

A close-up photograph of two hands clasped together, one with a darker skin tone and one with a lighter skin tone, set against a solid blue background. The hands are positioned in the center-left of the frame, with fingers interlaced. The lighting is soft, highlighting the texture of the skin and the natural color of the nails.

# Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn



RÅDET FOR PSYKISK HELSE

**UTVALGET HAR BESTÅTT AV:**

**Guro Fjellanger**, (utvalgsleder) selvst. næringsdrivende, politiker

**Arild Aambø**, lege, nestleder Nasjonalt Kompetansesenter for Minoritetshelse NAKMI

**Siri Bråtane**, cand.mag., representerer Mental Helse Norge

**Tayyab M Choudri**, Nettverkskoordinator, Internasjonal Helse- og Sosialgruppe IHSG

**Karin Harsløf Hjelde**, dr.philos., sosialantropolog, forsker, NAKMI

**Kirsti Jareg**, psykolog

**Emine Kale**, psykologspesialist/prosjektmedarbeider NAKMI/Søndre Oslo DPS.

**Ola Marstein**, psykiater, avdelingsoverlege, Søndre Oslo DPS

**Sverre Varvin**, dr.philos. psykiater og psykoanalytiker, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress NKVTS/privatpraktiserende spesialist

**Ayaan Yassin**, Primærmedisinsk verksted PMV, leder i Somalisk kvinneforening

**FRA SEKRETARIATET:**

Generalsekretær Sunniva Ørstavik

Rådgiver Arne Ørum

Rådgiver Ragnhild Aasen Jacobsen

Rapporten er ført i pennen av Kirsti Jareg

**UTGIVER:** Rådet for psykisk helse

**DESIGN:** Millimeterpress as

**FORSIDEFOTO:** Terje Heiestad/Millimeterpress

**TRYKK:** Stens trykkeri as

**OPPLAG:** 1 000 eks.

**PRODUKSJONSÅR:** 2007

# Forord

MENNESKER MED MINORITETSBAKGRUNN som bor i Norge, er mer utsatte for psykiske problemer og psykisk sykdom enn befolkningen for øvrig. De har også dårligere muligheter for å få hjelp og behandling. Dette er urimelige forskjeller som er resultater av strukturelle forhold i det norske samfunnet generelt og i tjenesteapparatet spesielt. Derfor legger Rådet for psykisk helse fram denne rapporten som retter søkelyset mot psykisk helse i innvandrerbefolkningen. Rapporten er utarbeidet av et fagutvalg nedsatt av styret, og utvalget har arbeidet gjennom hele 2006.

For å bøte på det første problemet, nemlig økt forekomst av psykiske lidelser, må den generelle integrerings- og velferdspolitikken utjevne ulikheter i levekår og livsvilkår mellom innvandrerbefolkningen og majoritetsbefolkningen. Psykisk helse henger nært sammen med levekår, og det beste forebyggende arbeidet med hensyn til psykiske lidelser er å skape gode livsvilkår som bidrar til mestring, deltakelse og inkludering.

Det andre problemet, at mennesker med minoritetsbakgrunn får mindre og dårligere hjelp enn befolkningen for øvrig, må bøtes med et systematisk minoritetsperspektiv i alle ledd i tjenesteapparatet, mer kultursensitivitet i helsetjenestene og mer kunnskap om minoriteter og psykisk helse. Mange innvandrere har ikke kjennskap til hvordan og hvor man søker hjelp, hva man blir henvist til, og hvem som kan henvise, og ikke minst viktig, hva det er mulig å få hjelp til. Rådet for psykisk helse mener at helsetjenestene må jobbe bedre for å nå ut til de som har behov for tjenestene, for å sikre at alle med behov for hjelp får den hjelpen de har krav på. Fokuset må være at alle uansett bakgrunn får et likeverdig tilbud, noe som krever en erkjennelse av at et likt tilbud ikke alltid i praksis er et likeverdig tilbud.

I tillegg til strukturelle forklaringer på høyere sykkelighet og dårligere tilgang på hjelp, er det en utfordring at det i mange minoritetsmiljøer er tabuer knyttet til psykisk helse. Kunnskap og grunnlag for mer åpenhet blant innvandrere tror vi vil bidra til at det for den enkelte vil være lettere å akseptere og leve med egne psykiske problemer eller problemer hos mennesker som står en nær. Vi tror også det vil bidra til at det vil være lettere å søke hjelp. Det er derfor viktig at både minoritetsmiljøene selv og tjenesteapparatet arbeider for normalisering av og mer kunnskap om psykisk helse.

Regjeringen har lagt fram en handlingsplan for integrering. Vi mener at det er en klar svakhet at psykisk helse ikke behandles spesifikt i handlingsplanen. Til tross for at det er dokumentert i planens faktadel at «innvandrere har en signifikant økt hyppighet av psykiske plager», er ingen av tiltakene i planen knyttet til psykisk helse.

Helse- og omsorgsministeren arbeider med en nasjonal strategi for å møte sosial ulikhet i helse. Vi har store forventninger til at denne strategien skal ha betydelig vekt på psykisk helse, og også et spesielt fokus på innvandreres helsesituasjon. En slik strategi må ikke bare inneholde tiltak for å utjevne ulikheter i forhold til den enkeltes helse, men også tiltak for å sikre alle like god tilgang til helsetjenestene og like gode muligheter for god og riktig behandling.

Med denne rapporten har Rådet for psykisk helse samlet kunnskap om psykisk helse og risikofaktorer blant innvandrere i Norge. Vi foreslår en rekke tiltak som vi mener vil bidra til forebygging av psykiske lidelser, bedre den enkeltes tilgang til helsetjenestene og har forslag til hvordan helsetjenestene bedre kan møte brukere med minoritetsbakgrunn. Vi håper at rapporten vil skape en debatt som fører til endringer. Det er på høy tid.



Guro Fjellanger  
UTVALGSLEDER



Mette Kalve  
STYRELEDER RÅDET FOR PSYKISK HELSE

# Innhold

<b>FORORD</b> .....	<b>3</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>6</b>
<b>KAPITTEL 1: HVORFOR FOKUS PÅ ETNISKE MINORITETER OG PSYKISK HELSE?</b> .....	<b>9</b>
Hvem handler rapporten om?.....	10
Avmakt og psykisk helse.....	11
Hvor trykker skoen?.....	13
Viktige fokusområder.....	13
<b>KAPITTEL 2: HVORFOR ER INNVANDRERE MER UTSATTE?</b> .....	<b>13</b>
Fattigdom og arbeidsledighet.....	14
Lavtlønnet og tungt arbeid.....	15
En utilfredsstillende boligsituasjon.....	15
Betydningen av et sosialt nettverk.....	15
Diskriminering som risikofaktor.....	17
Risikofaktorer og lyspunkter.....	18
<b>KAPITTEL 3: HVEM ER SPESIELT UTSATT?</b> .....	<b>19</b>
Psykisk helse hos flyktninger.....	20
Traumatiske opplevelser og organisert vold.....	20
Tortur.....	21
Forhold i eksil.....	22
Dobbel stigmatisering.....	23
Unge med minoritetsbakgrunn.....	23
Krysspress – mellom hjem og samfunn.....	24
Tvangsekteskap og æresrelatert vold.....	29
Barn og ungdom som har opplevd traumer.....	30
Barn i asylmottak og enslige mindreårige.....	31
Innvandrere med avhengighetsproblemer.....	31

<b>KAPITTEL 4: LIKEVERDIGE TJENESTER?</b> .....	<b>27</b>
Like versus likeverdige tjenester .....	28
Kulturen i det norske hjelpeapparatet – likhetstankegangen og diskriminering .....	29
Fravær av individuell plan – fortsatt kasteball .....	30
Tolk og likeverdige tjenester .....	30
Språkbruk i offentlige dokumenter .....	31
Indirekte diskriminering gjennom refusjonsordninger og produktivitetskrav .....	31
 <b>KAPITTEL 5:</b>	
<b>HVA SKJER I MØTE MELLOM HELSEVESENET OG BRUKERE MED MINORITETSBAKGRUNN?</b> ...	<b>33</b>
Ulike forståelser av psykisk sykdom og behandling .....	34
Kulturforskjeller – er det alltid forklaringen på kommunikasjonsproblemer? .....	35
Terskler for å oppsøke hjelp .....	37
Avhengige av ildsjeler? .....	38
 <b>KAPITTEL 6: MINORITETSHELSE – UTFORDRINGER OG TILTAK</b> .....	<b>39</b>
INNSATSOMRÅDE NUMMER 1: Innvandrere, psykisk lidelse og levekår .....	40
INNSATSOMRÅDE NUMMER 2: Offentlige tjenester og et særskilt blikk på helsetjenestene .....	42
INNSATSOMRÅDE NUMMER 3: Åpenhet og kunnskap i minoritetsmiljøer .....	46

# Sammendrag

**D**enne rapporten handler om psykisk helse og etniske minoriteter fra lav- og middelinntektsland. Vi vet at sykeligheten er dobbelt så høy blant disse minoritetsbefolkningene, og at de verken får et likeverdig eller godt nok helsetilbud. Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser har vært på den politiske dagsordenen de siste årene. Det er derfor påfallende at det finnes så lite kunnskap om innvandrere og psykisk helse, både når det gjelder forekomst av psykiske plager og hvordan de opplever tjenestetilbudet.

Vi har imidlertid undersøkelser som peker mot at innvandrere er sykere enn etnisk norske når de først blir lagt inn på psykiatriske avdelinger, og at de etter all sannsynlighet hyppigere blir innlagt med tvang.

Rapporten er bygd opp rundt noen fokusområder og munner ut i konkrete forslag til tiltak i det siste kapitlet. Vi ser på hvilke risikofaktorer innvandrere lever med når det gjelder å utvikle psykiske lidelser. Vi vet at deler av innvandrerbefolkningen har høy arbeidsledighet, er fattige og har lavstatusjobber til tross for at en del er overkvalifiserte til disse. Mange familier med innvandrerbakgrunn bor også trangere og dårligere enn andre, og for noen er tilværelsen preget av hyppig flytting. Ustabile boforhold kan ramme barn spesielt hardt. Arbeidsledighet, fattigdom og dårlige boforhold er materielle forhold som samfunnet kan velge å gjøre noe

med eller se bort fra. Det er vanskelig å komme seg ut av en slik situasjon også hvis man er etnisk norsk, men det er enda vanskeligere hvis man er innvandrer. Språkproblemer, rasisme og diskriminering er hindre for å komme seg ut av en slik tilværelse.

Vi vet også at ensomhet og mangel på sosial støtte gir en risiko for å utvikle psykiske lidelser. Undersøkelser har vist at innvandrere i gjennomsnitt er mer ensomme enn befolkningen for øvrig. De deltar også mindre i organisasjonsliv enn etnisk norske. Også barn og unge med innvandrerbakgrunn er underrepresenterte på viktige arenaer i fritiden. Organisasjoner har en vei å gå når det gjelder å tenke rekruttering og inkludering av personer med innvandrerbakgrunn. En del innvandrere har også en vei å gå når det gjelder å bidra til å opprettholde fritidsaktiviteter i innvandrerrettede områder.

Som nevnt er diskriminering et viktig hinder for å kunne delta på lik linje med og få de samme rettighetene som personer fra majoritetsbefolkningen. Det mangler en kartlegging av art og omfang av etnisk diskriminering i Norge. En fersk EU-rapport viser at det er en underrapportering av religiøs diskriminering av muslimer som bor i Europa. Det er ingen grunn til å tro at religiøs diskriminering ikke også finner sted i Norge; spørsmålet er mer hvilke utslag det får her til lands.

Hvem er mest utsatt for å få psykiske problemer i de innvandrerbefolkningene vi snakker om? Vi vet at personer med fluktbakgrunn kan være mer utsatte fordi mange har opplevd vold og krig. En del har psykologiske ettervirkninger av slike opplevelser. De som har opplevd

tortur eller krig, kan også ha fysiske skader. Det er lite kunnskap i Norge om tortur og virkninger av tortur. Vi mener likevel at det er en tendens til at det norske samfunnet og helsevesenet i for stor grad forklarer den økte sykkeligheten blant flyktninger med traumatiske opplevelser. Det blir for enkelt. Vel er dette av betydning, men vi vet at forholdene i Norge har stor, hvis ikke størst, betydning for om flyktninger skal utvikle psykiske lidelser eller ikke. Det er ingen automatisk sammenheng mellom traumatiske opplevelser og psykiske problemer. Vi vet at meningsfull aktivitet og sosial støtte er beskyttende faktorer som gjelder helt fra perioden folk sitter i asylmottak, til de eventuelt bosetter seg i en kommune.

Barn og unge med minoritetsbakgrunn kan også være en utsatt gruppe. De kan møte andre utfordringer enn etnisk norsk ungdom fordi en del opplever et krysspess mellom hjem og storsamfunn med hensyn til hvem de skal være, og hvordan de skal oppføre seg og leve livet sitt. Enkelte utsettes for press eller vold når de skal velge seg en partner. Noen har opplevd belastende hendelser fra hjemlandet eller under flukten som skiller seg svært mye fra det vanlig norsk ungdom har opplevd. Noen kommer alene til Norge, og det kan se ut som det er mer oppmerksomhet rundt alderen til disse ungdommene enn deres behov for voksenkontakt og støtte.

Vi vet lite om avhengighetsproblemer blant mennesker med etnisk minoritetsbakgrunn. Det er behov for en kartlegging av rustyper, rusmønstre og om behandlingstilbudet er tilpasset etniske minoriteters behov for hjelpetilbud. Flere mennesker med minoritetsbakgrunn kan også oppleve

dobbel stigmatisering, som for eksempel homofile, og dem med nedsatt funksjonsevne. Det er behov for mer kunnskap om og fokus på hvilke spesielle problemer disse møter, og hvordan vi skal løse dem. Rapporten fokuserer også på hvorvidt vi har likeverdige offentlige tjenester til alle. Tjenestene må ha et minoritetsperspektiv i arbeid med og tilbud til personer med minoritetsbakgrunn. Tjenestene må være mer fleksible og nytenkende. Det må benyttes andre tilnærminger enn det man er vant med hvis den vanlige måten å utføre tjenester på ikke fungerer. Hvis personer med minoritetsbakgrunn ikke kommer til behandlingstilbud eller hvis barn med minoritetsbakgrunn gjør det dårligere på skolen, må man legge om måten å arbeide på, ikke bare gjøre mer av det samme. Vi ser heldigvis at det gjøres mye spennende arbeid på dette feltet. Dessverre er mye av arbeidet prosjektpreget virksomhet som ikke i tilstrekkelig grad nedfelles i det ordinære tjenestetilbudet. Dette fører i praksis til at indirekte diskriminering i offentlige tjenester fortsetter, selv om dette kan være utilsiktet.

Vi vet at ikke alle får tilbud om individuell plan selv om man har en lovfestet rett til det. Dette rammer flyktninger spesielt hardt, fordi de ofte mangler «alt» når de kommer til Norge. Men også for andre med minoritetsbakgrunn kan en individuell plan, som blant annet sikrer koordinering og at du får én kontaktperson å forholde deg til, være ekstra viktig.

Manglende helhet og koordinering av tjenester kan føre til at folk blir kasteballer, noe individuell plan er ment å motvirke. For mange kan dette føre til en følelse av avmakt

og kan i verste fall få tragiske, og noen ganger voldelige, utfall.

Likeverdige tjenester handler også om retten til å gjøre seg forstått og forstå informasjon, og er nedfelt i blant annet pasientrettighetsloven. Det er et stort underforbruk av tolk i offentlige tjenester, inkludert helsetjenesten. Vi vet lite om hvor mye eller lite minoritetsspråklige pasienter oppfatter av informasjon om behandlingsopplegg, medisiner og behandlingsalternativer. Vi kjenner heller ikke omfanget og konsekvensene av feil- eller undermedisinering som skjer på grunn av språkbarrierer. Språkbruket i offentlige dokumenter er også til hinder for likeverdige offentlige tjenester. En forenklet språkbruk er også et godt eksempel på et tiltak som vil komme majoritetsbefolkningen til gode. Refusjonsordninger og produktivitetskrav som gjør at mennesker med helseproblemer ikke får den hjelpen de trenger, virker indirekte diskriminerende på personer med store hjelpebehov. Ordningene kan ramme innvandrere spesielt hardt, fordi de av flere grunner ofte trenger mer tid i konsultasjoner. Slik ordningene virker nå, kan de derfor få en indirekte diskriminerende effekt for innvandrere.

Hva skjer i møte mellom helsevesenet og brukere med minoritetsbakgrunn? Hvilke utfordringer byr dette møtet på? Vi vet at behandlere selv rapporterer om kommunikasjonsproblemer og problematiske kulturforskjeller. Vi vet imidlertid lite om hva innvandrere selv mener er utfordringene. Vi mener det er grunn til å problematisere om kulturforskjeller alltid er den riktige forklaringen på disse utfordringene som helsepersonell rapporterer om. Rapporten peker også på at det er

en svikt i systemene så lenge psykisk helsearbeid og tilbudet preges av og langt på vei er avhengig av om det finnes ildsjeler som er interessert i minoritetshelse. Vi ser at kunnskap om minoritetshelse er fraværende eller valgfritt i en del utdanninger for helsepersonell. Det skal ikke være enkeltpersoner som avgjør om pasienter med minoritetsbakgrunn får et godt psykisk helsetilbud eller ikke.

Sett at levekårene utjamnet seg, sett at vi fikk likeverdige tjenester og at helsevesenet ble faglig rustet til å gi et godt tilbud til personer med minoritetsbakgrunn – ville da problemet vært løst? En utfordring som ville gjenstått, er tabuer om psykiske problemer i minoritetsmiljøer. Det har tatt lang tid i den vestlige delen av verden å skape åpenhet og aksept for psykiske lidelser – og det er fortsatt et godt stykke igjen å gå. I minoritetsbefolkningene i Norge har dette arbeidet så vidt begynt, spesielt takket være innvandrere som selv tar initiativ til dette. Disse initiativene bør få mer oppmerksomhet og økonomisk støtte enn de gjør i dag. I tillegg mener vi at helsevesenet i langt større grad må gå aktivt ut og samarbeide med innvandrersorganisasjoner for å informere om psykiske lidelser og hjelpetilbud.

### **Rapporten munner ut i forslag til tiltak på tre områder:**

- Innsats for å bedre levekår for innvandrere
- Sørge for mer likeverdige offentlige tjenester
- Øke åpenhet og kunnskap om psykiske lidelser i minoritetsmiljøer



# Hvorfor fokus på etniske minoriteter og psykisk helse?

**D**eler av innvandrerbefolkningen i Norge har en høyere forekomst av psykiske plager enn etnisk norske innbyggere. Det er også vanskeligere å få hjelp når man først blir syk, og den hjelpen som gis, er dårligere tilpasset den enkeltes behov. I denne rapporten vil vi sette fokus på faktorer som påvirker innvandreres psykiske helse på en negativ måte, og gi forslag til tiltak som kan innvirke positivt på helsen. Vi vil også fokusere på hvordan tjenesteapparatet bedre kan møte brukere med innvandrerbakgrunn.

Til tross for at innvandrerbefolkningen utgjør en betydelig del av innbyggerne i Norge, er det gjort lite forskning på forekomst og art av psykiske lidelser i denne gruppen. Et viktig bidrag til mer kunnskap er imidlertid den såkalt HUBRO-undersøkelsen, en helseundersøkelse blant innbyggerne i Oslo.<sup>1</sup> HUBRO viser at forekomsten av psykiske plager målt med selvutfyllingsskjema (HSC-10) er over dobbelt så høy blant innvandrere fra middel- og lavinntektsland enn blant innvandrere fra høyinntektsland og norskfødte. Ifølge samme undersøkelse hadde én av fire ikke-vestlige førstegenerasjons innvandrere i Oslo symptomer på psykisk stress. Det samme gjelder for bare en tiendedel av norskfødte personer og vestlige innvandrere.

HUBRO-undersøkelsen viste også at depresjon og angst er de vanligste psykiske plagene i minoritetsbefolkningene fra fattige land. I tillegg er alvorlige lidelser, som schizofreni, mer utbredt blant innvandrere fra fattige ikke-vestlige land.<sup>2</sup> Selv om man ikke har vitenskapelige forklaringer på denne forskjellen, er det grunn til å tro at diskriminering på grunn av hudfarge og det å være sosialt og økonomisk ekskludert fra samfunnet,

kan bidra til å utløse sykdommer man er disponert for. Funnene fra HUBRO samsvarer med tidligere undersøkelser gjort i Norge.<sup>3</sup>

## Hvem handler rapporten om?

Vi har valgt å avgrense oss til minoritetsbefolkningene med bakgrunn i ikke-vestlige land. Når vi i rapporten snakker om «minoriteter», mener vi derfor den delen av innvandrerbefolkningen som kommer fra ikke-vestlige land, inkludert flyktninger fra tidligere Øst-Europa. Dette betyr også at livssynsminoriteter og nasjonale, etniske minoriteter ikke er inkludert i denne rapporten.

Definisjonen av en innvandrer omfatter ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) også deres etterkommere. Selv om det er forskjeller når det gjelder førstegenerasjons innvandrere og etterkommerne deres, vil også de sistnevnte være utsatt for en del av de samme risikofaktorene som foreldrene sine når det gjelder å utvikle psykiske problemer. I tillegg vil de leve med noen risikofaktorer som er særegne for etterkommere, og vi har derfor valgt å inkludere etterkommere i denne rapporten.

Innvandrerbegrepet omfatter også mennesker som har fluktbakgrunn og som er i eksil, og vi vil bruke begrepet flyktning når vi omtaler spesielle utfordringer som personer med fluktbakgrunn møter.

La oss dvele litt ved begrepsbruken, fordi forskning, kunnskapsutvikling og tiltak ofte retter seg mot enten innvandrere, flyktninger eller etterkommere som om disse var helt atskilte kategorier. Vel er det slik at emigrantene reiser frivillig, drevet av materiell, økonomisk og kanskje spirituell nød, eventyrlyst eller kjærlighet. De er ikke fordrevet. De har valgt å reise, men det er et valg det ikke alltid er mulig å gjøre om på. De som derimot er i eksil, har som regel ingen muligheter for å vende tilbake uten stor risiko. Til tross for dette er det likevel ofte et

1 Dalgard, O.S., Thapa, S.B., Hauff, E., Mccubbin, M. & Syed, H.R. Immigration, lack of control and psychological distress: Findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology* 2006; 47 (6)

2 Bhugra D. Migration and mental health, *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:243-58

3 Dalgard, O.S. (2005). Psykisk helse blant innvandrere i Oslo. Resultater fra befolkningsundersøkelser. I N. Ahlberg, A. Aambø og I. Ghile (red.) Helse- og omsorgsmessige utfordringer i forhold til minoriteter. Tilbakeblikk og erfaringer (ss. 25-32) NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse nr. 1. Oslo: NAKMI

element av valg og frivillighet også hos personer som har flyktet fra hjemlandet sitt. Derfor kan både innvandrere uten fluktbakgrunn og flyktninger ha den samme psykologiske opplevelsen av å ikke kunne reise hjem. La oss gi to eksempler for å illustrere poenget. En kvinne fra Pakistan gifter seg med en mann som er oppvokst i Norge med to pakistanske foreldre. Hun vantrives i ekteskapet, men ser ingen muligheter til å skille seg og reise hjem. Hun kom frivillig, men ser ingen retrettmuligheter på grunn av redsel for voldelige konsekvenser hvis hun skiller seg.

Et ektepar fra kurdiske områder i et land i Midtøsten kom som flyktninger. Det blir fred i den delen av landet de flyktet fra, og de ønsker å reise hjem fordi de ikke kjenner seg hjemme i Norge, og savner hjemlandet sterkt. De har ingen norske venner, begge har ønsket å få arbeid uten å lykkes og de behersker ikke norsk i særlig grad. Barna er født i Norge og snakker norsk, går på skole og har venner i Norge. De vil ikke reise. Foreldrene velger å bli for barnas skyld, og fordi de ser at barna vil få en bedre framtid i Norge.

Det skaper en følelse av avmakt å oppholde seg i et land der man ikke kjenner seg hjemme eller velkommen, og denne avmaktsfølelsen kan gi en risiko for å utvikle psykiske problemer enten man kom som innvanderer eller flyktning. Denne avmakten ligger der som et usynlig bakgrunnstappe som er viktig for å forstå situasjonen til enkelte individer fra minoritetsbefolkningene.

## Avmakt og psykisk helse

Mennesker opplever avmakt når de befinner seg i en ubehagelig og stressende situasjon som de ikke ser noen vei ut av. En kjenner avmakt når man ikke klarer å dekke grunnleggende behov som en trygg og forutsigbar boligsituasjon, meningsfull aktivitet eller arbeid, et sosialt nettverk samt penger til mat og klær. Det kan også dreie seg om manglende psykologiske behov, som behovet for forutsigbarhet, trygghet, tillit til andre og å bli hørt når det gjelder egen situasjon.

En del mennesker med minoritetsbakgrunn opplever at det skjer en opphopning av avmaktssituasjoner og at de får psykiske problemer som i utgangspunktet ikke var der. Andre opplever at allerede eksisterende psykiske plager forsterkes av en rekke avmaktsopplevelser.

Personer med majoritetsbakgrunn som har psykiske lidelser, kan også oppleve avmakt når de ikke får arbeid som er tilpasset deres behov, noe som igjen fører til dårlig økonomi og problemer med å skaffe seg en stabil bolig. De kan også oppleve avmakt overfor hjelpeapparatet når de ikke blir hørt og tatt med i planleggingen av egen behandling, eller når de faller mellom flere stoler i hjelpeapparatet.

LAND	ANTALL
Pakistan	27 657
Sverige	23 489
Irak	20 076
Danmark	19 179
Vietnam	18 333
Somalia	18 015
Bosnia-Hercegovina	14 822
Iran	14 362
Tyrkia	14 084
Serbia og Montenegro	12 905

- Innvandrerbefolkningen defineres av SSB som personer som er født i utlandet av foreldre der begge er utenlandskfødte, og etterkommere av disse. Antallet som er født i utlandet er 319 000 personer, mens etterkommere utgjør 68 000 personer. I alt dreier det seg altså om 387 000 personer, eller 8,3 % av befolkningen. På ti år har antallet ikke-vestlige innvandrere økt fra ca 142 000 i 1996 til ca 285 000 i 2006.
- Sammensetningen av innvandrerbefolkningen har gjennomgått betydelige endringer over de siste 10–15 år. Innvandrere fra Afrika, Asia (medregnet Tyrkia) og Latin-Amerika utgjør over 50 %. Samtidig har innvandringen fra enkelte nasjonsgrupper økt relativt raskt. De 10 største innvandrergruppene per 1. januar 2006 var:

Forskjellen mellom majoritetsbefolkningen og minoritetsbefolkninger ligger i at innvandrere opplever en rekke avmaktssituasjoner som kommer i tillegg til dem som majoritetsbefolkningen møter – nettopp fordi de har minoritetsbakgrunn. En del mangler som nevnt muligheten til å reise til et sted hvor de kan kjenne seg hjemme. Mange opplever etnisk diskriminering i forhold til jobb og bolig. Noen mangler muligheten til å uttrykke sine behov på norsk og/eller mangler kjennskap til hvordan tjenester er organisert, og finner derfor ikke fram til nødvendige tjenester. En del innvandrere har også flere institusjoner de må forholde seg til i kraft av at de ikke er født i Norge, som utlendingsmyndigheter, slik at risikoen for å bli en kasteball i systemet øker. Dessuten har noen flyktninger med seg mange avmaktsopplevelser i «bagasjen», slik at for en del av disse vil avmaktskvoten nærmest være full før de ankommer Norge.

Vanlige psykologiske reaksjoner på avmakt er aggresjon, angst, depresjon, selvmordstanker og passivitet. Avmakten kan uttrykke seg forskjellig avhengig av om personen er voksen eller barn, kvinne eller mann. Generelt kan man si at kvinner oftere blir deprimerte av avmakt, mens menn i tillegg til depressive reaksjoner oftere uttrykker aggresjon og kan i visse situasjoner bli «vanskelige» eller truende klienter eller pasienter. Barn kan få atferdsproblemer eller bli innadventde og stille. Hvor ofte offentlige tjenester, skoler, media og andre forklarer disse avmaktssituasjonene med kulturforskjeller, vet vi ikke.

### Hvor trykker skoene?

Innvandrerbefolkningene i Norge skårer samlet sett dårligere enn majoritetsbefolkningen på viktige levekårsfaktorer. I tillegg vet vi at innvandreres møte med hjelpeapparatet blir vanskelig fordi tjenestene ofte mangler et minoritetsperspektiv, med den følgen at innvandrere ikke oppnår likeverdige tjenester. Det kan også se ut til at strukturelle forhold, som refusjonsordninger og lønnsomhetskrav i helsetjenestene, hindrer tjenestene i å arbeide ut fra et minoritetsperspektiv.

Tjenesteytere kjenner seg heller ikke alltid faglig kompetente til å møte innvandrerklienter eller -pasienter. Vi skal komme nærmere inn på hva slags faglige utfordringer tjenesteytere står overfor.

Vi kan gjøre et tankeeksperiment. Sett at levekårene utjamnet seg og at hjelpeapparatet tilpasset seg minoritetenes behov på alle områder. Et problem som likevel vil bli stående, er det faktum at det å ha psykiske problemer er tabubelagt i mange innvandremiljøer. Det har tatt tid i den vestlige verden å skape mer åpenhet om psykiske lidelser. Det er fortsatt en del tabuer og skam knyttet til psykiske lidelser i majoritetsbefolkningen, men arbeidet med å bygge ned tabuer i innvandrerbefolkningene har bare så vidt begynt i Norge.

### Viktige fokusområder

- Hvilke risikofaktorer lever innvandrere med når det gjelder å utvikle psykiske problemer?
- Er offentlige tjenester organisert slik at de tilbyr likeverdige tjenester?
- Er helsetjenestene faglig rustet til å forstå og sette seg inn i behovene til personer med minoritetsbakgrunn?
- Gjøres det nok for å bygge ned tabuer og skam i minoritetsmiljøer når det gjelder psykiske lidelser?

Det er alltid vanskelig å skrive om og å mene noe om innvandrerbefolkningen, fordi det er en sammensatt gruppe. De fleste innvandrere har ikke, og vil heller ikke få, psykiske problemer. Noen nasjonale grupper synes også å være mindre utsatte enn gjennomsnittet av etniske nordmenn når det gjelder å utvikle psykiske lidelser. Det er også variasjon i psykisk belastning avhengig av hvor lang tid man har vært i Norge. Det eksisterer likevel systematiske, negative forskjeller mellom noen innvandrerbefolkninger og etniske nordmenn når det gjelder psykisk helse. Vår målsetting er å løfte fram disse forskjellene og foreslå tiltak som kan redusere noen av dem.

# Hvorfor er innvandrere mer utsatte?

**D**ette kapitlet skal handle om faktorer i Norge som gjør at mennesker fra lavinntektsland har en høyere risiko for å utvikle psykiske problemer enn majoritetsbefolkningen. Risikofaktorene deler seg naturlig

inn i tre hovedtyper: Risiko knyttet til dårlige levekår, risiko knyttet til dårlig fungerende eller manglende sosialt nettverk og risiko for etnisk diskriminering.

### Fattigdom og arbeidsledighet

En rapport fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) viser at familier med innvandrerbakgrunn er overrepresentert i gruppen fattige familier i Norge. De er ikke bare overrepresentert i gruppen som helhet, men befinner seg i større grad i det nedre inntektsmessige sjiktet av de fattige. Disse familiene har også større sannsynlighet for å leve i fattigdom over tid.<sup>4</sup> Innvandrere som ikke defineres som fattige, har samtidig en gjennomsnittlig lavere husholdningsinntekt enn befolkningen for øvrig. NOVAs analyse viser at store barnefamilier er særlig utsatt for fattigdom. En faktor som bidrar til fattigdom, er at voksne med innvandrerbakgrunn har lavere yrkesdeltakelse, som igjen varierer med landbakgrunn. Per november 2006 lå arbeidsløsheten på ca. ti prosent for ikke-vestlige innvandrere, og var fire ganger høyere enn blant etniske nordmenn. Hvis man ser på tallene for første generasjon innvandrere fra afrikanske land, ligger arbeidsløsheten på hele 16 prosent.<sup>5</sup> Av alle voksne i denne gruppen er bare noe over 40 prosent<sup>6</sup> i lønnet arbeid. Tallene for første generasjon innvandrere

<sup>4</sup> Øya, T., Grødheim, A.S og Krange, O.: Fattige innvandrerebarn. NOVA Rapport 16/06.

<sup>5</sup> inytt, nr. 17. 2006

<sup>6</sup> ssb.no: Sysselsatte etter innvandrerbakgrunn, landbakgrunn (verdensregion) og kjønn. 4. kvartal 2004 og 2005.

med asiatisk bakgrunn er 10,6 prosent arbeidsledige og ca. 50 prosent i arbeid. Til sammenlikning er ca. 69 prosent av den totale befolkningen i Norge sysselsatt.

Innenfor arbeid med forebygging av psykisk helse vises det til en sammenheng mellom psykiske plager og arbeidsledighet.<sup>7</sup> Arbeidsledighet kan bety fravær av en meningsfull aktivitet, mindre sosialt samvær, tap av selvfølelse og manglende mulighet til å forsørge seg selv. Noen kan ha falt ut av arbeidsmarkedet nettopp på grunn av dårlig psykisk helse, men den store sammenhengen mellom hvor folk kommer fra og arbeidsledighet som vist ovenfor, viser at dette ikke er hovedforklaringen når det gjelder innvandrere og arbeidsledighet.

### Lavtlønnet og tungt arbeid

Én ting er å ha arbeid. En annen ting er hva slags arbeid man har. Det er en sterk tendens til at førstegenerasjons innvandrere fra lavinntektsland har arbeid som er fysisk tungt og dårlig betalt. Den fysiske slitasjen blir stor, hvilket gjør at en del må gi opp før vanlig pensjonsalder, som igjen fører til at man lettere havner i en fattigdomssituasjon. Dårlige eller ingen arbeidskontrakter eller fravær av fast arbeid gjør også at risikoen for å bli arbeidsledig er større, hvilket også øker sjansen for å havne i en langvarig eller permanent fattigdomssituasjon.

En annen konsekvens av at innvandrere fra lavinntektsland har lavstatusjobber, også når de er overkvalifiserte til disse, er at det norske samfunnet venner seg til at det er innvandrere som har disse jobbene. En kan spørre seg hva det betyr for opprettholdelse av holdninger til og fortsatt diskriminering av innvandrere at lavstatusjobber er sterkt forbundet med det å ha en afrikansk eller asiatisk bakgrunn?

<sup>7</sup> Folkehelseinstituttet rapport 2006:6: Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid.

## En utilfredsstillende boligsituasjon

Ulike forhold ved selve boligen kan spille inn på den psykiske helsen. Innvandrerfamilier bor gjennomgående betydelig trangere enn befolkningen for øvrig. Dette kan føre til dårlig søvn over tid, og gjør det vanskeligere for barn å gjøre lekser og ta med venner hjem. Langt flere innvandrere bor også i leid bolig sammenliknet med majoritetsbefolkningen. Dette er ikke nødvendigvis negativt i seg selv, men innvandrere er for eksempel overrepresentert blant beboere i kommunale boliger i Oslo. Dette er ofte boliger med til dels dårlig standard i ustabile og utrygge bomiljøer. En reaksjon hos flyktninger som bor i slike boliger og på hospitser, er at psykiske symptomer som angst forsterkes på grunn av støy fra berusede personer og redsel for å bli utsatt for vold.

Sett fra et barns perspektiv kan skifte av bolig innebære at man må skifte skole – igjen. Lærere og venner som barnet har opparbeidet et forhold til, forsvinner. Hyppig flytting kan derfor også være til hinder for gode skoleprestasjoner. Dette står i grell motsetning til hvordan mange etnisk norske barn har det – foreldrene deres kvier seg ofte for å flytte når de har barn i skolealder. Mange innvandrerfamilier kvier seg også – men kan ikke velge om de vil flytte eller ei. Det å være på evig boligjakt i et vanskelig boligmarked er derfor også en belastning for de voksne, og usikkerheten om hvor man skal bo, er til hinder for å slå rot og etablere seg i nærmiljøet.

## Betydningen av et sosialt nettverk

En risikofaktor når det gjelder psykisk helse, er sosial isolasjon – ensomhet. Personer med et lite sosialt nettverk har for eksempel større risiko for å utvikle psykiske problemer etter en negativ livshendelse enn personer med et godt sosialt nettverk.<sup>8</sup> En levekårsundersøkelse fra 1996 viste at

<sup>8</sup> Folkehelseinstituttet rapport 2006:6: Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid.

innvandrere oftere enn nordmenn oppga at de var ensomme.<sup>9</sup> Familie og venner er ikke bare av betydning for sosial kontakt, men også for muligheten til å få praktisk hjelp og støtte når man for eksempel skal bygge opp en ny tilværelse i Norge eller får barn. Et sosialt nettverk er også viktig for å få arbeid, fordi mange jobber blir formidlet nettopp gjennom uformelle kontakter. HUBRO-undersøkelsen viser at det er kjønnsforskjeller: For kvinner med minoritetsbakgrunn er det en sammenheng mellom psykiske plager og det å mangle en livspartner. Undersøkelsen viser også at jo eldre kvinnene blir, dess mer sliter de.<sup>10</sup>

Når det gjelder innvandrere som kommer alene til landet, slik for eksempel en del flyktninger gjør, kan fravær av et sosialt nettverk som vet «hvem man er», også føre til tap av selvfølelse. Noen får depressive og aggressive reaksjoner fordi de blir behandlet «som en utlending, som en flyktning», mens de i hjemlandet «var noen og hadde et navn». Et nettverk utgjør mennesker som kjenner og bekrefter personen som et enkeltindivid og er derfor viktig.

Det å være ufrivillig atskilt fra ektefelle og barn over lengre tid er belastende. En del flyktninger kan ha problemer med å konsentrere seg, lære norsk og kvalifisere seg gjennom for eksempel introduksjonsordningen, fordi de bekymrer seg for og savner familien i hjemlandet mens de venter på familiegjenforening. Hvis man i tillegg er bekymret for sikkerheten eller helsetilstanden deres uten å kunne gripe inn, skaper dette ofte konsentrasjonsproblemer og en stor avmaktfølelse. Når man i tillegg tar i betraktning hvor viktig et sosialt nettverk er for den psykiske helsen til mennesker som har opplevd mange traumer, er det alvorlig at personer med fluktbakgrunn kan risikere lengre tids atskillelse fra sine nærmeste.

<sup>9</sup> Blom, S. (1997) Levekår blant ikke-vestlige innvandrere: Hvorfor er så mange ensomme? Samfunnspeilet nr. 4

<sup>10</sup> Thapa, S.B. & Hauff, E., 2005. Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries. Findings from the Oslo Health Study, Soc Psychiatr Epidemiol 40:78-84

En fare ved isolasjon og lite sosialt nettverk er også at psykisk syke innvandrere, ofte menn, kan ha en alvorlig psykose over lang tid uten av noen forsøker å få vedkommende innlagt eller til behandling.<sup>11</sup> En del av disse mangler bolig eller bor i kummerlige hospitser der det mangler ressurspersoner som kan kontakte psykisk helsevern. Vanligvis er det slekt og venner som tar kontakt med helsevesenet for å ordne innleggelse. Den gruppen vi snakker om her, mangler et slikt nettverk, og det kan bidra til desperasjon som i verste fall kan ende med aggresjon eller fysiske angrep på andre.

En gruppe som også kan kjenne seg sosialt isolert, er kvinner som kommer til Norge og gifter seg med en person som kanskje er vokst opp her og har familien sin her. Hun har ikke lenger sin egen familie i nærheten som kan støtte henne hvis det skulle være nødvendig, hun kjenner kanskje ingen og kan ikke språket. I verste fall kan hun bli aktivt hindret fra å arbeide, ta norskkurs eller utdanne seg på andre måter. Hvis det siste er tilfelle, er det ikke bare isolasjon hun opplever, men maktovergrep eller vold.

Deltakelse i organisasjonsliv gir mange en følelse av tilhørighet, og kan være en viktig døråpner for kontakter i nærmiljøet. Deltakelse kan også innebære at man har en meningsfull aktivitet som gir muligheter for mestring og påvirkning. Hvordan ser deltakelse ut hos innvandrerbefolkningen? Tall fra 2002<sup>12</sup> viser at 24 prosent av innvandrerungdom var med i en organisasjon, mot 41 prosent av ungdom med norsk bakgrunn. Barn og ungdom med minoritetsbakgrunn er altså underrepresenterte på viktige arenaer i fritiden. Det er flere grunner til dette. Det er flere med minoritetsbakgrunn enn med etnisk norsk

bakgrunn som vokser opp i flerbarnsfamilier, og de får ofte ikke anledning til å delta i aktiviteter på lik linje med barn fra familier med få barn. I Alna bydel i Oslo så man at innvandrerbarn ikke var på de samme fritidsarenaene som norske barn, selv om de fikk økonomisk støtte. I en flerbarnsfamilie kan det bli vanskelig å følge barn til aktiviteter, særlig hvis det dreier seg om en familie med aleneforsørger. Mangel på bil er også en faktor som hindrer en del fra å delta. Alna bydel er ett av flere steder hvor man har tatt konsekvensen av slike hindringer, og henter barna til fritidstilbudet. Man har dessuten oppsøkt foreldrene hjemme for å motivere dem til å sende barna til fritidsordningen, i stedet for å sende brev om tilbudet i posten.

Norsk institutt for by- og regionforskning, NIBR<sup>13</sup>, viste at idrettsaktiviteter fungerte som viktige treffsteder i nærmiljøene Fjell i Drammen og deler av Groruddalen i Oslo. I notatet til NIBR ytres det en bekymring for at manglende innsats fra foreldre med innvandrerbakgrunn gjør at idrettslagene forvirrer. Svært få innvandrerforeldre deltar på kjerneaktiviteter som holder hjulene i gang, som det å være lagleder, trener og oppmann. NIBR foreslår blant annet at foreldre må få mer informasjon om hva idrettslagene gjør, hva kontingenten brukes til, og hvordan lagene drives.

## Diskriminering som risikofaktor

Diskrimineringsbegrepet blandes ofte med rasisme, og vi vil derfor presisere hva vi mener med begrepet før vi viser på hvilke måter etnisk diskriminering rammer innvandrere. I rasisme ligger det at mennesker som tilhører ulike folkegrupper, har ulik verdi, og derfor kan behandles ulikt.

<sup>11</sup> Ayazi, T. (2006): Traumatiserte flyktninger. Rapport fra Tøyen DPS.

<sup>12</sup> Krange, Olve og Åse Strandbu (2004): **Ungdom, idrett og friluftsliv**, NOVA Rapport 16/2004.

<sup>13</sup> Carlsson, Y. og Haaland, T.: Foreldredeltakelse i flerkulturelle idrettslag – en kartlegging NIBR-notat 2006:132



Rasismen har til hensikt å forskjellsbehandle mennesker fordi noen mennesker sett ut fra dette perspektivet er mindreverdige. Både direkte og indirekte diskriminering kan imidlertid foreligge til tross for at det ikke kan konstateres et motiv eller en hensikt om å diskriminere; det avgjørende er resultatet. Dette er et viktig skille mellom rasisme og diskriminering.

Diskriminering kan noe forenklet forklares som negativ forskjellsbehandling som mangler saklig formål og/eller har et uforholdsmessig negativt resultat. Det går derfor et avgjørende skille mellom ulovlig diskriminering og lovlig forskjellsbehandling. For eksempel kan krav om religionstilknytning være lovlig ved ansettelse i enkelte stillinger i trossamfunn, og språkkrav kan være lovlige ved ansettelse av morsmållærere i grunnskolen.

Når man legger til grunn at diskriminering handler om resultatet, er det også enklere både å identifisere diskriminering, og å enes om nødvendige tiltak for å stoppe den. Ofte beskrives direkte diskriminering som like tilfeller som behandles ulikt, mens indirekte diskriminering beskrives som lik behandling av ulike tilfeller.

Diskriminering har store konsekvenser fordi det foregår på arenaer som betyr så mye for den enkeltes levekår. Ifølge HUBRO-undersøkelsen sier menn med innvandrerbakgrunn at det er verst å bli diskriminert på arbeidsmarkedet, mens kvinner sier at det er verst å bli diskriminert på boligmarkedet.<sup>14</sup> En rapport fra NOVA<sup>15</sup> viser at til tross for at ungdommer med innvandrerbakgrunn har høyere ambisjoner om utdanning enn norske jevnaldrende, har de lavere forventninger om at en god utdanning er en garanti for fast arbeid og en trygg framtid.

Det finnes mange eksempler på at tilsynelatende nøytrale regler i offentlige tjenester kan fungere diskriminerende. Et eksempel på dette er kravet om at dialogen mellom foreldre og barn skal være på norsk ved samvær under tilsyn med hjemmel i barnevernsloven. Dette vil være et hinder og en ulempe for dialogen mellom foreldre og barn dersom de vanligvis ikke snakker norsk sammen.

Det er ikke alltid at det er enkeltepisode med diskriminering som oppleves som de mest alvorlige. Det er summen av dem, den daglige diskrimineringen som gjør noe med et menneskes selvbilde og troen på at man kan mestre livet sitt. Hvilken form tar hverdagsdiskrimineringen? Mennesker med minoritetsbakgrunn opplever å bli møtt med mistenksomhet i forretninger, får uhøflige kommentarer etter seg på bussen, blir nektet adgang på utesteder mens folk lenger bak i køen slipper inn, og blir stoppet i passkontrollen på vei tilbake til Norge.

Summen av slike opplevelser gir en avmaktfølelse som får flere konsekvenser. En vanlig måte å takle diskriminering på, er å definere seg ut av samfunnet og søke mot sin egen minoritetsgruppe. Dette vil selvfølgelig også få konsekvenser for integrering. På det individuelle planet kan den enkelte reagere med sinne eller depresjon. Det er også grunn til å være oppmerksom på at det er en tendens til såkalt «braindrain» fra noen vestlige land, der utdannet ungdom med minoritetsbakgrunn reiser til andre vestlige land der de får arbeid etter kvalifikasjoner og kjenner seg mer velkomne. Det forekommer også en slik «braindrain» fra Norge.

I dag er det for dårlig oversikt over omfanget og opplevelsen av diskriminering i Norge. Det er derfor viktig at Likestillings- og diskrimineringsombudet fortsetter

<sup>14</sup> Thapa, S.B. & Hauff, E., 2005. Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries. Findings from the Oslo Health Study, Soc Psychiatr Epidemiol 40:78-84

<sup>15</sup> NOVA Rapport 20/05, Øia, T.: Innvandrerungdom – integrasjon og marginalisering

den kartleggingen av diskriminering som Senter mot etnisk diskriminering (SMED) i sin tid startet. Men denne type kartlegging kan bare si noe om arten av etnisk diskriminering i Norge, fordi den baserer seg på de henvendelsene som kommer til ombudet. Det er all grunn til å tro at ikke all diskriminering ender med denne type henvendelser, blant annet fordi det nettopp ikke er enkeltepisoder, men summen av dem, som oppleves som det største overtrampet. Det er derfor behov for en bedre oversikt over omfanget av etnisk diskriminering i Norge.

### **Risikofaktorer og lyspunkter**

Etter alle disse risikofaktorene blir man kanskje fristet til å spørre seg – er alt bare elendighet? Bildet er sammensatt. Deltakelse i arbeidsmarkedet øker med botid i Norge. Etterkommere har langt bedre utsikter til utdanning og bedre levekår enn sine foreldre. Det kan også være at livssituasjonen hos innvandrerbefolkningene kan gi en beskyttelse mot psykiske helseproblemer. Tette familiebånd og stor familie kan være en slik beskyttelsesfaktor. Godt nettverk gjennom et trossamfunn kan være en annen faktor. Lavekårsstatistikker taler likevel et klart språk. Vi vet mindre konkret om sosial isolasjon og diskriminering, men vi vet at det er et problem. Et overordnet mål må være å utjevne levekårsforskjellene og motvirke diskriminering slik at alle borgere får de samme mulighetene til arbeid, utdanning og et verdig liv.

# Hvem er spesielt utstøtt?

tillegg til at deler av innvandrerbefolkningen generelt sett skårer høyt på risikofaktorer for psykiske lidelser, er en del innvandrere spesielt utsatte for å utvikle psykiske lidelser. Dette kapitlet skal fokusere på flyktninger, personer som opplever dobbel stigmatisering, unge innvandrere og personer med avhengighetsproblemer.

## PSYKISK HELSE HOS FLYKTNINGER

Det er som nevnt likheter og forskjeller mellom innvandrere generelt og flyktninger. Likhetene innebærer at de aller fleste møter et nytt samfunnssystem, nye kjønnsroller og et nytt språk. En del opplever rasisme og diskriminering på bolig- og arbeidsmarked, og savner familie og venner. Men det nye livet innebærer også muligheter til å få et bedre liv. Ulikhetene består hovedsakelig i at flyktninger ofte har opplevd betraktelig mer vold og tap av familie og venner før flukt, at de ofte har opplevd belastninger under flukt og at de forsetter å oppleve belastninger i eksil.

### Traumatiske opplevelser og organisert vold

Det at flyktninger gjennomgående også har opplevd stress før innvandring til Norge, bidrar til at de kan være ekstra sårbare for de stressfaktorene som mange innvandrere generelt opplever. Man kan derfor se det slik at en del flyktninger har en lavere terskel for påkjenninger, og at de derfor tåler mindre før det gir seg utslag i psykiske reaksjoner – ikke fordi de er annerledes enn andre mennesker, men fordi de har fått en overdose av stress i form av forfølgelse og vold (Lavik, Solberg og Varvin 1997<sup>16</sup>, Hjern og Angel 2000<sup>17</sup>).

<sup>16</sup> Lavik, N.J., Solberg, O., Varvin, S.: Mental health among refugees. Connection between symptoms, traumatization and exile. *Br J Psychiatry* 1997; 117 (25):3654-3658

<sup>17</sup> Hjern, A. & Angel, B. (2000). Organized violence and mental health of refugee children in exile: a six-year follow-up. *Acta Paediatrica*, 89 (6), 722-727.

De som har utviklet en lidelse, får naturlig nok en svekket mestringsevne og mindre mulighet til å klare nye belastninger. De blir derfor sårbare for å utvikle kroniske plager.

Noen av hovedfunnene i forskning bekrefter nettopp at flyktninger ofte har høyere forekomst av psykiske lidelser enn befolkningen for øvrig, selv om de fleste faktisk klarer seg bra tross påkjenningene. Vi vet at forekomsten av psykiske lidelser også er høyere i det nye landet enn i hjemlandet.

### FAKTA:

Det er gjort undersøkelser om hva flyktninger har opplevd før ankomst til Norge. Funnene varierer i forhold til landbakgrunn, fordi konfliktbildet i forskjellige land er ulikt. En oppfølgingsundersøkelse av vietnamesiske flyktninger viste at 61 prosent hadde hatt omfattende krigsopplevelser (bomber og granatnedslag), 48 prosent hadde vært vitne til at mennesker ble drept/lemlestet og 36 prosent hadde vært i livstruende situasjoner.<sup>18</sup> Lie (2003) gjorde en befolkningsundersøkelse blant 462 flyktninger over 16 år som var bosatt i 20 norske kommuner i østlandsområdet i perioden 1994–95. De fleste hadde opplevd livstruende situasjoner, atskillelser fra nær familie, 41 prosent hadde vært vitne til tortur og hele 15 prosent hadde vært utsatt for tortur.<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Hauff, E. and Vaglum, P.: Organized violence and the stress of exile. Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *Br J Psychiatry* 1995; 166 (3):360-367

<sup>19</sup> Lie, B. (2003) The Triple Burden of Trauma, Uprooting and Settlement. A nonclinical longitudinal study of health and psychosocial functioning of refugees in Norway. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Mange flyktninger flykter fra organisert vold, det vil si vold som er satt i system av myndighetene eller andre grupperinger, og som har en politisk hensikt. Volden er målrettet med hensyn til å skade individers selvfølelse, tillit til andre mennesker og samfunnsengasjement. Denne type forfølgelse og vold fører ofte til at man slutter å uttrykke uenighet, og at man stadig føler seg truet og forfulgt. Mange utvikler en sterk skepsis og mistenksomhet til omgivelsene som er nødvendig for å overleve under slike farlige forhold. Hvis denne generelle mistroen fortsetter i eksil, kan det føre til at man stadig misoppfatter utsagn fra andre som truende, krenkende og sårende. En slik holdning til omgivelsene kan føre til vanskeligheter på en arbeidsplass eller i familien fordi man stadig kommer i konflikt med andre.

Mange flyktninger har også opplevd tap av slektninger og venner på måter som er svært forskjellige fra tap som majoritetsbefolkningen og resten av innvandrerbefolkningen har opplevd. De kan ha opplevd intenderte tap, det vil si drap og forsvinninger, noe som krever en annen helsefaglig tilnærming til sorg, angst og sinne enn tap etter ulykker eller sykdom. Flyktninger har dessuten ofte opplevd mange tap, eller er uvisse på skjebnen til nære venner eller familie. Noen har mistet barn i hjemlandet eller i flyktningleire mens de selv har oppholdt seg i Norge. Barn har dødd av bagatellmessige infeksjoner mens foreldrene i Norge har ventet på utfallet av søknad om gjenforening med familien. For en god del flyktninger er derfor tap noe som ikke er tilbakelagt; de lever under en pågående trussel om at de kan miste flere. Denne kunnskapen er det nødvendig å ha med seg i psykisk helsearbeid med flyktninger.

## Tortur

En del flyktninger som kommer til Norge, har vært utsatt for tortur. Tortur utøves i mange former, og innebærer både psykiske og fysiske skader. Det sentrale ved tortur er en nedbrytning av personligheten og de følelsesmessige psykiske problemene som følger av dette. Personen kan få

følelsesmessige problemer (for eksempel problemer med aggresjon), problemer i relasjon til andre mennesker (for eksempel mistillit, tilbaketrekking) i tillegg til ubehagelige mareritt og gjenopplevelser.

Vi vil også rette oppmerksomhet mot de fysiske skadene, fordi vi mener det er for lite kunnskap om dette feltet i Norge. Slike skader kan føre til kroniske smerter som igjen kan påvirke den psykiske helsen, og kan blokkere muligheten til å komme i vanlig eller tilrettelagt arbeid som kunne ha virket positivt på helsen. En god del muskel/skjelettskader etter tortur er ikke synlige, og er vanskelige å påvise ved undersøkelser. En del, også menn, har dessuten seksuelle problemer, fysiske skader eller sykdommer som følge av seksuell tortur.

Hvis helsetjenestene ikke spør spesifikt etter hva som skjedde da personen ble torturert, er det små sjanser for at slike skader blir oppdaget og behandlet eller lindret. En kvalitativ undersøkelse blant leger i Oslo-området viser at legene sjelden spurte etter traumatiske erfaringer før flukt.<sup>20</sup> Erfaringene er at pasienter sjelden snakker om torturerfaringer hvis de ikke blir spurt av en fagperson som kjenner til vanlige metoder og ettervirkninger. Det er heller ikke alltid slik at personen selv kjenner til at smerter eller infeksjoner kan være ettervirkninger etter tortur. Det er derfor viktig å spørre om fysiske skader som følge av tortur, samtidig som undersøkelsen av personen skjer så skånsomt som mulig, og at helsepersonell respekterer at enkelte ikke vil snakke om disse opplevelsene.

På dette feltet er det nødvendig med et tett samarbeid mellom fastlege og fagfolk som arbeider med psykisk helse. I den forbindelse kan vi nevne at det er utarbeidet en veiledning for allmennpraktikere om undersøkelse av flyktningpasienten.<sup>21</sup>

<sup>20</sup> Grut, L., Tingvold, L. og Hauff, E. : Fastlegens møte med flyktninger. Tidsskr for Den norske lægefor 2006; 126:1318-20

<sup>21</sup> Veileder for undersøkelse av Flyktningpasienten, Norsk Elektronisk Legehåndbok: <http://www.legehandboka.no/>

## Forhold i eksil

Spørsmålet blir da – gitt at flyktninger som gruppe har såpass mange belastninger bak seg før de kommer til landet – om det er noe som kan gjøres for å bedre den psykiske helsen eller forebygge psykiske problemer? En avgjørende faktor er om man klarer å skape seg en framtid i landet man flykter til. HUBRO-undersøkelsen viste at sosiale og økonomiske forhold i Norge har større betydning for den psykiske helsetilstanden enn de traumene flyktninger har opplevd i hjemlandet. Oppfølgingsundersøkelsen nevnt tidligere som Hauff og Vaglum (1995) gjorde blant vietnamesere etter tre år i Norge, bekrefter at forholdene i eksil er av stor betydning for tilpasningen på lengre sikt.

Man har funnet tre hovedfaktorer som virker positivt inn på den psykiske helsen til flyktninger med traumatiske erfaringer. Ifølge HUBRO-undersøkelsen ser det ut til at god økonomi er en buffer mot angst og depresjon. De to andre faktorene er henholdsvis arbeid/aktivitet og nære familierelasjoner (Lie, Sveaass og Eilertsen 2000).<sup>22</sup> Det er også en betydelig sammenheng mellom arbeidsledighet og opprettholdelse av symptomene,<sup>23</sup> og dess større traumbelastningene er, dess viktigere blir nære familierelasjoner for den psykiske helsen (Lie mfl. 2000). Det å være uten meningsfull aktivitet og være isolert er altså risikofaktorer for utvikling av og forsterkning av psykiske problemer hos mennesker med traumeopplevelser.

Asylsøkere som venter på behandling av sin asylsøknad, er i en spesielt sårbar situasjon sett ut fra disse faktorene. Noen er svært isolerte, og mange mangler meningsfull aktiviteter kombinert med en uvisshet om de får opphold.

Dette kan være svært psykologisk nedbrytende, selv for mennesker med en robust psyke. En undersøkelse viste at asylsøkere har åtte ganger høyere innleggelsesfrekvens i psykiatriske avdelinger enn andre.<sup>24</sup>

Det er derfor viktig at mennesker som oppholder seg i asylmottak, sikres meningsfulle aktiviteter i samvær med andre, at de har en materiell standard som ikke går på verdigheten løs, og at de får kontinuerlige tilbakemeldinger om hvordan det går med saksbehandlingen av asylsøknaden. Kontinuerlige tilbakemeldinger gir en viss trygghet for den enkelte, uansett utfallet av søknaden.

Et siste viktig poeng som er direkte relatert til psykisk helse, er at flyktninger som har opplevd mange overgrep, er spesielt sensitive til hvordan de blir tatt imot i tjenesteapparatet. Undersøkelser har vist at hvis de blir mottatt med forståelse og aksept, kan det bedre situasjonen selv for de hardest traumatiserte. Motsatt vil en mottakelse der den traumatiserte ikke føler seg akseptert eller forstått, kunne forverre plagene og i verste fall føre til utvikling av kronisk sykdom.<sup>25</sup>

## Dobbel stigmatisering

Enkelte ser ut til å være spesielt utsatte for å utvikle psykiske problemer fordi de opplever dobbel stigmatisering. Vi tenker her på homofile med minoritetsbakgrunn og innvandrere med nedsatt funksjonsevne. Vi vet at homofile med etnisk norsk bakgrunn har en økt risiko for å utvikle psykiske problemer, men det er grunn til å tro at presset for å skjule sin legning, gifte seg mot sin vilje og ikke minst, skammen, er enda større blant homofile innvandrere. Det kan også være farlige sanksjoner knyttet til det å stå

<sup>22</sup> Lie, B., Sveaass, N. og Eilertsen, D.E. (2000) Family, activity and stress reactions in exile. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

<sup>23</sup> Thapa, S.B. og Hauff, E.: Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries: findings from the Oslo Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005; 40: 78-84

<sup>24</sup> Iversen, V.C. og Morken, G. Acute admission among immigrants and asylumseekers to a psychiatric hospital in Norway. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2003; 38:515-519

<sup>25</sup> Keilson H., Sarpathie, R. (1979): Sequentieller Traumatisierung bei Kindern. Ferdinand Enke, Stuttgart.

åpent fram med sin legning. Vi vet lite om den psykiske helsen til homofile innvandrere, og vi etterlyser mer forskningsbasert kunnskap på dette området.

Vi vet også at innvandrere med nedsatt funksjonsevne opplever dobbel stigmatisering. Vi mener på samme måte at det er behov for undersøkelser om hvordan denne gruppen skårer når det gjelder psykisk helse og levekår. Videre bør det undersøkes om de møter andre problemstillinger enn personer fra majoritetsbefolkningen, og om hjelpetilbudet er tilpasset denne gruppen.

## Unge med minoritetsbakgrunn

Vi ønsker å rette et spesielt fokus mot den psykiske helsen blant unge med minoritetsbakgrunn. Barn og unge er i en spesielt sårbar situasjon, fordi de er i utvikling blant annet når det gjelder identitet og selvfølelse. Unge med minoritetsbakgrunn opplever at mediens gjentatte negative omtale av innvandrere preger holdninger i majoritetssamfunnet, og gjør det vanskeligere å vokse opp. Vi vil sitere en ungdom med minoritetsbakgrunn som kom med følgende utsagn:

**«Media tar knekken på oss. Hvis en utlending gjør noe, sier de nasjonaliteten hans, hvis en nordmann gjør noe, sier de bare «en ung mann».»**

Mange har opplevelser i hverdagen der de for eksempel blir forskjellsbehandlet av vektere eller blir stoppet for å identifisere seg. En annen ungdom fortalte:

**«Jeg har fortsatt et hat mot Securitas. Jeg var barn og hadde vært i en leketøysbutikk. De kom etter meg og ville ransake meg. Jeg kan fortsatt peke ut hun som gjorde det, og jeg kunne sagt til henne «du ransaket meg!» Men da ville hun blitt redd ... og da ville jo jeg ha gjort det samme som hun gjorde mot meg. Jeg ble også veldig redd.»**

Vi hører også fortellinger om minoritets elever som må svare for angrep som utføres av islamistiske terrorgrupper, eller blir kalt terrorister når de bruker hijab. Organisasjonen Mot Offentlig Diskriminering (OMOD) har gjort en undersøkelse om hvordan det er å være ung, svart og norsk og konsekvensen av dette for den psykiske helsen.<sup>26</sup> Rapporten formidler mange historier fra ungdommer som har opplevd seg diskriminert og utsatt for rasisme. Den unge jenta Nora forteller om en lærer på ungdomsskolen som omtalte henne som terrorist, stilte henne som eneste elev inngående spørsmål om 11. september og knyttet islam til terrorisme. Rapporten formidler også flere historier der lærere alltid gir elevene med innvandrerbakgrunn skylden for bråk og problemer i klassen. Dette er eksempler på opplevd diskriminering blant ungdommer som vokser opp i et flerkulturelt Norge.

I den forbindelse kan det nevnes at en fersk EU-rapport understreker at både omfanget og typer av diskriminering av muslimer i Europa er underrapportert.<sup>27</sup>

Til sammen blir alle disse dryppene av forskjellsbehandling av innvandrere et sterkt signal om at «du er annerledes, ikke bra nok, en tyv, farlig, en trussel, hører ikke til». Og signalene går også sterkt i retning av at «hvis du vil bli godtatt, må du bli lik oss». Et ekte flerkulturelt samfunn kjennetegnes av at man verdsetter forskjeller. Norge påberoper seg å være flerkulturelt, men stemmer det?

Skolehelsetjenesten, både helsesøster og andre, kan være en viktig samtalepartner og støttespiller for barn og ungdom når livet byr på utfordringer. Vi ønsker å videreformidle synspunkter på helsetjenesten fra Mental Helse Ungdom Akershus, Flerkulturelt (MHUF). Ifølge

<sup>26</sup> Pionerer i Norge – Ung, svart & norsk. OMOD-rapport 2006

<sup>27</sup> Muslims in the European Union: Discrimination and Islamophobia. <http://eumc.europa.eu>

ungdomslaget opplever mange at skolehelsetjenesten i den videregående skolen er for lite tilgjengelig for den enkelte elev. Helsesøster har liten tid på hver skole, og mange unge opplever at det ikke er tid til samtaler. Dette kan spesielt ramme ungdom med minoritetsbakgrunn, fordi språklige og kulturelle forskjeller gjør at de kan trenge mer tid for å kjenne seg trygge nok til å prate om problemer. MHUF etterlyser også at tjenestene kjenner til innvandrereforeldres tankesett, forventninger til ungdom og at tjenestene kjenner til vanlige generasjonskonflikter, slik at de kan gi forslag til tiltak som er relevante for minoritetsungdom, og som ikke bare bygger på løsningsforslag myntet på majoritetsungdom. MHUF uttrykte også at hvis man ville hjelpe minoritetsungdom, så skulle man hjelpe foreldrene deres til å få et verdig liv.

### Krysspress – mellom hjem og samfunn

**«Hvis jeg skal være som vennene mine, svikter jeg foreldrene mine. Hvis jeg gjør som foreldrene mine vil, svikter jeg vennene mine.»**

*Sitat fra en ungdom med minoritetsbakgrunn*

En del unge som er født i Norge av utenlandske foreldre eller som selv har innvandret, kjenner en konflikt med hensyn til hva de kan gjøre og hvilken identitet de skal ha. Foreldre og slekt kan forvente at de skal beholde opprinnelseslandets væremåte, mens storsamfunnet bestående av blant annet venner og skole forventer at de skal bli «norske». Eksempler på temaer som unge synes kan være vanskelig, er å ha en kjæreste med etnisk norsk bakgrunn eller forholdet til alkohol.

Noen foreldre ser kun alle fordelene barna deres har når de sammenlikner med hvordan de selv hadde det. «Regnbueprosjektet» i Oslo arrangerer kurs for foreldre med minoritetsbakgrunn. Ett av grepene de gjør, er nettopp å la unge med minoritetsbakgrunn forelese over

det krysspresset de opplever, og dette beskrives som en nyttig øyeåpner for en del foreldre. Mange gir uttrykk for forundring og overraskelse over det krysspresset ungdom kan oppleve.

Flere undersøkelser viser til at ungdom som får muligheten til å ha gode relasjoner til både majoritetssamfunnet og sitt eget minoritetssamfunn, skårer best når det gjelder psykisk helse. Motsatt ser man at de som bryter med både sitt eget etniske miljø eller majoritetssamfunnet, klarer seg dårligst.<sup>28</sup>

### Tvangsekteskap og æresrelatert vold

Tvangsekteskap innebærer at ungdom blir presset til å gifte seg etter direkte eller indirekte trusler, og er forbudt etter norsk lov. Presset består i å gifte seg med en annen enn den man selv ønsker, tidligere enn det man selv ønsker eller at man ikke får velge å la være å gifte seg. Man ser også at noen unge «velger» seg en ektefelle når de er på ferie i foreldrenes opprinnelsesland, i stedet for å bli presset til å gifte seg med en de ikke velger selv.

Siden man ser at ungdom som bryter med sitt miljø og sin familie generelt er i faresonen både når det gjelder psykisk helse og sosialt/nettverksmessig, er det all grunn til å komme tidlig inn med tiltak før press om å gifte seg eskalerer til å bli en farlig konflikt. Det finnes flere tiltak, blant annet UDIs kompetanseteam mot tvangsekteskap. Dette teamet består av representanter fra UDI, Norges Røde Kors og politiet. Kompetanseteamet har hatt henvendelser om tvangsekteskap og æresrelatert vold fra i overkant av 200 personer de to siste årene, men man kjenner ikke til hvor mange som blir utsatt for denne type tvang og vold i Norge.

<sup>28</sup> Sam, D. L., Veddler, P., Ward, C. & Horenczyk, G.: Psychological and Sociocultural Adaptation of Immigrant Youth. I: J.W. Berry, J.S. Phinney, D.L. Sam & P. Veddler (Red.) (2006). Immigrant Youth in Cultural Transition. Acculturation, Identity, and Adaption Across National Contexts. Lawrence Earbaum Associates



Felles for mange av tiltakene er at de er krisetiltak der konflikter og brudd med familien ofte allerede er et faktum. Man redder en person fra tvangsekteskap, men kanskje ikke uten store psykiske og sosiale kostnader. Dessuten kan en søster eller bror være nestemann som presses til å gifte seg for å redde familiens ære, og en del går sannsynligvis med på det for ikke å lage mer bråk. De utgjør en gruppe usynlige tvangsgiftete.

De krisetiltakene og meklingstiltakene som eksisterer i dag, er selvfølgelig svært viktige. I tillegg etterlyser vi også mer forebyggende tiltak innad i innvandrer miljøene, blant annet gjennom innvandrerorganisasjonene.

### **Barn og ungdom som har opplevd traumer**

Barn og ungdom er ikke skånet fra traumatiske opplevelser i krig eller under flukt. Ifølge Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har flyktningbarn som søker om asyl i Norge, ofte opplevd krig og andre traumatiske forhold i hjemlandet.<sup>29</sup> NKVTS mener at mange av disse barna trenger hjelp, blant annet fordi en god del barn som har opplevd traumatiske hendelser, utvikler posttraumatiske stressforstyrrelser. Hos barn viser slike forstyrrelser seg gjennom mangel på søvn og konsentrasjon, hvilket igjen fører til at barna blir irritable, oppfarende og utagerende. En konsekvens av slike symptomer er selvfølgelig også at det blir vanskelig å tilegne seg kunnskap i skolesituasjonen.

En annen kategori barn som har opplevd krig, og som selv har deltatt aktivt, er barn og ungdom som har vært «soldater». Helsevesenet har så vidt vi vet ikke noen systematisk måte å fange opp og gi et tilbud til unge som har vært såkalte barnesoldater før de kom til Norge. Det er med rette knyttet en del skepsis til å gi et særskilt tilbud til disse, i frykt for å stigmatisere disse barna og ungdommene eller skape frykt rundt dem. Vi har derfor

ikke tall for hvor mange som har en slik bakgrunn, hva slags problemer de har, og hva konsekvensene av manglende oppfølging er. Samtidig er det paradoksalt at det skjer en mer systematisk oppfølging av disse i en del fattige land enn det som skjer i Norge. Vi mener norske helsemyndigheter bør samarbeide med innvandrerorganisasjoner og Redd Barna om hvordan man på best mulig måte kan gi et helsefaglig tilbud til barn og ungdom som har deltatt aktivt i krig, uten at disse blir stigmatisert.

En del flyktningbarn vokser også opp i hjem der én eller begge av foreldrene har psykiske problemer som følge av tidligere opplevelser. Vi vet generelt at mange barn med psykisk syke foreldre har det vanskelig. Dårlig psykisk helse hos foreldre kan også sette familien i en vanskelig økonomisk situasjon hvis foreldrene faller ut av arbeidslivet. For familier med innvandrerbakgrunn kan dette forsterke en allerede utfordrende situasjon, som det er å etablere seg og oppdra barn i et nytt land. Barnehager, skole, helsestasjon og andre tjenester som har ansvar for barn med flyktningbakgrunn, må ha rutiner for å fange opp de som har slike utfordringer i hjemmet. Psykisk helsevern må være spesielt oppmerksomme på problemet

### **Barn i asylmottak og enslige mindreårige**

Vi vet at barn og ungdom på asylmottak er en utsatt gruppe. En lang og uforutsigbar ventetid kan ødelegge muligheten til å ha en normal barndom. Vi forventer derfor at barn i mottak får de samme mulighetene som andre barn til å ha en mest mulig normal barndom. Dette innebærer blant annet tilrettelegging for å kunne leke med andre barn, også barn som ikke bor på mottaket, tilrettelegging for fritidsaktiviteter og muligheten til å bruke sine evner i skolesammenheng. Dette forutsetter at de fysiske forholdene ligger til rette for lek og lekser på mottak. Vi forventer også at disse barna har like muligheter til å få hjelp i tilfeller der det foregår overgrep og omsorgssvikt, og at de ikke blir brukt som såkalte tolker på mottaket.

---

29 [www.reddbarna.no](http://www.reddbarna.no), 2006

Det å bo sammen med foreldre er vanligvis en beskyttende faktor for barn. Enslige mindreårige er derfor en ekstra sårbar gruppe. Det er svært viktig at disse barna får ekstra oppfølging, med muligheter for en trygg voksenkontakt. Det kan av og til kan være et dilemma å fastslå alder, men vi mener at også ungdom som er over 18 år, ofte har behov for tett oppfølging av voksne fordi de er i en svært utsatt stilling. De er ofte alene, og flukten kan ha tatt opp til flere år.<sup>30</sup> De har ofte en manglende, avbrutt eller brokete skolegang fra hjemlandet; de kan ha opplevd mange traumatiske hendelser. I tillegg kan de bli utsatt for rekruttering til kriminelle eller rusbelastede miljøer i Norge. Kort sagt – også de over 18 år trenger stabil voksenkontakt.

### Innvandrere med avhengighetsproblemer

Innvandrere generelt drikker alkohol i langt mindre grad enn etniske nordmenn og utgjør en liten andel av stoffmisbrukerne. Vi kjenner imidlertid ikke til en systematisk registrering av rusavhengighet og etniske minoriteter. Vi vet at det finnes enkelte storforbrukere av det narkotiske stoffet khat i det somaliske miljøet, og at omfattende khat-bruk kan føre til angst, uro og oppstemthet, som igjen må dempes med alkohol og sovemedisiner, som igjen skaper nye problemer. Ifølge en NOVA Rapport fra 2006<sup>31</sup> kan omfattende khat-bruk hos menn som har krigserfaringer, føre til psykoser med hallusinasjoner og paranoide trekk. Det er registrert tilfeller der personer har blitt voldelige/farlige på grunn

av disse paranoide tilstandene.<sup>32</sup> Det anslås at av de ca. 9000 somalierne i Oslo er rundt 200 storforbrukere. NOVA foreslår at offentlige tjenester bør inkludere khat-perspektivet i eksisterende tiltak for rusmisbrukere, og at det ikke opprettes særlige tilbud rettet mot khat-misbruk.

Vi vet også at bruk av anabole steroider forekommer i visse miljøer, blant annet i miljøer med minoritetsungdom, uten at vi vet omfanget av dette. Inntak av steroider kan føre til psykiske problemer og manglende empati, kombinert med sterk aggressivitet.

Vi kjenner også til at en del flyktninger ruser seg med medikamenter og narkotiske stoffer, inkludert khat, for å døyve mareritt, søvnproblemer og sorg. I slike tilfeller fungerer rusmisbruket som en type selvmedisinering.

Blå Kors har fått midler fra Sosial- og helsedirektoratet til et prosjekt om spilleavhengighet og etniske minoriteter. Innvandrere er overrepresentert i gruppen som sliter med spilleavhengighet. Prosjektet har som utgangspunkt at man tidligere ikke har nådd fram til denne gruppen, og vil tilpasse behandlingen bedre.

Alt i alt er det et behov for mer forskning og kartlegging når det gjelder omfang, rusmønstre og rustyper knyttet til innvandrerbefolkningene. Det er også behov for kunnskap om hvor godt tjenestetilbudet er tilpasset minoritetspersoner med avhengighetsproblemer.

30 Hjelde, K.H. (2004) Diversity, Liminality and Silence. Integrating Young Unaccompanied Refugees in Oslo: University of Oslo

31 Gundersen, T.: Bruk av khat i Norge. Nytelse og lidelse. NOVA Skriftserie 1/06.

32 Odenwald, M., Schauer, M., Neuner, F., Lingenfelder, B., Horn, R., Catani, C., Klashik, C. and Elbert, T. Vivo report, 2002: War-Trauma, Khat Abuse and Psychosis: Mental Health in the Demobilisation and Reintegration program in Somaliland. Final report of the vivo mission 2 within the EC/GTZ Demobilization and Reintegration program in Somaliland.

# Likeverdige tjenester?

**L**ike versus likeverdige tjenester

I dette kapitlet vil vi konsentrere oss om faktorer som hindrer likeverdige helse- og sosialtjenester til innvandrere. Det er forskjell på like tjenester og likeverdige tjenester. Like tjenester innebærer at tjenestene gir det samme tilbudet til alle uavhengig av etnisk, kulturell og språklig bakgrunn. Hvis en psykiatrisk poliklinikk sender ut samme type innkalling til samtale til alle pasienter, er dette et eksempel på like tjenester. Tjenesten behandler alle likt, men resultatet blir at pasienten med minoritetsbakgrunn ikke kommer fordi han ikke kan lese norsk, og kanskje fordi han ikke aner hva samtaler i psykisk helsevern innebærer. La oss gi et eksempel:

**En mann begynner å høre stemmer. Han forsøker å løse problemet ved å oppsøke moskeen og få noen til å lese Koranen for ham. Mannen har ikke fastlege, og heller ikke fast bolig. Hjelpeapparatet vet ikke at han er syk. Han blir brakt til legevakten av politiet fordi han går forvirret rundt i gatene. Han forstår ikke hva de sier på legevakten fordi de snakker norsk, men han oppfatter at de vil at han skal ta kontakt med noen. Han får en time på et distriktspsykiatrisk senter (DPS), men kommer ikke til samtalen. Han vet ikke hva DPS betyr, og heller ikke hva dette stedet kan tilby ham.**

Når vi snakker om at tjenester skal være likeverdige, mener vi at tjenestene skal tilpasse seg brukerne slik at de mottar tjenester av samme kvalitet uavhengig av etniske, kulturelle og språklige forskjeller. I vårt eksempel vil en innkalling til samtaler kanskje måtte erstattes med oppsøkende virksomhet med tolk eller en tospråklig helsearbeider. Dette er selvfølgelig mer tungvint, men mer effektivt hvis det er et poeng at pasienten skal komme.

I dette kapitlet er vi derfor opptatt av om tjenestene på systemnivå har et minoritetsperspektiv. Vi vil se nærmere på det vi kaller kulturen i det norske hjelpeapparatet, mangel på bruk av individuell plan, manglende bruk av tolk og konsekvensene av manglende minoritetsperspektiv når det gjelder språkbruk i offentlige dokumenter. Vi ønsker også å diskutere om refusjonsordninger og produktivitetskrav kan være til hinder for likeverdige tjenester for alle.

### **Kulturen i det norske hjelpeapparatet – likhetstankegangen og diskriminering**

Det er lett å komme i forsvar hvis man peker på diskriminering i offentlige tjenester, og mange som jobber i tjenestene, kan kjenne seg fristet til å svare «jeg er ikke rasist». Og videre sier man kanskje «... og jeg behandler alle likt». Gjennom å behandle individer likt når de trenger ulik tilnærming eller behandling, kommer noen systematisk dårligere ut av det, selv om dette er utilsiktet.

Ens egen kultur er ofte noe man er blind for – rutiner og tilnærminger blir til sannheter om hvordan ting skal gjøres. Det er disse sannhetene og handlingsmønstrene i det norske offentlige tjenestetilbudet som må revurderes hvis man skal få til likeverdige tjenester for alle.

Vi vil nevne noen eksempler på tankemåter i offentlige tjenester som kan ha et utilsiktet diskriminerende resultat. En gjenganger i skolesektoren og sosial- og helsetjenestene er at innvandrere ikke oppfattes som motiverte til å møte opp. De kommer ikke til foreldremøter, de kommer ikke til terapitimer, de kommer ikke til møter i barnevernet «... til tross for at vi gang etter gang har sendt innkallinger og beskjeder» (ofte på norsk). Vi vil presisere at vi ikke snakker om alle de innvandrerne som faktisk både møter og stiller opp på ulike måter. Vi snakker om dem som gjentatte ganger uteblir. Tjenestene kan påberope seg at de har behandlet innvandrere på samme måte som andre, ja, de har kanskje strukket seg og sendt ekstra innkallinger,

kanskje også forsøkt å ringe. Det som er fellesnevneren, er at de har gjort mer av det de pleier å gjøre. Tjenestene benytter ofte kulturforklaringer på at innvandrere uteblir etter innkallinger, riktignok at det er noe med innvandrernes kultur som gjør at de ikke kommer eller viser interesse.

En annen tankemåte, som man blant annet kan møte i psykisk helsearbeid/psykisk helsevern, er at «det grunnleggende må være på plass før man kan konsentrere seg om terapi». Med det grunnleggende menes bolig, arbeid og så videre. En slik praksis kan virke diskriminerende for mennesker som kanskje aldri vil ha «det grunnleggende på plass».

Et tredje eksempel på en tenkning man kan møte, er at etater som skal arbeide med kvalifisering, vil at en person skal være såkalt ferdigbehandlet før vedkommende får tilbud om kvalifiseringstiltak. Behandlere i psykisk helsearbeid kan på sin side mene at mangel på aktivitet eller arbeid forsterker psykiske problemer, og at personen ikke blir bedre før han eller hun har en aktivitet å gå til. Når man vet at meningsfull aktivitet er særdeles viktig for traumatiserte flyktninger, vil slike ulike tilnærminger ramme disse flyktingene spesielt hardt.

Slike vanemessige måter å utføre tjenester på bryter med intensjonen i lover som omfatter helse- og sosialsystemet. Vi har sosiale tjenester blant annet for å bidra til økt likeverd og likestilling, også etnisk likestilling. Etter forvaltningsloven og lov om pasientrettigheter skal ikke språk- eller kulturforskjeller eller etnisk bakgrunn være til hinder for å få helsetjenester. Det settes med andre ord krav til at tjenesteytere yter hjelp som faktisk når fram på tross av forskjeller.

Vi vil vise et par eksempler der tjenestene nettopp legger til rette for et minoritetsperspektiv. Det første er et eksempel på innføring av et slikt perspektiv på systemnivå, det andre mer på behandlingsnivå.

Flere sykehus i Norge har nå tatt mål av seg til å kunne betegnes som såkalte Migrant-Friendly Hospitals, eller migrant /innvandrers-vennlige sykehus.<sup>33</sup> Slike sykehus finnes nå i en rekke europeiske land. For å bli migrantvennlig må sykehusene kartlegge i hvilken grad tjenestene er tilpasset minoritetsbefolkningenes behov, og gjennomføre målrettede tiltak for å endre rutiner og praksis som ikke har et minoritetsperspektiv.

Et eksempel på terapeutisk behandling ut fra et minoritetsperspektiv, er prosjektet Etnisitet og familievold ved Alternativ til Vold (ATV) i Oslo.<sup>34</sup> To psykologer skal blant annet fokusere på metodeutvikling i behandling av voldsutsatte og voldsutøvere i familier med etnisk minoritetsbakgrunn. Bakgrunnen for prosjektet var at drop-out-raten hos menn med minoritetsbakgrunn var høyere enn hos etnisk norske. Videre var det en lav søkning av personer med minoritetsbakgrunn til ATV. Behandlerne i prosjektet arbeider blant annet annerledes med relasjonsbygging i terapi enn det de gjør overfor menn fra majoritetsbefolkningen. Når det gjelder tilbudet til voldsutsatte kvinner, oppdaget psykologtjenesten for krisesenteret, som var en forløper til dette prosjektet, at metodene i behandlingen ikke var skreddersydd minoritetskvinner for forståelse av sin situasjon, og at det trengtes andre typer tilnærminger i møte med disse. Et foreløpig resultat er at drop-out hos mennene som går i behandling for sine voldsproblemer, nå er minimal, blant annet fordi ATV har blitt mer fleksible med hensyn til utskrivingsprosedyrer når det gjelder disse mennene.

---

**33** Migrant-Friendly Hospitals (MFH) var et prosjekt i regi av Europarådet hvor sykehus i 12 europeiske land i perioden 2002–2005 samarbeidet om å utvikle retningslinjer for gode og likeverdige helsetjenester, også til personer med minoritetsbakgrunn. <http://www.mfh-eu.net>. Prosjektet videreføres i dag i regi av WHO, Health Promoting Hospitals Network of WHO.

**34** Judith van der Weele, Alternativ til Vold, personlig kommunikasjon, 2006.

## Fravær av individuell plan – fortsatt kasteball

Vi ønsker å gi et eksempel på hvilke konsekvenser det kan få hvis tjenestene bryter lovverket når det gjelder brukernes rett til individuell plan:

**En flyktning kommer til poliklinikken på et distriktspsykiatrisk senter (DPS), henvist på grunn av depresjon. Det er sosialkontoret som har meldt til fastlegen at mannen virker nedfor. Når psykologen kartlegger problemene hans, blir det klart at mannens «problem» er at han bor i en boligblokk der det er mye rusproblemer, og der han kjenner seg utrygg. DPS-et mener derfor at sosialkontoret må finne en annen bolig, og at dette ikke er en psykologsak. Det er sterkt press fra ledelsens side ved DPS-et for å avklare «hva som er psykiske problemer og ikke», og mannen får ikke flere samtaler ved poliklinikken, i alle fall ikke før en ny bolig er ordnet. Når klienten får vite at han henvises tilbake til sosialkontoret, kaster han en blomstervase på behandleren, politiet henter ham og saken blir anmeldt.**

Mannen hadde sannsynligvis endelig håpet å få hjelp, og kjenner seg avvist og maktesløs – igjen – med hensyn til å få endret sin situasjon. Ut fra pasientrettighetsloven kunne han ha fått en koordinator og en individuell plan, men som blant annet rapporten Verdig Liv (2004)<sup>35</sup> viser brytes lovverket ofte. Et mangelfullt samarbeid mellom hjelpeinstanser kan ramme minoritetsspråklige ekstra hardt, fordi eksil- eller migrasjonssituasjonen gjør at mange innvandrere er nødt til å forholde seg til flere instanser

35 Rådet for psykisk helse

enn majoritetsbefolkningen. Fravær av individuell plan kan derfor få alvorlige indirekte diskriminerende konsekvenser for personer med minoritetsbakgrunn.

## Tolk og likeverdige tjenester

Det er en grunnleggende rettighet at alle mennesker i møtet med offentlige tjenester generelt, og helsetjenesten spesielt, skal kunne gjøre seg forstått og forstå den informasjonen som blir gitt en. For mange vil det bety at det er nødvendig å bruke tolk. Vi vet at det er et underforbruk i helsevesenet når det gjelder å bruke tolk og at helsepersonell uttrykker tvil om brukerne/pasientene forstår hva de sier<sup>36</sup>.

Det er også vanskelig å tyde lovverket med hensyn til hvem som skal definere når det er behov for tolk, om det er fagpersonen eller pasienten/klienten eller begge, og det kan oppstå tvister om hvilken instans som har ansvar for å betale for tolk når flere instanser er involvert.

Er denne utydeligheten et problem? Ja, vi mener det. Utydeligheten kan føre til diskriminering i form av underforbruk av tolk i helsetjenestene. Denne påstanden bygger på en undersøkelse utført av Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)<sup>37</sup>. I denne undersøkelsen sier helsepersonell at når de ikke bestiller tolk, er det blant annet fordi det oppleves som tidkrevende og vanskelig. Det ser ut til at det i stor grad er opp til den enkelte helsearbeider å definere om han eller hun vil benytte tolk.

Denne undersøkelsen viser også at enkelte helsearbeidere ikke vil bestille tolk fordi de mener at innvandrere må lære seg majoritetsspråket. Dette viser at et diffust lovverk kan føre til at fagfolk ut fra personlige moralske og politiske oppfatninger kan velge å ikke bestille tolk.

36 Olsen, B.: Flyktning- og innvandrerbarn i sykehus. Tidsskrift for Den norske Lægeforening. 1998; nr. 23, 118:3585-8

37 Kale, E. (2006) „Vi tar det vi har“ Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. Rapport fra NAKMI (Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse)

Hvilke konsekvenser kan fravær av tolk ha for den psykiske helsen hos innvandrere? En hverdagslig hendelse som en fødsel kan være et godt eksempel for å illustrere dette, også fordi det ofte syndes med bruk av tolk under fødsler. En fødsel er en vanlig og naturlig hendelse, men mange kvinner, uansett bakgrunn, føler seg ofte utrygge. Informasjon før, under og etter fødselen er for de fleste den viktigste veien til trygghet i denne situasjonen. En kan selv tenke seg hvordan både naturlig forløpende fødsler og fødsler med mer dramatiske forløp kan oppleves hvis den fødende ikke kan norsk, og det ikke prioriteres å bruke tolk. Manglende mulighet til kommunikasjon med den fødende kan få dramatiske konsekvenser under selve fødselen og kan gi reaksjoner hos kvinnen i tiden etter fødselen.

Man får ofte høre argumentet om at en del situasjoner er så akutte at det ikke er mulig å bestille tolk. Det finnes døgnåpne kommunale tolketjenester flere steder som tilbyr tolk ved akutsituasjoner.

Andre alvorlige følger av manglende tolkebruk kan for eksempel være:

- Kvinnelige pasienter får for eksempel ikke formidlet at vold fra ektemann eller familie er årsaken til depresjon og angst hos dem selv og hos barna, fordi mannen er såkalt tolk i konsultasjonen. Kvinnene får derfor heller ikke informasjon om krisesentra, voldsalarm og andre tilbud.
- Feildiagnostisering og underdiagnostisering av for eksempel psykoser eller andre alvorlige tilstander.
- Feilmedisinering fordi pasienten misoppfatter dosering.

Det finnes noen gode eksempler på at bruk av tolk er en innarbeidet rutine i helsevesenet. Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo har egen tolketjeneste og har en høy bevissthet når det gjelder å kurse egne ansatte

i bruk av tolk. Ansvarlige myndigheter har også i den senere tid truffet tiltak for å påse at arbeidet på dette området kvalitetssikres.<sup>38</sup> Blant annet er det nå sørget for en permanent tolkeutdanning. Dette er svært bra, men vi mener at mye gjenstår så lenge lovene er uklare, og så lenge myndighetene ikke pålegger nåværende og framtidens tolkebrukere opplæring i hvordan man arbeider med tolk.

### **Språkbruk i offentlige dokumenter**

Mange offentlige tjenester er ikke gode nok til å utforme informasjon som er mulig å forstå for en bruker, søker eller pasient. Det brukes ofte vanskelig og utilgjengelig språk i offentlige brev og dokumenter fra for eksempel trygdekontorer, utlendingsmyndigheter eller sosialkontorer. Vi har klippet et avsnitt som omhandler et vedtak om fødselspenger for å illustrere poenget:

#### **«Utbetaling**

**Ved forskuttering fra arbeidsgiver, vil fødselspengene bli betalt til din arbeidsgiver ved krav om refusjon.»**

Det er et viktig prinsipp at alle skal ha lik tilgang til tjenester. I tilfeller der brukere ikke har forstått at et brev eller et vedtak krever et svar eller annet initiativ fra dem, kan de gå glipp av goder de har krav på. En slik språksjanger kan være en utfordring for majoritetsspråklige, men kan ha et indirekte diskriminerende resultat når det gjelder minoritetsspråklige.

---

<sup>38</sup> Stortinget, 31.5.2006, skriftlig besvarelse fra helseminister Sylvia Brustad til stortingsrepresentant Inga Marte Thorkildsen

### Indirekte diskriminering gjennom refusjonsordninger og produktivitetskrav

Refusjonsordninger som gjør det ulønnsomt å bruke lengre tid på dem som trenger det, vil virke diskriminerende når det gjelder innvandrerpasienter, grunnet minst tre faktorer. For det første tar en samtale lengre tid hvis pasienten har problemer med å finne de norske ordene for sitt problem eller tilstand.

For det andre tar konsultasjoner med minoritetspråklige lengre tid hvis tjenesteyter og pasient/klient har vidt forskjellige kulturelle referanserammer. Det kan ta tid å enes om hva som egentlig er problemet, hvordan det har oppstått og hva som skal til for å løse det. For det tredje er en del innvandrere, spesielt flyktninger, avhengig av at fastlegen samarbeider med andre tjenester for at de psykososiale rammene som påvirker helsen, skal komme på plass. Dette er helt nødvendig arbeid, men det tar tid og koster mer.

På Fjell legesenter i Drammen, som betjener et område med en svært høy andel innvandrere, forhandlet fastlegene med kommunen for å minke det økonomiske tapet av å ha mange pasienter med innvandrerbakgrunn på pasientlistene. Legesenteret fikk en avtale om økt per kapita-tilskudd, det vil si et økt basistilskudd, slik at en liste på 1000 pasienter skulle tilsvare en "vanlig" liste på 1200. Videre skulle tilskuddets størrelse øke i samsvar med Legeforeningens årlige forhandlinger om basistilskudd til fastleger. Den økonomiske inntjeningen ved legesenteret ligger til tross for disse tiltakene klart etter andre praksiser.<sup>39</sup>

Når det gjelder kravet til produktivitet i tjenestene, kan dette også være til hinder for likeverdige tjenester. En del personer med minoritetsbakgrunn har ikke mulighet til på eget initiativ å bruke visse tjenester. Det kan skyldes at de ikke er kjent med tilbudet, at de ikke har tillit til tilbudet

eller at de ikke har nettverk som kan hjelpe dem med å kontakte relevante tilbud. I en del tilfeller må tjenestene derfor bokstavelig talt hente inn klientene eller pasientene til behandling for å kunne gi dem et tilbud. Et prosjekt ved Tøyen DPS i Oslo, Traumatiserte flyktninger, viser at de gjennom oppsøkende virksomhet klarte å få somaliere med alvorlige psykiske lidelser inn i behandlingsapparatet.<sup>40</sup> Cirka 80 prosent hadde schizofreni eller andre psykosediagnoser. Prosjektet hadde ansatt en person med somalisk bakgrunn som arbeidet oppsøkende og utenom vanlige åpningstider, i tett samarbeid med en psykologspesialist. Denne personen samarbeidet også med moskeen, som blir oppsøkt av somaliere med psykiske problemer. De fleste psykisk syke somalierne i dette prosjektet var bostedsløse eller uten fast adresse, hvilket førte til at DPS-et også opprettet et samarbeid med Kirkens Bymisjon for å få til et botilbud. En slik måte å arbeide på er tidkrevende og sprenger rammene for produktivitetskrav, men det er en effektiv måte å arbeide på hvis man ønsker å nå målet om likeverdig behandling.

Et viktig spørsmål er derfor om tjenester som arbeider for å behandle psykisk syke innvandrere, straffes økonomisk eller på andre måter gjennom de eksisterende produktivets- og refusjonsordningene. Hvis dette skjer, vil ordningene ha en diskriminerende effekt på innvandreres psykiske helsetilbud. Det tar lengre tid å arbeide effektivt med mennesker som ikke kan språket, har en annet helse- og behandlingsforståelse enn det som er vanlig i Norge, og som i tillegg har en vanskelig livssituasjon med dårlige levekår. Finansieringsordningene må endres slik at innvandrere får et likeverdig helsetilbud.

<sup>39</sup> Personlig kommunikasjon fra lege Trygve Kongshavn ved Fjell legesenter

<sup>40</sup> Ayazi, T. (2006): Traumatiserte flyktninger. Rapport fra Tøyen DPS.



# Hva skjer i møte mellom helsevesenet og brukere med minoritetsbakgrunn?

dette kapitlet vil vi gå nærmere inn på utfordringer som oppstår i møtet mellom brukere med minoritetsbakgrunn og helsevesenet. Vi vil fokusere på tre hovedutfordringer: kommunikasjonsproblemer i møtet mellom behandlere og pasienter, terskler hos minoritetsbefolkningene når det gjelder å oppsøke hjelp, og til slutt det vi kaller ildsjelproblematikken.

### **Ulike forståelser av psykisk sykdom og behandling**

Den psykiske helsetjenesten i Norge er bygd opp, utviklet og organisert med utgangspunkt i majoritetsbefolkningens forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling. Mange minoriteter i Norge har opprinnelse fra områder eller land som helt eller delvis mangler tjenester som arbeider med psykisk helse i norsk forstand. For disse vil det kanskje ikke være et alternativ å oppsøke den psykiske helsetjenesten selv om man kjenner seg sterkt plaget, og selv om tilstanden fra et norsk helsefaglig perspektiv er en psykisk sykdom. For mange vil det å ha en psykisk lidelse dessuten være svært skambelagt og tabu, og det blir derfor fortiet og skjult. Andre kan være vant med et til dels velutbygd psykisk helsevesen, flere har selv helseutdannelse, og en del vil derfor oppleve det som gjenkjennelig å kontakte helsetjenester som arbeider med psykiske lidelser.

I disse helsetjenestene vil terapeuter vanligvis ta flere forhold i betraktning når det gjelder diagnose og behandlingsplanlegging. Har andre i familien psykisk sykdom? Har pasienten hatt vanskelige eller traumatiske opplevelser, eksempelvis i barndommen eller i forbindelse med krig, flukt og/eller eksil? Hvordan er pasientens nåværende livssituasjon når det gjelder bolig, arbeid og familie/sosialt nettverk? Et fellestrekk for de fleste

terapeuter er at behandlingen, ideelt sett, tar utgangspunkt i pasientens egen forståelse av sitt liv og sine problemer.

Sider ved denne vestlig baserte tankegangen kan virke fremmed for en del minoriteter i Norge. For mange fra bl.a. Asia og Afrika, men ikke for alle, vil tilstander som helsevesenet betrakter som psykisk lidelse, ikke uten videre bli sett på som et medisinsk/psykologisk problem. Forståelsen vil heller basere seg på at lidelsen har en religiøs eller åndelig forklaring som dreier seg mer om ens forhold til Gud, og ofte ses som Guds straff, eller at jinn («ånder») har tatt bolig i en. Lidelsen kan også forstås som et resultat av ens forhold til andre mennesker; man har kanskje fått kastet det onde øye på seg eller er blitt forhekset.

I noen samfunn finnes dessuten ikke de vestlige begrepene for psykisk sykdom som schizofreni, depresjon og liknende i språket, og psykiske plager, som for eksempel depresjon og angst, kan bli presentert som kroppslig ubehag. En del vil av den grunn ikke nødvendigvis henvende seg til helsevesenet med sine plager, men først og fremst ønske å få hjelp av sin familie/slekt til å oppsøke kirken/moskeen eller behandlere med tradisjonell/folkemedisinsk kompetanse. Vi vil gi et eksempel for å vise hvordan dette kan arte seg i praksis:

**En kvinne er redd og sier til behandleren at det kribler under huden hennes. Hun mener at en perwson som hun er i konflikt med, har kastet en jinn på henne, en ånd, for å skade henne. Hun hører på Koranen i walk-man'en, men synes ikke dette hjelper henne nok. Hun ønsker at behandleren skal kontakte en tradisjonell behandler som kan drive ut jinn'en.**

Slike ulike forståelser og erfaringer med psykisk helse og behandling betyr naturlig nok gjensidige utfordringer i møtet mellom helsetjenester i Norge og en del minoritetspasienter. Generelt kan det gi seg utslag i ulike forståelser av:

- på hvilken måte hendelser i fortid preger nåtid eller har relevans for nåtidens problemer
- hvorvidt det hjelper å ha terapeutiske samtaler om problemene
- hvorvidt medikamenter vil være til hjelp

Et annet problem som kan oppstå som følge av ulike forståelser rundt psykiske problemer, er at pasienter kan oppleve at de ikke blir møtt og tatt alvorlig når det gjelder forståelse av egen lidelse. Dette kan føre til at de holder sine forklaringer for seg selv, fordi de vet at de ikke er gyldige i vestlig sammenheng. Resultatet kan bli manglende kommunikasjon fordi behandleren tror de har en felles forståelse av problemene eller behandlingen, mens pasienten på sin side sitter med helt andre oppfatninger. Når pasienter ikke blir møtt med respekt for sin forståelse, avslutter de vanligvis behandlingen. For personer som har opplevd mange traumer og belastninger, kan konsekvensen være langt mer alvorlig enn at de bare avslutter behandlingen. Et slikt møte der man ikke kjenner seg forstått, kan føre til en forverring av tilstanden.

## Kulturforskjeller – er det alltid forklaringen på kommunikasjonsproblemer?

Hva skjer når innvandrere møter det norske behandlingsapparatet? Vi vet lite om hva innvandrerebrukere mener, mens vi vet mer om behandleres erfaringer. I en undersøkelse utført ved Psykososialt senter for flyktninger ble ansatte ved psykiatriske poliklinikker spurt om hva de syntes var vanskelig i behandling av flyktninger. Et gjennomgående svar var at kulturforskjeller opplevdes som vanskelig<sup>41</sup>. I en oppfølgende undersøkelse ble ansatte i psykisk helsetjeneste bedt om å konkretisere hva det var ved kulturforskjeller som var vanskelig<sup>42</sup>. Mange fant det vanskelig å konkretisere dette, men en del svar antydte at «det ofte var så mye» med innvandrere og at ansatte følte at de kom til kort med tilbud om vanlige samtaler.

En kartlegging i 2005 ved et DPS viste at 70 prosent av behandlerne syntes at temaer relatert til kultur og kommunikasjon kan være en utfordring i møte med innvandrere. Dette til tross for at DPS-et har bred erfaring med, og kompetanse på, innvandrerpasienter, da de utgjør en betydelig del av pasientmengden.<sup>43</sup>

Det kan være nyttig å se nærmere på dette utsagnet om at kulturforskjeller gjør behandling vanskelig. Når det oppstår problemer i møtet mellom innvandrere og hjelpeapparatet, er det sannsynligvis på grunn av én eller flere av disse utfordringene:

- Språkbarrierer
- Noen innvandrere, spesielt flyktninger, mangler «alt» fordi de har mistet mye, det vil si arbeid, bolig, godkjenning av utdanning, familien er fortsatt i utlandet osv. Dette kan føre til avmakt også i hjelpeapparatet.
- Skepsis og/eller negative holdninger hos helsearbeidere med hensyn til å jobbe med personer som har innvandrere- og flyktningbakgrunn.
- Manglende kunnskap hos en del innvandrere om hvem som gjør hva i tjenestene, kan føre til urealistiske forventninger og problemer i møte med tjenesteapparatet.
- Frykt hos behandlere for å såre eller gjøre noe «kulturelt galt» gjennom å spørre om ting man lurert på. Dette fører til at en del helsearbeidere bruker tolker som såkalte kultureksperter, i stedet for å rette spørsmål direkte til klienter/pasienter slik de ville ha gjort overfor pasienter fra majoritetsbefolkningen.
- Manglende kunnskap og kompetanse hos helsepersonell om hvordan man kan snakke med mennesker som har opplevd tortur, krig og tap.
- Visse biologiske forskjeller mellom etniske grupper gjør at personer kan respondere ulikt ved medisinerings av psykiske lidelser<sup>44</sup>.
- Ulik forståelse mellom pasient/klient og behandler med hensyn til hva som plager pasienten. Ulik forståelse av årsak til plager og symptomer og hva behandling skal bestå i. Ulikt syn på medisinerings, ikke minst sprøyter.

<sup>41</sup> Major, E. (2000) Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. Tidsskrift for Den norske lægefor. 28, 120: 3420-3423

<sup>42</sup> Storholt, T. (2003). «Terapeuters refleksjoner om kultur og kommunikasjon i møte med flyktningpasienter.» Tidsskriftet Linjer, 1.

<sup>43</sup> Kale, E. (2006) Artikkel. Under publisering.

<sup>44</sup> Jakobsen, M.: Medikamentell behandling for flyktninger med psykiske lidelser. I: Dahl, S., Sveaass, N. og Varvin, S. (red.) (2006) Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

- Ulik helseatferd eller sykdomsatferd, det vil si at noen innvandrere handler på en annen måte når de blir syke enn det helsevesenet er vant med.

Poenget med å identifisere hva som egentlig skaper problemer, er naturligvis at utfordringene ovenfor krever vidt forskjellige løsninger. Det å putte alle kommunikasjonsproblemer i en stor «kultursekk» skaper mer forvirring enn forståelse. Slik vi ser det, er det kun de to siste punktene som kan sies å dreie seg om kulturelle forskjeller. Det er imidlertid viktig å påpeke at disse punktene like mye kan reflektere sosiale forskjeller. Utdannede personer som kommer fra samme land som en mer tradisjonelt orientert pasient, kan ha samme forståelse eller helseatferd som hjelperen – samtidig som han eller hun vil kjenne til den tradisjonelle tenkemåten i sitt land. Hos en del, akkurat som hos personer fra majoritetsbefolkningen, kan flere ulike forståelser av psykisk helse derfor leve side om side.

### **Terskler for å oppsøke hjelp**

Selv om en del personer i innvandremiljøer deler det vestlige synet på psykisk helse, så har en del sin opprinnelse fra land der psykisk helsearbeid fortsatt forbindes med galskap og lukkede institusjoner der man tilbringer resten av livet. Derfor kan det eksistere en redsel for å oppsøke slike tjenester her i Norge.

For andre vil terskelen for å oppsøke hjelp bestå i frykt for hva andre i omgivelsene vil tenke om dem, fordi psykiske lidelser kan være så tabuiserte. Vi mener derfor at eksisterende helsetjenester sammen med innvandrerorganisasjoner og ansvarlige myndigheter har en stor oppgave i å gjøre det høyere under taket i disse miljøene, samt å spre faktakunnskap om psykiske lidelser og hjelpetilbud.

Eksempler på organisasjoner og prosjekter som arbeider med psykisk helse i innvandremiljøer, er

Internasjonal helse- og sosialgruppe (IHSG), Mental Helse Ungdom Akershus Flerkulturelt (MHUF), Primærmedisinsk verksted (PMV) i regi av Kirkens Bymisjon og «Regnbueprosjektet», som består av familievernkontorer i Oslo som driver forebyggende familiearbeid i innvandrerfamilier.

I 2007 skal det startes opp et helsetilbud for ungdom med flerkulturell bakgrunn som sliter psykisk, eller som er pårørende til noen med en psykisk lidelse. Tilbudet springer ut fra et samarbeid mellom Mental Helse Ungdom Akershus Flerkulturelt (MHUF) og Lærings- og mestringssenteret ved Akershus Universitetssykehus. Tilbudet er et lavterskeltilbud for aldersgruppen 15–25 år, og en trenger ingen henvisning fra behandler for å benytte seg av dette tilbudet. Slike tilbud er viktige for å skape åpenhet og tilgjengelighet for en gruppe som ellers har liten kontakt med tjenester som arbeider med psykisk helsearbeid.

### **Avhengige av ildsjeler?**

En annen utfordring på systemnivå er at det er en tendens til at innvandrere får tildelt behandlere som er ildsjeler når det gjelder minoritetshelse. Dette kan resultere i at én eller noen få behandlere i tjenestene får tildelt nær sagt alle innvandrere som tar kontakt. På en måte kan det virke som en god løsning, fordi de treffer en behandler som er oppriktig interessert, men en slik praksis er også uheldig av flere grunner.

Først og fremst skal ikke kvaliteten på tjenester preges av om det finnes en mer eller mindre tilfeldig ildsjel. Praksisen hindrer også at andre behandlere får erfaringer med innvandrerpasienter. Videre er det ikke gitt at den behandleren som er en ildsjel, kan behandle alle tilstander like godt. Dermed kan innvandrerpasienter miste muligheten til å få den best mulige behandlingen for en tilstand.

Behandling av særlig flyktninger krever innsats på en rekke områder fordi de har mistet mye. Hvis det kun er én eller to behandlere som får mange flyktninger i terapi, er faren stor for at vedkommende slutter fordi arbeidet blir for belastende. I så fall forsvinner ofte kompetansen ut med denne behandleren.

Vi mener at det er svikt i systemet når en tilpasning til brukeres behov er avhengig av ildsjeler. Ansvar for å tilby likeverdig behandling til alle deler av befolkningen må være nedfelt på systemnivå.

Til slutt er det verdt å nevne at behandlingssteder som har mest kontakt med innvandrerpasienter, rapporterer høy bevissthet rundt utfordringer og en åpenhet for og vilje til å løse problemene. Dette gir et håp om at erfaring nytter. Og videre – selv om behandlere synes at møte med innvandrerpasienter er utfordrende, kan man ikke slutte av dette at ikke pasientene er fornøyde. Vi savner til tross for dette brukerundersøkelser der innvandrerpasienter selv uttrykker hva de mener om tilbudet de får, og vi etterlyser undersøkelser om frafall/drop-out hos brukere med minoritetsbakgrunn.

# Minoritetshelse – utfordringer og tiltak

**D**ette siste kapitlet vil oppsummere hvilke utfordringer utvalget ser når det gjelder å bedre den psykiske helsen for utsatte deler av innvandrerbefolkningen. Vi ser tre områder det må satses spesielt på for å få til en positiv endring.

Disse områdene er:

- 1) LEVEKÅR
- 2) OFFENTLIGE TJENESTER OG ET SÆRSKILT BLIKK PÅ HELSETJENESTENE
  - A) Kompetanse
  - B) Tilgjengelighet
  - C) Arbeidsmetoder
  - D) Refusjonsordninger og produktivitetskrav
  - E) Individuell plan og bruk av tolk
  - F) Utvidelse av tjenestetilbudet
- 3) ØKT TOLERANSE, ÅPENHET OG KUNNSKAP I MINORITETSMILJØER

### **INNSATSOMRÅDE NUMMER I: INNVANDRERE, PSYKISK LIDELSE OG LEVEKÅR**

Som rapporten har vist, kan man ikke se psykisk helse atskilt fra diskriminering og sosiale og økonomiske forskjeller. Tvert imot – det er en nær sammenheng. Det er uakseptabelt at innvandrere fra fattige land har over dobbelt så høy psykisk sykkelighet som andre, at mange av barna deres vokser opp i fattigdom, at arbeidsledigheten er fire ganger så høy og at nye generasjoner innvandrerungdom frykter arbeidsledighet selv om de har utdanning. Det er også uakseptabelt hvis vi får en trend der ressurssterk ungdom flytter fra Norge, fordi de ikke ser for seg en framtid her. Det



koster penger å løfte mennesker ut av fattigdom, og det krever holdningsendringer, og kanskje sanksjoner, for å gi innvandrere like muligheter på arbeidsmarkedet og boligmarkedet. På den annen side – jo flere som blir fattige og desillusjonerte, dess mer kostbart blir det å snu denne negative trenden.

## TILTAK

### Arbeid/aktivitet:

- Introduksjonsprogram for nyankomne flyktninger må tilbys alle nyankomne innvandrere som har behov for grunnleggende kvalifisering
- Det må gis programmer som likner introduksjonsprogram for dem som ikke fikk tilbudet da de innvandret, og som er langtidsledige
- Statlige og kommunale arbeidsplasser på alle nivåer skal gjenspeile innvandrerbefolkningen
- Anonyme arbeidssøknader bør utredes som et aktuelt virkemiddel mot diskriminering
- Sosialhjelpssatser må økes kombinert med at det gis kvalifiseringstiltak for å løfte familier opp av fattigdom
- De som trenger tilbud om annen meningsfull aktivitet enn arbeid, må få det

### Bolig:

- Det må skaffes flere kommunale utleieboliger tilpasset store barnefamilier
- Husbankens boligpolitiske virkemidler må sikre alle mulighet til en god og trygg bolig
- Flyktninger må ikke bosettes i rusbelastende bomiljøer

### Diskriminering:

- Det bør gjennomføres forskning for å kartlegge og gi kunnskap om hvilke rutiner og metoder i offentlige helse- og sosialtjenester som har en diskriminerende konsekvens

- Offentlige tjenester må forenkle språket i dokumenter/brev
- Omfang og art av etnisk diskriminering i Norge må kartlegges<sup>45</sup>
- Barnevernet bør ha ansvaret for enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere under 18 år med mulighet for forlengelse
- Økt fokus fra skolemyndighetene på at undervisning og pensum i skolen skal ha et minoritetsperspektiv
- Flere kvalifiserte lærere med minoritetsbakgrunn inn i skolene
- Skolehelsetjenesten må styrkes, bli mer tilgjengelig og ha et minoritetsperspektiv i arbeid med minoritetsbarn og -ungdom
- Tiltak mot mobbing i skolen må ha et minoritetsperspektiv
- Tiltak som gjør at alle barn har mulighet til å bruke skolefritidsordninger, SFO, uavhengig av foreldrenes økonomiske ressurser
- Gratis kjernetid i barnehager i innvandrer-tette områder
- Tilskudd til frivillige foreninger/klubber/organisasjoner (eks. idrett) som ønsker å tilegne seg strategier for å rekruttere flere med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn og innlemme foreldrene i kjerneaktiviteter

---

<sup>45</sup> Det er mulig å skaffe et slikt kunnskapsgrunnlag ved å gjennomføre representative utvalgsundersøkelser i minoritetsbefolkningen hvor man spør om opplevelse av diskriminering. En slik undersøkelse må gjennomføres med personlige samtaler på et språk intervjuobjektet mestrer for å gi nødvendig informasjon om opplevelsen av diskriminering. Slike undersøkelser av opplevd diskriminering er allerede gjennomført i flere av våre naboland. Svar i en slik undersøkelse må kobles til registerdata som kan si noe om ulikheter i utfall innen forskjellige livsområder – sysselsetting, inntekt/fattigdom og boforhold. En slik kobling mellom ulike datakilder vil kunne gi et faglig forsvarlig grunnlag for å si noe om omfanget av diskriminering, hvem som er utsatt og hvilke konsekvenser fenomenet får.

## INNSATSOMRÅDE NUMMER 2: OFFENTLIGE TJENESTER OG ET SÆRSKILT BLIKK PÅ HELSETJENESTENE

Til forskjell fra de fleste land i Europa har Norge gått bort fra utvikling av institusjoner der klinisk virksomhet tilpasset innvandrere med særlige behov går sammen med forskning og formidling. I dag har vi derfor flere forskningssteder som arbeider med innvandrere, blant annet Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) og Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI). Det er også under etablering regionale ressursentre for vold, traumer og selvmordsforebygging i helseregionene, der egne regionale team arbeider med flyktninghelse. Verken NKVTS, NAKMI eller de regionale ressursentrene skal drive direkte pasientrelatert virksomhet. Ifølge strategiplanen for Regionalt ressursenter om Vold, Traumer og Selvmordsforebygging, Helse Øst (2006–2008) skal det opprettes ressursstillinger ved DPS-ene som har høy andel av flyktninger. Opprettelsen av disse ressursstillingene er foreløpig på planleggingsstadiet.

De eksisterende 3.-linjetjenestene gjør selvfølgelig sitt for å bidra til at kompetansenivået i tjenestene for øvrig øker. Vi mener imidlertid at det må gjøres flere grep for å endre situasjonen, og vi vil nedenfor foreslå tiltak for å bedre denne.

### A) Økt kompetanse hos tjenestene

Utvalget mener at tjenesteapparatet som møter innvandrere med psykiske problemer, ikke er godt nok rustet på kompetansesiden til å gi et likeverdig tilbud til alle uansett etnisk bakgrunn. Dette betyr ikke at det ikke gjøres mye svært godt helsearbeid, men vi mener at kunnskapen og de gode tilbudene er relativt tilfeldig fordelt etter hvor det finnes ildsjeler. Her er noen eksempler på kunnskap som tjenestene bør besitte på et eller annet nivå:

- Kunnskap om betydningen av å arbeide koordinert og psykososialt der det er nødvendig
- Lett tilgjengelig og oppdatert landkunnskap – hvor kommer minoritetene fra, og hva slags erfaringer er det sannsynlig at de har hatt før ankomst til Norge
- Kunnskap om vanlige reaksjoner på migrasjonsprosessen
- Kunnskap om særskilte helseproblemer, som kroniske smerter etter traumer og tortur
- Kunnskap om at medisinerer kan ha ulik effekt avhengig av etnisk opprinnelse
- Kunnskap om at det finnes ulike sykdomsforståelser
- Kunnskap om at minoritetspasienter kan ha en annen hjelpsøkende atferd enn pasienter fra majoritetsbefolkningen, og at tjenestene må organiseres på en annen måte for å bli tilgjengelige
- Kunnskap om å nyttiggjøre seg ressurser i familien, nettverk for øvrig og kunnskap om flerkulturelt familiearbeid
- Kunnskap om hvordan man arbeider med tolk
- Kunnskap om organisert vold og psykiske problemer i et menneskerettsperspektiv
- Kompetanse om hvordan man møter mennesker som har mistet familiemedlemmer på voldelige måter gjennom drap eller forsvinninger
- Kunnskap om å møte mennesker med psykiske problemer som selv har utført drap og voldelige handlinger
- Kunnskap om at minoritetsmiljøer kan ha andre former for rusmønstre og bruke andre typer rusmidler enn majoritetsbefolkningen
- Kunnskap om at en del minoritetsbarn og -ungdom lever med helt andre utfordringer enn majoritetsungdom, og derfor etterspør andre løsninger på problemer
- Kunnskap om strategier for å gjøre tjenestene kjent og tilgjengelige for minoritetsbefolkninger

## TILTAK:

- Det må gjøres brukerundersøkelser om innvandreres opplevelse av psykisk helsevern som munner ut i anbefalinger til konkrete tiltak.
- Brukermedvirkning fra personer med minoritetsbakgrunn må prioriteres høyere i offentlige tjenester.
- Det må skje en økt rekruttering av kvalifisert helsepersonell fra minoritetsbefolkningene.
- Tjenestene må i langt større grad etterspørre kunnskapen til innvandrersorganisasjoner og prosjekter som arbeider med minoritetshelse.
- Tjenestene må skape møteplasser med minoritetene utenfor konsultasjonsrommene for å få til en gjensidig utveksling av kunnskap.
- Kunnskap om minoritetshelse, inkludert flyktninghelse, må inn i alle utdanningene som er relaterte til helse- og sosialfag, inkludert medisins- og psykologutdanningene. Dette bør være allmennkunnskap, og ikke et valgfritt fagområde forbeholdt de spesielt interesserte.
- Prosjektmidler til spesialisthelsetjenester som ønsker å kartlegge og bygge ned terskler i sitt eget system for å øke tilgjengeligheten for innvandrere. Erfaringene må systematiseres og viderefremidles.

## B) Tilgjengelighet og kompetansespredning

Sett at spesialisthelsetjenestene hadde den nødvendige kompetansen om minoritetshelse. Det ville likevel gjenstått problemer med å få henvist pasienter til 2.-linjetjenesten. Videre ville kompetansespredning mellom de ulike nivåene gjennom kursing og veiledning fortsatt vært en utfordring. Det er heller ikke en naturlig oppgave for spesialisthelsetjenestene å systematisere kunnskap og formidle den videre i skriftlig form. Også 1.-linjetjenester som opparbeider seg betydelig kunnskap om innvandrere og psykisk helse, mangler ofte muligheten og kanalene

til å systematisere og viderefremidle denne. Vi er derfor bekymret for om helsetilbudet til innvandrere skjer mer ut fra prøving og feiling enn at det bygger på systemisert kunnskap om hva som virker.

## TILTAK:

- Det bør opprettes en Innvandrerhelseportal driftet av en eller flere av kompetansemiljøene som arbeider med psykisk og somatisk innvandrerhelse.<sup>46</sup>
- Kompetansemiljøene som arbeider med minoritetshelse, kan bidra til en større produksjon av praktisk, klinisk kunnskap til 1.- og 2.-linjetjenesten.<sup>47</sup> Praktisk kunnskap har ikke så høy status som forskning, og vi er bekymret hvis kompetansemiljøene i for stor grad måles på akademisk kunnskapsproduksjon. Vi mener at begge former for kunnskapsprodukter er viktige og nødvendige.
- Det bør opprettes en kontinuerlig bemannet veiledningstelefon som 1.- og 2.-linjetjenestene kan benytte seg av, der spørsmål rundt minoritetshelse kan drøftes og besvares.
- 2.-linjenivå må bli mer tilgjengelig både for minoritetspasienter som henvises fra fastleger, og bli mer tilgjengelig som veiledere for fastleger.

<sup>46</sup> Portalen kan ha egne sider for brukere med minoritetsbakgrunn, ansatte i 1.- og 2.-linjetjenesten, studenter og forskere og andre (eks. journalister). Bidragsyttere bør være innvandrere selv, ansatte i tjenestene og forskere. Bidragene bør honoreres for å øke tilfanget av skriftlige produkter. Det bør også være lenker til organisasjoner som arbeider med innvandrers situasjon, og som berører helseaspektet (eks. UDIs Kompetanseteam mot tvangsekteskap, Tolkeportalen som er driftet av Integrerings- og mangfoldsdirektoratet m.m.).

<sup>47</sup> Det nå nedlagte Psykososialt senter for flyktninger (Universitetet i Oslo) utgav tidsskriftet Linjer, som omhandlet flyktninger og psykisk helse. Tidsskriftet berørte også problemstillinger som gjaldt innvandrerbefolkningen for øvrig, som for eksempel forhold rundt kultur, tolk og tvangsekteskap.

### C) Arbeidsmetoder

Utvalget mener at tjenestene på alle nivåer, og her tenker vi spesielt på tjenester som arbeider med psykisk helse, må ha et bevisst minoritetsperspektiv i sine arbeidsmetoder. Dette krever holdningsendringer og fleksibilitet hos ledelse og ansatte/behandlere. Tjenestene må i større grad drive oppsøkende virksomhet hvis ikke pasienter oppsøker tjenestene, og må i langt større grad samarbeide med frivillige virksomheter for å nå fram til innvandrere. Det må være en åpenhet for å følge ønskene til brukerne i den grad det er forsvarlig, selv om dette bryter med vanlige måter å arbeide på. En forutsetning for å få til alt dette, er at minoritetsperspektivet er forankret i ledelsen.

#### TILTAK:

- Tjenestene må i større grad ha et minoritetsperspektiv. Det anbefales at verktøy som allerede er utarbeidet (for eksempel Mangfoldsspeilet<sup>48</sup>), brukes for å fremme likeverdige tjenester på 1.-linjenivå. Noen sykehus i Norge har sagt seg villig til å kartlegge i hvilken grad tjenestene deres er tilpasset minoritetsbefolkningenes behov.<sup>49</sup> En slik kartlegging og implementering av et minoritetsperspektiv bør også gjennomføres av 2.- og 3.-linjetjenester som arbeider med personer med minoritetsbakgrunn og som har psykiske problemer.
- Tjenestene må arbeide mer oppsøkende for å sikre at flest mulig med behov for hjelp når fram til behandlingsapparatet.

<sup>48</sup> [www.mangfold.no](http://www.mangfold.no)

<sup>49</sup> Migrant-Friendly Hospitals (MFH) var et prosjekt i regi av Europarådet hvor sykehus i 12 europeiske land i perioden 2002-2005 samarbeidet om å utvikle retningslinjer for gode og likeverdige helsetjenester, også til personer med minoritetsbakgrunn. <http://www.mfh-eu.net>. Prosjektet videreføres i dag i regi av WHO, Health Promoting Hospitals Network of WHO.

- Finansieringsordningene i helsesektoren må være mer fleksible slik at alternative måter å jobbe på ikke straffer seg økonomisk.
- Tjenestene må samarbeide med andre miljøer enn det de er vant til, for å fremme informasjon, åpenhet og tilgjengelighet for dem som har behov for hjelp.

### D) Refusjonsordninger og produktivetskrav

Når det gjelder problemer knyttet til refusjonsordninger og krav til produktivitet (kap. 4 om Likeverdige tjenester), kan vi slå fast at konsultasjoner med pasienter med minoritetsbakgrunn ofte tar lengre tid, både fordi behandler og pasient kanskje må bruke tolk og fordi det kan ta lengre tid å forstå hverandre på grunn av språkproblemer og ulike referanserammer. Innvandrere med flyktningbakgrunn kan også ha et stort behov for at fastlegene og tjenestene for øvrig arbeider mer psykososialt, hvilket også er tidkrevende. Det kan også ta tid å få pasienter kanalisert inn i helse-systemet, fordi noen har en annen hjelpsøkende atferd enn majoritetsbefolkningen. Krav til produktivitet og refusjonsordninger kan stå i veien for at fastleger vil ha mange innvandrere på listene sine, og det kan være en hindring for at tjenester som arbeider med psykiske lidelser, jobber oppsøkende og fleksibelt når det er nødvendig.

#### TILTAK:

- Refusjonsordninger og krav til produktivitet i helsevesenet må gjennomgås av ansvarlige direktorater og departementer ut fra et minoritetsperspektiv, og i samarbeid med brukerrepresentanter fra minoritetsmiljøer
- Det må undersøkes på hvilke måter produktivetskrav og refusjonsordninger kan ha diskriminerende effekter når det gjelder helsen til personer med minoritetsbakgrunn

- Det må undersøkes hvilken effekt produktivetskrav og refusjonsordninger kan ha for arbeidsmiljøet på arbeidsteder der mange av brukerne har innvandrers- og flyktningbakgrunn.

## **E) Systematisk svikt i bruk av individuell plan og bruk av tolk**

Det å bli sendt hit og dit uten en som koordinerer tiltak, uten tolk og uten inngående kjennskap til sektorene og hvem som gjør hva, er i strid med intensjonene i lovverket. Mange steder er det unntaket heller enn regelen at brukere får en individuell plan. Et mangelfullt samarbeid mellom hjelpeinstanser kan ramme minoritetspråklige spesielt hardt, og ha en indirekte diskriminerende konsekvens. Det å gjøre personer til kasteballer uten at tjenestene samarbeider, kan virke direkte nedbrytende på den psykiske helsen for en del personer som har opplevd mye avmakt fra før. Vi spør oss om det er grunn til å tro at en del av de såkalte «tikkende voldsbombene» har slike opplevelser bak seg.

Vi vet også at det er et underforbruk i tjenestene når det gjelder å bestille tolk, og at tjenestene bruker venner og slektninger, også barn, som språklige medhjelpere i konsultasjoner.

### **TILTAK:**

- Offentlige tjenester må bli bedre når det gjelder brukermedvirkning fra pasienter og klienter med minoritetsbakgrunn.
- Alle skal få tilbud om individuell plan.
- Det må utføres tilsyn av hvorvidt samarbeidet mellom 1.- og 2.- linjetjenestene fungerer.
- Lovverket må bli mer tydelig med hensyn til i hvilke situasjoner det skal brukes tolk.
- Det må bli et lovforbud mot å bruke barn som såkalte tolker i konsultasjoner.
- Alle tjenesteytere må ha kompetanse i å arbeide med tolk.
- Kunnskap om å arbeide med tolk må inn i alle utdanningene som er relaterte til helse- og sosialfag, inkludert medisin- og psykologutdanningene. Denne kunnskapen bør inn etter at studentene har vært i praksis og har hatt direkte erfaringer med betydningen av språkbarrierer.
- Helsetilsynet og fylkeslegene må føre økt tilsyn når det gjelder om lovpåbudet om å bruke tolk følges, og tjenestene må synliggjøre utgifter til tolk i budsjettene.
- Kostnader av å ikke bruke tolk må synliggjøres gjennom forskning.

## **F) Utvidelse av eksisterende tjenester**

Utvalget mener at det er avgjørende at myndighetene og tjenestene ikke blir blinde for at noen grupper innvandrere har særskilte behov. Like tjenester til majoritetsbefolkningen og grupper av minoritetsbefolkningen kan ha indirekte diskriminerende konsekvenser, og fører til at visse kategorier pasienter på en systematisk måte ikke får det helsetilbudet de trenger. Vi vet at dette ikke er intensjonelt, men mener at man ikke kan vente mens årene går til tjenestene får den nødvendige kompetansen. Den kommer dessuten ikke av seg selv.

Vi mener på grunnlag av dette at behandling og forskning rundt spesielle lidelser ikke kan oppnås uten at det finnes spesialistinstusjoner. Alvorlig traumatisering er et slikt område der det er nødvendig med en 3.- linjetjeneste som både kan utvikle og formidle kunnskap på området, og samtidig behandle de som er hardest rammet, inkludert torturofre.

**TILTAK:**

- Det må opprettes et spesialtilbud for alvorlig traumatiserte, inkludert flyktninger med torturskader. Denne institusjonen skal kombinere behandling med forskning, samt undervise og videreformidle kunnskapen til 1.- og 2.-linjetjenestene slik at de får et kunnskapsgrunnlag for å utrede og behandle alvorlig traumatiserte.

### INNSATSOMRÅDE NUMMER 3: ÅPENHET OG KUNNSKAP I MINORITETSMILJØER

Det skjer heldigvis en del positivt når det gjelder åpenhet og økt kunnskap i minoritetsmiljøer om det å ha psykiske lidelser og psykiske reaksjoner knyttet til migrasjonsprosessen og livet i Norge. Vi mener imidlertid det er et problem at tiltak i innvandrerfeltet kjennetegnes av prosjektpreget virksomhet, dårlig betalte medarbeidere og av mangel på langsiktig finansiering. Dette blir særlig problematisk når vi vet det eksisterer sterke tabuer knyttet til det å oppsøke hjelp for psykiske problemer. Det kan ta tid før ryktene om tilbudet sprer seg i miljøene, at folk anbefaler det til hverandre og at terskelen senkes for å bruke disse tilbudene. Innen den tid skal prosjektet kanskje avsluttes.

**TILTAK:**

- Temaet psykisk helse og kunnskap om helsetjenestene må integreres i introduksjonsprogrammet og i de 350 timene «norsk med samfunnskunnskap».
- En flerspråklig telefonlinje for minoritetsspråklige inkorporeres i telefontjenesten som Mental Helse allerede har. Dette vil være et lavterskeltilbud som kan gi svar på spørsmål om psykisk helse og informere om hvem som gjør hva i helsesystemet på brukernes eget språk.

- Prosjekter som etter en grundig evaluering blir vurdert til å fungere svært godt, bør finansieres videre i lengre perioder i stedet for stadig å starte opp nye prosjekter. Forutsetningen må være at prosjektets metoder innarbeides i det ordinære tjenestetilbudet.
- Mental Helse og andre brukerorganisasjoner oppfordres til å danne flerkulturelle lag for voksne og ungdom over hele landet.
- Alle minoritetsfamilier som ønsker det, bør få tilbud om forebyggende familievern på eget språk, uavhengig av hvor de bor. Flere familiekontorer kan slå seg sammen for å gi tilbud.
- Innvandrersorganisasjoner kan arbeide for å øke bevisstheten hos lærere og foreldre med innvandrerbakgrunn om krysspresset mange ungdommer opplever og de psykiske konsekvensene av dette presset.
- Det bør opprettes og gis støtte til flerkulturelle, brukerinitierte tilbud for innvandrere med psykiske problemer etter modell av for eksempel Fontenehuset.
- Det må arbeides aktivt for representasjon av minoriteter i eksisterende brukerorganisasjoner innen helsetjenester.
- Distriktspsykiatriske sentre (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) bør samarbeide med lokale innvandrersorganisasjoner og andre for å øke kunnskap i minoritetsmiljøer om psykisk helse, mestring og behandlingstilbud.



## RÅDET FOR PSYKISK HELSE

Rådet for psykisk helse er en humanitær organisasjon som arbeider for å fremme:

- *Forskning og fagutvikling*
- *Opplysning og økt kunnskap om psykisk helse*
- *Bedre behandling og rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser*
- *Tiltak i regi av brukerorganisasjoner*
- *Internasjonalt arbeid innen psykisk helse*

Gjennom aktivt samfunnspolitisk arbeid vil vi påvirke myndighetene til å bedre tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.

Rådet for psykisk helse driver et bredt opplysningsarbeid gjennom seminarer og fagkonferanser, landsomfattende opplysningskampanjer og ved å støtte lokale opplysningstiltak.



TEMAHEFTE FRA RÅDET FOR PSYKISK HELSE:

## MINORITETER OG PSYKISK HELSE

Heftet inneholder intervjuer med flere som har minoritetsbakgrunn og med forskere og fagpersoner som påpeker at det i hovedsak er utestenging fra samfunnet, og diskriminering generelt som skaper psykiske problemer hos mennesker med annen etnisk bakgrunn. Dessuten presenterer heftet flere forskjellige hjelpetiltak og råd for å forebygge psykiske problemer.

Heftet kan bestilles på [www.psykiskhelse.no](http://www.psykiskhelse.no)



## RÅDET FOR PSYKISK HELSE

Postboks 8890 Youngstorget, 0028 OSLO. Tlf 23 10 38 80. Faks 23 10 38 81

E-post: [post@psykiskhelse.no](mailto:post@psykiskhelse.no) [www.psykiskhelse.no](http://www.psykiskhelse.no)

ISBN: 82-31635-39-0