

Kamal Alamoudi

Psykiske lidelser blant flyktninger og asylsøkere, risikofaktorer og intervensjoner.

Bacheloroppgave i vernepleie

Veileder: Erik Søndena

Mai 2022

Kamal Alamoudi

Psykiske lidelser blant flyktninger og asylsøkere, risikofaktorer og intervensjoner.

Bacheloroppgave i vernepleie
Veileder: Erik Søndena
Mai 2022

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

Sammendrag

Bakgrunn: Alle endringene bærer i seg sine betegnelser, utfordringer, fordeler og ulemper. En av de mest viktige endringer som skjer i verden generelt, og i spesielt i det europeiske samfunnet er nemlig økning av antall flyktninger og innvandrere. Mesteparten av de som kommer til Norge og søker opphold er flyktninger fra krigsområder som Syria, Eritrea og Afghanistan. Andre grupper kan være asylsøkere som kommer egentlig fra et trygt land, men på grunn av en spesiell situasjon måtte de flykte og søke asyl i andre land. Ofte opplever flyktninger og asylsøkere katastrofale og grove hendelser som skjer før, under, og/eller etter flukt. Noe som kan føre til blant annet psykiske lidelser som enten dukker umiddelbart opp etter hendelsen, eller dukker opp senere i livet som PTSD.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å identifisere og sette søkelys på risikofaktorer som kan gjøre at flyktninger er mer sårbare for psykiske lidelser enn øvrige befolkninger i vertsland. Forståelse av risikofaktorene kan danne utgangspunkt for forebyggende tiltak og intervensjoner som kan redusere det høye forekomsten av psykiske lidelser blant flyktninger og asylsøkere.

Metode: Oppgaven anvender litteraturstudie som metode og baserer seg på fem fagfelleverderte vitenskapelige forskningsartikler. Relevante litteratur og teori skal brukes i analyse og drøfting av resultatene fra forskning.

Resultat: Funnene fra forskningsartikler viser markant høy forekomst av psykiske lidelser hos flyktninger og asylsøkere særlig traumer, depresjon, stress og PTSD. Studien har også identifisert en rekke risikofaktorer og barrierer som gjør at flyktninger og asylsøkere mer sårbar og utsatt for å ha eller utvikle psykiske lidelser. Til slutt har oppgaven identifisert en rekke intervensjoner og forebyggende tiltak som kan bidra til en bedre psykisk helse hos flyktninger og asylsøkere.

Konklusjon: Det er behov for mer tilrettelegging av psykisk -helse program for flyktninger, særlig når det gjelder umiddelbar screening av psykiske lidelse ved ankomst til vertsland, øke kompetanse og ferdigheter blant tjenesteytere som jobber med flyktninger, sist, men ikke minst jobbe med å eliminere og bekjempe risikofaktorer som øker sårbarheten for å utvikle og/eller forverre psykisk lidelse hos flyktninger. Til slutt er det behov for mer spesifikk forskning på dette tema.

Nøkkel ord: Flyktninger, psykisk helse, psykisk lidelse, risikofaktorer og intervensjoner.

Abstract:**Background:**

All changes carry their own designations, challenges, pros and cons. The increasing number of refugees and immigrants can be seen as one of the most important changes that occur in the world, particularly in European society. Most of those who come to Norway and apply for residence are refugees coming from warzones like Syria, Eritrea and Afghanistan. Other refugees actually can come from safe countries, where they were forced to flee and seek refuge in other countries due to special conditions. It is quite common for refugees to undergo catastrophic and grave experiences that can occur before, during, and/or after being internally or externally displaced. Such experiences can lead, among other things, to psychological disorders that can either surface immediately after the traumatic experience or it can appear later as a PTSD.

Purpose:

The purpose of this study is to identify and shed light on risk factors that can make refugees more vulnerable to psychological disorders than the rest of the population in the hosting community. Understanding the risk factors can be the starting point for preventive measures and preventions that can reduce the high rate of psychological disorders among refugees and asylum seekers.

Method:

The thesis uses literature study as a method. This literature study is based on five scientific research articles, which in their turn were reviewed by peers from the same field of study. Relevant literatures and theories are to be used in the analysis and discussion of the results from the research.

Conclusion:

There is a high demand to facilitate more mental health programs that targets refugees, especially when it comes to immediate screening for mental illnesses on arrival to host countries. Cultivate the skills and competencies among first service providers who work with refugees. Furthermore, combat if not eliminate risk factors that increase vulnerability to develop and/or exacerbate mental illness in refugees. Last but not least, highlight the dire need for further research on this topic.

Keywords:

Refugees, mental health, psychological disorders, risk factors and interventions.

Menneskene er uendelig meget vigtigere end systemet og paragrafferne

(Hal Koch,1991, sitert i Lingås 2014, s. 85)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Presentasjon av problemstilling	1
1.2 Begrunnelse for valg av tema	1
1.3 Avgrensning av problemstillingen	2
1.4 Hensikt	2
1.5 Vernepleie relevans	3
1.6 Begrepsavklaring	3
1.7 Oppgavens disposisjon	3
2. Teori	5
2.1 Psykisk helse	5
2.2 Psykisk lidelse	5
2.3 Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)	5
2.4 Traumatiske kriser	5
2.5 Innvandrere, flyktninger og asylsøkere	5
3.0 Metode	7
3.1 Valg av metode	7
3.2 Søkeprosess	7
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
3.4 Søkehistorikk	9
3.5 Litteratormatrise	10
3.6 Analyse	19
4.0 Resultat	21
4.1 Høy forekomst av psykisk lidelse blant flyktninger	21
4.2 Risikofaktorer og barrierer	21
4.3 Intervensjoner og forebyggende tiltak	22
5.0 Diskusjon	23
5.1 Høy forekomst av psykisk lidelse blant flyktninger	23
5.2 Risikofaktorer og barrierer	23
5.3 Intervensjoner og forebyggende tiltak	26
6. Svakheter og styrker ved oppgaven	29
7. Konklusjon	30
8. Referanseliste	31

1.0 Innledning

Av mange forskjellige grunner som jobb, utdanning, turisme, prøving av nye steder, osv, flytter menneske seg hele tiden. Men i noen tilfeller kan noen mennesker bli tvunget eller nødt til å forlate stedet de født og oppvokst i. Folk kan for eksempel bli tvunget til å flykte på grunn av krig, etniske, religiøse og/eller politiske årsaker. Det var 79,5 millioner menneske i verden som ble tvunget til å forlate sitt hjemland ved utgangen av 2019. Kun i fjor (2021) var det rundt 11 millioner menneske som flyktet enten på grunn av krig, forfølgelse eller vold (UNHCR, 2021). Mennesker som blir tvunget til å flykte møter økonomiske, sosiale, mentale og psykiske utfordringer. Ikke alle klarer de utfordringene på samme måte, noen kan få hjelp av de nærmeste eller av offentlige og veldedige organisasjoner. Men noen andre klarer ikke å få hjelpen de trenger på riktig tidspunkt. I denne oppgave skal jeg sette lys på psykiske lidelser flyktninger og asylsøkere kan få eller utvikle på grunn av det de har opplevd. Jeg skal ta utgangspunkt i studier som snakker om forekomsten av psykiske lidelser, risikofaktorer som øker sårbarheten hos flyktninger, og studier som snakker om intervensjoner og forebyggende tiltak som kan forbedre psykisk helse hos denne gruppe.

1.1 Presentasjon av problemstilling:

Innen tema flyktnings psykiske helse, valgte jeg å presisere min problemstilling til Følgende: Hva er forekomsten av psykiske lidelser blant flyktninger og asylsøkere? Hvilke risikofaktorer og barrierer som øker sårbarheten for psykiske lidelser hos flyktninger og asylsøkere. Hvilke intervensjoner og forebyggende tiltak som kan bidra til å forbedre psykiske helse hos flyktning og asylsøkere.

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Generelt: Denne bacheloroppgave er på norsk, og i hovedsak har hensikt å forbedre psykisk helse hos en stor gruppe i det norske samfunnet. Flyktninger eller mennesker med flyktnings bakgrunn utgjør 4,5 av Norges befolkning (SSB, 2021). En god psykisk helse er forutsetning for en god helse generelt. God psykisk helse øker produktivitet, livskvalitet, trivsel og inkludering i samfunnet (Snoek & Engedal, 2017). Derfor er det viktig å sette søkelys på eventuelle hindringer, utfordringer og vansker som kan øke sårbarheten for psykiske lidelser hos denne folkegruppe i samfunnet. Samtidig å trekke frem alle forhold og faktorer som kan fremme og forbedre helse og livskvalitet hos individer. En god forståelse av fenomenet psykisk helse hos flyktninger er viktig for å kunne identifisere eventuelle helsefremmende tiltak, og for å oppdage eventuelle symptomer på psykiske lidelse så tidlig som mulig. En annen grunn for valg av dette tema er krigen i Ukraina. Mange ukrainske flyktninger har forlot landet sitt og opplever mye usikkerhet og utrygghet. Denne oppgave kan være med å belyse vansker og

utfordringer flyktninger møter under krigen. Det er viktig at personer som har en psykisk lidelse blir diagnostisert på det. Å få en riktig diagnose er første steget for å få riktig behandling. Uten diagnose vil man miste sin rett på tilrettelegging og mange andre tjenester samfunnet tilbyr for de som har spesielle tilstander (Snoek & Engedal, 2017, s.75)

Personlige grunner: Familien min er opprinnelig fra Jafa by i Palestina. Palestina ble okkupert av Israel i 1948, på dette tidspunkt flyktet besteforeldrene mine fra Jafa til Gaza-stripe (en intern flukt). I Gaza fikk familien min flyktnings-status fra FN (De forente nasjoner). Hele livet jeg og hele familien min ble kalt og håndtert som flyktninger i Gaza. I midten av 2014 flyktet jeg fra Gaza til Norge på grunn av krigen. I midten av 2017 etter over to år ventetid på asylmottak fikk jeg en oppholdstillatelse fra UDI, og fikk flyktning-status for andre gangen. Både før, under og etter flukt opplevde jeg nedgang som i hovedsak negativt påvirket min helse generelt og min psykisk helse spesielt. En annen personlig grunn til at jeg valgte denne problemstillingen er at jeg har jobbet mye med flyktninger og asylsøkere i Hellas og Norge. Jeg jobbet som tolk, koordinator og i forskjellige frivillige organisasjoner som samarbeider med flyktninger. Alle de grunnene inspirerte meg til å velge denne tema.

1.3 Avgrensning av problemstillingen

Denne oppgaven håndterer temaet flyktninger og asylsøkeres psykiske lidelser. Andre innvandrere grupper som for eksempel utvekslingsstudenter, arbeidskraft fra utlandet, personer fra EU, og generelt personer som forlot hjemlandet sitt på en frivillig måte skal ikke håndteres i denne oppgave. Psykiske lidelser som ikke har noe med flukt, krig og traumatiske hendelser å gjøre som for eksempel schizofreni og enkelte psykoser skal ikke bli diskutert i oppgaven. Psykiske utfordringer som ikke stor nok til å få (lidelse status), altså enkelte psykiske plager skal ikke håndteres i oppgaven. Oppgaven påpekte pre-migrasjon, under-migrasjon og post-migrasjons risikofaktorer. Denne oppgave setter søkelys på post-migrasjon risikofaktorer og barrierer, altså risikofaktorer og barrierer flyktninger og asylsøkere opplever etter ankomst til vertsland, med et unntak når det gjelder stigma for psykiske lidelser. Samme gjelder også intervensjoner og forebyggende tiltak, altså bare intervensjoner og forebyggende tiltak som kan finne sted i vertsland. I hovedsak fokuserer denne oppgave på (PTSD), traumer og depresjon

1.4 Hensikt

Hensikten med dette studie er vekke oppmerksomheten mot vansker og utfordringer flyktninger og asylsøkere møter i hverdagen, og minne på at flyktninger ikke bare et tall vi hører på nyheter. Hver flyktning har sin historie som er verdt å bli hørt og bli

respektert. Dette skal jeg få til gjennom å sette lyse på spesielle forhold som gjør at det er mer vanskelig, utfordrende og komplisert for flyktninger når det gjelder psykisk helse og psykiske lidelser. Samtidig å identifisere forhold som bidrar til fremme og forbedre psykisk helse hos flyktninger.

1.5 Vernepleie relevans

Vernepleiere har en helsefaglig, sosialfaglig og pedagogisk kompetanse. Vernepleiere har også kompetanse innen miljøarbeid, habilitering og rehabilitering (Nordlund et al., 2017, s. 15). Det gjør at vernepleier kan levere en full-pakke tilbud til denne gruppe. Dette er viktig fordi flyktninger trenger tjenesteytere som ser deres helhetlige bilde. Vernepleier kan jobber i mange forskjellige steder som sykehus, boliger, innen psykisk helsearbeid, barnehager, barnevern, fengsel, habilitering og rehabilitering, NAV, skole og rusomsorg (NTNU, 2022). I følge (SSB) utgjør menneske med innvandrere bakgrunn 14,7 av Norges befolkning. Dette gjør at uansett hvor jobber vernepleier og hvilke pasientgruppe jobber med, vil han/hun møte og jobbe med menneske som har innvandrere bakgrunn.

1.6 Begrepsavklaring

I oppgaven brukes begrepet innvandrere for å referer til alle typer utlendinger, altså i generell sammenheng. For å spesifisere brukes det begrepene flyktning og asylsøker. Begrepet asylsøker brukes for å referer til personer som søkte asyl, men ikke fikk ennå innvilget søknaden. Begrepet flyktning brukes for å referer til personer som har søkt asyl og fikk innvilget sin søknad. I noen steder bruker jeg ordet "flyktninger" i stedet for "flyktninger og asylsøker" for å slippe å gjenta begrepene hver gang. Jeg bruker begrepene psykiske lidelser, psykiske utfordringer og psykiske sykdommer om hverandre. Begrepet psykiske plager som referer til tilstander som er psykiske belastende, men ikke tilfredsstillende diagnosekriterier skal ikke brukes i denne oppgave. Begrepet vertsland brukes for å referer til landet asylsøkere og flyktninger ankommer og søker asyl eller beskyttelse. Når det gjelder personen som yter helsehjelp så brukes det ordet tjenesteyter i generell sammenheng, men i noen andre sammenhenger bruker jeg begrepet vernepleier for å referere til noe som er spesielt for vernepleier-profesjon.

1.7 Oppgavens disposisjon

I denne oppgaven skal jeg bruke IMRaD struktur. Når forskeren bruker IMRaD-struktur kan lett bevege seg i oppgaven og finne avsnittet eller informasjon han/hun trenger (Thidemann, 2019, s. 68). Første delen skal være en introduksjon som inneholder innledning, bakgrunn for denne oppgave, presentasjon og begrunnelse for valg av dette

tema/problemstillingen, hensikt med denne oppgave og vernepleie relevans. Andre delen skal være teori. I denne delen skal jeg presentere teori og litteratur som er relevant for denne oppgave. Tredje delen er Metode. I denne delen skal jeg beskrive hvordan har jeg gått frem for å svare på problemstillingen og ta med blant annet søkeprosess, søkehistorikk og litteraturmatrise. Fjerde delen er resultater. I denne delen vil jeg presentere resultater fra forskningsartikler jeg har brukt uten noe tolkning eller refleksjon fra min side. Femte delen skal være diskusjon. I denne delen vil jeg forklare hvordan resultatene svarer på min problemstilling i lys av teori og litteratur. Sjette delen er svakheter og styrker i oppgaven. I denne delen vil jeg ta med noen styrker og svakheter på oppgaven min. Syvende delen er konklusjon. I denne delen vil jeg gi en oppsummering på drøfting på funnene, og gi et kort svar på problemstilling. Åttende og siste delen skal være litteraturliste. Tabeller som ble brukt i oppgaven skal være integrert i oppgaven.

2. Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere relevante teori og litteratur som er relevant og som er forutsetning for å forstå fenomenet psykiske lidelser hos flyktninger og asylsøkere.

2.1 Psykisk helse: WHO Definerer psykisk helse som: *En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet* (NAKO.NO, Kunnskapbanken).

2.2 Psykisk lidelse: Psykisk lidelse er en fellesbetegnelse på sjelelige lidelser som kan ses på som sykkelige eller behandlingstrengende (Snoek & Engedal, 2017, s.19). *Psykiske lidelser er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser. Psykisk lidelse medfører ofte nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og kan skape ubehag som reduserer livskvalitet. Psykisk lidelser medfører ofte endring i atferd, men ikke bestandig* (Store norske leksikon, 2020).

2.3 Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD): En etterreaksjon som utløses av en traumatisk hendelse personen har opplevd selv, eller har vært vitne til. Et kjennetegn på PTSD er at personen gjennomlever hendelsen og har en opplevelse av det såkalte Flashback av det som har skjedd. Personer som blir rammet av PTSD kan ha tendens til å unngå steder eller personer som er knyttet til hendelsen som utløste traumet. Symptomene på PTSD kan finne sted rett etter en traumatisk hendelse, men hos noen kan symptomene dukker opp etter noen måneder eller år (Helsebiblioteket.no,2020).

2.4 Traumatiske kriser: Plutselige og uventede ytre hendelser, som kan utløses av alvorlige krenkelser, katastrofer, tap eller skrekkopplevelser (Snoek & Engedal, 2017, s.120).

2.5 Innvandrere, flyktning, asyl og asylsøker:

-Innvandrere: *En innvandrere er en person som har opphold og bor i Norge, men er født i utlandet av utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre* (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2022).

-Asyl: asyl er en status som blir gitt til personer som frykter forfølgelse på grunn av religion, politisk oppfatning, tilhørighet, rase eller etnisitet. Personer som får asylstatus får beskyttelse fra staten mot å bli sendt tilbake til hjemlandet (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2022).

-Asylsøker: Asylsøkere er personer som søker beskyttelse (asylstatus). Personer får asylsøker-status frem til å få svar på asylsøknaden (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2022).

-Flyktning: Flyktninger er personer som får innvilget sin asylsøknad, eller personer som har fått oppholdstillatelse etter FNS flyktningkonvensjon (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2022).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

I denne delen av oppgaven vil jeg vise hvilken metode har jeg brukt for å svare på problemstillingen. Det er bestemt på forhånd av NTNU at denne bacheloroppgaven skal være en litteraturstudie. Bruk av metode handler om den systematiske fremgangsmåten man bruker for å samle inn kunnskap og informasjon for å kunne belyse en problemstilling. Metoden er et verktøy, studenten kan velge en litteraturstudie, eller en empirisk undersøkelse som metode (Thidemann, 2019, s. 74). Litteraturstudie går på å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Hensikten med bruk av litteraturstudie som fremgangsmåte er å oppdatere leserens forståelse av kunnskapen på forskingsområdet problemstilling utforske (Thidemann, 2019, s. 78).

3.2 Søkeprosess

Søkeprosess er en iterativ prosess som betyr at man kan bevege seg frem og tilbake mellom trinnene. Et Systematisk litteratursøk innebærer at man kan planlegge, begrunne, dokumentere og etterprøve søket (Thidemann, 2019). I starten vil jeg bruke Google Scholar og Oria for å gjøre et innledende søk. Formålet med bruk av Google Scholar og Oria ikke er å finne artikler, men for å finne hvilke søkeord man kan bruke når man skal finne forskningsartikler i andre godkjente databaser. Jeg tok utgangspunkt i problemstillingen forekomsten av psykiske lidelser blant flyktning og asylsøkeres, risikofaktorer for å ha psykiske lidelser hos flyktning, hvilke intervensjoner og forebyggende tiltak for å forbedre psykiske helse hos flyktninger. Jeg startet med å søke på norsk, men jeg fant ganske lite forskning som er publisert på norsk. Derfor valgte jeg å søke videre på engelsk. Et hjelpemiddel man kan bruke for å kunne operasjonalisere problemstillingen slik at den blir presis og søkbar er rammeverket PIO (Thidemann, 2019, s. 82).

Tabell1. PIO-skjema

Patient/problem	Intervention	Outcome
-Flyktninger -Asylsøkere -Innvandrere	- Risikofaktorer -Forebyggende tiltak	Bedre psykisk helse hos flyktninger
-Refugees -Asylum seekers -Immigrants	-Risk factors -Preventive measures	Better mental health in refugees

Tabell 2. Inklusjons-og eksklusjonskriterier

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Fagfelleverderte - Kun artikler på engelsk og norsk - Artikler som er publisert i godkjente tidsskrift. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke fagfelleverderte - Review-og metaanalyse artikler - Artikler som eldre enn 10 år - Artikler på andre språk enn engelsk og norsk

3.4 Søkehistorikk

Etter et innledende søk går jeg til neste trinn, nemlig å velge databaser jeg skal bruke. I universitetsbiblioteket.no står det en oversikt på alle databaser og hvilke fagområder dekker hver database. Etter gjennomgang av alle databaser og etter anbefaling fra veilederen bestemte jeg meg at jeg skal bruke bare tre databaser, nemlig Web of Science, PubMed og PsycINFO. Tredje fase er å velge hvilke søkeord skal jeg bruke i søkeprosess. Etter et ledende søk på Google Scholar fant jeg at følgende ord ble brukt ofte i dette felte: Refugees, asylum seekers, mental health, mental wellbeing, risk factors, prevalence, mental distress, barriers og psychiatric diagnoses. Deretter er jeg klar til å gå til fjerde fase og gjennomføre søket. Fase fem handler om å evaluere søket om den er relevant for å besvare på problemstillingen eller ikke.

Første søket brukte jeg Web of Science og brukte søkeord (Asylum seekers mental health). På dette søket fikk jeg mange treff (615), jeg leste bare titlene på over 100 artikler, etter lesing av titlene valgte jeg å lese abstrakt 6 artikler. Til slutt to artikler ble lest helt og vurderte de som ikke relevante for problemstillingen. Søket nummer 2 ga 371 artikler, så valgte jeg første å gå fort gjennom tittelen til over 100 artikler. Etter gjennomgang av titlene valgte jeg å lese abstrakt 5 artikler. Etter abstrakt lesing av 5 artikler valgte jeg å lese 3 artikler fult, og bestemte meg for å velge artikkel nummer 4 i litteraturmatrise fordi den snakker om stigma som hoved barriere for å ikke snakke om psykiske lidelser. Tredje søket ga 5 treff, så valgte jeg å lese abstrakt 4 artikler og til slutte leste helt 3 artikler. På dette søket valgte jeg artikkel nummer 3 i litteraturmatrise fordi den snakker om risikofaktorer hos flyktninger for å utvikle psykiske lidelser. Fjerde søket ga 50 treff, jeg leste fort titlene på alle artiklene og valgte å lese abstrakt 7 artikler. Etter abstrakt lesing valgte jeg å lese helt 3 artikler og valgte artikkel nummer 2 i litteraturmatrise fordi den snakker om viktig element ved flyktnings psykiske helse, nemlig opphold på asylmottak. Femte søket ga 201 treff. Jeg leste titlene på over 50 artikkel og valgte å lese abstrakt 6 artikler. Etter abstrakt lesing valgte jeg å lese helt 3 artikler og valgte jeg artikkel nummer 5 i litteraturmatrise fordi den behandler tema psykologiske programmer som kan bidra til å fremme psykisk helse hos flyktninger. Sjette søket ga 37 treff, jeg leste titlene på alle artikler og valgte å lese abstrakt 7 artikler. 2 artikler ble lest helt, men ingen av de ble valgt for oppgaven. Syvende og siste søket ga 45 treff, jeg gikk gjennom alle titlene og valgte å lese abstrakt 8 artikler. Etter abstrakt lesing valgte jeg å lese helt 4 artikler og valgte artikkel nummer 1 i litteraturmatrise fordi den gi et oversiktlig bilde over forekomsten av psykisk lidelser blant flyktninger. Sjette og siste fase er å dokumentere søkestrategien. Dokumentasjon er viktig for å gjøre det etterprøvbart for sensor og for leseren (Thidemann, 2019, s. 89). På hvert søk brukte jeg noen avgrensninger for å redusere antall treff.

Tabell 3. Søkehistorikk

Databa se	Søkedat o	Søk e nr	Søkeord	Anta ll treff	Leste abstra kt	Leste artikl er	Artikler inklude rt	Artikke ls nr
Web of science	22.03.2022	1	Asylum seekers mental health	615	6	2	0	—
Web of science	13.04.2022	2	refugees mental health barriers	371	5	3	1	4
PsycINFO	09.04.2022	3	Prevalen ce AND mental distress AND refugees	5	4	3	1	3
PubMed	06.04.2022	4	Quality of life among asylum	50	7	3	1	2
Web of science	14.04.2022	5	Improv in g mental health for refugees	201	6	3	1	5
PsycINFO	25.04.2022	6	Refugees AND asylum mental health services	34	7	2	0	—
Web of science	14.04.2022	7	psychiatr ic diagnose s in asylum seekers	45	8	4	1	1

3.5 Litteratormatrise

Tabell 4. Artikkel 1

Artikkel	Richter, K., Peter, L., Lehfeld, H., Zaska, H., Reissinger, S. B., & Niklewski, G. (2018). Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. <i>BMC Psychiatry</i> 18, 206 (2018). https://doi.org/10.1186/s12888-018-1783-y
Hensikt	Studien har hensikt å utforske hvor høy er forekomsten av psykiske lidelser blant flyktninger. Studien har også hensikt å identifisere noen intervensjoner som kan bidra til bedre psykisk helse hos flyktninger.
Utvalg	283 asylsøkere (125 kvinner, 158 menn), Deltakerne besto av to grupper: En hjelpesøkende og besto av 158 personer. Andre gruppen var en tilfeldig gruppe og besto av 125 personer. 34 av alle asylsøkere var med i en omfattende psykiatrisk oppfølgingsundersøkelse om lag sek måneder (frå 4 til 10 måneder) etter første undersøkelse.
Metode	En kvantitativ Kohort studie Psykometrisk verktøy og psykiatrisk intervju av psykolog og lege ved hjelp av en tolk ble brukt i studien for å stille diagnose. Det ble bruk Mini-International Neuropsychiatric Interview. Psykiatriske symptomer ble vurdert ved bruk av Brief Symptom Inventory (BSI)
Relevans	Studien er gjennomført i Tyskland, som hadde høyeste antall asylsøkere i Europa. Studien er relevant siden den gir et oversiktlig bilde av asylsøkeres psykiske helse. Samt kommer med noe anbefaling for å forbedre asylsøkeres psykiske helse. Studien er relevant siden denne undersøker psykisk lidelser som PTSD, som dukker opp senere etter ankomst til vertsland, og uten at det skjer noe traumatiske hendelser.
Resultat	Studien fant at det er høyere forekomst av psykiske lidelse hos flyktninger enn det i det europeiske samfunnet, særlig når det gjelder PTSD og traumer. Studien fant at flyktninger og asylsøkere er mer sårbare for psykiatrisk sykdom. Studien har også funnet at flyktninger kan utvikle PTSD uten at de får nye traumatiske hendelser. Studien kom med noen anbefalinger som å forkorte ventetid både for behandling av asylsøknader og opphold på asylmottaket. Det er viktig med tverrprofesjonell og flerspråklig team tjenesteytere som jobber med flyktninger. Umiddelbar screening av flyktninger, og seks måneder etter ankomst.
Kvalitet	<u>Studiets sterke:</u> 1. Studien er fagfellevurdert 2. Profesjonelle tospråkelige spesialister var med på å lage spørreskjema og intervjue flyktninger. 3. Så lenge det lar seg gjøre ble tatt hensyn til spesialisters kjønn. 4. International Classification of Diseases (ICD 10) ble brukt i studien for å stille diagnoser. Ikke minst godkjente og internasjonale verktøy og

	<p>sjekklister ble brukt for å gjennomføre studien som blant annet: Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) for å vurdere søvnforstyrrelser, Essen Trauma Inventory (ETI) for å måle PTSD-symptomer, Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ble brukt for å måle selvmordstanker. For å analysere datane ble SPSS brukt i dtudien. Studien har ekskludert data som var manglende.</p> <p><u>Svakheter på studie</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utvalget er helt tilfeldig og representerer et øyeblikksbilde av situasjonen på et gitt tidspunkt og mangler langsiktighet. 2. Alle intervjuene fant sted på kun et sted, noe som kan bety at stedet har noe påvirkning på studiets resultat og konklusjon. 3. Av de 283 som deltok i første undersøkelse, deltok bare 34 personer i den andre undersøkelse og kanskje ikke gitt helt representative resultater.
Etikk	<p>Alle deltakere ga en skriftlig samtykke til å delta på denne studie. Studien er godkjent av den etiske komiteen til den bayerske statens medisinske forening. Det ble tatt hensyn til deltakernes preferanser når det gjelder undersøkerens kjønn.</p>

Tabell 5. Artikkel 2

Artikkel	Leiler, A., Bjärtå, A., Ekdahl, J., & Wasteson, E. (2019). Mental health and quality of life among asylum seekers and refugees living in refugee housing facilities in Sweden. <i>Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol</i> 54 , 543–551 (2019) https://doi.org/10.1007/s00127-018-1651-6
Hensikt	Studien har et mål å undersøke psykiske helse og livskvalitet for personer som bor i lange perioder i asylmottak eller flyktningeboliger. Og hvordan kan flyktninger og asylsøkere ser livet på asylmottak, eller boliger som hører til asylmottak.
Utvalg	510 voksne personer (over 18): 367 er asylsøkere og 143 hadde fått oppholdsstillatelse men venter fortsatt på en meir stabil og permanent bolig.
Metode	<ul style="list-style-type: none"> - Kvantitativ tverrsnitt studie - Data for denne studien ble hentet ved hjelp av spørreskjema. Spørreskjemaer for å måle symptomer på angst, depresjon og PTSD (posttraumatisk stresslidelse). -Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ble brukt for å måle depressive symptomer. -General Anxiety Disorder 7 (GAD-7) ble brukt for å måle symptomer på angst. -Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD) ble brukt for måle risiko for PTSD. -Verdens helseorganisasjon Quality of Life-kortversjon (WHOQOL) ble brukt for å måle livskvalitet
Relevans	Studien er veldig relevant for problemstillingen siden den snakker om en fase alle asylsøkere går gjennom bortsett fra hvilket vertsland, tidspunkt eller hvor asylsøkere er fra. Å bo på et asylmottak er første fase flyktninger går gjennom når de kommer til vertsland. I denne fase får flyktninger det såkalte (sjokket) når de møter et nytt språk, nytt samfunn, ny kultur og ny tradisjon. I tillegg er studien veldig relevant siden den setter søkelys på flyktninger som ikke har fått endelig svar på deres asylsøknad. Denne gruppe asylsøkere opplever nye utfordringer de ikke har opplevd før som usikkerhet rundt om de skal få bli i vertsland og få et positivt svar, eller skal de få avslag og bli returnert til hjemlandet. Derfor er det viktig å sette lys på forhold akkurat i denne fase.
Resultat	Flyktninger som bor i asylmottaker og boliger som hører til utlendingsdirektoratet viser høye nivåer av psykiske lidelser som depresjon, angst og risiko for å ha PTSD. Når det gjelder livskvalitet så ser mange av flyktninger at livskvalitet er lav. De som ikke har fått positivt svar (oppholdstillatelse) har høyere forekomst av psykiske lidelse enn de som har fått oppholdstillatelse. Flyktninger som har fått et positivt svar fra staten, men venter fortsatt på et permanent bosted på grunn av mangel på permanente boliger, opplever de å ha mye stress og depresjon som kan påvirke deres psykiske helse tilstand.

	Studien viser også til viktigheten av samfunnstiltak for å forkorte ventetiden både for å få behandlet asylsøknaden og familiegjenforeningssøknader.
Kvalitet	<p>Fagfellevurdert studie</p> <p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Utvalget som ble brukt i studien er ganske stor og omfattende. -Studien har brukt godkjente internasjonale spørreskjemaer for å måle symptomer på psykiske lidelser. -Finansieringskilde var ikke involvert i forskningen
Etikk	<ul style="list-style-type: none"> - Alle forskere på denne studie erklærer at det ikke foreligger noe interessekonflikt. - Alle deltakerne ble informert både muntlig og fikk en skriftlig prosjyrer på innholdet i studien. <p><u>Min egen kritikk til studien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mennesker som bor i asylmottak føler seg ofte under press, kontroll og overvåking. Derfor kan det være mulig at flyktninger som deltok i studien følte på en skjult tvang til å delta på denne studie.

Tabell 6. Artikkel 3

Artikkel	Borho, A., Viazminsky, A., Morawa, E., Schmitt, G. M., Georgiadou, E., & Erim y. The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: a register-based follow-up study. <i>BMC Psychiatry</i> 20 , 362 (2020). https://doi.org/10.1186/s12888-020-02746-2
Hensikt	Målet med denne studie er å undersøke endringene i forekomsten av psykiske lidelser blant syriske flyktninger med oppholdstillatelse i Tyskland, studien tar betraktning til oppholdstid i Tyskland.
Utvalg	På første studie i 2017 deltok 200 syriske flyktninger med oppholdstillatelse og som bosatt i Erlangen. 1,5 år senere, i 2019 deltok 108 av de tidligere 200 syriske flyktningene og utgjorde det totale utvalget for denne oppfølgingsstudie. Studiets inklusjonskriteria er : alder over 18, ankomst til Tyskland etter 2014, registrering ved jobbsenteret Erlangen, avtale om å delta i studiet og gode kunnskap i arabisk språk.
Metode	Kvantitativ prospective registerbasert kohort studie. Studien er en del av en registerbasert oppfølgingsstudie som ble gjennomført i Erlangen i Tyskland. Første studie var i 2017, og andre i 2019.
Relevans	Studien er sterk relevant for min problemstilling siden den snakker først og fremst om syriske flyktninger i Tyskland. Syrisk borgerkrig er en av de verste krisene i siste hundre år, der opplevde befolkninger alle mulige grove hendelser som bombing av sivile, tortur, vold, trussel, psykisk press, osv. Studien snakker også om flyktninger i Tyskland som er en av største landene i verden som mottok flyktninger. Studien er veldig spesielt siden den ikke bare undersøke flyktninger på et tidspunkt, men undersøke hvordan det blir med flyktninger over tid. Til forskjell fra andre studier som screener flyktninger for psykiske lidelser kun på et tidspunkt, har denne studie oppfulgte flyktninger over tid (1,5 år etter første screening).
Resultat	Det er klart høyere forekomst av psykiske lidelse blant flyktninger enn øvrige befolkninger. Studien indikerer også til at til tross for forbedrede levekår, og positive forandringer flyktninger opplever etter ankomst til vertsland, forblir det psykologiske belastningen på flyktninger konsekvent høy over tid. Kvinner er den mest sårbare gruppen blant syrisk flyktninger. Studien fant at det er viktig med terapeutiske intervensjoner for syriske flyktninger.
Kvalitet	Styrker: Dette er første registerbaserte oppfølgingsstudien av psykiske lidelser blant syriske flyktninger som har et opphold i Tyskland. Svakheter: studien oppfyller ikke fullstandardkriteriene for klinisk diagnose siden den er basert på selvvurderingsskaler. Det var ikke mulig å oppdage andre psykiatriske komorbiditeter som rusmisbruk. Studien dekker bare en gangs oppfølging med 1,5 års intervall. Studien har ikke vurdert barrierer for tilgang til psykiske helsetjenester.
Etikk	-Studien ble godkjent av den etiske komiteen ved det medisinske fakultet ved Friedrich- Alexander University Erlangen-Nurnberg (FAU). -Alle deltakerne ga en skriftlig informert samtykke.

Tabell 7. Artikkel 4

Artikkel	Shannon, P. J., Wieling, E., Simmelink-McCleary, J., & Becher, E. (2015) Beyond Stigma: Barriers to Discussing Mental Health in Refugee Populations, <i>Journal of Loss and Trauma</i> , 20:3, 281-296 https://doi.org/10.1080/15325024.2014.934629
Hensikt	Stigma er ofte bak redusert tilgang til psykisk helse tjeneste blant flyktingene . Hensikten med denne studien er å utforske hvorfor er det vanskelig for flyktingene å diskutere psykiske lidelse.
Utvalg	111 voksne (fra 18 til 78 år) Flyktinger fra Burma, Bhutan, Somali og Etiopia. 34 bhutanere (20 menn, 14 kvinner),23 Karen (12 menn, 11 kvinner), 27 Oromo (17 menn, 10 kvinner) og 27 somaliske (14 menn, 13 kvinner).
Metode	Kvalitativ fokusgruppe studie Brukte fokusgruppe som metode. Studien brukte etnokulturelle metoder for å informere studiedesignet. Studien brukte intervju spørsmål for å undersøke kulturspesifikke faktorer som er knyttet til psykisk helse hos flyktinger.
Relevans	Studien er veldig relevant siden den ser på stigma som hoved årsak til redusert tilgang til psykisk helse tjeneste hos flyktinger. Når vi setter lys på dette fenomenet kan vi forstå hvorfor flyktinger ser på psykisk lidelse som stigma. En god forståelse på flyktnings syn mot stigma og psykisk helse kan danne grunnlag for fremtidig behandlingsprogram med tanke på tilrettelegging av psykisk helse tjeneste for flyktinger slik at de ikke føler at det er ikke stigmatiserende å ha psykiske lidelser. Denne studien kan også være nyttig for tjenesteytere som jobber med flyktinger for å ha et innblikk i hvilke perspektiv kan flyktinger når det gjelder behandling av psykisk lidelse.
Resultat	Studien fant at det er flere barrierer som bidra til at flyktinger føler at det er tungt å snakke om psykiske lidelser. Studien har definert syv kategorier som står bak årsaker til at flyktinger synes at det er stigmatiserende å snakke om psykiske lidelse (kultur, skam, mangel på kunnskap, frykt, mangel på tro rundt psykisk behandling, historie med politisk undertrykkelse og unngåelse av symptomer).
Kvalitet	Styrker: Studien er fagfellevurdert. Profesjonelle tolk var brukt i studien. Svakheter: <ul style="list-style-type: none">- Flyktinger fra land som Syria var ikke med på studie.- Studien har basert seg på et ganske lite utvalg.
Etikk	En samtykkeskjema ble brukt i studien. Studien tok hensyn til konservativt kultur hos somaliske og oromo flyktinger da separerte studien mellom menn og kvinner. Når det gjelder ungdommer mellom 18 og 25 år så var det egen grupper for denne aldersgruppen. Hver deltaker fikk et gavekort på 10 dollar og en kopi av samtykket.

Tabell 8. Artikkel 5

Artikkel	Slewa-Younan, S., McKenzie, M., Thomson, R., Smith, M., Mohammad, Y., & Mond J. (2020). Improving the mental wellbeing of Arabic speaking refugees: an evaluation of a mental health promotion program. <i>BMC Psychiatry</i> 20 , 314 (2020). https://doi.org/10.1186/s12888-020-02732-8
Hensikt	Studien har hensikt å vise viktigheten av en tilpasset og skreddersydd psykisk helsefremmende program for flyktninger (arabisk flyktninger) når det gjelder håndtering, forståelse og tilnærming til psykiske lidelse.
Utvalg	33 arabiske voksne (over 18), både menn og kvinner flyktninger som ble født i Irak eller Syria, og som kom til Australia gjennom det humanitær migrasjonsprogrammet. ble gjenbosatt i Sørvest-Sydney.
Metode	En kvantitativ, kohort studie som var basert på ukentlige økter, tre timer i uken, og som fortsett i 4 uker. Selvrapporteringsundersøkelser, pre-intervensjoner, rett etter intervensjon, og tre måneder etter intervensjon ble brukt for å vurdere psykisk helse og forskjellige nivåer av generell psykologisk lidelse.
Relevans	Studien er veldig relevant for problemstillingen siden den viser viktigheten av en riktig og fornuftig forståelse av psykiske lidelser hos flyktninger. En god forståelse er første skritt i behandlingen. Kultur og religion har stor påvirkning i arabiske flyktnings forståelse og tro på psykiske lidelser. Derfor er det viktig å involvere de to elementene i planlegging av fremtidige helsefremmende program rettet mot flyktnings psykiske helse.
Resultat	Flyktninger har ofte et stigmatiserende syn på psykiske lidelse. Derfor er det viktig med kulturelt og tilpasset psykisk helseprogram som er rettet mot flyktnings forståelse og syn på psykiske lidelse Studien har funnet følgende program: <ul style="list-style-type: none"> - Psykoedukativ intervensjon - Spiritualitetsopplæring - Førstehjelpsopplæringsprogram for mental helse. <p>Studien har også funnet at det er viktig med tidlig screening og umiddelbar behandling av psykiske lidelser hos flyktninger.</p>
Kvalitet	<u>Studiet styrker:</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Studien har brukte egen forskingsmateriale og er vurdert som fagfellevurdert studie. 2. Studien har brukte profesjonelle tolker for å formidle innholdet, i tillegg til erfarne tospråklige helselærere. 3. Hele innholdet i studien som deltaker informasjon, samtykkeskjemaer, lysbilder og programmateriall ble gitt på arabisk, noe som kan sikre at arabiske flyktninger forsto hele innholdet i studien.

	<p><u>Svakheter:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Studien er en pilotstudie. Derfor utvalget for studien er ganske lite. 2. De som har finansiert studien var involvert i utforming av studien ved å hjelpe til tolking av data og skriving av manuskriptet. 3. Det var noe finansieringsbegrensninger, noe som gjorde at muligheten for å rekruttere en kontrollgruppe ble utelukket. 4. Det er mistanke om at (AMEP) Adult Migrant English Program har svekket representativitet av studiets utvalg. 5. Det er mistanke om seleksjonsskjevhet hos de som er forpliktet til å forbedre deres mentale helse som godtar å delta i studien.
Etikk	<p>Studien ble godkjent etter Human Research Ethics Committee ved Western Sydney University (godkjenning nr. H12707). I tillegg ga alle deltakere en skriftlig samtykke. Hele innholdet i studien som skjemaer, lysbilder og programmaterieell ble gitt på arabisk, noe som tyder på at deltakerne forstod hele innholdet. Deltakerne ble også informert om at deltakelse i studien kan føre til følelse av nød. Deltakelse i programmet var helt frivillig, og deltakerne ble informert at det er lov å avslutte studien når dem vil. Personer som deltok i studien fikk supermarkedkupong på 80 dollar som refusjon for deres tid og innsats.</p>

3.6 Analyse

Jeg skal benytte Aveyards tematisk analysemodell som er beskrevet i Thidemann, 2019 for å oppsummere resultatene fra artiklene. Jeg leste forskningsartiklene flere ganger som Thidemann, 2019 anbefaler. Jeg beveget meg på en dynamisk måte, frem og tilbake for å kunne rette eventuelle feil, mistolkning og misforståelser av funnene hver gang jeg leste forskningsartiklene. Aveyard anbefaler at forskeren bruker markeringstusj for å identifisere og plassere sentrale temaer fra resultatene. Siden de fem forskningsartikler utforsker på samme problemstillingen vil man finne at flere funn ble presentert på flere forskningsartikler. På tabell 9 har jeg samlet funnene for hver artikkel og brukte tre fargekoder for å kunne sammenfatte de senere. Jeg brukte -grønnfarge for funnene som snakket om forekomst av psykiske lidelser blant flyktninger og asylsøkere. Temaene som snakket om risikofaktorer som øker sårbarhet for å ha psykisk lidelser hos flyktninger og asylsøkere ble farget med rødt. Til slutt har jeg farget temaene som snakket om intervensjoner og forebyggende tiltak med blå farge.

Tabell 9. Sammenligning av foreløpige tema

Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
<p>Det er høyere forekomst av psykiatrisk lidelser blant asylsøkere med en markant høyere prevalens i hjelpesøkende gruppen.</p> <p>Hyppigste diagnose var PTSD.</p> <p>umiddelbar screening av alle asylsøkere ved ankomst og etter seks måneder</p> <p>Det er behov for etablering av polikliniske psykiatriske psykologiske tjenester</p> <p>Ventetid for å behandle asylsøknader må reduseres.</p> <p>Støttende konsultasjon og</p>	<p>Det er høyere forekomst av psykiske lidelser blant asylsøkere og flyktninger enn øvrige befolkning. Flyktning kan fortsette å ha psykiske lidelser som PTSD, til tross for langt opphold i vertsland, og uten å ha noe nye traumatiske hendeler.</p> <p>Langt opphold på asylmottaket har dårlig påvirkning på flyktnings psykiske helse.</p> <p>Flyktninger som ikke har fått oppholdstillatelse har dårligere psykisk helse enn de som har fått opphold.</p> <p>Det er viktig med tiltak som å</p>	<p>Det er høyere forekomst av psykiske lidelser blant flyktninger enn hos andre befolkning.</p> <p>Til tross for forbedrede levekår og positive forandringer flyktninger opplever etter ankomst til vertsland, forblir det psykiske belastningen på flyktninger konsekvent høyt over tid.</p> <p>Kvinner er mest sårbare gruppe blant syrisk flyktninger i Tyskland.</p> <p>Det er viktig med terapeutiske intervensjoner</p>	<p>Barrierer som gjør det vanskelig for flyktninger å diskutere psykiske lidelser: (Kultur, skam, mangel på kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser, frykt, mangel på tro på behandling av psykisk lidelser, historier med politiske undertrykkelse og unngåelse av symptomer.</p> <p>Det er viktig at personer som jobber med flyktninger har forståelse av de barrierene, og legge til rette for å forbedre flyktnings forståelse av psykiske lidelser.</p>	<p>Det er høyere forekomst av psykiske lidelser blant flyktninger enn hos andre befolkning i vertsland</p> <p>Ofte har flyktninger et stigmatiserende syn på psykiske lidelser</p> <p>Det er viktig med kulturelle og tilpasset helseprogram som er rettet mot forståelse av psykisk helse og psykiske lidelser hos flyktninger for å fremme helse generelt.</p>

psykisk helsetjeneste må være lett tilgjengelig, samt mulighet for farmakoterapi, og psykoterapeutiske behandling ved behov. Flerspråklig og tverrprofesjonelt team med erfaring fra kulturpsykiatri er nødvendig når det gjelder behandling av asylsøkere som en heterogen og sårbar befolkning.	forkorte oppholdstiden på asylmottak.	for syriske flyktninger		
--	---------------------------------------	-------------------------	--	--

Etter arbeidet med å samle resultatene/undertemaene fant jeg at jeg kan sammenfatte resultatene under tre hovedtema: Første hovedtema er forekomst av psykiske lidelser blant flyktninger. Andre hovedtema er risikofaktorer og barrierer. Tredje hovedtema er intervensjoner og forebyggende tiltak. Hovedtema kan inneholde undertemaer som ble presentert i flere forskningsartikler. Tabell 10 viser i hvilke artikler ble hovedtemaene presentert.

Tabell 10. Tematabell

Artikkel	Forekomst av psykisk lidelser blant flyktninger	Risikofaktorer og barrierer	Intervensjoner og forebyggende tiltak
1	X		X
2	X	X	X
3	X		X
4		X	X
5	X	X	X

4. Resultater

Etter analysearbeidet har jeg kategorisert alle resultatene under tre hovedtemaer. Hvert hovedtema representerer resultater som ble funnet på en eller flere av forskningsartikler. I denne delen skal jeg presentere resultatene fra forskningsartikler på en nøytral måte, altså jeg skal ikke diskutere eller reflektere resultatene.

4.1 Høy Forekomst av psykisk lidelse blant flyktninger

Studier har funnet at det er høyere forekomst av psykiske lidelse hos flyktninger enn hos andre befolkning i vertsland. PTSD, depresjon, angst og søvnløshet er eksempler på psykiske lidelser som er hyppige blant flyktninger og asylsøkere. (Richter et al.,2018, Leiler et al., 2018, Borho et al.,2020, & Slewa-Younan et al., 2020).

Asylsøkere som fikk et positivt svar fra vertsland på sine asylsøknader, men oppholder seg lenge på asylmottak, eller boliger som hører til asylmottak viste at de har høyere forekomst av psykiske lidelser som depresjon, stress og traumer enn de som har fått oppholdstillatelse og flyttet til egen bolig (Leiler et al., 2018). Studier viste også at flyktninger som har bodd mange år i vertsland kan utvikle psykiske lidelser som PTSD, til tross for bedre livskvalitet, og uten at de opplever traumatiske lidelser etter flytting til vertsland (Borho et al.,2020).

4.2 Risikofaktorer og barrierer

Forskning og studier har identifisert en rekke risikofaktorer og barrierer som gjør at flyktninger er mer sårbare for psykisk lidelser. Studier har kategorisert risikofaktorene under tre kategorier: premigrasjon- undermigrasjon og postmigrasjon risikofaktorer (Richter et al.,2018, Leiler et al., 2018, Borho et al.,2020 & Shannon et al., 2015). Studier har funnet at et langt opphold på asylmottak øker sårbarhet for å ha/utvikle psykiske lidelser (Leiler et al., 2018). Studier fant at flyktninger og asylsøkere opplever traumatiske hendelser som gjør at de kan utvikle psykiske lidelser som PTSD etter langt opphold i vertsland, og uten noe nye traumatiske hendelser (Leiler et al., 2018 & Borho et al., 2020)

Personer med innvandrers-bakgrunn generelt og flyktninger spesielt kan bli utsatt for ekskludering, diskriminering og forskjellsbehandling, noe som øker sårbarheten for å utvikle psykiske lidelser (Borho et al.,2020). Studier fant at fravær av utdanning og mangel på kunnskap om psykisk helse og psykisk lidelse kan øke sårbarhet for å ha psykiske lidelser uten å kunne gjenkjenne det (Shannon et al., 2015). Forskning har identifisert syv kategorier som ofte gjør at det er tungt for flyktninger å snakke om psykiske lidelser eller søke hjelp: 1. Flyktninger som har historier med politisk

undertrykkelse blir vant med å tie og gjemme sine meninger. Derfor kan de møter vansker med å snakke ut om sine følelser til tross for mer frihet etter ankomst til vertsland. 2. Flyktninger blir stille på grunn av langvarig frykt. 3. Det er populært blant personer med flyktningbakgrunn at det hjelper ikke å snakke om psykiske lidelser. 4. Flyktninger har en tendens for å ignorere og unngå symptomer. 5. Mange flyktninger synes at psykisk lidelser er skambelagt tema. 6. Ofte det er mangel på kunnskap om psykisk helse blant flyktninger. 7. I noen kulturer er det rart å snakke om psykiske lidelser eller spørre om hjelp (Shannon et al., 2015). Personer med flyktning eller innvandrer bakgrunn ofte har et stigmatiserende syn på psykiske lidelser (Slewa-Younan et al., 2020).

4.3 Intervensjoner og forebyggende tiltak.

Studier har funnet at langt opphold i asylmottak, og boliger som hører til asylmottak kan øke sårbarheten for psykiske lidelser. Derfor må oppholdet i asylmottak forkortes. Samme gjelder behandlingstid for asylsøknader og familiegjeforeningssøknader. Flyktninger som får oppholdstillatelse bør ikke bo lange perioder i asylmottak, og bør få et fast bosted så raskt som mulig (Leiler et al., 2018 & Richter et al., 2018). Studier fant at det er behov for etablering av tilpasset og tilrettelagt psykiatriske poliklinikker. Når det gjelder teamet som jobber med flyktninger må være tverrprofesjonelt og flerkulturell team (Richter et al., 2018). Asylsøkere må umiddelbart undersøkes for psykisk lidelser ved ankomst til vertsland. Screening mot psykiske lidelser må gjentas etter noen måneder, uansett om flyktninger ble positivt screenet for psykiske lidelser i første undersøkelse eller ikke (Richter et al., 2018 & Slewa-Younan et al., 2020). Det er viktig med tilpasset psykoedukative psykiske helseprogram som er rettet mot å forbedre flyktnings forståelse og syn mot psykisk helse og psykisk lidelser (Shannon et al., 2015 & Slewa-Younan et al., 2020). Tjenesteytere som jobber med flyktninger bør ha kunnskap om forskjellige kulturer flyktninger kommer fra, og kunnskap om å være flyktning (Slewa-Younan et al., 2020).

5. Diskusjon

I denne delen skal jeg diskutere hvordan svarer resultatene og funnene fra de fem artiklene på problemstillingen i lys av teori og litteratur som er presentert i teori delen i kapittel 2.

5.1 Forekomst av psykiske lidelser blant flyktninger

Studier har vist at det er høyere forekomst av psykiske lidelse blant flyktninger enn blant andre befolkning i vertsland. Meste psykiske lidelser og utfordringer som ble funnet var PTSD, lett til alvorlig depresjon, søvnløshet og angst (Richter et al.,2018, Leiler et al., 2018, Borho et al.,2020, & Slewa-Younan et al., 2020). En studie som ble gjennomført i Sverige viser at prevalensen av depressive symptomer var fem ganger høyere hos flyktninger enn hos øvrige befolkning i Sverige, prevalensen av angst var fire ganger høyere (Leiler et al., 2018).

Personer som venter på svar fra vertslands utlendingsdirektoratet har dårligere psykisk helse enn flyktninger som allerede har fått positivt svar på sine asylsøknader (Leiler et al., 2018). Ifølge nettsiden for utlendingsdirektoratets Norge: Personer som får negativt svar på sine asylsøknader, må reise tilbake til hjemlandet. Dette kan øke psykisk belastningen på asylsøkere som ennå ikke har fått svar på sine asylsøknader. Flyktninger som har fått asylstatus, men venter fortsatt på en permanent bolig har dårlig psykisk helse enn de som har fått det (Leiler et al., 2018).

Høyere forekomst av psykiske lidelse fortsetter å være høyt til og med når flyktninger oppholder seg langt i vertsland med både bedre levekår og livskvalitet. Dette kan skyldes at flere psykiske lidelser kan fortsette flere år til tross for fravær av årsaker som var bak lidelsene, og til tross for bedre levekår og livskvalitet (Borho et al.,2020). Når det gjelder for eksempel Posttraumatisk stresslidelse (PTSD), så kan forløpet kompliseres, og til tross noe forbedring, kan mange utvikle en kronisk lidelse (Snoek & Engedal, 2017, s.126). Når det gjelder screening av en tilfeldig utvalg av befolkning så det er klart høyere forekomst av psykiatrisk lidelse blant flyktninger enn øvrige befolkning i det europeiske samfunnet. Studien har funnet at det er 17,6% prevalens hos flyktninger mot 2,9 hos øvrige befolkningen (Richter et al.,2018).

5.2 Risikofaktorer og barrierer

Studier viser at det er flere faktorer som gjør at flyktninger er mer utsatte og mer sårbare for psykiske lidelse (Richter et al.,2018, Leiler et al., 2018, Borho et al.,2020, Shannon et al., 2015, Slewa-Younan et al., 2020). Enkelte flyktninger kan ha kun en risikofaktor, eller ha flere samtidig. Mange av flyktninger blir utsatt for både psykisk,

mental og fysisk tortur i sitt hjemland før de kommer til vertslandet. I selve fluktturen kan flyktninger oppleve forferdelige og grove hendelser som vold, utpressing, tortur, kidnapping, osv. (Shannon et al., 2015). En avgrensning av oppgaven er at den skal ikke håndtere pre-migrasjon risikofaktorer. Grunnen til det er at det er lite vi kan gjøre når det gjelder intervensjoner enten i land som har krig, eller i autoritære land som driver med tortur og umenneskelige behandling av befolkninger.

Når det gjelder ventetid på asylmottaket så varierer det veldig. Flyktninger kan bo fra noen måneder til flere år på asylmottak. Dårlig levekår og lavt livskvalitet i asylmottak gjør at jo lengre oppholder asylsøkere seg i asylmottaket, jo verre blir det i forhold til psykisk helse. Flyktninger som får et positivt svar på sin asylsøknad, blir overført til det såkalte gjenbosettingsprosess. I denne fasen sliter mange med lang ventetid for å få et permanent sted å bo i (Borho et al.,2020).

I utgangspunktet skal flyktninger som får positivt svar på asylsøknaden flytte ut fra asylmottak til et vanlig permanent bosted. Der kommunen har ansvaret for bosetting og integrering av flyktninger (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2022). Men på grunn av tregt system kan mange flyktninger vente flere måneder på asylmottak etter at de har fått oppholdstillatelse. Mange flyktninger beskrevet livskvalitet som veldig lavt når det gjelder opphold i asylmottak (Borho et al.,2020). WHO definerer psykisk helse som en tilstand av velvære der personen kan håndtere normale stress-situasjoner, arbeide på en produktiv måte og realisere sine muligheter. Livskvalitet på asylmottak er lavere enn å fylle kriteriene for å ha en god psykisk helse. Asylsøkere kan ikke arbeide, reise fritt eller godkjenne sine utdanninger før de får svar på asylsøknaden. Slike betegnelser kan øke sårbarhet for stress og andre psykiske lidelser hos asylsøkere.

Studier viser at mange personer med flyktning eller innvandrer bakgrunn blir utsatt for diskriminering, forskjellsbehandling og ekskludering fra samfunnet (Borho et al.,2020). Selv om at Norge har samme innvandringspolitikk for alle innvandrere, likevel viser statistikker at hvite europeere behandles på en annerledes måte enn mørkhudede fra den tredje verden (Lingås, 2014, s. 141). Et resultat av ekskludering, forskjellsbehandling og diskriminering er at flyktninger blir dårlig representert i arbeidsmarkedet. I 2020 var 78% av nordmenn mellom 20 og 66 år på jobb. På den andre side var bare 65% av samme aldersgruppe blant innvandrere på jobb. Både majoritetsbefolkningen og flyktninger mener at yrkesdeltakelse handler rett og slett om å oppleve integrering og deltakelse (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2021).

Når det gjelder barrierer for å diskutere psykiske lidelser med andre eller søke hjelp, har studier identifisert en rekke barrierer som er kategorisert under syv kategorier:

1. Flyktninger har ofte historier med politiske undertrykkelse som levde lenge med den i hjemlandet. Dette kan bidra til at flyktninger utvikler en atferd av å tie og gjemme følelsene sine. Til tross for bedre klima for ytringsfrihet i vertsland fortsetter flyktninger å ha utfordringer med å snakke ut om sine følelser (Shannon et al., 2015).

2. Flyktninger kan utvikle en atferd av å være stille på grunn av frykt. Frykt kan være av å bli kalt og sett på som en gal person, frykt av ekskludering og fremmedgjøring fra samfunnet, frykt av å bli innlagt i sykehus, frykt av å miste jobben og frykt av å bli overvåket og mangel på konfidensialitet (Shannon et al., 2015).

3. Mange flyktninger og asylsøkere tror ikke på forskjellige typer behandling av psykiske lidelser (Shannon et al., 2015). Det er flere grunner til at enkelte personer har dårlig etterlevelse som at pasienten ikke merker noe forbedring, eller at pasienten merker noen bivirkninger. En annen grunn til lav eller dårlig etterlevelse er at pasienten ikke tror på at legemiddel har noe effekt (Fagbokforlaget).

4. Flyktninger har en tendens for å unngå og ignorere psykiske lidelser (Shannon et al., 2015).

5. Mange flyktninger ser på psykiske lidelser som skambelagte tema, og at man må dekke over den hvis den oppdages hos enkelte (Shannon et al., 2015).

6. Studier har funnet at det er betydelig mangel på kunnskap om psykisk helse og psykiske lidelser blant flyktninger (Shannon et al., 2015).

7. Flyktninger som kommer fra konservative eller lukkede samfunn synes det er tungt å ha eller snakke om psykiske lidelser. Studier fant at flyktninger sier ikke noe uten å bli spurt om det. De svarer kun når de blir spurt om de har smerte eller ikke. Flyktninger sa at de svarer kun når de blir spurt (Shannon et al., 2015). Et systematisk review studie har undersøkt flyktnings tilgang til psykisk helsetjeneste i Europa fant at flyktninger har veldig lav tilgang til psykisk helsetjeneste når de har en eller flere psykiske lidelser. Studien mener at forskjeller i symptomuttrykk, manglende bevissthet og psykisk helsetjeneste, stigma og språkbarrierer er faktorer som står bak det (Satinsky et al., 2019).

Fravær av god utdanning og mangel på kunnskap om psykisk helse kan føre til at man enten ikke klarer å kjenne igjen at det er på tide å søke hjelp, eller at personen kjenner igjen symptomene på psykiske lidelser, men blir redd å søke hjelp, eller ikke tror på behandling og viktigheten av å snakke ut om psykiske lidelser. Mange flyktninger har

historier med politisk undertrykkelse, det utgjør en ekstra hinder for å snakke ut ved psykiske lidelse. Alle de årsakene/faktorene enten de kommer separerte eller sammen kan bidra til at psykiske helse blir dårlig hos flyktninger (Shannon et al., 2015)

5.3 Intervensjoner for å forbedre psykisk helse hos asylsøkere og flyktninger

Mesteparten av de som kommer og søker asyl i Europa og andre vestlige/fredelige land kommer på en ulovlig måte, altså de smugler for å oppnå mållandet. For asylsøkere som søker asyl etter at de ankommer vertsland på en ulovlig måte er det slik at det er lite vi kan gjøre når det gjelder både pre-migrasjons risikofaktorer som vold, tortur, og traumer. Samme gjelder under-migrasjons risikofaktorer som utpressing, vold og utnytting. Mesteparten av forebyggende tiltak og intervensjoner mot utvikling av psykisk lidelse kan finne sted nesten kun etter ankomst til vertsland.

Forebygging er målrettede og planlagte aktiviteter som kan beskrives, observeres og evalueres. Hensikten med forebygging er å hindre problemet før den oppstår (Snoek & Engedal, 2017, s.43). Studier har funnet en rekke forebyggende tiltak og intervensjoner for både å ivareta psykisk helse, forbedre psykisk helse, og å unngå forverring av eventuelle psykisk lidelse hos enkelte flyktninger.

Som ble forklart øverst at langt opphold på asylmottak kan øke sårbarheten for å utvikle psykiske lidelser hos flyktninger og asylsøkere. Derfor er det viktig å forkorte behandlingstid for både asylsøknader og familiegjenforeningssaker (Leiler et al., 2018, Borho et al.,2020). Studier har også vist at flyktninger som får oppholdstillatelse, men venter lenge på asylmottak, eller boliger som hører til flyktninger kan utvikle psykiske lidelse som depresjon og traumer (Leiler et al., 2018). Derfor det er veldig viktig at flyktninger som får positivt svar ikke venter lenge på asylmottak. Staten må sørge for raskere gjeboettingsprosess.

Studier fant at det er viktig med umiddelbar screening av flyktninger for psykiske lidelser når de kommer til vertsland. Dette kan øker sjansen for at psykiske lidelse ikke utvikler seg, og øker sjansen for at eventuelle behandlinger gir utslag (Richter et al.,2018, Slewa-Younan et al., 2020). En stor utfordring ved psykisk lidelse er at når personen søker hjelp, er sykdommen ofte utviklet seg at personen begynte å slite med den. Derfor er det veldig viktig med tidlig oppdagelse av psykiske lidelser (Snoek & Engedal, 2017, s.46). En annen utfordring med noen psykiske lidelser som PTSD at symptomene kan kommet litt senere etter at personen har opplevd en traumatisk hendelse Det er også viktig med screening av psykiske lidelse litt senere etter ankomst til vertsland. Studier har vist at mange flyktninger kan få for eksempel PTSD seks måneder etter ankomst til vertsland, til tross at de ikke har fått noe traumatisk hendelser (Richter et al., 2018).

Generelt det er viktig at personen som har en fysisk eller psykisk sykdom får en diagnose på det. Når en person får riktig diagnose, kan gi mulighet til å starte på en riktig og tilpasset behandling. Det gir utløser en rekke rettigheter personen kan ikke få uten en diagnose (Snoek & Engedal, 2017, s.75,76).

Flyktninger som kommer fra konservative land og søker asyl i vestlige land som kan betraktes som åpne land kan slite med kulturforskjeller. Flyktninger fra konservative land kan se på psykiske lidelser som et skambelagt tema. Dette kan føre til at mange av dem utvikler psykiske lidelser uten at de tør å snakke om det eller søke hjelp. Derfor det er viktig med psykoedukative program som har hensikt å forandre flyktningssyn på psykiske lidelser (Shannon et al., 2015).

Det er også viktig at familien, pårørende eller de som er rundt flyktninger har forståelse av psykiske lidelse. En forskningsbasert og etterprøvable form for en slik behandling er psykoedukativ terapi. Psykoedukativ behandling handler om at personen og familie har en forståelse av sykdommen og symptomene (Snoek & Engedal, 2017, s.58). Når flyktninger forstår at det er helt normalt å ha en psykisk sykdom, og at det er akkurat som vanlig sykdom, kan det øke sjansen til at de søker hjelp når det begynne å kjenne på symptomer.

Studier fant at tjenesteytere som jobber sammen med flyktninger kan ha stor rolle når det gjelder hvordan de fanger opp eventuelle symptomer, samhandling i belastende situasjoner og erfaring i tverrfaglig og tverretatlig samarbeid for å gjøre det lettere for flyktninger i forholdet til tilgang til helsetjeneste generelt. Derfor må tjenesteytere tilegne seg ferdigheter og kunnskap om både psykiske lidelse, psykiske helse, hva vil det bety å være en flyktning, sist men ikke minst erfaring i tverrprofesjonell samarbeid (Slewa-Younan et al., 2020). Vernepleiere gjennom sine kompetanser innen kommunikasjon, psykisk helse, habilitering og rehabilitering, fysisk helse og pedagogikk kan sørge for å levere en "fullpakke" tilbud for flyktninger og asylsøkere.

Tjenesteytere må også ha kompetanse og ferdigheter innen området tilpasset kommunikasjon, som bruk av parafrasering når det er mistanke om at flyktninger kanskje ikke mener det de sier, eller for å sikre at tjenesteytere har forstått riktig hva flyktninger sier. Aktiv lytting og erfaring i når er det lurt å bruke åpne og lukkede spørsmål er også viktige fordi ikke hele tiden er det lurt å spørre videre, noen ganger må tjenesteyteren bare lukke samtalen. Tjenesteytere må også klare å vite hvem skal være med i behandling, fordi ofte en profesjon ikke klarer å dra lasset alene. Dette kalles samhandling på tvers (Røkenes & Hansen, 2012, s. 288).

Tjenesteytere innen helse og sosial-sektor er ganske nøye når det gjelder diskriminering og forskjellsbehandling, men uansett finner vi noen ganger diskriminering fra tjenesteyteres side. En utfordring for oss tjenesteytere i helse- og sosialsektor er å kvitte oss med egne fordommer i forhold til hudfarge og rase. Tjenesteytere som jobber med innvandrere må være bevisste på at det kan være lett at personen tillegg andre menneske bestemte egenskaper bare fordi dom har en bestemt hudfarge eller andre kjennetegn (Lingås, 2014, s. 141)

Tjenesteytere må sørge for at flyktninger forstår innholdet når de søker hjelp. Derfor er det viktig med å skaffe profesjonelle tolker for å sikre at innholdet blir forstått. Viktig at tjenesteytere har erfaring med samtaler som har tolk. De må passe på at alt som blir sagt, blir oversatt. Tjenesteytere skal se på tjenestemottakeren, ikke på tolken. Samt å bruke korte setninger (Røkenes & Hansen, 2012, s. 205).

Ofte bruker personer som opplever spesielle hendelser i livet spesielle uttrykk for det de har opplevd. Tjenesteytere må sikre at deres forståelse samsvarer med klientens. Tjenesteytere må sikre at tjenestemottaker forstår hva som sies. Noen ganger sliter tjenestemottakeren med å uttrykke seg på vanlig språk. I denne tilfelle prøver de å erstatte det med andre uttrykksform som billedlige uttrykk, lignelser, og metaforer. Tjenesteytere må kunne fange slike tegner og metaforer, samt å kunne bruke de selv for å gjøre det lettere for tjenestemottakere som strever med å uttrykk seg når det gjelder harde opplevelser og historier. Dette kalles skapende uttrykksformer (Røkenes & Hansen, 2012, s. 279)

6. Svakheter og styrker ved oppgaven

Svakheter og styrker på forskningsartikler som ble brukt i oppgaven ble presentert i litteraturmatrise, hver artikkel for seg. Men i denne delen vil jeg påpeke noen svakheter og eventuelle styrker på min oppgave.

At jeg er flyktning og dermed har erfaring fra før på dette feltet gjorde at jeg ble påvirket av min erfaring og egen forforståelse av tema. Jeg visste på forhånd hvordan jeg skal håndtere problemstillingen, og hvilke sider som er viktige å ha med i oppgaven. Med andre ord var jeg litt unna fra å være objektiv, og gikk jeg glipp av muligheten for å være nysgjerrig og for utforske nye sider ved problemstillingen. I stedet for det valgte jeg forskningsartikler som passer inn i min forforståelse. En fordel av personlig erfaring på dette feltet er at oppgaven er ganske rik på nyttige små detaljer som kan komme kun av en person som opplevde fenomenet. De detaljene bedro til bedre beskrivelse av problemstillingen. Andre svakhet ved oppgaven er at forskning som ble brukt i denne oppgaven ble gjennomført utenfor Norge. Samtidig brukte jeg masse norsk litteratur og teori for å drøfte resultatene fra forskning, og til slutt brukte jeg resultatene og gjenspeilet dem for Norge. Derfor må man regne med litt unøyaktighet og avvik når det gjelder blant annet regelverket og andre ordninger som er med asylsøkere å gjøre. En annen svakhet er at alle artiklene jeg har brukt i denne oppgaven er på engelsk. Oversetting er en krevende jobb som krever spesiell kompetanse, særlig når det gjelder forskning. Siden jeg ikke har kompetanse i oversetting fra engelsk, må man regne med noen oversettingsfeil, eller misforståelse av noen ord. Til slutt tema "flyktning og asylsøkeres psykiske helse" er ganske stort tema som er vanskelig å dekke alle sider på en tilstrekkelig måte på en enkel bacheloroppgave. Derfor måtte jeg velge bort noen viktige sider ved problemstillingen på grunn av oppgavens omfang.

7. Konklusjon

Dette var en litteraturstudie som håndterte problemstillingen flyktnings og asylsøkeres psykiske helse, forekomst av psykisk lidelse og eventuelle intervensjoner og forebyggende tiltak. I denne oppgaven har jeg først gitt en oversikt over flyktninger og asylsøkeres psykiske helse status i vertsland, og presenterte forekomsten av psykisk lidelse blant flyktninger og asylsøkere som dukker opp i forskjellige faser etter ankomst til vertsland. Psykisk lidelse blant flyktninger og asylsøkere kan oppdages ved umiddelbar screening etter ankomst til vertsland, eller kan dukke opp litt senere etter ankomst og uten nye traumatiske hendelser som PTSD. Flyktninger og asylsøkere kan også ha/utvikle psykisk lidelse til tross for langt opphold med bedre levekår og bedre livskvalitet i vertsland. Når det gjelder risikofaktorer for å ha/utvikle psykisk lidelse så kan det konkluderes med at flyktninger og asylsøkere opplever og går gjennom omstendigheter som gjør at de blir mer utsatt og øker sårbarheten for psykisk lidelse. Risikofaktorene kan kategoriseres under tre kategorier: 1. Pre-migrasjon risikofaktorer som krig, tortur eller forfølgelse på grunn av religion, politikk eller seksuell identitet. 2. Under migrasjon risikofaktorer som vold, usikkerhet og utnyttning. 3. post-migrasjons risikofaktorer som usikkerhet rundt asylstatus, diskriminering fra samfunnet i vertsland, språkvansker, og jobb. Oppgaven har også identifisert faktorer som gjør at det er vanskelig for menneske med innvandrer bakgrunn generelt å diskutere psykisk lidelse med andre, eller søke psykisk helse hjelp når de trenger som mangel på kunnskap om psykisk helse og psykisk lidelse, mangel på tro at det hjelper å snakke om psykisk lidelse, frykt og at det ofte er skambelagt tema å diskutere psykisk lidelse. For å være mer realistisk har jeg valgt å begrense oppgaven til å diskutere bare post-migrasjon risikofaktorer, intervensjoner og forebyggende tiltak, med noen små unntak. Til slutt ble det beskrevet noen intervensjoner og forebyggende tiltak som er viktig å settes i gang i tidlig fase for å forbedre psykisk helse hos flyktninger. Jeg har også vist hvordan kan vernepleiere gjennom tilpasset kommunikasjon, erfaring i tverrprofesjonelt samarbeid, og kompetanse i tverrkulturelt samarbeid bidra til å forbygge utvikling av psykisk lidelse hos innvandrere, samt å fremme faktorer som bidrar til å styrke psykisk helse hos denne gruppe. I denne oppgaven har jeg dekket på en oversiktlig måte de viktige sidene av temaet (flyktnings psykisk helse), men det er behov for mer fordypet og detaljert forskning på hver side av dette temaet.

8. Referanseliste

1. Borho, A., Viazminsky, A., Morawa, E., Schmitt, G. M., Georgiadou, E., & Erim y. The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: a register-based follow-up study. *BMC Psychiatry* **20**, 362 (2020).
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02746-2>
2. Helsebiblioteket. (2020, 25. februar). Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Hentet den 07/05/2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/posttraumatisk-stresslidelse>
3. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (20. desember). *Innvandrere i arbeidslivet*. Hentet fra <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/kunnskapsoversikt/innvandrere-i-arbeidslivet/> den 11/05/2022.
4. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2022, 16. mai). *Bosetting*. Hentet den 17/05/2022 fra <https://www.imdi.no/planlegging-og-bosetting/>
5. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2022, 31. januar). Ord og begreper. *Definisjoner på ord og uttrykk som brukes på innvandrings- og integreringsfelt*. Hentet den 21/05/2022 fra https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/ord-og-begreper/#title_6
6. Leiler, A., Bjärtå, A., Ekdahl, J., & Wasteson, E. (2019). Mental health and quality of life among asylum seekers and refugees living in refugee housing facilities in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **54**, 543–551 (2019)
<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1651-6>
7. Lingås, L.G. (2014). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag* (4. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS
8. NAKU, Kunnskapbanken. (2020, 05. august). Psykisk helse. Hva er god psykisk helse? Hentet den 14/05/2022 fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/hva-er-god-psykisk-helse>
9. Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2017). *Innføring i vernepleie*, Kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell. (2 utg). Universitetsforlaget.
10. NTNU. (2022, 14. februar). Bachelorprogram 3-årig, Trondheim. *Vernepleier-Jobbmuligheter*. Hentet den 21/05/2022 fra <https://www.ntnu.no/studier/hsgveb/jobbmuligheter>
11. Pandya, S.P. Spirituality for Mental Health and Well-Being of Adult Refugees in Europe. *J Immigrant Minority Health* **20**, 1396–1403 (2018).
<https://doi.org/10.1007/s10903-018-0717-6>

12. Richter, K., Peter, L., Lehfeld, H., Zaske, H., Reissinger, S. B., & Niklewski, G. (2018). Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. *BMC Psychiatry* 18, 206 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1783-y>
13. Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller briste* (3. Utg.). Bergen Fagbokforlaget
14. Sanhori, Z., Eide, A.H., Ayazi, T. *et al.* Change in Mental Health Stigma After a Brief Intervention Among Internally Displaced Persons in Central Sudan. *Community Ment Health J* **55**, 534–541 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00375-y>
15. Satinsky, E., Fuhr, C. D., Woodward, A., Sondrop, E., & Roberts, B. Mental health care utilization and access among refugees and asylum seekers in Europe: a systematic review, *Health Policy* (2019) <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007>
16. Shannon, P. J., Wieling, E., Simmelink-McCleary, J., & Becher, E. (2015) Beyond Stigma: Barriers to Discussing Mental Health in Refugee Populations, *Journal of Loss and Trauma*, 20:3, 281-296 <https://doi.org/10.1080/15325024.2014.934629>
17. Slewa-Younan, S., McKenzie, M., Thomson, R., Smith, M., Mohammad, Y., & Mond J. (2020). Improving the mental wellbeing of Arabic speaking refugees: an evaluation of a mental health promotion program. *BMC Psychiatry* **20**, 314 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02732-8>
18. Snoek, J. E. & Engedal, K. (2018). *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4.utgave). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
19. Statistisk sentralbyrå (SSB). (2020, 09. mars). Nesten 15 prosent er innvandrere. Hentet 19/04/2022 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nesten-15-prosent-er-innvandrere>
20. Statistisk sentralbyrå (SSB). (2021, 25. mai). Personer med flyktningbakgrunn. Hentet 10/05/2022 fra <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/personer-med-flyktningbakgrunn>
21. Store norske leksikon. (2020, 03 november). Psykisk lidelser. Hentet den 07/05/2022 fra https://sml.snl.no/psykiske_lidelser
22. Subedi, P., Li, C., Gurung, A. *et al.* Mental health first aid training for the Bhutanese refugee community in the United States. *Int J Ment Health Syst* **9**, 20 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0012-z>
23. Thidemann, I.,J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. Oslo: Universitetsforlaget

24. UNHCR The UN Refugee Agency (2021) *Forced Displacement In 2019*. Hentet 10/04/2022 <https://www.unhcr.org/5ee200e37/>
25. Universitetsbiblioteket. (2022). Fagside for medisin og helse. *Databaser/Artikler*. Hentet den 20/05/2022 fra <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>
26. Utlendingsdirektoratet. *Har fått avslag på søknad om beskyttelse*. UDI. Hentet den 17/05/2022 fra <https://www.udi.no/har-fatt-svar/beskyttelse-asyl/har-fatt-avslag-pa-soknad-om-beskyttelse-eller-dublin-vedtak/>
27. Fagbokforlaget. *Årsaker til dårlig etterlevelse*. Ble hentet den 27/05/2022 fra <https://farmakologi.portfolio.no/read/6014956d-722e-4e1a-954a-b1d9e00fe0c8>

