifa født i no, bor med barn. Familien er muslimer	BA-utdannet og jobber som pedagog
15. Praveena	25	K	Sri Lanka, foreldre kom til no som arbeidsinnvandrere, P født i no. Foreldre er hindu	Masterstudent

[5] Foreldres religion angis i de tilfeller der dette ble oppgitt av deltaker.

Tematisk innholdsanalyse

Jeg brukte en semistrukturert intervjuguide som ble bygd opp etter prinsipp fra kvalitativ metode (Kvale, 2015). Under intervjuet fikk deltakerne reflektere og assosiere fritt over de ulike temaene fra intervjuguiden. Intervjuene varte fra én til halvannen time. Jeg har analysert datamaterialet etter prinsippene for tematisk innholdsanalyse (Braun & Clarke, 2006). Hvordan og hvilke erfaringer som ble snakket fram i lys av ulike normer og verdier var sentrale akser i analysering av dataene (Bettmann et al., 2015, 743; Plummer & Young, 2010).

Analysenes struktur

I det fjerde kapitlet undersøker jeg diskurser rundt tro, religion, språk, og 'svakhet', mens jeg i det femte kapitlet går i dybden på to av deltakernes enkelterfaringer i møte med helsepersonell. I noen partier av analysene går jeg tett inn på deler av enkelt deltakers livsbiografier, mens jeg i andre deler av analysen kun har med deltakers landbakgrunn. Dette vil variere avhengig av hensikten med det jeg analyserer og diskuterer. De ulike tilnærmingen gjør meg i stand til å undersøke deltakernes selvforståelse i lys av livsbiografi, men også hvordan deltakerne tolker situasjoner basert på kontekst og virksomme diskurser.

Kapittel 4: Psykiske plager som tabu og tegn på svakhet

Jeg hadde avtalt å møte Ifrah (29) på en kafé i Oslo sentrum. Jeg er tidlig ute. Kort tid etter ser jeg henne gjennom vinduet. Hun går mot kafeen med kraft i steget før hun svinger opp døren. Hun sier ja takk til te og vi setter oss. Ifrah er født og oppvokst i Norge sammen med en søskenflokk på tre. Foreldrene kom til Norge som arbeidsinnvandrere på 1980-tallet. Etter å ha studert humanistiske fag, tok hun en profesjonsutdanning. I dag videreutdanner hun seg i en disiplin som gjør at hun er tett på mennesker med psykiske lidelser i sin arbeidshverdag. Hun har derfor dyp kunnskap på deler av det psykiske helsefeltet. Jeg viser henne statistikken fra kunnskapsoversikten (se faktaboks og kapittel 2) som viser at innvandrere har lav kontakt med psykiske helsetjenester. Hun utbryter: 'Det er fire hovedforklaringer til hvorfor innvandrere har statistisk sett lav kontakt med psykisk helsevern'. Ifrah er tydelig og rett på sak. 'Det handler om dårlige henvisninger, språkbarrierer, religion og tro, og innvandreres motstandsdyktighet', konstaterer hun. Ifrahs forklaringer utgjør rammeverket for dette kapitlet. I tillegg til å analysere diskurser og betydninger av språk, religion og tro, forståelse av svakhet versus styrke, vil jeg i det neste analysekapitlet (kapittel 5) undersøke og analysere ulike former for rasisme. I begge kapitlene vil jeg diskutere hvilken betydning funnene kan ha for bruk eller oppsøking av helsetjenester.

Dårlige henvisninger og språk

Den første forklaringen til Ifrah handler om dårlige henvisninger fra fastlegene. 'Veldig mye av det som faktisk burde ha kommet til oss, blir avvist fordi fastlegen har skrevet tre og en halv setning som 'makes no sense'', sier hun. Det andre handler om språk, fortsetter hun. I det lengre utdraget under viser Ifrah hvordan dette kunne ha utspilt seg hos en lege og hvilke følger det kan få for en pasient som mangler begrep for psykiske plager eller lidelser:

Hvis mamma har angst, da, og hun går til legen sin -Nå har hun heldigvis en som er indisk og kan snakke samme språk, men hadde det vært en norsktalende, hadde hun ikke kunnet klart å forklare hva hun føler. Hun hadde sagt at 'jeg føler meg dårlig'. Og så hadde vedkommende trodd at hun kanskje hadde depresjon. Så spør vedkommende om hun sover, spiser, og det er 'basic' i depresjonskarlegging. Det hadde hun ikke scoret på, og da hadde hun heller ikke fått noen ting. Hun vet jo ikke hva angst er. Hun vet at det er et eller annet her [peker mot brystet], hjertet mitt. Ok, da hadde de hørt og lyttet og tatt blodtrykk og EKG; - ingen verdens ting, 'ha det bra'. Hun kommer ikke inn i psykisk helse-statistikken.

Til tross for at ingen av deltakerne i denne studien har språkbarrierer, så kan det at foreldrene snakker dårlig norsk virke inn på erfaringer og forståelser deltakerne har med seg – inkludert forståelse av psykisk helse. Hvis det mangler begrep i foreldres morsmål i å snakke om psykisk helse, så kan dette også virke inn på ens (foreldre og barns) selvforståelse og i hvilken grad en greier å identifisere uhelse. Dette virker igjen inn i hjelpesøkingprosesser og – som vi så i eksemplet over – i møter med helsetjenester. Hvordan en forstår psykiske plager og lidelser er tett knyttet opp til språket i bruk. Dette gjelder ikke bare blant godt voksne pakistanske innvandrere med dårlige norskkunnskaper. Som vi så i kunnskapsoppsummeringen (kapittel 2), finnes det ikke begrep for en rekke psykiske plager og lidelser på somali (Jama, 2017). Når jeg spør Rahifa (28) om hvordan jeg skal si på somali at jeg er deprimert, så bekrefter hun det Jama (2017) og Hjelde (2007) sier, 'det finnes ikke'. Rahifa utdyper at 'enten [er du] syk eller så er du, hva skal man si, ja du er syk eller så er du gal.' Vi er nå inne på Ifrahs andre forklaringsmodell, tro og religion.

Psykt tabu

Hvis noen sier: ”Å, jeg har det dårlig”, eller ”jeg føler meg ikke bra”, så er det veldig vanlig å si: ”Vet du hva, bare be til Gud, han kommer til å hjelpe deg. (Samira, 21)

Det å ha et stort nettverk med andre fra samme kultur eller religion, eller med samme kulturelle forståelse kan gi gode relasjonelle bånd som kan bidra i å øke motstandsdyktighet i håndteringen av psykiske utfordringer (Bierman, 2006; Ellison, Musick, & Henderson, 2008). Dette kan både være på grunn av det store nettverket – altså at en er hyppigere i kontakt med andre mennesker – men også fordi stort nettverk i seg selv kan bidra til tilhørighet og tilknytning (Bierman, 2006; Cokley, Garcia, Hall-Clark, Tran, & Rangel, 2012; G. Koenig & Larson, 2001). Tilgangen til tilgjengelig sosial støtte er dermed stor, noe som i seg selv kan bidra til å redusere stress (Bierman, 2006, 553). Dessuten kan troen på høyere makter virke styrkende og trøstende, og med det ha en fordelaktig effekt på psykisk helse, ifølge Krause and Ellison (2003). Det å kunne få tilgivelse og det å kunne ‘slippe taket i’ vanskelige opplevelser, er noe religioner kan tilby som i seg selv hadde en positiv effekt i følge Krause og Ellisons (2003) studie av religion og psykologisk velvære [wellbeing].

Måten religionen blir tolket på kan imidlertid bli til hinder for at folk som har behov for det, oppsøker hjelp. Rahifa (28 år) bekrefter det Maryam forteller, at somaliske [kvinner] ikke oppsøker psykisk helsehjelp fordi ‘man snakker ikke om følelser’ og fordi en er lært opp til ‘å bare holde ting inne og sånn er livet. Ikke fortelle andre om dine saker’. Da folk rundt i det somaliske miljøet fikk høre at Samira (21) var deprimert fikk hun – i likhet med det Maryam fortalte om - beskjed om å lese koranen. På den måten kan religionen virke selvforsterkende, sier Samira:

‘Din tilstand blir ikke anerkjent. De tror ikke på det (psykisk sykdom). Det er ‘djinn’ som inntar kroppen til en person, - alle som ikke er normale, - djini, - Gud straffer. Vi trenger ikke hjelp annet enn det som kommer fra oven. Fra Gud. ‘Det angår ikke oss’, er holdningen’.

I et slikt perspektiv er det ikke helsen eller den medisinske tilstanden som skal behandles, men relasjonen til Gud eller ‘djinn’. Forstått på denne måten vil heller ikke bruk av psykisk helsetjenester anses som relevant eller fruktbar hjelp. Norske og internasjonale studier viser nettopp at en del somaliske flyktninger har høy forekomst av posttraumatiske stresslidelser. Likevel har de i liten grad kontakt med psykisk helsevern (Abebe et al., 2017; Djuve, 2000; Fangen & Hjelde, 2006; Hjelde, 2007, 351; McCrone et al., 2005). Holdningen i noen miljøer er at en ikke skal oppsøke helsevesenet og hjelp utenfor familien fordi det er en forsømmelse fra Gud. Det å likevel måtte oppsøke hjelp ved psykiske plager eller lidelser er, ifølge Hjeldes (2008, 353) og Jamas (2017) studie av norsk-somalier, knyttet til et *stort tabu*.

Barnet som bærer av et sosioøkonomisk løft

Det at psykiske plager og lidelser er tabu, er ikke forbeholdt religiøse og troende miljøer. Tina (24, bakgrunn fra Sri Lanka) sier at moren hennes tok det veldig personlig da Tina fortalte henne at hun hadde oppsøkt psykolog, mens faren hadde sagt at ‘du (Tina) skylder på oss for alt’. Moren til Tina uttrykte at når ikke engang hun selv, som har flyktet fra krig, trengte psykolog og at når det har gått så bra med moren, ‘så skal det liksom veldig mye til’, gjenforteller Tina. Foreldrene hennes mener at det er storfamilien man i så fall skal oppsøke dersom man får psykiske utfordringer.

Flere av deltakerne har vokst opp med foreldre som har flyktet fra krig. Vien (30) forteller at begge foreldrene er født inn i og vokst opp under krig fram til de flyktet til Norge. ‘De er den tapte generasjonen med forvrent verdsett’, mener han. Flere av deltakerne med vietnamesisk bakgrunn fremhever at den eldre generasjon vietnamesiske flyktninger er svært konkurransepreget og

opptatt av å sammenligne seg med andre vietnamesiske familier. Normene og konvensjonene er tydelige og temmelig trange, ifølge deltakerne. Det samme er den sosiale kontrollen på tvers av familiene i deler av de vietnamesiske miljøene på Østlandet. Med dette følger en sterk disiplinering og regulering. Sentralt i denne disiplineringen er samtaler om *barnet*. Barna til eldre vietnamesiske innvandrere er omdreiningspunktet for familiens muligheter. Barnet anses som en sentral bærer av et potensielt sosioøkonomisk løft. Det er helt vanlig, sier Vien (30), Thian (29), Nam (28) og Tu (29) at de eldre spør 'hvem er du barnet til'. Det finnes en intens konkurranse mellom familier der det er om å gjøre å ha barn som er lege, ingeniør, farmasøyt eller tannlegeutdannet (ofte forkortet til 'LIFT'-yrker. Ifølge Leirvik (2016) kan dette bidra til å løfte familiens verdi og posisjon i det etniske nettverket. Tilsvarende finnes en kontrasterende 'ryktebørs' over hvem som *mislykkes*.

Thian (29) forteller at han fikk en 'psykisk knekk' under [et lift-studie] i utlandet som bidro til at han 'droppet ut' og oppsøkte psykisk helsehjelp. Presset fra professorene og den gammeldagse undervisningsformen dominerte, - altså ideen om at nedbrytning skulle gjøre studentene motstandsdyktige, bidro til at barndomstraumer fra lignende hendelser kom opp igjen. Gjennom hele barneskolen gikk Thian på bibelskole på lørdager hos 'ekstremt strenge' nonner fra Vietnam. I ukedagene gikk han på norsk skole. På bibelskolen var det vanlig at barna ble slått om de ikke kunne Fader vår eller greide å skrive grammatisk rett, sier han. 'Det var traumatisk til tider.' Det å stå i spagaten mellom en liberal norsk skole og en streng katolsk skole var frustrerende, forteller han. På bibelskolen ble han en 'rebell' som gjorde motstand mot det hierarkiske systemet og de påtvungne ritualene, men ikke uten omkostninger. På slutten av barneskolen ble han sendt på et lengre religiøst opphold som skulle å få han på 'rett kjøp'. Thian betegner i dag oppholdet som noe av det vanskeligste han har blitt utsatt for. 'Men', sier han, det å bryte med 'et lift-studie' gjorde det heller ikke enkelt for ham å komme hjem: 'De (foreldrene) ble ikke glade da jeg brøt med studiene. Nei (ler), veldig dramatisk, de mistet troen på meg. Det var tabu. Deres fremtid ...de skammet seg, sier han. Likefullt var det Thian sin far som hjalp ham å skaffe en psykolog da han trengte det.

Det å mislykkes med studier er forbundet med skam og tap av ære, bekrefter flere av deltakerne med vietnamesisk bakgrunn. Slik er det imidlertid også for norske barn, fastslår Vien, men understreker videre at skammen blant vietnamesere i Norge blir ekstra forsterket ved at foreldre snakker ned dem som 'ikke får det til'. 'Foreldrene har snakka så stygt om andres barn som ikke får det til, så hva skal de si hvis deres barn ikke får det til?' (Vien). Det å mislykkes handler ikke bare om at det enkelte 'barnet' mislykkes. Barnets 'dropout' kan og være med på å true hele familiens ære (Leirvik, 2016).

'Vietnamesere snakker ikke om følelser. Derfor oppsøker vi heller ikke psykologer'

I motsetning til Maryam som gikk til legen ved fysiske plager, hørte legebesøk til sjeldenhetene hjemme hos Vien. En skulle ikke kaste bort legens dyrebare tid, sier Vien. Dessuten var det dyrt å gå til legen: 'Under hele oppveksten dro jeg aldri til legen før jeg var døden nær.' Vien forteller at de snakker om følelser i hans familie, men enten som bra eller galt med 'veldig dramatiske metaforer':

Vietnamesere snakker ikke om følelser. Derfor oppsøker vi heller ikke psykologer. Mest sannsynlig sitter sikkert en haug av vietnamesere med et emosjonelt register opp til ørene. Men vår kultur tillater oss ikke å utforske disse på samme måte som i vestlig kultur og som gjør at man oppsøker psykolog. Det er enten dramatisk eller ingen kompleksitet. Det er ingen ord som skiller psykiske eller følelsesmessige nyanser, bare de verste følelsene. (Vien, 29).

Tilsvarende sier Tina: 'Ikke det at [foreldrene] nekter for at det finnes følelser. De sier bare at 'følelser' er en naturlig del av livet og at det er noe man skal takle i det livet man har og ikke oppsøke andre. Det er noe unaturlig ved det og dramatisk å oppsøke hjelp'.

Diskurser knyttet til det å ikke snakke om følelser samt det å være uavhengig og å klare seg selv som tegn på styrke, går igjen i de fleste av deltakernes fortellinger. Jonas (20) og Ewa (24), som begge kom til Norge som henholdsvis barn og ungdom sammen med sine litauiske foreldre, sier i likhet med de andre deltakerne at 'man snakker ikke høyt om sånne ting'. Å gå til psykolog; - 'da hadde de ledd, da er du idiot', sier Ewa og fortsetter: 'Går man til psykolog, er det en bekreftelse på at du ikke er sterk.' Med det refererer hun til verdiene i Litauen som hun forklarer at henger igjen fra tiden som sovjetrepublikk; - altså at dersom du ikke er frisk, så er du et svakt ledd i samfunnsmaskineriet. Med det 'passer du ikke inn', sier Ewa. Når eksempelvis depresjon eller annen psykisk uhelse ikke anerkjennes som et problem, er det vanskelig å vite hvor en kan oppsøke hjelp eller hvem som kan hjelpe deg, understreker Ewa. Det at 'svakhet' er noe en må distansere seg fra, går igjen som en rød tråd i materialet. Det være seg 'svakhet i samfunnsmaskineriet', svak karakter, svak som i 'galskap'.

Store generasjonsforskjeller i synet på psykisk helse

Men det er en endring på gang. Deltakerne som selv har barn, forteller at barna deres lærte om psykisk helse allerede i barnehagen. Nyere studier viser nettopp at yngre generasjoner med innvandrerbakgrunn, har bredere kunnskap om psykiske plager samt unik tokulturell og tospråklig kompetanse (Walås, 2017). Dette betyr at unge av i dag har flere kunnskaps og forklaringsmodeller å trekke på når de skal forstå seg selv og sin psykiske helse. De fleste deltakerne – uavhengig av landbakgrunn – kan fortelle om en foreldregenerasjon med et mer stigmatiserende syn på det å trenge psykisk helsehjelp enn det som er vanlig blant dem mellom 20 og 30 år. Imidlertid forteller enkelte av deltakerne om foreldre som ikke kunne tenke seg å selv oppsøke en psykolog. 'Det er det dummeste jeg har hørt' (Rahifa siterer mor). Like fullt støtter moren sine barn i å oppsøke og motta psykisk helsehjelp. Når Rahifa er inne i en vanskelig periode, sier moren, '-Gå til psykologen!'. Dette antyder at moren *i praksis* anerkjenner den hjelpen datteren kan få av en psykolog. Som tidligere nevnt var det også faren til Thian som helt konkret fant en psykolog til ham da han trengte hjelp. Andre deltakere forteller om foreldre som i nyere tid har oppsøkt og fått hjelp til tross for at det er tabu i eget miljø.

'Å unloade hos en profesjonell'

Med utgangspunkt i meldinga til Stortinget (Sosial og helsedepartementet, 1996-1997) som kom på slutten av nittitallet, ble det redegjort for betydelig behov for å endre holdninger om psykisk helse blant befolkningen og i fagmiljøene samt behov for kraftig utbygging og styrking av psykisk helsetjenester i alle ledd.^[6] Meldingen ble etterfulgt av *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (1998–2008). Samtale med psykiater Hans (samtale 28.03.2019), som har nærmere 30 års erfaring fra psykiatrien fra en bydel på østkanten i Oslo, bekrefter at det har skjedd store endringer i etterkant av Stortingsmeldingen og Opptrappingsplanen. Han forteller at det over lang tid har foregått en avtabuisering i befolkninga som har bidratt til større aksept for å ta imot behandling i psykisk helsevern. Samtidig påpeker han at det er forskjeller i holdninger til psykisk helsehjelp blant innvandrerbefolkningen og øvrig befolkning, men også at det er stor variasjon mellom de ulike minoritetene. Ulikhetene er likevel størst i forholdet kjønn og alder, slår han fast. De eldre er mer skeptiske til psykisk helsehjelp enn de yngre, forteller han. Dette støttes av deltakerne i denne studien. Til tross for noen bevegelser også i den eldre generasjonen, så forteller deltakerne om et

[6] (Sosial og helsedepartementet, 1996-97, s. 13) Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene)

tydelig skille mellom foreldregenerasjonen og egen generasjon i synet på det å oppsøke psykisk helsehjelp. Når jeg spør deltakerne om hvem som går til psykolog i dag, svarer Vien at det å oppsøke psykolog ikke er vanskelig blant deres venner:

Lin: Hvem går til psykolog i dag?

Vien: Alle vennene mine [med norsk bakgrunn]. De sier de går til psykolog for å 'unloade hos en profesjonell' framfor sine venner. De snakker om hverdagsproblemer og sånn. Vennene mine snakker høyt om det, de er åpne og det er en annen kultur.

For Maryam som er muslim, er religion ingen motsetning til det å oppsøke psykisk helsehjelp dersom det er behov for det. Hun sier det på denne måten:

Når man virkelig går gjennom noe, så trenger man jo hjelp, ikke sant. Og jeg er veldig glad i religionen min, selvsagt. Men religionen har også lært meg at 'du må søke profesjonell hjelp hvis du har det dårlig'. ... Jeg beundrer mennesker som tør å si fra, og spørre om hjelp. Wow, det er så ... Det er så tøft. (Maryam, 25).

Det er likevel viktig å ta høyde for at holdningsendringer i Norge når det kommer til psykisk helse, har tatt *lang tid*. 'Dessuten', tilføyer Hans, 'sosioøkonomisk status er uavhengig av etnisitet. Fattig er fattig. En spesialisthelsetjeneste koster 350 kroner fram til frikort. Det er mye penger'. En rekke forskningsfunn bekrefter det Hans sier, at økonomiske vilkår har betydning for kontakt med psykisk helsevern (se feks. Abebe et al., 2017; Bottomley et al., 2008; Burman, Smailes, & Chantler, 2004; Kiamanesh & Hauge, 2018). Funnene så langt i denne studien kan derfor indikere at det er langt større åpenhet for det å oppsøke psykisk helsehjelp i *praksis* enn det de mer seiglivede diskursene skulle tilsi. I tillegg til generasjonsforskjeller er diskurser rundt psykisk helsehjelp tett sammenvevd med familiens holdninger, religiøse eller kulturelle tolkninger, geografisk og sosioøkonomisk tilhørighet og øvrige normer i samfunnet og samtida.

Diagnosens (av)makt

Avtabuisering gjennom mer kunnskap over tid, og med det, utvidelsen av normalitets-skalaen, har skjedd *parallelt* med en nyliberalistisk og *individuell* behandlingsforståelse som løsning på samfunnets helseutfordringer.^[7] Psykolog Ole Jacob Madsen (2017, 33) påpeker at samtidig som rammene for normaliteten muligens blir trangere ('patologisering av normaliteten'), skjer det en utvidelse av normaliteten ved at flere type diagnoser berører flere av 'livets områder og menneskelige reaksjoner og væremåter'. Når 'det unormale er i ferd med å bli det normale, vil det virke inn på opplevelsene av å være et menneske med en diagnose', skriver Madsen. 'Det kan', fortsetter han, 'blant annet bli enklere å være et menneske med en diagnose fordi det er mindre stigmatiserende når flere har den samme diagnosen' (Madsen, 2014). Samtidig påpeker han at diagnoser aldri er uskyldige, men definerer i aller høyeste grad normalitetens grenser (Madsen, 2014; se også Lie & Slagstad, 2018).

Med andre ord, diagnoser er kulturelt og historisk betinget og har både en ordnende og disiplinerende funksjon i samfunnet. At psykiske helseplager og lidelser ikke finnes i et språk betyr *ikke* at psykiske helseplager og lidelser ikke kjennes kroppslig. Å unnsnippe 'diagnosens regulerende funksjon' kan både bety at mennesker som burde hatt hjelp, ikke får hjelp, men også at det i slike 'blindsoner' kan oppstå andre alternativer for å forstå og undersøke hva gode liv er og kan være. Med andre ord finnes ikke én definisjon på spørsmålene om hva som er sykkelighet og hvordan er man 'psyk' på den riktige måten?

[7] For mer, se Madsen (2010)

Et tankevekkende poeng er, som Lunåsno (2005, 23) uttrykker, at til tross for at 'det ligger gode intensjoner bak det diagnostiske system', gir det medisinske blikket bare ett perspektiv. Det er derfor viktig å undersøke andre former for beskrivelser av psykisk helseplager og lidelser. Til tross for at det ikke finnes psykiske begrep for depresjon på somali, så forteller Samira at hun iblant overhører kroppslige beskrivelser fra 'de eldre' som uttrykker hvordan en har det inni seg; for eksempel 'jeg kjenner på en tyngde'. Berkaak og Norbye (2014, 135) fremhever i sin innledning om sansningens antropologi at 'selvets måte å være til stede i egen kropp på' er gjennom kroppens evne til å 'registrere sine umiddelbare omgivelser gjennom sansene'. Å utforske sanser og affekt kan være verdifulle innganger til å få kunnskap om menneskers væren i verden, især når det kommer til psykisk helse. Det er derfor verdt å merke seg at konkrete og kroppslige beskrivelser som 'jeg kjenner på en tyngde' – kanskje har langt større *presisjon* for den enkelte pasient enn en språklig klassifikasjon som en diagnose er i en moderne medisinsk kontekst. For pasienten kan en kjent terminologi kanskje bedre italesette sensible prosesser i og mellom kropp, både affektivt, fysiologisk og sanselig.

Å takle livets motstand

Til tross for at flere av de unge deltakerne er åpne for at en må søke hjelp dersom en ikke greier seg selv, så viser også denne studien at det å klare seg selv, blir svært høyt verdsatt. En siste forklaring, utover tabu, svakhet og forsømmelse fra Gud er, ifølge Ifrah, at en del mennesker fra ulike innvandremiljøer, har høyere terskel og bedre motstandsdyktighet til det som hører med å leve et liv:

Det jeg ofte ser, er at det kommer folk inn med vansker og problemer, som for meg på min tid kanskje var bagateller eller livet, rett og slett. ... Min terskel er litt høyere. Det skal litt mer til for at jeg skal gidde å dra, for dette er livet. Og i livet møter vi sånne utfordringer. Det å løpe til en lege så fort vi merker på det som er i livets motstand, blir for meg en veldig rar tankegang.

Funnene i dette kapitlet viser at det å klare seg selv uten å måtte be om hjelp utenfra anses som 'styrke' ved et menneske. Det å oppsøke hjelp forstås som svakhet. Det være seg 'svak karakter', 'ikke motstandsdyktig', 'svak i troen', 'svak som i 'galskap', eller 'svakhet i samfunnsmaskineriet'. Dette indikerer at de sterke diskursene om å ikke vise svakhet eller oppsøke andre på utsiden av storfamilien, kan være én forklaring på at psykiske helseproblemer som vanligvis utløser behov for psykiske helsetjenester blant øvrig befolkning, ikke fører til dette i samme grad blant befolkninga med flyktning- eller innvandrerbakgrunn. Fortellingene viser også at det finnes flere motsetninger i forståelsene og i deltakernes selvforståelse rundt det å takle psykiske utfordringer. I flere deltakeres fortellinger handler dette om at til tross for seiglivede normer der det å oppsøke hjelp anses som tabu eller 'svakt', så finnes det endringer i praksis. Den yngre generasjonen snakker mer åpent om følelser og psykiske plager og flere ser på det å oppsøke hjelp som en mulighet. Andre snakker om hvor viktig vennskap er, hvor viktig troen er i vanskelige perioder, samt hvordan kroppslige og fysiologiske beskrivelser, kan betegne tilstander med en nærhet som diagnoser ikke kan. Her er det behov for mer kunnskap. I neste kapittel skal jeg gå i dybden av to utsagn fra to av deltakerne med somalisk bakgrunn, Maryam og Rahifa. Begge utsagnene handler om ekskluderende erfaringer fra møter med helsepersonell.

Kapittel 5: Rasisme

Hun jeg går til [har gått i over ett år], har jeg fått veldig god kontakt med. Hun har hjulpet meg mye. ... hun er norsk, men hun er imøtekommende. Hun er ikke dømmende. Det handler om hvilke spørsmål man stiller, hvordan man stiller dem. Hvis man vil at folk skal komme, må man møte dem på en god måte, ikke dømmende. Det er vanskelig nok å gå og ville snakke med folk om ting som er tungt. (Rahifa, 28).

Flere av deltakerne kan fortelle om svært gode erfaringer med helsepersonell. De kan fortelle om fastleger, sykepleiere, helsesykepleiere, sosionomer eller psykologer som har sett, lyttet og anerkjent deltakerne. For noen av deltakerne har disse møtene hatt avgjørende betydning for hva slags livskvalitet og helse de har i dag. Men, deltakerne forteller også om vanskelige møter med helsepersonell der de har blitt utsatt for ekskluderende ytringer. Hva slags former for ekskluderer handler dette om? Kan det være opplevelser som har sammenheng med den statistisk sett lave kontakten med psykisk helsehjelp? I dette kapitlet er ikke hensikten å 'avsløre' hvem som 'er' rasister. Snarere er dette en analyse som både a) identifiserer rasistiske ytringer for deretter å se på b) betydningen av slike ytringer. Ved å opparbeide dypere kunnskap i hvordan rasisme finner sted, vil vi kunne bli bedre forberedt i slike spørsmål framover.

I kapitlet her skal jeg derfor zoome inn på to korte utsagn fra intervjuene med de unge kvinnene Maryam (25) og Rahifa (28), begge med somalisk og muslimsk bakgrunn. Hvert utsagn handler om diskriminerende erfaringer fra møter med helsepersonell. Ingen av deltakerne, heller ikke Maryam og Rahifa snakker eksplisitt om eller bruker ordet rasisme for å karakterisere hendelsene. Like fullt handler det Rahifa og Maryam gjenforteller om former for diskriminering som kan forstås som rasisme. Rahifa og Maryams utsagn vil jeg derfor drøfte i lys av kritiske analyser av rasisme i en norsk kontekst (Helland 2019; Bangstad og Døving 2015; Svendsen 2014; Gullestad 2002^a, 2002b, 2004). Deretter vil jeg bringe inn Vien sin fortelling i diskusjonen, altså vignetten som hele rapporten åpnet med (se kapittel 1). Vignetten egner seg godt som rammeverk for å synliggjøre effekten av 'uintendert rasisme' og dermed også vise hvorfor det er så vanskelig å italesette rasisme som det det er.

'Dette skjer ofte med jenter fra din bakgrunn'

Maryam er født og oppvokst i Norge. Foreldrene hennes kom som flyktninger fra Somalia på begynnelsen av nittitallet. Kort tid etter Maryam ble født, ble foreldrene skilt. Hun vokste opp 'i et hjem med bare kvinner'. Maryam er én av fire søsken. For tiden har hun et friår der hun jobber som frivillig i en organisasjon. Hun har planer om å studere politikk. På barneskolen gikk hun kun med andre norske barn uten flyktning- eller innvandrerbakgrunn. Det var først på ungdomsskolen at hun traff 'andre med andre hudfarger enn hvit', forteller hun. Da møtte hun flere barn som hadde lignende regler som hun hadde hjemme og noen av de samme kulturelle og religiøse praksisene, blant annet bruk av hijab. Hun opplevde det som 'å komme hjem'. Ungdomsskolen og videregående var noen av hennes beste år. Mange av de vennene hun har i dag, er fra de årene. I likhet med de to andre deltakerne i denne studien med somalisk bakgrunn, har Maryam vokst opp med å høre at psykisk syke er 'gale'. Fram til Maryam tok psykologi valgfag på videregående, hadde hun en idé om at psykisk syke mennesker var bokstavelig talt fastbundne mennesker iført hvite drakter ('virkelig, virkelig syke, syke mennesker'). Psykiske utfordringer har derfor ikke vært et samtaleemne hjemme. Som ung opplevde Maryam traumatiske hendelser som hun i årevis skjulte for venner og familie. Etter mange år fikk hun mot nok til å oppsøke helsesykepleier på ungdomsskolen for å få hjelp med det hun bar på. Det kostet henne mye å gå dit for å fortelle

om hva som hadde skjedd. Møtet med helsesykepleieren ble ikke slik hun hadde håpet på. Hun gjenforteller møtet med helsesykepleier på denne måten:

Å, er det fordi du er fra det landet og den kulturen at ting er sånn ... Dette skjer ofte med jenter fra din bakgrunn, eller din religion., og så .. selvsagt, jeg er jo født og oppvokst i Oslo, men jeg kommer fra en annen kultur. Min oppvekst er ikke den samme som den typiske norske oppveksten, men det er jo ikke galt, det er bare *annerledes* ... Hun så ikke meg som et menneske, men heller generaliserte meg.

Maryam opplevde at helsesykepleier allerede hadde en oppfatning om hva årsaken til problemet var før Maryam selv fikk komme til ordet.

Rahifa kan fortelle om en lignende opplevelse fra *sitt* møte med psykisk helsevern. Rahifa sine foreldre kom som arbeidsinnvandrere til Norge på åttitallet, før krigen i Somalia brøt ut. Rahifa er født i Norge og bor i dag på Østlandet med eneansvar for barnet sitt. Hun forteller om en svært traumatisk voldshendelse hvor både hun og mannen hennes (også med somalisk bakgrunn) var involverte i. Rahifa ble i all hast kjørt til et akuttmottak og ble møtt av et spesialutdannet traumeteam:

Det satt tre sykepleiere med videreutdanning innenfor psykisk helse og sånn, og da, jeg følte ikke at de var noe imøtekommende, for det var sånn med en gang: 'Er dette vanlig der du kommer fra?'

Dette er et eksempel på hvordan Rahifa blir redusert til en gruppekategori der voldshendelsen antas å være *vanlig*. Begge utdragene er eksempler på forutinntatte holdninger og ytringer som kategoriserer 'individet med antatt eller reell tilhørighet til en bestemt gruppe som så fundamentalt annerledes' fra det norske vi'et' (Bangstad & Døving, 2015, 13). Både Rahifa og Maryam opplevde det Helland (2019, 110) kaller ugyldige former for argumentasjon ut fra *mengde*. Dette har paralleller med det Bangstad (2014, 18-19) definerer som grunnlaget for Islamofobi, altså at en form for verdihierarkisk tenkning om tro som reproducerer allerede eksisterende fordommer mot Islam og muslimer. Med andre ord en tenkning som bidrar til å skape en forestilling om muslimer som bare kan forsterkes fordi vrangvillige ideer om muslimer og Islam allerede finnes (Bangstad, 2014).[8] Ved å tilhøre en minoritet, sier Løfsnæs (1983, 51-52) vil hele personligheten stå i fare for å kunne stigmatiseres. Det skjer en generalisering fra ett enkelt kjennetegn (Løfsnæs, 1983, 51-52). Hva skjer dersom du har flere sosiale identiteter med antatt eller reell tilhørighet til en bestemt gruppe som tilsynelatende er så fundamentalt annerledes fra det norske vi'et'?

Kvantitativ forskning på den norske befolkningas holdninger til jøder og andre minoriteter viser at norsk-somalier er blant de muslimske minoritetene i Norge som blir mest stigmatiserte (HL-senteret, 2012, parafasert i Bangstad, 2014, 13).[9] Utdraget med Maryam viste hvordan hun opplevde å bli satt i bås ved at helsesykepleier med sannsynlighet knyttet det Maryam fortalte til det som angivelig 'er vanlig' i muslimsk og somalisk kultur.

Hvem har agens til å styre seg selv?

I en tidligere studie av pakistanske innvandrere og psykisk helse viser Ida Løge Hansteen (2005, 245) hvordan en lignende generalisering som Maryam og Rahifa erfarte, finner sted. Hansteens

[8] For mer lesning om islamofobi, se Bangstad & Helland 2019; og Gardell 2011.

[9] <https://www.hlsenteret.no/aktuelt/publikasjoner/antisemittisme-i-norge>

sitat under synliggjør idéen om hvem som angivelig har agens til å styre seg selv, og hvem som angivelig styres av kulturen:

....en pakistansk kvinne som ble slått av sin ektemann og de ansatte var spesielt opptatt av at hennes ekteskap var blitt arrangert. Det ble diskutert hvordan de skulle hjelpe kvinnen bort fra den pakistanske kulturen. En etnisk norsk kvinne som også hadde blitt utsatt for vold ble hjulpet unna den voldelige samboeren. Måten de ansatte snakket om situasjonen på impliserte at den etnisk pakistanske mannen var fritatt for ansvar. Ansvaret ble lagt på kulturen. ...

Dersom en skulle snakke om den norske voldelige mannskulturen på bakgrunn av den norske kvinnens utsatthet, ville det blitt motstand, sier Hansteen. Dette 'handler om at det selvsagt også finnes menn som ikke slår sine koner' (2005, 245). På denne måten blir det tydelig hvor hensiktsløst det er å generalisere med utgangspunkt i enkelthendelser. I Hansteens eksempel med den pakistanske kvinnen antas det slik det ofte gjøres om muslimer, ifølge Helland (2019, 113), at kultur forstås ulikt avhengig av hvem det gjelder. For Maryam og for Hansteens pakistanske kvinnelige deltaker, synes det som om de begge er styrt av den kulturen de er del av – 'mens 'vi' styrer oss selv og nyter kulturen etter ønske' (Helland, 2019, 113). Kultur handler dermed om en forestilling om at 'vår' kultur hører til her og andre kulturer hører til andre steder (Gullestad, 2002c).

Rasisme uten 'raser'

Det er ett særlig sentralt moment i framveksten av denne forståelsen. Det skjedde ifølge Bangstad (2014) et skifte i rasismens retorikk på 1990-tallet. Før det ble rasistiske ytringer og ekskluderende retorikk om minoriteter eksplisitt knyttet til hudfarge og andre biologiske kjennetegn. Fra 1990-tallet derimot ble retorikken i følge Bagstad (2014, 5-6) og Bangstad & Døving (2015) mer knyttet til kultur og religion, altså et skifte fra klassisk til *kulturell* rasisme. Ett eksempel på dette er å se på hvordan 'pakistaneren' tidligere ble diskriminert på bakgrunn av å være av pakistansk opprinnelse, mens hen i dag blir diskriminert 'i kraft av sin antatte religiøse identitet som muslim' (Bangstad, 2014, 6). Den angivelige eller reelle tilhørigheten til Islam har dermed overtatt den rollen som hudfarge og andre biologiske karakteristika hadde før. Dette har sammenheng med skiftet i den politiske retorikken om innvandrere og minoriteter i Europa som Bangstad viser her:

...den henvisning til hudfarge og/eller biologi som stod sentralt i retorikken til rasister og nynazister inntil da, gradvis erstattes av en politisk retorikk om de samme gruppene som fokuserer på innvandrere og minoriteters kultur og/eller religion som den sentrale symbolske markøren for deres annerledeshet og underordnethet' (Bangstad, 2014, 23).

Dette betyr at samtidas rasisme er langt mer kamouflert og subtil enn den klassiske rasismen. Flere av deltakerne i denne studien har opplevd ekskluderende erfaringer, men uten at de eksplisitt greier å befeste erfaringene som rasisme. Det er fordi rasistisk diskriminering pakkes inn med ord som 'kultur', 'religion' eller 'etnisitet' framfor 'rase' og på den måten effektivt unndrar seg anklager om rasisme (Bangstad, 2014; Fangen, 2001). Fordi den kulturelle rasismens retorikk, ifølge Bangstad (2014) og Fangen (2001) er vanskeligere å gjenkjenne *som rasisme*, så får retorikken langt større gehør i befolkningen enn den mer eksplisitte klassiske rasismen.

La oss se nærmere på begrepet 'rase'. Fra et kritisk raseteoretisk perspektiv, forstås 'rase' ifølge Svendsen (2014, 10) som en performativ effekt av rasismen i samtida. Med 'performativ' menes at utsagnet, i det det sies, utfører en handling idet det sies. Et ofte sitert eksemplet på dette er når en prest sier "Jeg erklærer dere nå for rette ektefolk å være". I det den som vier et par sier disse ordene, så blir paret samtidig gift. Det betyr at til tross for at 'rase' på ingen måte viser til adskille

enhetlige folkeslag med 'noen essensielle egenskaper av kulturell eller biologisk art', så er like fullt 'rase' en politisk, sosial, kulturell og vitenskapelig konstruksjon med helt konkrete konsekvenser (Fanon, 2008; Helland, 2014, 110; 2019, 114). Dette innebærer at selv om begrepet 'rase' ikke viser til noe fysisk virkelig, så har begrepet en reell eksistens som forestilling som griper inn i mange menneskers liv (Helland, 2014; 2019, 70; Svendsen, 2014).

'Ching chong kinamann'

For å bli mer konkret og se hvordan dette utspilles i livet, skal jeg gå tilbake til vignetten (kapittel 1). Vignetten viser bryllupsgjester som feirer kjærligheten sammen med brudeparet. Alle er glade for at brudeparet akkurat har klart å gjette Kina, med kollektiv drahjelp fra gjestene. Alle er muntre bortsett fra Vien og gjesten som i et kort øyeblikk fikk øyekontakt. Hvordan hadde dette vært for gjesten om hun ikke hadde fått øye på ham? Og hvorfor kom Vien først på episoden etter introduksjonen av begrepet rasialisering? Hvorfor sa han ikke bare at han har vært i et bryllup på Sørlandet med rasister - hva hadde skjedd da?

Vignetten handler om opplevelser av å bli redusert til 'gitte negative karaktertrekk for en kategori' - i dette tilfellet en 'kinamann' (Bangstad & Døving, 2015, 16). Som nevnt så er det svært få som vedkjenner seg å 'være' rasister - et ord som ofte assosieres med nazister (Gullestad, 2004, 182). Ching chong kinamann kan derfor forstås som en uskyldig barneregle som Vien måtte tåle fordi ingen hadde intensjoner om å diskriminere ham. Ingen av gjestene som ropte 'ching chong' slik at brudeparet kunne gjette Kina, var angivelig rasister (Gullestad, 2004). Det hegemoniske selvbildet av Norge er slik at bryllupsgjestene lett kan komme unna med utspillet som 'ikke noe vondt ment' og 'såpass må en tåle' (Gullestad, 2002; 2004, 182).

Etter å ha fortalt episoden fra bryllupet, sa Vien; -Det er vel kanskje eksempel på rasialisering? -Jo, sa jeg, det er det. Det er et eksempel på rasialisering. 'Rasialisere' er et verb som er en konsekvens av rasisme. Det betyr at *rasisme* produserer *rasialisering* som videre produserer 'rase' (Svendsen, 2014). Her blir det som Svendsen sier tydeligere; - at 'rase' er en performativ effekt av rasisme. Vien sier ikke at han ble utsatt for 'noe rasistisk' for det krever at han måtte ha identifisert seg med 'den fremmede', altså den andres bilde av hva en 'kinamann' 'er' og med det forsøke å innta det ønskede bildets form (Lunåsmo, 2005, 21; Moi, 2001, 116). For å kunne vedkjenne seg denne hendelsen som en rasistisk opplevelse, kreves det dessuten at Vien ikke bare reduserer seg selv til kategorien 'asiat' eller 'kinamann', men og at han med det heller ikke kan eie sin egen historie, identitet og selvfortelling.

Det er bred enighet om at rasisme er noe som må bekjempes når det forekommer. Likevel skjer det stadig at rasisme bagatelliseres eller at ulike former for praksiser som er rasistiske, ikke anerkjennes som rasisme (Hagelund, 2004, 5). 'Problemet', sier Anniken Hagelund (2004, 21), er bare at rasisme aktiverer spørsmål om godt versus ondt, og med det 'spørsmål om skyld og ansvar' (Hagelund, 2004, 21). Sett i lys av dette: Hvem vil peke på den skyldige? Hvem har skylda for det Vien opplevde i bryllupet?

Selv om nesten ingen i Norge identifiserer seg med ideologier som er rasistiske, så viser likevel forskning at rasisme og rasistisk diskriminering forekommer på de fleste samfunnsnivåer og områder i Norge (Midtbøen, 2015). Vi er derfor vitne til den maktesløsheten Gullestad (2004, 197) peker på som er resultatet av en sammenveving av dypt forankrede og angivelige uskyldige kulturelle idéer, men uten en tydelig fiende.

Majoriteten er blinde slaver av egne fordommer, sier Marianne Gullestad (2004). Det betyr at 'den nordiske eksepsjonalismen' (se kapittel 2), benektelsen av rasistiske erfaringer, eller engstelsen for å bli sett på som den overfølsomme eller tynnhudede, bidrar til impulsen til å innta det ønskede bildets form (Helland, 2019). Summen av dette gjør at den som utsettes for rasisme, får en 'ekstra byrde å bære i og med mangel på anerkjennelse' (Helland, 2019, 89). Det blir ikke mindre viktig for den stigmatiserte å prøve og få kontroll over situasjonen ved å bruke motstrategier slik at stigmatiseringsprosessen kan unnvikes. For Maryam betydde dette at hun i årevis unnlot å oppsøke profesjonell hjelp, mens Rahifa bestemte seg for 'aldri å gå tilbake dit igjen'. For begge ble motstrategien å ikke oppsøke hjelp på mange år eller oppsøke hjelp andre steder, mens Vien tok på seg ansvaret for alle gjestene og bar byrden av offerposisjonen alene. Det blir nå tydelig at Vien *ikke kan* si at han har vært i et bryllup der han har opplevd 'noe rasistisk' fordi det ligger i setningens logikk at gjestene dermed 'er' rasister. Premissene i denne form for argumentasjon lukker dermed effektivt for bruken av begrepene rasisme og 'rase'. Dette bidrar til at det er vanskelig å identifisere og italesette rasisme.

Vien sa ikke at han hadde opplevd rasisme. Han sa tvert imot at han faktisk aldri hadde opplevd noe særlig diskriminerende eller rasistisk. 'faktisk', 'aldri', 'noe særlig'. Like fullt fant han det nye begrepet rasialisering interessant. Begrepet 'rasialisering' framstår mer løsrevet fra spørsmålet om skyld og ansvar. På den måten fungerte begrepet som et åpnende analytisk verktøy som Vien kunne minnes og reflektere med. Men, 'rasialisering' er, som sagt, en del av verbet 'rasialisere' som er en konsekvens av rasisme, og dermed, i det store og det hele, det samme som rasisme.

Å 'være' rasist

Det begynner å bli forståelig hvorfor ingen av deltakerne i denne studien eksplisitt benevner rasisme. Utover at ingen ønsker å redusere seg eller bli redusert til en som ikke eier sin egen historie eller være den som peker ut andre og fordeler skyld, så er problemet at rasisme stadig forstås som noe iboende ved en person. Helland sier det på denne måten:

Noe av problemet kan se ut til å være at spørsmål om rasisme er blitt individualisert og essensialisert, slik at rasist er bare den som selv regner seg som rasist, som har en klar og uttalt teori om et rasemessig hierarki, og som hater «laverestående» raser. Til tider kan det se ut til at rasistiske ytringer i Norge bare kan komme fra den som regner seg som «personlig rasist» etter modell fra den «personlige kristne» ... Om noen derfor påpeker at en ytring eller handling er rasistisk, vil det bli tatt personlig (Helland, 2019, 14-15).

Med andre ord, det er vanskelig for mange å begripe at en rasistisk ytring kan komme fra personer som selv ikke identifiserer seg som rasister. Framfor å analysere rasistiske ytringer som en del av et menneskes personlighet og psykologi, mener altså Helland, i tråd med Frantz Fanon, at retoriske- og diskursanalytiske perspektiver kan åpne opp for at vi kan få øye på rasisme og snakke om det.

Ubevisste former for rasisme

Fortellingene i dette kapitlet tar for seg generaliseringer som flere av deltakere i denne studien har erfart i samfunnet, men også i møter med helsetilbydere som på ingen måte har hatt intensjoner om å opptre rasistiske overfor sine pasienter. Men, som Bangstad og Døving (2015, 16) sier, så *er* det å generalisere 'i form av at mennesker tillegges bestemte egenskaper på bakgrunn av sin reelle eller antatte tilhørighet i en bestemt gruppe', ubevisste former for *rasisme*. Effekten av slike ytringer er ekskluderende. Sannsynligvis mente ingen av helsepersonellet som møtte Maryam eller Rahifa, å andregjøre dem. Det samme gjelder analysen av vignetten. Det at rasisme ikke ble identifisert muliggjorde at gjestene kollektivt kunne rope ching-chong for åpen scene uten at noen kom med innvendinger.

Det har ikke vært min hensikt å henge ut gjester eller helsearbeidere som rasister. Men synliggjøringen av slike ekskluderende praksiser er viktig for å forstå om slike forhold kan spille inn som forklaring på den lave bruken av psykiske helsetjenester blant noen med flyktning og innvandrerbakgrunn.

Dette betyr at hvis rasisme er én årsak til at noen ikke får den hjelpen de trenger, så hjelper det ikke med initiativ som handler om å tilpasse psykiske helsetjenester for å 'imøtekomme behovet blant etniske minoriteter' (jfr St.prp. nr 63 og Opptappingsplan for psykisk helse). Snarere må det systematisk undersøkes hvordan uintendert rasisme er vevd inn i institusjoner og i praksiser, og hvordan rasisme kan identifiseres, italesettes og dermed motarbeides.

Kapittel 6: Oppsummering

Personer med flyktning- og innvandrerbakgrunn mottar samlet sett en *mindre andel* av både primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helse. Samtidig viser tall at en høyere del av befolkninga med samme bakgrunn har mer psykiske helseplager enn den øvrige befolkninga. Hvis det er slik at deler av befolkninga melder om store psykiske helseplager uten å oppsøke helsehjelp, er det en mulig indikasjon på at mange ikke får den hjelpen de trenger. Det er lite som tyder på at lav bruk av psykiske helsetjenester er ensbetydende med at befolkninga med flyktning og innvandrerbakgrunn er friskere og mer motstandsdyktig enn øvrig befolkning.

På bakgrunn av tallenes tale har hensikten med denne studien vært å undersøke *hvorfor* noen grupper med flyktning og innvandrerbakgrunn ikke mottar eller oppsøker psykisk helsehjelp. Med kvalitative intervjuer av femten unge voksne mellom 20-30 år med flyktning eller innvandrerbakgrunn har jeg analysert hvilke muligheter og barrierer som spiller inn i de unge voksnes møter med helsetjenesten generelt og den psykiske helsetjenesten spesielt. Jeg har utforsket dette gjennom å analysere deltakernes ideer om psykisk helse (diskurser) og deltakernes erfaringer fra møter med helsetjenester (både primær og spesialisthelsetjenester).

Studien har sett på særlig to forhold som kan ha betydning for den lave bruken av psykiske helsetjenester: a) deltakernes ideer om svakhet og b) subtile former for rasisme.

I analysen rundt tro, religion, språk, og 'svakhet' fant jeg at det å klare seg selv uten å måtte be om hjelp, har høy verdi. Til tross for en utbredt åpenhet blant deltakerne for psykisk helsehjelp når det er nødvendig, så ble det å måtte oppsøke hjelp sett på som svakt. Det handlet om ulike typer 'svakhet': 'svak karakter', 'ikke motstandsdyktig', 'svak i troen', 'svak som i 'galskap', eller 'svakhet i samfunnsmaskineriet'. Men det var tydelig ambivalens og motsetninger å spore i det empiriske materialet. Dette antyder at praksiser i de levde livene er mer pragmatiske og bevegelige enn hva de mer seiglivde normene og konvensjonene skulle tilsi.

En spennende del av materialet forteller om hvordan noen språk, som mangler diagnostiske betegnelser på psykisk helse, kan ha andre affektive beskrivelser som betegner kroppslige tilstander med en nærhet som diagnoser ikke gjør. Her kreves mer forskning for å kunne undersøke i hvilken grad affektive skildringer kan gi oss andre og kanskje mer sensible forståelser for kropp og liv.

I det femte kapitlet gikk jeg tett på to utsagn som omhandler rasisme. Som nevnt var det ingen av deltakerne i denne studien som selv sa at de har vært utsatt for rasisme. Like fullt opplevde noen møter med helsepersonell hvor de ble utsatt for en type ekskludering. I denne analysen har jeg vært opptatt av å forstå hvorfor det kan være så vanskelig å gjenkjenne rasisme når det skjer og hvorfor det er krevende å italesette rasisme for nettopp hva det er. Med utgangspunkt i Maryam og Rahifa sine utsagn – begge med somalisk bakgrunn – har jeg drøftet hvilken betydning opplevelser av å bli generalisert kan ha for bruk eller oppsøking av psykiske helsetjenester. Jeg har forsøkt å konkretisere sentrale momenter fra denne drøftingen ved å se på Viens fortelling, som denne rapporten starter med, altså rapportens vignett.

Drøftingen viser at dagens rasisme ofte finner sted som subtile utsagn og praksiser – oftest gjennom uintenderte utsagn. Dagens rasisme er vanskelig å identifisere og dermed italesette på bakgrunn av særlig to forhold: det ene er 'den norske selvforståelsen', altså et bilde av et uskyldig, ikke-rasistisk,

fredsforhandlende folk. Med dette bildet er det ingen som *identifiserer* seg med ideologier som er eksplisitt rasistiske. Det andre handler om at når vi vanskelig kan se at en rasistisk ytring kan komme fra en som ikke identifiserer seg 'som' rasist, betyr dette at dersom en skulle komme til å ta seg nær av et rasistisk utsagn, så er det ens egen skyld fordi *ingen mener noe hatefullt eller rasistisk med det*.

Å identifisere rasistiske ytringer uten at dette nødvendigvis må koples til et menneskes iboende personlighet, er ett steg i riktig retning. Dette er forutsetninger for å stanse språkløshet og avmakt og med det starte arbeidet med å skape reelle like vilkår og likebehandling i psykisk helse. Framfor å kun fokusere på å utforme tjenestetilbudet på måter som angivelig skal imøtekomme 'behovet hos etniske minoriteter', anbefaler denne studien videre satsing på 'avtabuisering' av psykisk helse i samfunnet generelt og systematisk kompetanseheving av helsepersonell om rasisme spesielt.

Helt avslutningsvis vil jeg gi ordet til Maryam. Som jeg nevnte i starten av dette kapitlet så har mange av deltakerne også gode erfaringer med helsepersonell. Dette gjelder også Rahifa og Maryam. For å vise eksempel på hvordan helsepersonell kan møte mennesker med flykning- og innvandrerbakgrunn, så gir jeg ordet til Maryam som forteller hvordan fastlegen hun har i dag møter henne:

Maryam: Han (fastlegen) er veldig imøtekommende, veldig forståelsesfull, sitter og faktisk lytter på deg, hører på deg og hjelper deg. Når jeg er hos ham, føler jeg at jeg bare er Maryam. Da ser han bare Maryam og ikke noe annet. Han ser ikke religionen min, han ser ikke ..alle disse tingene, 'all the labels' som jeg har. De blir borte. Han ser bare meg. Og når jeg snakker med ham, så kan jeg snakke fritt om ting.

Lin: Mhm. Så han kan du snakke med om hva som helst?

Maryam: Med hva som helst. Hvis jeg skulle ha hjelp med noe, eller lurer på noe, *så er han alltid der*.

Som vi ser blir Maryam sett og lyttet til som en person, og ikke som 'kultur' og 'religion'. Legen lytter til henne og 'hører' forbi 'all the labels'. Som helsepersonell kan det være viktig å stadig reflektere over hvilke normer en selv er med på å skape og opprettholde i sitt arbeid. Når jeg underviser eller holder foredrag om marginaliserte erfaringer og helse, får jeg ofte høre at det å lære seg og tenke på nye måter er både slitsomt, krevend og tar lang tid. Det har de rett i. Det er lettere å ikke foreta seg noe enn å endre tenkesett og praksiser. Like fullt møter jeg enda flere som ønsker å lære for å ta ansvar for å kunne gi likeverdig helsehjelp til alle som trenger det. I en tidligere studie (Stubberud, Prøitz, & Hamidiasl, 2018) har vi sett at svært mange av helsepersonell som stadig reiser på kurs og kompetansehevende tiltak har noe til felles. De har selv tatt initiativ til å tilegne seg kunnskapsoverføring gjennom tverrfaglig og tverretatlig samarbeid med andre kollegaer. Dette har de kunnet gjøre fordi:

- a) de har en ledelse som ser på kompetanse som ferskvare og med det prioriterer aktivt kompetanseheving blant personale på alle nivå
- b) de har en ledelse som anerkjenner ekskluderings erfaringer og marginaliserte erfaringer som et hinder for at alle skal få likeverdige helsetjenester.

OM FORFATTEREN:



Lin Prøitz (Phd) er førsteamanuensis i kommunikasjon og digitale medier ved Høgskolen i Østfold. Prøitz' forskningsinteresser er følelser og affekt i en digital kultur, visuell kommunikasjon samt feministisk medieforskning. Prøitz er opprinnelig utdannet yrkesfotograf.

Kontakt: lin.proitz@hiof.no

Referanser

- Abebe, D. S., Lien, L., & Elstad, J. I. (2017). Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. doi:<https://doi.org/10.1007/s00127-017-1381-1>
- Bakken, A. (2018) Ungdata 2018. Nasjonale resultater. Hentet fra <file:///C:/Users/linp/Downloads/Ungdata-2018.%20Nasjonale%20resultater.pdf>
- Bangstad, S. (2014). Islamofobi og rasisme. *Agora*, 32(3-4), 5-29.
- Bangstad, S. og Døving, C. A. (2015). *Hva er rasisme* (Vol. 57). Oslo: Universitetsforlaget
- Berkaak, O., & Norbye, A. (2014). *Sansningens antropologi - en tematisk og teoretisk reorientering*. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, (03-04), 134-150.
- Bettmann, J. E., Penney, D., Clarkson Freeman, P., & Lecy, N. (2015). Somali Refugees' Perceptions of Mental Illness. *Social Work in Health Care*, 54(8), 738-757. doi:10.1080/00981389.2015.1046578
- Bierman, A. (2006). Does Religion Buffer the Effects of Discrimination on Mental Health? Differing Effects by Race. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 45(4), 551-565. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2006.00327.x>. doi:10.1111/j.1468-5906.2006.00327.x
- Bøe, T. (2015). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling : familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet*. Oslo: HelseDirektoratet.
- Bøe, T., Øverland, S., Lundervold, A., & Hysing, M. (2012). Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 47(10), 1557-1566. doi:10.1007/s00127-011-0462-9
- Bottomley, A., McKeown, J., & Berry, L. (2008). Promoting nutrition for people with mental health problems. *Nursing Standard (through 2013)*, 22(49), 48-55. doi:10.7748/ns2008.08.22.49.48.c6640
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Burman, E., Smailes, S., & Chantler, K. (2004). 'Culture' as a Barrier to Service Provision and Delivery: Domestic Violence Services for Minoritized Women. *Critical Social Policy*, 24(3), 332-357. doi:10.1177/0261018304044363
- Cokley, K., Garcia, D., Hall-Clark, B., Tran, K., & Rangel, A. (2012). The Moderating Role of Ethnicity in the Relation Between Religiousness and Mental Health Among Ethnically Diverse College Students. *Journal of Religion and Health*, 51(3), 890-907. doi:10.1007/s10943-010-9406-z
- Dahl, E., Bergsli, H., & van Der Wel, K. A. (2014). Sosial ulikhet i helse: en norsk kunnskapsoversikt. In Dalgard, O. S., & Thapa, S. B. (2007). Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. 3(1). doi:10.1186/1745-0179-3-24
- Debesay, J., Arora, S., & Bergland, A. (2019). 4. Migrants' Consumption of Healthcare Services in Norway: Inclusionary and Exclusionary Structures and Practices. In *Inclusive Consumption* (pp. 63-78).
- Djuve, A. B. (2000). *Styring over eget liv : levekår og flytteaktivitet blant flyktninger i lys av myndighetenes bosettingsarbeid* (Vol. 344). Oslo: Fafo.
- Ellison, C. G., Musick, M. A., & Henderson, A. K. (2008). Balm in Gilead: Racism, Religious Involvement, and Psychological Distress Among African-American Adults. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47(2), 291-309. doi:10.1111/j.1468-5906.2008.00408.x
- Elstad, J. I., Finnvold, J. E., & Texmon, I. (2015). *Bruk av sykehus og spesialisthelsetjenester blant innbyggere med norsk og utenlandsk bakgrunn* (Vol. 10/2015). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Fangen, K. (2001). *En bok om nynazister*. Oslo: Universitetsforl.
- Fangen, K., & Hjelde, K. H. (2006). Oppfølging, respekt og empowerment Somalieres forståelse og hjelpepraksis ved psykososiale vanskeligheter.
- Fanon, F. (2008). *Black skin, white masks*. New York: Grove Press.
- Folkehelseinstituttet (2017, 22 februar, siste oppdatering 14.05.2018) Helse i innvandrerbefolkningen. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>
- Fotland, M.N. (2012, 1 april). Har solgt englebøker for 30 millioner. *Dagbladet*. Hentet fra <https://www.dagbladet.no/kultur/har-solgt-engleboker-for-30-millioner/63414671>
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic : an archaeology of medical perception*. London: Tavistock.
- Furuly, J.G. (2010, 20 september). Snåsamannen blir millionær. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/kultur/i/JJ3job/snaasamannen-blir-millionaer>
- Garvik, L. (2015). Frigjøring fra egne og andres fordommer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(04), 363-367.
- Gullestad, M. (2002a). *Det norske sett med nye øyne : kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt*. Oslo: Universitetsforl.
- Gullestad, M. (2002b). Om å være både norsk og "farget". *Nytt Norsk Tidsskrift*, 19(2), 155-175.
- Gullestad, M. (2004). Blind slaves of our prejudices: Debating 'culture' and 'race' in Norway. *Ethnos*, 69(2), 177-203. doi:10.1080/0014184042000212858
- Hagelund, A. (2004). Anstendighetens outside: «Rasisme» i norsk innvandringspolitisk diskurs. *Tidsskrift for samfunnsforskning*(01), 3-29.

- Hamm, M. (2014). Knowledge translation to improve research and decision-making in child health. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 74(7-B(E)), No Pagination Specified.
- Hansteen, I. L. (2005). Etnisitet og psykisk helse. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(03), 238-251.
- Helland, F. (2014). Rasisme uten rasister i Norge. *Agora*, 32(3-4), 108-143.
- Helland, F. (2019). *Rasismens retorikk : studier i norsk offentlighet*. Oslo: Pax forlag A/S.
- Hjelde, K. H. (2007). Somali conceptualisation of mental health, illness and healing in exile: the importance of relations (Part 1). *Somalieres forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling i eksil: betydningen av det relasjonelle (Del 1)*, 4(4).
- Hjelde, K. H. (2008). Somali conceptualisation of mental health, illness and healing in exile (Part II): consequences for mental health work. *Somaliers forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling i eksil (Del II): konsekvenser for psykisk helsearbeid*, 5(1).
- Holck, P. (1996). *Norsk folkemedisin : kloke koner, urtekurer og magi*. Oslo: Cappelen.
- Hood, R. (2016). Combining phenomenological and critical methodologies in qualitative research. *Qualitative Social Work*, 15(2), 160-174. doi:10.1177/1473325015586248
- Jakobsen, R. N. (2010). Call me Joralf: Frå Snåsakalln til Snåsamannen — ei litterær utviklingshistorie. *Kirke og Kultur*(02), 130-153.
- Jama, A. (2017). Waali - ulike grader av galskap. Galskap som fenomen i norsk-somalisk miljø - en kvalitativ studie. In K. Rørtveit (Ed.): University of Stavanger, Norway.
- Kale, E., Hjelde, K., & Gele, A. (2018). 6.10-P3A scoping review study on mental health challenges of immigrants to Norway. *European Journal of Public Health*, 28(suppl_1), cky048.210-cky048.210. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cky048.210>. doi:10.1093/eurpub/cky048.210
- Kiamanesh, P., & Hauge, M. I. (2018). "We are not weak, we just experience domestic violence"—Immigrant women's experiences of encounters with service providers as a result of domestic violence. *Child and Family Social Work*, <xocs:firstpage xmlns:xocs=""/>. doi:10.1111/cfs.12615
- Koenig, G. H., & Larson, D. B. (2001). Religion and mental health: evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 67-78. doi:10.1080/09540260124661
- Kolloen, I. S. (2008). Snåsamannen : kraften som helbreder. Melhus: Lydbokforl.
- Kraft, S. E. (2008). Märthas engler – En analyse av den norske mediedebatten. *Nytt Norsk Tidsskrift*(02), 122-133.
- Krause, N., & Ellison, C. G. (2003). Forgiveness by God, Forgiveness of Others, and Psychological Well-Being in Late Life. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 77-93. doi:10.1111/1468-5906.00162
- Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kwan, C. K., Baig, R. B., & Lo, K. C. (2018). Stressors and coping strategies of ethnic minority youth: Youth and mental health practitioners' perspectives. *Children and Youth Services Review*, 88, 497-503. doi:10.1016/j.childyouth.2018.04.002
- Leirvik, M. (2016). «Medaljens bakside»: Omkostninger av etnisk kapital for utdanning. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 56(2), 167-198.
- Leung, P., Cheung, M., & Tsui, V. (2012). Asian Indians and depressive symptoms: Reframing mental health help-seeking behavior. *International Social Work*, 55(1), 53-70. doi:10.1177/0020872811407940
- Levecque, K., & Van Rossem, R. (2015). Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnicity & Health*, 20(1), 49-65. doi:10.1080/13557858.2014.883369
- Lie, A. K., & Slagstad, K. (2018). Diagnosens makt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138(11), 987-987. doi:10.4045/tidsskr.18.0438
- Lunåsmo, M. J. (2005). Hva har kvinnelighet med psykisk lidelse å gjøre? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(01), 18-29.
- Løfsnæs, B. (1983) Sosialt arbeid med etniske minoriteter. Sosialarbeidernes erfaringer med to ulike klientgrupper. Arbeidsrapport (udatert)
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*: Universitetsforlaget Oslo.
- Madsen, O. J. (2014). Diagnosens makt over sinnene. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(9), 690-691.
- Madsen, O. J. (2017). Diagnosens makt over sinnene: refleksjoner om diagnoser og diagnosekrittikkens mangler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(01), 25-41. doi:10.18261/issn.1504-3010-2017-01-04
- Madsen, O. J. (2018). *Generasjon prestasjon : hva er det som feiler oss?*
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet : om å finne likhetene i forskjellene* (2. utg. ed.). Oslo: Akribe.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. doi:10.1177/1049732315617444
- McCrone, P., Bhui, K., Craig, T., Mohamud, S., Warfa, N., Stansfeld, S. A., . . . Curtis, S. (2005). Mental health needs, service use and costs among Somali refugees in the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(5), 351-357. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00494.x
- Midtbøen, A. H. (2015). Diskriminering av samer, nasjonale minoriteter og innvandrere i Norge : En kunnskapsgjennomgang. In
- Mirdal, G. M. (2006). Stress and distress in migration: twenty years after. *The International migration review*, 40(2), 375-389.
- Moi, T. (2001). *Jeg er en kvinne : det personlige og det filosofiske*. Oslo: Pax.
- Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(2), 203-211. doi:10.1111/sjop.12194
- Oppvekstrappen (2017) Oppvekstrappen 2017. Økte forskjeller – gjør det noe? Hentet fra https://bufdir.no/contentassets/e9df3a5c5087465eb09083d1be77ba10/oppvekstrappen_2017.pdf

- Plummer, M., & Young, L. E. (2010). Grounded Theory and Feminist Inquiry: Revitalizing Links to the Past. *Western Journal of Nursing Research*, 32(3), 305-321. doi:10.1177/0193945909351298
- Roen, K., Carlquist, E., & Prøitz, L. (2020). 'Does anyone else have this?' The role of emotion in forum discussions about medical conditions affecting sex characteristics. *Culture, Health & Sexuality*, 1-16. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1688867>. doi:10.1080/13691058.2019.1688867
- Røstbakken, T., & Røstbakken, A. C. (2017). Diagnosen. Og mennesket. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(03), 280-284. doi:10.18261/issn.1504-3010-2017-03-09
- Smith, J. A. (2009). *Interpretative phenomenological analysis : theory, method and research*. Los Angeles: SAGE.
- Sosial og helsedepartementet. (1996-97). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (Meld. St. 25 (1997)). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/
- Statistisk sentralbyrå. (2017, 22. februar) Helse i innvandrerbefolkningen. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/#psykisk-helse-og-trivsel>
- Straiton, M., & Diaz, E. (2016). Hva vet vi om innvandreres bruk av primærhelsetjenesten for psykiske plager? *Utposten*, 45(4), 28-30.
- Straiton, M. L., Aambø, A. K., & Johansen, R. (2019). Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: the role of moderating factors. *BMC Public Health*, 19(1), 325. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6649-9>. doi:10.1186/s12889-019-6649-9
- Stubberud, E., Prøitz, L., & Hamidiasl, H. (2018). *Den eneste skeive i bygda*. Retrieved from Steigen: <https://fido.nrk.no/745fdc666fa582c78cd36ba72e41b3f7ed17ed3c30b08d40a2cdaddf3445bdb9/Den%20eneste%20skeive%20i%20bygda.pdf>
- Suan, L. V., & Tyler, J. D. (1990). Mental Health Values and Preference for Mental Health Resources of Japanese-American and Caucasian-American Students. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(4), 291-296. doi:10.1037/0735-7028.21.4.291
- Svendsen, S. H. B. (2014). Affecting Change? Cultural Politics of Sexuality and «Race» in Norwegian Education. In D. H. F. I. F. T. K. Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (Ed.): Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Det humanistiske fakultet, Institutt for tverrfaglige kulturstudier.
- Svendsen, S. H. B. (2014). Learning racism in the absence of 'race'. *European Journal of Women's Studies*, 21(1), 9-24. doi:10.1177/1350506813507717
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Walås, Y. T. (2017). "One does not talk about that" - A qualitative survey of non-Western immigrants' views on mental disorders. *"Man snakker ikke om sånt" - En kvalitativ undersøkelse om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser*, 14(2).
- Wang, D., Locke, C., & Chonody, J. (2013). Differences by Race in Social Work Students' Social Distancing, Treatment Options, and Perceptions of Causes of Mental Illness. *Journal of Social Service Research*, 39(5). doi:10.1080/01488376.2013.816410
- Willig, C. (2003). Discourse analysis. *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*, 2, 160-186.
- Winness, M. G., Borg, M., & Kim, H. S. (2010). Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. In (Vol. 19, pp. 75-87).

Sammendrag

Psykisk tabu har undersøkt *hvorfor* noen grupper med flyktning og innvandrerbakgrunn ikke mottar eller oppsøker psykisk helsehjelp. På bakgrunn av samtaler med 15 unge voksne viste studien to tendenser.

Det ene var at det å oppsøke hjelp utenfor familien ble forstått som svakhet. Det handlet om svakhet i form av 'svak karakter', 'svak i troen', 'svak som 'ikke-normal', eller svak som 'et svakt ledd i samfunnsmaskineriet'. Funnene viste imidlertid forskjeller mellom hva som ble oppfattet som normer og hva som faktisk ble praktisert. For noen av deltakerne var troen en viktig støtte, men det å ha en tro utelukket ikke det å kunne oppsøke helsehjelp i vanskelige perioder.

Det andre handlet om erfaringer med å bli *ekskludert* i møte med helsepersonell. Dette handlet ikke om eksplisitte hatefulle rasistiske diskriminerings erfaringer, men snarere om uintenderte former for ekskluderinger som ble pakket inn med ord som 'kultur' eller 'religion'. Erfaringene bidro til at deltakerne tok avstand fra den hjelpen de ellers kunne ha fått.

Framfor å fokusere på å utforme tjenestetilbudet på måter som angivelig skal imøtekomme 'behovet hos etniske minoriteter' anbefaler denne studien videre satsning på 'avtabuisering' av psykisk helse i samfunnet generelt og systematisk kompetanseheving på rasisme spesielt, på alle nivåer i helsetjenestene.

