

Psykiatrisk vård i ett mångkulturellt område

Ur vårdpersonalens synvinkel

Författare: Moa Isacsson

Socialantropologiska institutionen

Examensarbete 15 hp

Socialantropologi C

HT 2009

Handledare: Renita Thedvall

English title: Psychiatric care in a multicultural area – From the care staffs
perspective



Stockholms
universitet

Abstract

The aim of the study was to investigate how the staff on a psychiatric out-patient clinic in a multi cultural area experiences the influence of cultural features on their patients, themselves and thus the contact between them in the care situation. Through semi-structured interviews with employees at a clinic in an area with a large number of immigrants I got an insight into their thoughts on the issue. Themes discussed included a fear of unequal care, a difficulty to reach people in need of psychiatric care in the area, a complicated communication and a more intricate treatment. The study shows that the informants believe that cultural background affect the meeting between staff and patient as well as their ability to understand each other. They think that cultural competence and an awareness of the effect of culture are needed in the health care in a multi cultural society for the care to be equal.

Nyckelord

Psykiatri

Öppenvårdsmottagning

Psykiatrisk vård

Psykisk sjukdom

Jämlik vård

Migration

Mångkulturellt område

Okända uttrycksformer	1
Vägen till det empiriska materialet	3
Kulturbegreppet	4
Våra dörrar är alltid öppna	6
Mitt första besök	6
Stora vårdbehov	7
Medvetenheten måste hållas levande.....	9
Kulturformuleringen	10
Kulturskillnaders inverkan	12
Att inte nå ut.....	12
En mer komplicerad kommunikation	14
En mer invecklad behandling	18
Ojämlig vård.....	21
Grunden är densamma	22
Slutsats: Kunskap och medvetenhet.....	24
Referenser	26

Okända uttrycksformer

Medan jag arbetade på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning i Stockholm frågade jag mig många gånger vilka faktorer som styr hur vi upplever och uttrycker psykisk sjukdom. Dessa frågeställningar dök framförallt upp när det ibland uppstod situationer där personalen hade svårt att förstå patienters uttryck, upplevelser och förklaringsmodeller. Detta gällde ofta patienter med utländsk bakgrund. Särskilt reagerade jag när asylsökande från ett speciellt land betedde sig på ett sätt som var väldigt självdestruktivt och ovanligt. Jag hörde vårdpersonal säga att dessa asylsökande lärt sig bete sig på detta sätt och spelade sjuka för att få asyl, vilket ledde till att de inte alltid togs på allvar. Trots att jag insåg att det kunde finnas en risk att vissa desperata människor tog till sådana handlingar för att få asyl undrade jag om det inte också kunde vara ett sätt denna grupp människor uttryckte sin psykiska ohälsa. Jag undrade om kulturella faktorer påverkar hur vi uttrycker psykisk sjukdom samt hur vi förstår och beskriver psykiska symptom. Om det kunde vara så, oroade jag mig för att människor avfärdades och inte fick den hjälp och förståelse de skulle behövt.

När jag nu fick chansen att läsa mer om detta har jag insett att det finns mycket publicerad forskning i ämnet. Studier har gjorts kring hur olika människor ser på, upplever, uttrycker och hanterar psykisk sjukdom, dessa skillnader kan vara personliga men även relaterade till exempelvis klass, kön, ålder och kultur (Appleton A. 2000, Becker A.E. et al. 2002, Good B. 1997). Jag fann även att Transkulturellt Centrum, under Stockholms Läns Landsting, arbetar med att hjälpa vårdpersonal förstå kulturella aspekter kring psykisk ohälsa.

Detta gjorde mig nyfiken på hur man förhöll sig till detta i den psykiatriska vården. Jag ville veta om man upplevde skillnader mellan grupper, om det påverkade vårdsituationen och hur man i så fall hanterade det för att kunna ge alla den vård de behöver. För att undersöka det på en plats där det torde vara särskilt relevant vände jag mig till öppenvårdspsykiatri i ett invandrartätt område i Stockholm.

Syftet med studien är undersöka hur personalen på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i ett mångkulturellt område upplever att kulturella aspekter påverkar deras patienter, dem själva och därmed kontakten dem emellan i vårdsituationen.

I nästa avsnitt beskrivs de metoder som används varefter jag presenterar det område och den

mottagning som studerats. Därefter presenterar jag mina informanternas reflektioner och analyserar det i relation till den litteratur som lästs för att slutligen sammanfatta något av det som kommit fram ur studien.

Vägen till det empiriska materialet

När jag bestämt mig för vilket område i Stockholm jag var intresserad av tog jag kontakt med den aktuella öppenvårdsmottagningens verksamhetschef. Hon i sin tur skickade ut en förfrågan till hela mottagningen om intresse av att delta i studien. Jag fick kontakt med fem personer som ville medverka varpå vi bestämde tid för intervju. Senare fick jag ytterligare tre kontakter genom en av informanterna. Det föll sig så väl att mina informanter var både kvinnor och män och innefattade alla arbetsroller, nämligen läkare, psykologer, sjuksköterskor, mentalskötare, terapeuter, kuratorer och arbetsterapeuter.

Det var svårt att formulera en exakt frågeställning innan intervjuerna hade påbörjats då jag var intresserad av vad som skulle vara det centrala i informanternas berättelser. Därför användes semistrukturerade intervjuer med ett antal förutbestämda frågor som även gav möjlighet till uppföljningsfrågor och för informanterna att vidareutveckla svaren åt det håll som de ansåg naturligt eller viktigt. Denna intervjumetod gav mig bättre inblick i informanternas tankar och uppfattningar. Problemet med metoden är att alla informanter inte får samma följdfrågor och kan fördjupa sig i olika saker. Jag tyckte mig tydligt se vilken del av arbetet de olika personerna tyckte var mest intressant då de mer ingående diskuterade detta. Men trots det resonerade alla informanterna rikligt kring de ämnen jag var intresserad av, vilket hjälpte mig att komma fram till uppsatsens fokus. Det gav dessutom ett bättre underbyggt stöd för analys och slutsatser.

Mötena med informanterna skedde på deras arbetsplatser i runt en timmes långa intervjuer. Dessa spelades in för att slippa störa samtalet med att skriva samt för att i efterhand kunna analysera informationen. Efter intervjutillfällena transkriberade jag intervjuerna vilket gjorde det lättare att bena upp vad som sagts och hitta röda trådar och likheter i deras berättelser. I den föreliggande texten presenteras en mängd citat ur dessa intervjuer. Citaten är i några fall sparsamt redigerade för att undvika vissa upprepningar och ett alltför stakande språk.

Kulturbegreppet

Begreppet kultur är centralt i uppsatsen och jag har valt att använda det trots att det är ett många gånger problematiskt och omdiskuterat koncept. I socialantropologin var kultur del av disciplinens grundstomme men har på senare år kritiserats och i vissa kretsar används det inte. Sedan tidigt fanns olika skolor med skiljda förklaringsmodeller av vad kultur är och vilket inflytande det har på människan. Tylor beskrev 1871 kultur som ”den komplexa helhet som inrymmer kunskap, tro, konst, moral, lag, sedvänja, samt varje annan förmåga eller vana som kan förväntas av människan som samhällsmedlem” (Citerad i Mair, 1971:16). Senare fokuserade många antropologer på att studera samhällen snarare än kulturer. Kultur sågs då hellre som det sätt sociala relationer uttrycks (Mair, 1971:17).

När mina informanter talar om kultur har de alla en egen uppfattning om vad det är. Vid en direkt fråga svarade många något som ”ja, det kan ju vara allt, hur man har vuxit upp, var och under vilka sociala förhållanden”. Men oftast tolkade jag det som att de talade om beteende, värderingar och uppfattningar kopplade till ursprungsland.

För mig är kulturbegreppet viktigt för att beskriva likheter inom en grupp som skiljer den från en annan. Öhlander menar att ”termen utgör ett sammanfattande ord för bland annat livsstil, beteenden, specifika traditioner, normer man lever efter, ideal och värden som är centrala, sätt på vilka verkligheten uppfattas och tolkas” samt, vilket jag finner intressant i relation till denna uppsats, ”hur något (t.ex. smärta, ilska eller glädje) gestaltas och förmedlas” (Öhlander, 2005:21). Även om kultur inte är något statiskt utan tvärtom väldigt föränderligt har det en stor betydelse i många sammanhang.

Ofta, kanske nästan alltid, är kultur något vi inte uppfattar hos oss själva, det blir inte tydligt förrän vi hamnar i ett sammanhang där kulturer möts. Vid dessa möten finns stor plats för missförstånd och feltolkningar varför det ändå kan vara viktigt att uppmärksamma betydelsen av kultur, både egen och andras. Även om denna betydelse inte bör övertolkas så att individen försummas.

Den svenska antropologen Mikael Kurkiala menar att kulturbegreppet väcker starka känslor och har anklagats för att reducera individualitet och avvikelser hos folk man ser som

primitiva. Kritikerna menar att man genom användandet av kulturbegreppet fått hela folk att framstå som förprogrammerade robotar som endast reproducerar förfädernas traditioner. Kurkiala anser att man för att kunna använda begreppet måste undersöka och kartlägga det. I enlighet med detta syfte har han anammat det diagram antropologen Ulf Hannerz skapat för att försöka tydliggöra vilka typer av fenomen som skulle kunna vara personliga, kulturella och universella (Kurkiala, 2005:52). I diagrammet delas individ, beständigt kollektiv och universellt även in i medfödda och förvärvade (Hannerz, 1993).

Medfött

Förvärvat

Individ	1. Musikalitet, språk, inlärningsförmåga	2. Yrkeskompetens, musiksmak, intressen
Beständigt kollektiv	3. Rasspecifika särdrag, <<folksjälen>>	4. Kokkonst, folkdans, värderingar
Universellt	5. Förmåga till symboliskt tänkande	6. Incesttabu, religion

(Kurkiala, 2005:52)

I dessa boxar kan man då tänka sig olika fenomen. Box 3 är nog mest kontroversiell då de egenskaper som traditionellt stoppats in där kanske främst är rasistiska föreställningar om olika gruppers medfödda egenskaper. De senare vetenskapligt bevisade genetiska skillnaderna mellan grupper har oftare varit fysiska än psykiska. Kulturella fenomen skulle främst hamna under box 4 men påverkar möjligen även de fenomen som återfinns i box 2 och 6.

Gränsen mellan det kulturspecifika och universella diskuteras ständigt i socialantropologin. Kurkiala demonstrerar vikten av att förstå vad som är universellt, personligt och kulturellt genom att hänvisa till en bok av deckarförfattaren Tony Hillerman. I boken löser huvudpersonen effektivt mordgåtor i ett indianreservat genom att ha insyn i navajoinianernas förståelse av världen. Han, till skillnad från de FBI agenter som jobbar med fallet, ställer rätt frågor som leder till relevanta svar eftersom det övergripande sammanhanget som mordet ägt rum i var kulturspecifikt (Kurkiala, 2005:49). Det är precis så informanterna i denna studie menar att de får förståelse för sina patienters besvär, genom att ställa relevanta frågor.

Våra dörrar är alltid öppna

Mottagningen jag studerat är en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Detta innebär att patienterna inte är ineliggande utan kommer på regelbundna möten. Frekvensen av möten och vårdperiodens längd beror på den enskilda patientens behov.

På öppenvården arbetar läkare, sjuksköterskor, mentalskötare, psykologer, terapeuter, kuratorer och arbetsterapeuter. Patienten träffar alltid en läkare, psykiater, för att bedömas och få medicinsk behandling. Därefter kopplas ofta även en annan behandlare (psykolog, sjuksköterska eller skötare) in som patienterna kan ha en tätare samtalskontakt med. Arbetsterapeuter och kuratorer träffar patienter som har problem med arbete, försörjning, bostad etc. För att komma till öppenvården kan man ta direktkontakt för att boka en tid men ofta remitteras patienter från vårdcentralen eller psykakuten.

Den aktuella mottagningen har funnits i olika konstellationer i närmare 30 år. Mottagningen är uppdelad i tre avdelningar som mellan sig har delat upp ansvaret för psykosvård, unga vuxna mellan 18 och 25 år, patienter med större behov av vård, ett vanligt allmänpsykiatriskt team samt ett team för gamla med en del geriatrisk vård.

Mitt första besök

När jag kommer in på mottagningen första gången sitter en kvinna och gråter och blir omhändertagen av någon i personalen som pratar lugnande med henne. Jag anmäler mig i receptionen och sätter mig ned i en soffgrupp för att vänta på min första informant. En kvinna som också sitter och väntar tittar nyfiket på mig och ler. I övrigt finns ingen i det trevligt ombonade väntrummet. Mitt möte är ganska sent på eftermiddagen vilket kan vara en anledning till att det är så tomt. Senare berättar dock personalen även att många inte vill sitta i väntrummet där andra kan se dem och sprida rykten.

Mottagningen har många rum och jag ska senare upptäcka att de två andra avdelningarna verkar ännu större. Min informant berättar att det ibland är väldigt högt patienttryck då man på mottagningen har som regel att alltid vara tillgängliga för patienterna. Man har telefontid

fram till klockan 22.00 och på sena kvällar och helger finns ett jourteam tillgängligt som kan åka ut till patienter som behöver dem. Vid mitt andra möte besöker jag en av de andra avdelningarna. Där sitter fem patienter och väntar. En kvinna är väldigt uppvarvad och vill träffa sin kontaktperson på en gång, mer än så är svårt att förstå då hon inte talar mycket svenska.

Stora vårdbehov

Mottagningens upptagningsområde har strax över 80 000 invånare varav 67 % har utländsk bakgrund (USK, 2008). Utländsk bakgrund har enligt svenska myndigheter en person som är född utomlands eller vars båda föräldrar är födda utomlands (SCB, 2008). I detta område finns människor med ursprung i stora delar av världen och med vitt skilda bakgrunder. En stor grupp är turkar varav många kom redan på 60-talet som arbetskraftsinvandrare medan till exempel irakier och somalier, som också utgör en stor del av befolkningen i området, främst har kommit de senaste tio åren efter att ha flytt krig och konflikter. Befolkningen är ung men genomsnittsåldern har gått upp de senaste åren och är nu bara 4 år under snittet för hela Stockholm (USK, 2008).

Många människor i området är i behov av specialpsykiatrisk vård då den psykiska sjukligheten visat sig vara större än i de flesta andra delar av Stockholm (Bäärnhielm, Saers, 1998). Detta kan bero på att emigrering ökar riskerna för psykossjukdom (Lövtrup, 2009) samt att många av de boende i området har varit med om traumatiska händelser i sina ursprungsländer. Enligt mina informanter är i detta område ångestsjukdomarna vanligare än depressionssjukdomarna som annars är mest förekommande i Sverige. En stor del av patienterna som kommer till mottagningen har posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), en ångestsjukdom som resulterar av trauma. Även andra ångesttillstånd samt psykoser och depressioner är vanliga. Man berättar att de unga patienterna ofta har en annan bakgrund än den äldre generationen då de flesta av dem är födda i Sverige. De diagnostiseras förutom ångest och depression med lite annorlunda psykiska problem än de äldre såsom personlighetsstörning och neurologiska diagnoser som ADHD eller Aspergers syndrom. Informanterna berättar också att alla som ringer till ungdomsavdelningen blir mottagna vilket gör att det inte alltid kan ställas psykiatriska diagnoser utan att man även stödjer människor som genomgår en kris, har problem med relationer, problem att komma in i samhället, missbruk eller kriminalitet. Flera av mina informanter talar även om att de vanliga

tonårsproblemen med identitetsutveckling och processen av att bli vuxen ibland är svårare för unga med föräldrar som inte är integrerade i det svenska samhället. En av informanterna berättar:

”Krocken mellan kulturer kan bli problematisk, det är inte ovanligt att se att problemen hos barn eller föräldrar försämras när barnen kommer upp i tonåren. Barnen kanske har järnkoll på svenska samhället medan föräldrarna har slutit sig i det traditionella och i de människor man känner ifrån sitt hemland för att slippa gå från en traumatisk jobbig situation till att komma hit och försöka sätta sig i allt här vilket inte är en vilsam utan väldigt jobbig process. Då är det lätt att man sluter sig in i detta och blir extra traditionell. Barnen betar sig annorlunda. En 15åring vars mamma gick hos oss menade att ”ge mig pengar så sköter jag hushållet dubbelt så bra som mamma”. Det var ju fruktansvärt jobbigt för henne som var ensam mamma och det hon hade kvar att hålla fast i var hennes mammaroll som nu höll på att glida henne ur händerna till hennes 15 och 12åriga söner, vilket är tidigt att tappa det greppet vilket hon inte riktigt klarade av utan började tappa greppet på en massa andra saker också. Jag tror pojken skulle ha behövt stöd också men tyvärr har vi ett lite för dåligt samarbete med BUP (Barn och Ungdomspsykiatri), men vi jobbar på det.”

Medvetenheten måste hållas levande

Det stora vårdbehovet i området är en utmaning för personalen på mottagningen. Vid sidan av mängden patienter berättar mina informanter att varje enskild patient ofta behöver mer tid än patienter i andra områden. De nämner bland annat språkbarriärer och att det ofta tar längre tid att möta och förstå patienterna med annan bakgrund än personalens egen. Många av patienterna lever dessutom i en svår social situation utan arbete och bra boende vilket kan behöva redas ut innan man kan börja arbeta med det psykiska.

Svaret på min undran om vårdpersonalen ser kulturella skillnader som framstående i sitt möte med patienten framkommer snabbt i intervjuerna. Informanterna menar att man alltid måste vara medveten om att bakgrund och kultur påverkar patienternas sätt att närma sig vården, beskriva sitt tillstånd och uttrycka sina symptom. Dessutom måste man vara medveten om sin egen kulturella bakgrund och tänka på hur man närmar sig patienten, pratar och tolkar saker. De tror att de sätt man använder på mottagningen för att möta patienterna och få möjlighet att hjälpa ofta är annorlunda från mottagningar där de flesta patienter har svensk bakgrund.

”Vi jobbar på ett annorlunda sätt för vi måste försöka vara väldigt ödmjuka och det är viktigt att tänka i någon mån social konstruktivistiskt även om det inte är tidsenligt nu. Samarbetet med Transkulturellt centrum och deras utbildning har varit väldigt bra. De har ju, vilket är bra samtidigt som det är problematiskt, att man kan ringa in och prata och säga att jag har den här personen som kommer från den här kulturen och såhär ser situationen ut - hur kan man tänka att den här personens kultur påverkar det här? Men man får inte dra för hårda växlar för det för det är egentligen lika absurt att säga 'jag har en svensk här och han betar sig så här, vad säger det?' Men samtidigt går det inte att släppa, det är en faktor. Man måste vara ödmjuk både för sin egen bakgrund och hur den färgar hur jag ser på saker och ting och den andra personen. Och kanske inte överdiagnostisera t.ex. som jag tror sker i vissa lägen för att man ser kulturella skillnader för något som det inte är.”

Mottagningen arbetar nära Transkulturellt Centrum, ett kunskapscentrum inom transkulturell psykiatri samt sjuk- och tandvård för asylsökande och flyktingar under Stockholms läns landsting. Centret arbetar för att stödja hälso- och sjukvårdspersonal i kulturmötesfrågor och frågor kring migration och flyktingskap. Alla som arbetar på mottagningen får en utbildning

hos dem för att få större förståelse för hur kulturella skillnader kan spela in i deras arbete och hur man kan hantera det.

Kulturformuleringen

Att diagnostisera människor med psykiska problem är dock aldrig lätt, oberoende av patientens och behandlarens bakgrund. Till sin hjälp har man därför två olika manualer. För det första det övergripande klassificeringssystemet för sjukvården som heter International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), utgiven av World Health Organization (WHO, 2007). Där finns koder för olika sjukdomstillstånd som stödjer läkare, samordnare och forskare med att kommunicera patienters tillstånd samt underlätta kartläggning och statistik kring morbiditet och mortalitet. Men framförallt använder man inom psykiatri 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Edition' (DSM-IV), en manual som produceras av American Psychiatric Association (2000) och används för diagnostisering inom psykiatri över hela världen. Den täcker alla nu kända psykiatriska sjukdomstillstånd och störningar med förklaringar av diagnoser och dess symptom och uttryck. Man har dessutom sett ett behov av att lägga till en kulturformulering (American Psychiatric Association, 2002) till denna manual för att hjälpa klinikern att utvärdera och rapportera betydelsen av patientens kulturella sammanhang. Transkulturellt Centrum i Stockholm därefter framställt en manual (Bäärnhielm et al., 2007) med förslag på hur man intervjuar patienter i enlighet med kulturformuleringen i DSM-IV. De menar att vården behöver strukturerade modeller för att lyckas kombinera berättigad kategorisering med att förstå patientens lidande, behov, resurser och förväntningar på behandling. Manualen ger exempel på frågor vårdpersonalen kan ställa för att utforska patientens perspektiv på sjukdom och hans/hennes sociala och kulturella sammanhang. Några exempel på frågor ur manualen som kan öppna upp för en bättre förståelse är "Vilka ord brukar du använda när du talar om dina besvär med din familj, anhöriga eller vänner?" och "Om du hade bott kvar i ditt ursprungsland, vilken hjälp och behandling hade du sökt då?" (Bäärnhielm, Scarpinati Rosso, 2009).

På mottagningen jag studerat menar många att DSM-IV och ICD-10 ibland är för rigida och välkomnar kulturformuleringen och intervjumanualen.

"Det viktigaste målet med kulturformuleringsprojektet är att kunna belysa problem från olika

infallsvinklar och att kulturen spelar en roll. Om man tittar på diagnosmanualerna (DSM, ICD10) finns inte de aspekterna alls med utan det är bara en upprädnig av symptom och det här tas inte ens i beaktande även om det är en faktor som påverkar väldigt mycket.”

All personal på mottagningen får en introduktion till intervjumanualen för att lära sig vara bredare i sina frågor till patienterna. De är väldigt positiva till denna utbildning och tycker att de lärt sig mycket som de använder sig av även om ingen av dem säger sig använda manualen under patientsamtalen.

Kulturskillnaders inverkan

Efter att ha genomfört alla intervjuerna kunde jag uttyda tre huvudfrågor. Dessa var ämnen som majoriteten av intervjupersonerna diskuterade mycket kring och framhöll som kulturskillnadernas tydligaste följder. Jag har kallat dem: Att inte nå ut, En mer komplicerad kommunikation och En mer invecklad behandling.

Att inte nå ut

Under mina intervjuer framkommer ofta att det är svårt att nå ut med vård till människorna i området och man oroar sig över att det är många som behöver men inte får hjälp. Detta verkar i vissa fall bero på okunskap om att psykiatri finns tillgänglig för dem och i andra att man av olika anledningar inte vill ha något med psykiatri att göra.

Enligt mina informanter är synen på psykiatri tabubelagd hos många och det anses vara en skam att må psykiskt dåligt eller uppsöka en psykiatrisk mottagning. Denna skam är nog vanlig i alla kulturer, även i den svenska, men informanterna menar att det är så starkt hos vissa att anhöriga inte kan acceptera att en familjemedlem behöver psykiatrisk vård. De berättar att vissa patienter uttrycker det som att man inte kan prata om sådana saker av hänsyn till andra i familjen.

”Det finns kulturer där det inte är okej att vara psykiskt sjuk och det är inte ok för familjen att man går till psykiatri eller äter sån medicin oavsett hur man mår. Sånt som vi ser som allvarlig psykisk sjukdom är otroligt skamligt. Den skammen finns överallt men det är extra märkbart hos vissa och gör att vi ser färre människor från såna kulturer för de har mycket högre ribba. De kommer ofta via slutenvården eller akuten då de har krackelerat. Man får försöka hitta något sätt att hantera det. De som väl kommer vill ofta ha hjälp men man kan fundera på hur många som skulle behöva hjälp som inte kommer.”

Många, speciellt nyanlända invandrare, har dålig inblick i det svenska systemet, vet inte hur samhället är strukturerat och vad som erbjuds dem. Dessutom är psykiatrisk vård inte etablerad i stora delar av världen och människor vet inte att denna typ av vård ens existerar eller för vilka åkommor man skulle kunna söka sig dit.

”Jag träffade en man som var djupt traumatiserad sedan barn- och ungdomen av tortyr, misshandel, sexuella övergrepp etc. Han mådde nu jättedåligt men visste inte vad det var för fel på honom trots att han förstod att det var något galet och ville få hjälp att ta reda på vad det var och vad det berodde på. Han försökte förklara och berätta hur det kändes i kroppen och då trodde man på vårdcentralen att han menade att han hade ont i ryggen och skickade honom till någon sån doktor men till slut var det någon som förstod att den här mannen behövde få komma till någon inom psykiatri och prata om hur han har det och han var så lättad för det var ju det här han hade sökt men eftersom han inte visste vad som fanns så hur skulle han då veta vad han skulle säga att han ville ha.”

I många länder finns ett fåtal psykiatriska sjukhus där de människor som är väldigt sjuka och inte längre kan tas om hand hemma hamnar. Informanterna menar att detta märks hos patienterna som tror att psykiskt sjuka är farliga och våldsamma.

”Jag har märkt att, mest kvinnor, som själva är psykiskt sjuka är rädda för andra som är psykiskt sjuka och ser inte att de själva är det. Jag får åka ner och hämta patienten i huvudentrén för de är rädda för såna som står vid hissen. Man måste tänka på det och det komplicerar behandlingen lite, man måste bredda sig och inte endast ha psykiatriskt perspektiv.”

När psykiatrivården är begränsad används andra sätt för att lugna en väldigt sjuk och person.

”En av mina patienter berättade om en släkting som varit sjuk och fastkedjad vid ett träd i hemlandet. Om man har sådana minnen förstår man ju att psykisk sjukdom känns hemskt och då blir man väl rädd att söka hjälp också.”

En av mina informanter berättar att psykiatri misstänkliggörs i vissa grupper på grund av att berättelser från missnöjda patienter eller anhöriga har större genomslag till följd av okunskapen kring psykiatrivården och att man inom grupperna lever så nära varandra.

”Rykten och speciellt negativa rykten sprids fort och man litar inte riktigt på sekretessen här. Som sagt var är det oerhört viktigt för oss då att verkligen markera att den finns, men ibland så gör den ju inte det och det gör ju vårt jobb mycket svårare. Till exempel om någonting leder till en utredning av socialens barnenhet som enligt socialtjänstlagen har rätt att begära ut journaler av alla. Då sitter vi ju där med vår sekretess, när vilt främmande människor vill ta bort deras barn. Sådana negativa exempel tenderar ju att sprida sig och särskilt som gemenskapen inom grupperna i området är tät.”

Alla dessa faktorer leder till att patienter inte kommer direkt till mottagningen utan genom psykakuten där de hamnat då deras tillstånd gått väldigt långt. Detta hade kanske kunnat förhindras om de sökt hjälp tidigare. Andra kommer via vårdcentralen där läkarna förstått att patienten behöver specialisthjälp. När patienter inte vill ha kontakt med psykiatrin försöker man på olika sätt hitta en form av kontakt som passar bra för dem. Det kanske inte går att föreslå psykofarmaka eller att gå till en terapeut men kanske går det bättre att prata med en sjuksköterska.

På mottagningen arbetar man på olika sätt för att ändå nå ut till så många människor som möjligt, bland annat genom att ha telefontid 8-22 varje dag och att åka ut och träffa grupper av människor i deras egen miljö genom jourgrupper som besöker hemmen.

”För att berätta att vi finns söker vi upp t.ex. somaliska kvinnor med hjälp av Somaliska hälsoteamet. En gång i månaden träffar en kurator och en skötare en grupp kvinnor i någons hem och har knytkalas. Vissa kommer till oss den vägen, man måste veta att man kan få hjälp för att kunna få det. Tillgänglighet är också viktigt, vi avvisar aldrig någon, ingen blir hemskickad härifrån med ett telefonnummer i handen.”

Därutöver samarbetar mottagningen även med vårdcentraler och ungdomsmottagningar för att dela sina kunskaper kring såväl transkulturell vård som psykiatri. På detta sätt hoppas man fånga in så många personer som möjligt med behov av en kontakt i psykiatrin.

”På vårdcentralen försökte man bygga upp psykosocial kompetens, det var en bra inkörsport men resursbrist har nu trappat ned den ambitionen. Vi försöker samarbeta med såna instanser och vi kan åka dit om patienterna har svårt att komma hit. Vi samarbetar och handleder ibland ute och har ibland gemensam tid där vi kan sitta ner och prata tillsammans med ungdomsmottagning eller skolkuratorer.”

En mer komplicerad kommunikation

Informanterna berättar att det ofta tar tid för patienter i deras område att komma rätt i vården. Detta kan bero på att läkare på vårdcentralen eller andra specialistområden inte kan tyda de symtom patienten presenterar och inte förstår patientens förklaringsmodeller.

”Ofta är det inte mer komplicerat att diagnostisera för att det är människor från ett annat land men sen är det en grupp patienter, som inte behöver vara från samma nationella grupp, där

det blir jättebesvärligt och man inte vet vad det handlar om. Man vet inte vad som är hönan och vad som är ägget bland alla symptomen och förstår inte deras beskrivning av deras förklaringsmodell av hur detta påverkar en. Vilka hinder man har och vad detta beror på kan vara svårt att förstå och bringa reda i.”

Man menar att upplevelsen av sin egen ohälsa och sättet att förklara den kan variera mellan olika personer och mellan människor från olika kulturer. Patienterna kanske upplever att de mår dåligt somatiskt istället för psykiskt och beskriver symptom som huvudvärk, hjärtklappning och smärta. Det kan också vara så att man inte har ord att beskriva sin upplevelse i psykiska termer utan istället använder sig av somatiska beskrivningar. Detta gör det svårt för en ovan läkare att förstå att patienten behöver hjälp i psykiatri.

”Kulturen påverkar dels själva uttrycksformen av symptomet, man vet liksom att det här är acceptabelt och det finns i den här kulturen, men det påverkar även symptomet i sig. Om någon säger att jag har så fruktansvärt ont i huvudet så istället för att skicka till neurolog så frågar man ”vad menar du med att du har ont i huvudet? Vad betyder det?” och efter ett tag kommer det fram att den uppfattningen hon har av att ha ont i huvudet inte är det hon menar. Hon kanske menar att hon är deppig, har fem barn och en man som inte jobbar. Det ger en fördjupad förståelse. Hur man förmedlar sitt lidande är också annorlunda.”

När patienten själv inte anknyter dessa kroppsliga krämpor till att de mår psykiskt dåligt och är oroliga att de har hjärntumör eller hjärtattack är det enligt mina informanter viktigt att inte nonchalera denna oro. Man kan göra ett EKG (elektrokardiografi) eller liknande men sedan inte undersöka det vidare utan då ”försöka få patienten att börja tänka på om de här somatiska symptomen på något sätt i deras fantasi skulle kunna hänga ihop med att de mår dåligt [psykiskt]”. Den insikten måste patienten nå innan man kan inleda och lyckas med psykiatrisk behandling.

I våra samtal framhölls ofta att även om det psykiska tillståndet är detsamma kan symptomen och uttrycken te sig väldigt olika mellan olika människor. Kvinnor och män skildrades vid många tillfällen som att uttrycka sig olika.

”Om man grovt generaliserar kan man kanske säga att män som varit utsatta för trauma ofta blir mer utåtagerande medan kvinnor vänder det mer in mot sig själv och blir självdestruktiva eller deprimerade. Man brukar ju ibland säga att ”Kvinnor hamnar inom psykiatri och männen i brottsregistret”.”

Flera gånger nämns dessutom hysteri som ett vanligt symptom hos kvinnliga patienter med utomeuropeiskt ursprung medan det inte ses alls hos svenska patienter. Vid de hysteriska anfällen kan kvinnorna ligga på golvet och krampa, skrika eller till och med få känslösbortfall och tillfällig förlamning.

”Innan jag började jobba med invandrare så såg jag inte så mycket av hysteriska kvinnor i Sverige. Här händer det då och då att just kvinnor från de här länderna får hysterianfall på ett sätt som kanske fanns i Sverige på 1800-talet men som man inte ser så mycket av annars.”

Man menar att dessa symptombilder är kulturella och påverkade av det samhälle man vuxit upp eller lever i.

”Symptombilderna tar sig uttryck utifrån vad samhället förväntar. Vi förväntar oss inte att människor ska ha hysteriska anfall i Sverige. Det har gått över och gått genom smärtsyndrom till utmattningssyndrom osv. Det är som att unga flickor i Sverige skär sig, vilket inte är vanligt här. I andra länder kanske man mer förväntar sig detta. Det kommer glida över i något annat men samma sak ligger bakom, troligen ångest.”

Informanterna berättar också att det i många kulturer är mer tillåtet att leva ut sina känslor på ett sätt som man som svensk kan vara ovan vid. De understryker att det inte innebär att patienterna låtsas eller gör sig till vilket ibland antas. Det kan också vara lätt att tro att patienten är sjukare än vad de verkligen är.

”Man kanske tror att en människa mår sämre än de gör för att man kanske inte vet hur man reagerar i vissa kulturer. Det var en mamma från Palestina som fick ett jättesjukt barn och hon grät och skrek och då tillkallade de psykiologen och det var ju inte för att hon var psykiskt sjuk som hon skrek och grät utan det gör man i hennes kultur och då trodde man att hon var jättesjuk. Som tur var kom hon från psykiologen och sa att det var nog en fullständigt normal reaktion.”

Förutom dessa olika uttryck och förklaringsmodeller berättar man om att det breda användandet av tolk ofta gör det svårare att komma nära och förstå patienten fullt ut. Dessutom kan det vara nästan omöjligt att genomföra terapi med patienter som inte kan svenska.

”Jag har fortfarande inte jobbat terapeutiskt med tolk men jag vet att det finns vissa som gör det men det är ju jättesvårt. Det kräver ju en förtrolighet och dessutom är det svårt att få

samma tolk varje gång.”

Flera av informanterna tror att det bland vårdpersonal som inte är vana vid att träffa människor med olika bakgrund kan vara svårt att tolka vad som ligger bakom språksvårigheter och ovanliga uttryck. Man kan tro att personen är sjukare än vad den är eller tvärtom, att personen överdriver och därför inte ge den vård som behövs. Tidigare studier har visat stor feldiagnostisering hos minoritetsgrupper. Svarta amerikaner visades 1981 bli diagnostiserade för schizofreni i dubbelt så stor utsträckning som vita. Konsekvenserna av detta kan bli allvarliga. Vid sidan om det faktum att patienten inte får rätt hjälp kan man även utsättas för starka mediciner som då skadar mer än de hjälper. Författaren tror att en anledning till feldiagnostiseringarna är att patienten inte uttryckt och upplevt sina besvär på samma sätt som majoritetsbefolkningen (Good, 1997).

På denna mottagning är man dock van vid att människor uttrycker sig väldigt olika och arbetar för att förstå och kunna hjälpa patienterna. Alla de personer jag pratar med framhåller att de, ännu mer än vanligt, måste försöka förstå patientens hela situation.

”Man måste vara ödmjuk och förstå att man måste gräva, reflektera, fråga och ha någon slags helhetsperspektiv. Man kan inte tänka bara i form av DSM-V diagnoskriterier, men det kan man inte med någon och där börjar det kännas obehagligt, det känns, om man får överdriva lite, som att drömmen nu är att man kan lämna några formulär, göra skattningar, få fram en diagnos, farmaka behandla och eventuellt ge fem KBT behandlingar. Med min skolning och sätt att tänka kan det vara förödande för alla men det blir ju särskilt påtagligt när du har kulturella skillnader eller vad man nu ska säga, uttryck, som kan bli tolkade på ett annat sätt.”

Speciellt understryker informanterna att man lär sig förhålla sig mycket mer öppen och arbeta bredare vilket de tycker är viktigt att ta med sig vilken patient man än möter.

”Det är viktigt att man alltid ger den här platsen i början när man träffar en människa och det kanske är ännu viktigare om man kommer från en kultur som ter sig väldigt olika men det kan ju vara lika viktigt om man är svensk. Att människan får berätta om sitt sammanhang: var kommer jag ifrån, vad påverkas jag av, hur ser det ut, hur ser normer och tankar om livet ut runt omkring mig. Jag tror det är generellt när man jobbar i områden där det är så självklart som här att det är något man måste fundera på och man måste förhålla sig till och skaffa sig kunskap kring.”

Man berättar även om oväntade fördelar med det som kan kännas besvärligt och komplicerat till en början.

”Innan jag kom hit hade jag nästan inte jobbat med tolk men det är inte så svårt som man tror och efter ett tag lär man sig ju hitta bra tolkar. Och ibland är det till och med en fördel, jag kommer ihåg speciellt ett möte med en kvinna från barnenheten på socialen och två familjehemsplacerade barn och barnens mamma samt jag och en läkare. Stämningläget var ganska högt mellan båda två, mamman var jättearg och kände sig i försvarsställning och kränkt på olika sätt och jag tror det var jobbigt för den här kvinnan från socialen också, men emellan dem sitter tolken och han är kolugn. Och efter ett tag så bara sjunker stämningen och vi kan börja prata allihopa. Det var rätt lysande och jag har jobbat med honom mycket efter det.”

En mer invecklad behandling

När man väl nått patienten och kommit fram till vilka problemen är kan det vara svårare att komma överens om vilken behandling som behövs.

”Det svåraste med att diagnostisera är när det finns både psykiska och kroppsliga besvär och när man som behandlare och patient inte har samma åsikt om detta från början, då blir det nästan omöjligt ibland. Jag träffade en kvinna som hade haft epilepsi sedan barndomen. Neurologerna såg att hon dessutom hade några funktionella kramper [psykiskt orsakade] men hon höll själv inte med om detta över huvud taget och då är det omöjligt att behandla detta om epilepsin inte är ute ur bilden först.”

Om kvinnan hade haft insikt i att även psykiatriska tillstånd kunde ha detta uttryck hade hon kanske varit mottaglig för behandling även om de epileptiska kramperna var obehandlade. När man inte kommer överens om vad som är psykiskt och vad som är fysiskt är det svårt att komma fram till en behandlingsplan.

”Det är inte säkert att patienten anser att man ska lösa det genom psykiatrisk behandling – ’min doktor måste operera min rygg så kommer allting bli bra’. Då blir det ett pedagogiskt problem eftersom lösningen i många andra länder är att man gör någonting med patienten medan man i Sverige önskar att patienten ska göra något själv. I Sverige opererar man inte ryggar först utan först får man gå på träning, patienter blir då förvånade att man ska träna med sin dåliga rygg. Då måste man förklara och traggla med att man måste värdera symptom som man får, att inte allt som sticker och bränns i kroppen behöver betyda att det är fara på

färde utan att man lär sig hantera och känna igen vissa saker och veta vad det är för någonting.”

Informanterna berättar att både terapi och medicin ofta används i behandlingen. Läkaren diagnostiserar patienten och fastställer en medicinsk behandling om det behövs. Därefter träffar patienten en psykolog eller terapeut som arbetar med patienterna utifrån sina kompetensområden. De arbetar också med att komma överrens med patienten om den behandling som skall genomgå. En behandlare berättar om hur hon gör när patienten inte vill delta i psykiatrisk behandling utan snarare åberopar en somatisk sådan.

”I sådana fall gör jag så att vi pratar om de somatiska symptomen och vad de har försökt göra åt dem och sen reflekterar jag med dem och säger att nu har vi ju fått reda på att det är ju inget i kroppen på det sättet som är sjukt och nu är du i psykiatrin. Nu tycker doktorn att du ska gå här i psykiatrin och då måste det ju vara något på insidan och då frågar jag hur de mår och försöker få dem att reflektera hur det är på insidan. Nästa steg blir att försöka hitta någon behandling och då får man se om personen är motiverad till att försöka arbeta med den bakomliggande problematiken. Vissa har varit med om så svåra saker och är egentligen inte motiverade att ta tag i dem och då kanske man inte ens ska röra i det utan hjälpa dem att klara sig i tillvaron istället.”

När patienterna inte helt håller med om behandlingen finns risk att de avbryter den mitt i om de får en behandling mot något annat eller någonting som de ser som en alternativ behandling.

”Många av mina patienter från Turkiet har åkt hem för att träffa någon traditionell läkare där och kanske fått med sig någon amulett då som skulle vara som ett skydd. Det dåliga med det är ju att det kan kosta mycket pengar annars är det ju bra om man kan använda båda, både medicin och det vi kan erbjuda här och de positiva sakerna från traditionell sjukvård. Men det är ju dåligt om patienten slutar med medicin och återfaller.”

Många av mottagningens patienter har en komplicerad sjukdomsbild där det är svårt att veta var man ska börja behandlingen. En stor andel av patienterna har gått igenom någon form av trauma och många av dem har komplex PTSD vilket innebär att de har många olika trauman bakom sig.

”Traumatiserade är svårmedicerade. Även om de behöver medicin för att kapa det värsta så behöver de också annan behandling och även om de får sömnmedel kanske de bara sover fyra timmar och fortsätter må väldigt dåligt med alla mediciner. Men det är inte humant

heller att inte försöka lindra med mediciner.”

Dessutom kan man ibland misstänka att symptomen kan härledas till skador på hjärnan som kan ha uppstått vid någon av traumasituationerna. Men då patienterna inte alltid vill berätta om dessa minnen kan sådana faktorer missas i bedömningen och försvåra behandlingen.

Eftersom många patienter inte är fullt etablerade i det svenska samhället pratar många av informanterna om att mycket av deras tid används till kurativa uppgifter såsom att ordna med boende, sysselsättning och dylikt även om det inte är en uppgift för psykiatrin. Det kan ge en tung arbetsbörda och kännas svårt när man inte lyckas skaffa fram det som patienterna behöver.

Ojämlig vård

Målet med kulturformuleringen i DSM-IV och intervjumanualen är att lyckas ge alla patienter den vård de behöver trots eventuella skillnader. Att detta inte alltid uppnås eller att medvetenheten inte finns inom hälso- och sjukvården i Sverige är något många av mina informanter oroar sig över.

”Det finns en risk att invandrare inte får jämlik vård, de blir inte sedda och man frågar inte de rätta frågorna. De söker [vård] för kroppsliga besvär och ingen frågar hur de mår, ingen frågar under många år. Dessutom är ersättningssystemen förändrade, de extra resurserna för psykosocialt hårt belastade områden har minskat kraftigt. Man prioriterar korta öronundersökningar snarare än en invandrare med många problem som behöver tolk etc., det ger inte betalt. Man beställer inte tolk tillräckligt ofta och tolkarna som finns är inte alltid tillräckligt bra. De nuvarande extraresurserna kompenserar inte för behovet.”

Informanterna berättar om erfarenheter på andra mottagningar där patienter förbises och klassas som obehärskade, som att de gör sig till och spelar ut. De menar att hållningen många gånger är hårdare mot patienter med invandrarbakgrund som betar sig på sätt vårdpersonalen inte är van vid och tror att denna risk reduceras med erfarenhet.

”Man får ju erfarenhet i och med det arbete man har och jag lär mig alltid nytt. Det är klart att man lär sig hur de lever i de grupperna man träffar, hur de lever och vad de tycker är viktigt som är gemensamt i de grupperna. Träffar man bara någon invandrare då och då får man inte den kulturella erfarenheten – hur man ska prata, vad som är viktigt och traditioner.”

Kirmayer (2008) menar att empati är ett avgörande inslag inom omsorgen för att vårdare skall kunna förstå patientens upplevelser och möta patienten på det sätt som underlättar hjälp och läkande. Han menar att kulturella skillnader liksom extrema erfarenheter och olika social bakgrund utmanar denna förmåga till empati. När detta sker kan patienten ses som främmande och skrämmande. Detta är något som Ardelius (2008) sett i sin studie bland sjuksköterskor inom psykiatri i Sverige. Sjuksköterskorna säger sig uppleva en rädsla och en känsla av att vara manipulerad i mötet med vissa patienter. Känslorna kom ur att inte förstå patientens uttryck och den bakomliggande värdegrunden vilket ledde till att de förklaringar man försökte hitta till patientens beteende byggde på sjuksköterskans egna fantasier och fördomar kring

patientens grupptillhörighet. Dessa känslor kunde vara så starka att det hindrade sjuksköterskan från att se den enskilda patienten och dess behov.

Den medvetenhet och kunskap man utvecklat på mottagningen jag studerat betonas av informanterna och är något de vårdar.

”Den här [kulturella] medvetenheten är något som måste hållas levande på alla mottagningar. Dels får man det utifrån i form av föreläsningar från t.ex. Transkulturellt Centrum men sen måste det föras en levande diskussion. Det måste ständigt vara närvarande i patientärenden att man tittar på de här sakerna. Här har vi en levande diskussion och många som är engagerade i de här frågorna och tar upp det om det är vissa typer av symptom och diskuterar om det kan bero på det och det.”

Mottagningen planerar för tillfället tillsammans med Transkulturellt Centrum en utbildningsinsats rörande intervjumetoderna kring kulturformuleringen för andra mottagningar som är intresserade av den här kunskapen.

”För personal som inte är vana vid människor från andra länder är det svårt att intervjua så att man får fram relevanta uppgifter och verkligen får veta vad som kan ha betydelse för den här patienten. Det handlar inte bara om symptom och diagnostik utan också om behandlingen – vilken typ av behandling accepterar den här patienten? Vi får inte veta om vi inte frågar rätt. Vi får inte veta hur folk ser på saker och ting. Då är det bra att följa manualen från Transkulturellt Centrum med frågor som ”Var skulle du ha gått om du var i ditt hemland”, då kommer historier om bakgrund till sjukdomen fram.”

De djupgående frågor intervjumanualen guidar till och den medvetenhet personalen måste ha om patientens hela situation och sammanhang är viktigt generellt inom vården. Sofie Bäärnhielm, överläkare i psykiatri och enhetschef vid Transkulturellt Centrum, menar att Transkulturell psykiatri i grunden handlar om god psykiatri, att se varje patient som den unika individ den är (Lövrup, 2009:737). Alla människor har olika erfarenheter och för att inte missa personliga eller socialt bundna perspektiv är det viktigt att få den här tiden till samtal för att behandlare och patient skall hitta en gemensam väg (Bäärnhielm & Saers, 1998).

Grunden är densamma

Många av informanterna menar dock att all diskussion om kultur lett till att de inte längre

reflekterar så mycket över det, kanske för att de lärt sig arbeta med det på ett naturligt sätt.

”Nu tänker jag inte så mycket på kultur längre och det har pratats så mycket om det genom åren, vi har gjort kulturformuleringsprojektet där mina patienter var inblandade och många har varit här och studerat och forskat. Jag har blivit kulturblind. När jag kom hit tänkte jag mer på det men nu ser jag det bara som människor som kommer hit. Men det kanske låter motsägelsefullt mot vad jag sagt tidigare...”

Flera av de jag pratar med verkar dessutom lite trötta på att prata om sina patienter utifrån ursprung och kulturell bakgrund och underströk att det mesta är detsamma var man än jobbar.

”Man framhåller ju ofta att det här är så himla speciellt och det är så annorlunda och ja på ett vis är det annorlunda men alltså i grunden är skillnaden inte så stor. Klart att området är speciellt men det finns en del man lätt glömmer – att grunden till psykisk ohälsa skiljer oss inte åt, det handlar om livsfrågor och livsvillkor och det finns där och det tror jag är universellt. Det måste man ha som en bas själv att vi uttrycker oss på olika sätt och det tar sig olika uttryck men det finns någonting som man ändå kan förstå som inte är så annorlunda.”

Frågan om vad som är universellt och vad som är kulturspecifikt är som jag tidigare nämnt ett ständigt närvarande tema i antropologin. Kleinman menar att både psykiska påfrestningar och reaktionerna på dem kan vara kulturellt bundna (1980). I vissa kulturer dricker man exempelvis inte alkohol och eliminerar då en faktor som skulle kunna leda till psykisk ohälsa. Kleinman nämner även att människor från olika kulturer skulle kunna svara olika på universella stressfaktorer såsom dödsfall. Vissa människor använder sig av trans för att svara på stress vilket kan betyda att de är mindre sköra psykiskt. Man skulle också kunna tänka sig att tro och föreställningar om livet efter detta kan avgöra hur påfrestningar påverkar oss.

Slutsats: Kunskap och medvetenhet

Syftet med studien var att undersöka hur personalen på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i ett mångkulturellt område upplever att kulturella aspekter påverkar deras patienter, dem själva och därmed kontakten dem emellan i vårdsituationen.

För att undersöka detta sökte jag upp personal som arbetade på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i ett område med en stor andel människor med utländsk bakgrund. Genom semistrukturerade intervjuer med dessa informanter sökte jag få inblick i om de upplevde skillnader mellan grupper och hur man i så fall tyckte det påverkade vårdsituationen.

Studien visar att personalen upplever att skillnader i kulturell bakgrund påverkar mötet mellan personal och patient, deras förutsättningar att förstå varandra och möjligheten till en god vård. Detta bygger enligt informanterna på att kultur inverkar på människors sätt att uttrycka, uppleva och beskriva psykiska problem. De understryker även kulturens inverkan på människors sätt att se på psykisk sjukdom och därav deras benägenhet att söka sig till den psykiatriska vården.

Jag har i min text återgivit de ämnen som intervjupersonerna diskuterade mycket kring och betonade som kulturskillnadernas tydligaste följder. Dessa ämnen innefattade rädslan för en ojämlig vård, svårigheter att nå ut till människor i området, en komplicerad kommunikation och en invecklad behandlingssituation.

Trots dessa utmaningar går det att mötas och lyckas i vården. Informanterna berättar om sina arbetsmetoder och framhåller vikten av att ställa rätt frågor, frågor som ger personalen inblick i patientens perspektiv på sjukdom och hans/hennes sociala och kulturella sammanhang. Först när man får denna inblick kan man förstå patientens problem och hitta en behandling som passar dem. Alla de personer jag pratar med framhåller att de, ännu mer än vanligt, måste försöka förstå patientens hela situation.

Informanterna tror att kulturkompetens och medvetenhet om kulturens påverkan är nödvändig inom vården i ett mångkulturellt samhälle. Utbildning och erfarenhet framställs båda som

viktiga för att uppnå detta mål. Med hänsyn till detta, samt erfarenheter av att vårdpersonal ibland avfärdar människor på grund av deras ovanliga uttryck, visar studien att utbildningar såsom den Transkulturellt Centrum erbjuder är oerhört viktiga för att alla patienter skall få den vård de är i behov av.

Referenser

- American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. 2002. Cultural assessment in clinical psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Ardelius, Maria. 2008. *Sjuksköterskors möte med patienter från andra kulturer än den svenska – ett interkulturellt perspektiv*. Magisterarbete i vårdkunskap. Högskolan i Borås. Institutionen för vårdvetenskap.
- Appleton, Ann. 2000. "Do You Have Anything to Add?" Narrative as Reflection and Commentary on the Social Experience of Mental Illness. *Anthropology and Humanism*. Vol. 25 (1).pp.24-49. American Anthropological Association.
- Becker, Ann, Burwell, Stephen, Gilman, David B. Herzog & Paul, Hamburg. 2002. Eating behaviors and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian girls. *British Journal of psychiatry*. Vol.180.pp.509-514.
- Bäärnhjelm, Sofie & Marco Scarpinati Rosso. 2009. The Cultural Formulation: A Model to Combine Nosology and Patients' Life Context in Psychiatric Diagnostic Practice. *Transcult Psychiatry*. Vol.46. pp.406.
- Bäärnhjelm, Sofie, Rosso Scarpinati, & Patty Laszlo.2007. *Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik – Manual för intervju enligt kulturformuleringen i DSM-IV*. ISBN: 978-91-631-6333-3. Malmö: Elanders Berlings.
- Bäärnhjelm, Sofie.1998. Psykisk ohälsa bland invandrare och flyktingar. Ser behoven och vården ut som vi tror? *Läkartidningen*. Vol. 95. Nr.14.
- Good, Byron J. 1997. Studying mental illness in context: Local, global or universal. *Ethos* 25(2):230-248.

- Hannerz, Ulf. 1993. When Culture is Everywhere: Reflections on a Favorite Concept. *Ethnos*. 58:1/2.
- Kirmayer, J. Laurence. 2008. Empathy and Alterity in Cultural Psychiatry. *The American Anthropological Association, Ethos*. Vol.36, Issue.4. pp. 457-474.
- Kleinman, Arthur. 1980. Major Conceptual and Research Issues for Cultural (Anthropological) Psychiatry. *Culture, Medicine and Psychiatry*. Issue 4. 3-1
- Kurkiala, Mikael. 2005. I varje trumslag jordens puls – Om vår tids rädsla för skillnader. *Ordfront förlag, Stockholm*.
- Lövtrup, Michael. 2009. Kulturell erfarenhet präglar mötet med psykiatrin *Läkartidningen*. Vol.106. Nr.11.
- Mair, Lucy. 1971. *Introduktion till Socialantropologin*. Stockholm: Prisma.
- Statistiska Central Byrån (SCB). 2008. Statistisk årsbok för Sverige 2009. http://www.scb.se/statistik/publikationer/OV0904_2008A01_BR_05_A01BR0801.pdf
Besöktes: 2010-01-03.
- Utrednings- och statistikkontoret, Stockholms stad (USK). 2008a. <http://www.usk.stockholm.se/tabellverktyg/tv.aspx?projekt=omradesfakta&omrade=sdo03>, Besöktes: 2010-01-03.
- Utrednings- och statistikkontoret, Stockholms stad (USK). 2008b. <http://www.usk.stockholm.se/tabellverktyg/tv.aspx?projekt=omradesfakta&omrade=sdo01>, Besöktes: 2010-01-03.
- Vanthuyne, Karine. 2003. Searching for the Words to Say It: The importance of Cultural Idioms in the Articulation of the Experience of Mental Illness. *American Anthropological Association, Ethos* 31. Vol.3. pp. 412-433.
- World Health Organization. 2007. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, Besöktes: 2010-01-17.

Öhlander, Magnus. 2005. *Bruket av kultur. Hur kultur används och görs socialt verksam.*
Lund: Studentlitteratur.

Stockholms universitet
106 91 Stockholm
Telefon: 08-16 20 00
www.su.se



Stockholms
universitet