



Det Helsevitenskapelige universitet, UiT

«Hvilke erfaringer har behandlere på Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP) med å vurdere henvisninger, særlig av ikke-vestlige innvandrere»

En kvalitativ studie om erfaringer og utfordringer inntaksteamet har under vurdering av henvisning, med hovedvekt på ikke-vestlige innvandrere.

Yordanos Haile

Masteroppgave i profesjonsstudiet i medisin, MED-3950. Juni.2022.

Veileder: Johanna Laue Førstemanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin (ISM).

Biveileder: Åge wifstad Førstemanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin (ISM).

Førord

Bakgrunnen for valget av oppgave er at jeg var i en periode med økende interesse for psykisk helse blant ikke-vestlige innvandrere. I 2017 jobbet jeg som tolk hvor jeg så de nye utfordringene det norske helsevesenet står overfor, og mange ikke-vestlige innvandreres syn på psykisk plager.

Jeg ønsker å takke mine informanter som har delt av sin tid og erfaringer. Deres erfaringer har gitt meg ny kunnskap.

Takk til mine kunnskapsrike og engasjerte veileder Johanna Laue og biveileder Åge Wifstad for rask og grundige tilbakemeldinger underveis. Det har vært lærerikt og utfordrende med kvalitativ metode. Takk til Susanne og Idar for gjennomlesning og verdifulle innspill. Takk til min mann Robel og mine barn Lemuella og Lewi for å støtte meg og være supertålmodige under medisinstudiet. Uten dere hadde det ikke blitt denne oppgaven.

Tromsø, 01.06.22

Yordanos Haile

Sammendrag

Bakgrunn: Innvandrerbefolkning er en heterogen gruppe, og forekomsten av psykiske plager kan variere med hvor de kom fra, botid i Norge og innvandringsgrunn. De ikke-vestlige innvandrerne innbefatter flyktninger, asylsøkere, familiengjenforente og kvoteflyktninger. Opplevelse av krig og forfølgelse, traume og overgrep før og under flukt kan gjøre ikke-vestlige innvandrere mer sårbare for schizofreni og andre lidelser. Tidligere studier viser at ikke-vestlige innvandrere virker å være underrepresentert i spesialisthelsetjenesten til tross for høyere forekomst av psykiske lidelser. Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan behandlere med erfaringer fra inntaksteamet ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP) vurderer henvisninger for ikke-vestlige innvandrere i lys av andre henvisninger.

Materiale og metode: For å belyse problemstillingen ble det valgt en kvalitativ tilnærming. Det ble utført individuelle semistrukturerte intervjuer med fem behandlere fra VPP. Tematisk analyse ble brukt som analysemetode. Prosjektet ble godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata (Referansenummer 960826).

Resultater: Funn ved denne studie tyder på at VPP mottar sjeldent henvisninger av ikke-vestlige innvandrere, og de opplever at disse pasientene har alvorlige lidelser. Fordi mange av disse pasientgruppene har opplevd traumer, blir det viktig å skille mellom krisereaksjon og reell psykisk lidelse med tanke på hvor de skal behandles. Kultur og religion kan være medvirkende faktorer til hvorfor disse pasientene ikke søker helsehjelp for psykisk plager tidsnok.

Konklusjon: Informantene i studien hadde begrenset erfaring med behandling av ikke-vestlige innvandrere fordi de mottar få henvisninger. Årsaken til at disse pasientene ikke henvises tidsnok er ikke helt klart, men tabu og stigma om det å ha psykiske lidelser hos disse pasientene er en faktor som hindrer dem i å søke helsehjelp for psykiske plager. Fastleger har en viktig rolle i å fange opp psykiske plager hos disse pasientene og henviser dem tidsnok til spesialisthelsetjeneste med nødvendig informasjon. Denne studien kan danne grunnlag for videre forskning av hva fastleger synes om egen innsats i denne prosessen, og hva de synes om årsaken til at disse pasientgruppene henvises sjelden og de har alvorlige psykiske lidelser.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	<i>Ulike innvandrergupper</i>	1
1.2	<i>Psykisk helse hos innvandrere</i>	2
1.3	<i>Psykisk plager blant ikke-vestlige innvandrere, særlig hos flyktninger og asylsøkere</i>	2
1.4	<i>Innvandrere er underrepresentert i spesialhelsetjenesten</i>	3
1.4.1	<i>Innvandrerens syn på psykisk helse og behandling</i>	4
1.4.2	<i>Språklige utfordringer</i>	5
1.4.3	<i>Henvisninger til spesialisthelsetjenesten</i>	5
1.5	<i>Det norske helsevesenet</i>	6
1.5.1	<i>Arbeidsdelingen i norsk helsevesen innenfor psykisk helse</i>	6
1.5.2	<i>Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne</i>	6
2	Materiale og metode	8
2.1	<i>Design</i>	8
2.2	<i>Voksenpsykiatrisk poliklinikk og henvisning</i>	8
2.3	<i>Studiepopulasjon</i>	9
2.4	<i>Datainnsamling</i>	10
2.5	<i>Analyse</i>	11
2.6	<i>Litteratursøk</i>	13
2.7	<i>Etiske aspekter</i>	14
3	Resultat	14
3.1	<i>Viktigheten av tilstrekkelig informasjon i henvisninger</i>	15
3.2	<i>Skille mellom normal krisereaksjon og reell psykisk sykdom med tanke på fordelingsfordeling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten</i>	18
3.3	<i>Inntaksteamets tanker om ikke-vestliges syn på psykisk helse</i>	22
4	Diskusjon	24
4.1	<i>Ikke-vestlige innvandrere har høyere risiko for akutt- og tvangsinnleggelse</i>	24
4.2	<i>Behandlingsfordeling for ikke-vestlige innvandrere med psykiske plager</i>	27
4.3	<i>Ubevisste holdninger blant helsepersonell</i>	28
4.4	<i>Metodediskusjon</i>	29

4.4.1	Metodediskusjon	29
4.4.2	Praksisimplikasjoner	31
4.4.3	Implikasjoner for videre forskning.....	32
5	Konklusjon	33
6	Referanseliste	34
7	Vedlegg	38
7.1	<i>Vedlegg 1 Intervjuguide</i>	<i>38</i>
7.2	<i>Vedlegg 2 Samtykkeskjema</i>	<i>40</i>
7.3	<i>Vedlegg 3 Veiledningskontrakt</i>	<i>43</i>
7.4	<i>Vedlegg 4 NSD vurdering</i>	<i>45</i>

1 Innledning

Flere internasjonale og norske studier viser at ikke-vestlige innvandrere har høyere forekomst av psykiske lidelser enn majoritetsbefolkning¹⁻³. På grunn av høy forekomst av psykiske lidelser hos disse pasientgruppene er det rimelig å anta at de behandles oftere i spesialisthelsetjenesten enn majoritetsbefolkningen. Men tidligere forskning fra flere europeiske land viser at innvandrere, spesielt ikke-vestlige, har betydelig lavere bruk av spesialiserte psykiske helsetjenester^{4,5}. Derfor er formålet med oppgaven å forstå mer om dette fenomenet ved å undersøke henvisningsprosessen for å utforske hvilke erfaringer spesialisthelsetjenesten har med vurdering av henvisninger for ikke-vestlige innvandrere. Forskningsspørsmålet er: *«Hvordan vurderer behandlere med erfaringer fra inntaksteamet ved VVP henvisninger for ikke-vestlige innvandrere i lys av andre henvisninger»*.

1.1 Ulike innvandrergrupper

Innvandrere er en heterogen gruppe. «Innvandrere er definert som personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre.»⁶. De fleste innvandrerne i Norge er fra Polen, Litauen, Sverige, Syria, Somalia, Tyskland, Irak, Eritrea, Filippinene, Pakistan, Thailand, Danmark, Iran, Russland og Ukraina⁷. Statistisk sentralbyrå⁸ (SSB) deler befolkningen i tre grupper; innvandrere, norskfødte med innvandrerforeldre og den øvrige befolkningen. Statistikk fra 2022 om hvor mange som er bosatt i Norge, viser at det er 819 356 innvandrere, som er 2.4 % økning fra året før, og 205 819 norskfødte med innvandrerforeldre, som er 4.0 % økning fra året før. Dette utgjør 18,2 % av Norges befolkning⁷. Innvandrere kan deles i seks sub-grupper: Flyktninger, asylsøkere, arbeidsinnvandrere, kvoteflyktninger, familiegjenforente og papirløse migranter. Andre inndelingsmåter kan være vestlige innvandrere og ikke-vestlige innvandrere.

I denne oppgaven fokuserer jeg på flyktninger, asylsøkere, familiegjenforente og kvoteflyktninger. De fleste av disse pasientgruppene er av ikke-vestlige opprinnelse⁸. Derfor brukes begrepet ikke-vestlige innvandrere i oppgaven for å beskrive overnevnte grupper.

1.2 Psykisk helse hos innvandrere

WHO definerer god psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet»⁹.

Ikke-vestlige innvandrere har mer psykiske plager enn den øvrige befolkningen ifølge Folkehelseinstituttet ¹. Innvandrerbefolkning er en heterogen gruppe, og forekomsten av psykiske plager kan variere med hvor de kom fra, botid i Norge og innvandringsgrunn¹. Immigrasjon anses som en av risikofaktorene for å utvikle psykiske lidelser. En kohortstudie på 2,14 millioner personer viser at første og andre generasjons innvandrere har høyere relativ risiko for å utvikle schizofreni enn etnisk dansk befolkning ¹⁰. En tverrsnittundersøkelse blant 15 723 voksne innbyggere i Oslo viste at forekomsten av psykiske plager er over dobbelt så høy blant innvandrere fra middel- og lavinntektsland enn innvandrere fra høyinntektsland og norskfødte¹¹. Høyere forekomst av psykiske lidelser hos ikke-vestlige innvandrere kan forklares med at mange av dem har flyktningbakgrunn, noe som gjør denne gruppen mer sårbar for psykiske lidelser ².

1.3 Psykisk plager blant ikke-vestlige innvandrere, særlig hos flyktninger og asylsøkere

Ifølge internasjonale studier har ikke-vestlige innvandrere mer psykiske plager enn andre innvandrere og majoritetsbefolkningen². En systematisk oversikt og metaanalyse viser at omtrent 40 % av flyktningene har betydelige symptomer på depresjon eller angst, og 36 % på post-traumatisk stresslidelse (PTSD) ¹². En norsk studie publisert i *Journal of Refugee Studies* viser at 48 % av flyktningene rapporterer symptomer på angst og depresjon, og 18% på PTSD ¹³. En annen retrospektiv kohortstudie på 1.3 millioner person fra Sverige viser at flyktninger har 3-4 ganger høyere risiko for å utvikle psykose enn personer født i Sverige.

Medisinsk screening av voksne ikke-vestlige innvandrere viser høy forekomst av psykiske helseproblemer som posttraumatisk stresslidelse og alvorlig depresjon og angst, særlig hos flyktninger som kommer fra områder med ulike former for konflikter ¹⁴.

En tverrsnittstudie på kartlegging av psykisk helse hos 600 kambodsjanske flyktninger 20 år etter bosetting i vertsland, fant en høy prevalens av psykiske lidelser (62 % hadde PTSD, 51 % alvorlig depresjon, og 41 % hadde begge deler). Dårlig økonomi, dårlige språkkunnskaper og høy alder viste seg å være risikofaktorer for den høye forekomsten¹⁵. Dette viser at traumatiserte flyktninger sliter med psykiske problemer mange år etter ankomsten til det nye landet. En kartlegging av psykisk helse er nødvendig for ikke-vestlige innvandrere selv etter mange år i det nye landet.

Når det gjelder forskjeller mellom flyktninger og innvandrere fra samme område, har flyktninger høyere risiko for schizofreni enn innvandrere². Opplevelse av krig og forfølgelse, traume og overgrep før og under flukt kan gjøre disse pasientgruppene mer sårbare for schizofreni og andre lidelser². Mange ikke-vestlige innvandrere kan ha opplevd tap av personlig helse, familiemedlemmer og sikkerhet. Mange har vært ofre for tortur, voldtekt, ernæringsmessig deprivasjon eller hungersnød. Dette gjør disse pasientgruppene sårbare for å ha eller utvikle psykisk lidelser¹⁶. Savn og mangel på sosiale nettverk er andre faktorer som forsterker psykiske problemer². Tidligere forskning viser at vedvarende opplevelse av diskriminering og sosial ekskludering er mulige risikofaktorer for utviklinga av schizofreni³.

Flere studier i dette avsnittet viser at ikke-vestlige innvandrere har betydelig dårligere psykisk helse enn majoritetsbefolkning, og diskriminering og sosial ekskludering kan være risikofaktor for å utvikle schizofreni. Dette fikk meg til å se videre i hvor stor grad disse pasientgruppene behandles hos spesialisthelsetjeneste.

1.4 Innvandrere er underrepresentert i spesialhelsetjenesten

På grunn av høy forekomst av psykiske lidelser hos innvandrere kan man tenke seg at ikke-vestlige innvandrere behandles oftere i spesialisthelsetjenesten enn majoritetsbefolkningen. Men tidligere forskning fra flere europeiske land viser at innvandrere, og spesielt ikke-vestlige, har betydelig lavere bruk av spesialiserte psykiske helsetjenester^{4,5}. En studie av innleggelser ved en avdeling i akutt psykiatri i Oslo viste at ikke-vestlige innvandrere var sykere ved innleggelse enn resten av innlagte pasienter¹⁷. Tvang ble brukt i tre fjerdedeler av innvandrergruppen, mot omtrent halvparten for de øvrige pasientene¹⁷. Ubehandlet psykiske lidelser kan ha alvorlige konsekvenser, blant annet høyere forekomst av selvmord og PTSD¹⁸,

og tvangsinnleggelse som kunne vært forebygget ved tidligere intervensjon¹⁹. En mulig årsak til at disse pasientene var sykere enn resten av de innlagte pasientene, kan være ikke-vestlige sitt syn på psykisk helse og behandling av psykiske lidelser.

1.4.1 Innvandreres syn på psykisk helse og behandling

En mulig årsak til at innvandrere behandles i mindre grad enn forventet i psykisk helsevern kan være at innvandrere, særlig ikke-vestlige, kan ha andre syn på hva psykisk helse er og hvordan man behandler det enn majoritetsbefolkningen har²⁰. I mange ikke-vestlige innvandremiljøer blir psykiske problemer assosiert med galskap, og har dermed fått tabustempel²¹. Mange av disse pasientgruppene kom fra land der psykiske lidelser er skam og tabubelagt, eller behandlingstilbudet for psykiske lidelser avviker fra det de ville kunne møte i Norge²⁰. Et eksempel er Aman som har skrevet ei bok om historien sin. Han har vært utsatt for traumer i Etiopia, og måtte få hjelp fra psykolog på Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) i Norge. Han sier: «Jeg liker ikke navnet på senteret (RVTS). I mitt land ville det å gå på et slikt senter handle om at man er gal», s.90²¹.

I en kvalitativ undersøkelse om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser kom det frem at ikke-vestlige innvandrere hadde lite kunnskap om hva psykisk helse innebærer, og det å snakke om psykisk lidelse er tabubelagt²². En norsk studie publisert i *Journal of Affective Disorders* på holdninger om depresjon og dens behandling blant lekfolk, psykisk helsepersonell, innvandrere og flyktninger viser at flyktninger og innvandrere, spesielt de av ikke-vestlig opprinnelse, støttet ulike typer depresjonsbehandlinger enn det psykisk helsepersonell og innfødte nordmenn mente. Studien avdekket at det var kulturelle forskjeller når det kom til preferanser for depresjon intervensjon⁸. Innvandrere kan også ha en tendens til å minimere vestlige forestillinger om ikke-psykotiske psykiske sykdommer som angst og depresjon⁸, og dermed ikke søker helsehjelp ved symptomer på angst og depresjon. Kultur og religion kan være medvirkende faktorer, for det er få ikke-vestlige innvandrere som får behandling hos VPP.

1.4.2 Språklige utfordringer

Språklige utfordringer, mangel på kulturell kompetanse hos helsepersonell og utfordringer med å finne seg til rette i det norske helsevesenet kan gjøre det vanskeligere for ikke-vestlige innvandrere å få riktig helsehjelp. Mange flyktninger med psykiske lidelser møter hos en behandler med uklare ideer om hvorfor de er psykologhenvist, eller hvem de er henvist til. Årsaken til det kan være at henvisningssamtalen har vært for kort, eller at det ikke har vært tolk til stede²³. Det er viktig at pasienter som ikke kan godt nok norsk, har mulighet til å uttrykke sine plager på eget språk, og få forståelig informasjon om sin helsetilstand og om helsehjelp. Derfor har ikke-norsktalende pasienter en lovfestet rett til profesjonell tolk i kommunikasjonen med helsepersonell²⁴. De fleste pasienter som har tillit til behandler og tolk, får god effekt av behandlingen²⁵. Mangelfull kommunikasjon kan føre til utrygghet, utilstrekkelig omsorg og kan utgjøre en risiko for pasientsikkerheten²⁰. Mangel på informasjon om hvordan helsetjenesten i Norge fungerer kan også begrense tilgangen til tjenester, og mange vil trenge hjelp til å kunne nyttiggjøre seg sine pasientrettigheter²⁰. Minoritetspasienter har av språklige grunner allerede reduserte muligheter til å nyttiggjøre seg en rekke miljøtiltak²⁶.

1.4.3 Henvisninger til spesialisthelsetjenesten

Kulturelle og språklige barrierer er kjente årsaker til at ikke-vestlige innvandrere ikke får likeverdige helsetjenester i det nye landet. Dette gjelder både primær- og spesialisthelsetjenesten²⁰. Ifølge en rapport fra Helsedirektoratet er det opptil 30 % av henvisningene til behandling i psykisk helsevern for voksne som blir avvist²⁷. En studie om kvalitet av henvisning fra primærhelsetjenesten blant sykehusleger viser at spesialistene mener det er bare 15.6 % av alle henvisningene som hadde god kvalitet. En mulig grunn til at mange pasienter får avslag, kan være mangelfull kvalitet på henvisningene, noe som skaper usikkerhet når spesialisthelsetjenesten skal vurdere om vedkommende har rett til helsehjelp²⁸.

Legeforeningen mener innvandrere, spesielt flyktninger og asylsøkere, har vanskelig for å få dekket sitt behov innenfor psykisk helsevern²⁰. Helsepersonell ved Vestfold Migrasjonshelsesenter har erfaring med at ikke-vestlige innvandrere med moderate til alvorlige psykiske lidelser avvises fra spesialisthelsetjenesten uten gode medisinske grunner¹⁹.

1.5 Det norske helsevesenet

Som beskrevet over kan henvisningsprosessen være en årsak til at ikke alle henviste pasienter får tilbud om behandling i spesialisthelsetjenesten innenfor psykiatri. Derfor er det viktig å se hvordan det norske helsevesenet fungerer med tanke på arbeidsfordeling mellom primær og sekundær helsetjeneste.

1.5.1 Arbeidsdelingen i norsk helsevesen innenfor psykisk helse

Det norske helsevesenet deles i primær og sekundær helsetjeneste. Primær helsetjeneste innbefatter mange instanser, blant annet fastleger. Fastlegen er pasientens viktigste og oftest første kontakt inn mot helsetjenesten. Fastleger samarbeider med øvrige tjenester innen primærhelsetjeneste, sekundærhelsetjeneste og sosialtjenesten ved behov når det gjelder innbyggere på sin liste²⁹. I tillegg har fastlegene en viktig roll i å koordinere pasientens behov for medisinske tjenester²⁹. Det finnes mange forskjellige kommunale instanser for behandling av pasienter med milde til moderate psykiske plager. Lavterskeltjeneste gir raske tilbud, og har som mål at personer skal få hjelp innen en til to uker³⁰. Tilbudet er gratis, krever ingen henvisning og kan forebygge selvskadning og selvmord. Det er viktig med tett samarbeid mellom lavterskeltjeneste, fastleger og øvrige kommunale og spesialiserte tjenester³⁰. Mens pasienter med milde til moderate psykiske plager behandles hos primærhelsetjeneste, behandles pasienter med moderate til alvorlige psykiske lidelser hos spesialisthelsetjeneste³¹.

1.5.2 Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne

Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne brukes til å vurdere henvisningene med tanke på om pasienten har rett til helsehjelp hos VPP³². Den er utgitt av helsedirektoratet, og den tar utgangspunkt i diagnostiske kategorier i henhold til ICD 10. Samtidig er det et stort spekter av alvorlighetsgrad innenfor hver diagnosegruppe³². Det er ikke alltid henvisningene gir tilstrekkelige opplysninger til at man kan sette en tentativ diagnose³².

Veilederen har 10 punkter som hjelper inntaksteamet under vurdering av henvisningene.

Tre punkter av veilederen var relevante til denne oppgaven, derfor utdyper jeg hva disse punktene inneholder:

1. «Forventet nytte av helsehjelpen».

Pasientens innsikt i egen tilstand og motivasjon for behandling er viktige faktorer når man vurderer forventet nytte av behandlingstilbudet.

2. «Individuelle forhold som bør vurderes ved den individuelle rettighets- og fristtildelingen»:

- Funksjonsfall er lagt vekt på som alvorlighetskriterium. Varighet av funksjonsfall er viktig for vurdering av hastegrad og fastsettelse av frist. I tillegg har varighet betydning for sannsynligheten for spontan bedring.
- Pasientens alder kan påvirke alvorligheten av tilstanden og forventet nytte ved ulike typer behandlingstiltak.
- Komorbide tilstander er med i vurdering av alvorlighetsgraden, og om pasienten er i stand til å nyttiggjøre seg den aktuelle behandlingen.
- I dagens samfunn er rus et vanlig problem, og er en kompliserende faktor ved psykiske lidelser. Det er egne retningslinjer for behandling av pasienter med rus som hovedproblem. Mens pasienter med alvorlige psykiske lidelser og med et samtidig rusproblem behandles i psykisk helsevern.
- Pasienter med omsorg for barn og gravide får kortere frist for utrednings- og behandlingstilbud.
- Pasienter med suicidalitet får kortere frist, og behovet for øyeblikkelig hjelp bør vurderes.
- Selvskading er en tilleggsfaktor som kan påvirke alvorlighet og frist for utrednings- og behandlingstilbud.

3. «Traumereaksjoner»:

Personer som har vært utsatt for traumer skal i utgangspunkt behandles i primærhelsetjenesten. Hvis symptomene overskrider normalreaksjoner på alvorlige livsbelastninger, bør pasienten henvises til spesialisthelsetjeneste. Pasienter med PTSD etter opplevelse av traumer i barndommen i form av vold eller seksuelle overgrep bør spesialisthelsetjenesten utrede, og så iverksette behandling og/eller gi veiledning til primærhelsetjenesten.

Formålet med masteroppgaven er å undersøke hvordan behandlere med erfaringer fra inntaksteamet ved VVP vurderer henvisninger for ikke-vestlige innvandrere i lys av andre

henvisninger. For å belyse problemstillingen vil det bli brukt funn/data/informasjon fra tidligere studier i tillegg til data samlet for denne oppgaven.

2 Materiale og metode

2.1 Design

For å belyse formålet «hvordan erfaringer fra inntaksteamet ved VVP vurderer henvisninger for ikke-vestlige innvandrere i lys av andre henvisninger», er det valgt en kvalitativ tilnærming, og individuelle intervjuer med behandlere/inntaksteamet fra voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP). Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelser, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. Materiellet stammer fra observasjoner eller samtaler. Kvalitativ metode er egnet til å presenterer mangfold, nyanser og subjektive erfaringer³³. Man kan bruke denne metoden for å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, opplevelser, forventninger, holdninger og motiver³³. Intervjuundersøkelse gir mulighet til å konsentrere seg om hvordan enkeltpersoner oppfatter enkelte begivenheter, fenomen eller situasjoner i deres eget liv. Gjennom intervjuet kan man få frem detaljert analyse av personers opplevelser av bestemte hendelser og situasjoner³⁴. Individuelle intervjuer egner seg til å få informasjon om for eksempel opplevelser, erfaringer, meninger, kunnskaper³⁵.

2.2 Voksenpsykiatrisk poliklinikk og henvisning

Konteksten for dataen i denne studien er voksenpsykiatrisk poliklinikk, så derfor begynner jeg med beskrivelse av VPP. Den består av tverrfaglige team med psykologspesialist, psykolog, psykiater, klinisk sosionom, psykiatrisk sykepleier og andre spesialiteter. VPP tilbyr utredning og behandling for lidelser som depresjoner, bipolarhet og psykoselidelser, angst og tvangslidelser, traumelidelser, ADHD, rus og annen avhengighet, kjønnsidentitet og spiseforstyrrelse³⁶. For å få utredning/behandling hos VPP, må man bli henvist av fastlege eller andre instanser med oppgave å henvise pasienter til VPP³⁶. Pasientens helsetilstand blir vurdert utfra opplysninger som er kommet i henvisningen, derfor er det viktig at henvisningen inneholder relevante opplysninger om anamnese, symptomer og forsøk på behandling³⁶.

Henvisningene til VPP behandles av to tverrfaglige team. Teamene består av en psykologspesialist, en psykolog, en psykiater og en sekretær. De mottar ca. 50 henvisning per uke som fordeles på to team. Henvisningene kommer primært fra fastleger, men av og til fra andre avdelinger som for eksempel akutt post, sengepost eller legevakt, og en sjelden gang fra privatpraktiserende psykologer. På hvert team er det en psykolog som leser og forbereder henvisningen til resten av teamet. Så diskuterer de i teamet om pasienten har rett til helsehjelp hos VPP eller ikke. Det tas utgangspunkt i *Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne*³². I praksis er det pasienter med alvorlige psykiske plager og tydelige symptomer eller lidelsestrykk som prioriteres til å få behandlingstilbud³¹. Pasientene som har rett til helsehjelp settes på venteliste, og sekretæren sender brev til den som har henvist (ofte fastlege) og pasienten om tilbudet. Henvisninger som avvises er der pasienter blir vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten²⁷.

2.3 Studiepopulasjon

Inklusjonskriterier i denne studien er at informantene må være en av inntaksteamet på VPP, eller privatpraktiserende psykologer med erfaring i behandling av ikke-vestlige innvandrere. Eksklusjonskriterier er psykiatere eller psykologer som ikke deltar i vurdering av henvisninger. Rekruttering av informantene foregikk via en bekjent psykiater, og direkte kontakt på e-mail til privatpraktiserende psykologer. I denne studien har jeg intervjuet fem informanter, tre psykologspesialister med lang erfaring fra ulike arbeidsplasser, og to psykologer med 3 års erfaring fra VPP. Alle informantene behandler henvisningene på voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP). Informantene har fått nummer (1-5) etter rekkefølgen på gjennomføring av intervjuet.

I starten var planen å intervjuet både privatpraktiserende psykologer og inntaksteamet på VPP. Jeg hadde vært i kontakt med fire privatpraktiserende psykologer. Tre av dem svarte at de ikke hadde tid, mens den fjerde sa hen ikke har erfaring med behandling av ikke-vestlige innvandrere.

Deltaker 1	Mann	Psykologspesialist	Lang erfaring fra ulike arbeidsplasser. Jobbet i mange år på inntaksteamet
Deltaker 2	Kvinne	Psykologspesialist	Lang erfaring fra ulike arbeidsplasser. Jobbet mange år på inntaksteamet
Deltaker 3	Kvinne	Psykologspesialist	Lang erfaring fra ulike arbeidsplasser. Jobbet mange år på inntaksteamet
Deltaker 4	Kvinne	Psykolog	Lang erfaring fra VPP. Jobbet ett år på inntaksteamet
Deltaker 5	Kvinne	Psykolog	Lang erfaring fra VPP. Jobbet ett år på inntaksteamet

Tabell 1: Tabellen vise informantenes kjønn, yrke og erfaring

2.4 Datainnsamling

Til datainnsamlingen brukte jeg semistrukturert, kvalitativt forskningsintervju som er mest brukte til individuelle dybdeintervju, og er mest hensiktsmessig fremgangsmåte for å fange opp mest mulig av deltakerens erfaring³⁷. Det ble gjennomført et prøveintervju med en psykiater etter anbefaling fra min veileder. Intervjuet ble ikke inkludert i studien siden hun ikke var del av inntaksteamet.

Intervjuet var delt i fem ulike temaer: introduksjon, behandling av henvisningene på VPP og hvem som henviser og kvalitet av henvisningene, pasienters språk og kulturbarriere og avslag. En intervjuguide ble utarbeidet basert på eksisterende litteratur i god tid før gjennomføringen av intervjuene. Den inneholdt spørsmål som jeg synes var viktig for å belyse problemstillingen. Intervjuguiden ble vurdert av veileder. Vi hadde workshop i kvalitativ metode med flere veiledere og medisinstudenter, der vi diskuterte om kvalitative forskningsintervju og gjennomgåing av vår intervjuguide.

Jeg gjennomførte fem intervjuer med tre psykologspesialister og to psykologer som vurderer henvisning på Voksenpsykiatrisk poliklinikk. Alle intervjuene ble gjennomført på informantene sitt kontor. Det tok mellom 45 til 60 minutter på hver informant. Jeg brukte lydopptak for å få med meg alt informantene sa, og deretter hørte jeg på lydfilen et par ganger og transkriberte.

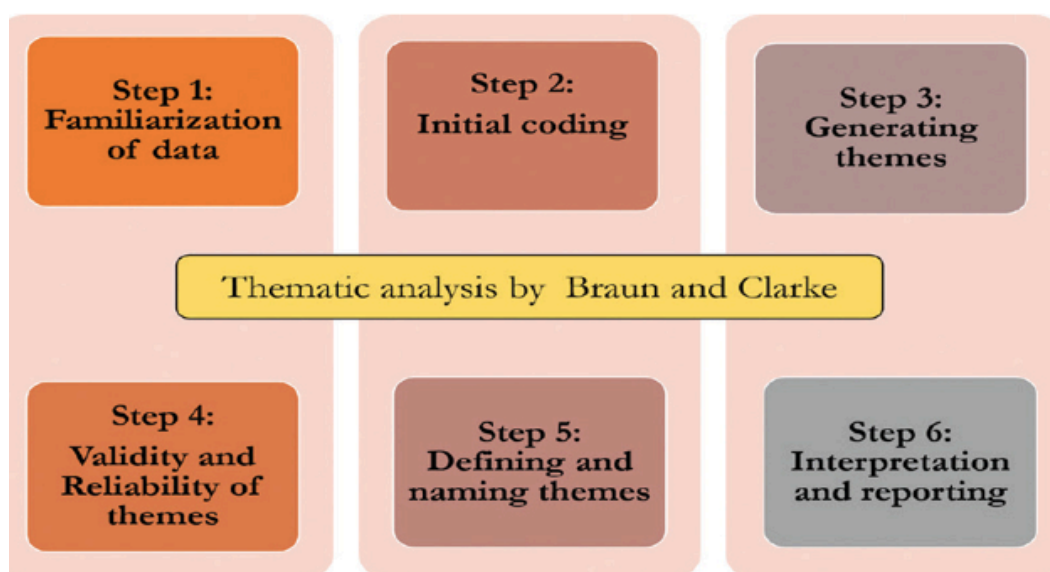
Grunnen til valg av individuelle intervju fremfor de andre metodene, for eksempel fokusgruppeintervju eller observasjon, er at denne metoden er bedre egnet til å få informasjon om for eksempel opplevelser, erfaringer, meninger, kunnskaper som jeg er ute etter. Den kan også ha mindre utfordrende når det gjelder ærlighet til å snakke om personlige meninger og erfaringer³⁵. En annen fordel med individuelle intervjuer er at den gir forskeren bedre mulighet til å styre studien, i motsetning til for eksempel fokusgruppeintervju³⁵.

2.5 Analyse

Kvalitative tilnæringer er utrolig mangfoldige, komplekse og nyanserte, og tematisk analyse bør sees på som en grunnleggende metode for kvalitativ analyse³⁸. Tematisk analyse gir kjerneferdigheter som vil være nyttige for å utføre mange andre former for kvalitativ analyse³⁸. Ifølge Braun og Clarke er tematisk analyse den metoden som egner seg best for forskere uten forkunnskap i kvalitative metoder. Dette gir grunnleggende kunnskap og ferdigheter til å gjennomføre andre analysemetoder innen kvalitative studier³⁸. Derfor var det realistisk for meg å velge tematisk analyse siden det var mitt første møte med denne type studier.

Analyseprosessen innebar konstant bevegelse frem og tilbake mellom hele datasettet, kodede utdrag fra data som er analysert og analysen som produseres³⁸. Braun og Clarke beskriver godt i sin artikkel «*Six phases of thematic analysis*» hvordan man kan foreta tematisk analyse³⁸. Dette var veldig nyttig i min oppgave.

Tabell 2. «*Six phases of thematic analysis*» til Braun og Clarke³⁸.



Analyseprosessen tok utgangspunkt i Braun og Clarke «*Six phases of thematic analysis*» om hvordan man kan foreta tematisk analyse³⁸.

Fase 1: Bli kjent med data

I det første steget i analyseprosessen startet jeg med å skrive ned alle intervjuene i Word-dokument. Det vil si at transkripsjonsprosessen startet i den fasen. Gjennom denne prosessen blir man kjent med datamaterialet. Etter transkribering har jeg lest gjennom alle data to ganger og skrevet oppsummering. Dette ga innledende tanker om resultat, og det ble diskutert med veileder i starten av analysen.

Fase 2: Generere innledende koder

I denne fasen ble alle transkripsjoner kodet for å finne mønster på tvers av datamaterialet. Det ble kodet ved å identifisere et aspekt ved data som framstår som interessant og analyserer for forskningsspørsmålet. For å generere kodene ble det brukt induktiv tilnærming som går på å danne koder og temaer basert på datamaterialet. I denne fasen var fokuset på hva informantene sa for å oppdage nye vinklinger og nyanser som kan være nyttig for min problemstilling³⁷.

Fase 3: Søk etter tema

Neste steg etter koding er generering av kodegrupper på tvers av datamaterialet³⁷. Det ble generert 6 kodegrupper som fikk 6 forskjellige farger. Kodene som lignet på hverandre fra de ulike intervjuene ble samlet i samme bunke. For å finne tema brukte jeg semantisk tilnærming til dataene. Tematiseringen ble gjennomført med utgangspunkt i kodegruppene. Innledningsvis ble det generert ni forskjellige temaer: «*Variasjon i kvalitet av henvisninger*»; «*Begrenset tid for vurdering av henvisning*»; «*Utfordrende med å skille mellom normal krisereaksjon og reell psykisk sykdom*»; «*Samarbeid for å løse utfordringene*»; «*Dårlig kjennskap til kommunale tjenester blant fastleger*»; «*Nedsatt funksjonsnivå*»; «*Avslag*»; «*Kultur, religion og språkbarriere*» og «*Tabu og stigma hindrer ikke-vestlige innvandrere i å oppsøke hjelp for psykisk plager*».

Fase 4: Gjennomgang av temaer

I denne fasen ble temaene gjennomgått og reorganisert på nytt. Det ble diskutert med veileder flere ganger. Mange av irrelevante temaer ble ekskludert.

Fase 5: Definere og gi navn på de ulike temaene

I denne fasen forsetter prosessen med temasortering. De temaene som ikke virket som de var relevant til problemstillingen ble fjernet. Det ble langt færre temaer enn det ble startet med. Det ble tre gjennomarbeidede temaer: «*Viktigheten av tilstrekkelig informasjon på henvisinger*»; «*Skille mellom normal krisereaksjon og reell psykisk sykdom med tanke på behandlingsfordeling mellom primær og sekundærhelsetjeneste*» og «*Inntaksteamets tanker om ikke-vestlige sine syn på psykisk helse*». Her var det viktig å bestemme seg for en dekkende tittel på temaene, og sortere hva som er sentralt i temaene med hensyn til forskningsspørsmålet. Temaene ble sendt til veileder, diskutert flere ganger og kommet til slutt til disse temaene.

Fase 6: Produsere rapporten

Denne fasen ble startet da jeg hadde gjennomarbeidede temaer klare. I den siste fasen ble den endelige analysen og oppskrivningen av oppgaven gjennomført. Målet med denne fasen var å formidle en sammenhengende tekst, slik at analysen og tolkningen er tydelige og overbevisende for leseren.

Ved hjelp av «*Six phases og thematic analysis*» skrevet av Braun og Clarke Analysen, og veiledning fra min veileder og biveileder, ble analyseprosessen gjennomført.

2.6 Litteratursøk

For å få bakgrunnskunnskap om temaet brukte jeg et systematisk litteratursøk i Medline (Ovid), Pubmed, Norsk legehåndboka (NEL), Den norske legeforening sine tidsskrifter, Google Scholar, retningslinjene fra helsedirektoratet, Nasjonal kompetanseenhet for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI), Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), Tidsskrift for den norske psykologforening og andre bøker som jeg fikk lånt fra veilederen og biblioteket. For å finne antall innvandrere i Norge brukte jeg SSB. Nøkkelordene som ble brukt for å finne relevante artikler er blant annet «psykisk helse», «ikke-vestlige innvandrere», «helsepersonale», «Immigrants with non-western backgrounds», «stigmatisering», «tabu».

2.7 Ethiske aspekter

«Kvalitative data omhandler menneskers livserfaringer og tanker, og har ofte en form der det språklige uttrykket gir materialet en sensitiv og personlig karakter»³³. Kvalitative studier er preget av sensitivt og personlig innhold, så derfor er det viktig at informantene stoler på at den tilliten som hen har vist forskeren, ikke blir misbrukt³³. I en kvalitativ studie med få informanter er det vanskelig å ikke utgi personidentifiserende informasjon. Derfor ble det ikke oppgitt i hvilken by eller fylke studien ble gjennomført. Datainnsamlinger i denne studien ble foretatt frivillig. Det er viktig at informantene får tilstrekkelig informasjon om prosjektet og føler seg trygg, uten å føle seg presset til å være med på forskning³³. Samtykkeskjema med informasjon om prosjektet ble sendt ei uke før intervjudato. Deltakerne ble informert om at det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis de velger å delta, kan de når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. «Avstand i geografi, språk og kultur er ikke tilstrekkelig til å sikre personvernet»³³. Informantens yrke, kjønn eller alder og opplysninger om hvor prosjektet er gjennomført, kan øke risikoen for gjenkjennelse³³. Derfor var anonymitet nødvendig. Anonymitet ble sikret ved at personsensitive opplysninger ble anonymisert, og sted for hvor prosjektet ble gjennomført ble ikke oppgitt. Informantene ble også informert om bruk av lydopptak for å få med all informasjon, og at lydopptakerne ville bli lagret på en kryptert minnepenn. Det ble slettet i henhold til faglige retningslinjer for denne type informasjonsinnhenting etter transkribering. «Det er nødvendig å lagre båndene og transkripsjonene trygt, og å slette båndene når de ikke lenger skal brukes»³⁵. Lydopptaker ble lånt ut fra UiT for å få best mulig sikkerhet. Det var kun meg som hadde tilgang til opptakene. Prosjektet ble godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata, (Referansenummer 960826).

3 Resultat

Oppgavens problemstilling relaterer til fenomenet om at ikke-vestlige innvandrere virker å være underrepresentert i spesialisthelsetjenesten til tross for høyere forekomst av psykiske lidelser. For å bidra til å få mer kunnskap om dette, er formålet å undersøke hvilke erfaringer inntaksteamet ved VPP har i vurdering av henvisninger for ikke-vestlige innvandrere i lys av andre henvisninger.

Informantene delte mange erfaringer relatert til hvordan de generelt sett vurderer henvisninger, og hvilke utfordringer de kan ha når de vurderer henvisninger. Dette belyses i temaet «Viktigheten av tilstrekkelig informasjon på henvisninger» for å gi en grunnleggende forståelse av inntaksteamets arbeidsrutiner og generelle utfordringer. Imidlertid viser analysen at det er noen særskilte aspekter som kan gjøre vurderingen av henvisninger for ikke-vestlige innvandrere annerledes. Dette belyses i temaet «Skille mellom normal krisereaksjon og reell psykisk sykdom med tanke på fordelingsfordeling mellom primær- og sekundærhelsetjeneste», og det tar for seg erfaringer av inntaksteamet. Det å skille mellom normal krisereaksjon og reell psykisk sykdom er viktig med tanke på fordelingsfordeling mellom primær- og sekundærhelsetjeneste. Mange av denne pasientgruppen har opplevd traumer, og traumatiserte pasienter bør i utgangspunktet behandles hos primærhelsetjenesten, med mindre de har alvorlige psykiske lidelser som ikke håndteres hos primærhelsetjenesten. Under intervjuene kom det også frem at informantene har observert at VPP sjelden mottar henvisninger for ikke-vestlige innvandrere, mens de generelt mottar mange henvisninger for vestlige pasienter med lettere til moderate symptomer. Denne observasjonen og informantenes tanker om mulige årsaker belyses i temaet «Inntaksteamets tanker om ikke-vestlige sine syn på psykisk helse».

3.1 Viktigheten av tilstrekkelig informasjon i henvisninger

Dette delkapittelet tar for seg erfaringer og utfordringer inntaksteamet har under vurdering av henvisninger. I starten beskrives generelle utfordringer med alle henvisninger knyttet til tilstrekkelig informasjon i henvisningene, deretter beskrives nærmere det som spesielt gjelder ikke-vestlige innvandrere. Den hyppigste utfordringen alle informantene var opptatt av, var manglende informasjon i henvisningene, noe som gir utfordringer i å få et helhetlig inntrykk av hva pasientene strever med.

Det er psykologen som leser henvisninger først og samler nødvendig informasjon, så diskuterer de i teamet med psykologspesialist og psykiater om pasienten har rett til helsehjelp hos VPP eller ikke. Forberedelsen innebærer å innhente nødvendig informasjon fra tidligere epikrise, ta kontakt med den som henviste eller andre avdelinger på psykiatrisk sykehus i tilfeller hvor pasienten har vært innlagt tidligere.

Informant 4 mener noen fastleger er «flinke» til å skrive den nødvendige informasjonen, mens andre sender mangelfulle henvisninger. Noen fastleger bruker bare spørreskjema som for eksempel MADRS og legger ved gamle epikriser.

«Det å få et helhetlig inntrykk av pasienten basert på henvisning kan ofte være vanskelig. Generell utfordring med behandling av henvisningene er at fastleger er så forskjellig, skriver veldig ulikt og beskriver ikke nødvendigvis godt», (Informant 5).

Informant 4 nevner noen eksempler på dårlige henvisninger, blant annet de som mangler informasjon om funksjonsnedsettelse på grunn av psykiske plager, funksjonsnivå før plagen har inntruffet, om pasienten er i full jobb, sykemeldt eller i fare for å bli sykemeldt, hva pasienten sliter med, om pasienten har omsorgsansvar for barn under 18 år, varighet av plagen, om oppveksten hvis det er relevant, tidligere forsøkte tiltak og effekten av disse.

«Det er viktig å ha det aktuelle med på henvisning, gjerne pasientens egne ord. Ikke bruke bare spørreskjema eller gamle journalnotater» (Informant 3).

Andre viktige momenter som informantene var opptatt av, er å ha med pasientens motivasjon for behandling, og hvem som ønsket henvisningen. Informant 5 nevner blant annet at motivasjon er en viktig faktor i vurdering av forventet nytte av behandlingen. I mange henvisninger opplyses det ikke om hvem som ønsket henvisningen. I slike tilfeller der pasienten ikke selv ønsker behandlingen, får pasienten avslag så lenge pasienten ikke er en fare for eget liv og helse.

«Jeg vil gjerne vite hvor motivert pasienten er for behandling. Fordi en god del ganger møter vi pasienter som er henvist hit fordi NAV og fastlege tenkte de skulle hit, eller pårørende var bekymret og de selv ikke ønsket endring. Vi liker best de henvisningene der det fremkommer at pasienten selv er interessert i behandling.» (Informant 5)

Henvisningene kommer primært fra fastleger. Informantene mener noen fastleger henviser nesten alle med psykiske plager til VPP, blant annet pasienter med milde symptomer, eller

pasienter som har gjennomgått krise kort tid før debut av psykiske symptomer. Informant 1 tror ikke-vestlige innvandrere kan være blant disse pasientgruppene som har hatt belastninger i livet og har psykiske plager. Informantene opplever at de må sortere henvisninger på hvor pasienten bør behandles. I avslagsbrevet skriver informantene alltid om alternative behandlingsinstanser som muligens passer bedre til pasienten.

«Det høres mye ut med 40 % avslag av alle henvisningene som kommer, men noen ganger føler jeg meg som en koordinator. Nesten alle som strever med psykiske plager blir henvist hit. For disse pasientene foreslår vi alltid et alternativt behandlingstilbud» (Informant 4).

Informantene mener noen fastleger trenger bedre kjennskap til hva slags behandlingsalternativer som finnes i kommunale tjenester.

«Noen fastleger henviser alle med psykiske plager hit. Jeg tror de har dårlig kjennskap til andre kommunale behandlingsinstanser» (Informant 3).

Ifølge informantene er manglende nødvendig informasjon på henvisninger og at noen fastleger ikke henviser pasienter til riktig behandlingsinstanser, er generelle utfordringer under vurdering av henvisninger. Mens en vanlig årsak som kan gi dårlig kvalitet på ikke-vestlige innvandrere sine henvisninger, er at det er mye fokus på bakgrunn og hva pasient har gjennomgått, men mangler det essensielle om hvordan pasienten har det nå. Informantene føyer til viktigheten av gode beskrivelser av hvordan pasienten har det nå, og hvordan den psykiske helsen var før ankomsten til Norge.

«I ikke-vestlige innvandreres henvisninger føler jeg ofte det er mere et bakgrunnsfokus på hva pasienten har gjennomgått enn tydelig beskrivelse av hva pasienten strever med i dag. Mens for de fleste vestlige, primært norske, henvisning er det mye mer fokus på her og nå. Jeg gjetter det er fordi fastlegen ikke trenger å oppsummere bakgrunnen til etnisk norske kontra til folk som flytter til Norge. Henvisningen har ofte feil fokus i hvordan de er utformet». (Informant 5).

Informantene legger vekt på viktigheten av tilstrekkelig informasjon på henvisningene for å gjøre gode vurderinger av om pasienter har rett til helsehjelp hos VPP eller ikke. Å ha nødvendig informasjon i henvisninger gjør det enklere å skille om plagene dreier seg om normal krisereaksjon eller reell psykisk sykdommer informantene.

3.2 Skille mellom normal krisereaksjon og reell psykisk sykdom med tanke på fordelingsfordeling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten

I det forrige temaet kom det frem hvor viktig det var for informantene å få tilstrekkelig informasjon i alle henvisningene for å gjøre en god vurdering. Det å gjøre en god vurdering innebærer blant annet å skille mellom reelle psykiske sykdommer og krisereaksjoner. Informantene synes det er utfordrende å skille mellom normal krisereaksjon og reell psykisk sykdom generelt.

«Å skille hva som skyldes livssituasjon og hva som er reelle psykiske lidelser kan være utfordrende i inntaksarbeid. Det er kjennepevanskelig». (Informant 3)

Funksjonsnedsettelse er et viktig kriterium for å få rett til helsehjelp hos VPP, men den skal ikke være utløst av belastning eller midlertidig krise. En vanlig hendelse informantene opplever, er at pasienter henvises med depresjon og nedsatt funksjonsevne etter skilsmisse eller tap av familiemedlemmer. Dette kan være normale og forventede reaksjoner på kriser, som mest sannsynlig vil gå over uten hjelp fra spesialhelsetjenesten, men som kan trenge hjelp fra kommunale instanser, «med mindre de har alvorlige psykiske lidelser som ikke håndteres hos primærhelsetjenesten», sier informant 1.

«Vi må ikke sykeliggjøre alle normalreaksjoner» (Informant 4).

Informantene refererer til *Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne* angående hvilken pasient som har rett til helsehjelp hos spesialisthelsetjenesten. De opplever at mange ikke-vestlige innvandrere, særlig de med flyktningbakgrunn har opplevd traumer. Ifølge *Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne* og informantene bør pasienter som har opplevd traumer, behandles hos primærhelsetjeneste så lenge de ikke har alvorlige symptomer. Derfor er det viktig og nødvendig å skille mellom normale krisereaksjoner etter opplevelse av

traume, eller reell psykisk sykdom, samt alvorlighetsgraden av symptomene med tanke på hvor de skal behandles.

«I utgangspunktet bør personer som har vært utsatt for traumer ha støttende oppfølging i primærhelsetjenesten. Ved henvisning til spesialisthelsetjeneste bør symptomene overskride det som forventes å ligge innenfor normalreaksjoner på alvorlige livsbelastninger»³².

Informantene snakket alle om at skillet mellom krisereaksjon som kan forventes og kan bli behandlet i primærhelsetjenesten, og alvorlige symptomer/reell psykisk lidelse er viktig for å vurdere om pasienten har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Men det var forskjell blant informantene om det å kunne skille mellom de to forholdene var enkelt eller utfordrende. 4 av 5 informanter synes de fleste ikke-vestlige innvandrere som henvises har alvorlige symptomer, og det er enkelt å vurdere at de har rett til helsehjelp hos spesialisthelsetjenesten. Men en informant mente det er utfordrende å skille, særlig hos de med moderate symptomer. Dette fordi henvisningene til ikke-vestlige innvandrere virker som krisereaksjon etter belastning. Videre at mange av disse pasientgruppene snakker mye om ytre livssituasjonsfaktorer av religiøs og kulturelle årsaker, og det blir stående som mest fremtredende i henvisninger.

«I ikke-vestlige innvandrere sine henvisninger beskrives ofte symptomer som kan være normale krisereaksjoner etter belastninger i livet. Det er utfordrende å vurdere disse henvisningene. Vi avviser pasienten, så begrunner vi avvisningen med at det ikke fremkommer informasjon som tyder på at pasienten har vansker utover de normalt forventede livsbelastningene som følger med å være flyktning. Noen ganger kan vi be fastlegen om mer informasjon, eller hvis beskrivelsen av symptomene var på grensen av om vi burde gi behandling eller ikke, da får pasienten behandlingstilbud». Informant 1

«En pasient kan ha vært kort tid i Norge med lite kontakt med familien, bekymrer seg for familiemedlemmer som lever i krigen, og de må tilpasse seg et nytt land, samfunn, kultur, samt belastningen av å flykte fra sitt eget land. I slike tilfeller må man regne med at pasienten har det vanskelig i en innledende periode, og at de vil få avslag på henvisning begrunnet med normal krisereaksjon», (Informant 1).

Det er uenighet blant ansatte om hvor mye vekt man skal legge på livssituasjonen dersom symptomene er moderate. Informant 5 synes pasienter i ustabil livsfase med moderate symptomer gir utfordring om de skal behandles hos primær- eller spesialisthelsetjenesten, og det skaper uenighet blant inntaksteamet på VPP. Informantene har inntrykk av at de med alvorlige symptomer får behandlingstilbud uansett om de har stabilt liv eller ikke.

«Der har vi enkelte som har sterke meninger om at det vi skal tilby på VPP, skal være terapi for personer i en stabil livsfase, som en god del ikke-vestlige innvandrere ikke har. Men det er ikke alle som er like enig i det. Det er ofte der det blir diskusjon. Hvor mye skal vi tenke å tilby støttesamtaler til noen i en veldig ustabil fase». (Informant 5)

Informantene opplever at noen ikke-vestlige innvandrere kan være i en ustabil livssituasjon, og er i tvil om det er riktig behandlingstilbud for dem hos VPP. Men de fleste informantene mener denne pasientgruppen ofte har alvorlige psykiske lidelser som; på grensen til psykotisk, alvorlig depresjon, PTSD, fare for selvmord. De har dermed rett til helsehjelp hos VPP på grunn av alvorlighetsgraden av symptomer, selv om de ikke har oppholdstillatelse i Norge eller lever et stabilt liv.

«Som regel har disse pasientgruppene alvorlige symptomer og man er ikke i tvil om at de har rett til helsehjelp hos VPP. De kommer sjeldent med milde symptomer» (Informant 2).

«Som oftest får disse pasientene rett til helsehjelp på grunn av alvorlige psykiske lidelser selv om de er i en ustabil livsfase, men de går til RVTS siden de har mye erfaring med denne gruppen.» (Informant 5).

Under intervjuet kom det frem at det ikke er retningslinjer eller tidsbegrensninger som definerer hvor lenge man kan si at det er normal krisereaksjon eller at det har gått over til en reell psykisk lidelse.

«Vi har ikke tidsperspektiv for å si at det ikke er livskrise hos ikke-vestlige innvandrere med psykiske symptomer, men vi ser på om pasienten har en stabil plass å bo, er apparatet rundt ivaretatt? Fordi vi vil jo tenke at en del ting vil gå seg til. Inntil disse apparatene er på plass og det har gått en viss tid, da vil vi tenke at vi venter litt for å se om situasjonen stabiliserer seg». (Informant 5).

«Hvis pasienten ikke blir bedre etter ca. et par måneder etter symptomdebut, kan de bli henvist på nytt igjen. Det er forventet at normal krisereaksjon skal være bedre etter noen måneder». (Informant 1).

Informanten mener kultur spiller en stor rolle når det gjelder manifestasjon av psykiske plager. Det gir utfordringer å skille normale krisereaksjoner fra reelle psykisk lidelser hos pasienter med annen kulturell bakgrunn.

«Det er lettere å gjøre gode vurderinger av hva som er midlertidige livssituasjonsbelastninger i forhold til en kultur man kjenner selv. Det er flere ukjente faktorer som gjør det vanskeligere når det er andre kulturer. Jeg vil jo gjøre en bedre vurdering av for eksempel normale krisereaksjoner hos etnisk norske pasienter, fordi jeg kjenner kulturen.» (Informant 1).

Skillet mellom normale krisereaksjoner og reelle psykiske lidelser hos ikke-vestlige innvandrere oppleves forskjellig blant informantene, men alle var opptatt av å skille mellom normale krisereaksjoner og reelle psykiske lidelser med tanke på behandlingsfordeling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten. De fleste informantene mener det ikke er utfordrende da pasienter med alvorlige psykiske lidelser skal behandles hos spesialisthelsetjeneste uansett om det er krisereaksjon eller reelle psykiske lidelser, og mange av disse pasientgruppene har alvorlig symptomer på psykiske lidelser. Mens en informant mener det er utfordrende på grunn av henvisninger til disse pasientgruppene, beskrives ofte symptomer som kan være normale krisereaksjoner etter belastning i livet, og at de kanskje ikke snakker åpent om psykiske plager av kulturelle årsaker. At disse pasientgruppene har andre kulturer, og mange av dem har opplevd traumer, kan gi helsepersonell problemer i møte med disse pasientene.

3.3 Inntaksteamets tanker om ikke-vestliges syn på psykisk helse

Under intervjuene kom det frem at informantene har inntrykk av at ikke-vestlige innvandrere henvises relativt sjeldent, men da ofte med mer alvorlige psykiske lidelser enn andre pasienter som henvises til VPP.

«Denne pasientgruppen blir henvist sjeldent eller i mindretall til VPP». (Informant 2)

«De få henvisningene som kommer, er om alvorlige psykiske lidelser. Jeg tror stigma gjør at de ikke kontakter legen før det går for langt». (Informant 5).

«Det er mye somatisering, derfor må lege mistenke psykisk lidelser med mye somatiske plager hos ikke-vestlige innvandrere». (Informant 3)

Informantene mener det kan være religiøse og kulturelle årsaker som påvirker hva pasienten velger å fortelle til fastlegen. Dette gjør at symptomer ikke kommer klart frem i samtaler med helsepersonell. Det kan være utfordrende både når fastlegen skal skrive henvisingen til spesialisthelsetjenesten og under vurdering av henvisning i inntaksteamet om pasient har rett til helsehjelp hos VPP eller ikke.

«Et vanlig eksempel er at en ikke-vestlig innvandrer har hatt det vanskelig kanskje før hen kom hit, og så kommer belastningen med å komme til Norge og en ny kultur. Hvis den personen kommer til fastlege, da velger personen hva den vil fortelle til legen av kulturelle årsaker. Dette er en faktor som påvirker resten av oppfølgingen. Den personen kan jo ha vært deprimert i flere år og trengte hjelp lenge før hen kom til Norge, men av kulturelle årsaker ikke er tydelig i møtet med legen og kanskje snakker frem ytre livssituasjonsfaktorer. Da blir jo det stående mest fremtredende i henvisninger, så øker det sjansen for at vi returnerer den på grunn av at det virker som en normal krisereaksjon. Vi kan ikke gjøre en bedre vurdering enn det som står i henvisningen». (Informant 1)

Informant 3 har mye erfaring med behandling av ikke-vestlige innvandrere. Når hun leser henvisninger som gjelder ikke-vestlige innvandrere, tenker hun pasienten har mye mer psykiske plager enn det som kommer frem i henvisningen på grunn av skam og tabu rundt psykiske plager hos denne pasientgruppen.

*«Når jeg behandler henvisninger fra ikke-vestlige innvandrere, da tenker jeg det ligger mere bak enn det som er kommet frem på henvisningen på grunn av skam»
(Informant 3)*

En av utfordringene informanten har i vurdering av henvisninger hos disse pasientgruppene, er at de må være ekstra oppmerksomme på å ikke gjøre feil vurdering på grunn av bakgrunn.

«Jeg tror jeg selv er veldig redd for å gjøre feil vurdering på bakgrunn av at de er ikke-vestlige. Jeg tror nok jeg har andre briller som er litt mindre streng på godt og vondt. Jeg synes ofte at det er vanskelig å lese disse henvisningene på bakgrunn av at det for eksempel kan være bias jeg har. Jeg opplever ofte at henvisninger av ikke-vestlige innvandrere går på PTSD». (Informant 5).

Informantene har inntrykk av at de mottar sjelden henvisninger av ikke-vestlige innvandrere, men de som henvises har alvorlige psykiske lidelser og mye somatisering. Kultur og religion kan være medvirkende faktorer som hindrer disse pasientgruppe i å oppsøke helsehjelp tidsnok ved psykiske plager. Informantene er oppmerksomme på å ikke gjøre feil vurdering på grunn av at disse pasientene er ikke-vestlige.

4 Diskusjon

Problemstillingen i denne oppgaven er: «*Hvilke erfaringer har behandlere på Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP) med å vurdere henvisninger av ikke-vestlige innvandrere i lys av andre henvisninger?*». Analysen av intervjuene viser hvordan henvisning til VPP behandles og om erfaringene inntaksteamet har. Basert på resultatene og den tematiske analysen er hovedfunnene i oppgaven at inntaksteamet observerte at de mottar sjelden eller fåtall henvisninger av ikke-vestlige innvandrere, og at de har alvorligere psykiske lidelser enn resten av pasientene som henvises. At mange av disse pasientgruppene har opplevd traumer, gjør det vanskelig å skille om symptomene de har dreier seg om normale krisereaksjoner eller psykisk sykdom, og helsepersonell kan ha bias på grunn av bakgrunnen til pasientene. I diskusjonsdelen redegjøres det for hvordan resultatene står seg i forhold til eksisterende litteratur. Temaene kommer i rekkefølge: *Ikke-vestlige innvandrere har høyere risiko for akutt- og tvangsinnleggelse; Behandlingsfordeling for ikke-vestlige innvandrere med psykiske plager og Ubevisste holdninger blant helsepersonell*. Til slutt vil det være en metodediskusjon med styrker, svakheter og implikasjoner ved denne oppgaven.

4.1 Ikke-vestlige innvandrere har høyere risiko for akutt- og tvangsinnleggelse

Tidligere studier viser at ikke-vestlige innvandrere har høyere forekomst av psykiske plager enn majoritetsbefolkningen, men har allikevel lavere bruk av spesialiserte psykiske helsetjenester¹⁻³. Informantene i denne studien opplever også at ikke-vestlige innvandrere blir henvist sjeldent eller i fåtall. Imidlertid har informantene inntrykk av at de som blir henvist, har alvorligere symptomer som utløser rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Resultatene viser også at informantene mener det skjer en form for svikt i primærhelsetjenesten, da den ikke klarer å fange opp psykiske plager tidlig nok av ulike årsaker, slik at de som blir henvist allerede har alvorlige plager. Dette er i tråd med tidligere undersøkelser som viser at ikke-vestlige innvandrere har høyere risiko for akutt- og tvangsinnleggelse^{17,39-41}. For eksempel viste en norsk studie på akutte innleggelse ved sykehuset Østmarka i perioden 1995-2000, at 3035 pasienter ble innlagt. Alle innlagte asylsøkere (39) og innvandrere (94) ble inkludert, og en kontrollgruppe på 133 nordmenn ble analysert. Studien viste at asylsøkere har betydelig høyere risiko for å bli akutt innlagt enn majoritetsbefolkning og andre innvandrere³⁹. En nederlandsk

studie har registrert pasienter som har vært i kontakt med Psykiatrisk Emergency Service Amsterdam mellom 2004 til 2006, og den viser at ikke-vestlige innvandrere hadde høyere risiko for tvangsinnleggelse enn vestlige innvandrere og innfødte nederlendere⁴⁰. En av forklaringsfaktorene for det så ut til å være politihenvising fremfor henvisning fra fastlege, og flere med psykosediagnose⁴⁰. En annen studie viser at ikke-vestlige innvandrere var overrepresentert i psykiatrisk legevakt og ble ofte tvangsinnlagt⁴¹. Ved en avdeling innen akutt psykiatri i Oslo viste at ikke-vestlige innvandrere var sykere ved innleggelse enn resten av de innlagte pasientene¹⁷. Tvang ble brukt i tre fjerdedeler av innvandrergруппene, mot omtrent halvparten for de øvrige pasientene¹⁷.

Årsakene til hvorfor ikke-vestlige innvandrere er overrepresentert i statistikk om akutt- og tvangsinnleggelser, er ikke helt opplagt. Det man vet om ikke-vestlige innvandreres bruk av helsetjenester, er imidlertid at de har betydelig lavere bruk av spesialiserte psykiske helsetjenester til tross for at det er høyere forekomst av psykiske lidelser^{4,5}.

I en norsk studie som undersøkte hvordan syriske flyktninger foretrekker å søke hjelp for depresjon, kom det frem at de fleste svarte at de ville søke hjelp hos Gud eller partneren sin⁴². De hadde forestillinger om at fastlegen ikke forstår dem godt nok, og det er lang ventetid for å få time hos fastlegen. Flyktninger kan også ha ulike forventninger til helsevesenet som kan være utfordrende for fastleger⁴². Resultat av studien tyder på at disse pasientene mest sannsynlig ikke søker hjelp for psykiske plager hos fastlegen sin.

Informantene i denne studien hadde tanker om årsaken til at ikke-vestlige innvandrere ble henvist sent og med alvorlige symptomer. For eksempel kan en årsak være at disse pasientgruppene ikke oppsøker helsehjelp på grunn av tabu og stigma relatert til psykiske lidelser. Selv om dette ikke kan etterprøves, er det allikevel i tråd med kunnskapen om hvordan forståelser av helse og sykdom, tabu og stigma kan påvirke bruk av helsetjenester.

Flere tidligere studier viser at det å ha psykiske lidelser hos ikke-vestlige innvandrere er skam- og tabubelagt^{8,20,22}. I mange innvandrermiljøer blir psykiske problemer assosiert med galskap, og har dermed fått tabustempel⁴³. En kvalitativ studie om stigma om psykisk sykdom og rusmisbruk blant ikke-vestlige innvandrere som bor i Australia, viser bekymring for konsekvensene av avsløring; personlig skam, frykt for avvisning av samfunnet og å bli stemplet

som en "galning", avskrekket disse pasientgruppene fra å søke hjelp for psykiske plager⁴². Disse tankene kan påvirker hva pasienten velger å fortelle til fastlegen, og det gjør at symptomer ikke kommer klart frem i samtaler med helsepersonell og i henvisningene⁸. Dette øker risikoen for å ikke få riktig utredning, diagnose og behandling tidsnok⁸. Informantene i denne oppgaven opplever at henvisninger til ikke-vestlige innvandrere har mye om ytre livssituasjonsfaktorer, som kan være av religiøse og kulturelle årsaker, at det blir stående som mest fremtredende i henvisningene og noe som øker sjansen for at de blir avvist fra VPP. Andre faktorer er at somatisering er utbredt hos disse pasientgruppene på tvers av religion, språk og kulturer⁴⁴.

I likhet med rapporten fra Helsedirektoratet²⁷ mener informantene at det er høy avslagsprosent på henvisninger hos VPP generelt. For befolkningen generelt vet vi at omtrent en tredjedel av henvisningene til behandling i psykisk helsevern for voksne blir avvist²⁷. Det finnes ingen statistikk over hvor mange prosent av ikke-vestlige innvandrere som blir avvist. Informantene mener det er et fåtall av disse pasientgruppene som henvises, og de får like hyppige avslag som majoritetsbefolkningen med samme symptomer. Høy avslagsprosent generelt kan også være med å forklare hvorfor ikke-vestlige innvandrere har høyere risiko for å bli akutt- og tvangsinnlagt.

En kvalitativ studie blant 12 fastleger med mye erfaring med behandling av flyktninger viser at behandlingstilbudet til disse pasientgruppene er lite fleksibelt. Noen eksempler er at gruppebehandling ofte avslås av språkmessige årsaker⁴⁵. Mangelfullt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten plasserer ofte fastlegen alene om behandlingen av pasienter med til dels meget kompliserte sykdomsbilder⁴⁵. I en annen studie viste det seg at norske fastleger følte seg i liten grad forberedt til å jobbe med flyktninger som har psykiske plager⁴⁶. Flyktninger med psykiske vansker vil ha nytte av profesjonell psykisk helsehjelp, men det kan være utfordrende når helsevesenet ikke er forberedt til å ta imot disse pasientene⁴⁶.

Det at behandlingstilbudet for ikke-vestlige innvandrere hos spesialisthelsetjenesten ikke er fleksibelt, at fastlegene ofte får ansvar alene med disse pasientene med kompliserte sykdomsbilder og at fastleger føler at de ikke er forberedt, kan være noe av forklaringen på informantens erfaring med at disse pasientgruppene har alvorlige lidelser når de henvises. Tidlige tiltak har vist seg å ha mindre kostnad for samfunnet enn å behandle pasienter med alvorlige psykiske lidelser, og det er bedre gevinst på individnivå⁴⁷. Den norske legeforeningen

mener at «for å sikre likeverdig helsetilbud må det utarbeides kunnskapsbaserte strategier basert på tverrfaglig forskning i forhold til flerkulturelle utfordringer»⁴⁴.

4.2 Behandlingsfordeling for ikke-vestlige innvandrere med psykiske plager

Ett av funnene i denne oppgaven er at for å ha rett til helsehjelp hos VPP, må man ha funksjonsnedsettelse forårsaket av psykiske plager. Dette skal ikke være utløst av krise/belastning, og man skal ikke ha opplevd traumer rundt symptomdebut. Men hvis det dreier seg om alvorlige lidelser, får pasienten rett til helsehjelp hos spesialisthelsetjenesten uavhengig av utløsende årsak til plagen. Psykisk krise defineres som en hendelse, opplevelse, påkjenning eller belastning har oversteget et individs totale mestringsevne og fører til psykisk ubalanse⁴⁸. Flere studier viser at mange ikke-vestlige innvandrere ofte har opplevd svært belastende hendelser, de har for eksempel vært ofre for tortur og voldtekt, og de kan være traumatiserte⁴⁹. Dette gjør disse pasientgruppene sårbare for å ha eller utvikle psykisk lidelser⁵⁰. Ifølge «Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne» bør «personer som har vært utsatt for traumer ha støttende oppfølging i primærhelsetjenesten. Ved henvisning til spesialisthelsetjeneste bør symptomene overskride det som forventes å ligge innenfor normalreaksjoner på alvorlige livsbelastninger»³². Erfaring fra informantene på denne studien og tidligere forskning²² viser at mange ikke-vestlige innvandrere har vanskeligheter med å snakke åpent om psykiske plager. De snakker kanskje istedenfor om situasjonelle betingelser og økonomiske problemer, samt helsebelastninger istedenfor de psykiske plagene sine²². Kombinasjonen av at mange av disse pasientene har opplevd traumer, og at de kan ha det vanskeligere med å snakke åpent om psykiske lidelser, gir helsepersonell utfordringer med å bestemme om symptomene dreier seg om psykisk sykdom eller om det er en normal krisereaksjon etter gjennomgått belastning/krise eller traumeopplevelser²².

Helsepersonell ved Vestfold Migrasjonshelsesenter har henvist flyktninger med PTSD-symptomer, psykosomatiske symptomer og søvnproblemer til spesialisthelsetjenesten. Mange av de som ble henvist til spesialisthelsetjenesten, ble avvist uten gode medisinske grunner, ifølge helsepersonellet på senteret¹⁹. Noen av de gjentatte begrunnelsene for avslag er knyttet til usikkerheten rundt asylsøkerens opphold i landet, og til deres ustabile livssituasjon¹⁹. I denne studien kom det også frem at pasienter som behandles på VPP bør være i en stabil livsfase.

Informantene oppgir at det ikke finnes klare definisjoner eller retningslinjer som sier hva som er et stabilt liv. De bruker skjønn på hva et stabilt liv innebærer. I en rapport om et resultat av et felles faglig løft i Legeforeningen står det: «*Dessverre blir i dag ikke-vestlige innvandrere henvist til spesialisthelsetjenesten ofte avvist, med den begrunnelse at det er for komplisert og at asylsøknaden ikke er avklart*»⁴⁴. Denne rapporten er i tråd med erfaringene til helsepersonellet ved Vestfold Migrasjonshelsesenter. I motsetning til erfaringene hos helsepersonell ved der, kom det frem i denne oppgaven at ikke-vestlige innvandrere med psykisk sykdom får behandling uavhengig av status på oppholdstillatelse i Norge, da de fleste av disse pasientene har alvorlige psykiske symptomer, ifølge informantene. Dette tyder på at det kan være forskjellig praksis på de ulike VPP-ene i Norge.

4.3 Ubevisste holdninger blant helsepersonell

Analysen av datamaterialet til denne oppgaven viste at informanten var oppmerksom på bias: «*Vi mennesker foretar hele tiden mer eller mindre gjennomtenkte generaliseringer i vår samhandling med andre mennesker. Psykologer kaller slike ubevisste tankeprosesser basert på mønstergjenkjenning for ubevisst bias eller forutinntatthet*»⁵¹. Bias kan være en utfordring i utredning og behandling når det gjelder ikke-vestlige innvandrere. Dette viser seg i erfaringer fra informanten i denne oppgaven og i en ny norsk forskning⁴². Denne forskningen undersøkte hvordan leger forholder seg til flyktninger med psykiske lidelser. Fastleger ble randomisert til å se videoklipp av en simulert konsultasjon på en pasient fra Somalia og etnisk norsk som hadde symptomer på depresjon. Fastlegene behandlet disse pasientene ulikt til tross for at pasientene hadde helt like symptomer, og at fastlegene ikke visste om tidligere hendelser hos disse pasientene. Norsk pasienter, særlig kvinner, ble diagnostisert med «*depresjonsfølelse*» og fikk sykemelding, mens somaliske kvinnelige pasienter fikk PTSD-diagnose og fikk medisiner mot somatiske plager. Det var ingen etnisk norsk som fikk PTSD-diagnose⁴². Dette tyder på at helsepersonell har bias på bakgrunn av hvor pasienten kom fra. I den norske velferdsmodellen er det en overordnet verdi at helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige og uavhengige av religion, kultur og etnisitet⁵². Det betyr at alle skal ha tilgang til tjenester av like god kvalitet, og som er tilpasset den enkelte⁵².

Helsepersonell møter mange utfordringer knyttet til kultur, religion og språk⁵³. Kombinasjonen av bias og manglende kunnskap og erfaring kan begrense likeverdig helsehjelp til ikke-vestlige

innvandrere. Mange helseprofesjonsutøvere opplever at det er utfordrende å gi likeverdig helsehjelp til ikke-vestlige innvandrere av kulturelle og språklige grunner²⁰.

I denne oppgaven kom det frem at informantene har begrenset kunnskap og erfaring med behandling av ikke-vestlige innvandrere, og får ikke kurs/opplæring om psykisk helse hos denne pasientgruppen når de starter på inntaksteamet, men de behandlerne som har interesse i feltet, kan oppdatere seg. I Helsedirektoratets strategidokument for nasjonale mål og prioriterte områder på helse- og omsorgsfeltet står det: «*Det er viktig at helse- og omsorgstjenesten møter ulike befolkningsgruppers behov. Det er behov for spesiell oppmerksomhet om urbefolkningens og innvandreres helsemessige behov. Nasjonal strategi om innvandreres helse legger til grunn at helsepersonell på alle nivåer får nødvendig opplæring for å kunne yte likeverdige helse- og omsorgstjenester. Dette inkluderer at helsepersonell har kunnskap om behov og eventuelle spesielle helseutfordringer hos ulike grupper av innvandrere*»⁵⁴. Dette tyder på at Helsedirektoratets plan ikke er i mål ennå.

4.4 Metodediskusjon

4.4.1 Metodediskusjon

Oppgavens formål er å få innsikt i inntaksteamet ved VPP sine erfaringer med å vurdere henvisninger for ikke-vestlige innvandrere i lys av andre henvisninger. En kvalitativ tilnærming egnet seg best for å besvare mitt forskningsspørsmål. Det var en lang og tidkrevende prosess, men det ga meg mulighet til å bli godt kjent med kvalitativ metode.

Validitet

I kvalitativ forskning handler validitet om at en har undersøkt det som en hadde til hensikt å undersøke⁵⁵. Validitet deles i intern og ekstern. Interne validitet handler om at det er konsistens mellom funnet forskeren har gjort og det teoretiske rammeverket, eller mellom ulike metodeinnganger. Mens ekstern validitet går på om funnene er overførbare til andre kontekster⁵⁵. Intern validitet ble forsøkt sikres ved å utvikle intervjuguide utfra problemstillingen, gjennomgang av eksisterende litteratur i bakgrunnsdelen, og systematisk analyse av datasettet. Funnene i denne studien blir forsøkt satt i sammenheng med eksisterende, relevante og tidligere studier for å danne grunnlag for ekstern validitet og overførbarhet av studien. Hovedutfordringen med oppgaven er at informanter hadde svært få erfaringer med

behandling av henvisninger som gjelder ikke-vestlige innvandrere, da de mottar henvisninger til denne pasientgruppen sjelden. At det foreligger lite litteratur på vurdering av henvisninger hos VPP, har gjort det utfordrende å diskutere funn i oppgaven opp mot eksisterende viten.

Styrker ved oppgaven

Denne studien er en av de få studiene som er gjort om hvilke erfaringer og utfordringer inntaksteamet hos VPP har med behandling av henvisninger, spesielt for ikke-vestlige innvandrere. Dette ga mulighet til å utforske et område som er lite kjent. Litteratursøk i temaet ga ingen funn fra norske studier. Dette kan sees som en av oppgavens styrker, da det ikke fantes tidligere studier, og at temaet er nødvendig på grunn av høy forekomst av psykisk plager hos ikke-vestlige innvandrere.

I oppgaven valgte jeg kvalitativ tilnærming. Metodevalg er også en av oppgavens styrker. Fordeler med kvalitativ forskningsmetode er at den gir forskeren fleksibilitet. Som forskere har vi rett og plikt til å lære av våre erfaringer, og til å korrigere kursen i prosjektet i samsvar med det vi oppdager underveis³³. Som en uerfaren med kvalitativ metode fikk jeg mulighet til å erfare at problemstillingene kan bedre belyses fra en annen kant enn det som forforståelsen opprinnelig tilsa. Forforståelsen er den ryggsekk vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Denne bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og av og til teoretiske referanserammer³³. Min forforståelse var at ikke-vestlige innvandrere oftere får avslag fra VPP, og jeg ville gjøre en kvantitativ analyse for å finne ut mer om det. Min veileder, to personer fra inntaksteamet og jeg hadde møte for å diskutere hvordan studien best mulig kunne gjennomføres. Da kom det frem at det er veldig liten sannsynlighet for at det ville bli godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) på grunn av sensitive opplysninger og sårbare pasientgrupper.

Intervjuene ble gjennomført vår-sommer 2020, og samtidig ble dataene transkribert. Dette ga mulighet for tidlig start av analysen, da transkripsjon kan regnes med i analysen. Gjennom denne prosessen blir man kjent med datamaterialet³⁸. Muligheten for å starte tidlig med analyse, ga anledning til å lese en god del tidligere studier om psykisk helse hos ikke-vestlige innvandrere. Forskerens teoretiske referanseramme er en sentral del av analysen³³. At det finnes mange tidligere studier om psykisk helse hos ikke-vestlige innvandrere, ga oppgaven godt teoretisk grunnlag for.

Svakheter ved oppgaven

En av svakhetene ved oppgaven kan være at informantene hadde begrenset erfaring med pasientgruppen som forskeren ville undersøke. Det er vanskelig å vurdere i hvilken grad resultatene fra denne studien er overførbare til andre inntaksteam hos VPP, og at det ikke finnes tidligere studier i hvordan henvisninger behandles hos VPP.

En annen ulempe med oppgaven er at jeg er uerfaren med kvalitativ analyse, valg av spørsmålene i intervjuguiden og med gjennomføring av et intervju. Flere av spørsmålene var om hvordan de behandler henvisningene. En god del av datamaterialet ble da om rutiner VPP har under behandling av henvisningene. Dette ble utfordrende i analysedelen. Hvis jeg hadde hatt erfaring fra før, hadde intervjuguiden vært mye mer rettet mot erfaringer og opplevelser informantene har under behandling av henvisningene. Dermed kunne resultatene ha sett annerledes ut.

4.4.2 Praksisimplikasjoner

Så vidt jeg vet er det ingen andre studier som ser på erfaringer og utfordringer hos inntaksteamet i VPP. Denne studien viser at behandlere møter utfordringer med manglende nødvendig informasjon om henvisninger generelt. Når det gjelder henvisninger på ikke-vestlige innvandrere, sender noen fastleger henvisninger med mye fokus på pasientens bakgrunn og hva pasienten har opplevd, men lite om hva pasienter strever med nå. Dette skaper utfordringer i å vurdere om det er en normal krisereaksjon etter belastning eller reell psykisk lidelse, særlig hos de pasienter som beskrives med moderate symptomer. Mange fastleger mener det er høy terskel for pasienter som er henvist til VPP for å få behandling, at spesialisthelsetjenesten ikke tar deres vurdering av alvorlighetsgrad seriøst nok⁵⁶. Det kan være interessant å se på hva som skal til for å minimere denne utfordringen. I samarbeid mellom primær- og sekundærhelsetjenesten kan det lages mal for henvisninger fra fastleger til VPP, slik at henvisningene forbedres. Andre mulige praksisimplikasjoner er at helsepersonell bør være mer oppmerksomme i møte med ikke-vestlige innvandrere med psykiske plager, da det kan være utfordrende å ikke ha noen form for bias i møte med disse gruppene.

4.4.3 Implikasjoner for videre forskning

I denne studien kom det frem at informantene mottar et fåtall henvisninger som gjelder ikke-vestlige innvandrere, og at disse har alvorligere psykiske lidelser enn resten som blir henvist. Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for helsetilbudet til asylsøkere i de ulike fasene av asylprosessen og ved bosetting⁵⁷. I veilederen står det at psykisk helse hos asylsøkere skal kartlegges på ordinært mottak etter 3 måneder fra asylsøkerens ankomst til Norge. Noen av de ikke-vestlige innvandrerne får denne kartleggingen, men ikke alle. Tidligere studier viser at sterke psykiske plager oppstår når kroppens forsvarsverk slapper av⁴⁷. Psykiske symptomer utvikles over mye lengre tid enn 3 måneder, og kartlegging bør gjentas etter noen år. En kartlegging av psykisk helse av 600 kambodsjanske flyktninger i 20 år etter bosetting i vertsland, fant en høy prevalens av psykiske lidelser²³. Dette viser at traumatiserte flyktninger sliter med psykiske problemer mange år etter ankomsten til det nye landet.

En tidligere studie i Norge om traumatiserte flyktninger, viser at det tok i gjennomsnitt 11 år fra de kom til Norge til de fikk behandling for psykisk lidelse. I samme studie kom det frem at tidlige tiltak har lite kostnad, og er med på å forebygge at tilstanden forverrer seg. Hvis disse pasientene ikke får behandling tidlig nok, kan det få store kostnader på lengre sikt⁴⁷.

Tidligere studier og denne oppgaven viser dermed at ikke-vestlige innvandrere kan få psykiske plager lenge etter at de har ankommet det nye landet. Mulige implikasjoner etter denne studien er at det hadde vært interessant med kartlegging av psykisk helse hos ikke-vestlige innvandrere etter at de hadde vært i Norge i noen år for å fange opp de pasienter som strever med psykisk plager tidsnok. Andre mulige implikasjoner er å undersøke blant ikke-vestlige innvandrere om hva som skal til for normalisering av psykiske lidelser hos denne pasientgruppen. Den viktigste mulige implikasjonen er å få klarlagt mulighetene fastlegene har til å fange opp psykiske plager hos disse pasientene, og å henvise dem tidsnok til spesialisthelsetjenesten med nødvendig informasjon.

Denne studien kan danne grunnlag for videre forskning av hva fastleger synes om egen innsats i denne prosessen, og hva de synes om årsaken til at disse pasientgruppene henvises sjelden, og at de har alvorligere psykiske lidelser enn resten av pasientene som henvises.

5 Konklusjon

Dette er en kvalitativ studie med fem informanter. I denne studien fortalte informantene om de har observert om VPP mottar et fåtall eller sjelden henvisninger som gjelder ikke-vestlige innvandrere, og at disse pasientene ofte har alvorligere psykiske lidelser enn resten av pasientene som henvises. Noen av ikke-vestlige innvandreres henvisninger har mer fokus på bakgrunn og hva de har opplevd, men mangler hva de strever med nå. Dette kan være en medvirkende faktor når man skal skille mellom reelle psykiske sykdommer og krisereaksjoner som er nødvendig med tanke på hvor pasienten skal behandles, da mange ikke-vestlige innvandrere har opplevd traumer. Ifølge prioriteringsveileder og informantene bør traumatiserte behandles hos primærhelsetjenesten, med mindre de har alvorlige psykiske lidelser som ikke håndteres hos primærhelsetjenesten. Av kulturelle og religiøse årsaker har mange av denne pasientgruppen vanskeligheter med å snakke åpent om psykiske plager og kommer med mye somatisering, situasjonelle betingelser, økonomiske problemer og helsebelastninger på grunn av tabu og stigma relatert til psykiske plager. Dette kan ofte tolkes som om de er i en ustabil livssituasjon og derfor ikke oppfyller kriteriene for å få helsehjelp hos spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonell kan ha bias når pasienter ikke er vestlige, men informantene var oppmerksomme på det. Fastleger har en viktig rolle i å fange opp psykiske plager hos ikke-vestlige innvandrere og henvise pasienten tidsnok til spesialisthelsetjenesten med nødvendig informasjon. Derfor ville det være interessant å finne ut hva fastleger synes om egen innsats i denne prosessen, og hva de synes om årsaken til at disse pasientgruppene henvises sjelden, og at de har alvorlige psykiske lidelser. Denne studien kan danne grunnlag for videre forskning.

6 Referanseliste

1. Renefolt A, Aarø L, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S. *Psykisk helse i Norge*. 2018.
2. Hollander A-C, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *bmj*. 2016;352.
3. Ekeberg KA, Abebe DS. Mental disorders among young adults of immigrant background: a nationwide register study in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2021;56(6):953-962.
4. Abebe DS, Lien L, Elstad JI. Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 2017;52(6):679-687.
5. Kiesepää V, Torniaainen-Holm M, Jokela M, et al. Immigrants' mental health service use compared to that of native Finns: a register study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2020;55(4):487-496.
6. Dzamarija MT. Slik definerer SSB innvandrere. 2019; <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>.
7. Statistisk-sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. 2022; <https://www.ssb.no/en/befolkning/innvandrer/statistikk/innvandrer-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>. Accessed 3. aug 2022.
8. Erdal K, Singh N, Tardif A. Attitudes about depression and its treatment among mental health professionals, lay persons and immigrants and refugees in Norway. *Journal of Affective Disorders*. 2011;133(3):481-488.
9. World-Health-Organization. Mental health: a state of well-being. 2022; https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/. Accessed 03. juli 2022.
10. Cantor-Graae E, Pedersen CB, McNeil TF, Mortensen PB. Migration as a risk factor for schizophrenia: a Danish population-based cohort study. *The British Journal of Psychiatry*. 2003;182(2):117-122.
11. Dalgard OS TS, Hauff E, Mccubbin M, Syed HR. Immigration, lack of control and psychological distress: Findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology* 2006;47(6):551-558.
12. Lindert J EO, Priebe S, Mielck A, Brahler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. 2009;69(2):246-57.
13. Lie B LN, Laake P. Traumatic Events and Psychological Symptoms in a Non-clinical Refugee Population in Norway. *Journal of Refugee Studies*. 2001;14(3):276-294.
14. Jaranson JM ES, Kroupin GV, Eisenman DP. Mental Health and Illness in Immigrants: Epidemiology and Risk Factors. *Immigrant Medicine, Walker PF, Barnett ED (Eds), Elsevier, Philadelphia*. 2007:627.
15. Marshall GN, Schell, T. L., Elliott, M. N., Berthold, S. M. & Chuun, C. A. Mental Health of Cambodian Refugees 2 Decades After Resettlement in the United States. *Journal of American Medical Association*. 2005;294:571-579.
16. Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, et al. The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General hospital psychiatry*. 2013;35(2):202-209.

17. Berg JE JE. Innlegges innvandrere oftere enn etniske nordmenn i akuttpsykiatriske avdelinger? 2004;124: 634-126.
18. Danzinger C, Fellingner M, Fellingner-Vols W, et al. Position paper about the care of refugees. *Psychiatrie, Psychotherapie, Public Mental Health und Sozialpsychiatrie*. 2018;32(2):101-106.
19. Olsen B. Fremmedfrykt i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2010;47(9):802-803.
20. Janbu T. Likeverdig helsetjeneste - Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/rapporter/likeverdig-helsetjeneste-om-helsetjenester-til-ikke-vestlige-innvandrere/> 20. mai 2008.
21. Kamsares AK. *En frigjøringsleders historie Aman Kedir Kamsares beretning om sitt liv*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
22. Walås YT. «Man snakker ikke om sånt»-En kvalitativ undersøkelse om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2017;14(2):134-144.
23. Sveaass N, Johansen L. Drømmen bortenfor: Traumatiserte flyktningers møte med psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2006; 43 :1282-91*. 2006.
24. Pasientrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. 1999. LOV-1999-07-02-63.
25. Dahl S, Sveaass N, Varvin S. Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger-veileder. 2006; <https://www.nkvts.no/rapport/psykiatrisk-og-psykososialt-arbeid-med-flyktninger-veileder/>.
26. Ahlberg N, Duckert F. Minoritetsklinter som helsefaglig utfordring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2006;43(12):1276-1281*.
27. Helsedirektoratet. Avviste i psykisk helsevern for voksne. 2020. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/nasjonale-styringsmal-for-spesialisthelsetjenesten/avviste-innen-psykisk%20helsevern%20for%20voksne>. Accessed 08. juli 2022.
28. Martinussen P. Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: The role of physician and primary care factors. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2013;Vol 41(8):874-882.
29. Helse-og-omsorgsdepartementet. Grunnstrukturen i helsetjenesten. 2014; <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>. Accessed 12. juli 2022.
30. Helsedirektoratet. Kommunens tjenestetilbud bør ha høy tilgjengelighet og lav terskel. 2017; <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging/organisering-av-tjenestetilbudet/kommunens-tjenestetilbud-bor-ha-hoy-tilgjengelighet-og-lav-terstel>. Accessed 29. juni 2022.
31. UNN-Åsgård. Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Tromsø. 2022; <https://unn.no/avdelinger/psykisk-helse-og-rusklubben/avdeling-nord/voksenpsykiatrisk-poliklinikk-tromso>. Accessed 28. juni 2022.
32. Helsedirektoratet. Fagspesifikk innledning - psykisk helsevern for voksne. 2015. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne/fagspesifikk-innledning-psykisk-helsevern-for-voksne>. Accessed 01. juli 2022.

33. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring*. Universitetsforlaget; 2017.
34. Brinkmann S, Tanggaard L. *Kvalitative metoder: en grundbog*. Hans Reitzels Forlag; 2010.
35. Steinar K. *Det kvalitative forskningsintervju*. Gjøvik: Gyldendal Akademisk; 2001.
36. Finnmarkssykehuset. Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Alta. 2022; <https://finnmarkssykehuset.no/avdelinger/klinikk-alta/psykisk-helsevern-alta/voksenspsykiatrisk-poliklinikk-alta#underliggende-enheter>. Accessed 11. juli, 2022.
37. Tjora A. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.; 2017.
38. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* 2006;3(2):77-101.
39. Cabral Iversen V, Morken G. Acute admissions among immigrants and asylum seekers to a psychiatric hospital in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003;38(9):515-519.
40. van der Post L, Visch I, Mulder C, Schoevers R, Dekker J, Beekman A. Factors associated with higher risks of emergency compulsory admission for immigrants: a report from the ASAP study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2012;58(4):374-380.
41. Mulder CL, Koopmans GT, Selten J-P. Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;188(4):386-391.
42. Harris SM, Binder P-E, Diaz E, Ekroll V, Sandal GM. General practitioners' management of depression symptoms in Somali refugee and Norwegian patients: a film vignette experiment. *BMJ open*. 2021;11(12):e055261.
43. Fabrega Jr H. Psychiatric stigma in non-Western societies. *Comprehensive Psychiatry*. 1991;32(6):534-551.
44. Norskelegeforening. *Likeverdig helsetjeneste? - Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*. Den Norske legeforening;2008.
45. Grut L TL, Hauff E. Fastlegens møte med flyktninger. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. 2006;126:1318-1320.
46. Harris SM. *Mental health encounters between general practitioners and individuals with a refugee background: Help seeking and provision in the resettlement context* 2022.
47. Jakobsen SE. Det haster med å kartlegge flyktningers psykiske helse. *Forskning.no*. 2015. <https://forskning.no/innvandring/det-haster-med-a-kartlegge-flyktningers-psykiske-helse/457446>. Accessed 12. mai 2022.
48. Johansen I, Blinkenberg J, Arentz-Hansen C, Moen K. *Legevaktshåndboken: Psykisk krise*. In: Gyldendal Akademisk; 2021.
49. Janbu T. Likeverdig helsetjeneste til en mangfoldig befolkning. 2008; [https://legeforeningen.no/PageFiles/26887/Likeverdig%20helsetjeneste%20-%20Om%20helsetjenester%20til%20ikke-vestlige%20innvandrere%20\(Pdf\).pdf](https://legeforeningen.no/PageFiles/26887/Likeverdig%20helsetjeneste%20-%20Om%20helsetjenester%20til%20ikke-vestlige%20innvandrere%20(Pdf).pdf).
50. Michael. Hollifield SV-K, Beth Farmer, Eric C Toolson, Tsegaba Woldehaimanot, Junko Yamazaki, Annette Holland, Janet St Clair, Janet SooHoo. *The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees*. 2012.

51. Alnæs-Katjavivi P. Ubevisste holdninger hos leger. 2021(6). <https://tidsskriftet.no/2021/03/debatt/ubevisste-holdninger-hos-leger>. Accessed 03. juli 2022.
52. Meld.St. 34 (2015-2016). Verdier i pasientens helsetjeneste – melding om prioritering. In: Helse- og omsorgsdepartementet, ed.
53. Yogarajah B. Helseprofesjonsutøverens utfordringer i møter med flerkulturell samfunn. *Dagsavis*. 15. nov 2011.
54. Helsedirektoratet. Nasjonale mål og prioriterte område for 2015 Accessed 13. april 2022.
55. Krumsvik RJ. *Innføring i forskningsdesign og kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget; 2014.
56. Holman PA. Systemsvikt når hver tredje henviste pasient avvises. *dagensmedisin*. 2017.
57. Jakobsen M, Sveaass N, Johansen L, Skogøy E. *Psykisk helse i mottak: Utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere*. 4/2007.

7 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1 Intervjuguide

Intervjuguide

Introduksjon

1. Kan du begynne med å introdusere deg selv, og hvor lenge du har jobbet på Åsgård UNN/ privat psykolog? Hva har du jobbet med før du begynte å jobbe på Åsgård UNN?
2. Hvilken pasientgruppe tenker du på når du hører ikke-vestlige innvandrere?
3. Hvilken erfaring har du med å behandle ikke-vestlig innvandrere som pasienter?

Behandling av henvisningene på Åsgård

4. kan du fortell om hvordan henvisningene behandles på din arbeidsplass?
og hva er din rolle i behandling av henvisningene?
5. Har dere kriterier? Hvordan de fungerer? Hvilke utfordringer har kriteriene i behandling av henvisningene hos særlig ikke vestlige innvandrere?
6. Kan du fortelle om hvordan du/dere jobber i for å vurdere henvisningene, hvem er i teamet og hvordan jobber dere?
7. Hvordan løser dere problemet, hvis dere ikke er enig om en pasient bør ha behandlings tilbud eller ikke?
8. Hvilken kompetanse har dere som jobber i teamet om psykisk helse hos innvandrere?
9. Får dere kurs eller annen opplæring som går på hvordan syn har ikke-vestlige innvandrere på psykisk helse?
10. ER det de samme som behandler henvisningene som behandler pasienten? Hva er fordeler eller ulemper med det?
11. Har du noen konkret eksempel på utfordring du har opplevd under behandling av henvisningene av ikke-vestlig innvandrere? Hvordan vurderte du om pasienten skal få behandlingstilbud eller ikke?
12. Er det noen generelle utfordringer knyttet til behandlingen av slike henvisninger?

Om den som henviser/om henvisningene

13. Hvem som henviser pasienter til dere?
14. Hva er vanligste diagnoser som de blir henvist med?
15. Hva synes du om kvaliteten på henvisningen?
16. Hva trenger du å vite i en henvisning for å kunne gjøre en god vurdering?
17. Hvordan samarbeider dere med de som henviser pasientene til dere for å finne ut om pasienten skal ha behandlingstilbud eller ikke?

Har du et eller flere vedlegg kan du legge dem til her. Bruk **overskriftsstilen** «

Om pasienter og språk- og kulturbarriere

18. På hvilken måte påvirker behandling av henvisningene, når pasienter skal ha behov for tolk i videre behandling.
19. Innvandrere kan være i en ustabil livssituasjon, særlig asylsøkere og flyktninger.
Hvordan påvirker dette om dere gir behandlingstilbud eller ikke?
20. I andre kulturer kan psykiske plager være tabubelagt eller stigmatisert. Hva er din erfaring med dette?
21. Har du noen tanker om hvordan dette kan påvirke diagnostisering hos for eksempel allmennlegen og henvisningen den skriver til dere?
22. Hvordan vurderer dere om pasientens plager som er beskrevet i henvisningen faktisk er forårsaket av en psykisk lidelse?

Avslag

23. Hva gjør dere med pasientene/henvisningen som dere ikke gir tilbud til, spesielt de der det var vanskelig å vurdere om de burde ha tilbud for behandling eller ikke?
24. Vet du hvilke andre tilbud/behandling får de som blir avvis av Åsgård UNN?
25. Får dere noen ganger nye henvisninger på pasienter som tidligere har fått avslag ved Åsgård UNN med forvirring av psykisk lidelser?
26. På grunn av høy forekomst av psykiske lidelser hos innvandrere er det rimelig å anta at innvandrere behandles oftere i spesialisthelsetjenesten enn majoritetsbefolkningen.
Men tidligere forskning fra flere europeiske land viser at innvandrere, og spesielt ikke-vestlige innvandrere, har betydelig lavere bruk av spesialiserte psykiske helsetjenester.
 - Hva tenker du om resultatet av forskningen? Har du noen mening om hva grunnen kan være?
 - Hva kan gjøres for å forbedre det?
- 27 Har du noe å tilføye?

7.2 Vedlegg 2 Samtykkeskjema

Samtykkeskjema for masteroppgave

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Hvordan blir henvisningene av ikke vestlig innvandrere med psykisk plager behandlet i spesialisthelsetjenesten på voksenpsykiatrisk poliklinikk»

Dette er et spørsmål til deg om å delta som informant i min masteroppgave med tittel hvordan henvisningene fra fastlege til VPP. I dette skrivet ønsker jeg å gi deg informasjon om prosjektet og hva deltakelsen innebærer for deg.

Formål med oppgaven og metode

Forskningsprosjektet er en masteroppgave på medisinstudiet. Oppgavens formål er å vite «Hvilke erfaringer har behandlere på vpp med å vurdere henvisninger av ikke-vestlige innvandrere». Jeg ønsker å undersøke dette ved å intervju helsepersonell som har erfaring med vurdering av slike henvisninger. På intervjuet skal det være fokus på prosessen omkring beslutningen å gi behandlingstilbud eller ikke, og utfordringer knyttet til denne beslutningen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Johanna Laue, førsteamanuensis ved institutt for samfunnsmedisin UiT Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir forespurt om å delta i prosjektet fordi du er involvert i vurdering av henvisninger på din arbeidsplass og dermed har mye viktig kunnskap og erfaring som er relevant for å kunne belyse prosjektets problemstilling.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du bestemmer deg å delta i prosjektet vil jeg intervju deg for å høre dine erfaringer og tanker omkring vurdering av henvisninger for ikke-vestlige innvandrerpasienter. Intervjuet tar ca. 60 min og kan foregå på din arbeidsplass eller en annen plass som du kan velge. Intervjuet blir tatt opp med lydopptaker og transkribert til tekst etterpå uten å ta med personidentifiserbare opplysninger. Opptakene skal slettes etter at de er transkribert. Når jeg har skrevet ferdig oppgaven skal transkriptene slettes.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil være anonymisert i publikasjoner.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene fra deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrevet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er bare min veileder og jeg som har tilgang til det transkriberte intervjuet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data på en sikker plass, og det er kun meg som har tilgang til denne listen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2022, da skal opptak som tas under intervjuet slettes.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- UiT ved Yordanos Haile student.

- Johanna Laue veileder.

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold

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

Jeg har lest og forstått informasjonen over og gir mitt samtykke til å delta i intervjuet

Sted og dato _____

Signatur _____

7.3 Vedlegg 3 Veiledningskontrakt



Vedlegg 1: VEILEDNINGSKONTRAKT FOR MASTEROPPGAVE MEDISIN VED DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET

Kontrakten leveres Enhet for legeutdanning, Det helsevitenskapelige fakultet.

1 STUDENTENS PERSONALIA

Etternavn: Haile
Fornavn: Yordanos
Studieadresse:
Postnummer/-sted:
Telefon:

2 AVTALEPERIODE

Avtalen gjelder fra 1.10.19 til 10.06.22

3 VEILEDNING

Angi hovedveileder og biveileder(e). En av veilederne må være fast vitenskapelig ansatt ved Det helsevitenskapelige fakultet. Hvis veileder planlegger å ha forskningstermin i kontraktperioden, skal studenten informeres om dette når prosjektbeskrivelsen utarbeides. Veileder er i samarbeid med enheten ansvarlig for å sikre studenten veiledning i hele kontraktperioden.

Veileders navn og institutt Johanna Laue, UiT
Biveileders navn og institutt Åge Wifstad UiT
Biveileders navn og institutt
Veileder skal ha forskningstermin i perioden:

Veilederen skal:

- gi råd om formulering og avgrensning av tema og problemstilling
- drøfte og vurdere hypoteser og metoder
- gi hjelp til orientering i faglitteratur og datagrunnlag (bibliotek, arkiv, etc.)
- drøfte opplegg og gjennomføring av fremstillingen (disposisjon, språklig form, dokumentasjon etc.)

- holde seg orientert om progresjonen i masterstudentens arbeid, og vurdere den i forhold til prosjektplanen, drøfte resultater og tolkningen av disse
- gi studenten veiledning i forskningsetiske spørsmål knyttet til forskningsprosjektet

Studenten forplikter seg til å legge fram rapporter eller utkast til deler av oppgaven for veileder, samt i sitt arbeid å etterleve forskningsetiske prinsipper som gjelder for fagområdet.

Begge parter har krav på jevnlig kontakt og orientering under arbeidets gang.

4 MASTEROPPGAVEN

Tittel: Hvordan blir henvisning av ikke-vestelige innvandrere behandlet av voksen psykiatrisk poliklinikk.

5 RESSURSBRUK

Enhet prosjektet skal utføres ved:

Samarbeidspartnere av teknisk eller vitenskapelig art:

6 ENDRINGER/BRUDD PÅ KONTRAKTEN

Alle endringer i veiledningskontrakten underveis i studiet (endring av prosjekt, veileder, forlengelse av kontraktperiode og lignende) skal informeres om til Enhet for legeutdanning ved Det helsevitenskapelige fakultet.

Brudd på kontrakten skal behandles av Enhet for legeutdanning.

7 UNDERSKRIFTER

Undertegnede er kjent med ovenstående retningslinjer som legges til grunn for samarbeidet i den faglige veiledning. Det er både veileders og studentens ansvar at planen blir fulgt, både innholds- og framdriftsmessig.

Sted/dato:

Underskrift:

Veileder: Tromsø, 15.2.22 

Biveileder: Tromsø, 16.02.22 

(Biveileder):

Student: Tromsø 15/2/22 Yordanos Haile

7.4 Vedlegg 4 NSD vurdering

01.04.2022, 15:22

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



Vurdering

Referansenummer

960826

Prosjektittel

Hvordan blir henvisningene av ikke vestlig innvandrere med psykisk plager behandles i spesialisthelsetjenesten

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for samfunnsmedisin

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Johanna Laue, Johanna.laue@uit.no,

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Prosjektperiode

08.06.2020 - 31.12.2022

