



Det Helsevitenskapelige Fakultet

Barne- og ungdomspsykiatri i et lavinntektsland (Nepal). utfordringer, barrierer og muligheter i pasientbehandling og i samarbeid med distriktene.

En kvalitativ studie

Silje Máret Somy

Kristine Wollmann Magga

Masteroppgave i profesjonsstudiet i medisin MED-3950 Juni 2022

Forord og takksigelser:

Denne oppgaven er en studie innen global helse og hensikten var å undersøke hvilke erfaringer fagfolkene ved det første barne- og ungdomspsykiatriske senteret i Nepal har hatt med å utvikle barne- og ungdomspsykiatriske tjenester i et av verdens fattigste land. Vi ønsket å få innsikt i hvordan det kan være å arbeide som spesialist i barne- og ungdomspsykiatri i et lavinntektsland som har andre rammevilkår enn norske.

Høsten 2020, midt i koronapandemien fikk vi, Silje og Kristine, tilbudet om å være med som utvekslingsstudenter i NORPART prosjektet: «Collaboration in Higher Education in Mental Health between Nepal and Norway» som UiT er en del av. Det innebar feltarbeid på Kanti Children Hospital i Kathmandu våren 2022. Dette var noe vi ikke kunne takke nei til. Til tross for usikkerheten i forbindelse med pandemien så tok vi sjansen på at verden var gått tilbake til normalen før vårt planlagte feltarbeid. Vi reiste til Kathmandu slik planlagt og hadde et tre måneders opphold som ble finansiert gjennom prosjektet.

Vi vil først og fremst takke BUP- teamet ved Kanti Children Hospital for å ha tatt oss så godt imot, for å ha gitt oss et innblikk i deres arbeidshverdag og kultur, og for å ha stilt opp til intervju. Takk til Christian Eckhoff ved UiT for å ha stilt opp som biveileder til tross i en hektisk arbeidsperiode, og takk til Shiho Hansen ved SANKS for gode innspill.

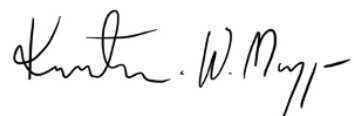
Vi vil også takke hverandre for å ha vært hverandres gode støttespillere i arbeidet med masteroppgaven og for alle de gode minnene vi har hatt under utvekslingsoppholdet vårt i Nepal.

Til slutt ønsker vi å rette en spesielt stor takk til vår hovedveileder Cecilie Jávo ved SANKS, Sámi Klinihkka, Finnmarkssykehuset HF, som først og fremst har gitt oss muligheten til å reise til Nepal som utvekslingsstudenter i prosjektet COMENTH. Vi vil også takke Cecilie for den gode veiledningen, for tålmodigheten og engasjementet underveis.

Kathmandu Nepal, 01.06.2022



Silje Máret Somby



Kristine Wollmann Magga

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn	1
1.1	Sosiodemografiske forhold i Nepal	1
1.2	Psykiske helsetjeneste tilbud i Nepal	2
1.3	Oppbygging av barne- og ungdomspsykiatri i Nepal - Kanti Children Hospital	3
1.4	COMENTH (NORPART) prosjektet	4
1.5	Litteratursøk	4
1.6	Formålet med studien og problemstillinger	5
2	Materiale og metode.....	6
2.1	Valg av metode.....	6
2.2	Kvalitativ metode	6
2.3	Forskningsintervju	7
2.4	Informantene og rekruttering	7
2.5	Prosedyre	7
2.5.1	Forarbeid til intervjuene	7
2.5.2	Etisk perspektiv	8
2.5.3	Gjennomføring av intervjuene	9
2.5.4	Transkriberingen	10
2.5.5	Arbeidsmetoden fram til selve analysen.....	10
2.6	Tematisk analyse	11
2.6.1	De 6 fasene i tematisk analyse	11
3	Resultater	12
3.1	Hovedtema A: Ressursmangel i behandlingen	13
3.1.1	Mangel på kompetente fagfolk.....	13
3.1.2	Mangel på medisiner og tilgjengelig utredningsverktøy i behandlingen	15

3.1.3	Arealmangel	16
3.2	Hovedtema B: Dårlig tilgjengelighet av tjenestetilbudene	17
3.2.1	Geografiske hindringer: Lange avstander og vanskelig framkommelighet	17
3.2.2	Dårlig utbygd infrastruktur.....	17
3.2.3	Økonomiske hindringer	18
3.3	Hovedtema C: Sosiokulturelle forhold	19
3.3.1	Uvitenhet om psykiske lidelser	19
3.3.2	Stigmatisering av psykiske lidelser	21
3.3.3	Bruk av tradisjonelle healere	22
3.3.4	Språkbarrierer	23
3.3.5	Fysisk avstraffelse av barn.....	24
4	Diskusjon	26
4.1	Diskusjon av funnene	26
4.1.1	Tilgang på kompetente fagfolk.....	26
4.1.2	Tilgjengelighet til tjenestene.....	27
4.1.3	Mobilteknologi - Telepsykiatri.....	27
4.1.4	Uvitenhet og stigmatisering av psykiske lidelser	28
4.1.5	Fysisk avstraffelse av barn.....	28
4.1.6	Bruk av tradisjonelle healere	29
4.2	Metodologiske betraktninger	30
4.2.1	Svakheter og begrensninger	30
4.2.2	Styrker	30
5	Oppsummering og sluttkommentarer	31
	Referanser	33
	Vedlegg 1.....	36
	Vedlegg 2.....	38

Sammendrag

Bakgrunn; Barne- og ungdomspsykiatri Nepal har lenge vært et urørt felt innenfor helse, selv om en stor andel av befolkningen er barn og ungdom. Denne masteroppgaven tar for seg hvilke erfaringer kliniske psykologer og psykiatere ved det første BUP-senteret i Nepal har hatt med å utvikle barne- og ungdomspsykiatriske tjenester i et av verdens fattigste land.

Metode; Vi utførte vårt feltarbeid i Kathmandu, Nepal våren 2022. To studenter arbeidet sammen om oppgaven. Det ble gjennomført kvalitative, individuelle dybdeintervjuer: fire psykologer og fire psykiatere fra BUP-poliklinikken på Kanti Childrens Hospital. Vi benyttet tematisk analyse som metode. Temaene som analysen resulterte i, ble dokumentert med sitater fra informantene og ble til slutt sammenfattet og visualisert i en figur.

Resultater; Analysen viste at informantene opplevde flere utfordringer og barrierer i BUP-arbeidet. Disse fordelte seg mellom tre hovedtemaer: A) Ressursmangel i behandlingen, B) Dårlig tilgjengelighet av tjenestetilbudet og C) Særskilte sosio-kulturelle barrierer. I tillegg undersøkte vi informantenes egne forslag til utviklingsmuligheter og forbedringer i det videre arbeidet, og følgende ti utviklingsmuligheter / forbedringer kom fram som de viktigste: (1) Bruk av telepsykiatri; (2) Oppbygging av desentraliserte tjenester; (3) Tilgang til innkjøp av viktige medisiner; (4) Tilrettelegging for videre- og etterutdanninger; (5) Økt areal ved oppstart av avdeling for inneliggende pasienter; (6) Opplysningsvirksomhet rettet mot befolkningen / kommunene; (7) Forebyggende mental helse prosjekter i skoler / kommuner; (8) Samarbeid med tradisjonelle healere; (9) Tolketjeneste for etniske minoriteter; (10) Utvikling av kulturtilpasset foreldreintervensjonsprogrammer.

Konklusjon; Når det gjaldt hovedutfordringer i arbeidet samstemte flere av funnene våre med funn fra andre studier som tidligere var gjort av psykisk helsetilbud i Nepal. Ettersom vi foretok en kvalitativ undersøkelse, kan studien ikke generaliseres.. Den kan imidlertid gi oss en større forståelse av hvilke utfordringer fagfolk som arbeider med barns psykiske helse i et lavinntektsland kan ha og hvilke forbedringsmuligheter som kan finnes. Studien kan dermed bidra med kunnskap som kan ha overføringsverdi og være til nytte for fagfolk i liknende situasjoner.

1 Bakgrunn

Denne masteroppgaven er en studie innen Global Health og tar for seg hvilke erfaringer fagfolk ved den første barne- og ungdomspsykiatriske klinikken i Nepal har hatt med å utvikle barne- og ungdomspsykiatriske tjenester i et av verdens fattigste land. Masteroppgaven inngår som del av et NORPART prosjekt mellom Nepal og Norge innen mental helse kalt COMENTH (Collaboration in Higher Education in Mental Health between Nepal and Norway) der UiT deltar med studentutveksling. Som utvekslingsstudenter til Nepal har vi utført vårt feltarbeid i Nepal og også skrevet oppgaven der under online supervisjon fra Norge.

Denne studien har relevans for leger i Norge som arbeider innen psykisk helse siden fagfolk innen psykisk helsevern i Norge i økende grad vil møte både kollegaer og pasienter fra ikke-vestlige lavinntektsland i sitt virke. Masteroppgaven vil kunne bidra til økt kulturforståelse og dessuten gi et utvidet kulturelt perspektiv på vårt eget lands helsetjeneste.

1.1 Sosiodemografiske forhold i Nepal

Nepal ligger i Sør-Øst Asia og har en befolkning på over 29 670 (2021), hvorav 28,1% er under 14 år. Hele 79,4% av befolkningen er bosatt utenfor byene (1). Nepal har nylig klatret opp fra å være et lavinntektsland til å bli et «lavere middelinntektsland» (2), men dette fluktuerer. Landet har en varierende topografi, fra høye fjell i Himalaya-fjellkjeden til flat mark i Terai områdene og helsetilbudene til befolkningen er ulikt fordelt mellom de ulike regionene (1).

Det finnes over 125 kaster og etniske grupper i landet. De dominerende religionene i Nepal er Hinduisme og Buddhisme. I henhold til den siste offisielle nepalske befolkningsstatistikken, er 81,3% av innbyggerne Hindu og 9% buddhister. Muslimer utgjør 4,4% (1). I Nepal praktiseres det noen steder fortsatt et kastesystem i henhold til hindu religionen, i sær i de mer usentrale, økonomisk tilbakeliggende rurale områdene – dette til tross for et statlig forbud som kom i 1963 (3). Kastene defineres ikke kun av sosiale skiller, noe som betyr at både rike og fattige kan tilhøre samme kaste. «Dalit» (de kasteløse) har vært særlig utsatt for diskriminering, inkludert i helsevesenet (3). De utgjør 13,6% av befolkningen ifølge offisiell statistikk (3), men mørketallene er sannsynligvis store(4). De har blitt nektet grunnleggende rettigheter i samfunnet, ikke bare i sosiale og religiøse sammenhenger, men også i utdanning, politikk,

økonomi og i profesjonelle settinger. Halvparten av de kasteløse som lever i Nepal, lever under fattigdomsgrensen og har en lavere forventet levealder enn resten av samfunnet (4). De kan bl.a. nektes adgang til templer, nektes matservering i restauranter og å bruke de samme vannkildene som de høyere kastene (5). Andre urfolksgrupper og stammer som går under fellesbetegnelsen «Janajati/Adivasi» gruppene har egen kultur og eget språk og tar ikke nødvendigvis del i kastesystemet (6). I følge myndighetene utgjør denne gruppen 36% av den totale befolkningen på 29.8 millioner (7), selv om urfolksorganisasjoner hevder de utgjør så mye som 50%.

1.2 Psykiske helsetjeneste tilbud i Nepal

På verdensbasis er det estimert at ca. 2-3 millioner barn og unge (15 – 20%) lider av mentale helseutfordringer (8). Dette henger i stor grad sammen med risikofaktorer i miljøet. Nepal er et land som har vært utsatt for naturkatastrofer som kraftige jordskjelv, og sliter med fattigdom, korrupsjon og ustabile samfunnsforhold. Dette gir vanskelige oppvekstforhold, noe som kan resultere i traumer og psykiske lidelser (6;9). På grunn av manglende tilgang på psykisk helsehjelp er det svært mange barn og unge som går udiagnostisert for sin mentale lidelse (9).

Barne- og ungdomspsykiatriske tjenester har fram til i dag vært et uprioritert område i Nepal. Dette er nå i langsam endring, og da i positiv retning. Flere globale pilotprosjekter i psykisk helse har blitt gjennomført i Nepal, og myndighetene har nylig innført en “National Mental Health Strategy and Action Plan 2020” som blant annet innebærer integrering av psykiske helsetjenester i primærhelsetjenesten og økt støtte til psykiske helsetjenester i spesialisthelsetjenesten.

I Nepal er det Ministry of Health (MoH) som har det overordnede ansvaret for de offentlige helsetjenestene som tilbys, men mental helse har verken egen avdeling eller eget lovverk som verner om pasientrettigheter (10). Nepal har ennå ikke utviklet og godkjent en egen nasjonal psykisk helselov (1). Psykisk helse mottar mindre enn 1% av det totale helsebudsjettet, og barne- og ungdomspsykiatri en brøkdel av dette (8). På landsbasis finnes det 18 polikliniske institusjoner innen psykisk helse for voksne, 17 kommunale sengeposter, tre dagbehandlingsfasiliteter og kun ett spesialisert mentalsykehus (11). Ingen av de nevnte tilbudene er forbeholdt barn og unge (9;11). Barn og unge som trenger innleggelse for

psykiske lidelser, må ligge på samme avdeling som voksne psykiatriske pasienter. Dette utsetter sårbare barn for nærværet av alvorlige psykisk syke voksne. Mangelen på innleggelsesmuligheter i barne- og ungdomspsykiatriske enheter kan derfor sies å være brudd på menneskerettighetene (9). Det er svært få instanser i primærhelsetjenesten som har retningslinjer for behandling av de vanligste sinnslidelsene hos barn og unge, og enda færre blant de institusjonene som ikke drives av leger (11). Kun de mest alvorlige psykisk syke, f. eks. de med psykoseproblematikk, blir innlagt. De aller fleste barn og unge med psykiske lidelser mottar kun medikamentell behandling (11).

1.3 Oppbygging av barne- og ungdomspsykiatri i Nepal - Kanti Children Hospital

En barne- og ungdomspsykiatrisk enhet (BUP) på Kanti Children Hospital (KCH) i Kathmandu ble åpnet i juli 2015, og er den første i sitt slag i Nepal. BUP klinikken, som foreløpig kun tilbyr polikliniske tjenester, har hatt en eksplosjon av antall pasienter i de årene den har eksistert: fra ca. 600 pasienter i 2015 til 5100 pasienter i 2021 (12). Enheten ble etablert etter initiativ fra Utvalg for Transkulturell Psykiatri i Norsk psykiatrisk forening (10) og finansieres gjennom norske bistandsmidler. I dag består BUP-teamet av 7 psykiatere og 7 kliniske psykologer og ledes av Dr. Arun Kunwar, som var den eneste barnepsykiateren i landet ved etableringen i 2015 (9;12). Prosjektet er nå et samarbeidsprosjekt mellom CWIN-Nepal (nepalsk organisasjon for barnerettigheter), FORUT Norge (norsk bistandsorganisasjon) og KCH (13). Målet er å skape et nasjonalt kompetansesenter, «Centre of Excellence». Med støtte fra Norge har de bygget et separat nybygg på KCH's eiendom som ble åpnet av helseministeren den 6.januar 2021. Bygget har nå en velfungerende poliklinikk og ferdige lokaler for landets første BUP-sengepost. Denne har de ikke startet driften av ennå, men håper å starte opp høsten 2022 (12). Ferdig utbygd vil senteret inkludere både pasientbehandling, forskning og utdanning av helsepersonell innenfor BUP feltet, og har dessuten som mål å styrke samarbeidet med de kommunale helsetjenestene og skolene via utadrettet virksomhet mot kommunene og telematikk. Forebyggende virksomhet er især konsentrert om å fremme økt bevissthet rundt mentale helseproblemer i befolkningen og redusere stigma. De arbeider også for å få implementert BUP som en del av barnehelseprogrammene i Nepal. CWIN-Nepal og KCH er ansvarlige for oppbygging av infrastruktur, utdanningsprogrammer og ekspertise inntil prosjektet tas over av det nepalske helsedepartementet. Overtakelsen er utsatt grunnet

Covid-19 pandemien, men i henhold til avtale skal den finne sted tre år etter at nybygget er tatt i drift. BUP-senteret ved KCH vil ha et særlig ansvar for utviklingen av barne- og ungdomspsykiatri og mental helse på landsbasis i Nepal, og håpet er at det kan bli starten på en oppbygging av en BUP-tjeneste over hele landet (9;12).

1.4 COMENTH (NORPART) prosjektet

NORPART (Norwegian Partnership Programme for Global Academic Cooperation) er et program for akademisk samarbeid og utveksling av studenter, med mål å øke kvaliteten innen høyere utdanning (14). NORPART er finansiert av DIKU (Direktoratet for internasjonalisering og kvalitetsutvikling i høyere utdanning). Det er kunnskapsdepartementet som eier DIKU, som igjen arbeider for utenriksdepartementet, Europakommisjonen og Nordisk ministerråd (15). COMENTH (Collaboration in Higher Education in Mental Health between Nepal and Norway) prosjektet er et NORPART-prosjekt som tar sikte på styrke kvaliteten i utdanningen innen psykisk helse både i Nepal og Norge. Prosjektpartnere er universitetet i Tribhuvan, KCH og universiteter i Norge (UiO, UiT, UiB) (16). Prosjektets varighet er fra 01.01.19 – 31.12.23 (17). Gjennom dette 5-årige prosjektet vil Ph.D. studenter, masterstudenter og helsepersonell fra begge land få muligheten til hospiteringsopphold både for klinisk praksis og for forskning med krysskulturelle/trans-nasjonale aspekter (16). Gjennom COMENTH prosjektet mottok vi et reise- og oppholdsstipend for reise til Kathmandu for bl.a. å kunne gjennomføre feltarbeidet.

1.5 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur til oppgaven gjennomførte vi et litteratursøk høsten 2020 som bakgrunn for prosjektbeskrivelsen og deretter et nytt søk våren 2022 i forbindelse med oppgaveskrivingen. Vi brukte databasene PubMed, MedLine og Oria. Fra de artiklene som vi valgte å bruke, fant vi også relevante artikler i referanselisten til artiklene og som vi så søkte opp. Relevante bøker og forskningsartikler ble også anbefalt fra våre veiledere. For aktuelle og oppdaterte tall om Nepal har vi bl.a. brukt WHO som kilde (1).

Vårt litteratursøk gav få relevante treff på psykisk helsetjeneste for barn og unge i Nepal, men for voksne var det derimot flere resultater. Vi fant at Angdembe og medarbeidere relativt nylig hadde publisert en artikkel om barrierer i psykisk helsetilbud for voksne innen primærhelsetjenesten i Nepal (18). Som hovedbarriere trekker de frem stigma i forhold til psykiske lidelser, både blant befolkningen og blant helsearbeiderne selv, og dessuten

mangelen på kompetente fagfolk, især i de mindre sentrale områdene. Videre peker de på mobilteknologi som en viktig mulighet til å tette gapet mellom behovet for psykiske helsetjenester og knappheten på kompetente fagfolk som skal levere disse tjenestene (18). Andre studier trekker også frem stigma som et viktig hinder for voksne pasienter i å motta psykiske helsetjenester (19;20). En studie gjort av Upadhaya og medarbeidere viser bl.a. til at utfordringer som manglende infrastruktur, tilgjengelighet på kompetent helsepersonell og marginalt psykisk helsebudsjett, må tas tak i både på et nasjonalt og kommunalt nivå for å utvikle et bedre psykisk helsetilbud (21).

Ma og medarbeidere har nylig gjennomført en større epidemiologisk studie blant nepalske skolebarn i flere ulike geografiske regioner (6). Deres funn viser blant annet at forekomsten av emosjonelle og atferdsmessige problemer (EBP) blant nepalske barn er høy sammenlignet med resten av verden, og konkluderer med at det er behov for et større fokus på mentale problemer hos barn i land som Nepal. Undersøkelsen viste at det var variasjoner i EBP mellom kjønn, ulike kaster/etniske grupper og bostedsområder (6). En annen studie gjort av Ma og medarbeidere undersøkte sammenhengen mellom EBP hos barna og ulike familiefaktorer (22). Denne studien påviste en sammenheng mellom EBP hos barnet og familiestrukturen, foreldrenes utdanningsnivå, foreldrenes psykiske og fysiske helse, familiens konfliktnivå og fysisk avstraffelse av barnet (22).

1.6 Formålet med studien og problemstillinger

Litteraturgjennomgangen viste en mangelfull kunnskap om psykisk helsetjenestetilbud for barn- og unge i Nepal som er slående, og nærmest en oppfordring til videre studier. Som nevnt ble det første BUP-senteret i Nepal åpnet i 2015 på Kanti Children Hospital, og dette senteret er i dag enestående i sitt slag. Å undersøke erfaringene som behandlerne der har høstet, både når det gjelder pasientbehandling og samarbeid med førstelinjetjenesten, gir mulighet for ny kunnskap om et lite belyst tema og er fundamentet for masteroppgaven vår.

Hovedproblemstillingen for studien er formulert slik:

«Barne- og ungdomspsykiatri i et lavinntektsland (Nepal). Utfordringer, barrierer og muligheter i pasientbehandling og i samarbeid med distriktene?».

Mer spesifikke underpunkter er:

- Hvilke særskilte utfordringer møter de i sitt pasientarbeid?
- Hvilke særskilte utfordringer møter de i samarbeidet med førstelinjen?
- Hvilke muligheter ser de i utviklingen av sitt pasientarbeid?
- Hvilke muligheter ser de i det videre samarbeidet med førstelinjen, herunder forebyggende arbeid?

2 Materiale og metode

2.1 Valg av metode

I vårt forskningsprosjekt valgte vi en kvalitativ forskningsmetode fordi vi ønsket å undersøke eksplorativt et begrenset antall fagfolks erfaringer om sitt arbeid i et utforsket fagfelt (i barne- og ungdomspsykiatri i et lavinntektsland). Vi valgte å gjøre individuelle dybdeintervjuer, og brukte boka til Kvale: «Det kvalitative forskningsintervju» som kilde til kunnskap og som veiledning i den praktiske gjennomføringen av intervjuene (23). Hensikten vår med intervjuene var å fremhente kunnskapen fra informantene gjennom en varsom spørre-lytte-tilnærming.

Før vi kontaktet hovedveilederen hadde vi diskutert tema for oppgaven og blitt enige om hva vi ønsket å forske på. Hun presenterte en problemstilling vi syntes var interessant og ønsket å gå videre med. Vi ble enige om at en kvalitativ eksplorativ studie best ville besvare problemstillingen vår, og at en dyptgående intervjueteknikk dermed ville være mest passende. Valg av tema samsvarer med Kvaless fase 1 av 7 i intervjuprosessen: tematiseringsfasen (23). En del av tematiseringsfasen er å undersøke hva tidligere litteratur har funnet om temaet, og vi gjennomførte et litteratursøk som beskrevet under «Litteratursøk».

2.2 Kvalitativ metode

Malterud har skrevet en bok som nøye tar for seg den kvalitative metoden som forskningsverktøy, og det er denne boken vi har valgt å støtte oss til som bakgrunnsteori for kvalitativ metode (24). Kvalitativ metode er en beskrivende forskningsstrategi, og benyttes for å analysere karaktertrekk, egenskaper eller ulike kvaliteter, og personers erfaringer, meninger, motiver og holdninger. Materialet kommer fra samtaler eller observasjoner, og

selve dataene består av tekst. Denne metoden egner seg best til å få fram mangfold, nyanser eller subjektive erfaringer til et gitt fenomen (24).

Videre passer kvalitativ metode godt for enkeltstudier hvor man vet svært lite om fenomenet fra før av, og for å sette nye spørsmål på dagsorden. En kvalitativ metode vil være fornuftig å benytte ved hypotesedanning, mens en kvantitativ metode vil være bedre ved hypotesetesting (24).

2.3 Forskningsintervju

Kvalitative metoder har fått en stadig større plass i forskningen, særlig innen samfunnsforskningen. Metodene som brukes er alt fra deltakende observasjon, intervjuer og diskursanalyse. Forskningsintervju er en av de mest brukte metodene (23).

I vår studie har vi gått for dybdeintervju som intervjumetode for å utforske en hittil ukjent problemstilling. Noe av det vi måtte være bevisste på med dybdeintervju, var at det ofte kan være en mer utfordrende intervjumetode. I motsetning til meningsundersøkelser ønsker man ved dybdeintervju i større grad å analysere svarene som gis. Dessuten er dybdeintervjuer utfordrende ved at man må skape en personlig relasjon til intervjupersonene, samtidig som sosial avstand og profesjonalitet opprettholdes (23).

2.4 Informantene og rekruttering

Informantene bestod av fire legespesialister og fire kliniske psykologer fra BUP-poliklinikken ved Kanti Children Hospital (KCH), Kathmandu. Vår veileder som er med i COMENTH-NORPART prosjektet (samarbeidsprosjekt innen psykisk helse mellom bl.a. UiT og KCH) kontaktet lederen for BUP-teamet, Dr.Arun Kunwar, som stod for rekruttering og formidling av den skriftlige informasjonen om prosjektet til sine medarbeidere. Denne informasjonen hadde blitt utarbeidet av oss og var på engelsk, et språk alle ved BUP-poliklinikken behersket. Åtte av de totalt to legene og psykologene med lengst erfaring i arbeidet ble forespurt om å delta, og alle takket ja.

2.5 Prosedyre

2.5.1 Forarbeid til intervjuene

Selve planleggingen av studien definerer Kvale som fase 2 i intervjuprosessen (23). Dette ble en stor del av prosjektet ettersom vi hadde som mål å gjennomføre datainnsamlingen i

Kathmandu. Covid-pandemien gjorde datainnhenting utfordrende, tidskrevende og ble et stort usikkerhetsmoment i arbeidet. Spørsmålet om det totale antall deltakere ble også viktig. BUP-teamet består av 14 ansatte, og vi diskuterte oss frem til at åtte fagfolk i alt ville være tilstrekkelig: fire psykologer og fire psykiatere, slik at vi fikk en jevn fordeling av yrkestilhørighet.

Vi reiste til Kathmandu i slutten av mars 2022. Oppholdet i Kathmandu var også i den hensikt å bli bedre kjent med kulturen slik at vi kunne kultursensiteres før vi startet med intervjuene, noe som er en viktig del av intervjuprosessen der deltakerne har fremmed kulturbakgrunn (23). Vi startet med å gjøre oss kjent med poliklinikken og de psykologene og psykiaterne som jobbet der. Vi observerte bl.a. pasientkonsultasjoner foretatt av både psykiatere og psykologer for å få ett inntrykk av hvordan de jobbet.

Vår tilstedeværelse var også begrunnet i å styrke interessen og motivasjonen til deltakerne samt å bygge tillit for å styrke vår rolle som forskere og samtidig skape en lavere terskel for å ta kontakt med oss. Forskerens rolle og integritet står sentralt i kvaliteten på et intervju, og er selve redskapet for innhenting av kunnskap. Derfor hadde vi satt oss inn i litteratur om framgangsmåten for intervju, samt ivaretagelse av personvern i henhold til Kvale (23).

2.5.2 Etisk perspektiv

Det etiske perspektivet ble også en del av planleggingsfasen (23). For å kunne gi noe tilbake til BUP-teamet, ble vi enige om å gjennomføre et eget møte med BUP-teamet etter at analysearbeidet var ferdig der vi presenterte resultatene. Tilbakemeldingene fra teamet tenkte vi også ville styrke validiteten til studien og sikre at vi unngikk misforståelser

2.5.2.1 Samtykke

Ettersom vi ikke kunne være helt sikre på at sitater ol. ikke kunne være personidentifiserende, måtte vi innhente informert samtykke fra deltakerne. Dette er ett av tre usikkerhetsområder som Kvale tar opp i boka si (23). I desember utarbeidet vi et informasjonsskriv til deltakerne etter Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) sine retningslinjer (på engelsk). Veileder gikk igjennom og gav tilbakemelding før vi sendt det inn til NSD og fikk dette godkjent. Informasjonsskrivet beskrev prosjektets art, formål, studiedesign, fordeler og evt. ulemper ved å delta. Det ble utlevert til deltakerne før selve intervjuet og gjennomlest slik at de kunne

ta et informert valg om de virkelig ønsket å delta. Etter at deltakerne hadde lest informasjonsskrivet, signerte de under på en samtykkebekreftelse.

2.5.2.2 Fortrolighet og personvern

Det andre usikkerhetsmomentet som Kvale tar opp, er fortrolighet (23). For å sikre fortrolighet listet vi opp i informasjonsskrivet alle som hadde tilgang til dataene. Vi informerte muntlig om at det kunne være aktuelt for oss å bruke en person til å transkribere intervjuene i ettertid, og at vedkommende i så fall måtte underskrive en taushetserklæring. Datasikkerhet var en sentral del av personvernet til deltakerne, og vi fikk god veiledning av NSD til å gjennomføre denne prosessen. Alle opptakene og transkripsjonene fikk et ID nummer og ble oppbevart på en minnepinne med pad-lock (minnepenn nr. 1). En oversikt med ID nummerering over hvilket opptak som tilhørte hvilken deltaker ble oppbevart på en separat minnepenn (minnepenn nr. 2). Samtykkeerklæringene ble scannet og overført på minnepenn nr. 2, deretter ble papirformatet makulert. Vedkommende som transkriberte de anonymiserte opptakene signerte en taushetserklæring som i tillegg inneholdt en instruks om hvordan håndtere lydopptakene på en sikker måte på minnepinnen (minnepenn 1).

2.5.3 Gjennomføring av intervjuene

Vi gjennomførte dybdeintervjuene på BUP-senteret ved KCH. Vi avtalte tidspunkt med hver enkelt informant på forhånd og forsøkte å reservere det møterommet i avdelingen som hadde minst støy. Av teknisk utstyr brukte vi en lydopptaker og to minnepinner med pad-lock. Informantene hadde fått utdelt infoskrivet på engelsk i forkant og dette ble også gjennomgått muntlig før intervjuet, i tråd med Kvaless anbefaling for fase 3 (intervjufasen) (23). Samtykkeerklæringen ble signert før intervjuet startet. Hvert intervju varte mellom 50 – 90 min.

Selve intervjuet ble gjennomført med at begge studentene tilstede, der den ene førte intervjuet, mens den andre noterte og kom med oppfølgingsspørsmål dersom det var noe man ønsket utdypning i eller hvis det var noe som ikke var blitt godt nok dekket. Vi fordelte arbeidet likt mellom oss slik at hver student førte intervjuet på halvparten av informantene.

Uavhengig av intervjutype anbefales det at forskeren viser interesse, respekt, og lytter til informantens beskrivelser (23). Fordelingen vi hadde var bevisst, slik at den ene kunne ha fullt fokus på å lytte til informanten og vise interesse, mens den andre kunne fokusere på

notatene og det tekniske, samt notere oppfølgingsspørsmål. Vi hadde på forhånd utarbeidet en enkel intervjuguide til å ha i bakhånd som støtte i samtalene. Innledningsspørsmålet vårt var: «Kan du fortelle oss om arbeidet ditt og din arbeidssituasjon.» Oppfølgingsspørsmålene underveis var i størst mulig grad åpne og ga rom for å få fram informantenes egne spontane beskrivelser av sine erfaringer.

Etter hvert intervju hadde vi en uformell debrifing med informanten hvor hen kunne komme med tilleggsopplysninger og gi tilbakemelding på opplevelsen av intervjuet (23). Avslutningsvis åpnet vi dessuten for muligheten til å kontakte oss dersom det var noe de ikke følte hadde kommet frem i intervjuet som de i ettertid husket.

2.5.4 Transkriberingen

På grunn av tidsknapphet var vi nødt til å leie inn en person til å transkribere intervjuopptakene. Fra lederen av poliklinikken fikk vi anbefalt en erfaren person som hadde transkribert for BUP-enheten tidligere.

Transkripsjonsprosessen (omdanning av tale til skriftlig tekst som videre kan behandles) er regnet som en viktig forberedelse til analysearbeidet. Omdanningen fra talespråk til skriftspråk medfører at kroppsspråk, ironi, stemmeleie, hastighet og andre kommunikasjonsformer kan gå tapt, noe som kan svekke inntrykket og meningsfortolkningen (23). Ettersom begge studentene hadde deltatt i intervjuprosessen og gjennomført intervjuene sammen, hadde vi allerede fått et tilstrekkelig samlet inntrykk av intervjuene og var derfor ikke så avhengige av å transkribere intervjuene selv. Det ble derimot veldig viktig for oss å finlese intervjuene i ettertid for å se etter mulige feil, men også for å oppleve intervjuet på nytt i skriftform.

2.5.5 Arbeidsmetoden fram til selve analysen

Før vi startet på de enkelte trinnene i selve analysearbeidet, slik de beskrives av Braun og Clarke (25), valgte vi å følge deler av Eggesbøs arbeidsmetode som hun kaller for «kollektiv kvalitativ analyse»(26). Den baserer seg på at flere enn én person jobber med analyseringen. Ettersom vi var to som jobbet med denne masteroppgaven, var Eggesbøs metode relevant for oss og en god måte til å skape oversikt over dataene. Metoden var som følger: Etter hvert intervju brukte vi 20-30 min til å diskutere intervjuet og fylle ut notatet som den ene hadde laget underveis i samtalen. Vi løste det slik at studenten som hadde notert under det aktuelle

intervjuet la frem notatet til studenten som hadde ført intervjuet, og sammen tilføyde vi ting som eventuelt manglet. I denne diskusjonen tok vi også opp hvilke tema vi umiddelbart kunne se. Det ble skrevet et sammendrag av intervjuet kort tid etter at det var gjennomført. Sammendragene inneholdt bakgrunnsopplysninger, hovedtemaet i intervjuet, og hvordan intervjuet opplevdes.

2.6 Tematisk analyse

Det finnes et vidt spekter av kvalitative analysemetoder.

Vi valgte tematisk analyse på grunn av dens enkle bruk og fleksibilitet for studenter og andre forskere som ikke er så trent innen kvalitativ analyse. Resultatene er dessuten lette for den generelle befolkningen å forstå. Det er en god metode for å systematisere store kvantum med datasett, og gir god oversikt over likheter og forskjeller gjennom datasettet. Den gir også mulighet for nye og uforutsette funn og innsikt

2.6.1 De 6 fasene i tematisk analyse

I våre analyser fulgte vi de 6 trinnene som beskrives for tematisk analyse (25).

Fase 1: Vi gjorde oss kjent med datasettet ved nøye gjennomlesing for å gjøre oss bedre kjent med det og på den måten få et førsteinntrykk av gjennomgående tema før vi aktivt startet kodingen og tolkningen.

Fase 2: Selve kodingen startet vi med etter at vi hadde gjort oss grundig kjent med datasettet. Vi sorterte det som fremsto som viktige momenter. Vi kodet viktige sitater med et ord eller flere ord som vi syntes representerte momentet i sitatet. Flere samsvarende momenter dannet grunnlaget for temadannelsen senere. I denne fasen var det særlig viktig for oss at sammendragene og momentene fra datasettet ikke gikk tapt, så vi kodet for så mange potensielle tema som mulig, da de kunne bli nyttige for senere bruk. Vi markerte også ut sitater som grunnlag for viktige tema.

Fase 3: Dette var tematiseringsfasen og vi startet med å sortere alle de ulike kodene som vi hadde blitt enige om. Sorteringen resulterte i noen hovedtema, mens andre koder endte som undertema eller ble avfeid.

Fase 4: Vi fortsatte med videreforedling av temaene, dvs. sorterte hvilke tema som ikke hadde nok sitater og dataekstrakter til å underbygges og hvilke sitater som var for vikende, og hvilke tema som sammenfalt. Vi prøvde å finne tilhørighet til gjenstående sitater/ekstrakter, og dersom de ikke passet noe sted, vurderte vi å utelukke de fra analysen. Vi foretok en nøye veiing for hvert tema om hvilke som skulle bestå. Så gikk vi over hele datasettet igjen for å se om temaene passet og representerte dette. Det ble også nødvendig å rekode noen av dataekstraktene og organisere deres plassering på nytt.

Fase 5: Denne fasen startet etter at all data var tematisert og kartlagt. Vi forsøkte å fange essensen i hva hvert enkelt tema handlet om, samt skrive en detaljert analyse som kunne kondenseres i noen setninger. Vi forsøkte å gi temaet en klar definisjon av hva det var, hva som falt utenfor eller dannet andre tema/undertema. Undertema ble også identifisert. Her var det viktig for oss å tenke på hva temaene besvarte av studiens forskningsspørsmål.

Fase 6: I den siste analysefasen foretok vi den siste samlende analysen og sammendrag. I denne fasen samlet vi alle løse tråder til en gjennomgående, systematisk og oversiktlig resultatrapport. Sitater ble plukket ut som på best mulig måte representerte temaet og som var illustrative, og bidro til å gi mening til analysen.

3 Resultater

Vår analyse av de 8 intervjuene viste at det var 3 hovedtemaer som gikk igjen i beskrivelsene og som ble opplevd som utfordringer eller barriérer i arbeidet. Disse var:

- A. Ressursmangel i behandlingen
- B. Dårlig tilgjengelighet av tjenestetilbudet
- C. Særskilte sosio-kulturelle barriérer.

Informantene beskrev ulike sider av disse hovedtemaene og vi har organisert de som underpunkter under de enkelte hovedpunktene. Informantene beskrev også hva de opplevde som utviklingsmuligheter og forbedringer i det videre arbeidet. Disse er plassert under det hovedtemaet som de utfra analysen hører til. Følgende 10 utviklingsmuligheter / forbedringer kom fram som de viktigste: (1) Bruk av telepsykiatri; (2) Oppbygging av desentraliserte

tjenester; (3) Tilgang til innkjøp av viktige medisiner; (4) Tilrettelegging for videre- og etterutdanninger; (5) Økt areal ved oppstart av avdeling for inneliggende pasienter; (6) Opplysningsvirksomhet mot befolkningen / kommunene; (7) Forebyggende mental helse prosjekter i skoler / kommuner; (8) Samarbeid med tradisjonelle healere; (9) Tolketjeneste for etniske minoriteter; (10) Utvikling av kulturtilpasset foreldreintervensjonsprogrammer.

I det følgende presenterer vi hovedutfordringene, inkludert muligheter for forbedringer, som dokumenteres med sitater fra informantene selv. Avslutningsvis illustrerer vi funnene i form av en samlet figur som viser temaene som en helhet: dvs. de 3 hovedutfordringene med underpunkter og med forbedringstemaene knyttet til hver av disse.

3.1 Hovedtema A: Ressursmangel i behandlingen

3.1.1 Mangel på kompetente fagfolk

3.1.1.1 For få fagfolk i forhold til arbeidsmengde (kvantitet)

Selv om poliklinikken har hatt en relativt stor økning i antall ansatte fagfolk i årene fra oppstarten i 2017, har arbeidsmengden og antall arbeidsoppgaver økt tilsvarende. Informantene opplevde at de hadde svært mange ulike arbeidsoppgaver og stor arbeidsmengde med et økende antall pasienter. De opplevde sin arbeidssituasjon som presset og med fare for utbrenthet. De pekte også på at de manglet andre yrkesgrupper som f.eks. sosionomer.

En av informantene uttrykte situasjonen slik:

“Our work is not only restricted to the hospital. We have to do outreach activities as well, including training in child and adolescent mental health, and running awareness programs for the community, including teachers, parents, and local leaders. So sometimes it becomes very hectic... I think there should be some planning at some level of management so that nobody is burned out” (Informant 3)

En annen la vekt på at behovet for flere fagfolk også impliserte flere profesjoner:

“...So, we need to have more professionals, such as psychiatric social workers, speech- and language pathologist, occupational therapists, and others. At the

moment, we do not have those professionals to help us in managing children who need those kind of services” (Informant 1).

3.1.1.2 For få fagfolk med kompetanse/utdanning i barne- og ungdomspsykiatri (Kvalitet)

Av de 6 legene i teamet er det kun halvparten som har spesialistutdanning innen barne- og ungdomspsykiatri. De ble utdannet i utlandet da Nepal ennå ikke kan tilby slik utdanning i eget land.. Noen av de kliniske psykologene har fått halvårlig kurs i barne- og ungdomspsykologi i India, men ingen har spesialutdanning i feltet. Alle informantene mente det var en stor utfordring at få utdannet flere spesialister. En av informantene sa det slik:

“There are so many provinces and districts all across Nepal where there are very limited resources and lack of mental health professionals. Today, we are only 3 qualified child and adolescent psychiatrists. That is not enough for the entire country, and is one big, big challenge.” (Informant 1)

Videre hadde de erfart at også støttepersonell burde få opplæring i BUP-feltet:

“We don't have trained support staff. We are training them, but it will take some time. We can't hire somebody without knowledge about child mental health to directly work from day one. When it comes to hiring psychiatric nurses, they are very few.” (Informant 4)

Når det gjaldt løsninger på mangelen på kompetente fagfolk, trakk de særlig fram bedre utdanningsmuligheter:

“We want to develop a training program in child and adolescent psychiatry. I think that's very important. Once we have a training program, then we can train manpower. I think attracting people is not a problem because people are suddenly realizing that there is enough work inside of mental health” (Informant 6)

Noen var også opptatt av hvordan kompetanseutviklingen i en desentralisert tjeneste best kunne organiseres, og så sin egen klinikk som ledende i et slikt kompetansearbeid:

“I would open one child and adolescent clinic in every region... for instance, an adult psychiatrist or a health professional who could be trained in child and

adolescent mental health... We could have an umbrella system with a primary level of prevention, and then a secondary and a tertiary level. We can have this expert team that we have right now and supervise them all. We could provide planning policies, testing, tools, development research protocols and management protocols.” (Informant 4)

3.1.2 Mangel på medisiner og tilgjengelig utredningsverktøy i behandlingen

Informantene var frustrerte over manglende tilgjengelighet av medisiner i pasientbehandlingen. Spesielt gjaldt dette ADHD medisiner som de ikke har i Nepal, men som må skaffes fra nabolandet India og som er utfordrende å få over grensen. Dette gjør at ADHD pasientene behandles med dårligere alternativer, noe som har ført til dårligere eller manglende progresjon.

En annen utfordring som ble nevnt av flere, var at de fleste psykometriske verktøyene de hadde ikke var tilpasset til den kulturelle settingen i Nepal. Dette skapte utfordringer i utredningen, fordi noen ord ikke lot seg oversette, eller fordi de opplevde at noen spørsmål ikke var kulturelt relevante for Nepal.

En av informantene beskrev mangelen på tilgang av medisiner slik:

“For conditions such as attention deficit hyperactivity disorder, the first choice of medication is a stimulant, that is amphetamine or methylphenidate, which we do not have here in Nepal. It’s not available at all so that is a huge challenge. It is difficult for parents to procure that medication from India, and other medication that is used commonly in ADHD, like atomoxetine is also not available in Nepal and that is another challenge.” (Informant 1)

Når det gjaldt mulighet for forbedringer, foreslo noen at de kunne drive lobbyarbeid mot myndighetene for å få godkjent medisinene:

“We could write a paper on the data we have regarding ADHD, and present it to the government. Tell them that this is the case, this is the problem, and we have a number of cases. Maybe a simple prevalence- or socio- demographic study where the number of children having these issues could be highlighted. Maybe that would

make them contemplate about making it easier to get those medications”
(Informant 1)

Når det gjaldt mangelen på kulturelt tilpassete utredningsverktøy, ble utfordringen beskrevet slik:

“We lack psychometric tools. As a professional, you don't know everything, and the tools have to be there, but they are not because of so many reasons. One reason is that we are a diverse and multicultural country. So, any tool we buy internationally needs to be validated in the Nepalese context and it takes time to validate a tool.”
(Informant 4)

“ We have to make a lot of adjustments and additions and subtractions of the tools we have - even the one we are using for IQ. It's an Indian adaptation. So, what is an Indian adaptation? They have trains there, so there is a question in the instrument saying: “If there's something wrong with the train, what would you do if you pulled a chain so that it stops?” No child here will know what to answer because we don't have trains, only buses. If we have tools that's validated to our culture, it will be easier for them to understand. So, whenever we come to that question, we substitute it with something else that is more culturally appropriate... A lot of tools have to be translated and validated. So, if we have our own tests and tools made in Nepal then such discrepancies won't be there, and it'll be more adapted to our culture.” (Informant 2)

3.1.3 Arealmangel

Arealmangel ble beskrevet som et stort problem tidligere, da alle måtte dele samme rom, noe som ga mye bråk og forstyrrelser i arbeidet og behandlingen:

“We used to work with limited resources, limited space - all four of us in one room.”
(Informant 3)

Situasjonen ble beskrevet som bedre nå med en ny bygning, men de erfarte at det fremdeles var behov for større arbeidsarealer:

“Our space is quite small. And we've not started in-patient yet. That's one of the challenges. Often we feel sad that we can't keep the client here and that they have to leave”. (Informant 4)

3.2 Hovedtema B: Dårlig tilgjengelighet av tjenestetilbudene

3.2.1 Geografiske hindringer: Lange avstander og vanskelig framkommelighet

De store avstandene i Nepal og det rå landskapet med dype daler og høye fjell gjør at de som bor utenfor Kathmandu-dalen har vanskelig for å nå inn til tjenestene som BUP-teamet kan gi. Vanskelig framkommelighet og vær og vind spiller også en rolle. Dette ble påpekt av alle informantene og bl.a. beskrevet slik:

“The feasibility and accessibility of our mental health services are low because many parents come from very remote area of the country and it would take two to three days for them to travel”. (Informant 5)

“Due to the geographical location, they cannot complete the therapy and improve, and I know that the child would have lots of progress if he had got more sessions, but you can't help them, and at the time I myself felt sad.” (Informant 8)

“They may not be able to travel a lot and they can have seasonal challenges as well, like if it's the monsoon. Then people usually prefer not to travel because the roads may be pretty bad or there might be landslides and all those things” (Informant 7)

3.2.2 Dårlig utbygd infrastruktur

Infrastrukturen i Nepal er av lav kvalitet med bl.a. dårlig utbygde veier og få og dårlige transportmidler, noe som gjør reisen svært utfordrende og tidkrevende både for pasientene som må reise inn til poliklinikken, men også for teamet som må reise ut (utadrettet virksomhet). Informantene beskrev også overnattingsmuligheter for både pasientene og dem selv som få og dårlige, særlig ute i distriktene. Dårlig utbygd telekommunikasjon, liten kunnskap om hvordan bruke IT utstyr, og strømbrudd gjør også at telepsykiatrien som var ment som mulig substitutt for reisevirksomheten ut til kommunene møter på problemer. De beskrev situasjonen slik:

“We are situated in Kathmandu, in the capital, and those families and children who are in Kathmandu, they can easily access us, but there are places where there are no flights or no airports. They have to walk for 2-3 days and then travel by vehicle or bus for around 2 days to reach us.” (Informant1)

“Although Nepal is a small country in terms of the size, accessibility depends basically on the quality of transportation that they have. So, sometimes even gathering people can be quite challenging because they have to travel for many hours or even stay overnight if it's by vehicle. And a lot of places are not accessible by flights” (Informant 7)

“People are not trained in technology, and network issues are definitely there. The power supply is a main challenge in our country and might be frustrating at times. And again, some patients don't have internet facilities, which may cost a certain amount of money - money is always a part to be dealt with.” (Informant 4)

3.2.3 Økonomiske hindringer

Dårlig tilgjengelighet til tjenestene ble dessuten relatert til økonomi. De beskrev pasientenes reise og opphold på hotell/overnattingssted mens de gikk til utredning eller behandling som en kostbar affære for familien, særlig om barnet måtte ha regelmessig oppfølging. Mange av nepalske familier er svært fattige, spesielt i de rurale strøkene langt fra hovedstaden. De hadde erfart at selv om egenandelen for en konsultasjon var liten sammenliknet med det som det kostet i den private helsetjenesten, var totalkostnaden forbundet med en reise ofte for høy i forhold til familiens inntekter. De beskrev utfordringene slik:

“More than half of our patients come from outside the Kathmandu valley. That means that they have to travel and then they have to spend money to come to Kathmandu, including travel costs like lodging for some days if they don't have relatives here.” (Informant 7)

“Regular follow ups for people living in remote areas are very difficult because of the travel costs. And not only the travel costs. When they come here, they have to stay. They have to eat. So, to treat a child, they just need to spend a lot of money if they come from faraway places.” (Informant.3)

“Nepal is really poor, and people who visit here often have to travel for a couple of days and often they don't have a place to stay and are financially broken. Even if they want to stay for a couple of days or even more, they can't, and we are helpless because we don't have enough resources to arrange their stay and accommodation....” (Informant 4)

For å øke muligheten for behandling mente flere av informantene at poliklinikken burde arbeide mer utadrettet mot kommunene og også ta i bruk telepsykiatri i større grad:

“In Kathmandu, you can get the same facility that you can get in Europe... But that's not helping people in other places. So, you know, it's fortunate that we have developed services here, but we must also figure out how we can bring these services to the community level, to bridge the infrastructure gap..” (Informant 6)

“I think the way forward from what we are already doing, would be more community work and expanding the tele- mental health and tele- video consultation.” (Informant 1)

3.3 Hovedtema C: Sosiokulturelle forhold

3.3.1 Uvitenhet om psykiske lidelser

Uvitenhet i den generelle befolkningen om psykisk sykdom og hvordan identifisere den mente de var en stor utfordring. Både foreldre, lærere og barna selv kunne være uvitende om at de hadde et problem som skyldtes psykisk sykdom. Denne uvitenheten resulterte ofte i forsinket behandlingsstart. Slik ble foreldres uvitenhet beskrevet av noen av informantene:

“As they don't understand the child's illness, they will not follow the advice given to them. And if they do not follow up the treatment, how will the child recover?” (Informant 3)

“Generally, the parents have very low awareness about mental health problems. So, that's why we have to invest a lot in making them aware of child mental health problems and encourage them to seek treatment. Apart from doing therapy, we must also ensure the treatment compliance. That's my experience and it's quite challenging.” (Informant 5)

“A lot of them don't come - a lot of them don't understand that they have a problem. So, if you don't know that you have a problem, you don't share it with anyone. Even if you share it with your parents, they don't know there is a problem. It's a lack of awareness here to sum it up. So, they don't come to us. But maybe a crisis happened - something big, or maybe they come for any other reasons and then they realize it is a mental problem or somehow, they hear from someone that there's treatment for child problems like this and then they come here.” (Informant 2)

Andre beskrev uvitenheten blant lærere og fagfolk i kommunenes helsetjeneste slik:

“Even when we made great efforts to make them aware of mental illness, our collaborating partners at the community or local level did not prioritize that type of work. It's not that easy to collaborate because mental health is not on their priority list. If you go to the schools, teachers just focus on the child's academic performance. They are not aware of the kids' mental health.. So, it's quite challenging to collaborate with people at the community level.” (Informant 5)

“They have zero knowledge about mental health. People do not know the difference between physical health and mental health... They're completely unaware about what is mental health, and there are no mental health policies whatsoever. They don't know what to do as to mental health remedies when there is a crisis. Nepal is full of crises every year, like floods, landslides, earthquakes, fires, and storms, you know.” (Informant 4)

Informantene var opptatte av hvilke muligheter de hadde til å gjøre forbedringer og trakk spesielt fram viktigheten av å kunne tilby langsgående veiledning og kurs, og også å bevisstgjøre de politiske myndighetene:

“We have been offering them training courses. However, what they learn, they forget. So, longitudinal training courses and supervision are lacking. If we were able to provide more long-term training, that would be good. But for this, financial resources are lacking.” (Informant 8)

“If our team succeeds in creating more awareness, and if we can sensitize our government and policy makers, it will definitely improve our condition. This work is vital - it is so important!.” (Informant 8)

3.3.2 Stigmatisering av psykiske lidelser

Alle informantene opplevde at stigmatisering av psykiske lidelser var utbredt i Nepal. Ofte blir psykiske syke personer oppfattet som gale, at de aldri kan bli friske, og at de ikke kan fungere lengre. Slik informantene hadde erfart det, var de sosiale konsekvensene utestenging, mobbing, og senere vansker med å få seg jobb eller bli gift. Dette mente de var grunnen til at det var tabu å snakke om psykisk sykdom. Sine erfaringer beskrev de slik:

“Social stigma is very common among people with mental problems. If people know that someone is having a mental health problem, they start to treat that person differently. Social stigma is especially prevalent in the rural areas, and there they would isolate those affected persons. They will not talk to them. Those persons would have some difficulty in getting a job, getting married, so it might affect different aspects of their lives...” (Informant 5)

“If a child has mental health problems, people believe that the child is going all crazy... If a child is ever diagnosed with a mental illness, that means its life is gone... Other children may not play with them. Some members of the family may boycott the child. Sometimes, the family might even isolate the child at home and not allow it to interact with the society... Children may not be able to get married if it becomes known that they have mental health problems” (Informant 6)

“And then we have people’s stigmas. People will say they are mad. Other children do not want to interact with them in school. If a parent finds out, the parent will tell their child not to interact with her/him. The teacher doesn't know how to respond. So, the parents openly say that they don't want to share such things with others... Parents don't want to inform the teachers so that there will be no discrimination of their child.” (Informant 2)

“If parents bring their child to a mental health hospital or receive services from such hospitals, a lot of people would be talking about it. The teacher or the child’s friends would come to know that the child has visited a mental health professional, and they might make fun of the child, or the child might be isolated. The teacher might look at the child in a judgmental way because of its mental illness and get a biased, negative impression of its academic achievement and potential.”
(Informant 1)

3.3.3 Bruk av tradisjonelle healere

Informantene fortalte at bruk av tradisjonelle healere var utbredt i Nepal, både på landsbygda og i byene, og også blant folk med høyere utdanning. Konsekvensene de merket av denne bruken, var først og fremst at barn kom seint til behandling. Familien brukte ofte mye tid og penger ved å gå til en healer. Healeren kunne ha stor innvirkningskraft overfor foreldre når det gjaldt forståelsen av barnets plager og av behandlingen av plagene. Ofte kunne metodene healeren brukte skade barnet både fysisk og psykisk. Holdningen til samarbeid med healere var delte i teamet. Mens noen trakk fram kun negative erfaringer, pekte andre også på positive sider:

“They come to us too late. Sometimes the child’s symptoms have become more severe. That is because the traditional healer is easily available and we are quite far away from them. But the healers are always nearby. They believe in traditional healers more than in us. Sometimes healers will stop medication and the compliance is hampered because of the healer’s instructions.” (Informant 8)

“The challenge is that many parents believe that going to a traditional healer will help to overcome the problem. You know, rather than believing in the health services, they believe in the traditional healer and to visit one is the first thing they will do. In some cases, people spend lots of money and time visiting the healers and doing all the rituals. It is only after that, and that means until very late, that they come to us and start the treatment. And we know that early treatment leads to better outcome. So, that is one of the main challenges for us.” (Informant 5)

“She was taken to a traditional healer and the healer slapped her and hit her. The parents said that the healer had said that she had been poisoned by some witch or

something like that, and that she was possessed. They believe more in these healers than in doctors...I don't see any positive effects. It's a negative effect and I can give you many examples. That's what I have experienced. Maybe some others have experienced some positive effects, but I have myself not seen any positive effects.” (Informant 3)

“I believe that traditional healers could actually play a significant role in managing mental health symptoms when they appear at an early stage. If we could incorporate healers in some kind of training or awareness programs, then they could actually become those who refer those children to us.” (Informant 7)

3.3.4 Språkbarrierer

Flere av informantene fortalte at de opplevde språkbarrierer i forhold til familier som kom fra etniske minoriteter og som hadde et annet morsmål enn nepali. Dette beskrev de som en utfordring i kommunikasjonen med pasienten og som vanskeliggjorde utredning og behandling:

“There can be language barriers because there are a lot of different languages that are spoken in Nepal. I think that about 120 plus languages have actually been registered. And not all of the patients are familiar with communicating in the Nepali language or even in English. So, because of that, sometimes it can be a bit difficult to communicate.” (Informant 7)

“Another challenge is the language problems. Some patients, especially those from the Terai region, speak languages that we don't understand. A lot of them understand Nepali, but their Nepali is not good enough. So, when you have to do IQ examination, it gets very difficult because they don't understand...” (Informant 2)

“Language is also a main barrier for us. Sometimes we can't speak the patient's language because it's 123 to 125 languages spoken in Nepal. Although lots of people understand the Nepali language, some can't speak that language but only the languages in the Far-Western region of Nepal, and we can't understand their language.” (Informant 8)

Løsningen som de hadde på problemet, og som flere nevnte, var å spørre en person de visste kunne språket om hjelp, eller overføre saken til en kollega som forsto språket:

“I was not able to understand the meaning of the conversation... So, I transferred that case to one of my colleagues, who was from the same region. And he would understand more about that culture.” (Informant 5)

3.3.5 Fysisk avstraffelse av barn

Flere av informantene fortalte at fysisk avstraffelse av barn var et fenomen som de ofte støtte på i sitt arbeid. De så det som en del av kulturen og mente det ble brukt både innad i familien og av lærerne. Forklaringene på praksisen som både foreldre og lærere ga, var at det disiplinerte barnet og at det var for barnets eget beste. Selv mente de at bruk av fysisk straff kunne medføre økt stress og sårbarhet hos barnet. Som tiltak til forbedring nevnte flere av informantene foreldrekurs (“parenting skills program”) og bevisstgjøringsprosjekt blant lærere i skolen.

En av informantene sa det slik:

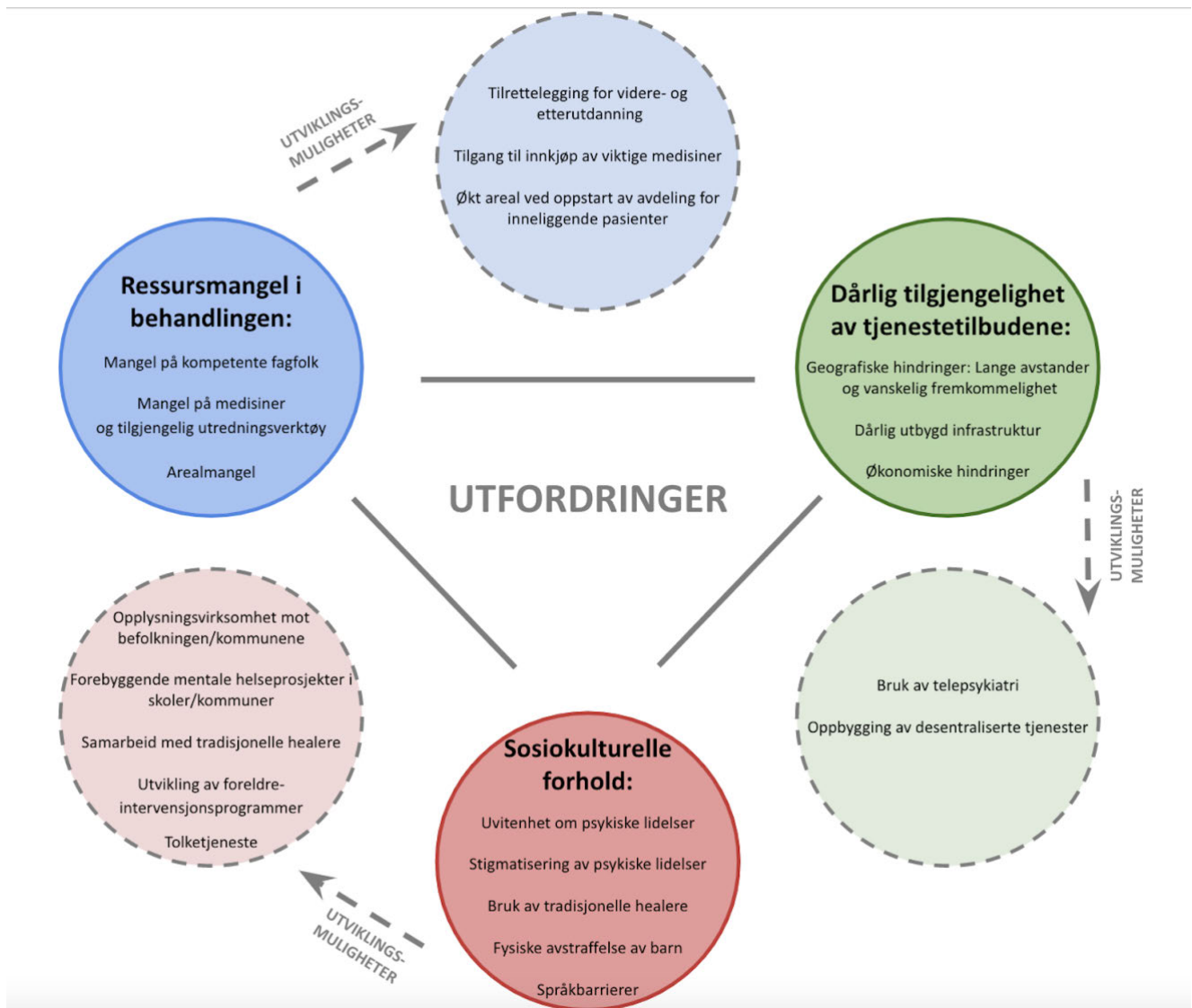
“Corporal punishment is very, very common in our Nepali context, and it is done by the teachers or parents and elder siblings... They use to be punished, and when we meet them, they have lots of bruises. When I ask, the parents say they don't know the issue, and that they think it is the child's problem behavior.” (Informant 8)

En annen beskrev en pasienthistorie der det bakenforliggende problemet viste seg å være fysisk vold:

“It was this girl who had been referred to us because she could not move her legs and they suspected a conversion disorder. During the therapy, I came to realize that she was a victim of corporal punishment in school. She had actually been hit by teachers with sticks on her legs.” (Informant 7)

En tredje beskrev en skolesituasjon der vold mot barn var vanlig:

“If children get low scores in academics, , either they are verbally insulted, or they get corporal punishment.” (Informant 8)



Figur 1 – Resultater. Hovedtema og undertemaer for utfordringer og utviklingsmuligheter.

4 Diskusjon

I diskusjonsdelens første del har vi valgt å gå nærmere inn i og drøfte noen av utfordringene som kom frem i resultatdelen under hovedtemaene A. Ressursmangel i behandlingen, B. Dårlig tilgjengelighet av tjenestetilbudet og C. Sosio-kulturelle barrierer. I andre del diskuterer vi metodiske styrker og svakheter, etterfulgt av en anbefaling om videre forskningsområder som vi mener bør utforskes.

4.1 Diskusjon av funnene

4.1.1 Tilgang på kompetente fagfolk

Mangel på kompetente fagfolk ble pekt på som en av de største utfordringene. Dette er i tråd med det som andre studier fra Nepal har beskrevet (18;27). En forklaring på mangelen på fagfolk som arbeider med psykisk helse kan være at dette er lavt prioritert i utdanningen av helsearbeidere, inkludert i medisinerutdanningen. Psykisk helse opptar kun 2% av grunnutdanningen for leger og sykepleiere (11).

Pr. i dag finnes det rundt 144 psykiatere i landet – et svært lite antall i forhold til befolkningsstørrelsen på 29 millioner. Til sammenlikning har høyinntektslandet Norge 1957 psykiatere på 5.4 millioner innbyggere (legestatistikk pr. 14.04.21)(28)

Det finnes kun tre barne- og ungdomspsykiatere i hele Nepal. Til sammenlikning har Norge 479 spesialister i barne- og ungdomspsykiatri. I Nepal kan leger ta 3-årig spesialistutdanning i psykiatri, men det finnes ikke spesialistutdanningsmuligheter i barne- og ungdomspsykiatri (6). Dette betyr at de som ønsker en videreutdanning innen BUP må reise til utlandet. Flere av informantene pekte på mulighet for å igangsette videreutdanning innen barne- og ungdomspsykiatri i Nepal som en framtidig strategi for å rekruttere flere spesialister – både leger og andre faggrupper. Men for teamet ved KCH vil mulighet for videreutdanninger måtte medføre at de ansatte blir mer eller mindre utilgjengelig for driften av poliklinikken og da i lengre tid. Dette vil være vanskelig å få til med en allerede sårbar bemanning. Behovet for kompetanseutvikling og behovet for service overfor befolkningen kan bli et framtidig dilemma.

4.1.2 Tilgjengelighet til tjenestene

Et annet aspekt ved mangelen på fagfolk er at den er skjevt fordelt. De aller fleste fagfolk som arbeider innen psykisk helse bor i urbane områder (1). Det bor f.eks. 8.5 ganger flere psykiatere rundt hovedstaden Kathmandu enn i resten av landet. Slik skjev distribusjon av fagfolk rammer pasientene som bor ute i distriktene hardt (11). Det fører til at de med minst ressurser får det dårligste tilbudet. Informantene beskrev hvordan de har forsøkt å kompensere for de store avstandene med aktiv utadrettet virksomhet mot distriktene, kalt «outreach activity». Dette har i hovedtrekk basert seg på opptrening av helsepersonell, men også av lærere og foreldre. Arbeidet møter på flere utfordringer, så som reiseutfordringer, mangel på prioritering hos lokale ledere og økt arbeidsbelastning for resten av klinikerne når noen reiser ut. Kvaliteten på opptreningsprogrammene og på veiledningen som blir gitt ute i distriktene ble ikke fokusert i de intervjuene vi hadde. Et viktig spørsmål å stille seg er om denne virksomheten i større grad bør evalueres mer systematisk for å bedre kvaliteten og måle effekten av arbeidet.

4.1.3 Mobilteknologi - Telepsykiatri

Et viktig tema som kom fram under intervjuene var bruk av mobilteknologi / telepsykiatri som løsning på problemet med manglende tilgjengelighet av tjenestene. Dette samsvarer med andre studier fra Nepal (18-20). I andre land, som i nabolandet India, har telepsykiatri vist seg å være nyttig og presis i diagnostisering og behandling av visse mentale lidelser hos barn og unge, i tillegg til at det er kostnadseffektivt (29). Telepsykiatri er sterkt evidensbasert (30) og teknologien kan også brukes til opplæring av helsepersonell og til utveksling av fagkunnskap (9). Nepal kan egne seg godt til bruk av mobil teknologi ettersom nesten alle har tilgang til mobiltelefon og halvparten til internett (31). Med denne teknologien er det mulig både å samarbeide, drive veiledning / opplæring, drive pasientutredning og -behandling på nett, og dermed nå ut til flere (10). Foreløpig er mobil teknologi og telepsykiatri kun tatt i bruk i beskjedent omfang i helsetjenesten i Nepal.

Det var bred enighet blant våre informanter om at for å bedre tilgjengeligheten til tjenestene og for å utvikle et desentralisert tilbud, måtte de videreutvikle det telepsykiatriske tilbudet. Flere mente at telepsykiatri ikke kan erstatte ansikt til ansikt konsultasjonen, men at den kan gi et bedre tilbud for de som av geografiske og kommunikasjonsmessige årsaker ikke hadde mulighet for å reise til Kathmandu for utredning og behandling. Et spørsmål man kan stille seg

er om bruk av telepsykiatri dekker over behovet for å få etablert desentraliserte BUP tjenester. Kostnadmessig vil det være gunstigere, men kvaliteten vil i kanskje vise seg i mange tilfeller å være forringet sammenliknet med fysiske møter. Dette er mulige betraktninger i en diskusjon om videreutviklingen av denne tjenesten i framtiden.

4.1.4 Uvitenhet og stigmatisering av psykiske lidelser

Uvitenhet om psykiske lidelser ble fremhevet som en viktig årsak til mange av de utfordringene som BUP-teamet møtte på i sitt arbeid. Dette forekom også blant folk i høyere sosiale lag i samfunnet og i både rurale og urbane deler av Nepal (1;6). Uvitenhet og tabu henger ofte sammen. Det er generelt knyttet stort tabu og stigmatisering til det å ha psykiske lidelser i Nepal, noe også andre studier har vist (6;18). Noen av de sosiale konsekvensene av stigmatiseringen som BUP-teamet beskrev, var problemer med jobb og familieliv om det ble kjent. Dette gjorde at mange unngikk å få behandling i frykt for diskriminering, og gjorde at terskelen for å skaffe seg psykisk helsehjelp var høy. Dette samsvarer med tidligere funn (1). Andre studier har også trukket fram at barn med alvorlige sinnslidelser ofte holdes isolert i hjemmet og låst inne grunnet stigmaet og manglende helsetilbud, inkludert medisiner (3;9). Mange med psykiske plager dropper ut av skolen og får forverrede symptomer og leveutsikter (9). Stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser er ikke unikt for Nepal. Også i andre mer tradisjonelle kulturer har man sett det samme. For eksempel er det tabu å snakke om sykdom i den samiske kulturen (32).

Det å øke bevisstheten rundt psykiske lidelser har vært et sentralt mål hele veien for BUP-teamet. Dette for å skape mer aksept rundt psykisk sykdom, og dermed senke terskelen for å oppsøke hjelp. Men gjennom denne aktive opplysningsvirksomheten kan de muligens også ha skapt et problem ved at etterspørsel på tjenestene deres har økt mer enn de har kapasitet til.

4.1.5 Fysisk avstraffelse av barn

Dette var et fenomen som mange av informantene hadde erfart i sitt arbeid. Andre studier har vist at den manglende forståelsen av psykisk sykdom hos barn og unge ofte resulterer i fysisk avstraffelse, både på skolen og i hjemmet (3;9). Selv om det nå er forbudt med fysisk avstraffelse av barn på skolen, praktiseres det fremdeles. Det er fortsatt kulturelt akseptert med fysisk avstraffelse i Nepalsk kultur, og så mange som 34% av barna i den sentrale regionen, og 60% i den vestlige regionen opplever dette som en del av oppdragelsen(33).

Fysisk avstraffelse er forbundet med økte emosjonelle og atferdsproblemer, noe flere studier har vist (22;34;35).

4.1.6 Bruk av tradisjonelle healere

Våre informanter beskrev bruk av tradisjonelle healere som utbredt. Andre studier har vist at psykisk syke mennesker i Nepal kan bli anklaget for å være besatt av ånder eller utsatt for svart magi (36). Nepalernes forståelse av helse er sterkt knyttet opp til østlig medisin, hvor tradisjonelle healere og sjamaner ofte tar over rollen til helsearbeidere. Det har vist seg at mange heller foretrekker å gå til en healer/sjaman enn å søke profesjonell psykisk helsehjelp (3;37), noe også informantene våre erfarte. Det samme er tilfelle i mange andre mer tradisjonelle kulturer i verden. For eksempel har en studie om tradisjonelle healere i Sør-Afrika viser at et betydelig antall av befolkningen benytter seg av tradisjonelle healere, enten som eneste behandlingsmetode eller ved siden av vestlig medisin. De er også ofte de første som oppsøkes for å få hjelp med ulike helseproblemer (38).

Ifølge informantene medførte bruken av tradisjonelle healere en god del ulemper i pasientbehandlingen, som forsinket behandlingsstart og dårlig compliance. Dette går også igjen i andre kulturer (32;38), også i vår egen samiske kultur. Det var derfor interessant for oss å se at det var mange likheter på dette området. I samisk kultur har det vært vanlig å gå til en «Gouvvar», som er en tradisjonell healer, for ulike plager, også psykiske (32;39).

Flere av våre informanter ønsket å prøve ut et samarbeid med de tradisjonelle healerne. De trakk frem at et samarbeid med dem vil kunne føre til at healerene kan bli i stand til å gjenkjenne symptomer på psykiske lidelse og henvise pasienten til dem. På den måten ville pasienten komme raskere til behandling. Hvilken holdning de tradisjonelle healerne i Nepal har til et slikt samarbeid, vites ikke. Studier fra andre land tyder imidlertid på at holdningen til samarbeid med helsevesenet kan være positiv (38).

For healerne vil det være viktig at deres tilnærming til behandling av sykdom respekteres, og ikke sees ned på av de helsearbeiderne som bruker en biomedisinsk tilnærming (38). Ikke alle informantene mente at samarbeid var veien å gå. Dersom man velger å innføre et samarbeid uten enighet i teamet, kan man risikere at negative holdninger ødelegger relasjonen og gjør vondt verre. Hvorvidt poliklinikken bør innlede et samarbeid eller ikke, er et essensielt spørsmål som BUP-teamet samlet bør ta stilling til. Et annet spørsmål er på hvilke premisser.

4.2 Metodologiske betraktninger

4.2.1 Svakheter og begrensninger

Vår studie er en eksplorerende, kvalitativ undersøkelse som har den begrensning at funnene våre ikke kan generaliseres, men er avgrenset til de informantene som har deltatt. En annen begrensning knyttet til utvalgets størrelse og sammensetning. Et større antall deltakere, eller en annen type deltakersammensetning kunne resultert i andre svar eller vinklinger. Bruk av en annen kvalitativ forskningsmetode enn individuelle dybdeintervjuer, som f.eks. fokusgruppe-intervjuer eller deltakende observasjon, ville muligens kunne ha gitt andre resultater.

Kulturforskjeller mellom informantene og oss som forskere samt det faktum at både vi og informantene måtte kommunisere på et fremmedspråk, engelsk, kan ha ført til misforståelser eller at vi ikke har oppfattet viktigheten av eller nyanser i den informasjonen som ble gitt. Selv om vi oppfattet informantene som meget kompetente i engelsk, kan vi ikke utelukke at måten vi stilte spørsmål på eller hvordan noen spørsmål kan ha blitt oppfattet feil eller ha blitt tolket på en måte som ikke var hensikten. Kulturforskjeller i kommunikasjonsformer, særlig kroppsspråk, syntes vi kunne være utfordrende til tider å forstå, og dette kan også ha vært en kilde til misoppfatning.

Vi som studenter er nye innenfor forskningsfeltet. Vi kan ikke utelukke oss selv som feilkilde når vi bruker oss selv som forskningsverktøy. Vår forforståelse når det gjelder faget barne- og ungdomspsykiatri var også svært begrenset. Dette kan ha hindret oss i å oppfatte meninger eller nyanser i informasjonen som ble gitt og som andre, mer erfarne forskere, lettere ville ha fanget opp. Slike forhold kan ha påvirket validiteten til studien.

4.2.2 Styrker

Denne studien er den første som har undersøkt erfaringer til fagfolk innen barne- og ungdomspsykiatrien i Nepal. For den typen problemstilling som vi valgte, er våre informanter de best passende ettersom det kun finnes én BUP-poliklinikk hele Nepal. Vi har også et godt utvalg ved at hele 8 av 14 klinikere deltok som informanter. Deltakerne var de med lengst erfaring i å arbeide i BUP. Det var dessuten et kjønnsmessig balansert utvalg. Vi antar derfor at vi gjennom våre informanter kunne danne oss et godt og nøyaktig bilde av deres arbeidssituasjon.

Vi brukte ikke intervjuguide under intervjuene, men lot deltakeren i størst mulig grad selv styre samtalen og bestemme hva de ville vektlegge. Dette gav rom for at de kunne komme med sine egne autentiske meninger og erfaringer, og som ikke var styrt ut fra teori.

En styrke ved studien er validiteten. Validiteten er styrket ved at vi har vært to om oppgaven. Under intervjuene har vi kunnet ha dobbelt sett med ører og oppmerksomhet mot informasjonen som ble gitt. Vi har vært grundige i analyseprosessen og har fulgt de 6 anbefalte analysetrinnene i tematisk analysemetode(25). Gjennom diskusjoner har vi testet våre oppfatninger og betydningen av det som ble sagt og kommet fram til konsensus når det gjelder funnene. I tillegg ble resultatene presentert på et møte med BUP-teamet, der vi ba om tilbakemelding på om funnene våre samstemte med deres egne beskrivelser. Gjennom denne tilbakemeldingen fra informantene styrket vi validiteten av studien ytterligere.

Vi brukte ikke intervjuguide under intervjuene, men lot deltakeren selv styre samtalen og bestemme mest mulig hva de ville vektlegge. Dette gav rom for at de kunne komme med sine egne autentiske meninger og erfaringer, og som ikke var styrt ut ifra teori.

5 Oppsummering og sluttkommentarer

Spesialistene på BUP-poliklinikken på Kanti Children Hospital trakk frem følgende tre hovedtemaer som utfordringer i sitt arbeid med barn og unge i Nepal:

- A. Ressursmangel i behandlingen
- B. Dårlig tilgjengelighet av tjenestetilbudet
- C. Særskilte sosio-kulturelle barrierer.

Videre beskrev de ti forbedringsmuligheter i sitt videre arbeid: (1) Bruk av telepsykiatri; (2) Oppbygging av desentraliserte tjenester; (3) Tilgang til innkjøp av viktige medisiner; (4) Tilrettelegging for videre- og etterutdanninger; (5) Økt areal ved oppstart av avdeling for inneliggende pasienter; (6) Opplysningsvirksomhet rettet mot befolkningen / kommunene; (7) Forebyggende mental helse prosjekter i skoler/kommuner; (8) Samarbeid med tradisjonelle healere; (9) Tolketjeneste for etniske minoriteter; (10) Utvikling av kulturtilpasset foreldreintervensjonsprogrammer.

Hovedutfordringene samstemte med flere av funnene fra andre studier som tidligere var gjort av psykisk helsetilbud i Nepal, og fra andre studier gjort i lav- og middelinntektsland. Ettersom vi foretok en kvalitativ undersøkelse, kan studien ikke generaliseres. Den kan imidlertid gi oss en større forståelse av hvilke utfordringer fagfolk som arbeider med barns psykiske helse i et lavinntektsland kan ha og hvilke forbedringsmuligheter som kan finnes. Studien kan dermed bidra med kunnskap som kan ha overføringsverdi og være til nytte for fagfolk i liknende situasjoner.

Vi vil oppfordre til videre forskning, inkludert også kvantitativ forskning, som kan undersøke nærmere de utfordringene psykologer og psykiatere møter i BUP-arbeid i Nepal. Det vil kunne bidra til å gi BUP-feltet større legitimitet og styrke slagkraften i å sette BUP på dagsorden i Nepal.

Referanser

1. WHO. Nepal - WHO Special Initiative for Mental Health World Health Organization: 2021. Tilgjengelig fra: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/special-initiative/who-special-initiative-country-report---nepal---2021.pdf?sfvrsn=52a31930_7
2. World Bank elevates Nepal to a 'lower middle income economy': The Himalayan Times [lest 23.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://thehimalayantimes.com/business/world-bank-elevates-nepal-to-lower-middle-income-economy/>
3. Bakke M, Fauske L, Myrholt O, Ollieuz A. Nepal - Landet og folket: Nepalforeningen; 2012 [lest 23.10.2020]. Tilgjengelig fra: https://norgenepalforeningen.files.wordpress.com/2014/01/nepal_om_landet_og_folket_2012_print_20_mb.pdf
4. Network IDS. International Dalit Solidarity Network, Nepal [lest 26.10. 20]. Tilgjengelig fra: <https://idsn.org/countries/nepal/>
5. Cameron MM. Untouchable healing: a Dalit Ayurvedic doctor from Nepal suffers his country's ills. Med Anthropol 2009;28(3):235-67. DOI: 10.1080/01459740903070865
6. Ma J, Mahat P, Brøndbo PH, Handegård BH, Kvernmo S, Javo AC. Parent reports of children's emotional and behavioral problems in a low- and middle income country (LMIC): An epidemiological study of Nepali schoolchildren. PLoS One 2021;8:16. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255596>
7. Central-Bureau-of-Statistics-Government-of-Nepal. National Population and Housing Census 2011 [lest 23.02.21]. Tilgjengelig fra: <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/census/documents/Nepal/Nepal-Census-2011-Vol1.pdf>
8. Chaulagain A, Kunwar A, Watts S, Guerrero A, Skokauskas N. Child and adolescent mental health problems in Nepal: a scoping review. Int J Ment Health Syst 2019;13:53. DOI: 10.1186/s13033-019-0310-y
9. Kunwar A, Tuladhar S. Establishment of National Center of Excellence in Child & Adolescent Psychiatry and Mental Health in Nepal.
10. Karlsen R. Psykiatristunder lærer av hverandre. Hamro Patrika 2020; s. 28; s. 19.
11. Health WaMo. WHO AIMS Report on Mental Health System in Nepal [Report]. WHO; WHO; 2006. 978-92-9022-305-4.
12. Kunwar A. Annual Progress Report 2021. Child and Adolescent Psychiatric Outpatient Clinic at Kanti Children's Hospital (KCH); 2021.
13. Kunwar A. Child and Adolescent Psychiatric Outpatient Clinic at Kanti Children's Hospital (KCH). 2017.
14. DIKU. NORPART - Partnerskapsprogram for globalt akademisk samarbeid: Direktoratet for internasjonalisering og kvalitetsutvikling i høyere utdanning [lest 23.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://diku.no/programmer/norpart-partnerskapsprogram-for-globalt-akademisk-samarbeid>

15. DIKU. Om Diku: Direktoratet-for-internasjonalisering-og-kvalitetsutvikling-i-høyere-utdanning [lest 23.10.2020]. Tilgjengelig fra: https://diku.no/om-diku?fbclid=IwAROGApa8X37_IWJMwZylksSK0UAX4oFE4SLcfnUsTKRDDzYw-qzz9FAkmOY
16. UiO. COMENTH - Collaboration in Higher Education in Mental Health between Nepal and Norway: Universitetet i Oslo Det medisinske Fakultet [oppdatert 06.05.2020; lest 23.10]. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/prosjekter/comenth/>
17. Tibhuvan University K, UiO, UiT, UiB. Collaboration Agreement between Institute of Clinical Medicine, University of Oslo and Center for Crisis Psychology, University of Bergen; Faculty of Health Science, UiT - The Arctic University of Norway; Institute of Medicine, Tribhuvan University; Unit of Child & Adolescent Psychiatry, Kanti Children Hospital. 21.06.2019.
18. Angdembe M, Kohrt BA, Jordans M, Rimal D, Luitel NP. Situational analysis to inform development of primary care and community-based mental health services for severe mental disorders in Nepal. *Int J Ment Health Syst* 2017;11(1):69-. DOI: 10.1186/s13033-017-0176-9
19. Gurung D, Upadhyaya N, Magar J, Giri NP, Hanlon C, Jordans MJD. Service user and care giver involvement in mental health system strengthening in Nepal: a qualitative study on barriers and facilitating factors. *International Journal of Mental Health Systems* 2017;11(1):30. DOI: 10.1186/s13033-017-0139-1
20. Brenman NF, Luitel NP, Mall S, Jordans MJD. Demand and access to mental health services: a qualitative formative study in Nepal. *BMC International Health and Human Rights* 2014;14(1):22. DOI: 10.1186/1472-698X-14-22
21. Luitel NP, Jordans MJ, Adhikari A, Upadhaya N, Hanlon C, Lund C, et al. Mental health care in Nepal: current situation and challenges for development of a district mental health care plan. *Confl Health* 2015;9(1):3-. DOI: 10.1186/s13031-014-0030-5
22. Ma J, Mahat P, Brøndbo PH, Handegård BH, Kvernmo S, Javo AC. Family correlates of emotional and behavioral problems in Nepali school children. *PLoS One* 2022;(1):17. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262690>
23. Kvale S, Brinkmann S. *Det Kvalitative Forskningsintervju*. Nasjonalbiblioteket: Gyldendal Akademiske; 2015.
24. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4 utg.: Universitetsforlaget; 2017.
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
26. Eggebø H. *Tematisk analyse - en guide* [2021 10.05.2022]. Tilgjengelig fra: <https://sosiologen.no/essay/essay/tematisk-analyse-en-guide/>
27. Upadhyaya N, Jordans MJD, Pokhrel R, Gurung D, Adhikari RP, Petersen I, et al. Current situations and future directions for mental health system governance in Nepal: findings from a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems* 2017;11(1):37. DOI: 10.1186/s13033-017-0145-3

28. Legeforening. Legestatistikk: Den Norske Legeforening [lest 14.06.22]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/>
29. Malhotra S, Chakrabarti S, Shah R. Telepsychiatry in Child and Adolescent Mental Healthcare. I: Malhotra S, Santosh P, red. Child and Adolescent Psychiatry: Asian Perspectives. New Delhi: Springer India; 2016. s. 441-61. Tilgjengelig fra: https://doi.org/10.1007/978-81-322-3619-1_24
30. Subodh D, Seri A, Parmod K, Anilkumar P, Sridevi M. Telepsychiatry and COVID-19: A new dawn for digital psychiatry? Indian journal of social psychiatry : official publication of Indian Association for Social Psychiatry 2020;36(5):162-7. DOI: 10.4103/ijsp.ijsp_289_20
31. Adhikari T, Rijal A. E-mental health - An untapped opportunity in Nepal. Asian J Psychiatr 2018;38:25-6. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2018.10.021>
32. Bongo B. Samer snakker ikke om helse og sykdom [Philosophiae Doctor]: Universitetet i Tromsø UiT; 2012.
33. Kandel P, Kunwar R, Karki S, Kandel D, Lamichhane P. Child maltreatment in Nepal: prevalence and associated factors. Public Health 2017;151:106-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.06.020>
34. Landsford J, Chang L, Dodge K, Malone P, Oburu P, Palmérus K, et al. Physical Discipline and Children's Adjustment: Cultural Normativeness as a Moderator. Child Development 2005;76(6):1234-46. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00847.x>
35. Grogan-Kaylor A, Castillo B, Pace G, Ward, KP. , Ma J, Lee S, et.al. Global perspectives on physical and nonphysical discipline: A Bayesian multilevel analysis. International Journal of Behavioral Development 2021;45(3):216-25.
36. Devkota M. Mental Health in Nepal: The voices of Koshish Psychology International: American Psychological Association. [lest 23.10.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.apa.org/international/pi/2011/07/nepal>
37. Pham T, Kaiser B, Koirala R, Maharjan S, Upadhaya N, Franz L, et al. Traditional Healers and Mental Health in Nepal: A Scoping Review. Cult Med Psychiatry 2020;22:22. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s11013-020-09676-4>
38. Mkabile S, Swartz L. Traditional healers' explanatory models of intellectual disability in Cape Town. Sage 2022;59(3):263-73. DOI: 10.1177/13634615211055967
39. Henriksen A. Å stoppe blod. Fortellinger om læsing, helbredelse, hjelpere og varsler: Cappelen Damm AS; 2010.

Vedlegg 1



Vurdering

Referansenummer

479725

Prosjekttittel

Barne- og ungdomspsykiatri i et lavinntektsland (Nepal). utfordringer, barrierer og muligheter i pasientbehandling og i samarbeid med distriktene. En kvalitativ studie.

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Christian Eckhoff, christian.eckhoff@uit.no, tlf: 99157702

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kristine Magga og Silje Maret Somby, kma065@uit.no, tlf: 91381420

Prosjektperiode

11.03.2022 - 31.08.2022

Vurdering (1)

20.12.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.12.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.08.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2

Are you interested in taking part in the research project:

**«Child- and adolescent psychiatry in a low-income country (Nepal).
Challenges, barriers, and opportunities in patient treatments and in
collaboration with the community level. A qualitative study»**

This is an inquiry about participation in a research project where the main purpose is to examine experiences of those working with child- and adolescent psychiatry (CAP) at an outpatient unit in Nepal. In this letter we will give you information about the purpose of the project and what your participation will involve.

Purpose of the project

This project is a qualitative study about the experiences of those working with child- and adolescent psychiatry (CAP) at an outpatient unit in Nepal. The interviews will focus on challenges, barriers, and possibilities in patient treatments as well as in collaboration with the community level. No confidential patient data will be used.

The project is part of a master's thesis conducted by two Norwegian medical students (Kristine Magga and Silje Máret Somby) at the UiT – the Arctic University of Norway and supervised by Norwegian researchers attached to the same university.

Two students will be conducting the study as in-depth interviews during a three-months stay in Nepal from March – June 2022. By the end of their stay, they will present the results of the study to the whole team for discussion and reflections about their work.

Who is responsible for the research project?

Students:

- Kristine Wollmann Magga, medical student 5th year - UiT – the Arctic University of Norway.
- Silje Máret Somby, medical student 5th year - UiT – the Arctic University of Norway.

Supervisor:

- Cecilie Jávo, MD/PhD – SANKS FoU Sámi Klinihkka, Finnmarkssykehuset HF

Co-supervisors:

- Shiho Hansen, PhD.– SANKS FoU Sámi Klinihkka, Finnmarkssykehuset HF
- Christian Eckhoff, MD/PhD. - Department of Clinical Medicine (IKM) at the Faculty of Health Sciences, UiT – the Arctic University of Norway

The project is financed with a traveling scholarship for the students from a Norwegian Partnership Programme for Global Academic Cooperation called “Collaboration in Higher Education in Mental Health between Nepal and Norway” referred to as the NORPART project. Regional Centre for Child and Youth Mental Health and Child Welfare (RKBU) at the Faculty of Health Sciences, UiT – the Arctic University of Norway, and Unit of Child and Adolescent Psychiatry (UCAP) at Kanti Children Hospital are two of five collaborating

partners in this project. Though, the NORPART project is financed and will not influence the students' master thesis.

Why are you being asked to participate?

Altogether, 8 members of the CAP team at Kanti Children Hospital will be invited as informants: 4 psychiatrists and 4 clinical psychologists. In this way, we believe the gathered information will be both rich and varied.

What does participation involve for you?

The interviews will be performed individually and will last for approximately 1-2 hours. All replies will be treated with complete confidentiality. All information about the participants will be fully anonymized, including any citations. No other persons than the two students and their supervisors will have access to the data. No information will be published in any report that will make it possible for anyone to identify any individual participant.

Participation is voluntary

As a participant, you will be free to withdraw from the project at any stage without giving a reason. All information about you will then be deleted and not included in the study. There will be no negative consequences for you if you chose not to participate or later decide to withdraw. If the participants would like to view or correct their citations, they can contact the students for a review.

Your personal privacy – how we will store and use your personal data

We will only use your personal data for the purpose specified in this information letter. We will process your personal data confidentially and in accordance with data protection legislation (the General Data Protection Regulation and Personal Data Act).

The interviews will be audiotaped and transcribed shortly afterwards. The records will be kept strictly confidential on an encrypted memory pen. Your name and contact details will be replaced with a code. The list of names, contact details and respective codes will be stored separately from the rest of the collected data on a different and separate encrypted memory pen.

What will happen to your personal data at the end of the research project?

All data will be deleted after use, and not later than the end of August 2022.

Permits

Based on an agreement with the NSD – The Norwegian Centre for Research Data AS has assessed that the processing of personal data in this project is in accordance with data protection legislation.

Where can I find out more?

If you have questions about the project, or want to exercise your rights, contact:

- Students: Kristine Wollmann Magga or Silje Máret Somby for access to the data.
- IKM at the Faculty of Health Sciences, UiT – the Arctic University of Norway via Christian Eckhoff
- Our Data Protection Officer: Joakim Bakkevold,
By e-mail: personvernombud@uit.no or by telephone: +47 976 915 78
- NSD – The Norwegian Centre for Research Data AS, by email:
personvertjenester@nsd.no or by telephone: +47 53 21 15 00.

Contact information:

Silje Máret Somby (student) // e-mail: sso087@uit.no

Kristine Wollmann Magga (student) // e-mail: kma065@uit.no

Cecilie Jávo (MD/PhD/supervisor) // e-mail: a-cecili@online.no

Christian Eckhoff (MD/PhD/co-supervisor) // e-mail: christian.eckhoff@uit.no

Yours sincerely

Project Leader
Cecilie Jávo

Students
Kristine Wollmann Magga and Silje Máret Somby

Informed consent

I hereby confirm that I have read the information given above about the project and that I agree to participate in the study. I am informed that the interview will be audiotaped, and that the information will be used in a master thesis by the medical students Kristine Magga and Silje Máret Somby and that it may be published later as a UiT- the Arctic University of Norway publication.

I give consent for my personal data to be processed until the end date of the project, approx. 31.08.22

Kathmandu 01.04.22

