

## Hvordan bruker voksne innvandrere et psykologisk lavterskeltilbud? En kort evaluering

Åshild Berle Fuglestad og Anne Marita Milde

### **Hvordan bruker voksne innvandrere et psykologisk lavterskeltilbud? En kort evaluering**

En evaluering av et lavterskeltilbud for voksne elever med flyktningbakgrunn viser at lett tilgang til støttesamtaler, rådgivning og veiledning kan avhjelpe vansker knyttet til aktuell livssituasjon. Slike problemer ble hyppigere rapportert enn vansker knyttet til traumatiserende opplevelser.

Avgrensede tilbud om behandling og rådgivning på kommunalt nivå forebygger utvikling av mer alvorlige psykiske plager (Hoel, Onsøyen & Schjødt, 2012). Opprettelsen av kommunale psykologiske lavterskeltilbud er blitt et viktig satsingsområde med utspring fra Helse- og omsorgsdepartementets lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som i 2011 ble revidert og publisert (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011). Tidlig hjelp i kommunal regi er et sentralt virkemiddel i tråd med samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2009). Reformen åpner for en bredere kommunal innsats, og for at kommunene får et større ansvar for befolkningens psykiske helse. Reformen inkluderer også preventive tiltak mot lettere psykiske vansker.

På kommunalt nivå er det per i dag få om noen psykologiske behandlingstilbud som kun er for flyktninger; de må benytte de samme kommunale helsetjenestene som den øvrige befolkningen. Flyktninger bosatt i Norge er en uensartet gruppe, men forskningsbaserte studier viser at de utgjør en risikogruppe på generelt grunnlag for utvikling av psykiske lidelser og tilpasningsvansker (e.g. Brunvatne, 2006). Det er derfor behov for tilpassede helsetjenester som ivaretar denne populasjonen.

De fleste voksne flyktninger som ankommer Norge, får tilbud om norskopplæring eller grunnskole for voksne. I skolen kan lærevansker, konsentrasjons- og hukommelsesvansker avspeile psykiske vansker, tilpasningsvansker eller mer alvorlige vansker knyttet til traumeerfaringer (e.g. Bruel-Jungeman, Davis & Laroche, 2007 for oversikt). Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) er en naturlig samarbeidspartner for skolens ansatte og en henvisningsinstans for elever med blant annet lærevansker. For å forhindre frafall og bidra til at elevene får maksimalt utbytte av opplæringen, opprettet Voksenteamet, PPT Bergenhus i 2008 et psykologisk samtaletilbud for elever med flyktningbakgrunn. Samtaletilbudet skulle avdekke og avhjelpe psykiske vansker og forebygge utvikling av mer omfattende psykopatologi. Som et ledd i kvalitetssikringen ble det foretatt en evaluering av hvordan tilbudet ble benyttet, initiert av ledelsen ved PPT Bergenhus. En problemstilling var om elevene som benyttet psykolog, var mer plaget av traumatiske opplevelser og hendelser som følge av deres flyktningbakgrunn og dermed var i flertall, enn de som oppsøkte tilbudet for andre og lettere vansker.

**Tabell 1. Underkategorier for de fire mest utpregede problemområdene som ble identifisert i journalene. Antall og prosentvis (%) fordeling mellom menn og kvinner samt for det totale utvalget.**

<b>Problemområder</b>	<b>Menn (n=23)</b>	<b>Kvinner (n=26)</b>	<b>Totalt (n=49)</b>
<b>Nære relasjoner</b>			
Konflikter med ektefelle	0 (0)	12 (46,2)	12 (24,5)
Syk ektefelle	0 (0)	1 (3,8)	1 (2)
Vanskelig relasjon til foreldre, barn, søsken	2 (8,7)	1 (3,8)	3 (6,1)
Konflikt med medbeboer(e)	1 (4,3)	0 (0)	1 (2)
<b>Migrasjon</b>			
Bekymringer for familie i hjemland	3 (13)	3 (11,5)	6 (12,2)
Savn av familie i hjemland	1 (4,3)	1 (3,8)	2 (4)
Bekymringer knyttet til familiegjenforening	1 (4,3)	3 (11,5)	4 (8,1)
Tilpasningsvansker	0 (0)	3 (11,5)	3 (6,1)
Opphold i Norge uavklart	1 (4,3)	0 (0)	1 (2)
<b>Psykisk helse</b>			
Depresjon og angst*	5 (21,7)	1 (3,8)	6 (12,2)
Bekymringer knyttet til egen psykisk helse	1 (4,3)	2 (7,7)	3 (6,1)
Ensomhet	1 (4,3)	0 (0)	1 (2)
<b>Tidligere traumer</b>			
Traumer etter krig i hjemlandet	6 (26)	1 (3,8)	7 (14,3)
Familievold og/eller seksuelle overgrep	0 (0)	4 (15,4)	4 (8,2)
Traumer knyttet til flukt	1 (4,3)	0 (0)	1 (2)

## Metode

Alle voksne innvandrere og flyktninger over 16 år som bosettes i Bergen kommune, får tilbud om opplæring i norsk språk, samfunn og kultur ved Nygård skole. Opplæringen skjer på alle nivåer, fra nybegynner til høyere nivå, hvor noen også får grunnskoleopplæring. Utlendinger/innvandrere med

oppholdstillatelse som gir rett og plikt til norskopplæring, får opplæring gratis. Opprettelsen av et psykologisk lavterskeltilbud for elever ved Nygård skole var i 2008 et pionerarbeid i forebygging og for å avhjelpe psykiske vansker. Sekundært skulle tilbudet kunne avdekke behov for mer omfattende tiltak, som henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Samtaletilbudet krever ingen egenandel eller henvisning fra lege eller andre instanser. Psykologene har gjentatte ganger informert om tilbudet under møter med elevene i klasserommet. Det gis også informasjon direkte fra lærere og rådgivere. Det blir arrangert informasjonsmøter ved behov med en frekvens på cirka en gang per semester. Faste kontaktpersoner mottar henvendelser fra elever som ønsker samtale, og formidler kontaktinformasjon. Det er relativt kort ventetid, men tilbudet er ikke en akutt-tjeneste knyttet til kriser eller ulykker. Det er avsatt to timer per uke til førstegangssamtaler på skolen, mens oppfølgingssamtaler gjennomføres ved PPT. Det er ingen begrensning på antall samtaler, men henvisning til spesialisthelsetjeneste blir fortløpende vurdert. For en utfyllende beskrivelse av lavterskeltilbud henvises det til en nyttig artikkel publisert i 2011 i Tidsskriftet (Imenes, 2011). Ut fra kjennskap til elevenes opprinnelsesland var hypotesen at en større andel elever som ønsket samtale med psykolog, ville ha traumerelaterte vansker som primærvanske.

Evalueringen ble utført av psykologene som hadde utført elevsamtalene. Journalmaterialets omfang var fra oppstart av tilbudet i februar 2008 til og med desember 2009. Problemområder og antall samtaler ble kategorisert og kartlagt.

Kvalitative metoder som dokumentanalyse av førstehåndskilde (fortidsrettet journal) ble benyttet for å systematisere problemområder og gruppere dem i beskrivende kategorier for kvantitativ analyse (Statistica 10 (www.statsoft.com)). Kriteriene var at kategoriene ikke skulle overlappe hverandre, og at de var relevante for kvalitetssikring (Merriam, 2009). Induktiv analyse ble benyttet for å utlede de overordnede problemområdene fra *innholdet i den første samtalen*. Hver enkelt journal ble systematisk gjennomgått, og overordnede beskrivelser for vansker og identifisering av kategorier var som følger: vansker i forhold til 1. nære relasjoner; 2. migrasjon; 3. psykisk helse; 4. tidligere traumer; 5. skolerelaterte vansker; 6. annet (for eksempel vansker knyttet til bolig, økonomi, fremtidig skolegang, fysisk helse) (se tabell 1).

Evalueringen ble unntatt fremleggelsesplikt for Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter REKs vurdering fordi datalisen var knyttet opp mot HK-data (journalssystemet som benyttes ved PPT Bergenhus). Journalgjennomgang var således et ledd i

forbindelse med kvalitetssikring og omfattet av fritak fra samtykke (jf. helseforskningsloven § 10, jf. helseforskningsloven § 4 annet ledd).

**Tabell 2. Demografiske og kliniske variabler for menn og kvinner og for det totale utvalget. Alder er presentert som gjennomsnitt og standardavvik (SD), de øvrige variablene i antall og prosent (%).**

Demografiske variabler	Menn (n=23)	Kvinner (n=26)	Totalt (n=49)
Alder, gjennomsnitt (SD)	26,6 (11,4)*	34,7 (9,5)	30,9 (11,1)
<b>Sivil status, n (%)</b>			
Gift, samboer#	5 (21,7)	17 (65,4)	22 (44,9)
Enslig	14 (56,5)	7 (26,9)	21 (42,8)
Enke (-mann)	0 (0)	1 (3,8)	1 (2,0)
Bor med foreldre	4 (17,4)	0 (0)	4 (8,2)
Ukjent	0 (0)	1 (3,8)	1 (2,0)
<b>Kliniske variabler</b>			
<b>Problemområder, n (%)</b>			
Nære relasjoner	3 (13,04)	14 (53,8)	17 (34,7)
Migrasjon	6 (26)	10 (38,5)	16 (32,6)
Psykisk helse	7 (30,4)	3 (11,5)	10 (20,4)
Tidligere traumer	7 (30,4)	5 (19,2)	12 (24,5)
Skolerelaterte vansker	2 (8,7)	1 (3,8)	3 (6,1)
Annet**	7 (30,4)	0 (0)	7 (14,3)
<b>Bruk av lavterskelsamtaler, n (%)</b>			
1 samtale	11 (47,8)	13 (50)	24 (48,9)
2–4 samtaler	9 (39,1)	11 (42,3)	20 (40,8)
> 5 samtaler	3 (13)	2 (7,7)	5 (10,2)
<b>Henvist til spesialisthelsetjeneste</b>			
	1 (4,3)	1 (3,8)	2 (4)

## Resultater og diskusjon

I løpet av en periode på 23 måneder fordelt over to vår- og to høstsemestre var det henholdsvis 26 kvinner og 23 menn (n = 49) i alderen 16–59 år som oppsøkte lavterskeltilbudet (ca. 5 % av den totale elevmassen). Vansker knyttet til aktuell livssituasjon var den hyppigst rapporterte (se tabell 2).

Av seks avdekkede problemområder var det fire som pekte seg ut ved inndeling i underkategorier: vansker knyttet til nære relasjoner, migrasjon, psykisk helse og tidligere traumer. Den hyppigst rapporterte kategorien var *nære relasjoner*. Kun kvinner, 12 av totalt 26, oppgav vansker/konflikter med ektefellen, konflikter mellom kvinnens ønske om økt innflytelse og selvstendighet og ektefellens manglende aksept. At nær halvparten av kvinnene hadde parkonflikter som primærvanske, kan tyde på at i kulturer hvor konservative kjønnsrollemønstre er utbredt, er det kvinner som i størst grad opplever tilpasningsvansker i et samfunn som forfekter likestilling. Men når det er sagt, er ikke nødvendigvis minoritetskvinner opptatt av økt likestilling; det kan også handle om engasjement for økt selvverd (e.g. St. Louis & Liem, 2005).

Det andre problemområdet var knyttet til *migrasjon*, herunder savn av og bekymringer for familiemedlemmer i hjemlandet, inkludert bekymring for barn det var søkt familiegjengforening med. Både kvinner (n = 10) og menn (n = 6) var representert. Innholdet i samtale fokuserer på her-og-nå-symptomtrykk, bevisstgjøring av hvordan de kunne opptre som ressurspersoner for familien i hjemlandet, og opplevd familiestøtte.

Det tredje problemområdet var bekymringer knyttet til *egen psykisk helse*, hvor totalt 6 av 49 elever hadde symptomer på depresjon, sosial angst og generalisert angst. Thapa og kolleger utførte en større generell helseundersøkelse i Oslo og fant at 24,3 % av immigranter fra lavinntektsland og 10,3 % av immigranter fra høyinntektsland rapporterte om psykologisk ubehag knyttet til angst og depresjon (Thapa, Dalgard, Claussen, Sandvik & Hauff, 2007). Opprinnelsesland og etnisitet kan være av betydning for prevalens, men kulturelle forståelsesrammer som fremmer eller hemmer kommunikasjon mellom den som skal avdekke og den som oppsøker helsehjelp, må tas i betraktning når en skal tolke slike resultater.

12 av 49 elever hadde vansker knyttet til *tidligere traumer*; i journalene var det registrert som mer direkte erfaringer med krigshandlinger og flukt blant menn og opplevd familievold og/eller seksuelle overgrep i oppveksten blant kvinnene.

Kun tre av 49 elever hadde vansker med konsentrasjon og innlæring under *skolerelaterte vansker*, i tillegg til vansker med å huske norske ord og uttrykk. Det lave antallet elever kan tilskrives at skolens per-sonale har vært oppmerksomme på skolevansker og henvist ved behov elever til PPT via ordinær tjenestevei.

Omtrent halvparten av elevene hadde én samtale, 20 elever hadde to til fire samtaler, mens fem elever hadde fem eller flere samtaler. Det var ingen signifikant forskjell mellom menn og kvinner

i antall samtaler – gjennomsnitt og standardavvik (SD) for kvinner: 2,11 (SD = 1,68), og menn: 2,56 (SD = 2,5),  $p > 0.05$ . Vi forventet høyere antall psykologsamtaler ut fra hypotesen om at flere elever ville oppsøke lett tilgjengelig helsehjelp på skolen for å bearbeide tidligere traumeopplevelser. Det var imidlertid den aktuelle livssituasjonen de fleste ønsket hjelp til, og det holdt i hovedsak med én samtale. Dette er sammenfallende med andre studier som har vist at forhold i nåtid betyr mer for innvandreres opplevelse av psykisk velvære og ubehag (Dalgard, Thapa, Hauff, McCubbin & Syed, 2006; Thapa & Hauff, 2005). En ny doktorgradsavhandling viser at hverdagsstress som bekymringer rundt skoleprestasjoner eller relasjonsvansker er en vel så viktig årsak til psykiske plager blant unge enslige flyktninger som traumatiske erfaringer (Seglem, 2012).

Etter vår vurdering har samtaletilbudet en støttende og forebyggende funksjon for en gruppe personer som ofte opplever omstillingsvansker. En god måloppnåelse er å forhindre frafall fra utdanning. I tillegg er økt selvinnsikt og motivasjon for problemløsning et mål i seg selv. Kunnskap om egne reaksjoner, mestringsstrategier og opplevelser kan føre til økt toleranse for egne og andres meninger, holdninger og handlinger. Brunvatne (2006) hevder at man kan forvente et betydelig mestringspotensial hos flyktninger som i utgangspunktet har normal god helse. Deres psykiske reaksjoner bør håndteres som normale reaksjoner på unormale livshendelser. Generelt var fokus for samtale normalisering av reaksjoner, på følger av det å tilpasse seg en ny kultur, på tidligere opplevelser og på selve eksilsituasjonen. For kvinner kan det være mange utfordringer knyttet til det å avvike fra et konservativt kjønnsrollemønster i ikke-vestlige sosiokulturelle miljøer. At kvinner ønsker og søker utdanning, kan være kilde til familiære konflikter i noen kulturer. Mange elever hadde vansker med å forstå sin egen rolle og situasjon i et samfunn med andre normer og regler enn opprinnelseslandet. Spørsmål om egne reaksjoner og følelser og eksistensielle spørsmål som meningen med livet her og nå, var utbredt. Drøfting av egne valg og handlinger i relasjon til familie og venner som ofte befant seg i hjemlandet, var en viktig støtte. Miller og Rasmussen (2010) har vist at denne formen for støttesamtaler kan redusere negativt stress. I noen tilfeller var det nødvendig å avvike fra den tradisjonelle psykologrollen for å håndtere uro og bekymringer og skaffe informasjon om status på søknad om familiegjennomføring, eller hvilket nummer eleven hadde på ventelisten for tildeling av kommunal bolig. Enkle tiltak som det å gi informasjon om ulike offentlige systemer, lover og rettigheter skal ikke undervurderes.

*Systematiske gjennomganger av journaler som ledd i kvalitetssikring av et samtaletilbud på lavterskelnivå kan gi nyttig kunnskap om eksisterende tilbud fungerer*

## Konklusjon

Vi evaluerte et psykologisk lavterskeltilbud for innvandrere og flyktninger som studerte ved Nygård skole i Bergen. Systematiske gjennomganger av journaler som ledd i kvalitetssikring av et samtaletilbud på lavterskelnivå kan gi nyttig kunnskap om eksisterende tilbud fungerer etter formål og hensikt, og avdekke hvilke utfordringer som krever tiltak. Brukerne av lavterskeltilbudet var i hovedsak opptatt av sin umiddelbare livssituasjon. Færre enn ventet rapporterte om vansker knyttet til traumer som følge av flukt eller krig. Årsaken kan være at kjernebehov er mer rettet mot det å kunne fungere tilfredsstillende i dagliglivet, der ens ressurser hovedsakelig er prioritert for tilpasning til en ny og fremmed kulturell kontekst. Når slike kjernebehov er dekket og omstillingsvansker er stabilisert, kan symptomtrykk i forbindelse med fortid bli mer fremtredende og kreve en annen form for helsehjelp.

## Referanser

- Bruel-Jungerman, E., Davis, S. & Laroche, S. (2007). Brain plasticity mechanisms and memory: a party of four. *Neuroscientist*, 13(5), 492–505.
- Brunvatne, R. (2006). *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalgard, O. S., Thapa, S. B., Hauff, E., McCubbin, M. & Syed, H. R. (2006). Health and Disability. Immigration, lack of control and psychological distress: Findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 551–558.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (LOV2011:6). Lovdata.no
- Hoel, A. K., Onsøien, R. & Schjødt, B. H. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Imenes, A-K. (2011). Lavterskelpsikolog – ikke lightpsykolog. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 150–154.
- Merriam, S. B. (red.) (2009). *Qualitative Research: A guide to Design and Implementation*. San Fransisco, USA: John Wiley & Sons.



- Miller, K. E. & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70, 7–16.
- Seglem, K. B. (2012). Predictors of psychological adjustment among young unaccompanied refugees after resettlement – A population-based study. Doktoravhandling. Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- St. Louis, G. R. & Liem, J. H. (2005). Ego identity, ethnic identity, and the psychosocial wellbeing of ethnic minority and majority college students. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 5(3), 227–246.
- St. meld. nr. 47 (2009–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling ? på rett sted ? til rett tid*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Thapa, S. B., Dalgard, O. S., Claussen, B., Sandvik, L. & Hauff, E. (2007). Psychological distress among immigrants from high- and low-income countries: Findings from the Oslo Health Study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(6), 459–465.
- 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. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 78–84.