



Bacheloroppgave

ADM650 Jus og administrasjon

Kommunens fokus på psykisk helse hos flyktninger

Pettersson, Rebecca Imani

Totalt antall sider inkludert forsiden: 34

Molde, 20.05.2021



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert i URKUND, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer: 762327

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 180

Veileder: Tonje Hungnes

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato:

Bosnia

Våre søsken på jord
vi gråt
Mens dere blødde
vi satt trygt
Dere var på flukt
husk, kjære søster og bror
Lyset vil alltid
seire over mørket
Bytt hat
mot kjærlighet
La oss ta
hverandres hender
Løfte øynene
mot en ny dag
Mot en fremtid
i varig fred

«*Bosnia*» av Munib Delalic

(Sorg som blomstrer mørkt, 1999, s.104. Gjendiktet av Gunvor Stornes)

Forord

Denne oppgaven er min avsluttende del av mine tre år som bachelorstudent i jus og administrasjon ved Høgskolen i Molde. Det har vært utfordrende, spennende og lærerikt. Jeg er takknemlig for at jeg får muligheten til å forske på noe jeg brenner for, og håper mitt bidrag blir ansett som positivt og nødvendig.

Jeg vil takke min veileder, Tonje Hungnes, for god hjelp med dette prosjektet. Jeg vil også gi en takk til alle informanter som har deltatt, og bidratt til gjennomførelsen av denne undersøkelsen. Mine år ved Høgskolen i Molde har flydd forbi, men til tross for dette har det vært både krevende og svært interessant.

Til min datter, dette er for deg!

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning.....	2
1.3 Dagens psykisk-helse tilbud.....	3
1.4 Oppgavens videre disposisjon.....	4
2.0 Teori	4
2.1 Flyktninger.....	4
2.1.1 Traumer hos flyktninger.....	6
2.1.2 Psykiske lidelser hos flyktninger.....	6
2.2 Dagens fokus på flyktningers psykiske helse.....	7
2.2.1 Bruk av psykiske helsetjenester.....	9
2.2.2 Likeverdige helsetjenester.....	9
2.3 Behovet for psykisk helsetilbud.....	10
2.3.1 Livskvalitet, integrering og psykisk helse.....	10
3.0 Metode.....	11
3.1 Valg av forskningsmetode.....	11
3.2 Utvelgelse av informanter.....	12
3.2.1 Utforming av intervjuguide.....	13
3.3 Gjennomføring av intervju.....	14
3.4 Analyse av data.....	14
3.5 Etske sider ved undersøkelsen.....	15
4.0 Presentasjon av funn.....	16
4.1 Hjelpeapparatets opplevelse av fokuset på psykisk helse hos flyktninger.....	16
4.2 Flyktningers opplevelse av kommunens fokus på psykisk helse.....	17
5.0 Drøfting av funn	19
5.1 Ankomst og evaluering	19
5.2 Informasjon og tilbud om psykisk helsehjelp.....	22
5.3 Oppfølging.....	23
5.4 Konklusjon.....	24
6.0 Litteraturliste.....	26
Vedlegg 1 Samtykkeerklæring	
Vedlegg 2 Intervjuguide	

1.0 Innledning

Én prosent høres ganske lite ut. Om husleien stiger en prosent er det ikke stort å tenke over for de fleste. Eller om man må betale én prosent mer i skatt. Men det kan også bety så mye mer. Det er nemlig også prosentandelen for hvor mange av verdens befolkning på syv milliarder som blir ansett som flyktninger. Dette tallet har aldri vært høyere, og vi ser ingen tegn på at det skal snu. Nærmere 80 millioner skjebner, 16 gangers Norges befolkning på fem millioner, er på nåværende tidspunkt på flukt (Flyktningregnskapet 2020, tabell 2).

Idag er det bosatt 238 281 mennesker med flyktning bakgrunn i Norge, og dette innebærer asylsøkere, overføringsflyktninger, familiegjennforeninger etc. (ssb.no/flyktninger). Vi har alle en historie å fortelle, men vi er også alle ulike. Mennesker som flykter fra krig, vold og forfølgelse er ekstremt utsatt for å utvikle psykiske lidelser senere i livet. En tidlige rapport (helsedirektoratet 2009, s.49 og 50) viser at så mye som halvparten av de som søker opphold i Norge har behov for behandling for psykiske ettervirkninger. Disse menneskene kommer fra land med krig og forfølgelse, og vi ser derfor at de hendelsene de har blitt utsatt for i hjemlandet i stor grad kan resultere i alvorlige psykiske lidelser. I tillegg til å ha en fortid preget av traumatiske hendelser, blir de også påvirket av selve prosessen av å være på flukt, i tillegg til sin nye tilværelse i et nytt land.

Folkehelseinstituttet (2009, s.10) anslår at omtrent halvparten av Norges befolkning vil oppleve å gjennomgå alvorlige psykiske lidelser i løpet av sitt liv. Psykisk helse kan dog være et tabubelagt tema i mange kulturer og i ulike grupper. Spesielt i innvandrer miljøer blir psykiske lidelser sammenlignet med det å være gal, og er dermed noe man ikke ønsker å innrømme (Lien et al, 2019, s.140). Det ser heller ikke ut til at det er et offentlig fokus på flyktnings psykiske helse (kilde?), noe som er viktig for å gi et godt tilbud. Temaet for denne oppgaven er psykisk helsetilbud for flyktninger, avgrenset til Molde kommune. Får flyktningene god nok hjelp til å takle eventuelle lidelser? Vi skal se nærmere på dette videre i undersøkelsen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Først og fremst har jeg valgt dette temaet på bakgrunn av hva jeg selv ønsker å jobbe med etter endt studie. Jeg har også gode venner som har flyktet fra hjemlandet sitt, på bakgrunn av forskjellige hendelser, og historiene deres er brent fast i minnet mitt. Tanken om at

andre mennesker går gjennom alvorlige, traumatiske hendelser, og ofte sitter alene med vonde tanker som et resultat, er noe jeg ikke kan legge fra meg. Flyktningers psykiske helse er noe jeg mener det burde være mer fokus på, og et tema jeg tenker i stor grad henger sammen med integrering. Vi tenker kanskje ikke over det de flykter fra, og forventer nærmest at de automatisk skal tilpasse seg livet i Norge.

Som medmenneske vil jeg si vi har en plikt til å hjelpe de som sliter, og en måte man kan hjelpe på er å belyse problemet. Jeg ønsker derfor å undersøke og forstå situasjonen bedre, både for meg selv og andre. Jeg har forsøkt å finne forskning på hvordan flyktninger selv opplever helsetilbudet, men på det gitte teamet finner jeg ikke stort. Dette gjør det enda mer interessant å se hvilke funn jeg kan avdekke i denne undersøkelsen. Det er også essensielt at stemmene til de det berører blir hørt, noe som kan skape rom for forbedring eller klarhet i situasjonen. Selve temaet er og har vært relevant i flere år, med tanke på flyktningstrømmer som har vært, og sannsynligvis vil komme igjen. Forskere viser til at flyktninger som kommer til Norge ofte venter årevis på en løsning (Mathisen, 2020). Med dette tatt i betraktning vil det være interessant å undersøke hvordan flyktninger i Molde kommune, i tillegg til hjelpeapparatet, opplever situasjonen.

1.2 Problemstilling og avgrensning

I 2018 var 4,3 % av Norges befolkning mennesker med flyktning bakgrunn (statistisk sentralbyrå, 2018). Som en del av denne gruppen er man sårbar og behøver ofte hjelp til å takle ettervirkninger av alvorlige hendelser. Med dette tatt i betraktning er det kanskje et større behov for oppfølging i slike grupper, og det kan være vanskeligere for enkelte å snakke om disse tidlige hendelsene. Jeg ønsker å undersøke akkurat hvordan flyktninger som ankommer kommunen blir tatt hånd om, og om den hjelpen de får er tilstrekkelig. Ved tilstrekkelig mener jeg tilfredsstillende i den grad at de som virkelig trenger hjelp, får den hjelpen de behøver for å kunne leve et godt liv her i Norge. Jeg velger å undersøke dette både fra flyktningers sitt perspektiv, og hjelpeapparatets perspektiv. Min problemstilling er derfor som følgende:

Hvordan opplever flyktninger og hjelpeapparatet Molde kommunens arbeid med psykisk helse for flyktninger?

Å avdekke akkurat hvordan en situasjon er, er nærmest umulig i løpet av kun ett forskningsprosjekt. Det er derfor viktig at problemstillingen blir avgrenset så mye som mulig. “Ingen forskningsprosjekter bør ha som mål å avdekke virkeligheten. Det beste vi kan håpe på, er å avdekke en flik av den. Og det gjør vi best ved å snevre inn problemstillingen så mye som mulig” (Jacobsen 2015, s.77).

Vi kan altså ikke besvare hvordan alle flyktninger i Molde kommune opplever det psykiske helse tilbudet, men det vi kan gjøre er å undersøke hvordan et utvalg av informanter opplever det. Mener de selv at de har fått tilstrekkelig med informasjon om tilbud, hvordan de skal gå frem, og om de eventuelt har takket ja til et tilbud, ble de tatt på alvor? Og ikke minst, hvordan opplever hjelpeapparatet det? Vil vi se en likhet i svarene til de to ulike gruppene? Dette er noen av spørsmålene som blir belyst i denne oppgaven.

Det er ulike måter å definere psykisk helse på. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer begrepet helse som “en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser” (regjeringen.no – helsedirektoratet). Vi kan derfor si at psykisk helse handler om å ha det bra og finne glede i både arbeid og aktivitet, samtidig som man klarer å mestre belastninger i livet (Andersen: psykisk helse). I sammenhengen med denne oppgaven er hovedfokuset på psykisk helse, og det er derfor viktig å påpeke at psykisk sosialt velvære er sentralt her.

1.3 Dagens psykiske helsetilbud

Ifølge veileder for helsetjenester for asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente (Helsedirektoratet, 2015) har alle som har lovlig opphold i Norge lik rett på helsehjelp, inkludert flyktninger og asylsøkere. Flyktningstjenesten i Molde informerer om at når flyktninger ankommer kommunen, blir dette meldt inn til helsestasjonen, hvor de da får en time for en “generell” helsesjekk, hvor både det psykiske og fysiske blir diskutert og evaluert. Etter hvert faller man som flyktning under det ordinære tjeneste- og behandlingsapparat, og har da rett på helsehjelp på lik linje som alle andre (Flyktningstjenesten i Molde, kommunikasjon i teams-intervju, 5. Mars 2021)

Dette er i samsvar med det Helsedirektoratet opplyser på deres nettsider, som i dette tilfellet betyr at alle overføringsflyktninger som direkte ankommer kommunen får tilbud om helseundersøkelse. Helsetjenesten er også ansvarlig for å kartlegge hvor mange

flyktninger som behøver oppfølging, både når det gjelder generell helse og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2015 -Veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente). Videre faller flyktninger inn som en vanlig borger i Norge, og har rett på fastlege og andre helsetjenester. Dette innebærer at om man sliter psykisk, må man selv ta kontakt med helsevern for å få hjelp.

Skjemaet som Helsedirektoratet benytter seg av for å kartlegge helsetilstanden til hver enkelt, informerer om at den psykiske kartleggingen ikke skal benyttes av alle flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente (Helsedirektoratet: Helseundersøkelse for asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente). Det skal på forhånd bli vurdert ut fra informasjon som omhandler bakgrunnshistorie, migrasjonsprosess, tidligere belastninger og psykiske symptomer. Vil dette medføre at slik ordning kanskje ikke vil fange opp de som virkelig behøver oppfølging på sin psykiske helse?

1.4 Oppgavens videre disposisjon

I neste kapittel skal jeg ta for meg litteraturen som jeg har valgt å benytte meg av i denne oppgaven. I kapittel tre vil jeg gjøre rede for bruk av metode og kilder, samt metode- og kildekritikk. Drøfting og funn vil bli gjort i kapittel fire, hvor jeg skal drøfte den informasjonen jeg selv har samlet inn, opp mot litteraturen i kapittel to. I mitt avsluttende kapittel vil jeg oppsummere og konkludere oppgaven min for å se om jeg har klart å svare på min gitte problemstilling.

2.0 Teori

Litteraturen som skal presenteres vil være grunnlaget for drøftingen av min problemstilling i kapittel fire. Jeg vil jeg gå gjennom ulike traumer og de hyppigste psykiske lidelsene hos flyktninger. Deretter skal jeg utdype nettopp dagens helsetilbud for den omtalte gruppen innebærer. Siste del av litteraturen dedikeres til å se på sammenhengen mellom psykiske helse og integrering, samt på hvilket nivå dette går utover livskvaliteten.

2.1 Flyktninger

Begrepet flyktning blir ofte forvekslet med asylsøker, og jeg ønsker derfor å presisere hva det betyr å bli ansett som en flyktning. FNs flyktningkonvensjon lister tre punkter i sin definisjon av hva en flyktning er. Du er en flyktning hvis du er utenfor ditt eget hjemland, og du ikke kan eller tør få beskyttelse i, eller returnere til, ditt eget hjemland, og hvis dette

er fordi du frykter forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, medlemskap i en sosial gruppe, eller politiske meninger i ditt eget hjemland (Flyktningkonvensjonen, 1951). Etter denne definisjonen er du altså kun en flyktning om du har forlatt ditt eget hjemland, og det er i hovedsak disse menneskene som er beskyttet av flyktningkonvensjonen. Selv om konvensjonen ikke omfatter internt fordrevne mennesker, altså de som er på flukt i eget land, blir disse også anerkjent som flyktninger. I utlendingsloven § 28 finner vi den norske definisjonen som er forankret i loven, hvor det heter at et menneske blir anerkjent som flyktning hvis man;

a) har en velbegrunnet frykt for forfølgelse på grunn av etnisitet, avstamning, hudfarge, religion, nasjonalitet, medlemskap i en spesiell sosial gruppe eller på grunn av politisk oppfatning, og er ute av stand til, eller på grunn av slik frykt er uvillig til, å påberope seg sitt hjemlands beskyttelse, jf. flyktningkonvensjonen 28. juli 1951 artikkel 1 A og protokoll 31. januar 1967, eller b) uten å falle inn under bokstav a likevel står i reell fare for å bli utsatt for dødsstraff, tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ved tilbakevending til hjemlandet (lovdata.no, utlendingsloven).

Når flyktninger ankommer Norge, og sin nye kommune, er det hovedsakelig flyktningtjenesten som tar de mot (Molde kommune: flyktningtjenesten). En av hovedoppgavene deres er å sørge for at flyktninger får god nok informasjon til hvordan og hvor man skal gå for å få psykisk helsehjelp. I samarbeid med helsestasjonen skal de informere og evaluerer samtlige flyktninger.

Molde kommune mottar i hovedsak kvoteflyktninger, altså overføringsflyktninger. Dette er mennesker som ankommer Norge på en avtale med FNs høykommissær for flyktninger. De kalles også kvoteflyktninger, på bakgrunn av at Stortinget bestemmer en kvote for et visst antall overføringsflyktninger som Norge skal ta imot. Disse menneskene befinner seg ofte i et land hvor de ikke kan få varig opphold, og må derfor overføres til et tredje land. Det er en grunn til at mennesker blir nødt å legge ut på flukt, og de forholdene de kommer fra bidrar til ulike stressfaktorer både før, under og etter flukten. Alle påkjennningene man da opplever skaper en større risiko med tanke på å utvikle psykiske problemer. En studie som ble gjennomført for en god stund tilbake viste at 48% av 462 bosatte flyktninger i Norge hadde symptomer på angst og depresjon, og 18% hadde symptomer på posttraumatisk stresslidelse (Lie, Lavik og Laake 2001 - Brunvatne, s.35).

2.1.1 Traumer hos flyktninger

De fleste mennesker er utsatt for å utvikle en psykisk lidelse i løpet av livet sitt, men det finnes en rekke faktorer som øker risikoen for dette. Risikoen øker for eksempel ved at man som flyktning har gjennomgått alvorlig traumatisering forut ankomst til Norge, negative opplevelser i eksillandet, lang tid mellom fluktens start og endelig bosetting (herunder lang ventetid i asylmottak), separasjon fra familie og støtteapparat i tillegg til at det tar lang tid å oppnå familiegjenforening, negative hendelser i hjemlandet som gjør at de er engstelige for sikkerheten til pårørende, og når vertsland og hjemland er svært forskjellige

Dette er altså faktorer som spiller inn i de fleste flyktnings liv. Den tryggheten vi mennesker behøver, blir brått borte når man er på flukt, og man lever i en konstant usikkerhet om hvordan fremtiden vil se ut. I tillegg til disse faktorene, er en stor del av de flyktingene som kommer til Norge utsatt for andre umenneskelige hendelser. Dette kan være tortur, vold, fengsling, overgrep og opphold i flyktingleirer (Brunvatne 2006, s.36). Mange som ankommer Norge er traumatisert av det de har opplevd, i form av tortur, overgrep og krig for å nevne noe. Traume kan defineres som “psykisk stress av så overveldende karakter at den rammede personen opplever total avmakt med sammenbrudd av evne til mestring” (Brunvatne, 2006, s. 36). For noen blir også det nye livet i Norge vanskelig, og forandringen fra hjemland til vertsland blir for stor. I tillegg til de hendelsene de har gjennomgått i hjemlandet sitt og på flukt, viser også forskning at det er påkjenninger i selve tilværelsen som flyktning (Berg, Berit. Migrasjon og helse, s. 5).

Alle disse påkjenningene som flyktinger utsettes for både i hjemlandet, på flukt, og i eksillandet kan øke risikoen for å utvikle psykisk lidelser.

2.1.2 Psykiske lidelser hos flyktninger

Rapporter viser at psykiske lidelser var hyppigere blant flyktinger fra ikke-vestlige land, i forhold til flyktinger fra vestlige land. (Helsedirektoratet 2009, s. 49) Selv om mennesker som har vært på flukt i hovedsak har økt risiko for å utvikle psykiske helseplager, er det viktig å påpeke at det også er mange innenfor denne gruppen som ikke blir psykisk syke. Mange flyktinger har en viss grad av resiliens. I denne sammenheng snakker vi om resiliens hos flyktinger som betyr psykologisk motstandskraft, som vil si at selv om man går gjennom store påkjenninger, vil man klare å beholde en psykisk styrke (Skre, 2021).

De fleste mennesker har en stor evne til å takle vanskelige hendelser, og mange flyktninger har utviklet nettopp en slik resiliens. Slike hendelser kan selvfølgelig gi oss “sår på sjelen”, men det vil ikke utvikle seg til psykisk lidelser (Lien et al, 2019, s. 292).

Noen av de hyppigste lidelsene som kan utvikle seg hos flyktninger, er posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjoner, angstlidelser og uavklarte smertetilstander (Lien et al, 2019, s. 285). Å utvikle psykisk lidelser som en reaksjon på vanskelige, unormale hendelser i livet, da spesielt når man er på flukt, bør bli ansett som en normal reaksjon. Ved alvorlige traumer er PTSD en sentral diagnose, og en kombinasjon av denne samt angst og depresjon er ikke uvanlig (Brunvatne, 2006, s.159).

2.3 Dagens fokus på flyktningers psykiske helse

Tidligere forskning tyder på at det er store forskjeller mellom ulike grupper i befolkningen når det kommer til psykisk helse (Sosiale helseforskjeller i Norge, 2018). Blant annet ser vi at inntekt og utdanning spiller en stor rolle. Jo lengre utdanning og høyere inntekt en gruppe har, jo høyere andel av gruppens «medlemmer» har god helse (Helsedirektoratet, 2005; Huisman, 2005 Huisman, 2005).

Når man kommer til et nytt land som flyktning, må man i all hovedsak starte på nytt. Selv om mange kanskje får hjelp av flyktningtjenesten og frivillige organisasjoner, kan det fortsatt være vanskelig å etablere seg, skaffe seg arbeid, rett og slett å integrere seg. Det er derfor åpenbart at mennesker som ankommer Norge som flyktning ofte vil slite med disse oppgavene i begynnelsen. Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at innvandrere opplever i større grad vansker med økonomi og boforhold, sammenlignet med resten av den norske befolkningen, inkludert voksne norskfødte av innvandrerforeldre (SSB - Innvandrere med lav inntekt dårligere stilt enn andre med lav inntekt, 2019). Statistikken viser også at disse problemene blir mindre jo lengre innvandrerne har bodd i Norge. Den psykiske helsen kan derfor bli påvirket av ulike faktorer som økonomi og boforhold.

I det pågående forskningsprosjektet “behandling og rehabilitering av traumatiserte flyktninger” (Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress) siterer de følgende utsagn fra et menneske som tidligere var på flukt: “Når man kommer til et nytt land, så glemmer man. Man blir opptatt av det som er nytt, men så begynner man å huske” (Lien et al., 2019, s. 124).

Man kan nesten se på det som et slags overlevelsesmodus. Når man ankommer ett nytt land er man fortsatt i dette stadiet, men etter hvert vil man begynne å huske ting. Flyktninger blir evaluert ved ankomst, men har dette egentlig en god nok virkning når mange ikke tenker på hendelsene som tidligere har skjedd før etter de har vært en stund i Norge? (Lien et al, s. 124). Traumeforskeren Sverre Varvin mener at psykiske plager ofte kan slå sterkt ut først etter at flyktningen har kommet seg trygt til et nytt land, og kroppen forsvarsverk slapper av (Jakobsen, 2015).

“Jeg lever her, men jeg finnes ikke” - sagt av flyktning i Norge. (Grønhaug, 2019)

Dette sitatet kom fra en flyktning som ble behandlet av en psykolog, som følte at identiteten var blitt borte ved at man stod uten arbeid og noen form for sosiale roller. Det er nettopp derfor psykisk helse er viktig, man kan se på det som roten til det meste her i livet. Høy livskvalitet har en sammenheng med færre psykiske plager og lidelser (Nes, 2016). Med utgangspunkt i den tidligere definisjonen på en flyktning, vet vi allerede at mange flyktninger som kommer til Norge har vært utsatt for krig, overgrep og andre hendelser. Det vil derfor være essensielt at de blir tatt vare på og møtt på en måte som også fokuserer på deres psykiske helse. Dette innebærer korrekt kartlegging og evaluering ved ankomst, slik at man har oversikt over behovet. Et forskningsprosjekt som ble gjennomført av Sverre Varvin (Professor ved Universitetet i Oslo) har blant annet kartlagt at det i gjennomsnitt gikk 11 år fra flyktningene kom til Norge, til de fikk behandling (Jakobsen: Det haster med å kartlegge flyktningers psykiske helse, 2015).

Forebygging og intervensjon blir sett på som viktige faktorer innenfor arbeidet med flyktninger og psykisk helse. Dette innebærer å fange opp nettopp hvem som behøver hjelp, for å sørge for at eventuelle traumer ikke utvikler seg til psykiske lidelser (Lien et al, 2019, s. 293). Tidligere forskning viser også at det er nødvendig å ta grep tidligere for å sikre en god kartlegging av flyktninger (Jakobsen: Det haster med å kartlegge flyktningers psykiske helse, 2015). I tillegg til dette har mennesker som har vært på flukt behov for en god oppfølging i ettertid (IMDi: Helse og psykososial oppfølging). Tidligere forskning viser dessuten at de som blir tett oppfulgt ofte har lykkes ytterligere i å integrere seg (ks.no, 2018).

2.3.1 Bruk av psykiske helsetjenester

En god psykisk helse er essensielt for å kunne fungere og engasjere seg i samfunnet, det har veldig mye å si for vår livskvalitet. Men hva betyr det egentlig å ha “god psykisk helse”? WHO definerer det som “en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.” (Hva er god psykisk helse? 2020). For at et menneske skal være kappabel til å integrere seg i et nytt samfunn, er det viktig at man har en god psykisk helse (Knudsen, Anna Kristina: Sosial integrering av mennesker med psykiske helseplager).

Jeg finner ikke statistikk på akkurat hvor mange flyktninger som benytter seg av, eller har benyttet seg av, et psykisk helsetilbud. En rapport fra 2016 viser dog at innvandrere generelt sett bruker psykiske helsetjenester mindre enn den øvrige befolkningen, men siden dette innebærer andre grupper enn kun flyktninger kan ikke dette vise oss konkret statistikk av flyktnings bruk av psykisk helsetjenester (Helse i innvandrerbefolkningen, 2017). Undersøkelser har likevel vist at innvandrere fra blant annet Iran, Irak, Afghanistan og Tyrkia informerte om at de hadde psykiske plager, i denne gruppen var det dobbelt så mange innvandrere som hadde slike lidelser i forhold til den øvrige befolkningen (Figur 3, Helse i innvandrer befolkningen, 2017). I lys av dette er det nødvendig å nevne at Helseregisterdata har anslått at ca. 16-19 prosent av flyktninger som er voksne har oppsøkt lege grunnet psykiske plager. I sammenligning er prosentandelen 10-12 prosent i befolkningen ellers (Helse i innvandrerbefolkning, 2017).

2.3.2 Likeverdige helsetjenester

Alle innbyggere i Norge skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester. Dette gjelder altså for asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente, og slike helsetjenester innebærer både somatisk og psykisk helsehjelp. Det er dessverre ikke alle som opplever det på denne måten. En helseundersøkelse i Oslo konkluderte med at kun halvparten av innvandrerne som deltok i undersøkelsen svarte at de alltid har fått de helsetjenestene de hadde behov for, og personer med ikke-vestlig bakgrunn var mindre fornøyde med legen enn andre (Brunvatne, 2006, s. 279).

I Norges befolkning er det flere forskjeller blant de som bor her, og det er viktig at de aktuelle tjenestetilbudene fanger opp disse forskjellene, for å sikre at alle får et likeverdig

tilbud. Et likeverdig tilbud vil ikke si at hele Norges befolkning blir behandlet på akkurat samme måte. Vi mennesker har behov for forskjellige hjelpemidler, på bakgrunn av hva det er vi sliter med. Forskning viser at flyktninger fra ikke-vestlige land har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser, og dette må derfor tas i betraktning når helse- og omsorgstjenester skal tilbys til denne gruppen (Stortingsmelding nr. 6, 2012-2013).

2.4 Behovet for psykisk helsetjenester

Selv om det kan oppleves som tabu å snakke om psykisk helse innenfor flyktninggrupper, er det nødvendig å ha et godt tilbud som de kan benytte seg av. Det er spesielt viktig å følge opp varselsignaler i de første ukene og månedene etter ankomst. Ifølge Sverre Varvin er det nødvendig å informere flyktninger om hva de har i vente, med tanke på ettervirkninger etter alvorlige traumer. Han mener at det er behov for forbedring, og anbefaler en bedre organisering (Jakobsen, Siw Ellen: 2015). En rapport fra FHI (2017) viser til at det fortsatt er barrierer som kan stå i veien for bruk av helsetjenester i innvandrerbefolkningen, noe som kan gjøre det vanskeligere for flyktninger å benytte seg av disse. For det første er informasjon om helsetjenester kun tilgjengelige på norsk og engelsk. Så språket blir derfor en utfordring for noen, som igjen kan skape misforståelser og følge til feil diagnostisering og behandling. Det er også manglende kunnskap fra helsepersonellens side når det kommer til helseutfordringer i innvandrerbefolkningen.

2.4.1 Livskvalitet og integrering

Integreringsprosessen er en stor og viktig del av livet når man ankommer Norge. Dette handler om en sosial tilpasning, og i dette tilfellet er det en minoritetsgruppe som skal tilpasse seg det som ses på som majoriteten i samfunnet. Man skal bli en del av dette samfunnet både sosialt og kulturelt, og tilpasse seg nye lover og regler. Integreringsloven (LOV-2020-11-06-127) trådte i kraft 01.01.2021, og et av formålene innenfor denne loven er å sikre innvandrere mellom 18 og 55 år retten til å delta i introduksjonsprogrammet. I 2008 kom rundskriv A-27/2007 fra regjeringen, som omhandler kommuners ansvar til å tilrettelegge introduksjonsprogram for målgrupper som omfattes av denne ordningen. Det er i hovedsak flyktninger, overføringsflyktninger, mennesker som har fått asyl, familiegjenforente og personer som har fått oppholdstillatelse grunnet mishandling i samlivet. Programmet har som formål å styrke innvandreres muligheter for å delta i yrkes- og samfunnsniv.

Livsmestring er en del av hovedinnholdet i programmet, og hensikten med dette er å kunne påvirke faktorer som spiller inn på vår livskvalitet.

3.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for valg av metode, fremgangsmåte og utvalg av enheter. Deretter vil jeg til slutt i kapitlet ta for meg etiske spørsmål, og metode- og kildekritikk. Det er viktig at valget av metode blir korrekt, og fremgangsmåten belyser problemstillingen på best mulig måte. Metode dreier seg i all hovedsak om hvordan man tilnærmer seg og forsøker å “avdekke” virkeligheten. Vi skal derfor samle inn empiri som er troverdig og som kan bidra til å svare på den gitte problemstillingen (Jacobsen, 2015, s. 16).

3.1 Valg av forskningsdesign

For å sikre undersøkelsens gyldighet, er det viktig at vi benytter oss av et forskningsdesign som passer best til problemstillingen. Kvalitative og kvantitative data blir ansett som like gode, men det handler om å velge den metoden som best egner seg for den problemstillingen man prøver å belyse. Hovedforskjellen mellom de to metodene er at kvantitative data i hovedsak blir samlet inn ved hjelp av tall, men kvalitative data blir samlet inn som meninger. Min undersøkelse er basert på en kvalitativ tilnærming, på bakgrunn av at jeg ønsker å undersøke hvordan kommunen fokuserer på flyktningers psykiske helse. Derfor anser jeg en åpen og intensiv tilnærming som best egnet. En kvantitativ metode ville ikke vært rustet til å gi meg personlige meninger, ettersom dette begrenses i form av tall. Dette undersøkelsesopplegget kan derfor sees på som et intensivt opplegg, hvor jeg da ønsker å gå i dybden på et gitt fenomen, og noe som kjennetegner et slikt opplegg er at antall enheter er få. En svakhet med en slik undersøkelse er blant annet at det er tids- og ressurskrevende. Det tar tid å samle inn data, i tillegg til at det også vil være på krevende å gå gjennom disse funnene i ettertid (Jacobsen, 2015, s.131). På bakgrunn av dette er det spesielt viktig at antall enheter jeg undersøker ikke blir for meget.

Likevel finnes det mange fordeler ved kvalitative data. I selve gjennomførelsen av undersøkelsen min setter jeg et stort fokus på at jeg ønsker åpne, relevante svar. En kvalitativ studie gir forsker og den som blir undersøkt en sjanse til å gå inn i en naturlig relasjon, hvor svarene kan være personlige uten noen form for påtvunget svarkategori. Det

positive ved at informantene kan være åpne, er at de svarene man samler inn ofte er nyanserte. Man får frem ulike meninger og opplevelser, som i denne undersøkelsen har vært essensielt for å undersøke nettopp hvordan flyktninger opplever det psykiske helse tilbudet (Jacobsen, 2015, s.130).

3.2 Utvelgelse av informanter

Temaet mitt blir undersøkt fra to forskjellige perspektiv, først og fremst et brukerperspektiv. Gjennom et slikt perspektiv ønsker jeg å undersøke hva som er flyktningers personlige mening om det psykisk helse tilbudet. I en kvalitativ undersøkelse er det essensielt at man ikke undersøker for mange informanter. Dette kan resultere i en altfor stor og tidskrevende prosess, hvor vi kanskje ikke klarer å analysere all data som er samlet inn (Jacobsen, 2018, s. 178).

Jeg ønsker å avgrense begrepet “flyktninger” til kun å gjelde flyktninger som har kommet til kommunen for 7 år siden, eller mindre. Dette grunnet at det kan være vanskelig å huske detaljer mange år tilbake i tid, og det kan eventuelt svekke resultatene av min analyse. I tillegg til dette er alle enhetene over 18 år, på grunnlag av at det ikke er kommet mange enslige mindreårige til Molde kommune løpet av de siste årene. Jeg har også kun benyttet meg av enheter som stammer fra land i Midtøsten, på bakgrunn av at dette er land med krig og konflikter. Rapporter viser at psykiske lidelser var hyppigere blant flyktninger fra ikke-vestlige land, i forhold til flyktninger fra vestlige land. (Helsedirektoratet 2009, s. 49). I kvalitative metoder vil utvalget ofte bli styrt av formålet med undersøkelsen (Jacobsen, 2018, s. 181). Et tilfeldig utvalg ville ikke egnet seg i henhold til min problemstilling, da jeg ønsker respondenter som jeg mener kan gi meg god informasjon om temaet. Jeg har derfor valgt mine respondenter på bakgrunn av nettopp dette; de er valgt ut på grunnlag av at de har en eller annen form for erfaring angående psykisk helse tilbud i kommunen, og derfor kan gi god informasjon.

En av utfordringene ved undersøkelsen var å få kontakt med nok respondenter, i startfasen var antall respondenter ti, men dette måtte kuttes ned til seks. Som nevnt er psykisk helse et vanskelig tema, og dette var noe jeg personlig tror stod i veien for å få flere informanter. De seks informantene som jeg endte opp med representerer tre forskjellige land, Syria, Afghanistan og Irak. De er alle i ulike aldre mellom 19-36 år, og samtlige har kommet til Molde kommune i løpet av de siste syv årene. Tre av informantene kom til Norge alene,

mens de tre andre kom sammen med familien sin. Samtlige informanter ble tilsendt en mail med informasjon om selve undersøkelsen, samt en samtykkeerklæring (Vedlegg 1). Deretter ble det avtalt tidspunkt og sted for gjennomføring av intervjuet. Alle seks intervjuene ble utført ved fysisk oppmøte, i et nøytralt lokale.

For å kunne undersøke problemstillingen fra hjelpeapparatets perspektiv var det nødvendig å intervju aktuelle institusjoner. Jeg kontaktet derfor flyktningsjenesten og helsestasjon i Molde, som satte meg i kontakt med en ansatt på de ulike apparatene.

3.2.1 Utforming av intervjuguide

På bakgrunn av tidligere forskning og informasjon fra flyktningsjenesten har jeg utformet en intervjuguide som har som formål å skape en trygg og fleksibel samtale, og som sikrer at jeg dekker relevante tema (Vedlegg 2). Strukturen i selve intervjuguiden går ut på at spørsmålene er delt inn i tre ulike kategorier; ankomst og evaluering, tilbud om psykisk helse hjelp, og oppfølging. I tillegg til de spørsmålene som er fastslått i intervjuguiden, kan det oppstå nye spørsmål etter hvert som informantene deler sine opplevelser. Årsaken til at jeg valgte å utforme en intervjuguide, er for å sikre at dataen som jeg samler inn ikke blir for komplekse, slik at det ikke blir for krevende å analysere de i ettertid. Formålet med denne typen intervju er at intervjuobjektet skal være hovedpersonen og den som forteller, mens intervjuer lytter og stiller oppfølgingsspørsmål. Målet mitt var at intervjuobjektene i en viss grad kunne føre samtalen, og på grunnlag av dette ble ikke alltid spørsmålene stilt i den gitte rekkefølgen. Jeg har også fokusert på å utelate ja/nei spørsmål, da det er fare for at det blir korte svar.

I forkant av intervjuet informerte jeg alle intervjuobjektene om hva min hensikt med denne undersøkelsen er, og forsikret de om at deres anonymitet vil bli bevart. Alle intervjuene er gjennomført ansikt-til-ansikt, og det var satt av ca. 20 minutt til hver enkelt. I noen av intervjuene gikk det lenger tid, på bakgrunn av hvor mye de hadde å fortelle. I tillegg til intervjumateriale fra respondentene, vil jeg benytte meg av kommunikasjon med både flyktningsjenesten og helsestasjonen i Molde kommune. Dette vil altså være det andre forskningsperspektivet i undersøkelsen. Denne informasjonen ble gitt per telefon, og blir en del av drøftelsen min. Jeg er interessert i å finne hvilke tanker som ligger bak det helsetilbudet flyktninger får. Om konklusjonen vil gjenspeile hva de fleste flyktninger, og flyktninger i andre kommuner, tenker om tilbudet er usikkert.

3.3 Gjennomføring av intervju og innsamling av data

Gjennomføringen av undersøkelsen ble utført i form av kvalitative intervjuer med seks flyktninger som er, og har vært, bosatt i Molde kommune.

Tillit er et viktig nøkkelord innenfor denne slags typen intervju. Jacobsen (2015, s.155) mener at for å “oppnå en åpen informasjonsutveksling er det nødvendig at det etableres en tillitsrelasjon mellom intervjuobjekt og intervjuer”. Det kan dog være vanskelig å utvikle tillit til noen man ikke kjenner, og som man kun skal forholde seg til i et lite øyeblikk. Det var derfor viktig for meg å etablere et godt forhold fra startfasen ved å sørge for å gi intervjuobjektene god informasjon om meg selv og selve undersøkelsen. Jeg var også bevisst på eget kroppsspråk, for å vise til intervjuobjektene at jeg var i en lyttende posisjon både fysisk og mentalt. Jeg har stilt oppfølgingsspørsmål som ikke blir vist i intervjuguiden, de gangene intervjuobjektene har sagt noe interessant jeg ønsker å vite mer om. Etter beste evne har jeg forsøkt å tilpasse meg de ulike intervjuobjektene for å få de til å føle seg komfortabel. På bakgrunn av funnene jeg senere skal presentere mener jeg at jeg har oppnådd dette.

Intervjuene ble gjennomført over 5 forskjellige dager, hvorav to intervjuer ble gjennomført samme dag på ulike tidspunkt. Et privat rom på et nøytralt lokale ble benyttet, og alle intervjuene ble tatt opp på båndopptak. Dette var essensielt når jeg i etterkant skulle transkribere alle intervjuene. I tillegg til lydopptak tok jeg notater underveis for å sikre at den viktigste informasjonen blir lagret.

Intervjuet med flyktingtjenesten ble gjennomført via teams med en av deres ansatte, i løpet av ca. en time. I likhet med de resterende intervjuene var det kun informant og intervjuer til stede, og jeg gjorde rede for krav til anonymisering. Intervjuet med helsestasjonen var et kort intervju på ca. 15 minutter, med en av deres ansatte. I samsvar med de andre intervjuene var det også kun informant og intervjuer til stede.

3.4 Analyse av data

Med samtlige intervju ferskt i minnet og gjennomført, transkriberte jeg alle lydopptakene. Transkribering innebærer i denne sammenhengen å overføre informasjon som er samlet på

lydopptak til tekst. Her har jeg altså skrevet ned de fullstendige intervjuene ordrett, slik at jeg har en god oversikt over de resultatene jeg har fått. Til slutt satt jeg igjen med ti sider transkribert tekst, til sammen både fra flyktninger og hjelpeapparat. Lydopptakene ble deretter slettet grunnet personvern og anonymisering. Med tanke på at det kun var intervjuer og intervjuobjekt til stede, var det lett å skrive tekstene da det ikke var noen form for forstyrrelser på lydopptakene. Personlig informasjon som kan føre til gjenkjenning er ikke tatt med i transkriberingen.

3.5 Etiske sider ved undersøkelsen

I forkant av undersøkelsen har jeg grundig vurdert eventuelle etiske dilemmaer. Psykisk helse kan være et sårt og vanskelig tema, og noe man kanskje ikke ønsker å snakke om med hvem som helst. Når man tar for seg et komplekst tema som psykisk helse, er det viktig at man påser at både forsker og forskningsobjekt er beskyttet mot både psykisk og fysiske skader (Jacobsen, 2015, s. 45). Det første jeg gjorde etter at jeg hadde bestemt meg for et konkret tema, var å sende inn mitt prosjekt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). På denne måten er man sikre på at den dataen som skal samles inn blir bearbeidet, lagret og delt på en lovlig og ikke minst trygg måte.

Etter grønt lys fra NSD, gikk jeg deretter videre for å velge ut informanter. En sentral rolle i den etiske siden av undersøkelsen, er de tre grunnleggende krav som alle er knyttet til forholdet mellom forsker og forskningsobjekt (Jacobsen, 2015, s.47). De som velger å delta i en undersøkelse har krav på informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt. I forkant av mine seks intervju, har hver deltaker signert en samtykkeerklæring (Vedlegg 1). Her signerte respondentene på at de frivillig deltar i denne undersøkelsen, og at de når som helst kan trekke tilbake sitt samtykke, dersom de ønsker det. I den samme erklæringen presiserer jeg at enhver respondent vil bli anonymisert, og at ingen personlige opplysninger som eventuelt kan føre til gjenkjenning, vil bli delt.

Informasjonen jeg samler inn kan bli ansett som følsom for den som undersøkes, og helseforhold kan etter lov om behandling av personopplysninger (Lov-2000-04-14-31) være definert som følsom informasjon. Viktigheten av å påse at ingen psykiske plager kan dukke opp i etterkant av intervjuene har vært et sentralt tema for meg, og jeg har derfor i høyeste grad unngått spørsmål som omhandler informantenes personlige psykisk helse.

Tatt i betraktning utvalgets størrelse, kan det være fare for at enkeltpersoner kan bli identifisert ut fra data. Jo mindre et utvalg er, jo større sjanse vil det være for at nettopp en av informantene kan bli identifisert (Jacobsen, 2015, s. 49). I denne undersøkelsen finnes det kun seks informanter, og på bakgrunn av dette har jeg valgt å utelukke personlig informasjon som hvilket eksakt år de ankom Molde, bosted per dags dato og alder. Dette er for å hindre at informasjon som informantene ikke ønsker skal knyttes opp mot dem, gjenkjennes av mennesker de har vært i kontakt med. Det er nettopp dette anonymitet innebærer, at det skal være umulig å koble informasjonen opp mot en enkeltperson.

Kravet om å bli korrekt gjengitt er også en essensiell del av denne undersøkelsen. Dette innebærer at de resultatene som jeg presenterer, skal være riktige og fullstendig. Jeg har transkribert alle intervjuene som ble gjennomført, for å sørge for at funnene blir presentert på beste mulige måte. For å sikre at informantene føler seg trygge, har jeg gitt god informasjon til samtlige i forkant av intervjuene. Jeg har også valgt å gjennomføre intervjuene på et nøytralt lokale hvor ingen av oss har noen slags tilknytning, og hvor det kun er meg selv og informant til stede.

I etterkant kan det ikke synes at disse begrensningene har hatt en negativ effekt på selve undersøkelsen, og etter min mening har ikke resultatet blitt svekket med tanke på at jeg har tatt hensyn til anonymisering. Det kan være vanskelig å tilfredsstille alle kravene i en forskningsprosess (Jacobsen, 2015, s.53), og jeg må derfor nøye meg med at jeg har gjort mitt beste for å sikre at etiske dilemmaer blir vurdert på forhånd.

4.0 Presentasjon av funn

Jeg vil nå presentere hoved funnene jeg har samlet inn i min undersøkelse. Det som her blir presentert er den informasjonen som jeg mener best kan belyse min problemstilling, og senere drøftes opp mot tidligere forskning.

4.1 Hjelpeapparatets opplevelse av fokuset på psykisk helse hos flyktninger

For å belyse problemstillingen fra hjelpeapparatets perspektiv, har jeg intervjuet en ansatt ved flyktningtjenesten i Molde, i tillegg til en ansatt ved helsestasjonen. Jeg har da fått informasjon om hvordan selve prosessen foregår når det ankommer en ny flyktning til Molde. Dette foregår ved at flyktningtjenesten melder fra til kommunens helsestasjon, som

mottar all informasjon om de nyankomne, og setter opp en time for evaluering. Flyktningtjenesten har deretter ansvar for å sørge for at de som har fått time, kommer tidsnok til denne. Her blir man da evaluert fysisk og psykisk, i tillegg til at man tar forskjellige prøver. Innenfor helsestasjonen var det tidligere en egen sykepleier som kun hadde ansvar for flyktninger, men helsestasjonen informerer om at denne ble tatt vekk grunnet økonomiske årsaker, samt for lite behov ifølge helsestasjonen. Etter endt evaluering og prøver, er det ikke noen videre oppfølging bortsett fra hos barn og foreldre. Flyktningene har derimot muligheten til å melde seg på ulike kurs som blir holdt jevnlig, som også inneholder temaet psykisk helse.

Flyktningtjenesten sitt ansvar når det kommer til helse, er å informere flyktningene om hvilket tilbud som finnes. De skal tilrettelegge god informasjon om hvordan og hvor man kan finnes psykolog og lege. Når det kommer til hvor mye fokus som blir lagt på psykisk helse, så er det opp til hver enkelt flyktning om de uttrykker at de har behov for hjelp innenfor dette temaet. Etter den første evalueringen får alle flyktninger som er blitt bosatt i Molde sin egen fastlege, men dette kan ta litt tid.

Både flyktningtjenesten og helsestasjonen presisere at de som uttrykker at de har ekstra behov får hjelp. Kan dette føre til at noen som trenger hjelp ikke får det grunnet at de selv føler en skam eller er ukomfortabel med å innrømme at de behøver hjelp? Ansatte i flyktningtjenesten opplever at psykisk helse er et tabubelagt tema for mange som ankommer Norge, og det kan være vanskelig for enkelte å innrømme at de ønsker å få hjelp. Dette vil altså bety at med mindre flyktninger selv tar opp sin psykiske helse etter evalueringen, får de ikke noen videre oppfølging på dette området.

4.2 Flyktningenes opplevelse av kommunens fokus på psykisk helse

For å belyse problemstillingen fra flyktningsperspektiv har jeg intervjuet seks flyktninger i Molde kommune. En likhet som gjentok seg i alle intervjuene var at intervjuobjektene alle hadde både negative og positive opplevelser med hvordan de var blitt håndtert og oppfulgt med tanke på psykisk helse.

Nærmest alle informantene var fornøyd med den velkomsten de hadde fått når de først ankom kommunen. De følte seg sett og tatt vare på. En av informantene uttrykker:

“Vi var veldig lykkelig når vi først kom til Norge, og fikk også veldig fort oppholdstillatelse. Alt datteren min ønsket var å gå på skolen etter lang tid uten skolegang, og dette ble tatt på alvor. Det var en veldig bra start, og vi var veldig fornøyde”

Likevel synes mange av informantene at det er for lite fokus på psykisk helse for flyktninger. Disse mente også det var spesielt viktig å fokusere på psykisk helse hos barn og enslige mindreårige, da disse lett kan falle utenfor. Så og si alle informantene koblet også opp sin psykiske helse med integrering og trivsel her i Norge. Resultatene viser at de som i visse perioder hadde det dårlig psykisk, i de samme periodene slet med å få seg arbeid, lære seg språket og tilpasse seg i samfunnet. Jeg siterer fra en av informantene:

“Det burde være et større fokus på psykisk helse for flyktninger. Integrering og psykisk helse henger egentlig sammen, og jeg mener de må forbedre seg på dette området. Når man kommer fra krig og vonde opplevelser kan det være ekstra vanskelig å snakke om det. Jeg har opplevd det selv, folk rundt meg utviklet psykiske problemer etter hvert, som resulterte i at flere av vennene mine falt utenfor og begynte med rusmidler”.

En annen uttrykker følgende:

“Det å lære seg ett nytt språk var vanskelig i begynnelsen, og jeg ble ganske lei meg for at jeg ikke klarte å prestere slik jeg ville i begynnelsen. Jeg følte meg dårlig psykisk, i denne perioden gikk det ikke bra med meg.”

Flere av informantene syntes at flyktningstjenesten burde gjort en bedre jobb med oppfølging av psykisk helse. Noen opplever å bli spurt, men om de da svarer at det ikke går bra blir det ikke gjort noe videre med dette. De føler derfor ikke at det blir tatt på alvor og at det er overfladisk. En av informantene uttrykker:

“De spør hvordan det går, men det er ikke noen videre hjelp. Jeg synes at om de først skal spørre oss hvordan det går, bør de også følge opp å hjelpe de til å få hjelpen man behøver. Hvis man bare spør for å spørre får man ikke noe videre behandling”.

Noen av informantene opplevde store forskjeller i de ansatte ved flyktningstjenesten. De mener også at informasjonen og oppfølgingen man får kommer an på hvem man får som

kontaktperson. Jeg siterer følgende fra en informant: “Det var stor variasjon mellom de ansatte. Noen var veldig skikket til å hjelpe oss, mens andre ikke var flinke i det hele tatt, og hadde ingen kontroll på oss”.

Fra funnene jeg samlet inn av flyktningtjenesten ser vi at alle flyktninger skal bli evaluert, men funnene i flyktnings opplevelse viser at mange mener at de ikke har blitt evaluert på et psykisk plan. Det var kun et fåtall av informantene var svært fornøyd med både evaluering, informasjon og oppfølging. I hovedsak har alle seks informantene i en viss grad hatt en eller annen form for misnøye med hjelpeapparatet.

5.0 Drøfting av funn

I lys av teorien jeg har benyttet meg av vil jeg nå drøfte min problemstilling: **Hvordan opplever flyktninger og hjelpeapparatet Molde kommunes fokus på psykisk helse?**

Det empiriske grunnlaget er seks individuelle åpne intervjuer, i tillegg til informasjon fra flyktningtjenesten og helsestasjonen. I forkant hadde jeg en hypotese som var at flyktnings psykiske helse var underprioritert av hjelpeapparat i kommunen. I forrige avsnitt hvor jeg presenterte funn, kan vi se at det er flere ulike meninger og opplevelser som kan hjelpe å belyse min problemstilling. Etter å ha sammenliknet de seks intervjuene, finnes det både likheter og ulikheter, og jeg skal videre drøfte meg frem til en konklusjon.

Noen av informantene har etter personlig mening hatt en god opplevelse med kommunen når det kommer til psykisk helse, mens andre er svært misfornøyd. Hvorfor er det så store ulikheter mellom opplevelsene og svarene jeg har fått? Med tanke på at halvparten av informantene kom sammen med sin familie, og halvparten alene, kan det diskuteres om dette har en innvirkning på hvordan de har opplevd hjelpen de har blitt tildelt. Som vi har sett tidligere kan veien på flukt være en påkjenning, og for unge mennesker som flykter alene kan det være ekstra vanskelig (Berg, Berit. Migrasjon og helse, s. 5).

5.1 Ankomst og evaluering

Samtlige informanter var fornøyd med måten de ble tatt imot på når de først ankom kommunen. En god velkomst kan for eksempel innebære at man som flyktning føler seg sett og ivaretatt når de ankommer et fremmed land. Men har dette egentlig noen

innvirkning på den psyken man har ved ankomst? I noen tilfeller kan man tenke seg at resiliens vil være med på å styrke den psykiske helsen, og at man derfor vil kunne tåle mer, og det vil kanskje ikke ha så mye å si hvordan man blir tatt imot når man har vonde minner fra krig og andre hendelser. En vurdering av hvordan man da blir mottatt i sitt nye land vil kanskje virke irrelevant i forhold til dette. I tillegg til dette kan det være store forskjeller i hva man anser som en god velkomst, hvor noen forventer mer enn andre, og vice versa.

På den annen side så vi i den tidligere teorien som ble presentert at flyktninger fra ikke-vestlige land ofte har større risiko for å utvikle psykiske lidelser enn andre (Helsedirektoratet 2009, s. 49). Å være på flukt innebærer forskjellige elementer, og selve reisen fra hjemlandet til Norge kan for mange være lang og hard. På bakgrunn av dette vil da kanskje da være enda viktigere at flyktninger som da ankommer Norge blir tatt imot på en måte som vil bringe frem positive følelser. Med samme grunnlag så vil det kanskje være essensielt at flyktninger blir møtt på en måte som kan få de til å kjenne på en følelse av trygghet. Som sagt er dette mennesker som ofte kommer fra krig og overgrep, og da kan det hende at det første møtet med Norge vil ha mye å si for resten av integreringsprosessen.

For eksempel så hadde en av informantene aldri hørt om Norge før han fikk beskjed at han skulle reise hit, og han hadde derfor ingen slags form for inntrykk av hvilket land det var. I en slik situasjon vil det han først møter danne grunnlaget for det helhetlige inntrykket han får av Norge. Tidligere forskning gjort av Sverre Varvin som ble presentert i teoridelen pekte på viktigheten av en god velkomst, som i høyeste grad kan ha stor påvirkning på om flyktninger utvikler psykiske lidelser eller ikke (Jakobsen: Det haster med å kartlegge flyktingers psykiske helse, 2015). Dette kan samstemme med de funnene jeg har gjort hvor informantene fortalte at de kom fra en lang og tung reise, og måten de da ble møtt på her i kommunen betydde veldig mye for hver enkelt. En av informantene fortalte om det øyeblikket da hun og familien først kom til Norge, og de fikk vite at barna deres fikk begynne på skole, noe de ikke hadde hatt mulighet til tidligere. Dette betydde mye for psyken og livsgleden til både informanten og resten av familien.

Når det kommer til evalueringen av flyktninger ved ankomst, altså den første helsesjekken, var det flere ulikheter i svarene. Er det noen faktorer som spiller inn hos disse personene som kan vi noe om grunnen til at de har hatt så ulike opplevelser? Tre av seks informanter

ble evaluert ved ankomst, men dette var for generell helse og ikke kun psykisk helse. Om vi sammenlikner disse tre informantene som alle ble evaluert ved ankomst i kommunen, med de tre som ikke ble evaluert, finnes det selvfølgelig fysiske forskjeller som kjønn, alder, status og om de ankom Norge alene eller med en familie. De er alle fra land i Midtøsten, tre av seks flyktet sammen med familien sin, mens tre av seks ankom Norge alene. Ut fra den bakgrunns informasjonen vi har om disse informantene kan det tenkes om noen av faktorene har bidratt til at halvparten har blitt evaluert, mens de resterende tre ikke har blitt det.

En faktor som taler for at psykisk helse burde vektlegges ytterligere innenfor innvandrergupper er for å svekke påstanden om at psykiske lidelser assosieres med at en person er gal. God evaluering og kartlegging kan bidra til mer kunnskap og forståelse for psykisk helse, både for brukere, og for hjelpeapparat og kommunen. På den annen side kan det være samfunnsrelaterte grunner som begrenser ressurser innenfor helsevesenet. Det kan være krevende å opprette en egen helseevaluering kun for psykisk helse, og dette krever langt flere ressurser. Om det da brukes ressurser man egentlig ikke har på å evaluere flyktninger, kan dette være på bekostning av de som allerede er her. For noen faller ikke dette i god jord, og dette kan igjen skape konflikter som kan bidra ytterligere til å svekke ens psykiske helse. Det kan for eksempel oppstå konflikter med andre i samfunnet som igjen kan resultere i at nyankomne flyktninger vil slite med å tilpasse seg samfunnet. Det kan også være en utfordring å finne riktige fagpersoner for å utføre slike evalueringer. Man må ha en viss kunnskap om den aktuelle situasjonen flyktningene befinner seg i, og evnen til å tilpasse seg til et ulikt sykdoms bilde enn hva vi ser her i Norge.

Som vi så i teoridelen i denne oppgaven, var det vanlig at psykiske problemer ikke dukket opp før etter man hadde oppholdt seg i det nye landet i en periode. Virkningen av å evaluere flyktninger ved umiddelbar ankomst kan derfor diskuteres i henhold til om det har en hensikt eller ei. På den ene siden kan man si at det eventuelt ikke vil fange opp de med psykiske problemer, og at det da kan bli vanskeligere ettersom tiden går.

Flyktningtjenesten uttrykker selv at arbeidet de gjør ved ankomst i forhold til å sørge for at alle blir evaluert, og ta flyktningene imot, er tilstrekkelig og ikke behøver å endres på. Om

vi sammenligner disse uttalelsene med de resultatene fra intervjuene, ser vi at de ikke samsvarer helt. Hva kan forårsake at noen faller utenfor og dermed ikke blir evaluert skikkelig? Et av funnene jeg gjorde hos hjelpeapparatet var at de opplevde psykisk helse som et vanskelig tema for flyktninger, og at mange derfor ikke ønsket hjelp. Man kan som regel ikke tvinge mennesker til å gjennomføre en evaluering som omhandler psykisk helse, og det kan derfor hende at dette skaper vanskeligheter for hjelpeapparatet. Det er likevel viktig å fange opp hvem som behøver hjelp før det utvikler seg ytterligere, dette kan i verste fall gjøre det vanskelig å stille riktig diagnose og behandling.

5.2 Informasjon og tilbud om psykisk helsehjelp

Et av de viktigste funnene i denne undersøkelsen er at nesten alle informantene mente de ikke hadde fått tilstrekkelig med informasjon om psykisk helse, de hadde alle fått lite til ingen informasjon. En av hovedoppgavene til flyktningtjenesten er å sørge for at flyktninger får god nok informasjon til hvordan og hvor man skal gå for å få psykisk helsehjelp. Et likeverdig helsetilbud for alle vil bety at tilbudene er tilpasset til de ulike gruppene i samfunnet. Er det da tilstrekkelig at flyktninger faller inn i det vanlige helsesystemet, hvor de i all hovedsak selv må ta kontakt med sin lege for å få hjelp? Her kan vi igjen sammenligne med tidligere forskning som tilsier at psykisk helse anses som et tabu tema i mange flyktningsgrupper. Dette kan igjen eventuelt gjøre det vanskeligere å innrømme at man behøver hjelp, og i det hele tatt ta steget mot å få hjelp. Helsedirektoratet opererer med et skjema som skal evaluere helsen til flyktninger, asylsøkere og familiegjenforente, hvor det finnes en egen del dedikert til psykisk helse. Før selve spørsmålene i denne delen, opplyses det følgende:

“Denne delen av skjemaet skal ikke brukes for alle. Det må vurderes i hvert enkelt tilfelle på bakgrunn av opplysninger som er fremkommet om bakgrunnshistorie, migrasjonsprosess, tidligere belastninger og psykiske symptomer om det er nødvendig å gjøre en ytterligere kartlegging som nedenfor.”

Som vi ser benyttes ikke denne evaluerings delen av alle, og dette kan bety at hjelpeapparatet er avhengig av at flyktninger i en viss grad selv forteller om eventuelle problemer. Dette kan skape problemer med tanke på at flyktninger selv må bringe disse problemene opp. Selv om tidligere forskning viser at hjelpeapparatet behøver mer kunnskap om flyktningers psykiske helse, mener flyktningtjenesten selv at den informasjonen de gir

er tilstrekkelig. De innrømmer dog vanskeligheter med at mange flyktninger ikke ønsker å snakke om psykisk helse, og opplever at mange som kanskje burde fått psykisk helse hjelp ikke ønsker å benytte seg av dette.

Det er ikke alltid menneskelige og økonomiske ressurser strekker til. Dette er ikke nødvendigvis gjort med vond vilje, og det kan være andre grunner som begrenser arbeidet. Her er helsestasjonen et godt eksempel, hvor de tidligere hadde en egen sykepleier som hadde ansvar for flyktninger. Denne ble lagt ned grunnet økonomiske årsaker. Et slikt tilbud kunne igjen bidratt til å forenkle kartlegging av behov. På den ene siden kunne dette være et fint tilbud for de som ønsket å snakke med noen som kanskje har mer kunnskap og erfaring rundt flyktninggrupper, og det kunne resultert i at disse menneskene får en trygg relasjon. Dette kunne gjort det lettere for enkelte å prate om eventuelle psykiske problemer, slik at man kan diagnostisere og behandle korrekt.

Mange av informantene mente det var for lite fokus på psykisk helse for flyktninger. Det faktum at jeg ikke fant mye forskning på dette teamet, kan tale for at det er nødvendig med mer kunnskap her, i tillegg til å høre stemmene til de som blir berøres av temaet. Det kan være vanskelig å skape et godt tilbud for disse når man ikke har nok kunnskap om akkurat hva som er nødvendig. På den annen side så spiller igjen ressurser inn, og man må forme tilbud ut fra de redskapene man har. Man må ofte lære og feile over tid, og slike tilbud utvikler seg ofte etter hvert som man prøver de ut.

5.3 Oppfølging

Dette er en essensiell del av temaet psykisk helse hos flyktninger, og mange av informantene i denne undersøkelsen mente de hadde fått lite til ingen oppfølging. Selve helsestasjonen følger kun opp barn og unge mellom 0-20 år (Helsedirektoratet, nasjonal veileder: Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente), i tillegg til at kontaktpersoner innenfor flyktningtjenesten også har ansvar for oppfølging av de menneskene de er ansvarlig for. Det ser altså ut som at den eneste oppfølgingen informantene i denne undersøkelsen får, er gjennom flyktningtjenesten. Dette kan være problematisk med tanke på at kontaktpersoner som regel ikke vil fokusere kun på psykisk helse, men heller på helheten av den som blir fulgt opp. Det kan derfor være vanskelig å innrømme hvordan man egentlig har det, med tanke på stigmaet rundt psykisk helse innenfor denne gruppen.

Igjen kan aspektet om begrensede ressurser komme inn i bildet. Det er ikke nødvendigvis enkeltpersoner som gjør en dårlig jobb, men det kan rett og slett være grunnet kunnskap, økonomi og retningslinjer ikke legger opp til at de ansatte kan gjennomføre oppfølging på den beste måten. Det er likevel viktig å føle seg sett av hjelpeapparatene, da det i hovedsak kan handle om å utvikle en trygg relasjon hvor man tørr å be om hjelp om nødvendig. Helseteam skal i hvert enkelt tilfelle vurdere ut fra skadeomfang om en flyktning trenger videre oppfølging eller ikke, men klarer de å gjøre dette på en god måte om ikke kartleggingen fanger opp de som egentlig behøver hjelp? I slike situasjoner kan det være essensielt at de har erfaringer og kunnskap slik at de kan fatte den beste beslutningen for hver enkelt.

Et unntak var en av informantene i undersøkelsen, som var svært fornøyd med hele prosessen, inkludert oppfølgingen. Kan det være en grunn til at noen blir fanget opp og får mye hjelp og oppfølging, mens andre ikke får det i det hele tatt? Om vi ser på faktorer innenfor hjelpeapparatene, kan det være en mulighet at oppfølging kommer an på kontaktpersonen du får. Det er ingen hemmelighet at det mest sannsynlig alltid finnes noen som er mer rustet til å utføre en spesiell type arbeid enn andre. Om dette er tilfellet innenfor hjelpeapparatene også, kan oppfølgingen også variere ut fra kontaktpersonen man får. På den annen side kan det hende at noen flyktninger ikke ønsker personlig oppfølging, og at dette kan da være årsaken til at hjelpeapparatet ikke tar kontakt.

5.4 Konklusjon

Min overordnede problemstilling er *Hvordan opplever flyktninger og hjelpeapparatet Molde kommunens arbeid med psykisk helse for flyktninger?* Jeg har derfor undersøkt nærmere fra disse to ulike perspektivene.

Samlet sett ser vi at mange av funnene samsvarer med den teorien jeg har tatt for meg, selv om det finnes små unntak. Det faktum at jeg manglet mye teori på hvordan flyktninger selv opplever psykisk helse tilbud, kan tilsa at det faktisk finnes for lite forskning på dette temaet. Når vi ser dette opp imot svarene til flyktningene og hjelpeapparatet, ser vi at opplevelsene ikke samsvarer.

Det er ikke alltid lett å tilrettelegge tilstrekkelig informasjon og oppfølging for sårbare grupper, og vi kan se spor av dette i denne undersøkelsen. Ut fra funnene jeg har analysert

i denne oppgaven, ser det ut som mange av informantene har fått for lite informasjon om psykisk helsehjelp, i tillegg til dårlig oppfølging. Dette kan resultere i at selve kartleggingen og evalueringen av hvem som behøver hjelp blir svekket.

Uansett vil det i de aller fleste tilfeller være minst to sider av en sak. Men i problemstillinger som omhandler alvorlige mellommenneskelige relasjoner vil man i de aller fleste tilfeller være best tjent med å tillegge den svakeste part/parter mest vekt.

Litteraturliste

Andersen, Anders Johan W.: *psykisk helse* i *Store medisinske leksikon* på snl.no.

Hentet 19. mai 2021 fra http://sml.snl.no/psykisk_helse

Brunvatne, R. (2006) - *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Gyldendal Norsk Forlag

Flyktninghjelpen (2020) - Global oversikt over mennesker på flukt: Tabell 1.

<https://www.flyktninghjelpen.no/global/statistikk/statistikk/#static-main-table>

FN-sambandet - *Flyktninger* <https://www.fn.no/tema/flyktninger>

Flyktninghjelpen (2020) - *Flyktningregnskapet*

<https://www.flyktninghjelpen.no/global/statistikk/begreper/>

FN-sambandet - *Flyktningkonvensjonen*

<https://www.fn.no/om-fn/avtaler/flyktninger/flyktningkonvensjonen>

Folkehelseinstituttet (2011) - Etter bosettingen: psykisk helse, mestring og sosial integrasjon blant ungdom som kom til Norge som enslige mindreårige asylsøkere

<https://www.fhi.no/publ/2011/etter-bosettingen-psykisk-helse/>

Grønhaug, K. (2019) - På flukt: Når livet er i ferd med å rakne

<https://www.flyktninghjelpen.no/perspektiv/2019/pa-flukt-nar-livet-er-i-ferd-med-a-rakne/>

Gundersen, T. (2017) - Psykisk helse hos flyktninger og asylsøkere

<https://psykiskhelse.no/nyheter/psykisk-helse-hos-flyktninger-og-asyls%C3%B8kere>

Helsedirektoratet (2015). Veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 24. april 2020, lest 21. april 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>

Helsedirektoratet (IS-1022) - Helseundersøkelse for asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helseundersokelser-av-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helseundersokelse-ved-tre-maneder/Skjema-Helseundersokelse-flyktninger-asylsokere.pdf> /attachment/inline/86df9fb4-1f2b-4678-b8ea-98f626eb7db2:28a5424c9d1bc726de2e25de7f05adb34c19dc45/Skjema-Helseundersokelse-flyktninger-asylsokere.pdf

Helsedirektoratet (2009) - Migrasjon og helse – *utfordringer og utviklingstrekk* <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk/migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk.pdf> /attachment/inline/15a61c2e-a811-43ed-b724-3db047892e57:d4b6121d03885b68078106cd79c5b0118574f2e7/migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk.pdf

Helse i innvandrerbefolkningen. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert (sett inn dato); lest (sett inn dato)]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>

Helsedirektoratet - Oppfølging fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helsetjenester-for-flyktninger-asylsokere-og-familiegjenforente/oppfolging-fra-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Imdi - Helse og psykososial oppfølging <https://www.imdi.no/planlegging-og-bosetting/kommunens-arbeid/helse/>

Jakobsen, S, E. (2015) - Det haster med å kartlegge flyktningers psykiske helse <https://forskning.no/innvandring/det-haster-med-a-kartlegge-flyktningers-psykiske-helse/457446>

Knudsen, A,K. (2010) - Sosial integrering av mennesker med psykiske helseplager <https://www.napha.no/content/14012/sosial-integrering-av-mennesker-med-psykiske->

helseplager

Knezevic, M.(2015) - *For lite fokus på flyktningers psykiske helse*

<https://www.nrk.no/osloogviken/eksperter-vil-ha-bedre-psykisk-helsetilbud-for-flyktninger-1.12568017>

Lien, L., Dybdahl, R., Siem, H., Julardzija, I., Bakke, H.H. (2019) - Asylsøkere og flyktninger: *Psykisk helse og livsmestring*. Univeristetsforlaget

Lovdata (2008) - *Utlendingsloven*

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-05-15-35/KAPITTEL_4#%C2%A735

Lovdata (2020) - Lov om integrering

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2020-11-06-127>

Mykletun, A., Knudsen, A.K., Mathisen, K.S (2009, oktober) - *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-2009-pdf-.pdf>

Mathisen, E. (2020) - Hvordan kan helsepersonell hjelpe flyktninger som sliter psykisk?

<https://sykepleien.no/fag/2020/10/hvordan-kan-helsepersonell-hjelpe-flyktninger-som-sliter-psykisk>

Malt, Ulrik: *traume* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 28. april 2021 fra

<https://sml.snl.no/traume>

Molde kommune - Flyktningtjenesten <https://www.molde.kommune.no/innvandring-og-integrering/flyktningtjenesten/>

Nes,R,B.(2016) - Fakta om livskvalitet og trivsel

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Regjeringen: Barne- og familiedepartementet (2012-2013) - Meld. St. 6, En helhetlig integreringspolitikk

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-6-20122013/id705945/?ch=1>

Regjeringen: Helse- og omsorgsdepartementet - *psykisk helse og livskvalitet*

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>

SSB (21. Juni, 2018) - *Personer med flyktningbakgrunn*

<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/flyktninger/aar/2018-06-21>

SSB (2020) - *Personer med flyktningbakgrunn*

<https://www.ssb.no/flyktninger>

Sosiale helseforskjeller. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument].

Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert (sett inn dato); lest (sett inn dato)]. Tilgjengelig

fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>

Skre, Ingunn B.: *resiliens* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 28. april 2021 fra

<https://snl.no/resiliens>

SSB (2019) - Innvandrere med lav inntekt dårligere stilt enn andre med lav inntekt

<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-med-lav-inntekt-darligere-stilt-enn-andre-med-lav-inntekt>

Utdanningsdirektoratet - Folkehelse og livsmestring

<https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/tverrfaglige-temaer/folkehelse-og-livsmestring/>

Vevstad, V. (2017) - *Hva er en flyktning?* Universitetsforlaget

Vedlegg 1

Vil du delta i forskningsprosjektet

Flyktninger og psykisk helse?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke psykisk helse tilbud flyktninger blir tilbudt når de ankommer Norge, og om dette tilbudet er tilfredsstillende. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål Formålet med dette prosjektet er å sette lys på helsetilbudet som flyktninger kan benytte seg av når de kommer til kommunen. Jeg ønsker å undersøke nærmere på tidsomfanget, altså hvor lang tid det tar før flyktninger blir tilbudt hjelp. I tillegg til dette vil jeg undersøke kvaliteten av tilbudet og om de som benytter seg av det føler seg tilfreds. Beskriv formålet med prosjektet mer inngående og si noe om omfanget. Problemstillingen jeg ønsker å belyse er derfor: **Hvordan opplever flyktninger kommunens fokus på psykisk helse?** I dette tilfellet er vi opptatt av å beskrive en situasjon som vi ønsker å vite mer om, nemlig psykisk helse når det kommer til flyktninger. Jeg ønsker å finne ut hvordan de som kommer til Norge opplever helsetilbudet de får, og om det i det hele tatt blir gjort psykologiske evalueringer av nye flyktninger. Dette forskningsprosjektet blir gjort som en bacheloroppgave ved Høgskolen i Molde. Opplysningene som samles inn skal kun benyttes til dette forskningsprosjektet og vil ikke bli delt andre steder.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Rebecca Imani Pettersson er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?^[1] Enhetene som blir spurt om å delta er samtlige flyktninger over 18 som har kommet til kommunen opp gjennom årene. Jeg kommer til å henvende meg til flyktningtjenesten i Molde kommune, for å få videresendt dette informasjonsskriv videre til de menneskene som har blitt ansett som flyktninger på et tidspunkt i livet sitt. Jeg ønsker å sende denne henvendelsen til samtlige flyktninger over 18 år som har kommet til Molde innen de siste 15 årene. Totalt sett ønsker jeg å intervju 20 enheter.

Hva innebærer det for deg å delta?

- -Informasjonen vil bli samlet inn ved hjelp av intervju og jeg kommer til å benytte meg av lydopptak for å registrere opplysningene. Jeg ønsker å ha individuelle intervjuer, for at enhetene skal føle seg trygg og anonym. Under intervjuet kommer jeg til å stille spørsmål om personlige oppfatninger av det psykiske helsetilbudet i Molde kommune, da så klart for flyktninger som ankommer kommunen. Det er dette intervjuet i hovedsak skal omhandle. Jeg vil sette av ca. 15 minutter til hvert intervju.

Det er frivillig å delta^[1] Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Det er kun forskningsprosjektansvarlig, Rebecca Imani Pettersson, samt veileder, Tonje Hungnes, som vil ha tilgang til informasjonen som blir samlet inn.
- Istedenfor å benytte meg av navn kommer jeg til å navngi hver av intervjuene med et tall. Ingen kontaktopplysninger skal lagres med lydopptaket. Informasjonen som blir samlet inn vil bli lagret på lydopptak, som deretter vil bli kryptert på forskers datamaskin

Ingen av deltakerne vil kunne gjenkjennes ved eventuell publisering av bacheloroppgaven. Den informasjonen som vil bli publisert er tankene og erfaringene rundt det psykiske helsetilbudet i Molde kommune.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 20.05.2021. Personopplysninger, lydopptak og notater vil bli slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Rebecca Imani Pettersson, ved *Høgskolen i Molde* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- *Høgskolen i Molde* ved *Rebecca Imani Pettersson*. Epost: rebeccapettersson94@hotmail.com eller tlfnr: 97899927. Veileder: *Tonje Hungnes*, epost: Tonje.hungnes@himolde.no.

Vårt personvernombud: - personvernombud@himolde.no

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Rebecca Imani Pettersson
(Student)

Samtykkeerklæring

Samtykke kan innhentes skriftlig (herunder elektronisk) eller muntlig. NB! Du må kunne dokumentere at du har gitt informasjon og innhentet samtykke fra de du registrerer opplysninger om. Vi anbefaler skriftlig informasjon og skriftlig samtykke som en hovedregel.

- *-Ved skriftlig samtykke på papir, kan du bruke malen her.*
- *-Ved skriftlig samtykke som innhentes elektronisk, må du velge en fremgangsmåte som gjør at du kan dokumentere at du har fått samtykke fra rett person (se veiledning på NSDs nettsider).*
- *-Hvis konteksten tilsier at du bør gi muntlig informasjon og innhente muntlig samtykke (f.eks. ved forskning i muntlige kulturer eller blant analfabeter), anbefaler vi at du tar lydopptak av informasjon og samtykke.*

Hvis foreldre/verge samtykker på vegne av barn eller andre uten samtykkekompetanse, må du tilpasse formuleringene. Husk at deltakerens navn må fremgå.

Tilpass avkryssingsboksene etter hva som er aktuelt i ditt prosjekt. Det er mulig å bruke punkter i stedet for avkryssingsbokser. Men hvis du skal behandle særskilte kategorier personopplysninger og/eller de fire siste punktene er aktuelle, anbefaler vi avkryssingsbokser pga. krav om eksplisitt samtykke.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Flyktninger og psykisk helse* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Intervju-guide

1.Presentasjon av prosjektet og prosjektansvarlig

La eventuelt enhet fortelle om sin bakgrunn (Ingen personopplysninger blir lagret på lydopptak)

Ankomst og evaluering

- Når ankom du Norge?
- (-Når ankom du Molde?)
- Når og hvordan ble din psykiske helse først evaluert her?
- Hvordan opplevde du din ankomst?

Informasjon og tilbud

- Ble du tilbudt videre psykisk helsehjelp?
- Hvor lang tid gikk det før du et slikt tilbud, og hva er din personlige mening om den tiden?
- Hvordan opplevde du viktigheten av dette tilbudet? (altså, ble det lagt stor vekt på psykisk helse? Følte du at dette var et viktig tema for helsetjenesten?)
- Hvordan fikk du dette tilbudet (brev, mail, internett osv.)
- Hva synes du om måten du ble informert om psykisk helsetilbud på? Var det tilstrekkelig med informasjon?
- Er du fornøyd med informasjonen? Hvis nei, hva kunne vært bedre?
- Hva er din personlige opplevelse av hjelpen du fikk?

Oppfølging

- Etter evalueringen, har du fått oppfølging?
- Er det noe du savner? Er du fornøyd med oppfølgingen etterpå?
- I hvilken grad synes du kommunen prioriterer flyktningers psykiske helse?