Psykologtidsskriftet

OVERSIKT

Minoritetsklienter som helsefaglig utfordring

Nora Ahlberg og Fanny Duckert [1]

[1]Universitetet i Oslo

fanny.duckert@psykologi.uio.no

Publisert: 30.11.2006

By emphasizing the relationship between health care variables and contextual issues, it is probable that new elements of theoretical and practical relevance will appear. There are few places in which such efforts are more promising than in a cross-cultural setting. Health and social services need adapting to a changing population. The National Centre for Minority Health is engaged in efforts to increase the multidisciplinary awareness of what knowledge we have from this field. The challenge seems foremost to be an issue of professional ethics. However, structural aspects complicate the practical difficulties professional helpers perceive. For those who manage well migration is a source of renewal; but during relocation many confront circumstances that increase their vulnerability for infections and psychosocial or life style related health problems.

Keywords: health care, minority health, migration

Helse og sykdom gjenspeiler seg i krysskulturell kommunikasjon. Det blir som å se i et speil – gjennom å oppdage «de andre» blir vi oppmerksomme på nye sider ved oss selv. Minoritetshelse er et samfunnsmessig viktig og voksende felt som det savnes en systematisk oversikt over. I denne artikkelen vil vi forsøke å drøfte noen utfordringer for norsk helsevesen når det gjelder innvandreres helsesituasjon og helseproblemer. Vi vil gi en oversikt over helsesituasjonen for innvandrere i Norge, og hvordan helsevesenet møter innvandrere. Vi vil også diskutere faktorer som kompliserer innvandreres møte med helsevesenet, og som fører til at de får dårligere og mindre tilgjengelige helsetilbud enn ønskelig. Temaet somatisk og mental helse hos innvandrere og flyktninger kan også ha relevans for andre minoritetsgrupper i det norske samfunnet.

Den samfunnsmessige utfordringen

Hele 21 % av Oslos befolkning har ifølge kommunal statistikk en innvandrerrelatert bakgrunn, og av disse er over 80 % av ikke-vestlig opphav. I en tredjedel av Oslos bydeler (Grorud, Alna, Stovner, Søndre Nordstrand og Gamle Oslo) utgjør ikke-vestlige innbyggere ca. 30 %, pluss ca. 20 % i tre (Grünerløkka, Bjerke og Sagene) eller til sammen 8 av 15 bydeler. De øvrige bydelene ligger på mellom 5 og 13%; omtrent likt det nasjonale nivået (7,3 %).

Dette dreier seg om personer som i norske omgivelser i stor grad skiller seg ut med hensyn til lav sosiokulturell status. Dermed forsterkes et allerede skarpt skille i levekår mellom byens vestlige og østlige bydeler, de siste med trangere boforhold, høyere arbeidsløshet og betydelig lavere forventet levealder (Barstad, 2003; Blom, 1998; Hammad & Vangen, 2003, s. 5), ytterligere segregering og ekskludering.

Minoriteter fra den tredje verden deler langt på vei sin somatiske sykdomsprofil med fattige deler av majoritetsbefolkningen. Ifølge Helseprofil for Oslo (Grøtvedt, 2000, s. 35) står for eksempel asylsøkere og innvandrere for 93 % av tilfellene av tuberkulose, med en frekvens på om lag 67 mot 3,3 i majoritetsbefolkningen per 100 000/år. Tallene tilsvarer dem som gjaldt for etniske nordmenn som bodde i det samme arbeiderklassestrøket for vel hundre år siden.

Vi vet fra flere studier at innvandrere er mer utsatte for livsstilsrelaterte sykdommer enn majoritetsbefolkninger i Europa (Hammad & Vangen, 2003). Man ser en forskyving fra smittsomme mot kroniske sykdommer, med en dramatisk økning for diabetes II og hjerte- og karsykdommer. Overvekt er mer utbredt hos immigrantkvinner fra Sør-Asia og Midtøsten. Begge

kjønn av innvandrere er mer inaktive enn tilfellet er i majoritetsbefolkningen. Til gjengjeld røyker og drikker de mindre; særlig gjelder dette personer fra Asia, Afrika og Midtøsten sammenlignet med innvandrere fra Norden og Øst-Europa.

I tillegg kommer mer direkte psykologisk relevante problemstillinger som berører flergenerasjons- og familiedynamikk, for eksempel ekteskapskonflikter som følge av endrede kjønnsroller og svekket foreldrekompetanse. Ikke sjelden ser man også mer eller mindre kroniske diffuse smertetilstander som kan være vanskelige å behandle (Bäärnhielm & Ekblad, 2000; Kirmayer, 1984; Mirdal, 1999). I likhet med muskel-skjelettsykdommer, som ifølge Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse topper innvandrerstatistikken (med 46 % mot 19 % i majoritetsbefolkningen), medfører ulike psykosomatiske tilstander ofte sykemelding og uførepensjon (Blom & Ramm, 1998). Den samme studien viser også atskillig høyere rapportering av psykiske symptomer. Hauffs (1998) doktoravhandling påviste 18 % depresjon og 10 % PTSD blant norsk-vietnamesere. Disse tallene samsvarer med en FAFO-rapport (Djuve, 1995, s. 89–90), som påviste at en av fem flyktninger i Oslo hadde søkt hjelp for psykiske plager. I tillegg hadde 9 % like store eller større problemer uten å ha søkt hjelp.

En studie av innleggelser ved en avdeling innenfor akutt psykisk helsevern i Oslo (Berg & Johnsen, 2004), viser ikke flere innleggelser blant ikke-vestlige innvandrere. Imidlertid er de sykere ved innleggelsestidspunktet. Blant de innlagte innvandrerne var det flere yngre menn (sannsynligvis pga. befolkningsprofilen). I tråd med funn fra utenlandske studier (f.eks. Dinesh & Bahl, 1999), ble de oftere innlagt med tvang eller gitt en psykosediagnose, men hadde færre rusproblemer. Tvang ble brukt i tre fjerdedeler av innvandrergruppen, mot omtrent halvparten av de øvrige pasientene.

Den lave kvinneandelen (43 % mot 69 %) kan synes overraskende, ettersom det blant majoritetskvinner rapporteres symptomer langt hyppigere enn blant menn (Ahlberg, 2002a). Oppedals avhandling (2003) om mental helse i en flerkulturell sammenheng, basert på en undersøkelse blant ungdomsskoleelever i Oslo, viser også at blant annengenerasjons innvandrere opplever guttene flest problemer (i første generasjon er det hovedsakelig jentene som rapporterer problemer). Også i Dalgards (2005) gjennomgang av tre undersøkelser fra Oslo, som påviser mer psykiske plager, i form av angst og depresjon, hos ikke-vestlige innvandrere, sees færre kjønnsforskjeller enn forventet. Som en mulig årsaksfaktor nevnes en større grad av opplevd maktesløshet blant ikke-vestlige menn, noe som trolig henger sammen med større eksponering for storsamfunnets krav, mens kvinnene lever mer på siden av disse og er dermed mindre berørt av dem.

På den annen side dreier det seg om en relativt ung og frisk populasjon som, ifølge Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse (Blom, 1998), rapporterer mindre sykelighet sett under ett, enn majoritetsbefolkningen (38 % mot 48 %). Samme studie viste imidlertid store regionale variasjoner og en tendens til at innvandrere ble hardere rammet når de først ble syke. Ettersom bare 7 % er over 65 år (mot 15 % i snitt i resten av befolkningen), vil dette bildet forandre seg fremover, særlig fordi sykdomskurven ser ut til å være brattere enn hos majoritetsbefolkningen. Yngre flyktninger rapporterer færre helseplager enn den øvrige befolkningen, men så øker disse fra 30-årsalderen (Djuve 1995, s. 84). I motsetning til vestlige befolkninger ser også helseplagene ut til å være store hos høyt utdannede (Dinesh & Bahl, 1999), mens de lavt utdannede klarer seg bedre, kanskje fordi lavt utdannedes behov er bedre tilpasset arbeidsmarkedet. Uavhengig av kjønn ser man hos innvandrere en sterk sammenheng mellom selvopplevde helseplager – særlig smerter og psykiske problemer – og aktivitet på arbeidsmarkedet (Djuve, 1995, s. 84–89).

Lidelser som rammer migrantminoriteter fra den tredje verden, er av en sammensatt og kumulativ art (Ahlberg, 1998; Hjelde, 2003). Mange er blitt tvunget i eksil. De bosettes så i en sammenheng hvor de oppfattes som minoriteter, og hvor lokale helsetilbud ofte er dårlig tilpasset deres behov. Dertil kommer at først etter en tid i det nye landet kan posttraumatiske stress-symptomer bryte ut som følge av integreringspress og retraumatiserende opplevelser (Varvin, 2002; Østerskov, Kastrup & Jerlang, 2003). Medisinske inngrep, som åpning av infibulerte kvinner eller tannbehandling, kan reaktivere tidligere psykososialt belastende hendelser. Likevel utgjør sosioøkonomiske forhold alene neppe noen uttømmende forklaring (Hammad et al., i trykk). Ut fra engelske forhold gjør Modood (2002) et poeng av at muslimene er den mest sosiokulturelt diskriminerte innvandrergruppen, uten å være den fattigste. Man ser også forskjeller i mestringsevne, ikke bare i forhold til majoritetsbefolkningen, men også mellom ulike minoritetsgrupper. For eksempel ser det norsktamilske miljøet ut til å klare seg bedre enn det norsksomaliske; sistnevnte strever mer i forhold til arbeidsmarked og integrering. Selv om innvandrerjenter generelt klarer seg bedre enn innvandrergutter på skolen, opplever noen jenter sterke konflikter i forhold til familiens forventninger når det gjelder organiserte ekteskap og ærbarhetsregler (Ahl-berg, 2000; Wikan, 2003).

Globalisering og de nære relasjoner

Globaliseringsutviklingen fører oss nærmere det som tidligere ble opplevd som fjernt. Mens mange av oss får økt bevegelsesfrihet og kan reise på kryss og tvers i verden, blir andre tvangsforflyttet etter krigshandlinger eller naturkatastrofer. Naturlige eller menneskeskapte katastrofer og økonomiske faktorer, forsterket av nasjonal og internasjonal politikk, har gjort migrasjon til et alminnelig trekk i samtiden og skapt nye minoritetsgrupper. Selv når motivet for migrasjon er å bedre egen velferd, møter mange transnasjonale familier en uventet blanding av sosiokulturell og økonomisk motgang, og livsstilsmessige forandringer. Slike familier blir ofte marginalisert og tappet for ressurser, samtidig som de mister innflytelse over sitt eget territorium.

Man må heller ikke glemme at migrasjon, fordi den er aldersselektiv, kan skape brudd i sosiokulturelle tradisjoner og tilhørighet som omgir eldre og barn, og gi store omsorgsmessige utfordringer. Selv om integreringsbildet endrer seg med andre generasjon, må man ifølge Hammad (2003) også se på hvordan migrantene håndterer fundamentale hendelser i livet, som giftermål, barnefødsel, død eller akutt sykdom. Av 551 norskpakistanske ekteskap (det vil si personer født og oppvokst i Norge) fra 1996 til 2001 var for eksempel bare syv inngått med en majoritetsnordmann, og tendensen er nedadgående. I 1990 hadde 6 % norskpakistanske menn majoritetsnorsk kone, mens dette i 2002 gjaldt 3 %. Bare 0,7 % norskpakistanske kvinner hadde majoritetsnorsk ektefelle (Lie, 2004). Selv om man ikke kan se bort fra en eventuell sammenheng med innvandringspolitiske innstramninger, ser det ut til å ha blitt vanligere blant andregenerasjons enn førstegenerasjons norskpakistanere å hente ektefelle utenfra.

Det Norge som for en drøy generasjon siden møtte de første arbeidsimmigranter fra den tredje verden, var et velferdssamfunn preget av sekulære likestillingsidealer. Vi tok det for gitt at immigrantene ønsket å tilpasse seg norske forhold så fort som mulig. I realiteten beveget store deler av innvandrergruppene, særlig i det muslimske miljøet, seg i retning av sterkere verdimessig tilknytning til sitt opphav. Følgen ble en reproduksjon av etnisk-islamske nettverk og sekterisme på norsk jord (Ahlberg, 1990), som først i senere år er blitt utfordret av en ny generasjon som er oppvokst her til lands. Man kan se et skille utvikle seg mellom mer internasjonalt orienterte, men etnisk uavhengige islamske miljøer, og såkalte kulturmuslimer for hvem religiøs praksis enten er av en mer underordnet betydning eller ensbetydende med mer lokale tradisjoner.

Bäärnhielm (2005) minner om at integrering dreier seg om toveisprosesser, hvor systemet i større grad må tilpasse seg brukerne, dersom systemet ikke skal bidra til ytterligere segregering og ekskludering. Ifølge denne forståelsen, forankret i den nordiske velferdsmodellen, forventes minoriteter å akseptere visse grunnleggende fellesskapsverdier, mot at samfunnets tjenester tilpasses behovene hos *alle* grupper. Men i europeisk sammenheng finnes det også andre modeller: Den engelske multikulturalismen bygger på langtgående toleranse når det gjelder etnisk forskjellspraksis. Den franske assimilasjonslinjen skiller skarpt mellom den private og den offentlige sfære, hvor kulturelle forskjeller fornektes for at alle skal bli oppfattet som fullverdige franskmenn.

Vektleggingen av universelt entydige modeller i den krysskulturelle psykologien har hatt en tendens til å overse betydningen av sosiohistoriske kontekster og maktforhold knyttet til majoritets-/minoritetsrelasjoner. For eksempel viser Berrys (1997, 2002) firefeltsmodell til en kulturuavhengig idealtypisk forståelse av akkulturativt stress, hvor *en* reaksjonsmåte (les: integrering) anses normativt optimal i den forstand at den skal garantere «et lykkelig kompromiss» for alle parter.

I de senere årene har det skjedd raske endringer når det gjelder teoretisk tenkning omkring innvandringsspørsmål, og mange fag har fått nye utfordringer som et resultat av økt globalisering. Innenfor humaniora og samfunnsfag er man i ferd med å gå bort fra tidligere kategoriseringer som var basert på enkle og entydige forestillinger om «oss» versus «de andre» (den tredje verden). I stedet får man ulike former av blandings- og bindestrekskategorier og mer sammensatte begreper som transnasjonalitet, kulturpendling, hybriditet og plurale identiteter, som i større grad fanger opp kompleksiteten i denne utviklingen (f.eks. Hettige, 1998; Vertovec, 2001). I psykologien har det kulturfaglige perspektivet særlig dreiet seg om å forstå skillet mellom individorienterte «vestlige» versus «ikke-vestlige» sosiosentriske konstruksjoner av «selvet» og dertil knyttet oppdragelsespraksis (Ahlberg, 2000; Hundeide, 2003). Men også innenfor dette faget begynner et mer flerstemt dialogisk perspektiv å gjøre seg gjeldende (f.eks. Bhatia & Ram, 2001; Hermans, 2001 Kagitcibasi, 1996; Oyserman, Coon & Kemmelmeier, 2002).

Konsekvenser for helsevesenet

Mange behandlingssteder må tilpasses en skiftende befolkningssammensetning, men det krever tid til refleksjon over arbeidsmåter, og muligheter for å ta del i hverandres perspektiver og erfaringer.

Det er en viktig helsepolitisk utfordring å sikre en ikke-diskriminerende praksis i henhold til pasientrettighetsloven.

De flerkulturelle utfordringene i helsevesenet er fremfor alt et spørsmål om profesjonsetikk. Man ser tendenser til at behandlere unnviker å ta innvandrerpasienter, eller at disse gis et annerledes tilbud, gjerne av dårligere kvalitet. Medisinering anvendes uten samtaleterapi, fordi dialog krever mer i en krysskulturell sammenheng. Minoritetspasienter har av språklige grunner allerede reduserte muligheter til å nyttiggjøre seg en rekke miljøtiltak (Østerskov, Kastrup & Jerlang, 2003). Ifølge Djuve (1995, s. 90) opplevde bare halvparten av flyktningene som søkte hjelp for sine helserelaterte problemer i Oslo, å få relevant hjelp. En femtedel mente faktisk at de ikke hadde fått noen hjelp i det hele tatt, og den resterende tredjedelen mente at hjelpen hadde vært klart utilfredsstillende. For eksempel oppga ca. 30 % at de ikke hadde fått hjelp med oversettelse (Grøtvedt, 2002, s. 60). Et omfattende problem er også at nære pårørende, for eksempel barn, blir brukt som tolker; profesjonelle tolker mangler fordi de er et ressurskrevende tiltak for helsevesenet.

Major (2000) har funnet at nær halvparten av behandlende parter, representert ved 115 institusjoner i psykisk helsevern, opplevde kulturkommunikasjon som særlig vanskelig. Dette bildet utdypes i en dansk rapport fra Videnscenter for Transkulturell Psykiatri (Østerskov et al., 2003). Slik tegner det seg et gjensidig problemmønster hvor både pasienter og deres behandlere synes misfornøyde.

Dilemmaer som kan oppstå mellom tolk og tolkebruker, tas opp i Jaregs (2005) håndbok som nettopp er publisert i NAKMIs serie. Når det gjelder felles utfordringer for alle som arbeider på dette feltet, er vi opptatt av modellutvikling på to plan: både i forhold til klinisk konsultasjon og det mer folkehelserelaterte «rommet rundt konsultasjonen» (Aambø & Ahlberg, 2005). Det er fordi vi ser det som viktig å sette samspillet mellom dialog og rammebetingelser mer i fokus. Minoriteters særlige utsatthet i forhold til helse og omsorg er knyttet til møter mellom individets mest personlige, intime sfære og intervensjoner som er lokalisert i eller utgår fra det majoritetsdominerte off-entlige rom (som sykehus, helsestasjoner eller sykehjem). Det mer eller mindre ufrivillige «tap av sted» som migranter opplever når de flytter på seg, peker på betydningen av å se på sosial tilhørighet også i en romlig forstand. Ikke bare innholdet i konsultasjonen, men den fysiske og geografiske rammen rundt, er viktig for helhetsopplevelsen av å ha fått god eller dårlig hjelp.

I den senere tid er den såkalte *link-workers model* eller talsmannsmodellen blitt introdusert for å minske krysskulturelle misforståelser og diskriminerende behandlingspraksis. Men en slik

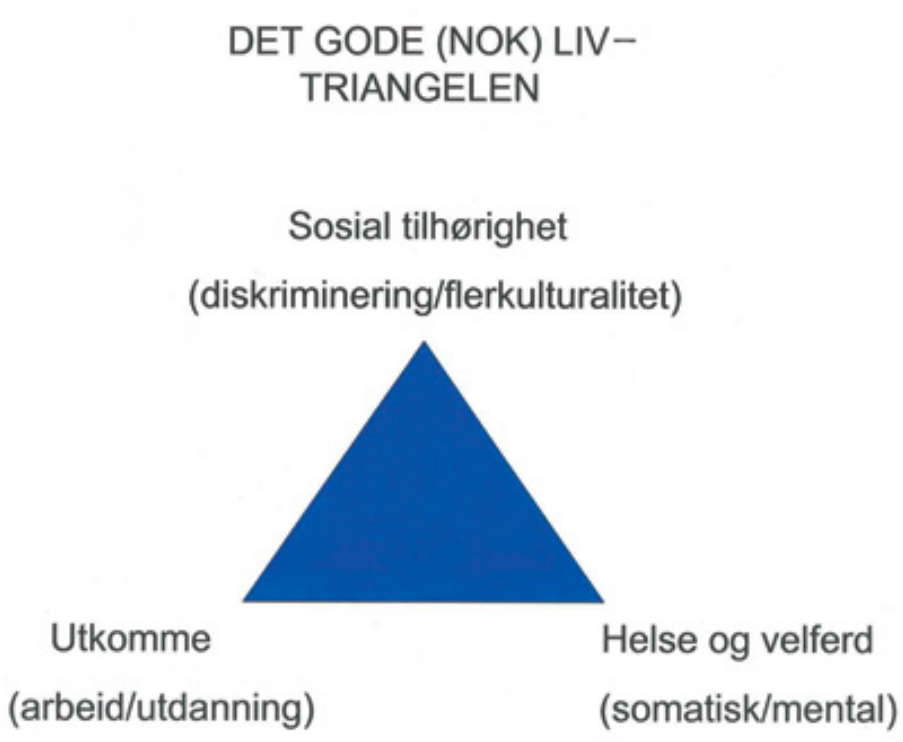
modell passer ikke til alle tilnærminger, og kan skape en del uventede etiske problemer (Korbøl, 2004; Aambø, 2004). Den tid som innvandrere får til rådighet i konsultasjoner, blir drastisk redusert på grunn av tolkebehovet. Dertil kommer at en tolket konsultasjon innebærer at tre personer blir involvert, noe som kan invitere til konkurranse om hvem som har definisjonsmakt eller får skylden hvis noe går galt (Ahlberg, 2002a).

Et godt (nok) liv

Migrasjon og påfølgende minoritetsposisjon gir en økt risiko for somatiske og psykiske lidelser, noe som ofte både kan tilbakeføres til traumatiske hendelser og sykdomsprofiler i opphavsland, migrasjonsbelastninger og integreringsproblemer. For innvandrere og minoriteter, som for andre, er det først og fremst et spørsmål om å få de grunnleggende tingene på plass og sikre god nok autonomi både på individnivå og grupp enivå. Men hva som kommer først, er avhengig av omstendighetene for øvrig, som arbeidsmarked, fattigdom og alderssammensetning.

«Det gode (nok) liv»-triangelen (se figur 1), som bygger på kunnskap om hvilke elementer som er avgjørende for at innvandrere skal få til et godt (nok) liv, har tre dimensjoner, symbolisert ved hjørner: *sosial tilhørighet* (diskriminering/flerkulturalitet), *utkomme* (arbeid/utdanning) og *helse og velferd* (somatisk/mental). Migrasjon dreier seg om endringer og i mange tilfeller forstyrrelser på alle disse feltene. Men problemer i ett «hjørne» kan til en viss grad oppveies av faktorer knyttet til et annet hjørne. For eksempel kan manglende arbeid eller helseproblemer oppveies av velferdsordninger og familieomsorg. Graden eller summen av opplevde problemer synes å være avhengig av graden av (u)balanse eller antall berørte «hjørner», slik at de mest resurssvake er preget av en svekkelse av samtlige dimensjoner.

Figur 1. Det gode (nok) liv-triangelen: En modell som viser de mest sentrale faktorer for at immigranter skal kunne ha et godt (nok) liv



Helse handler i bunn og grunn om å være i stand til å håndtere dagliglivets påkjenninger. Et godt sosialt nettverk og støtte kan modifisere og omdanne våre reaksjoner på stressende opplevelser (Ambø & Ahl berg, 2005). Modellen kan hjelpe oss å holde fast ved en flerdimensjonalitet som er nødvendig for forståelse av integrasjonsprosesser for innvandrere. Det er et stort behov for mer kunnskap innenfor alle disse tre dimensjonene.

Selv oppgir for eksempel flyktningene hyppigst livssituasjonen i Norge som årsak til at de søker hjelp for psykiske plager (44 %), mens bare en av tre oppgir tidligere forhold i hjemlandet (Djuve 1995, s. 90). Det dreier seg om en kategori migranter som, omplassert i vestlig-urbane miljøer, er en risikogruppe når det gjelder de nye omgivelsenes tilpasningskrav. Mange viser også en tendens til, av frykt for nederlag, å unngå storsamfunnet og forholde seg til sine egne miljøer – miljøer som kan være mer orientert mot tilsvarende grupper i andre land fremfor stedlig nasjonal tilhørighet (Bryceson & Vuorela, 2002).

Til tross for enkelte positive signaler, for eksempel når det gjelder innvandrerjenter og skolegang, eller et voksende antall utøvende kunstnere med en flerkulturell bakgrunn, opplever minoriteter fra den tredje verden fortsatt vansker med å nå frem både i utdanning og arbeid.

Den vanskelige kunnskapsinnhentingen

Skal vi øke vår kompetanse på dette feltet, må vi ta metodeproblemene på alvor. Mange studier sliter med både svarprosent og validitet (Ahlberg, 1999). Dette gjelder ikke minst den ovenfor refererte norske innvandrerhelseundersøkelsen (HUBRO) og flere tilsvarende nordiske studier. Vi beveger oss på et forskningsfelt der mange ting settes på spissen, både etisk, kulturelt og i et flergenerasjonsperspektiv. Strukturelle forhold kompliserer de praktiske problemene som er knyttet til forskning i forhold til innvandrergrupper. Når det gjelder forskningen på dette området, er det derfor viktig at ikke bare kunnskap om statistiske korrelasjoner, men også tverrfaglig kompletterende analyser og brukernes egne perspektiver blir ivaretatt som grunnlag for konklusjoner og tiltak.

Forskningsresultater på dette feltet blir lett beheftet med sosiokulturell partiskhet både når det gjelder begrepskonstruksjoner og målemetoder. For eksempel kan et sykdomsbilde inkludere ukjente forestillinger av krysskulturell art, som ikke blir fanget opp av statistikken fordi de ikke er tematisk dekket i spørreskjemaene («Man får svar som man spør»). Mange studier på dette området, særlig medisinske, opererer også med altfor generelle kategorier til å ha særlig nytteverdi. En tendens til forenkling som er blitt referert til som *The West and the rest. Dessuten kan det være langt mellom den forskningsmessige eller kliniske forståelse og brukerens egne prioriteringer.*

Kulturbetingede forskjeller blir gjerne avsondret fra og stilt i motsetningsforhold til det kjente landskapet. Kulturforskjeller blir en restkategori som må forklare det uforklarlige man nødig bryr seg med innenfor *midtstrøms*-medisinen. Ifølge Mirdal (1999) har for eksempel remedikaliseringen av psykia-trien i de senere år ledet til en nedtoning av kulturelt mangfold til fordel for universelle biologiske karakteristika.

Men også den særskilte forskningen på internasjonal migrasjon og etniske relasjoner (IMER), er blitt kritisert for å ha for lite primærkontakt med feltet, og for å bygge på andrehåndskilder. Heller ikke kvalitativt orienterte feltforskere unnslipper problemer med informanttilgangen. For eksempel vil en del feltarbeidere kunne møte mistillit i enkelte minoritetsmiljøer, fordi de blir oppfattet som myndighetsrepresentanter – som særlig flyktninger har dårlige erfaringer med fra sine hjemland (Ahlberg, 2002b) – og ikke så sjelden i Norge.

I begynnelsen av 90-årene ble det i regi av American Psychiatric Association nedsatt et utvalg (Coordinating Group for the Task Force on Culture) for å revidere DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ut fra et kulturorientert perspektiv. Arbeidsgruppen kom med flere

forslag til endringer, men disse ble ikke imøtekommet i revideringer av manualene. Dette har ført til at toneangivende forskere har hevdet at man, analogt med sigarettpakker, burde klistre advarsler på manualene om at de kan være farlig for personer utenfor den vestlige verden.

Avslutning

Vi mener at det norske helsevesenet har forsømt de mer tradisjonsorienterte migranters behov, og har vært mest opptatt av flyktingers traumeproblematikk. Det er viktig å påpeke at migranter ikke først og fremst er sykdomsbærere, men at de også har fordeler av å flytte på seg. I løpet av overgangen til et nytt miljø møter de imidlertid situasjoner og betingelser som øker deres utsatthet for infeksjoner og psykososiale og livsstilsrelaterte helseproblemer. Det kan medføre både et underforbruk og overforbruk av helsetjenester i enkelte grupper og i forhold til visse sykdomskategorier. Dette vil også utfordre *kvaliteten* på tjenestene.

Selv om ikke alle innvandrere føler behov for noen ekstra behandling, er veiene minoriteter tar i behandlingssystemet, egnet til å blottlegge også mer generelle sider av den rollen helse spiller i velferdsstaten. Eksempler på dette er spenningen mellom behovet for å beskytte sårbare enkeltindivider og å foreta tvangsinngrep i deres liv. Her, i skjæringspunktet mellom det offentlige og private rom, blir viktige samfunnsetiske utfordringer synliggjort. Derfor kan innvandrerforskningen fungere som et speil for å øke vår forståelse av samfunnet i sin alminnelighet.

Kan man så si noe mer konkret om hva slags implikasjoner dette får for psykologisk arbeid per i dag? Ettersom den terapeutiske alliansen blir så sterkt utfordret i krysskulturelle sammenhenger, kan det fastslås at vanskelige avveininger mellom profesjonell nærhet og distanse aktualiseres. I kliniske sammenhenger kan man følgelig se tendenser både til underinvolvering og overinvolvering i krysskulturelle pasienter.

I regi av Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) arbeides det for å øke den flerfaglige bevisstheten når det gjelder den forskningsbaserte kunnskapen, men også med kulturbasert formidling på feltet. I samarbeid med Task Force on Migrant Friendly and Culturally Competent Health Care, som er et tiltak i EU-regi, utvikles strategier for hvordan oppnå et mer likeverdig tjenestetilbud til innvandrerbefolkningen og andre minoriteter. Målet er økt krysskulturell forståelse i helsesammenheng og identifisering av viktige områder for gjensidig læring. Når vi beveger oss mot

et pasientorientert perspektiv, blir det tydelig hvor sterkt knyttet helse og mestring er til evnen til å fungere i sosiale roller.

Helse og sykdom, uansett om det gjelder nye eller gamle brukergrupper, gjenspeiler seg i krysskulturell kommunikasjon. Det blir som å se i et speil; gjennom å oppdage «de andre» blir vi oppmerksomme på nye sider ved oss selv. Dette gjelder innvandrere så vel som majoritetsbefolkningen, personer så vel som fag og systemer. Gjennom å se nærmere på forholdet mellom helsemessige og kontekstuelle faktorer kan fagfolk få ny innsikt i viktige sider av sin virksomhet. Slike bestrebelser er særlig fruktbare i krysskulturelle sammenhenger.

Nora Ahlberg
NAKMI
Søsterhjemmet Ullevål Universitetssykehus, 0407 Oslo
Tlf 22 56 11 81
E-post nahlberg@medisin.uio.no

Referanser

Ahlberg, N. (1990). *New challenges – old strategies. Themes of variation and conflict among Pakistani muslims in Norway.* Transactions of the Finnish anthropological society No. 25. Helsinki: Finnish anthropological society.

Ahlberg, N. (1998). Om dobbelteffekten av tortur- og kulturtraumet i terapeutisk arbeid med flyktninger: Et kulturpsykologisk perspektiv. I E. Hauff & N. Sveaass (red.), *Flukt og fremtid* (2. utg., ss. 71–80). Oslo: Ad Notam.

Ahlberg, N. (1999). Methodological choice and the study of sensitive issues: A case of refugee studies. I T. Ahlbäck (Ed.), *Approaching religion* (vol. 2, ss. 9–31). Stockholm: Almquist & Wiksell.

Ahlberg, N. (2000). *No five fingers are alike. What Kurdish female refugees told me in a therapeutic Setting*. Oslo: Solum forlag.

Ahlberg, N. (2002a). Muslim clients in health care and in the social service in Scandinavia. I P. S. van Koningsveld & W. A. R. Shadid (Eds.), *Intercultural relations and religious authorities: Muslims in the European Union* (ss. 67–86). Leuven: Peeters.

Ahlberg, N. (2002b). Intervjuing av klienter fra minoritetsgrupper: Et tverrkulturelt perspektiv. I M. H. Rønnestad & A. v. D. Lippe (red.), *Det kliniske intervjuet* (ss. 568–585). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Barstad, A. (2003). Levekår i storbyene: Noen bydeler er særlig utsatte. *Samfunnsspeilet*, nr. 2, 44–45.

Berg, J. E. & Johnsen, E. (2004). Innlegges invandrere oftere enn etniske nordmenn i akuttpsykiatriske avdelinger? *Tidsskrift for Den norske lægeforening, 124*, 634–636.

Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H. & Dasen, P. R. (2002). *Cross-cultural psychology: research and applications* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Bhatia, S. & Ram, A. (2001). Locating the dialogical self in the age of transnational migrations, border crossings and diasporas. *Culture & Psychology*, *7*, 297–309.

Blom, S. (1998). *Levekår blant ikke-vestlige innvandrere i Norge*. (Rapporter 1998/16). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Bryceson, D. & Vuorela, U. (2002). *The transnational family. New European frontiers and global networks.* Oxford: Berg.

Bäärnhielm, 2005. I gjestepennespalten (www.nakmi.no)

Bäärnhielm, S. & Ekblad, S. (2000). Turkish migrant women encountering health care in Stockholm: A qualitative study of somatization and illness meaning. *Culture, Medicine and Pøsychiatry*, *24*, 431–452.

Dalgard, O. S. (2005). Psykisk helse blant innvandrere i Oslo. Resultater fra befolkningsundersøkelser. I N. Ahlberg, A. Aambø & I. Gihle (red.), *Helse- og omsorgsmessige utfordringer i forhold til minoriteter. Tilbakeblikk og erfaringer* (ss. 25–32). NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr 1. Oslo: NAKMI.

Dinesh, B. & Bahl, V. (Eds.). (1999). *Ethnicity: An agenda for mental health*. London: Gaskell.

Djuve, A. B. (1995). *Skaff meg en jobb'. Levekår blant flyktninger i Oslo*. (Fafo-rapport 184). Oslo: Fafo.

Grøtvedt, L. (2002). *Helseprofil for Oslo*. *Voksne*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Hammad, R. S. & Vangen, S. (2003). *Health and migration: A review.* NAKMI småskrifter/NAKMI Papers nr. 2. Oslo: NAKMI.

Hammad, R. S., Akthar, H., Ahlberg, N., Dalen, I., Claussen, B. & Dalgard, O. S. (in press). *Inequalities in health: A comparative study between ethnic Norwegians and Pakistanis*.

Hauff, E. (1998). *The stresses of war, organised violence and exile: A prospective community cohort study of the mental health of Vietnamese refugees in Norway*. Doktoravhandling. Dept. Group of Psychiatry, University of Oslo.

Hermans, H. J. M. (2001). The dialogical self: Toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture & Psychology, 7,* 243–281.

Hettige, S. T. (1998). Pseudomodernization and the formation of youth identities in Sri Lanka. I S. T. Hettige (Ed.), *Globalization, social change and youth* (ss. 11–23). Centre for Anthropological and sociological studies, University of Colombo.

Hjelde, K. (2003). *Diversity, liminality and silence. Integrating young unaccompanied refugees in Oslo*. Doktoravhandling. Dept Group of Psychiatry, University of Oslo.

Hundeide, K. (2003). *Barns livsverden: Sosiokulturelle rammer for barns utvikling.* Oslo: J. W. Cappelens forlag.

Jareg, K. (2006). *Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak. En håndbok i tolking.*

Oslo: NAKMI (NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr 2).

Kagitcibasi, C. (1996). *Family and human development across cultures. A view from the other side*. Mhawah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Kirmayer, L. J. (1984). Culture, affect and somatization. *Transcultural Psychiatry Research Review, 21*, 159–188.

Korbøl, A. (2004). *Linkarbeidet i Oslo – en begynnende oversikt.* NAKMI småskrifter/ NAKMI Papers nr. 2. Oslo: NAKMI.

Lie, B. (2004). *Ekteskapsmønstre i det flerkulturelle Norge* (Rapporter 2004/1). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Major, E. (2000). Psykiatrisk/psykologisk arbeid blant flyktninger og asylsøkere. *Tidsskrift for Den norske lægeforening, 120*, 3420–3423.

Mirdal, G. M. (1985). The condition of «tightness»: The somatic complaints of Turkish migrant women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *71*, 287–296.

Mirdal, G. M. (1999). Mellem sundhed og sygdom: reflektioner over somatisering. Psyke & Logos*,* 20*, 60–74.*

Mirdal, G. M. & Ryynänen-Karjalainen, L. (2004). *Migration and transcultural identities* Forward Look Report no. 2. Strassbourg: European Science Foundation.

Modood, T. (2003). *Multiculturalism, muslims and the British state.* Paper presented at the European Science Foundation Forwards Looks in Paris.

Oppedal, B. (2003) *Adolescent mental health in multicultural context. Ph.D. thesis.* Department of Psychology, University of Oslo.

Oyserman, D., Coon, H. M. & Kemmelmeier, M. (2002). Rethinking individualism and collectivism: evaluation of theorethical assumptions and meta-analyses. *Psychological Bulletin*, *128*, 3–72.

Varvin, S. (2002). *Mental survival strategies after extreme traumatisation*. Doktoravhandling. Faculty of Medicine, University of Oslo.

Vertovec, S. (2001). Transnationalism and identity. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, *27, 4*, special issue. 573–582.

Wikan, U. (2003). *For ærens skyld: Fadime til ettertanke.* Oslo: Universitetsforlaget.

Østerskov, M., Kastrup, M. & Jerlang, C. (2003). *Psykiatri i multikulturelt perspektiv. Erfaringer fra psykiatriske afdelinger i Danmark*. København: Videnscenter for Transkulturell Psykiatri.

Aambø, A. (2004). Bruk av tolker og naturlige hjelpere i helsetjenesten – erfaringer og utfordringer. I N. Ahlberg, A. Aambø & I. Gihle (red.), *Helse og omsorgsmessige utfordringer i forhold til minoriteter. Tilbakeblikk og erfaringer.* Oslo: NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr 1, 102–111.

Aambø A. & Ahlberg, N. (2005). Legekofferten en verktøykasse for helsepersonell til bruk i den krysskulturelle konsultasjonen. *Utposten*, 2, 8–15.

Publisert: 30.11.2006, Tidsskrift for Norsk psykologforening.