

Cristina Gabo Truong

Hvilke barrierer opplever flyktninger i møte med psykisk helsehjelp?

Bacheloroppgave i vernepleie

Veileder: Nina Petersen Reed

Mai 2022

Cristina Gabo Truong

Hvilke barrierer opplever flyktninger i møte med psykisk helsehjelp?

Bacheloroppgave i vernepleie
Veileder: Nina Petersen Reed
Mai 2022

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



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel: Hvilke barrierer opplever flyktninger i møte med psykisk helsehjelp?

Introduksjon/Bakgrunn: Flyktninger går gjennom fysiske og ikke minst psykiske påkjenninger på grunn av opplevelser og livssituasjonen. Det er viktig å starte med tidlig forebygging og behandling av den psykiske helsen før den utvikles til en alvorlig grad.

Hensikt: Studien skal undersøke hvilke barrierer flyktninger opplever i møte med psykisk helsehjelp. Målet er å få mer innsikt i hvilke barrierer det finnes, og ut i fra det gi vernepleiere muligheten til å være med å minske begrensningene.

Metode: Oppgaven benytter seg av metoden litteraturstudie, som tar for seg fem forskningsartikler. Samt relevant teori og litteratur blir brukt for å belyse problemstillingen.

Resultat: Funnene viste mange barrierer. Resultatene fra de fem artiklene ga fem hovedtemaer, som ga grunnlag for diskusjonsdelen:

- Språkbarrierer
- Mangel på tjenester og informasjon
- Kulturell kompetanse med et undertema som omhandler tillit og relasjon
- Stigma og mangel på bevissthet og kunnskap om mental helse,
- Sosialt nettverk og støtte.

Konklusjon: Det er ingen tvil om at flyktninger opplever barrierer i møte med psykisk helsehjelp. Tilgjengeligheten av informasjon og relevante tjenester er en begrensning hos flyktninger. Informasjonsflyten må bli ivaretatt for å sikre god kommunikasjon mellom partene. Bevissthet og åpenhet er viktig i forhold til stigmatisering av de med psykiske belastninger. Integrering til samfunnet kan føre til de har flere å spille på, da de ofte blir stigmatisert fra det etniske samfunnet. Relasjonen mellom helsepersonellet og flyktningene er avgjørende for at flyktninger oppsøker hjelp, det innebærer tillit fra starten av. Kulturell kompetanse hos helsepersonell er også avgjørende, da flyktninger har ulik kulturbakgrunn. På bakgrunn av dette har vernepleiere kompetansen til å bidra med å redusere disse begrensningene. Det kan være hensiktsmessig å forske på flere løsninger for videre forskningsarbeid.

Nøkkelord: flyktning, barrierer, mental helse, psykisk helsehjelp

Antall ord: 7000

SUMMARY

Title: Which barriers do refugees experience in meeting with the mental healthcare system?

Introduction/Background: Refugees go through physical and especially psychological stresses due to the experience and life situation. It's important to start with early prevention and treatment of mental health before it develops to a serious degree.

Aims/Purpose: The purpose of this study is to do a research of the barriers refugees experience in the meeting with the mental healthcare system. The goal is to gain more insight into the barriers, and from that give the intellectual disability nurse the opportunity to help reduce the limitations.

Method: This research contains the method literature study, which includes five selected research articles. Relevant theory and literature are also used to shed light on the topic question.

Results: The findings showed many barriers. The results of the five articles provided five main topics, which were the basis for the discussion section:

- Language barriers
- Lack of services and information
- Cultural competence with a sub-theme that deals with trust and relationship
- Stigma and lack of awareness and knowledge of mental health
- Social network and support

Conclusion: There is no doubt that refugees experience barriers in the meeting of mental healthcare. The availability of information and relevant services is a limitation for refugees. The flow of information must be taken care of between the parties. Awareness and openness are important in relation to the people who got stigmatized because of their mental health stresses. Integration into society can lead to them having more to lean on, as they are often stigmatized from the ethnic community. The relationship between the healthcare professionals and refugees is crucial for refugees to seek help, which means the trust must be built from the day one. Cultural competence among health professionals is also crucial, because the refugees come from different cultures. Based on this, the intellectual disability nurses have the competence to help reduce these limitations. It may be appropriate to research several solutions for further research work.

Keywords: refugee, barriers, mental health, mental healthcare

Number of words: 7000

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Avgrensning av tema	1
1.3 Hensikt	1
1.4 Vernepleierfaglig relevans	1
1.5 Begrepsforklaringer	2
1.6 Oppgavens disposisjon	2
2.0 TEORI	2
2.1 Psykisk helse	2
2.2 Stigma	3
2.3 Relasjon og kommunikasjon	3
2.3.1 Kommunikasjon med tolk	3
2.4 Kultursensitivitet	4
2.5 Rett på informasjon	4
2.6 Vernepleierens kjerne roller	4
3.0 METODE	5
3.1 Søkeprosess	5
3.2 Søkehistorikk	7
3.3 Litteraturliste	8
3.4 Analyse	13
4.0 RESULTATER	14
4.1 Språkbarrierer	14
4.2 Mangel på tjenester og informasjon	15
4.3 Kulturell kompetanse	16
4.3.1 Tillit og relasjon	16
4.4 Stigma og mangel på bevissthet og kunnskap om mental helse	17
4.5 Sosialt nettverk og støtte	17
5.0 DISKUSJON	18
5.1 Hvordan minske språkbarrierer?	18
5.2 Mangel på tjenester og informasjon	19
5.3 Stigma og mangel på kunnskap	20
5.4 Kultursensitivitet	21
6.0 METODEDISKUSJON	22
7.0 KONKLUSJON	23
8.0 LITTERATURLISTE	25

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Temaet for min bacheloroppgave handler om flyktninger og deres psykiske helse. Jeg har valgt dette temaet, fordi det er stor relevans til dagens situasjon. Det som foregår mellom Ukraina og Russland setter enda mer fokus på flyktnings situasjonen, selv om fokuset burde vært like stort tidligere. Det er alltid mennesker som er på flukt fra hjemlandet sitt på grunn av krig og uroligheter. Reisen fra sitt eget hjem for å overleve kan være vanskelig og farlig, de flykter gjennom ulike områder og omgivelser. Det kan også preges av lite mat og ressurser, noe som kan påvirke den fysiske helsen. Flyktninger blir i stor grad påvirket av opplevelsen og deres livssituasjon som kan føre til psykiske problemer og belastninger (Varvin, 2018, s. 31-32). Det er et stort behov for oppfølging av psykisk helse blant flyktninger, og det er viktig å starte med forebygging og behandling i et tidlig stadium (Psykisk helse, 2017). De vanligste psykiske lidelsene som oppstår blant flyktninger er PTSD (posttraumatisk stresslidelse), angst og depresjon (Helsedirektoratet, 2016). Flyktninger kommer til et nytt land, hvor mye er ukjent. På bakgrunn av dette vil oppgaven forsøke å svare på problemstillingen:

“Hvilke barrierer opplever flyktninger i møte med psykisk helsehjelp?”

1.2 Avgrensning av tema

Det finnes mange måter å ta utgangspunkt i når det handler om flyktninger og deres psykiske helse. Denne oppgaven vil fokusere på barrierer hos kvinnelige og mannlige flyktninger, i alder av 18 år og oppover.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke barrierer flyktninger opplever i møte med psykisk helsehjelp. Målet er å få mer innsikt i hvilke barrierer det er og ut i fra det gi vernepleiere muligheten til å være med å minske begrensningene. Dette undersøkes fra fem vitenskapelige artikler, samt relevant teori og andre litteratur.

1.4 Vernepleierfaglig relevans

Vernepleieren skal sette mennesket i sentrum og møte de som den personen de er, uavhengig av alder, kjønn, kultur og livssyn. Flyktninger er som alle andre mennesker, de har sine ulike behov og historier. De kommer til et nytt land hvor alt er ukjent, da er det behov for støtte, hjelp og beskyttelse. Som vernepleier skal man også tilrettelegge og veilede ut fra deres behov, i tillegg til å skape en tillitsfull relasjon (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Det er vernepleiere i arbeidsplasser hvor man møter flyktninger. Det kan være plasser som asylmottak, bofellesskap eller institusjoner for

mindreårige flyktninger, flyktningtjenesten. Vernepleieren har relevant kunnskap for å møte problematikken.

1.5 Begrepsforklaringer

I denne oppgaven vil begrepene flyktning og asylsøker reflektere det samme. En flyktning er en person som har flyktet fra hjemlandet sitt, i frykt for forfølgelse på grunn av deres nasjonalitet, rase, politisk oppfatning eller religion. Når de kommer til et annet land og søker beskyttelse som flyktning, er det en asylsøker (FN, 2022). Begrepet helsepersonell vil bli benyttet for deltakere fra utvalgte forskningsstudier som er tjenesteytere. Vernepleier kommer også under dette begrepet, på grunn av lite forskning om vernepleiere som helsepersonell. Oppgaven vil også bruke begrepet helsetjenester, dette tar for seg både primær- og sekundærhelsetjeneste.

1.6 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven er delt opp i 8 hovedkapitler: Innledning, teori, metode, resultater, diskusjon, metodediskusjon og litteraturliste. Teorikapitlet tar for seg sentrale teorier og litteratur relevant til oppgaven. Videre i metode presenteres søkeprosessen og analyse av de utvalgte artiklene. I resultatdelen beskrives en sammenfatning av analysen og valgte temaer. Resultat og teori gir grunnlag for diskusjonskapitlet hvor det skal drøftes mot hverandre. Metodediskusjon tar for seg svakheter og styrker med oppgaven. Konklusjonen summerer opp sentrale funn og betydningen videre i praksis og forskning. Til slutt kommer litteraturlisten som presenterer hvilke litteratur som har blitt anvendt i denne oppgaven.

2.0 TEORI

2.1 Psykisk helse

Det er ingen fullstendig forklaring på hvordan man skal definere psykisk helse, dette på grunn av at "kropp og sjel er uløselig vevd sammen i en gjensidighet som utgjør det hele mennesket" (Snoek & Engedal, 2017, s. 23). Men helsenorge (2022) definerer det som at alle har en psykisk helse på lik linje som fysisk helse. Det handler om tanker og følelser og hvordan man har det med seg selv, i hverdagen og med andre mennesker. I tillegg til evnen til å arbeide og mestre livets påkjenninger. Alle kulturer har fortellinger og myter som omhandler sjelen og åndelige. Noen mener det er krefter utenfra, andre mener det er skapninger som er i samme rom som andre ikke ser. Kulturbakgrunnen vår påvirker hvordan man oppfatter og definerer hva psykisk helse og psykiske lidelser er (Snoek & Engedal, 2017, s. 20). Verdensdagen for psykisk helse som er 10.oktober har et mål om å bidra til mer åpenhet om psykiske problemer og lidelser. Det er viktig å

skape et mer inkluderende samfunn slik at det blir lettere for personer å dele tanker og følelser for å styrke hver enkeltes psykiske helse (FN-sambandet, u.å.).

2.2 Stigma

Goffman definerer stigmatisering som "en diskrediterende egenskap som diskvalifiserer personer fra full sosial aksept" (Fitzpatrick, 2008). Stigmatisering starter med at personen får en merkelapp som er negativ ladet. Når personen har fått denne negative merkelappen, fører det til avvising og isolering av den som er stigmatisert. Videre kan den merkede vise tegn for tilbaketrekking som en slags forsvarsmekanisme eller for å tilpasse seg. En kan også begynne å oppfatte seg selv som annerledes, man er ikke lenger "normal" og du skiller deg fra hva samfunnet forventer. Dette fører til selvstigmatisering (Lyngstad, 2000).

2.3 Relasjon og kommunikasjon

Helsepersonell må være i stand til å etablere relasjon for å forstå og samhandle med mennesker. Relasjonskompetanse er sammensatt og handler blant annet om situasjonsforståelse, empatisk holdning, selvinnsikt og ikke minst kulturell sensitivitet. Man må også kunne legge til rette for god kommunikasjon og møte personen med respekt (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10-11). For at en skal kunne åpne seg, fortelle om vanskelige situasjoner og at en skal kunne ta i mot videre innspill, kreves det tillit og nok tid/rom/plass fra helsepersonellet (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180). Videre forteller Røkenes & Hanssen (2012) at god kommunikasjon er avhengig av kontekster og settinger. Det innebærer at budskapet mellom partene blir sendt og oppfattet. Effektiv informasjonsformidling fører til god kommunikasjon, da har altså partene forstått hverandre og vet hva en mener.

2.3.1 Kommunikasjon med tolk

Tjenestene skal sørge for at det er god kommunikasjon mellom tjenesteyter og tjenestemottaker som har begrenset norskkunnskaper. Derfor har kommunene og helseforetakene ansvar for å skaffe tolk av god kvalitet. Tolken skal være en som er utdannet tolk, og ikke pårørende eller andre personer som ikke er kvalifisert (Helsenorge, 2019). Det er også forbud mot bruk av barn som tolk. Det krever modenhet, omfattende kunnskap og det innebærer stort ansvar å være tolk. Å bruke et barn som tolk kan være skadelig for barnets utvikling, det setter barnet i en komplisert voksenrolle i familien (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 205). Det kan være brudd på FN's barnekonvensjon artikkel 36 (Helsedirektoratet, 2011). Partene skal snakke med hverandre og se på hverandre, og ikke på tolken. Tolken skal få muligheten til å oversette og kun oversette det som blir sagt, da er det viktig å bruke korte setninger.

Tolken skal heller ikke være i parti med noen, ikke gi noe råd eller legge til egne meninger. Taushetsplikten skal også overholdes av tolken, på lik linje som helsepersonell (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 205-206).

2.4 Kultursensitivitet

Alle har sin kultur, hvilke kunnskap og forståelse vi har for kultur påvirker kultursensiviteten. Kultur er i stadig endring og defineres som "de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn". Kultur påvirker nemlig hvilke erfaringer og behov et individ har. I arbeid med mennesker er det viktig med kultursensitivitet, det vil si at man skal være åpen og nysgjerrig. Dette kan gi oss forståelse på hva som må til for å yte god helsehjelp, ved å forstå mennesket og situasjonen de står i (Noknorge, u.å.).

2.5 Rett på informasjon

I pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 "skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger". I tillegg skal brukere "ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Videre i § 3-5 skal informasjonen "være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjon skal gis på en hensynsfull måte." og "personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen." (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5).

2.6 Vernepleierens kjerne roller

Vernepleierens kjerne roller er en refleksjonsmodell som viser vernepleierens kompetanse, handlingsalternativer og verdigrunnlag i situasjoner en vernepleier står i (Brask et al., 2016, s. 33). De fire kjerne rollene er partnerrollen, ansvarsrollen, brobyggerrollen og pådriverrollen.

Partnerrolle - Alle mennesker har ulike behov og forutsetninger. Vernepleieren som partnerrolle er samhandlende på individnivå. Alle mennesker har rett til selvbestemmelse, og noen ganger kan det være vanskelig å ivareta dette på grunn av nedsatt funksjonsevne. Det vil være viktig å kunne spille den andre god og tilnærmingene må tilpasses i samarbeid med hver enkelt bruker (Brask et al., 2016, s. 41).

Brobyggerrolle - Denne rollen er den samhandlende vernepleieren på systemnivå. Det kan være samhandling med personale, familier/pårørende, andre nettverk og kommunale instanser, altså tverrfaglighet. Vernepleieren må kunne ha gode samarbeidsevner til å kunne samarbeide i utfordrende forhold på tvers av ulike parter som er involvert. Gode samarbeidsevner er å gi og få tillit, være en aktiv lytter, være åpen for andres meninger og synspunkter, dette for å kunne utvikle en felles løsning (Brask et al., 2016, s. 42).

Pådriverrolle - Vernepleieren som pådriverrollen er selvstendig handlende på systemnivå. I stedet for kun et ensidig individfokus, kan man tilnærme seg relasjonelle forhold og barrierer som er funksjonshemmede på mange nivåer. Vernepleieren skal kunne kjempe for brukerens rettigheter og skal varsle eventuelle svikt og mangler i tjenestene for de som ikke kan si ifra selv (Brask et al., 2016, s. 42).

3.0 METODE

For å løse problemstillingen benytter oppgaven seg av litteraturstudie. Hensikten med et litteraturstudie er å samle inn informasjon, kunnskap og funn innenfor problemstillingen man skal belyse. I en slik prosess har man en systematisk tilnærming i alle trinn (Thidemann, 2019, s. 80-81).

3.1 Søkeprosess

For å kunne utføre et systematisk litteratursøk innebærer det å planlegge, begrunne, dokumentere og man skal kunne prøve det i ettertid (Thidemann, 2019, s. 82). Søkeprosessen startet med et innledende litteratursøk i Oria for å få oversikt over omfanget av hva som fantes av forskning i tilknytning av temaet og problemstillingen, ordene "flyktninger" og "psykisk helse" ble brukt.

Hjelpemiddelet PICO ble brukt for å konkretisere informasjonsbehovet, slik at det bidro til å avgrense søk. *Tabell 1* er uten "C" da det ikke skal sammenlignes to typer tiltak (Thidemann, 2019, s.82-83). Deretter ble det valgt flere databaser og det ble benyttet Pubmed, Medline og Web of Science. De valgte databasene er for å få et bredere og helhetlig bilde av ulike forskningsområder. Det ble også tatt utgangspunkt i problemstillingen ved valg av søkeordene og de ble brukt i ulike kombinasjoner. Det innledende søket førte til at søkeordene ble oversatt til engelsk, fordi det ville komme frem flere treff og dette utvidet utvalget. Tekstord fra artiklens tittel og forfatterens egne stikkord ble også benyttet i søkeprosessen (Thidemann, 2019, s. 86).

Tabell 1 - PICO-skjema

Population/Patient (Hvem?/Hva?)	Intervention (Hva?)	Comparison	Outcome (resultater)
Voksne flyktninger, 18 år oppover	Barrierer som oppstår for å oppsøke og motta psykisk helsehjelp	x	Erfaringer fra flyktninger og helsepersonell

En tabell over inklusjons- og eksklusjonskriterier ble skrevet ned, for å tydeliggjøre og avgrense litteratursøket (Thidemann, 2019, s. 83). *Tabell 2* viser til kriteriene.

Inkluderingskriterier ble fagfellevurderte artikler, fordi jeg ønsket forskningslitteratur som var stødig. Nyere forskning som ikke var eldre enn år 2000 var ønskelig, for å finne mest mulig oppdatert forskning innenfor området. Jeg valgte også å inkludere perspektiv fra både flyktninger og helsepersonell, for å få innblikk fra begge sider. Jeg oppdaget at det var mange artikler om erfaringer med/fra mindreårige flyktninger, dette ble ekskludert. Utvalget av flyktningene skulle være av begge kjønn og i alder av 18 år og oppover. Engelskspråklig forskning ble inkludert da flyktninger er et internasjonalt tema. Artikler uten IMRaD-struktur ble ekskludert. Dette for å kunne lese de valgte artiklene på en effektiv måte (Thidemann, 2019, s. 30).

Tabell 2 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inkludert	Ekskludert
<ul style="list-style-type: none"> • Fagfellevurdert • Flyktninger, asylsøkere • Perspektiv fra flyktninger og helsepersonell • Engelsk språk • Begge kjønn • Alder 18 og oppover • IMRaD-struktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Eldre enn år 2000 • Artikler uten IMRaD-struktur • Ikke fagfellevurdert • Mindreårige flyktninger

Selv om søkene var planlagt, måtte jeg hele tiden gå frem og tilbake med ord og kombinasjoner, i de ulike databasene. Jeg brukte AND mellom to søkeord, for å kunne få treff som omhandlet begge eller de valgte ordene (Thidemann, 2019, s. 87). Basert på antall treff på søkekriteriene, resulterte enkelte søk mange treff. Da ble det kun sett på de 100 første titlene av artiklene, fordi treffene det ble etterhvert irrelevant for problemstillingen. Videre ble det valgt ut å lese abstrakter av interesse og ut fra tittel, som kunne være relevant for problemstillingen. Utover de leste abstraktene var det noen artikler som kunne gi svar på problemstillingen, da ble artiklene lest for å bekrefte eller avkreftede det. *Tabell 3 - søkehistorikk* viser hvordan jeg kom fram til mine fem utvalgte artikler.

For å vurdere de fem valgte artiklene, ble det benyttet sjekklister fra Helsebiblioteket (2016). Sjekklister skal være til hjelp for å vurdere artiklene på en kritisk måte (Thidemann, 2019, s. 91). Det som ble benyttet for de utvalgte artiklene var "Sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie" (Helsebiblioteket, 2016), da alle artiklene benyttet seg av kvalitativ forskningsmetode (Donnelly et al., 2011; Suurmond et al., 2010; Kim et al., 2020; Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021). Suurmond et al. (2010) hadde et spørreskjema som ble sendt ut i tillegg til intervjuene. Dette går under kvantitativ forskningsmetode, men spørreskjemaene ble kvalitativt analysert. I stedet for å kvantifisere prosessen og at deltakerne måtte svare på spørsmål som "hvor ofte/mange", ville forfatterne vite hva som foregikk og at deltakerne skulle beskrive omfattende hva kulturell kompetanse gikk ut på. Da benyttet jeg kun sjekklister for kvalitativ studie. Ut fra sjekklister ble de fem utvalgte artiklene vurdert som godkjent.

3.2 Søkehistorikk

Søkehistorikken viser dato for søket, antall søk, databaser, hvilke søkeord og hvor mange treff ga søket, i tillegg til antall leste abstrakt og artikler. Ikke minst antall artikler som ble valgt (Thidemann, 2019, s. 89).

Tabell 3 – Søkehistorikk

Søkedato	Søk nr	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
16.03	1	refugee mental health	Database: pubmed Results by year 2000-2022	3085	12	5	0
16.03	2	refugee immigrant mental health challenges	Database: pubmed Results by year 2000-2022	109	4	2	1
16.03	3	refugee AND mental health AND barriers	Database: medline	201	6	3	0
16.03	4	working experiences asylum seekers	Database: pubmed	640	7	1	1
22.03	5	asylum seekers AND mental health AND service	Database: medline	75	3	2	0
23.03	6	refugee AND mental healthcare AND nursing	Database: medline	2	0	0	0
23.03	7	refugee* mental health* access*	Database: pubmed	676	4	1	1
23.03	8	mental healthcare AND asylum seekers AND barriers	Database: medline	11	2	1	1
28.03	9	refugee* mental healthcare*	Database: web of science	25	3	1	1

3.3 Litteratormatrise

Litteratormatrisen ble brukt som hjelpemiddel for å lese artiklene. Den gir en oversikt over viktig informasjon fra de valgte artiklene (Thidemann, 2019, s.95).

Tabell 4 - Artikkel 1

Full referanse	Donnelly T. T., Hwang J. J., Este D., Ewashen C., Adair C. & Clinton M. (2011) If I was going to kill myself, I wouldn't be calling you. I am asking for help: challenges influencing immigrant and refugee women's mental health. <i>Issues in Mental Health Nursing</i> , 32(5), 279-290. https://doi.org/10.3109/01612840.2010.550383
Hensikt	Øke forståelsen for faktorer som hemmer eller støtter mestring i psykisk helsevern. Erfaringer fra kvinnelige innvandrere/flyktninger.
Metode	Kvalitativ studie med individuelle dybdeintervju som varte fra 1,5-2 timer. Intervjuet ble gjennomført på det stedet og språket deltakerne foretrakk. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert.
Utvalg	Kriterier for deltakere: (1) Flyktning som levde med psykiske lidelser og som ble identifisert av en tjenesteyter (2) Født i Kina eller Sudan (3) Bodde i byen der studien ble utført, i Canada. 10 kvinner meldte seg frivillig, men det ble forsøk rekruttering av flere deltakere uten hell på grunn av kvinners opplevelse av sosialt stigma knyttet til psykiske lidelser og at de ikke var kjent med forskningsprosessen.
Resultater/ Hovedfunn	Studien trekker frem tre hovedfunn: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kvinnenes personlige erfaringer med medisin, og deres frykt og mangel på bevissthet om psykisk helse, som påvirket de med å søke hjelp 2. Faktorer på systemnivå som mangel på tjenester som passet deres behov, profesjonell tolk og relevant informasjon 3. Uformell sosial støtte og egne omsorgsstrategier var de viktigste faktorene for å kunne mestre psykiske lidelser
Kvalitetsvurdering	Styrker: Dybdeintervju gir svar på et detaljert nivå. Sitater fra deltakerne styrker forskningens validitet og reliabilitet. Svakheter: Deltakerne var kun kvinner. Det ble gjort forsøk på å rekruttere flere kvinner, men lyktes ikke på grunn av sosialt stigma i forhold til psykiske lidelser, og mange innvandrere var ikke kjent med forskningsprosessen.
Relevans	Studien gir god innsikt i flyktingers erfaringer i møte med psykisk helsevern. Hvilke barrierer som hemmer og hva som støtter flyktingene.
Etikk	Etisk godkjenning ble innhentet fra institusjonen der studien ble utført, altså fra University of Calgary. I forkant av intervjuene ble studien forklart for deltakerne, de hadde mulighet til å stille spørsmål. Informert samtykke ble også foretatt og deltakerne kunne trekke seg fra forskningen når som helst uten negative konsekvenser. Deltakernes navn er også fiktive. Ingen interessekonflikt.

Tabell 5 - Artikkel 2

Full referanse	Surmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. <i>Nurse Education Today</i> , 30(8), 821–826. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.006
Hensikt	Denne studien ble utført for å få kulturell kompetanse studert på en systematisk og integrert måte i forhold til asylsøkere. En systematisk oversikt kan gjøre det lettere for utviklingen av opplæring og utdanning for tjenesteytere.
Metode	Det ble gjort en kvantitativ tilnærming ved å sende ut spørreskjemaer til deltakerne, dette for å finne ut erfaringer ved inntak av asylsøkere. Også spørsmål om kulturell kompetanse. Det ble også gjennomført semi-strukturert gruppeintervju som tok ca. 1,5-2 timer, for å få et mer detaljert innblikk i deltakernes erfaring. Det var en liste med temaer som ble tatt opp i gruppeintervjuene, temaer som hvordan yte omsorg av høy kvalitet i møte med asylsøkere. Ingen spesifikke spørsmål rettet mot kulturell kompetanse.
Utvalg	Metodetriangulering. Spørreskjemaer ble sendt til sykepleiere som arbeidet ved flere asylsøkesenter/asylmottak i Nederland. Det ble returnert 89 spørreskjemaer av ukjent antall. Det ble også utført sju gruppeintervju med frivillige sykepleiere, til sammen var det 36 sykepleiere i grupper på mellom 2-9 personer.
Resultater/ Hovedfunn	Deltakerne mente at forbedring av kulturell kompetanse kan skje gjennom: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mer kunnskap om... opprinnelseslandene. Deres humanitære og politiske situasjon, og utbredelsen av ulike sykdommer. Også vite mer om helseproblemer flyktingene hadde før, under og etter flukten. 2. Bevissthet om juridiske forhold til vertslandet der flyktinger bor, i tillegg å ha holdninger som å være respektfull, empatisk og fordomsfri 3. Bygging av tillit... Viktig for helsepersonell å poengtere at de ikke har ingenting med flyktningsstatusen å gjøre og at de ville vite historien om flukten slik at de kan vurdere helsetilstanden deres, men ikke alle detaljer er av interesse. Viktig å påpeke at taushetsplikten blir ivaretatt. 4. Utvikling av evner... til å bygge tillit og relasjon til flyktingene. Man skal også ha evner til å spørre de om traumatiske hendelser de har opplevd. Videre er det viktig å informere flyktingene om hvordan helsesystemet fungerer, dette gjelder ikke bare flyktinger men også nyankomne til vertslandet.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Data fra både kvalitativ og kvantitativ metode, vil øke sannsynligheten for at funnene er troverdige. Sitater fra sykepleierne styrker reliabilitet og validitet. Målrettet utvalg av sykepleiere fra ulike sentre, slik at det ble variasjon av erfaringer. Svakheter: Ikke kjent hvor mange spørreskjemaer som ble sendt ut. Gruppeintervjuene baserte seg ikke på spørsmål om kulturell kompetanse. Kun spurte om kulturell kompetanse i forhold til inntaket og ikke kontakten med asylsøkere "til vanlig".
Relevans	Studien viser at kulturell kompetanse er viktig blant helsepersonell, og hvilke barrierer i møte med flyktinger i forhold til mangel på kulturell kompetanse.
Etikk	I henhold til Medical Research Involving Human Subjects Act, var det ikke nødvendig med medisinsk-etisk godkjenning av denne studien i Nederland. Det var kun tjenesteytere som var involvert. Innsamlede data ble anonymisert og samtykke ble innhentet av de som var involvert. Samtykke fra deltakerne i gruppeintervjuene ble også innhentet og konfidensialitet sikret, dette ble tatt opp på bånd før intervjuene. Til slutt ble det innhentet godkjenning fra helsetjenesten for asylsøkere og arbeidsgiveren til sykepleierne.

Tabell 6 - Artikkel 3

Full referanse	Kim, W., Yalim, A. C. & Kim, I. (2020). "Mental Health Is for Crazy People": Perceptions and Barriers to Mental Health Service Use among Refugees from Burma. <i>Community Mental Health Journal</i> , 57, 965–972. https://doi.org/10.1007/s10597-020-00700-w
Hensikt	Utvide forståelse for flyktninger fra Burma og deres bruk av psykiske helsetjenester. Dette til å forbedre tjenestene for dem.
Metode	Et kvalitativt studie med semi-strukturert intervju som ble gjennomført på et avtalt sted og tidspunkt. Hvert intervju varte fra 35 min til 2 timer.
Utvalg	11 burmesiske samfunnsledere, 6 menn og 5 kvinner (7 karener, 3 burmanere og en annen etnisitet). Kriteriene var å være flyktning fra Burma og å kunne snakke engelsk. Deltakerne var fra 20-73 år og hadde bodd i USA alt fra 1,5-20 år.
Resultater/ Hovedfunn	Studien identifiserte tre temaer: <ol style="list-style-type: none"> Kilder til psykiske lidelser <ul style="list-style-type: none"> Begravde traumer. Mange flyktninger med krigsmentalitet i ettertid Overgangen til USA var stor i forhold til flyktingleiren Barriere for bruk av psykiske helsetjenester <ul style="list-style-type: none"> Begrepet mental helse var ukjent, visste ikke at de kunne få hjelp til det Begrenset engelsk- og systemkunnskap Vanskelig å oversette betydningen av begrepet til deres språk, ofte ble det sett som noe negativt Mental helse er et kulturstigma, det er tabu- og skambelagt. Det knyttes opp mot det religiøse, man hadde syndet i tidligere liv Deltakerne syntes at det var vanskelig å finne en passende psykisk helsetjeneste og å få hjelp til rett tid Fellesskapsløsninger (for å fremme mental helse) <ul style="list-style-type: none"> Ulike måter i utdanning og opplæring på systemnivå Fokus på symptomer, bivirkninger av medisiner og ha kunnskap om hvordan man kan få tilgang til informasjon om psykisk helsetjeneste Normalisering av mental helse Anbefalinger fra fagpersoner med autoritet, familie eller venner Tjenesteyternes kulturelle kompetanse var avgjørende for flyktningene. Tillit. Forholde seg til kun en tolk i løpet av prosessen Gjenoppbygge sosialt nettverk og sosial støtte, og øke livskvaliteten ved å finne mening med livet
Kvalitetsvurdering	Styrker: Det ble av og til brukt medlemskontroll under dataanalysen for å fastslå påliteligheten til funnene, dette tydeliggjorde noen temaer. Bracketing-metoden ble også brukt for å dempe de potensielle negative effektene av forskernes forforståelser, oppfatninger og kunnskap om studievalget. For å ikke være for kunnskapsrik om befolkningen og for å opprettholde objektiviteten deres, utsatte forskerne å gjennomføre en enda en detaljert litteraturgjennomgang etter at dataanalysen var fullført. Sitater fra deltakerne styrker reliabilitet og validitet. Svakheter: Resultatene i en kvalitativ studie kan føre til at det ikke kan genereres til andre flyktningssamfunn. Funnene er basert på tolkninger av samfunnsledere, som snakket flytende engelsk og var mer integrert i kulturen enn det resterende befolkningen de representerer.
Relevans	Studien er relevant da hovedfunnene viser barrierer i møte med psykisk helsevern.
Etikk	Før starten av intervjuene ble det forklart formålet med studien, deltakerne fikk lese og signere skjemaet for informert samtykke. Hver deltaker fikk et gavekort på 20 dollar på slutten av intervjuet som et tegn på takknemlighet. Det informerte samtykke ble innhentet før hvert intervju. Studieprotokollen ble gjennomgått og godkjent av universitetets IRB (Institutional Review Board) før datainnsamlingen startet. Ingen interessekonflikt.

Tabell 7 - Artikkel 4

Full referanse	Kiselev, N., Pfaltz, M., Haas, F., Schick, M., Kappen, M., Sijbrandij, M., De Graff, A. M., Bird, M., Hansen, P., Ventevogel, P., Fuhr, D. C., Schnyder, U. & Morina, N. (2020). Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. <i>European Journal of Psychotraumatology</i> , 11(1), 1-16 https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717825
Hensikt	Finne ut hvilke strukturelle og sosiokulturelle barrierer blant flyktninger/asylsøkere for tilgang til psykisk helsehjelp i Sveits.
Metode	Kvalitativ studie med intervjuer med syriske flyktninger, sveitsiske helsepersonell og andre av interesser (representanter fra myndigheten eller religiøse ledere)
Utvalg	Ble utført i den tysktalende delen av Sveits. De utvalgte ble valgt med snowball sampling. Det vil si at det tar sikte på deres kunnskap om det aktuelle temaet. 5 syriske flyktninger på 18 år og oppover som hadde kommet til Sveits etter utbruddet av den syriske borgerkrigen i 2011, men som ikke hadde en historie med psykisk lidelse. 5 sveitsisk helsepersonell som hadde erfaring med å jobbe med syriske flyktninger. Syrisk helsepersonell ble ekskludert for å unngå oppfatninger etter profesjonell opplæring, og 5 andre av interesser.
Resultater/ Hovedfunn	<ol style="list-style-type: none"> 1. Strukturelle barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Mangel på ressurser - Lang ventetid, leger, økonomiske midler, tolker, screeningverktøy, spesialiserte behandlingsprogrammer, behandlingenheter • Språk - Kommunikasjonsvansker, bruk av tolk • Gatekeepers - Mangel på kunnskap på symptomer blant ansatte, en omsorgsperson bør vite når en flyktning skal henvises til psykisk helsevern • Forståelse av systemet - Henvisningsprosess, helsekostnader • Byråkrati og prosedyrer 2. Sosiokulturelle barrierer: <ul style="list-style-type: none"> • Misforhold mellom det vestlige systemet og syriske problemer og behov - Mangel på tillit • Frykt for stigma - Mental helse er skambelagt • Mangel på bevissthet på mental helse - Flyktninger er ikke klar over at de er traumatiserte, lite oppmerksomhet på mental helse blant flyktninger, men også på nasjonalt nivå • Kjønnspespekter - Truer menns maskulinitet • Generelle behov blir prioritert - Jobb og boligproblemer
Kvalitetsvurdering	Styrker: Intervjuene ble gjennomført på arabisk eller (sveitsisk-)tysk avhengig av deltakerens morsmål. Sitater fra deltakerne styrker validitet og reliabilitet. Svakheter: Studien gjenspeiler perspektivet til et lite antall utvalgte deltakere. Inklusjonskriterier for syriske flyktninger (ingen historie med psykiske problemer) har begrensninger på perspektivene på barrierer for tilgang til helsetjenester.
Relevans	Forskningen viser både strukturelle og sosiokulturelle barrierer for tilgang til psykisk helsehjelp blant flyktninger og asylsøkere.
Etikk	Etisk godkjenning for studien ble utstedt av den etiske komiteen i kantonen Zürich. Informert samtykke ble innhentet muntlig da de ikke stilte personlige eller helserelaterte spørsmål. Ingen pengemessige eller andre insentiver for deltakelse. Ingen interessekonflikt.

Tabell 8 - Artikkel 5

Full referanse	Kour, P., Lien, L., Kumar, B., Nordaunet, O. M., Biong, S. & Pettersen, H. (2021). Health Professionals' Experiences with Treatment Engagement Among Immigrants with Co-occurring Substance Use- and Mental Health Disorders in Norway. <i>Substance abuse: research and treatment</i> , 15, 1-11 https://doi.org/10.1177/11782218211028667
Hensikt	Finne ut og beskrive helsepersonellens erfaringer med behandling blant innvandrere med ruslidelser og psykiske lidelser.
Metode	Kvalitativ studie med 3 fokusgruppeintervju
Utvalg	Prosjektet ble gjennomført i Norge, i byene Oslo og Drammen. 19 deltakere, 12 kvinner og 7 menn fra 28 til 65 år. Erfaringene med å behandle flyktninger var alt fra 1 til 25 år. Deltakerne var strategisk valgt, det var rettet mot helsepersonell med erfaring fra ulike psykisk- og rustjenester (spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og FACT-teamet). 1 psykiater, 3 psykologer, 4 spesialsykepleier, 6 sykepleier og 5 sosionomer.
Resultater/ Hovedfunn	<ol style="list-style-type: none"> 1. Språkbarrierer <ul style="list-style-type: none"> • Feilkommunikasjon, misforståelser påvirket behandling og diagnostisering • Bruk av tolk 2. Mangel på kulturell kompetente tjenester <ul style="list-style-type: none"> • Påvirker tillitsfull relasjon mellom flyktning og tjenesteyter • Lite ressurser til å tilegne seg kunnskap og ferdigheter innen kulturell kompetanse 3. Sosiale faktorer som hindrer flyktninger fra å søke hjelp og engasjere seg i behandling <ul style="list-style-type: none"> • Dårlig integrering, isolasjon og marginalisering • Stigma rundt psykisk- og ruslidelser • Dårlig norskkunnskaper, hindrer muligheter til å søke kunnskap og informasjon om tjenester 4. Være nysgjerrig og fleksibel forbedrer relasjonen mellom bruker og tjenesteyter <ul style="list-style-type: none"> • Skreddersydd individuell behandling • Imøtekommende holdning, vise interesse 5. Øke tilgangen til psykisk helse- og rustjenester <ul style="list-style-type: none"> • Mangel på generell primær psykisk helse- og rustjeneste • Bruk av profesjonelle og kulturkompetente tolker kan bidra til å bygge tillit • Ambulerende team
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker: Utforskning av subjektiv erfaring har et fokus på deltakernes innsikt og mening, det kan overføres til andre mennesker og kontekster. Troverdigheten har økt ved at det har vært samarbeid med kompetanse gruppen i alle stadier av studien, fra å skrive protokollen, forbedring av studien og analysering av dataene til sammensatt resultat. Førsteforfatteren fokuserte på å la deltakernes stemmer bli hørt og avsto fra tidligere tolkninger og vurderinger av meningen med deres opplevelse. Kompetansegruppen var involvert i analyseprosessen for å bekrefte.</p> <p>Svakheter: Med tanke på forforståelse kan førsteforfatterens bakgrunn som lege og innvandrers selv kan ha påvirket analysen. Deltakerne hadde ulike beskrivelser av "innvandrere".</p>
Relevans	Viser erfaringer fra norsk helsepersonell i møte med personer med andre bakgrunn og kulturer innenfor psykisk helsetjenester.
Etikk	Studien er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata). Deltakelsen var helt frivillig og deltakerne signerte samtykke, hvor det inneholdt informasjon om studien, formålet med forskningen, valg av deltakere, frivillig deltakelse, varighet, fordeler, potensielle risikoen, konfidensialitet, anonymitet, rett til å trekke seg og spredning av resultater. Konfidensielle detaljer om deltakerne ble slettet fra dataene for å opprettholde anonymitet. Kontaktinformasjonen til forfatteren ble også gitt i tilfelle deltakerne hadde spørsmål etter intervjuene.

3.4 Analyse

Aveyards tematiske analysemodell var utgangspunktet i analysearbeidet. Dette skapte en oversikt over artiklene. I tillegg er det tilpasset oppgavens omfang og egne preferanser (Aveyard, 2019; Thidemann, 2019, s.96). Som en påminnelse til meg selv hadde jeg problemstillingen synlig foran meg, slik at jeg kunne kaste et blikk på den innimellom når jeg jobbet med analyseprosessen (Thidemann, 2019, s. 93)

Analysearbeidet startet først med å lese hver enkel artikkel. Først alle artikler i sin helhet og etterpå de ulike delene. Etter hvert fokuserte jeg på kun på resultatdelene. Det ble også lettere å skille mellom hva som var relevant informasjon for problemstillingen eller ikke. Ved siden av lesingen skrev jeg en oppsummering av resultatene for å holde oversikt og gjøre det lettere for meg senere i prosessen. Videre satt jeg opp de fem artiklene i en tabell, og under skrev jeg alle funnene punktvis. Jeg benyttet meg av fargetusjer som representerte hvert tema resultatene viste (Thidemann, 2019, s. 93). For eksempel viste gulfargen temaet "Språkbarrierer".

Det ble mye frem og tilbake når jeg skulle sortere ut temaene. Jeg måtte lese i artiklene gjentatte ganger for å få bekreftet og kontrollert funnene. Om de var sterke nok, om de passet inn i temaet, og om de var relevante for problemstillingen. Det var en slags sikkerhet på at jeg hadde forstått resultatene. Sammenligningen av temaene ga en oversikt og hva som var likt og ulikt. Dette fikk meg til å se sammenhenger og hvilke temaer som var gjentakende i artiklene. Jeg måtte også slå sammen enkelte temaer, fordi de omhandlet hverandre eller de var dekkende for innholdet (Thidemann, 2019, s. 93). Når resultatene i tabellen ble ferdig markert, kom jeg fram til 9 temaer. Temaene ble vurdert på nytt og det var hensiktsmessig å plassere temaet "relasjon og tillit" under "kulturell kompetanse", fordi det hadde en sammenheng med hverandre.

Kun 5 fargetusjer, altså temaer vises i *tabell 9* nedenfor. En farge presenterte ett tema. De tre temaene som ble identifisert for øvrig var enten ikke relevant på grunnlag av problemstillingen, eller det hadde for lite fokus i artiklene. Punktene som ikke er markert med farger i *tabell 9* er kun overordnede overskrifter som er hentet fra artiklene, hvor det som er under er hovedresultatene. Etter hvert som temaene ble identifisert var det hensiktsmessig å lage temanavn som skulle brukes videre i resultatdelen. Her valgte jeg å kombinere overskrifter og ord fra artiklene for å navngi temaene.

Tabell 9 - Sammenligning av tema

Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskriminering og stigma 2. Mangel på tjenester og informasjon 3. Språkbarrierer 4. Relasjon mellom flyktning og tjenesteyter 5. Kulturell kompetanse 6. Kommunikasjon 7. Kunnskap og bevissthet om psykisk helse 8. Sosial støtte 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kulturell kompetanse 2. Bygging av tillit og relasjon 3. Informere om hvordan helsesystemet fungerer 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Barrierer for bruk av psykiske helsetjenester <ul style="list-style-type: none"> • Stigma, lite kunnskap om mental helse • Språkbarrierer • Mangel på tjenester etter deres behov 2. Fremme mental helse på systemnivå <ul style="list-style-type: none"> • Fokus på symptomer • Normalisering av mental helse • Kjennskap til hvordan man får tilgang til tjenester 3. Kulturell kompetanse 4. Gjenoppbygging av sosialt nettverk og sosial støtte 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mangel på ressurser 2. Språkbarrierer 3. Gatekeeper 4. Forståelse av systemet 5. Misforhold mellom systemet og flyktnings problemer og behov 6. Frykt for stigma 7. Mangel på bevissthet på mental helse 8. Prioritering av generelle behov 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Språkbarrierer 2. Mangel på kulturell kompetente tjenester <ul style="list-style-type: none"> • Tillit og relasjon 3. Sosiale barrierer <ul style="list-style-type: none"> • Stigma • Dårlig integrering • Finner ikke informasjon • Lite nettverk 4. Relasjonsarbeid <ul style="list-style-type: none"> • Kulturell kompetanse 5. Økt tilgang til tjenester

4.0 RESULTATER

Basert på analysen ble det identifisert ni temaer. Det ble valgt ut fem temaer å jobbe videre med: Språkbarrierer, mangel på tjenester og informasjon, kulturell kompetanse, stigma og mangel på bevissthet og kunnskap om mental helse, og sosialt nettverk og støtte. Under kulturell kompetanse presenteres et undertema som omhandler tillit og relasjon.

4.1 Språkbarrierer

Fire av artiklene hadde språk som barrierer. Donnelly et al. (2011) fortalte om mangelen på profesjonelle tolketjenester slik at flyktningene kan benytte seg av nyttige tjenester. Det var viktig å kunne få frem tanker og følelser, for enkelte var ikke engelskspråk nok. De trengte en tolk som kunne samme språk. Å skaffe profesjonelle tolker ville også sikre konfidensialitet, da familiemedlemmene var dypt involvert i situasjonen. Tolketjenester kostet penger og ofte ble det kun brukt i avgjørende situasjoner. Det var heller ikke hensiktsmessig å ha ulike tolker, da konfidensialiteten og tilliten var avgjørende for at flyktninger skulle fortelle om sine tanker og følelser (Kour et al., 2021, s. 4-5). Å bruke

familiemedlemmer som tolk ble også nevnt, spesielt barn. Men ofte klarte de ikke å oversette budskapet presist. Barn ble brukt som oversettere for foreldrene sine fordi de kan språket bedre. Det ble en slags enkel løsning, fordi det var vanskelig å skaffe seg tolker, men utfordringene var at et barn på 12 år vet ikke hva psykiske problemer innebærer (Donnelly et al., 2011; Kiselev et al., 2020).

Helsepersonellet nevnte mangel på tolk under behandling spilte en stor rolle for å kommunisere klart. I verstefall måtte behandlingen avsluttes på grunn av språkbarrieren. Misforståelser og feilkommunikasjon ville også føre til uoppdagede psykiske problemer og evt. diagnoser (Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021). Gruppetimer var en av standardbehandlinger for pasienter, men flyktninger ble ekskludert, fordi de ikke kunne snakke og forstå språket. Gruppedynamikken kunne også bli redusert og forstyrre andre. Tolkene var ikke kompetente nok til å forstå sammenhenger og problemer knyttet til psykisk helse, noe som skapte frustrasjon også for pasienten selv. (Kour et al., 2021, s. 4-5). Flyktninger møtte på språklige utfordringer knyttet til begrepet psykisk helse. Det var vanskelig å finne en måte å overføre og oversette betydningen av begrepet på deres språk. Ofte var det slik at hvis man direkte oversatte psykisk helse, mistet det den egentlige betydningen og ga et negativt utslag ettersom mental helse er tabubelagt i mange kulturer (Kim et al., 2020, s. 968).

4.2 Mangel på tjenester og informasjon

Fravær av de riktige tjenestene og informasjon om systemet er et tema i alle fem artiklene. Det var vanskelig å forstå seg på det vestlige helsesystemet og deltakerne var ikke klar over at man kunne få hjelp til psykiske problemer, hvilke tjenester som fantes, og hvor man kunne finne de nødvendige ressursene og relevant informasjon for psykisk helsetjeneste. Det var også vanskelig å få til en avtale, de måtte gjerne vente i et par måneder. De hadde også behov for skriftlige ressurser og informasjon på deres språk (Donnelly et al., 2011; Kim et al., 2020). Helsepersonell påpekte at det var viktig å informere flyktningene om hvordan helsesystemet fungerer. Dette gjaldt ikke bare flyktninger, men også de som var nye i vertslandet (Suurmond et al., 2010, s. 824). Kiselev et al. (2020) rapporterte at det ikke var nok behandlingssenheter som traumesenter og screeningverktøy for psykiske lidelser. Det var mangel på spesialiserte behandlingsprogrammer for traumatiserte flyktninger, f.eks. for kvinnetortur, voldtekt og kvinnelig omskjæring. Mangel på behandlingssenheter som traumesenter ble også rapportert, samt. generell primær psykisk helse- og rustjenester (Kour et al., 2021, s. 6).

4.3 Kulturell kompetanse

Sykepleierne beskrev hvilke kulturell kompetanse som var viktige: kunnskap om situasjonen og sykdommer i opprinnelseslandene, og hvordan helsestatusen deres var før selve, under og etter flukten. F.eks. en flyktning fra Irak kunne ha opplevd grusomme handlinger og vandret gjennom ørkenen uten mat over lengre tid som resulterte underernæring. Viktig å poengtere at helsepersonellet hadde ingenting å gjøre med deres flyktningstatus, taushetsplikt og all informasjon måtte bli ivaretatt. Å være respektfull, fordomsfri og empatisk over hvordan kultur former mennesker var også sentralt i kulturell kompetanse (Suurmond et al., 2010, s. 823-824). Flyktninger som var i kontakt med helsetjenesten mente at den kulturelle kompetansen til tjenesteyterne var avgjørende for behandlingen. Behandlingen måtte også være kulturelt tilpasset for å være effektive (Kim et al., 2020; Kiselev et al., 2020). Helsepersonellet fortalte at det å ikke kjenne til personens kulturelle bakgrunn kunne ofte føre til misforståelser. De visste ikke hvordan man kunne tilnærme seg en pasient i en behandling og det påvirket utviklingen av en tillitsfull relasjon. Ofte hendte det seg at flyktninger spurte etter en helsepersonell med innvandrerbakgrunn, noe som var vanskelig å få tilgang på da det er svært få innvandrere i norske psykisk helsetjenester (Kour et al., 2021, s. 5).

4.3.1 Tillit og relasjon

Kulturell kompetanse handlet også om å ha evnen til å utvikle et tillitsfullt forhold til flyktningene. Tilliten og relasjonen mellom flyktninger og helsepersonellet var svært viktig, og det må bygges fra første stund. Mistillit til systemet og leger var ikke uvanlig blant flyktninger. Man skal også ha evner til å spørre de om traumatiske hendelser de har opplevd, dette kan være vanskelig å stille slike spørsmål gjennom tolk i følge en pleier. Jo større tillit og bedre relasjon, desto større sjanse var det for at de fortalte om sine psykiske og personlige problemer (Suurmond et al., 2010; Kiselev et al., 2020). Flyktninger trengte også folk som genuint brydde seg og tok seg tid til dem (Donnelly et al., 2011, s. 284).

Å være nysgjerrig, imøtekommende og fleksibel forbedret relasjonen, i følge helsepersonellet. Det fantes ulike kulturelle forskjeller, og det å skreddersy behandling etter hver enkel individ påvirket engasjementet blant flyktninger til å gjennomføre behandlingen. Det kunne være så enkelt som å lese seg opp på de landene flyktningene kom fra (Kour et al., 2021, s. 6).

4.4 Stigma og mangel på bevissthet og kunnskap om mental helse

Fire artikler omhandlet stigmatisering fra det etniske fellesskapet. Dette henger sammen med at det er mangel på bevissthet og kunnskap om mental helse blant flyktninger. Også helsepersonell manglet kunnskap på symptomer for psykiske problemer (Kiselev et al., 2020, s. 7). Mental helse var et kulturstigma og ble ofte forbundet med noe religiøs, deres tro påvirket årsakene til lidelsene deres. De fleste burmanere var buddhister og mente at mentale problemer var konsekvenser av å være besatt av onde ånder, og at det hadde noe med karma å gjøre. Du var en synder og hadde syndet i ditt tidligere liv. De fleste hadde lite kunnskap om symptomer til ulike lidelser. Du ble klassifisert som enten gal eller ikke gal (Kim et al., 2020; Kiselev et al., 2020). Psykisk helse er et tabu- og skambelagt tema i andre kulturer. Man skjulte gjerne familiemedlemmer som viste tegn til noe "rart", slik at det ikke bringer skam til familien og truet deres posisjon i samfunnet (Kim et al., 2020, s. 968). Noen av deltakerne i Donnelly et al. (2011) ble i verstefall emosjonelt og seksuelt misbrukt av deres menn på grunn av deres psykiske lidelse.

Det var altfor lite fokus på psykisk helse i introduksjonsprogrammet for flyktninger. Problemer kunne utvikle seg til en alvorlig grad før det ble oppdaget (Kour et al., 2021, s. 5). Helsepersonell nevnte at flyktningene ikke var klar over at de var traumatiserte. Dette gjenspeilte når flyktningene oppsøkte hjelp, men det var da om fysiske problemer. F.eks. hodepine som kan være psykologisk (Kiselev et al., 2020, s. 9).

4.5 Sosialt nettverk og støtte

For å kunne mestre psykiske problemer var sosial støtte den viktigste faktoren. Deltakerne fortalte at de kunne snakke med familie og venner for å frigjøre følelser, men samtidig kunne de bli feid til side og ignorert (Donnelly et al., 2011, s. 285). Videre kunne deltakerne fortelle at i flyktingleirer bodde man tett som en landsby, det var mennesker og man sosialiserer seg. I det nye vertslandet må man gjøre sine ting og leve sitt eget liv. Flyktninger mestret overgangen fra hjemlandet til vertslandet dårlig. Flyktningene måtte tilpasse seg nytt språk, systemer for jobb og utdanning. De måtte være mer selvstendige og dette førte til tap av sosialt nettverk og støtte. Noen var ikke så særlig villig til å bli integrert i samfunnet og levde parallelt som førte til dårligere kontakt med det vanlige samfunnet (Kim et al., 2020; Kour et al., 2021).

Det var viktig å gjenoppbygge sosialt nettverk og støtte som gikk tapt under overgangen. Det kunne gjøres ved sammenkomster som f.eks. temamøter, statsborgerkurs, syforening. Jobbtrening og annen sysselsetting kan være med på å øke livskvaliteten slik at de hadde noe å gjøre enn å bare være hjemme hele tiden (Kim et

al., 2020, s. 970). Kiselev et al. (2020) rapporterte funn om at flyktninger ikke fokuserer på den mentale helsen, men på andre faktorer som å finne jobb og å løse boligproblemer.

5.0 DISKUSJON

I denne delen av oppgaven vil hovedfunnene drøftes opp mot relevant litteratur og teori. Hensikten er å besvare oppgavens problemstilling som er "*Hvilke barrierer opplever flyktninger i møte med psykisk helsehjelp?*". Temaene omhandler og påvirker hverandre, det kan da være noe vanskelig å drøfte dette systematisk.

5.1 Hvordan minske språkbarrierer?

Resultatene viser at det er store mangler på profesjonelle tolketjenester og dette hindrer flyktninger i å benytte seg av nyttige tjenester. Det er viktig for flyktninger å kunne uttrykke tanker og følelser, derfor er det behov for tolk som kan samme språk (Donnelly et al., 2011; Kour et al., 2021). Til og med helsepersonell mener det er mangel på tolk under behandling, og det er behov for å kommunisere klart. Behandlingen må i verstefall avsluttes, i tillegg fører misforståelser og uklar kommunikasjon til uoppdagede problemer og/eller diagnoser (Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021). Dette samsvarer med Røkenes & Hanssen (2012) beskrivelse av hva kommunikasjon er. Budskapet mellom partene blir sendt og oppfattet, det innebærer også at partene har forstått hva budskapet går ut på. Når flyktninger kommer fra andre land vil dette hindres ved at man ikke snakker samme språk. I praksis kan dette tyde på viktigheten av bruk av tolk i helsetjenester.

Helsetjenestene skal sikre god kommunikasjon mellom partene og det er viktig å skaffe profesjonelle tolk (Helsenorge, 2019). Dette samsvarer med Kour et al. (2021) sine funn om at tolkene ikke var kompetente nok til å forstå sammenhenger og problemer som omhandlet psykisk helse. Videre viser flere studier at familiemedlemmer blir brukt som tolk, spesielt barn fordi de kan språket bedre enn foreldrene sine (Donnelly et al., 2011; Kiselev et al., 2020). Røkenes & Hanssen (2012) forteller at dette kan påføre skade i barnets utvikling, da det setter barnet i en vanskelig rolle, hvor det krever modenhet og bred kunnskap. Det er tankevekkende at det kan være brudd på FN's barnekonvensjon (Helsedirektoratet, 2011).

I en slik situasjon med språkbarrierer viser resultatene til flere av studiene at sertifiserte tolk ikke benyttes i mange tilfeller. På tross av Røkenes & Hanssen (2012) sin litteratur viser dette at det er svært viktig for å oppnå god kommunikasjon. Flyktninger er ulike, en måte å kommunisere på holder ikke. Da er det viktig at vernepleieren tilegner seg

partnerrollen hvor en tilpasser kommunikasjon etter deres behov og forutsetninger. På bakgrunn av dette vil jeg hevde at vernepleieren også bør innta en pådriverrolle med tanke på å sørge for at kompetente tolk benyttes når psykisk helsehjelp skal ytes til flyktninger. I pådriverrollen er vernepleieren bevisst sitt ansvar for å tale brukerens sak i tilfeller hvor deres rettigheter ikke blir oppfylt. Vernepleier i en brobyggerrolle handler om samarbeid med andre instanser. I en slik kontekst kan det være fornuftig å samhandle med tolk. For å kunne bruke tolken bedre er det en fordel med gode samarbeidsevner (Brask et al., 2016, s. 41-42). Snakk til personen det gjelder og se på hverandre, tolken er der kun for å oversette. Da er det viktig å bruke korte setninger slik at tolken får anledning og tid til å oversette (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 205-206).

5.2 Mangel på tjenester og informasjon

Mangel på tjenester og informasjon er gjentakende i alle fem artiklene. For deltakerne var det vanskelig å forstå seg på vertslandets helsesystem og de var ikke klar over hvilke tjenester som fantes, og hvor man kunne finne relevant informasjon og ressurser for psykisk helsehjelp. Flyktninger hadde også behov for skriftlige ressurser og informasjon på deres språk (Donnelly et al., 2011; Kim et al., 2020). Dette samsvarer med pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, hvor det står at hver enkelte skal ha nødvendig informasjon slik at de får tilstrekkelig innsikt i tjenesten de mottar, og for å ivareta sine rettigheter. I tillegg skal det tilpasses etter mottakerens forutsetninger som f.eks. språk og kulturbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Helsepersonellet selv i Suurmond et al. (2010) pekte på viktigheten av å informere flyktningene om hvordan helsesystemet fungerer. Vernepleieren er autorisert helsepersonell som skal sørge for at loven blir fulgt. Flyktninger har ulike forutsetninger og det er viktig å tilpasse mest mulig i samarbeid med dem. Man kan ta i betraktning at alle land har lover og plikter ut ifra deres kultur. Det kan tenkes hvordan hvert land regulerer og prioriterer ordningen i helsesystemet sitt, er avhengig av deres behov og ressurser.

Videre viser funn at det er mangel på behandlingssenheter og spesialiserte behandlingsprogrammer for traumatiserte flyktninger. Samt mangel på generell primær psykisk helse- og rustjenester. Det er behov for behandlingsprogrammer for f.eks. kvinnetortur, kvinnelig omskjæring og voldtekt (Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021). Dette kan ses i sammenheng med flukten fra hjemlandet som blir preget av vanskelige forhold, spesielt når en flykter fra krig og uroligheter. Dette påvirker opplevelsen deres som kan føre til ulike psykiske problemer og belastninger (Varvin, 2018, s. 31-32). Mangel på relevante helsetjenester kan føre til at flyktninger går rundt med psykiske plager, som over lengre tid kan utvikle seg til en alvorlig grad. Funnene som forteller om mangel på informasjon og tjenester kan sette vernepleieren i en pådriverrolle hvor en

skal kjempe for brukerens rettigheter. Lovene viser til hva slags rettigheter pasienter/brukere har og det er viktig å ivareta dette, spesielt ved eventuell svikt eller mangler i tjenester (Brask et al., 2016, s. 42).

5.3 Stigma og mangel på kunnskap

Stigmatisering fra det etniske fellesskapet er utbredt blant flyktninger. Dette har en sammenheng med at det er mangel på bevissthet og kunnskap om mental helse blant flyktninger (Donnelly et al., 2011; Kim et al., 2020; Kiselev et al., 2020; Kour et al., 2021). Funnene om at helsepersonellet også manglet kunnskap på symptomer for psykiske problemer (Kiselev et al., 2020, s. 7) er oppsiktsvekkende. Ingen har en fullstendig god definisjon på hva psykisk lidelse er. Mental helse ble ofte sett i sammenheng med noe religiøs og tro. Psykiske problemer var konsekvenser av å være besatt av onde ånder og hvordan en var i forrige liv påvirket karmaen (Kim et al., 2020; Kiselev et al., 2020). Hvordan man oppfatter det, har noe med kulturbakgrunnen vår. Alle kulturer har sine fortellinger og myter som handler om sjelen og det åndelige (Snoek & Engedal, 2017, s. 20).

Psykiske helse er et skam- og tabubelagt tema blant andre kulturer. Man blir klassifisert som gal eller ikke gal (Kim et al., 2020; Kiselev et al., 2020). Dette samsvarer med Goffmans teori om stigmatisering "en diskrediterende egenskap som diskvalifiserer personer fra full sosial aksept" (Fitzpatrick, 2008). Familiemedlemmer fikk en slags negativ merkelapp dersom de viste tegn som var avvikende fra det "normale". Dette fører til avvising og isolering av den stigmatiserte. Familien skjulte gjerne dette fra omverdenen for å unngå å bringe skam til familien som kan true deres posisjon i samfunnet. Den som blir stigmatisert kan også begynne å oppfatte seg som annerledes og en som ikke innfrir forventningene til samfunnet (Kim et al., 2020; Lyngstad 2000).

Overgangen fra hjemlandet til vertslandet førte til tap av sosialt nettverk og støtte. Sosial støtte er en viktig faktor for å kunne mestre psykiske problemer. Noen av deltakerne kunne snakke med familie og venner, mens andre blir ignorert. I verstefall blir enkelte flyktninger emosjonelt og seksuelt misbrukt av deres menn, og deres følelser og tanker ble ugyldiggjort (Donnelly et al., 2020, s. 285). Flyktninger må tilpasse seg nytt språk og systemer. De var heller ikke villig til å bli integrert i samfunnet som kunne føre til isolering fra det vanlige samfunnet (Kim et al., 2020; Kour et al., 2021). Videre viser det funn at flyktninger ikke prioriterer og fokuserer på den mentale helsen, men andre sosiale faktorer som boligproblemer og å finne jobb (Kiselev et al., 2020, s. 9). Det kan se ut som at vernepleierens brobyggerrolle er viktig i denne settingen. For å integrere flyktninger i samfunnet er det viktig å samhandle med andre nettverk (Brask et al.,

2016, s.42). Vernepleieren skal bygge en bro til ulike nettverk, slik at flyktninger blir kjent med hvordan samfunnet er og fungerer. Det kan være å presentere de for ulike frivillighetssentraler, jobbtrening eller annen sysselsetting, eller relevante møter og kurser. Kim et al. (2020) rapporterer at det kan være med å øke livskvaliteten hvis man gjør noe enn å bare sitte hjemme alene.

Problemer som ikke blir oppdaget i tide kan bli svært alvorlig. Det er altfor lite fokus og prioritering av psykisk helse, det burde være mer fokus i introduksjonsprogrammet for flyktninger (Kour et al., 2021, s. 5). Et fint tiltak er verdensdagen for psykisk helse som holdes over hele verden 10.oktober. Denne dagen skal bidra til mer åpenhet om psykiske problemer og til et mer inkluderende samfunn (FN-sambandet, u.å.). En sentral bit i vernepleierrollen handler om pådriverrollen som er selvstendig handlende på systemnivå. Dette betyr at man skal tilnærme seg barrierer og forhold på mange nivåer og ikke kun et ensidig individfokus (Brask et al., 2016, s. 42). På lik linje med verdensdagen for psykisk helse kan vernepleieren bistå med holdningsarbeid internt på arbeidsplasser hvor man møter flyktninger. Åpenhet om psykiske problemer kan skape et mer inkluderende samfunn og mindre stigmatisering (FN-sambandet, u.å.), som igjen kan føre til at flere oppsøker psykisk helsehjelp. Kiselev et al. (2020) nevner dessuten videre at helsepersonell la merke til at flyktninger ikke var klar over at de var traumatisert. Flyktningene oppsøkte hjelp i forhold til fysiske problemer, men lite visste de at f.eks. hodepine kan være noe psykologisk. Dette kan gjenspeile mangelen av kunnskap på symptomer på psykiske problemer.

5.4 Kultursensitivitet

Både helsepersonell og flyktninger selv forteller at kulturell kompetanse er svært viktig og avgjørende for helsehjelpen. For at en behandling skal være mest effektiv, må det være kulturelt tilpasset (Suurmond et al., 2010; Kim et al., 2020; Kiselev et al., 2020). I arbeidet med flyktninger må man ta i betraktning at de kommer fra ulike kulturer og kulturen deres har formet deres oppfatninger og vurderinger. Man må være åpen og nysgjerrig, respektfull og fordomsfri (Noknorge, u.å.; Suurmond et al., 2010). Dersom helsepersonellet ikke kjenner til personens kulturelle bakgrunn kan det ofte føre til misforståelser, som igjen fører til mistillit i relasjonen.

Suurmond et al. (2010) forteller videre at evnen til å utvikle et tillitsfullt forhold mellom helsepersonellet og flyktninger er svært viktig. Relasjonskompetanse inneholder blant annet kulturell sensitivitet (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10-11). Vernepleieren sin partnerrolle er sentral i arbeid med flyktninger, en skal gjøre den andre god (Brask et al., 2016, s. 42). Dette kreves relasjon og tillit, og det må bygges fra første stund. Jo større

tillit mellom helsepersonell og flyktningene, jo bedre relasjon. Dette samsvarer med det Røkenes & Hanssen (2012) forteller om relasjon. Oppnådd tillit og nok relasjonskompetanse er svært viktig for at en skal kunne åpne seg om sine personlige problemer. Det kreves tillit, og flyktninger trengte helsepersonell som genuint hadde tid og rom for dem (Donnelly et al., 2011; Røkenes & Hanssen, 2012).

En vernepleier som er kultursensitiv kan føre til bedre forståelse av hva som må til for god helsehjelp til hver enkel flyktning (Noknorge, u.å.) og kan ses på en mulig ressurs. Dette å tilnærme seg etter hver enkel flyktning kan være så enkelt som å undersøke livsbetingelser, altså å lese seg opp i de ulike landene flyktningene kommer fra (Kour et al., 2021, s. 6). Videre faller det seg naturlig for en vernepleier å jobbe med egne holdninger og vise respekt for mennesket (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10-12). Stigma kan minskes ved å være åpen for forskjeller (Noknorge, u.å.). Vernepleiere på lik linje med andre helsepersonell, ønsker å behandle mennesker likt. Tvert imot kommer flyktninger med ulik bakgrunn og kultur, de har da behov for en tilpasset og ulik tilnærming. Vernepleieren kan derfor tenke å behandle flyktninger som likeverdige, ved å se på forskjeller, lytte etter deres behov og tilnærme seg etter det (Brask et al., 2016; Noknorge, u.å.).

6.0 METODEDISKUSJON

I litteratormatrisen ble det presentert styrker og svakheter i mine valgte artikler. Her vil jeg vurdere svakheter og styrker som er relevant for min oppgave. Oppgavens problemstilling er "*Hvilke barrierer opplever flyktninger i møte med psykisk helsehjelp?*".

4 av 5 artikler er basert på kvalitativ metode. Det er mest sannsynlig en styrke, da hensikten med en slik metode er å få en dybdekunnskap ved å analysere menneskers erfaringer, meninger, tanker og holdning. I motsetning til kvantitativ som samler inn objektiv data, altså faktakunnskap. Man vil gjerne ha svar på hvor mye/ofte noe er. Den ene artikkelen benyttet seg av metodetriangulering, det vil si at forfatterne har kombinert kvalitativ og kvantitativ metode, noe som kan styrke validiteten i studien (Thidemann, 2019, s. 75-77).

Alle valgte artikler var skrevet på engelsk og det har blitt lagt mye arbeid på å oversette og forstå de. Deltakerne i en artikkel ble intervjuet på andre språk, noe som ikke var engelsk. Da måtte forfatterne igjen oversette det til engelsk så godt som mulig. Det ligger en mulighet for feil oversettelse og feiltolkninger av artiklene, da jeg ikke har engelsk som morsmål. Artiklene hadde også en god geografisk spredning. Funn som er gjort i andre land, kan ha annerledes system. Dette kan være en svakhet med tanke på

overføringsverdien av funn til norske forhold. En av artiklene var fra Norge noe som viste forskjellene på helsesystemene.

I tillegg ble det benyttet to ulike perspektiver ved valg av artikler, altså fra flyktnings- og helsepersonellens ståsted. Dette antas å være pålitelig og det gir god reliabilitet til oppgaven, da man kan se problemstillingen i flere perspektiv. Det kan være en svakhet at underveis i søkeprosessen, ble det kun lest de 100 første titlene. Dette kunne føre til at relevante artikler ble oversett. Kvaliteten på de fem utvalgte artiklene ble kvalitetsjekk ut ifra sjekklister fra Helsebiblioteket (2016). For å besvare problemstillingen ble det også valgt hensiktsmessig metodisk design, nemlig IMRaD-struktur.

7.0 KONKLUSJON

Mental helse er et svært relevant tema til tider, og det må settes mer fokus på dette. Denne studien har prøvd å finne svar på hvilke barrierer flyktninger opplever i møte med psykisk helsehjelp. Ut ifra litteraturstudier og relevant teori er det ingen tvil om at flyktninger møter begrensninger.

Mangelen av informasjon og relevante psykiske helsetjenester står sentralt i funnene. På bakgrunn av dette vil det begrense flyktninger i å oppsøke hjelp dersom det ikke er tilgjengelig. For å opprettholde og fremme flyktnings og for øvrig befolkningens helse, er det svært nødvendig å gi helseinformasjon og sette inn ressurser etter behov. Ved mangel av dette kan vernepleieren være med å tilrettelegge for å forbedre og ivareta informasjonsflyten mellom ulike instanser og flyktninger. Forskningen indikerer et økt behov for profesjonelle og kompetente tolker for å sikre god kommunikasjon. Vernepleieren bør sørge for at kompetente tolk benyttes i møte med flyktninger i psykiske helsetjenester og for å overkomme språkbarrierer.

Stigma blant flyktninger og deres etniske samfunn er en gjentakende barriere i litteraturstudiene. Ugyldiggjøring av tanker og følelser er ikke uvanlig blant flyktninger. Det kreves mer åpenhet og bevissthet over mental helse. Ulike kampanjer og holdningsarbeid kan være med å fremme et mer inkluderende samfunn og redusere stigmatisering mot psykiske lidelser. Det vil også fremme et miljø som styrker hver enkeltes mentale helse. For å mestre psykiske lidelser ble nevnt at sosial støtte var viktig, men det var tosidig. Noen kunne snakke om følelser med familie og venner, mens andre ble ignorert og misbrukt. Det er viktig at vernepleieren åpner mulighetene for sosialt nettverk og bygge bro til samfunnet, slik at flyktingene blir integrert og har flere å forholde seg til.

Hvordan relasjonen mellom flyktninger og helsepersonellet har stor innflytelse på om flyktninger oppsøker psykisk helsehjelp. Relasjon og tillit er to kjerneelementer som henger sammen. For å summere opp resultatene handler det om å oppnå tillit og god relasjon, slik at flyktninger skal kunne åpne seg og snakke om personlige problemer. Hvordan man skal tilegne seg hver enkel flyktning må tilpasses, da de kommer fra ulike kulturer. I praksis kan det bety at helsepersonell må legge en innsats og vilje til å lære om forskjeller, og ikke bare arbeide etter egen personlig interesse.

Det konkluderes med at flyktninger opplever mange barrierer i møte med psykisk helsetjenester. Vernepleieren med sin kompetanse har mulighet til å bidra å minske disse barrierene. Forskningsområdet kan enda være nytt og det kan foreligge muligheter for flere barrierer som enda ikke er avdekket. Til slutt kan det være nødvendig å forske på flere løsninger for å overkomme disse barrierene.

8.0 LITTERATURLISTE

Donnelly T. T., Hwang J. J., Este D., Ewashen C., Adair C. & Clinton M. (2011) If I was going to kill myself, I wouldn't be calling you. I am asking for help: challenges influencing immigrant and refugee women's mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(5), 279-290. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.550383>

Fitzpatrick, M. (2008). Stigma. *British Journal of General Practice*, 58(549), 294. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X280092>

FN-sambandet (u.å). *Verdensdagen for psykisk helse (WHO)*. FN. <https://www.fn.no/om-fn/fn-dager-kalender/kalender/verdensdagen-for-psykisk-helse-who>

Helsebiblioteket (2018). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*. Hentet 02.04.22 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste/attachment/271071?ts=176674f2fb0>

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *Sjekkliste*. Hentet 29.03.22 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

Helsedirektoratet (2016). *Traumer og psykiske lidelser*. Hentet 19.05.22 <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/psykososial-oppfolging/traumer-og-psykiske-lidelser>

Helsenorge (2019). *Tolk i helsetjenesten*. Hentet 18.05.22 fra <https://www.helsenorge.no/rettigheter/rett-til-tolk/>

Helsenorge (2022). *Hva er psykisk helse?* Hentet 18.05.22 fra <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>

Kim, W., Yalim, A. C. & Kim, I. (2020). "Mental Health Is for Crazy People": Perceptions and Barriers to Mental Health Service Use among Refugees from Burma. *Community Mental Health Journal*, 57, 965–972. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00700-w>

Kiselev, N., Pfaltz, M., Haas, F., Schick, M., Kappen, M., Sijbrandij, M., De Graff, A. M., Bird, M., Hansen, P., Ventevogel, P., Fuhr, D. C., Schnyder, U. & Morina, N. (2020). Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717825>

Kour, P., Lien, L., Kumar, B., Nordaunet, O. M., Biong, S. & Pettersen, H. (2021). Health Professionals' Experiences with Treatment Engagement Among Immigrants with Co-occurring Substance Use- and Mental Health Disorders in Norway. *Substance abuse: research and treatment*, 15, 1-11. <https://doi.org/10.1177/11782218211028667>

Lyngstad, G. D. (2000, 10.august). *Stigma og stigmatisering i psykiatrien - et område som krever innsats?*. Tidsskriftet Den norske legeforening. <https://tidsskriftet.no/2000/08/kronikk/stigma-og-stigmatisering-i-psykiatrien-et-omrade-som-krever-innsats>

Noknorge (u.å.). *Kultursensitivitet*. <https://noknorge.no/kultursensitiv-metode-2/kultursensitivitet/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>

Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-5>

Psykisk helse (2017). *Psykisk helse hos flyktninger og asylsøkere*. Hentet 21.05.22 <https://psykiskhelse.no/nyheter/psykisk-helse-hos-flyktninger-og-asyls%C3%B8kere>

Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte - kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3.utg.). Fagbokforlaget.

Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Education Today*, 30(8), 821–826. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.006>

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf

Varvin, S. (2018). *Flyktningers psykiske helse*. (1.utg.). Universitetsforlaget AS

