

Kristin Stavseth Minde

Hvilke barrierer kan flyktninger møte når de mottar offentlig helsehjelp, og hvordan kan disse barrierene minskes?

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Omid Rasouli

Mai 2020

Kristin Stavseth Minde

Hvilke barrierer kan flyktninger møte når de mottar offentlig helsehjelp, og hvordan kan disse barrierene minskes?

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Omid Rasouli
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Hvilke barrierer kan flyktninger møte når de mottar offentlig helsehjelp, og hvordan kan disse barrierene minskes?

Hensikt: Hensikten med studien er å redegjøre for hvilke barrierer flyktninger kan møte når de mottar offentlig helsehjelp, og hvordan disse barrierene kan minskes.

Metode: Studien er utført ved bruk av litteraturstudie som metode. Det ble utført ustrukturerte og strukturerte litteratursøk, som resulterte i fem inkluderte fagfellevurderte artikler.

Resultat: Basert på funnene i de fem inkluderte artiklene, kom studien frem til tre områder hvor barrierer kan oppstå:

1. Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell
2. Organisering og informasjon om helsesystemet
3. Kulturelle forskjeller

Flere mulige tiltak og tilnærminger til barrierene ble foreslått, blant annet bruk av tolk, kulturell kompetanseheving blant helsepersonell og koordinatorene.

Konklusjon: De identifiserte barriereområdene ble diskutert opp mot relevant teori for vernepleiere og helsepersonell generelt, samt de foreslåtte tiltakene og tilnærmingene fra artiklene. Diskusjonen konkluderte med at bruk av trente tolker for flyktninger, bruk av forenklet språk og mulighet for flyktningen til å velge egen tolk var mulige tiltak for å minske språkbarrierene. Kompetanseheving av kulturell forståelse blant helsepersonell vil kunne bidra til å minske barrieren som oppsto mellom helsepersonell og pasient, når de følte på kulturelle forskjeller. Alle informantene i artiklene hadde fått informasjon om helsevesenet i sitt bostedtsland, men av ulike grunner ble ikke informasjonen brukt. En helsekoordinator for flyktninger ble utprøvd ved et sykehus i Australia og hadde gode resultater, og det blir foreslått at dette kan prøves ut i andre land også, deriblant Norge.

Abstract

Title: What barriers can refugees face when receiving public health care, and how can these barriers be reduced?

Aim: The aim of the study is to explain what barriers refugees can face when receiving public health care, and how these barriers can be reduced.

Method: The study was conducted using literature study as a method. Unstructured and structured literature searches were conducted, resulting in five peer-reviewed articles.

Result: Based on the findings in the five included articles, the study identified three areas where barriers can arise:

1. Communication between the patient and health care professionals
2. Organization and information about the health system
3. Cultural differences

Several possible measures and approaches to the barriers were proposed, including the use of interpreters, cultural competence enhancement among health care professionals and nurse liaisons.

Conclusion: The identified barrier areas were discussed with relevant theory for social educators and health professionals in general, as well as the proposed measures and approaches from the articles. The discussion concluded that the use of trained interpreters for refugees, the use of simplified language and the opportunity for the refugee to choose their own interpreter were possible measures to reduce the language barriers. Raising cultural understanding among health care professionals may help to reduce the barrier that arose between health care professionals and patients when they felt cultural differences. All the informants in the articles had been informed about the health care system in their country of residence, but for various reasons the information was not used. A refugee health coordinator was tested at a hospital in Australia and had good results, and it is suggested that this can be tested in other countries as well, including Norway.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling	1
1.3 Hensikten med oppgaven	2
1.4 Relevans for vernepleierfaget.....	2
1.5 Oppgavens disposisjon	3
2. Teori	4
2.1 Flyktningkrisen.....	4
2.2 Likeverdige offentlige helsetjenester	4
2.3 Språkbarrierer.....	5
3. Metode	8
3.1 Valg av metode.....	8
3.2 Søkeprosess	8
3.3 Analyse og kildekritikk	11
4. Resultat	13
4.1 Litteratormatriser.....	13
4.2 Sammenfatning av resultater	16
4.2.1 Språkbarrierer og bruk av tolk	16
4.2.2 Organisering av helsetjenester og system	17
4.2.3 Kulturelle forskjeller	17
4.2.4 Tiltak	18
5. Diskusjon	19
5.1 Språkbarrierer og bruk av tolk	19
5.2 Organisering av helsetjenester	20
5.3 Kulturelle forskjeller	21
5.4 Styrker og svakheter.....	22
6. Konklusjon	24
7. Litteraturliste	25

1. Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Temaet for min bacheloroppgave er flyktninger og asylsøkere som mottar offentlig helsehjelp. Jeg har valgt dette temaet da flyktninger, asylsøkere, og deres hverdag etter de har nådd sitt destinasjonsland, ikke er som tema blitt belyst under vernepleierutdanningen ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (heretter omtalt som NTNU) i Trondheim i løpet av mine tre år der. Norge og resten av Europa mottar mange flyktninger årlig, hvor mange av disse har behov for offentlig helsehjelp hvor vernepleiere kan være viktige helsepersonell. Jeg ser det derfor svært relevant for en bacheloroppgave i vernepleie å omhandle denne folkegruppen.

Mitt første møte med flyktninger og migranter, var under min siste praksisperiode ved vernepleierutdanningen, ved Barne- og familietjenesten avd. Habilitering/Helse- og omsorg 0-18 år. De mottar søknader om helse- og omsorgstjenester for barn med funksjonsnedsettelse og deres familier. Søknadene skal saksbehandles, og en del av dette innebærer å kartlegge familiens og barnets situasjon, og behov. Dette viste seg å kunne være svært krevende for både saksbehandler og den aktuelle familien, da det kunne oppstå flere barrierer for god samhandling. Egne erfaringer etter praksisen peker mot språkbarrierer og bruk av tolk, familiens forventninger satt opp mot realistiske tjenester, og holdninger hos både saksbehandler og familien som barrierer for å kunne motta og gi rett helsehjelp.

Basert på denne erfaringen har jeg kommet frem til problemstillingen:

Hvilke barrierer kan flyktninger møte når de mottar offentlig helsehjelp, og hvordan kan disse barrierene minskes?

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

I norsk sammenheng blir ofte mennesker som kommer til Norge på grunn av flukt, kalt flyktninger. Dette er likevel en juridisk, formell status som må gis på bakgrunn av beskyttelsesgrunnlaget til hvert enkelt menneske. Dette er bestemt i FN's flyktningkonvensjon fra 1951 (Dalgard & Sveaass, 2010, s. 92). Da de inkluderte artiklene i denne litteraturstudien baserer seg på intervjuer av mennesker med ulik søkerstatus, vil jeg videre i oppgaven omtale både godkjente flyktninger, asylsøkere og søkere med avslag som flyktninger, da ikke alle

artiklene presiserer dette tydelig. I begrepet offentlig helsehjelp, legger jeg både primær- og sekundærhelsetjenesten, og tydeliggjør hvilken type helsetjeneste det er snakk om i de tilfeller det er vesentlig for forskningen.

Vernepleiere er rangert som autorisert helsepersonell, og siden ingen av artiklene mine omhandler vernepleieryrket spesifikt, men omtaler helsepersonell, vil jeg i oppgaven benytte meg av ordet helsepersonell. Det vil si at hver gang jeg nevner helsepersonell, omtaler alle yrker og profesjoner som kan falle under denne kategorien, deriblant vernepleiere, med mindre noe annet blir spesifisert.

Gjennom søke- og skriveprosessen har jeg endret problemstillingen noen ganger for å møte forskningsfeltet for helsehjelp til flyktninger. Jeg startet søkingen med å inkludere «flyktningfamilier» i problemstillingen, da det var familiene jeg ble introdusert for i praksisen min, ikke bare enkeltindivid. Derimot viste det seg at det var utført lite forskning som hadde hovedfokus på familiene til flyktninger i den forstand jeg var på utkikk etter. Problemstillingen ble derfor utvidet til å gjelde alle flyktninger, uavhengig av familiesituasjon.

1.3 Hensikten med oppgaven

Hensikten med denne litteraturstudien er å redegjøre hva forskerne identifiserte som barrierer for flyktninger i møtet med helsevesenet, og prøve å finne tiltak for å minske disse barrierene. Tiltakene kan på denne måten bidra til å skape bedre samhandling mellom tjenesteytere og flyktninger, slik at de får den hjelpen de trenger.

1.4 Relevans for vernepleierfaget

Vernepleierutdanningen ved NTNU Trondheim har som sagt ikke inkludert pensum direkte rettet mot flyktninger i studieårene for 2017-kullet. Jeg ser på dette som trist for både vernepleiere og arbeidsgivere ved mulige arbeidssteder som er rettet mot flyktninger og asylsøkere, da vernepleiere er godt rustet til å arbeide med denne brukergruppen. Vi har gjennom tre studieår hatt pensum om blant annet kommunikasjon og relasjon med mennesker, miljøarbeid, pedagogikk, psykologi, anatomi og sykdomslære, som alle kan være nyttige emner i arbeidet med flyktninger og asylsøkere. Ved siste praksisperioden til 2017-kullet, var det minst tre praksisplasser som var direkte rettet mot flyktninger og asylsøkere, blant annet boliger for mindreårige flyktninger.

I 2019 økte antallet mennesker med flyktningbakgrunn i Norge fra 233,800 til 238,300, en økning på 4,500. Selv om det har vært mindre vekst enn tidligere (Strøm, 2020), er det fortsatt en stor andel av Norges befolkning som kan ha behov for tilrettelegging i sitt møte med helse- og omsorgstjenester. Til sammenligning anslår man at det bor mellom 47,000 og 61,500 mennesker med psykisk utviklingshemming i Norge (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming (forkortet til NAKU), 2020), som er pasient- og brukergruppen vernepleierutdanningen har desidert størst fokus på. På bakgrunn av dette vil jeg påstå at bistand til flyktninger i helse- og omsorgstjenestene er like relevant for en vernepleier.

1.5 Oppgavens disposisjon

Videre i oppgaven vil jeg i teorikapittelet ta for meg relevant teori angående flyktningkrisen, likeverdige offentlige helsetjenester og språkbarrierer. Metodekapittelet vil vise min metodiske fremgangsmåte og analyse, og i resultatkapittelet vil resultatene av litteratursøket bli fremlagt. Til slutt vil jeg i diskusjonskapittelet drøfte funnene knyttet opp mot den nevnte teorien og andre teorier, samt styrker og svakheter ved oppgaven, og konkludere diskusjonskapittelet i konklusjonskapittelet. Det siste kapittelet vil inneholde litteraturlisten.

2. Teori

I dette kapittelet vil jeg ta for meg relevant teori for problemstillingen min; flyktningkrisen, likeverdige offentlige tjenester og barrierer flyktninger kan oppleve i møte med helsevesenet. I mangel på relevant teori fra utdanningsløpet mitt, har jeg valgt å inkludere vernepleiepensum som ikke er direkte rettet mot arbeidet med flyktninger, men psykisk utviklingshemmede i teorikapittelet. Dette er fordi jeg mener teorien også er relevant for andre pasient- og brukergrupper ikke bare mennesker med psykisk utviklingshemming.

2.1 Flyktningkrisen

Siden 2015 har man omtalt menneskestrømmen til Europa som flyktningkrisen. Ifølge FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR, 2020) flyktet over 1 million mennesker til Europa i tidsrommet 1. januar til 1. desember 2015, fra områder rundt Middelhavet, både via land og sjø. De fleste av disse flyktet som et resultat av konflikten i Midtøsten. Samme år ble det også meldt om 3 538 savnede eller døde flyktninger. Etter 2015 har tallene for flyktninger via Middelhavet minsket hvert år, og per 11. mai 2020 er det foreløpig registrert 22,149 flyktninger via Middelhavet i 2020. Over 18 tusen av disse reiste via sjø, som er den farligste ruten å ta på grunn av værforhold, men samtidig den mest tilgjengelige ruten (Jumbert, 2018).

Ser man krisen i norsk sammenheng, var det ifølge Statistisk sentralbyrå (2020) per 13. mai 2020 bosatt 238 281 mennesker med flyktningbakgrunn i Norge, som utgjør 4,4% av hele Norges befolkning. Dette er en økning på 4 500 personer fra 2019 med flyktningbakgrunn i Norge. Selv om det har vært en svak økning de siste årene innad i Norge (Strøm, 2020), er det på verdensbasis hele 70,8 millioner mennesker på flukt, enten i sitt eget land eller som immigranter (FN, 2019). I *Sosialt arbeid, en grunnbok* skriver Berg (2015, s. 249) om en usikkerhet rundt tallene til FN, som da var 48 millioner, men hun konkluderte med at det var liten tvil om at det økende konfliktnivået i verden ga økende flyktningetall. Med det økte antallet flyktninger, har også behovet for mottakssystem, integrerings- og bosettingsapparat meldt seg. Mottakssystemet er statlig, mens integrerings- og bosettingsapparatet er kommunenes ansvar i Norge.

2.2 Likeverdige offentlige helsetjenester

Helsedirektoratet (2020) har skrevet en nasjonal veileder kalt Helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Denne veilederen er skapt for å sikre at helse- og

omsorgstjenestene skal være likeverdige ovenfor både flyktninger, asylsøkere, familiegjeforente og den øvrige befolkningen (s. 45). Veilederen understreker at denne folkegruppen har like rettigheter som andre bosatte i Norge til å motta nødvendig og øyeblikkelig helsehjelp, jmfør § 1-2 i Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). I boken *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* skriver Ellingsen & Berge (2014, s. 201) om helsetjenestens normalmodell. Denne modellen baserer seg på at alle mennesker klarer å bedømme og beskrive egne symptomer og helsetilstand, og deretter kontakte riktig helseinstans selv.

I boken *Folkehelse i et norsk perspektiv* skriver Goth (2019, s. 112) om begrepene kulturkompetanse og kultursensitivitet. Når man møter personer med ulik bakgrunn, møter man også andre kulturer. Som helsepersonell bør man arbeide mot å forstå og håndtere det som er annerledes med disse menneskene, gjennom kultursensitivitet. Dette innebærer en tilnærming som skaper trygghet og tillit mellom helsepersonellet og pasienten (Viken & Magelssen, 2010, s. 71). Røkenes & Hanssen (2012, s. 202 – 204) forklarer kultursensitivitet som en tilnærming hvor man viser hensyn til pasienten eller brukerens kultur, og unngår misforståelser ved å finne en meningsfull kommunikasjonsmetode som favner begge interesser.

2.3 Språkbarrierer

Ramin-Osmundsen i *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (2010, s. 196), skriver om hvilke barrierer som hindrer tilpasning av helsetjenester. Her trekker hun frem blant annet språklige barrierer, som ikke kommer av at helsepersonellet ikke ønsker å gi informasjon til alle sine pasienter, men at ikke alle mennesker i Norge snakker norsk. Sammen med mangel på flerspråklige helsepersonell, oppstår barrieren når store deler av helsevesenet ikke budsjetterer for å løse problemet (Ramin-Osmundsen, 2010, s. 196).

I samme bok skriver Viken & Magelssen at «god kommunikasjon er en forutsetning for konstruktivt samarbeid» (2010, s. 72). Når to personer har ulik kulturell bakgrunn, krever det at begge parter kan sette seg inn i hverandres ståsted (s. 68). For å kunne kommunisere hverandres ståsted til hverandre, krever det at partene snakker samme språk. Som flyktning i et nytt land, er sannsynligheten stor for at man ikke har lært språket som snakkes i landet enda, og kanskje har man ikke kompetanse på andre internasjonale språk som engelsk og spansk. Dette krever at man finner en løsning for å kunne gjøre seg forstått, både ute i samfunnet og som pasient eller bruker av offentlige helsetjenester.

Videre skriver Viken & Magelssen (2010) om bruken av tolk når man kommuniserer med pasienter med utenlandsk bakgrunn. De trekker frem poeng om at bruk av tolk gir pasienten mulighet til å forklare seg på morsmålet sitt, samt å uttrykke seg med veltalenhet, som gir en følelse av velvære. Dette kan bidra til å sikre at det faglige innholdet i arbeidet helsepersonellet gjør, kan betraktes som godt omsorgsarbeid (s. 75). Å ha mulighet til å snakke sitt eget morsmål er vel så bra, men bruk av tolk vil også komme under den lovpålagte plikten helsepersonell har til å gi nødvendig informasjon til pasientene sine for at de skal kunne medvirke i behandlingen sin. Jamfør § 3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven (2001) skal det tilrettelegges ut fra hver enkeltes behov, for at pasienten skal ha mulighet til å ta informerte valg. Ved å bruke tolk når det er nødvendig, vil pasienten og helsepersonellet ha mulighet til å samarbeide effektivt.

I samme bok forteller Thyli, Dawes & Sharma (2010, s. 268) om utfordringer knyttet til aldrende innvandrere i Norge. De henviser til en rapport utført av Ingebretsen & Romøren (2005) for Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) kalt *Omsorgstjenester med mangfold? Kartlegging av kommunenes ressurser og behov når det gjelder tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn*. I denne undersøkelsen har de utført en spørreundersøkelse og seminar, hvor de inkluderte de bydelene i Oslo og kommunene i Norge som hadde mer enn 200 innbyggere over 60 år, som også hadde minoritetsbakgrunn. Spørreundersøkelsen ble besvart av ulike ledere i helse- og omsorgssektoren for hver av kommunene og bydelene (Ingebretsen & Romøren, 2005, s. 61). Dette er altså basert på helsepersonellens egne erfaringer, ikke pasientenes erfaringer. Undersøkelsen kom frem til tre hovedtemaer for utfordringer:

- «Informasjon, språk og kommunikasjon
- Spørsmål om forventningsavklaring og tilrettelegging av tjenester, og
- Opplæring, samarbeidsforhold og veiledning til personell» (Ingebretsen & Romøren, 2005, s. 64)

Ingebretsen & Romøren kommer altså frem til samme konklusjon som Ramin-Osmundsen, språk og kommunikasjon er ledd som svikter i pasientbehandlingen. En løsning på språkbarrierene kan være bredere bruk av tolk.

I mange situasjoner kan familie og barn bli brukt som tolk i forbindelse med helseinformasjon, og dette kan være gunstig når pasienten føler seg trygg på vedkommende. Goth (2019, s. 111) fraråder derimot å bruke mindreårige som tolk, da det kan være belastende for barnet å få denne

type informasjon, og sannsynligheten for at noe av informasjonen feiltolkes blir større. Man kan også oppleve at pasienten kommer fra et land hvor språket ikke er svært utbredt, og pasienten kan omgås tolken på fritiden. Her kan man risikere at tolken ikke kan benyttes, da pasienten ikke ønsker at noen han eller hun kjenner, skal være deres tolk. For å løse slike situasjoner, kan en telefontolk eller en person pasienten selv har valgt, være løsningsmuligheter (s. 112).

3. Metode

I dette kapittelet vil jeg gå gjennom valg av metode for bacheloren, hvordan min søkeprosess forekom og hvordan mine inkluderte artikler ble analysert.

3.1 Valg av metode

I denne bacheloroppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode. Essensen i en slik litteraturstudie er å systematisere og kritisk analysere utvalgt litteratur, for å gi leseren en oppdatert og god forståelse for kunnskapsområdet problemstillingen etterspør, og hvordan forfatteren kom frem til kunnskapen den har presentert (Thidemann, 2019, s. 77-78). Jeg vil videre gå gjennom søkeprosessen min, analysestrategiene jeg brukte og kildekritikk.

3.2 Søkeprosess

For å komme i gang med det strukturerte litteratursøket, anbefalte Thidemann (2019, s. 82) at man operasjonaliserte og presiserte problemstillingen sin for å finne områdene man ønsket å finne kunnskap om. Jeg valgte å operasjonalisere problemstillingen min i et PICO-skjema, hvor jeg tok utgangspunkt i Thidemanns (2019, s. 84) tabell for å finne hovedtrekkene i problemstillingen min. PICO-skjemaet har flere funksjoner og skal hjelpe deg å presisere og operasjonalisere spørsmålet ditt. Kolonnen «Alternativer» ble ikke utfylt da jeg ikke hadde et ønske om å sammenligne tiltak for å minske barrierene, men heller finne ulike tiltak eller tilnærminger for å minske barrierene.

Hvem/hvilke	Hva	Alternativer	Resultater
Flyktninger og asylsøkere i bosettingsland	Barrierer som oppstår når de mottar offentlig helsehjelp	x	Hvordan kan man minske barrierene

Jeg utarbeidet også en tabell for inklusjons- og eksklusjonskriterier for å tydeliggjøre hva jeg ønsket å finne litteratur om. Dette er også en metode for å avgrense mengde litteratur i søkene (Thidemann, 2019, s. 83). Mitt mål var å finne så oppdatert forskning som mulig, og valgte derfor å begrense søkene mine til artikler tidligst publisert i 2015. Jeg hadde også et ønske om å finne forskning fra land med mer eller mindre lik standard på helsevesenet som Norge, og ekskluderte derfor forskning fra utviklingsland. Nordiske språk ble inkludert, da jeg ville ha mulighet til å søke i nordiske søkedatabaser. Da min erfaring fra praksis tilsa at både helsepersonellet og flyktningene kunne føle på barrierene, valgte jeg å inkludere artikler basert på både flyktning- og helsepersonellperspektivet. Etter hvert som søkene ble utført, la jeg merke

til mye forskning basert på mindreårige flyktningers erfaringer, men ønsket selv erfaringer fra mennesker over 18 år. Deretter ble mindreårige flyktninger ekskludert fra søkene. For å kunne lese artiklene mine effektivt, så jeg etter artikler med tilnærmet lik struktur, spesifikt IMRaD-struktur. Dalland (2017, s. 163) forklarer at dette er den vanligste måten å strukturere forskningsartikler på, og er skapt for å gjøre lesing av ukjent materiale enklere.

Inkludert	Ekskludert
<ul style="list-style-type: none"> • Flyktninger og asylsøkere • Flyktning- og helsepersonellperspektiv • Primær- og spesialisthelsetjenesten • Tilnærmet norske helsetjenestestandarder • Engelsk eller nordisk språk 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsmigranter • Psykiatrisk helsehjelp • Fokus på mindreårige flyktninger • Publisert før 2015 • Oversiktsartikler • Ikke fagfelleverdert • Ikke IMRaD-struktur

Det neste steget ble å finne informasjon om ulike databaser for å gjennomføre mine søk.

Thidemann (2019) ber studentene sjekke hvilke databaser studiestedet har tilgang til, og NTNU (u.å) har utarbeidet en slik liste. Her valgte jeg å undersøke de databasene som så interessante ut, og som kunne relateres til problemstillingen min. PubMed, SveMed+, Scopus, Medline, Oria, Embase og PsychInfo ble først besøkt, og jeg var også inne på søkedatabasene ERIC og Global Health. Etter å ha gjort noen ustrukturerte søk i disse databasene med enkle søkeord som (refugee), (barriers) og (health), valgte jeg å forholde meg til PubMed, Oria og Embase. Jeg hadde forventet at Global Health ville gi meg flere relevante treff, men dette kan komme av søkeordene jeg brukte.

For å kunne utnytte søkedatabasene mine, måtte jeg finne gode søkeord for problemstillingen min. Jeg anvendte det tidligere presenterte PICO-skjemaet jeg lagde tidligere, og satte opp ulike ord for hver del. For flyktninger ble ordene (refugees) og (asylum seekers) brukt. Offentlige helsetjenester ble oversatt til (community health services), (primary care/primary health care) og (healthcare/health care). Barrierer ble enkelt oversatt til (barriers) og (barriers to care). Både (refugees), (asylum seekers), (community health services) og (primary (health) care) ble funnet ved hjelp av søkemotoren for MeSH-termer (Helsebiblioteket, 2020). Hensikten med MeSH-termbasen er å ha muligheten til å gjøre mer presise søk innenfor fagområdet sitt (Helsebiblioteket, 2020). MeSH-termer kan også hukes av i flere av søkedatabasene for å inkludere artikler som har inkludert slike ord i sine keywords.

Jeg prøvde ut ordene i de ulike søkedatabasene for å se hvor mange treff jeg fikk, og utelukket ord som ga feil type forskning. En annen metode jeg brukte for å utelukke spesielle typer forskning var å bruke NOT foran ord jeg ikke ønsket å inkludere. Dette kunne være «mental» og «child*», for å unngå forskning basert på barn og psykisk helse. Ved å bruke NOT i en søkekombinasjon, får man treff på det første søkeordet, men ikke ordet bak NOT. Hvis jeg ønsket å utvide søket mitt, brukte jeg OR mellom ord, da dette viser treff med enten det ene ordet eller det andre, og treff som inkluderer begge. Hvis jeg så etter spesifikke sammensetninger, brukte jeg AND mellom søkeord for å få treff som inkluderte begge ord (Thidemann, 2019, s. 87). Som vist i eksempelet med NOT, brukte jeg trunkering på noen ord, deriblant (child). Trunkering betyr å forkorte søkeordet, og vil gi flere treff enn om man bruker en spesifikk ending av ordet, for eksempel (children) (Thidemann, 2019, s. 87).

Etter hvert som søkene ble gjennomført, endret jeg også problemstillingen min og inklusjons- og eksklusjonskriteriene mine.

I begynnelsen hadde jeg søkelys på flyktningfamilier og barrierer, da det var dette jeg hadde blitt introdusert for under praksisen min, og prøvde å finne artikler som kunne belyse dette temaet i sammenheng med barrierer. Etter å ha gjennomført en del søk, fant jeg lite forskning med fokus på flyktningfamilien, og bestemte meg for å endre problemstilling til å gjelde flyktninger generelt. Før jeg brukte ordene offentlige helsetjenester, brukte jeg kommunale helse- og omsorgstjenester i problemstillingen min. Jeg fant også ut at kommunale helse- og omsorgstjenester, oversatt til (community health services) ga lite treff og ble for spisset mot den norske standarden, og endret det til offentlige helsetjenester, (primary care/primary health care) og (healthcare/health care), samt (barriers to care). Jeg eksperimenterte også med bruken av AND, OR, og NOT for å få bedre resultat på søkene mine, blant annet mellom (refugees) og (asylum seekers).

For å kunne dokumentere søkene mine og finne tilbake til tidligere treff, førte jeg alle søk inn i en tabell, med utgangspunkt i Thidemanns tabell 9 (2019, s. 89). Alle ustrukturerte søk gjennomført før selve oppgaven startet er ikke inkludert i denne tabellen, samt søk i andre databaser som ikke resulterte i inkluderte artikler.

Søkedato og motor	Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Artikler inkludert
14.03 PubMed	1	(refugees[MeSH Terms]) AND (family)	2015-2020	573	14	
	2	((refugees[MeSH Terms]) AND (access to health care[MeSH Terms])) AND (barriers)	2015-2020	146	10	
	3	((refugees[MeSH Terms]) AND (access to health care[MeSH Terms])) AND (barriers) NOT (mental) NOT (child*)	2015-2020	81	15	2
24.03 Embase	1	((refugees OR asylum seeker) AND barriers AND healthcare)	2015-2020	201	13	
	2	((refugees OR asylum seeker) AND barrier to care AND health)	2015-2020	40	6	2
24.03 Oria	1	Refug* OR asylum seeker AND health care AND barri*	2015-2020 Fagfelleurdert	950		
	2	Refug* OR asylum seeker AND health care AND barri* NOT mental NOT child*	2015-2020 Fagfelleurdert	163	24	1

3.3 Analyse og kildekritikk

For å vite at de utvalgte artiklene var aktuelle for å besvare problemstillingen min, tok jeg utgangspunkt i Thidemanns seks trinn for litteraturstudien. Jeg startet med å lese de aktuelle artiklene flere ganger, med spesielt fokus på sammendrag og resultater. Hvis artiklene ikke møtte mine fokusområder, eller inkluderte noen eksklusjonskriterier, ble de forkastet. Da denne utvelgelsen var ferdig, leste jeg alle artikler på nytt og så samtidig på referanselisten deres for å se om jeg fant annen litteratur som kunne være interessant for oppgaven.

Ettersom dette var mitt første møte med slike forskningsartikler og ulike forskningsmetoder og design, trengte jeg bistand til å kritisk vurdere artiklene. Thidemann (2019, s. 91) foreslår å bruke sjekklister til en slik kvalitetssikring, og henviser blant annet til Helsebiblioteket (2016) hvor alle sjekklister ble hentet fra. Flere av artiklene hevdet å ha brukt en kvalitativ tilnærming, med intervju som metode, her ble sjekklisten «kvalitativ studie» brukt, samt

«prevalensstudie» for en spørreundersøkelse og «kasuskontrollstudie» for en case studie. I flere av søkedatabasene kunne man huke av for bare fagfellevurderte tidsskrift, men for å være helt sikker ble nettsiden Register over vitenskapelige publiseringskanaler (2019) brukt for å dobbeltsjekke fagfellevurderingen. Samme nettside gir et innblikk i hvilket publiseringsnivå tidsskriftene har fått, og selv om det ikke var et kriterium for oppgaven, ønsket jeg å ha tidsskrift med publiseringsnivå 1 eller 2. Alle inkluderte artikler unntatt en har disse nivåene.

For å finne sammenhenger og ulikheter i de inkluderte artiklene, ble de analysert ved bruk av tusjmarkering og fargekoder. Dette gjør det enklere for leseren å finne tema for resultatene, og sammenfatte hva forskerne har kommet frem til (Thidemann, 2019, s. 93). Underveis sjekket jeg problemstillingen min for å se om resultatene relaterte til problemstillingen, eller om den kunne endres. Etter hvert som temaene ble tydelige, lagde jeg en tabellmatrise inspirert av Thidemans tabell nr. 10 (2019, s. 94) hvor de foreløpige temaene ble presentert, og jeg huket av for hver av artiklene som hadde resultater passende til temaet. Hvis temaet var for vidt, ble det snevret inn eller fjernet helt, og motsettende resultater ble notert ned.

Til slutt ble alle artikler sammenfattet i hver sin litteraturmatrise, som presenterer hovedelementene i artikkelen. Jeg tok utgangspunkt i tabell nr. 11 i Thidemann (2019, s. 95), med noen personlige endringer. Litteraturmatrisene, samt mine temafunn fra resultatdelene til de inkluderte artiklene blir presentert i kapittel 4.

4. Resultat

Jeg vil i resultatkapittelet gjennomgå og oppsummere mine utvalgte artikler ved bruk av artikkelmatriser. Deretter vil jeg presentere mine fire funn om barrierer og mulige tiltak fra resultatene av de utvalgte artiklene.

4.1 Litteraturmatriser

Artikkel 1:

Fullstendig referanse	Kang, C., Farrington, R., & Tomkow, L. (2019). Access to primary health care for asylum seekers and refugees: A qualitative study of service user experiences in the UK. <i>British Journal of General Practice</i> , 69(685), e537-e545. https://doi.org/10.3399/bjgp19X701309
Hensikt	Undersøke erfaringene asylsøkere og flyktninger hadde med å motta hjelp fra primærhelsetjenesten i Storbritannia i 2018
Metode	Kvalitativ studie ved bruk av kriteriebasert utvalg og semistrukturerte intervju. Resultatene ble tematisk analysert ved bruk av en modifisert versjon av Penchansky og Thomas' «theory of access»
Utvalg/populasjon	Kriteriebasert utvalg. Deltakere måtte ha bodd i Storbritannia i mindre enn 5 år og brukt primærhelsetjenesten i løpet av de siste 2 årene. Forskerne brukte flyers for å rekruttere aktuelle deltakere ved hjelp av frivillighetsorganisasjoner i Manchester, som foretok utvalget. 18 personer ble utvalgt.
Resultater	De kvalitative dataene viser at deltakerne opplevde det som vanskelig å navigere og forholde seg til primærhelsetjenesten. De største barrierene viste seg å være språkforskjeller og ikke tilfredsstillende tolketjenester, deltakerne forsto ikke oppbyggingen og funksjonen av primærhelsetjenesten. Kostnader for tjenester ble også trukket fram, samt diskriminering på bakgrunn av rase, religion og immigrantstatus.
Kvalitetsvurdering/ styrker-svakheter	Fagfellevurdert tidsskrift. Godkjent publiseringskanal, nivå 2, 2020 (Norsk senter for forskningsdata, 2020). Styrker: <ul style="list-style-type: none">• Penchansky & Thomas sin modifiserte teori om tilgjengelighet bidro til systematisk analyse av data Svakheter: <ul style="list-style-type: none">• Penchansky & Thomas sin teori passet ikke alltid inn• Informantene var kjente av frivillighetsorganisasjonene• Selv ved bruk av trent tolk var språkbarrierene store
Etiske overveielser	Etisk godkjent av «The University of Manchester Ethics Committee 2». Alle deltakere ga informert samtykke til å delta i studien.

Artikkel 2:

Fullstendig referanse	McBride, J., Russo, A., & Block, A. (2016). The Refugee Health Nurse Liaison: A nurse led initiative to improve healthcare for asylum seekers and refugees. <i>Contemporary Nurse</i> , 52(6), 710-721. https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1238774
-----------------------	---

Hensikt	The Refugee Health Nurse Liaison (RHNL) initiativet ble pilotert ved et sykehus i det største bosettingsområdet for flyktninger og asylsøkere i Australia. Initiativet ønsket å bygge kapasiteten til helsesektoren for å møte de behovene flyktninger og asylsøkere har.
Metode	Mixed-methods av både kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Loggføring, spørreundersøkelse og casestudium.
Utvalg/populasjon	Alle pasienter som hadde mottatt hjelp fra RHNL mellom juli 2013 og juni 2014 ble loggført ($n = 946$). Ved bruk av randomisert utvalg ble 10% av pasientene over 18 år hver måned fra november 2013 utvalgt til å delta i spørreundersøkelsen, 60 av 62 kontaktede deltok ($n = 60$). Alle RHNler ($n = 3$) loggførte innholdet av pasientkontakten sin ved bruk av casestudier, totalt 9 ($n = 9$) casestudier ble gjennomført i løpet av juli 2013 til juni 2014.
Resultater	Studien har klassifisert resultatene sine i fire hovedtema: «access», «quality of care and the patient experience», «broader contexts and determinants of health» og «relationship building and collaboration».
Kvalitetsvurdering/ styrker-svakheter	Fagfellevurdert tidsskrift. Godkjent publiseringskanal, nivå 1, 2020 (Norsk senter for forskningsdata, 2020). Styrker: <ul style="list-style-type: none"> • Evalueringen av initiativet ble gjort internt, men dataene ble analysert av ansatte utenfor initiativet for å oppnå objektivitet, og funn ble analysert av noen utenfor organisasjonen Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> • De fleste barrierene ble oppdaget ved hjelp av case studier gjort av tjenesteytere, ikke pasientene selv • Erfaringene blant andre helsepersonell ble ikke innhentet • Langtidseffektene av en helsekoordinator for flyktninger ble ikke undersøkt
Etiske overveielser	Etisk godkjenning ble gitt av «Monash Health Human Research Ethics Committee».

Artikkel 3:

Fullstendig referanse	Schein, Y.L., Winje, B. A., Myhre, S. L., Nordstoga, I., & Straiton, M. L. (2019). A qualitative study of health experiences of Ethiopian asylum seekers in Norway. <i>BMC Health Services Research</i> , 19(1), 958. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4813-7
Hensikt	Studien ønsker å beskrive erfaringene ved helsehjelp til Etiopiske flyktninger i Norge, og rette søkelyset mot eventuelle barrierer til å motta helsehjelp.
Metode	Kvalitativ metode ved intervju med tematisk analyse.
Utvalg/populasjon	Kriterier: 18-65 år, bodd i Norge mellom 6 måneder og 10 år og mottatt helsehjelp i Norge. Mål om 30 deltakere, eller til de nådde tematisk metning. Studien har intervjuet 10 etiopiske asylsøkere, mellom 20 og 54 pr (gjennomsnittsalder 30,3 år), halvparten kvinner og de hadde bodd i Norge i 2 til 10 år (gjennomsnittlig 6,8 år)
Resultater	Tre hovedtema hadde innflytelse på informantenes erfaringer med helsehjelpen de mottok i Norge. Å «leve i limbo» mens de ventet på

	godkjent asyl, vanskeligheter med å forstå og bruke helsesystemet og «mellommenneskelige» faktorer påvirket dem.
Kvalitetsvurdering/ styrker-svakheter	Fagfellevurdert tidsskrift. Godkjent publiseringskanal, nivå 2, 2020 (Norsk senter for forskningsdata, 2020). Styrker: <ul style="list-style-type: none"> • Datametning ble oppnådd, tross lite intervjuutvalg • Kunne sammenligne hvordan helsehjelp var som ny flyktning og etter flere år Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> • Flere informanter hadde like levevilkår under studien, som kan påvirke resultatene • Data og informasjon ble for det meste innhentet av ansatte, personlige intervju av pasienter ville gjort studien mer representativ • Bosettelsen skjedde 3-10 år før intervjuene, krevde at informantene hadde god hukommelse
Etiske overveielser	Godkjent av personvernombudet ved Folkehelseinstituttet. Alle informanter ga informert samtykke.

Artikkel 4:

Fullstendig referanse	Zeidan, A. J., Khatri, U. G., Munyikwa, M., Barden, A., & Samuels-Kalow, M. (2019). Barriers to Accessing Acute Care for Newly Arrived Refugees. <i>Western Journal of Emergency Medicine</i> , 20(6), 842-850. https://doi.org/10.5811/westjem.2019.8.43129
Hensikt	Målet med studien var å forstå barrierene for å få tilgang til akutt helsehjelp av nyankomne flyktninger, og identifisere mulige forbedringer fra flyktninger og ansatte ved flyktninghjelporganisasjoner.
Metode	Kvalitativ studie. Intervju av flyktninger og ansatte ved flyktninghjelporganisasjoner, foretatt i en by i nordøst USA. Intervjuene ble gjennomført til de nådde tematisk metning. Resultatene ble analysert ved bruk av grounded theory.
Utvalg/populasjon	16 flyktninger, kriterier var over 18 år, samtykkekompetente og ingen hørselsproblemer 12 ansatte ved flyktningebosettingsbyrå, kriterier var over 18 år og ingen hørselsproblemer
Resultater	Flere barrierer ble uttrykt av flyktningene, blant annet å forstå det amerikanske helsesystemet, språkbarrierer, timebestilling og helseforsikring, samt mangel på tolkemuligheter under behandlingen sin.
Kvalitetsvurdering/ styrker-svakheter	Fagfellevurdert tidsskrift. Forskningskanal, nivå 0, 2020 (Norsk senter for forskningsdata, 2020). Styrker: <ul style="list-style-type: none"> • Informantene representerer flere land • Intervju ble for det meste gjennomført innen tre måneder etter bosettelsen Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> • Ingen etiske overveielser • Ikke oppnådd godkjent forskningskanal • Informantene var fra samme by, kan påvirke generaliserbarheten av funnene

	<ul style="list-style-type: none"> • Noen av medlemmene i studien hadde mye erfaring innenfor temaet, og kunne være påvirket av tidligere erfaringer • Hensikten bak uttalelser kan ha forsvunnet ved bruk av tolk
Etiske overveielser	

Artikkel 5:

Fullstendig referanse	Žagar, M., Rotar Pavlič, D., Švab, I., Maksuti, A., Ilić, B., Smrekar, M. & Kovačević, I. (2019). Through health workers' eyes: a qualitative study of health service provision for migrants at Schengen border. <i>International Journal for Equity in Health</i> , 18(1), 117. https://doi.org/10.1186/s12939-019-1022-2
Hensikt	Hensikten med studien var å finne bedre måter å organisere helsehjelpen flyktninger mottar i flyktningeleirer, ved å finne spesifikke karakteristikk ved den helsehjelpen helsearbeiderne hadde utført i ved Schengen-grensen mellom november og desember 2015.
Metode	Kvalitativ metode ved bruk av tematisk analyse av intervju
Utvalg/populasjon	12 helsearbeidere fra Kroatia og Slovenia ble intervjuet mellom november og desember 2015
Resultater	Fire tema ved helsehjelpen for flyktningene ved Schengen-grensen ble identifisert. Her ble kommunikasjonsproblemer og kulturelle forskjeller trukket fram som barrierer for å kunne gi god helsehjelp.
Kvalitetsvurdering/styrker-svakheter	Fagfellevurdert tidsskrift. Godkjent publiseringskanal, nivå 1, 2020 (Norsk senter for forskningsdata, 2020). Styrker: <ul style="list-style-type: none"> • Datametning oppnådd • Konsekvent bruk av kvalitativ innholdsanalyse Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> • Kvantitativ studie ville gitt et større bilde av helsepersonellens erfaringer
Etiske overveielser	Den Etiske Komité ved Republikken Slovenia godkjente studien som prosjekt 112/02/16.

4.2 Sammenfatning av resultater

4.2.1 Språkbarrierer og bruk av tolk

For å kunne motta riktig helsehjelp og få riktig og nødvendig informasjon i forbindelse med helsen sin, er det svært viktig at helsepersonellet og pasienten forstår hverandre.

Samtlige artikler trekker frem språk som den største barrieren for helsehjelp. Dette kan sammenfattes med bruk av utrente tolker i sammenheng med flyktningssituasjoner, bruk av

alternative tolkemeter som Google Translate og tolking av kroppsspråk (Žagar et al., 2019, s. 5). De fleste Schein, Winje, Myhre, Nordstoga & Straiton (2019, s. 7) intervjuet følte på samme problem da de ankom Norge, ved bruk av utrente tolker. Informantene i studien til Kang, Tomkow & Farrington (2019, s. e539) fortalte om mangel på språklig bistand da de skulle registrere seg ved legekantoret sitt, samt mangel på tolk under legebesøk. McBride, Russo & Block (2016, s. 715) har i sin forskning angående «The Refugee Health Nurse Liaison initiative», oversatt til et initiativ for helsekoordinatorer for flyktninger, kommet frem til at pasientene ved sykehuset også hadde varierende tilgang på tolk under sine legebesøk. Blant sine informanter fant Zeidan, Khatri, Munyikwa, Barden & Samuels-Kalow (2019) barrierer vedrørende tolkebruk, da tolken ikke alltid var til stede under hele legebesøket. Mange av disse flyktningene ba om hjelp fra flyktningeorganisasjoner om å bestille legetime for dem, da de heller ikke klarte å bruke automatiske telefonsvarere (s. 846).

4.2.2 Organisering av helsetjenester og system

Å forstå hvordan helsesektoren i et land er bygget opp, vil gi mange fortrinn for å få den hjelpen man trenger. Flere av artiklene mine har trukket frem flere områder som skapte problemer for flyktningene, blant annet hvordan man bestiller en legetime, og hvordan man forholder seg til å vente på time når man har ankommet legekantoret eller sykehuset (Kang et al., 2019, s. e539; Schein et al., 2019, s. 7; Zeidan et al., 2019, s. 846). Det samme gjelder behovet for ulike forsikringer, personnummer og bevis på oppholdstillatelse for å motta helsehjelp (Kang et al., 2019, s. e540; Schein et al., 2019, s. 5; Zeidan et al., 2019, s. 847). Kostnader på helsetjenester, eller kostnad på transport for å komme seg til helsetjenesten, kommer også frem som en barriere for noen flyktninger. Deriblant hos flyktninger i Storbritannia som får £37,75 i uken, uten mulighet for å få lønn i tillegg (Kang et al., 2019, s. e540). Kang et al. (2019, s. e540) og Zeidan (2019, s. 846) viser også til hvordan flyktninger har problemer med å forstå forskjellen på legekantor, tannlekantor og akuttstenter.

4.2.3 Kulturelle forskjeller

Å føle seg sett, forstått og respektert er noe alle ønsker, også flyktninger som mottar helsehjelp. Blant de fire hovedproblemene Žagar et al. (2019, s. 5) oppdaget, ble kulturelle forskjeller nevnt. Dette kom frem som ulike oppfatninger av sykdom og behov for hjelp, sammenlignet med hva helsepersonellet mente de trengte. Informantene til Schein et al. (2019) fortalte at rase og forskjeller i sosiokulturelle bakgrunner kompliserte forholdet til legene deres (s. 7). Minoriteten av Kang et al. (2019) sine informanter hadde dårlige erfaringer angående kulturelle

forskjeller ved legebesøkene, men flere fortalte om diskriminering fra helsepersonell (s. e541). Det ble også påpekt at leger manglet kulturell kompetanse, da somatiske symptomer kan komme etter flere år med traumer etter tortur og stress av livet på flukt, og legene kun fokuserte på å helbrede de somatiske symptomene (Zeidan et al., 2019, s. 847).

4.2.4 Tiltak

Flere av artiklene har beskrevet samspill og tiltak som forbedret flyktingenes opplevelser og erfaringer med helsetjenestene de brukte. Schein et al. (2019) fant ut at flere av informantene følte seg sett og hørt av helsepersonellet når de tok seg tid til å snakke med dem utover hva helsehjelpen besto av, og viste personlig interesse i deres liv. Videre skriver de om hvordan informantene følte på utvidet autonomi da de lærte seg norsk. Helsepersonell som ikke var etnisk norske ble også nevnt som en positiv faktor for bedre samspill (s. 7). Helsekoordinatortiltakene McBride et al. (2016) forsket på, viste å ha god effekt på hvordan flyktingene opplevde helsetjenestene sine. De påpeker også viktigheten av et helhetlig blikk på flyktingers helse, da det ikke alltid er en somatisk forbedring som gir god helse (s. 715-716). Kulturell bevissthet og fokus på menneskeetikk blant helsepersonell, blir beskrevet som faktorer for en positiv brukeropplevelse av helsetjenester (Žagar et al., 2019, s. 6). Zeidan et al. (2019, s. 847) oppsummerer sine funn med tiltak som bruk av trente tolker, opplæring av helsepersonell innen kulturell bevissthet, og opplæring blant flyktinger i hvordan man navigerer seg i helsesystemet.

5. Diskusjon

I diskusjonskapittelet vil jeg ta for meg de funnene jeg gjorde i de utvalgte artiklene, og drøfte dem opp mot relevant teori og mulige tiltak. Problemstillingen min: *Hvilke barrierer kan flyktninger møte når de mottar offentlig helsehjelp, og hvordan kan disse barrierene minskes?* vil fungere som en rød tråd gjennom hele diskusjonskapittelet. Til slutt vil jeg gå over mine metodiske overveielser.

5.1 Språkbarrierer og bruk av tolk

I likhet med Ingebretsen & Romøren (2005) har jeg i min sammenfatning av de inkluderte artiklene, kommet frem til at språk og kommunikasjon er den største barrieren flyktninger kan oppleve i møte med helsevesenet. I rapporten til Ingebretsen & Romøren ble funnene basert på helsepersonells erfaringer, mens studiene til Schein et al. (2019), Kang et al. (2019) og Zeidan et al. (2019) alle baserte sine funn på flyktningers erfaringer. Her kommer min antagelse fra praksis frem, at både helsepersonellet og flyktingen kan føle på samme barriere, og føle på behovet for en alternativ løsning.

I samsvar med pasient- og brukerrettighetslovens (2001) § 3-1, retten til medvirkning, har vernepleierutdanningen lagt stor vekt på viktigheten av pasient- og brukervedvirkning. I boken *Innføring i vernepleie; kunnskapsbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell* av Nordlund, Thronsen & Linde (2015) skriver de om selvbestemmelse, og hvordan vernepleiere skal arbeide for å oppnå dette hos sine pasienter og brukere. Det blir presisert at tjenesteyter skal gjøre alt han eller hun kan for at pasient eller bruker har nok informasjon til å kunne ta et godt valg for seg selv, her gjelder også tilrettelegging, hvor tolk kan være et tiltak for å oppnå selvbestemmelse og brukervedvirkning.

Flere av artiklene trekker frem bruken av tolk som en viktig faktor for å bli forstått og forstå helsepersonellet, samtidig har Goth (2019) påpekt at bruken av tolk kan være uheldig, da tolken kan ha kjennskap til pasienten fra før i privat sammenheng. Fra min praksiserfaring var dette uheldig, da familiene ikke følte seg trygge på at tolken overholdt taushetsplikten sin. I denne situasjonen må man se på hvilke løsninger som gagnar pasienten best, hvor Goth (2019) kommer eksempler på løsninger; en tolk fra tolketjenesten, telefontolk fra en annen del i landet eller en person de selv stoler på og som kan tolke for dem. Dette er en samtale helsepersonellet må ha med pasienten sin, og sammen kan de finne den løsningen som passer best for begge, og

slik minske den språklige barrieren. I akutte situasjoner kan man også bruke nødløsninger, slik informantene i Žagar et al. (2019) gjorde, ved å tolke basert på kroppsspråk, og ved bruk av hjelpemidler som Google Translate.

Som helsekoordinator for flyktninger i McBride et al (2016) sin studie, kom det frem at man fungerte som et mellomledd for pasienten og sykehuset, og bisto med opplæring av forenklet språk, og innkalling av kompetente tolker når pasienten trengte det. Pasientene virket å sette stor pris på hjelpen koordinatoren ga dem. Koordinatorene rapporterte en større forståelse og respons fra pasientene som mottok denne hjelpen. I et slik tilfelle ville vernepleieren ha tatt i bruk sin brobyggerrolle, slik den er forklart i Brask, Østby & Ødegård (2016, s. 165). Her samarbeider man med ulike instanser rundt pasienten eller brukeren, og koordinerer tjenestene for å gi pasienten eller brukeren bedre oversikt. Som vernepleier har man, med sitt kunnskaps- og kompetansegrunnlag, gode forutsetninger for å kunne være en koordinator for flyktninger.

5.2 Organisering av helsetjenester

I analysen av artiklene ble flere problemområder i organiseringen av helsetjenester oppdaget, blant annet informasjon om hvordan man får tilgang på tjenestene, hvordan man forholder seg til tjenestene og hvordan oppfølgingen vil foregå. Jamfør §6 i Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2013) skal kommunen sørge for at dens innbyggere mottar nødvendig informasjon om fastlegeordningen, og hvordan man kan søke om fastlege. Ifølge den nasjonale veilederen fra Helsedirektoratet (2020), gjelder dette både «asylsøkere, nybosatte flyktninger fra asylmottak og direktebosatte kvoteflyktninger og nyankomne familiegjenforente». En av informantene til Zeidan et al (2019, s. 845) fortalte at helsesystemet i USA var noe helt annet enn det han var vant med, og de intervjuede ansatte fra flyktningebosettingsbyrået hadde samme opplevelse. En av de ansatte fortalte dette:

They [refugees] are not aware where they should go [when sick]. One of the clients had a high fever. So they ran to the emergency department. They're not used to the United States healthcare system because in their culture they just go to the hospital, which might not be just for emergencies. (Zeidan et al., 2019, s. 845)

Samme fenomen ble oppdaget i Kang et al (2019, s. e540), hvor flyktningene ga uttrykk for å ikke vite forskjellen på tannhelsetjenesten, fastlegeordningen og akuttmottaket. Flere rapporterte også at de ikke visste hvordan man kunne be om ambulanseassistanse, og noen

fortalte at de ringte ambulansen for å få råd. Ser man dette i sammenheng med Schein et al. (2019, s. 5) sine norske informanter, finner man store likheter. De aller fleste av informantene husket å ha fått store mengder informasjon om helsesystemet av enten NAV, UDI eller mottakssenteret. Likevel tydde de fleste av dem til venner, familie eller NAV for å finne ut hvilken lege de måtte besøke for å få hjelp. Dette kan tyde på at Norges kommuner ikke har klart å finne gode nok løsninger på hvordan de får gitt denne type informasjon til sine flyktninger.

I Norge vil man som regel ved en vanlig legetime hos fastlegen sin få avsatt mellom 15 og 30 minutter til besøket. En av informantene i Kang et al. (2019, s. e540 – e541) poengterer at med hennes bakgrunn som flyktning, og de traumer dette har medført, kan ha behov for mer tid hos fastlegen enn en vanlig pasient ville hatt. Hun fortalte at leger som tok seg tid til å høre hennes tanker og følelser gjorde henne mer komfortabel under legebesøket, i motsetning til leger som hastet seg gjennom legebesøket.

Et annet problemområde i organiseringen av helsetjenestene, var informasjon om kostnader, forsikringer og nødvendige bevis for å få helsehjelp. Selv om alle mennesker som oppholder seg i riket har krav på nødvendig og øyeblikkelig helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 1-2), og helsepersonell plikter å bistå i situasjoner hvor noen har behov for øyeblikkelig hjelp (Helsepersonelloven, 2001, § 7), vil man ikke kunne vise til den retten ved et vanlig legebesøk. Ved vanlige legebesøk i Norge betaler man som regel en egenandel, mens land som USA krever at du har helseforsikring. For flyktninger kan dette virke forvirrende, hvis informasjonen om hvordan disse kostnadene skal betales, eller hvordan forsikringen fungerer, ikke blir gitt på en forståelig måte. Her kommer språkbarrierene inn igjen. Som vernepleier i denne situasjonen må det, som nevnt tidligere, være viktig å finne en felles kommunikasjonsmåte med flyktningene, og forsikre seg om at de har fått riktig og nok informasjon om helsetjenestenes organisering og funksjon.

5.3 Kulturelle forskjeller

«Folk er forskjellige på så mange måter. De har ulike problemer, ulike behov, ulike opplevelser, ulike erfaringer og ulike kulturer. Dette krever at fagfolk kan gjøre bruk av forskjellige tilnærminger (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 204).» Dette sitatet understreker viktigheten av at flyktninger, ikke bare er flyktninger. De kommer fra ulike steder, med ulike erfaringer og opplevelser i sine liv og på sin flukt. Som helsepersonell og vernepleier må man kunne ha en

kultursensitiv tilnærming til sine pasienter, og vite at én flyktnings situasjon ikke er den samme som en annen flyktnings situasjon, bare fordi de er flyktninger. Man må kunne ta i bruk brukerperspektivet, og gyldiggjøre og verdsette flyktnings erfaringer og opplevelser, sammen med egen kompetanse og kunnskap.

En av informantene i Schein et al. (2019, s. 7) fortalte at han følte seg tryggere hos en lege med annen etnisitet enn norsk, da han anså den store andelen utenlandske leger i norsk helsevesen som et tegn på at Norge ikke klarte å utdanne gode nok leger. Samtidig har Sharma (sitert i Thyli et al., 2010, s. 270) i sin masteroppgave snakket med mennesker av indisk bakgrunn i Norge. Disse menneskene ønsket ikke særbehandling av helsevesenet, hvor de bare blir stelt av pleiere med samme etnisk bakgrunn som dem, eller opprettelse av sykehjem for spesifikke etnisiteter. Å føle at man er en del av samfunnet, og likestilt, var for disse menneskene viktig, og ønsket å leve side om side med nordmenn.

I samme studie (Schein et al., 2019, s. 7) forteller informantene at de opplevde legene som mer vennlige og utdypende ovenfor sine norske venner, enn det legen var ovenfor dem. Dette trodde de hadde å gjøre med at noen leger ikke liker ikke-norske mennesker eller afrikanere. Schein et al. (2019, s. 9) kommer med en sterk anbefaling om at alle nye helsepersonell bør ha mer tverrkulturell kompetanse i sine utdanninger, og at allerede utdannede helsepersonell får kurs eller videreutdanning i tverrkulturell kompetanse. I mitt utdanningsløp har jeg ofte fått beskjed om at selv om vi blir ferdigutdannet, er vi ikke ferdigutlært. Som vernepleier, og annet helsepersonell, må man ta ansvar for å følge opp sine arbeidsområder og skaffe seg innsyn i ny forskning og nye arbeidsmetoder. På den måten kan man opprettholde og videreutvikle sin kompetanse og kunnskap i takt med samfunnets utvikling.

McBride et al (2016, s. 716) sine helsekoordinatorer for flyktninger foreslo i sine casestudier at en helhetlig vurdering av pasientens velvære ville gagne både pasient og helsepersonell. Dette kommer av at et helhetlig syn på pasientens situasjon, vil gjøre det mulig å ikke bare helbrede somatiske sykdommer, men også finne årsaker til andre plager hos pasienten.

5.4 Styrker og svakheter

Ingen mennesker er uten fordommer eller førforståelse, dette gjelder også i forskning. Førforståelse og fordommer blir forklart av Dalland (2017, s. 58) som tanker og meninger vi har før vi har startet undersøkelsen eller forskningen. For å kunne arbeide med sine egne

fordommer og førforståelse, må man være bevisst dem. Mine fordommer og førforståelse har kommet fra praksisplassen min, som inspirerte meg til å forske på det valgte området. Praksisveileder og andre kolleger har gjennom sine erfaringer kunne farget min førforståelse i det jeg begynte arbeidet med oppgaven. Derimot ser jeg det som en styrke for oppgaven at jeg klarte å skille mellom praksisplassens erfaringer, og mine egne tanker, da jeg raskt oppdaget at jeg var enig med forskerne og unngikk å bli påvirket av tidligere tanker.

I likhet med mine funn, kan en språkbarriere være en feilkilde i denne oppgaven. Mitt morsmål er norsk, og selv om jeg gjennom hele skolegangen har lært engelsk, er fagspråket forskerne har brukt fortsatt vanskelig å forstå. Gjennom hele oppgaven har jeg oversatt innholdet i artiklene, ved hjelp av egen kunnskap og oversettingsprogram, og på den måten kan noe av meningen bak forskernes funn ha forsvunnet. Dette kan derfor bidra til at noen av mine tolkninger av forskernes funn ikke stemmer overens med deres hensikt.

Alle artikler, bortsett fra Zeidan et al. (2019), har mottatt etisk godkjenning. Samme artikkel har innhentet skriftlig samtykke fra helsepersonellet de intervjuet, men flyktningeinformantene ga bare muntlig samtykke. Jeg skulle ønske flyktningene også ga et skriftlig samtykke, og ser på det som en svakhet at en slik forskjell finnes i en av de inkluderte artiklene, uten at forskerne gir en begrunnelse for det. Resterende fire artikler har alle innhentet skriftlig samtykke og anonymisert sine informanter. En styrke for oppgaven er at alle artikler kommer fra fagfelleverderte tidsskrift, som bidrar til å øke reliabiliteten og validiteten til forskningen.

6. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg prøvd å belyse problemstillingen: *Hvilke barrierer kan flyktninger møte når de mottar offentlig helsehjelp, og hvordan kan disse barrierene minskes?*

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg fått innsyn i en tilværelse en vanlig nordmann sjeldent kan kjenne seg igjen i, sammenlignet med de barrierer flyktninger kan møte som pasienter og brukere. De utvalgte artiklene var alle svært tydelige på hvilke barrierer flyktninger møtte oftest i sin samhandling med helsevesenet, på tvers av land og flyktningbakgrunn. Alle inkluderte artikler konkluderte med at språk var den største barrieren hos sine informanter, samt at bruken av tolk hadde varierende virkning. Mulige tiltak som ble oppdaget var å bruke forenklet språk, og sammen med flyktningen finne den personen de følte seg mest komfortabel å bruke som sin tolk. Dette samsvarte godt med teorigrunnlaget for oppgaven, og bidro til en god diskusjon.

Kulturelle forskjeller mellom helsepersonellet og flyktningen var også en stor barriere, og forskerne etterspurte en større kulturell kompetanse blant helsepersonell som arbeider med flyktninger. McBride et al. (2016) hadde ved et australsk sykehus prøvd ut et initiativ til å innføre helsekoordinator for flyktninger, og her var responsen svært god. Koordinatoren fungerte som et bindeledd mellom flyktningen og sykehuset, og bidro til bedre samspill mellom helsepersonellet og flyktningen. Dette er et tiltak jeg tror flere nasjoner med vekst i flyktningebefolkningen kan dra nytte av, og håper at et slik tiltak en gang blir utprøvd her i Norge.

Organisering av helsetjenester og informasjon om oppbyggingen av helsevesenet var for alle informantene vanskelig å forstå, og selv om de hadde fått informasjon om dette ved ankomst til landet, benyttet de seg av venner og organisasjoner som NAV for å få finne frem i helsevesenet. En av de inkluderte artiklene omhandlet etiopiske flyktninger her i Norge, og disse informantene hadde samme erfaring. Dette tyder på en brist i systemet for inkludering og opplæring hos flyktninger i Norge, og bør forbedres. Som vernepleier tenker jeg dette er en god arena for oss å bidra, og finne gode løsninger sammen med helsevesenet, UDI og NAV for å bedre informasjonsflyten til flyktningene.

På bakgrunn av denne oppgaven ønsker jeg å konkludere med at flyktnings barrierer er noe vernepleiere kan bidra til å minske med sin kompetanse og kunnskap.

7. Litteraturliste

- Berg, B. (2015). Velferd og migrasjon - sosialt arbeid i et flerkulturelt samfunn. I I. T. Ellingsen, I. Levin, B. Berg & L. C. Kleppe (red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s. 244 – 258). Oslo: Universitetsforlaget
- Brask, O. D., Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneroller: en refleksjonsmodell*. Bergen: Fagbokforlaget
- Dalgard, O. S. & Sveaass, N. (2010). Fra psykisk stress til sosial mestring. I B. N. Kumar & B. Viken (red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 83 – 104). Bergen: Fagbokforlaget
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ellingsen, K. E. & Berge, K. (2014). Helsefagets rolle i den vernepleierfaglige kompetansen og utøvelsen av faglig skjønn. I K. E. Ellingsen (red.), *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (s. 192 – 216). Oslo: Universitetsforlaget
- FN. (2019, 21. juni). Flyktninger. Hentet fra <https://www.fn.no/tema/flyktninger>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2013). Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2012-08-29-842>
- Goth, U. S. (2019). Migrasjonshelse. I U. S. Goth (red.), *Folkehelse i et norsk perspektiv* (s. 91 – 117). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsebiblioteket. (2016, 3. mars). Sjekklister. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsebiblioteket. (2020, 3. januar). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsedirektoratet. (2020, 24. april). Helsetjenester for asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>
- Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Ingebretsen, R. & Romøren, T. I. (2005). *Omsorgstjenester med mangfold?*

- Kartlegging av kommunenes ressurser og behov når det gjelder tilrettelegging av pleie- og omsorgstjenester til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn* (NOVA rapport 9/05). Hentet fra http://nova.no/asset/565/1/565_1.pdf
- Jumbert, M. G. (2018, 7. februar). Flyktningkrisen i Middelhavet. Hentet fra https://snl.no/Flyktningkrisen_i_Middelhavet
- Kang, C., Farrington, R., & Tomkow, L. (2019). Access to primary health care for asylum seekers and refugees: A qualitative study of service user experiences in the UK. *British Journal of General Practice*, 69(685), E537-E545. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X701309>
- McBride, J., Russo, A., & Block, A. (2016). The Refugee Health Nurse Liaison: A nurse led initiative to improve healthcare for asylum seekers and refugees. *Contemporary Nurse*, 52(6), 710-721. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1238774>
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. (2020, 3. mars). Spørsmål: Antall personer med utviklingshemming. Hentet fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/sp%C3%B8rsm%C3%A5l-antall-personer-med-utviklingshemming>
- Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie: kunnskapsbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. (u.å). Databaser/Artikler. Hentet 30.04.2020 fra <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>
- Norsk senter for forskningsdata. (2020, 27. april). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Ramin-Osmundsen, M. (2010). Likeverd i helsetjenesten? Mindre fragmentering og mer helhetlig tilnærming. I B. N. Kumar & B. Viken (red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 193 – 203). Bergen: Fagbokforlaget.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg). Bergen: Fagbokforlaget
- Schein, Y.L., Winje, B. A., Myhre, S. L., Nordstoga, I., & Straiton, M. L. (2019). A qualitative study of health experiences of Ethiopian asylum seekers in Norway. *BMC Health Services Research*, 19(1), 958. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4813-7>
- Statistisk sentralbyrå. (2020, 13. mai). Personer med flyktningbakgrunn. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/flyktninger>

- Strøm, F. (2020, 13. mai). Fortsatt svak vekst i antall personer med flyktningbakgrunn. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/fortsatt-svak-vekst-i-antall-personer-med-flyktningbakgrunn>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thyli, B., Dawes, T. & Sharma, M. (2010). Eldre og helse. I B. N. Kumar & B. Viken. (Red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 265 - 278). Bergen: Fagbokforlaget.
- UNHCR, The UN Refugee Agency. (2020, 11. mai). Mediterranean Situation. Hentet fra <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean>
- Viken, B. & Magelssen, R. (2010). Kulturelle forskjeller og dialog. I B. N. Kumar & B. Viken (red.), *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv* (s. 59 – 80).
- Žagar, M., Rotar Pavlič, D., Švab, I., Maksuti, A., Ilić, B., Smrekar, M. & Kovačević, I. (2019). Through health workers' eyes: a qualitative study of health service provision for migrants at Schengen border. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1022-2>
- Zeidan, A. J, Khatri, U. G, Munyikwa, M., Barden, A., & Samuels-Kalow, M. (2019). Barriers to Accessing Acute Care for Newly Arrived Refugees. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health*, 20(6). <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.8.43129>

