



UiT Norges arktiske universitet

Det Helsevitenskapelige universitet, UiT

Ansatte på asylmottak sine erfaringer med psykisk helse blant asylsøkere

En kvalitativ studie om erfaringer og utfordringer ansatte på asylmottak har i møte med asylsøkere med psykiske helseplager.

Synne Mugerud Sørensen

Masteroppgave i medisin, MED-3950-1 21H, august 2021

Forord

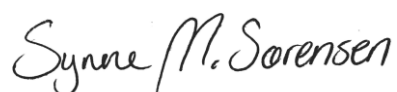
Humanitært arbeid, psykisk helse og rettigheter til flyktninger og asylsøkere har lenge vært kampsaker for meg. Av den grunn ønsket jeg å se nærmere på hvordan ansatte på asylmottak jobber, og hvordan de håndterer psykiske helseplager blant asylsøkerne. Hensikten med oppgaven var å gi en ny vinkling av asyltemaet i Norge. En hører mye om hvordan tilstandene er ved grensene til Tyrkia, Italia og Hellas, men lite om hvordan vi håndterer våre asylsøkere i Norge. Jeg ønsket derfor å belyse denne saken.

For å kunne skrive denne oppgaven har jeg vært avhengig av en veileder. Johanna Laue har gjennom hele prosessen vært en helt suveren veileder. Hun har kommet med mange gode innspill, vært rask til å svare på mine spørsmål og stilt opp og vist forståelse i en vanskelig tid. Det har rett og slett vært helt optimalt!

Jeg vil rette en stor takk til informantene som ønsket å stille til intervju slik at jeg fikk et spennende datamateriale. De har stilt med lokale, mat og drikke, og mange spennende samtaler. I tillegg ønsker jeg å takke UDI for at de sa «ja» til at jeg kunne gjennomføre studien, og til NSD som har vært behjelpelig i håndtering av de etiske problemstillingene med oppgaven.

Ikke minst vil jeg takke min samboer, Mathias for at han har vært til stor hjelp når skrivesperren har vært som verst. Cecilie, Ina og mamma har gitt gode tilbakemeldinger om oppgaven og vært formidable støttepersoner når motivasjonen har vært på bunn.

Synne Muggerud Sørensen



Tromsø, august 2021

Innhold

Innhold	III
Sammendrag	V
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn	1
1.1.1 Asylsøkere og asylmottak i Norge	1
1.1.2 Utfordringer i arbeid med asylsøkere og psykisk helse	2
1.1.3 Ansatte på asylmottak som bakkebyråkrater i UDI sitt byråkrati	4
1.2 Formål.....	4
2 Materiale og metode.....	5
2.1 Litteratur og eksisterende viten	5
2.2 Kvalitativ forskningsmetode og intervju	5
2.3 Utvalg	6
2.4 Innhenting av data	7
2.5 Analysemetode	7
2.5.1 Transkriberingsfasen (fase 1).....	7
2.5.2 Kodefasen (fase 2).....	8
2.5.3 Tematiseringsfasen (fase 3).....	8
2.5.4 Gjennomgang og dannelse av nye temaer (fase 4).....	9
2.5.5 Samling av temaer	9
2.6 Ethiske problemstillinger.....	9
3 Resultater.....	10
3.1 Bruk av tid og skjønn i arbeid på asylmottak	10
3.2 God og fleksibel hjelp i primærhelsetjenesten	11
3.3 Miljøarbeidernes utfordringer på asylmottak	13

4	Diskusjon.....	16
4.1	Fleksibilitet og rutiner.	16
4.2	Primærhelsetjenesten	17
4.3	Strekker seg langt	18
4.4	Metodediskusjon.....	19
4.4.1	Metningspunktet i intervjuene.....	19
4.4.2	Analysemetode	20
4.5	Styrker og svakheter	20
4.5.1	Styrker	20
4.5.2	Svakheter	21
4.6	Videre forskning	21
5	Konklusjon	23
6	Referanser.....	24
7	Vedlegg	27
7.1	Vedlegg 1: Intervjuguide	27
7.2	Vedlegg 2:.....	29
7.3	Vedlegg 3: Sammendrag av kunnskapsevaluering, GRADE	31

Sammendrag

I Norge er det omtrent 1650 asylsøkere fordelt på ulike asylmottak. Blant dem er risikoen for psykiske helseplager høyere enn for resten av Norges befolkning. Formålet med denne oppgaven er derfor å belyse erfaringene og utfordringene ansatte har når de arbeider med asylsøkere med psykiske helseplager. I denne studien ble det gjennomført semistrukturerte intervjuer av 7 personer ved to asylmottak i Nord Norge. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribert verbatim og analysert ved hjelp av tematisk analyse med en induktiv metode og en semantisk tematisering. Ved hjelp av Lipskys bok om bakkebyråkrater har analysen gitt tre hovedtemaer «Bruk av tid og skjønn i arbeid på asylmottak», «God og fleksibel hjelp i primærhelsetjenesten» og «miljøarbeidernes utfordringer på asylmottak»

Funnene i studien viser at fleksibilitet og bruk av skjønn i arbeidet med asylsøkere med psykiske helseplager har vært bedre enn faste rutiner for informantene. Eksempelvis kom det frem at samarbeidet informantene har med primærhelsetjenesten er god grunnet den fleksibiliteten som begge parter utøver i møte med asylsøkerne. En av utfordringene som kom frem var derimot at de ansatte strekker seg langt for å hjelpe beboerne. Dette kan gå utover taushetsplikten, meldeplikten og deres eget ve og vel. Et siste punkt som kom frem var at erfaringen de ansatte ved asylmottak erverver seg, samt primærhelsetjenestens kjennskap til den enkelte asylsøker, er uvurderlig.

Konklusjonen er derfor at fleksibilitet og kunnskap er vesentlige i behandlingen av asylsøkere med psykiske helseproblemer. I hvilken grad dette er mulig å gjennomføre hvis asylstrømmen skulle øke og hvordan unngå at denne tette oppfølgingen blir for utfordrende for ansatte ved et asylmottak er interessante temaer for videre studier.

1 Innledning

Risikoen for psykiske helseplager høyere enn for resten av Norges befolkning (1, 2). En rekke europeiske studier har fokusert på psykisk helse blant ansatte ved asylmottak og psykisk helse blant asylsøkerne (3-5). Det er derimot lite forskning, spesielt innenfor norske asylmottak, som omhandler de ansattes erfaringer fra arbeidet med asylsøkere som trenger mental helsehjelp. Formålet med denne oppgaven er derfor å belyse erfaringene og utfordringene ansatte har når de arbeider med asylsøkere med psykiske helseplager.

Denne innledningen vil gi et innblikk i hvordan asylsituasjonen er i Norge akkurat nå. I tillegg vil det bli lagt frem informasjon fra noen tidligere studier som belyser utfordringer i møte med asylsøkere. Disse kan gi et bilde av hva ansatte på norske asylmottak står overfor. Den siste delen av innledningen er en beskrivelse av teorien om bakkebyråkraten, presentert i "Street-Level Bureaucracy" av M. Lipsky. Den har gitt en ekstra innfallsvinkel til analysen i denne studien.

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Asylsøkere og asylmottak i Norge

Flyktninger og asylsøkere defineres ulikt. Den juridiske definisjonen på en flyktning er «enhver person som befinner seg utenfor det land han er borger av på grunn av velbegrunnet frykt for å bli forfulgt på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en spesiell sosial gruppe.» (6). Derimot er en asylsøker en person som søker om å bli ansett som en flyktning ved å søke om oppholdstillatelse i landet (7). Når flyktninger og asylsøkere ankommer Norge plasseres mange på asylmottak. Dette er boliger asylsøkere kan bo i midlertidig mens søknaden om oppholdstillatelse blir vurdert eller til de har funnet et mer permanent bosted (8). Per i dag er det omtrent 1650 asylsøkere plassert i asylmottak rundt om i landet (9).

Det har blitt rapportert økt prevalens og risiko for psykiske lidelser blant asylsøkere og flyktninger enn resten av samfunnet (1, 2). Dette kan ses i sammenheng med opphold på asylmottak hvor det vil være mangel på sosialt nettverk, få stimulerende arbeidsoppgaver, lav sosioøkonomisk status og uvisshet om fremtiden (10). Disse faktorene, samt forhold før og

under selve flukten, vil være med å påvirke den psykiske helsen til hver enkelt asylsøker (11).

For å ivareta asylsøkere med psykiske helseplager har Helsedirektoratets utarbeidet en veileder om helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente (10). Der gir de råd om hvordan kommunen og asylmottaket bør gjennomføre ulike tiltak for å støtte denne delen av befolkningen. Ifølge disse retningslinjene, bør asylmottakenes oppgaver være å gi sosial støtte og aktivisering av beboerne for å forebygge psykiske helseplager knyttet til eksilsituasjonen, isolasjon og dårlig sosialt nettverk. I samarbeid med kommunen bør det legges til rette for bruk av ulike fritidstilbud, da deltakelse i idrettslag, ungdomsklubber og andre kulturtilbud kan være med å skape et sosialt nettverk og en meningsfull hverdag (5).

Kontinuerlig endring i flyktningstrømmen forårsaker en opp- og nedbemanning, samt oppbygging og nedlegging av asylmottak. I perioder med nedbemanning er det observert liten grad av kompetanseoverføring mellom mottakene; erfaring med drift av asylmottak og håndtering av asylsøkere med psykiske helseplager blir ikke videreformidlet (4). Som tidligere nevnt er asylsøkertallet i Norge på omtrent 1650. Dette er en betydelig nedgang fra 31.000 asylsøkere som søkte asyl i Norge i 2015 (12). Det betyr at det også har vært en tydelig nedbemanning av asylmottak. Det er vanskelig å finne nøyaktige tall for hvor mange asylmottak som er i dag og hvor mange som er lagt ned siden 2015, men NRK kom med en artikkel 17. april 2021 som viser en oversikt over asylmottakene (13). Der kommer det frem at det i 2016 var 250 asylmottak rundt om i Norge, mens det i 2021 er kun 20 mottak igjen. Grunnet økt prevalens og risiko for psykiske lidelser blant asylsøkere er det rimelig å tro at psykisk helsehjelp og kompetanse i håndtering av ulike menneskegrupper er nødvendig. Dessverre kan det tenkes at nedbemanningen som har vært den siste tiden har og vil fortsette å påvirke håndteringen av asylsøkere med psykiske helseplager. Det som en gang var av erfaringer blant ansatte hadde, må nå læres på nytt.

1.1.2 utfordringer i arbeid med asylsøkere og psykisk helse

Det er gjennomført en rekke studier på psykisk helse blant ansatte som jobber tett med asylsøkere (3-5). Mange av disse har også skrevet om deres erfaringer i møte med denne sårbare menneskegruppen, hva utfordringene er og hvordan de håndterer dem.

En av utfordringene som kommer frem i studiene er kommunikasjonen med asylsøkere og flyktninger (14). Mangel på et felles språk gjør kommunikasjonen vanskelig og de store språkbarrierene skaper tidkrevende konsultasjoner. Ofte er det utfordrende å forstå hva slags behov og ønsker asylsøkerne har. I tillegg er ikke tolkene alltid tilgjengelige til å oversette det som blir sagt. I slike tilfeller må de ansatte bruke kroppsspråk og andre metoder for få frem det samme budskapet (3).

I samtaler med asylsøkere kommer deres historier ofte også frem. Disse historiene kan være preget av vold, tortur, selvmordsforsøk og dødsfall (4). Å høre disse personlige historiene kan fremprovosere sterke følelser og emosjonelt stress blant ansatte (3). For eksempel, ansatte som jobbet tett med kvinner og barn som led under ekstrem vold fra IS, opplevd det psykisk stressende å høre historiene deres (15). I slike situasjoner må de ansatte ofte finne egne strategier for å håndtere stresset og ikke la historiene påvirke deres egen mentale helse (16).

Ikke bare er det asylsøkernes historier og kommunikasjon som gjør arbeidet krevende. Utagering og verbal- og fysisk vold er et tema flere studiedeltakere fra tidligere studier har rapportert (3, 17). Dette oppleves ofte svært krevende for de ansatte som jobber tett med asylsøkerne (3). Asylsøkernes mentale helse blir ofte sett bort fra av den grunn at deres situasjon allerede er svært kompleks (14). Mange kommer fra en kultur der psykisk helse ikke er vektlagt. Likeledes er det også mange som ikke har oversikt og forståelse for hvordan vertslandets helsevesen er bygd opp og hvordan de skal søke etter hjelp. Mangel på kunnskap om psykisk helse, usikker fremtid med mulig avslag på asylsøknad og nedlegging og flytting av asylmottak kan stykke opp den psykiske oppfølgingen. Alt dette reduserer tilgangen til psykisk helsehjelp og mest sannsynlig øker risikoen for frustrasjon og utagering (14).

Samarbeid mellom ulike instanser som jobber med asylsøkere nevnes i flere europeiske studier som utfordrende (3, 17, 18). I en svensk studie viste det seg at informasjonsflyten mellom asylmottakene og helsetjenesten ikke var tilfredsstillende nok. Ansatte som hadde direkte kontakt med flyktninger og asylsøkere hadde lite kunnskap om andre institusjoner flyktningene og asylsøkerne brukte. Deltakerne i denne studien pekte på at dårlig samarbeid mellom de ulike institusjonene gikk utover helsesituasjonen til de nyankomne flyktningene og asylsøkerne (18).

Dette er bare noen av utfordringene som har vært nevnt i tidligere studier. Det vil være interessant å sammenligne disse med resultatene fra denne studien. Møter informantene fra denne studien på lignende utfordringer, og sitter de igjen med de samme erfaringene? Er de informantene i denne studien av samme oppfatning om utfordringene de møter på?

1.1.3 Ansatte på asylmottak som bakkebyråkrater i UDI sitt byråkrati

Michael Lipsky presenterer en teori om bakkebyråkrater i boken «Street-Level Bureaucrazy», hvor en bakkebyråkrat er definert som en person som er ansatt i offentlig sektor og jobber direkte med mennesker (19). Eksempelvis er lærere, leger, sykepleiere og politi alle bakkebyråkrater som representerer staten overfor befolkningen og menneskene overfor staten. Ansatte på asylmottak kan sees på som bakkebyråkrater siden de representerer staten gjennom deres ansettelse i utenriksdirektoratet (UDI) samtidig som de jobber direkte med asylsøkerne. Teorien om bakkebyråkrati gir et interessant og relevant perspektiv på å forstå de ansattes møte med asylsøkere med psykiske helseplager.

1.2 Formål

Som beskrevet innledningsvis kan det være utfordrende å jobbe på asylmottak. Det være seg grunnet konstant endring i flyktningstrøm som gjør at kunnskapen om håndtering av asylsøkere med for eksempel psykiske helseplager ikke videreformidles. Det kan også være utfordrende grunnet språkbarrierer, utagerende asylsøkere, kulturforskjeller og dårlig samarbeid med andre instanser. Denne studien vil se på erfaringer og utfordringer knyttet til arbeidet ansatte ved asylmottak gjør i møtet med asylsøkere med psykiske helseplager. Formålet med oppgaven er å belyse disse, fremheve hva som bidrar til å lindre den enkelte asylsøkers psykiske problemer, og påpeke utfordringene som krever strukturendringer i arbeidshverdagen til de ansatte.

2 Materiale og metode

2.1 Litteratur og eksisterende viten

Til prosjektbeskrivelsen, bakgrunnen og oppbygningen av denne oppgaven er relevant litteratur funnet i databaser som PubMed, Oria, Helsebiblioteket og Google Scholar. I PubMed har MESH-terms blitt brukt for å komme frem til relevante artikler. De ulike MESH-terms'ene for litteraturen til denne oppgaven har blant annet vært «refugee», «asylumseeker», «reception center», «social worker», «mental health» og «psychology». Disse artiklene har også sitert og referert andre studier som har vært mulig å hente frem og referere til i denne studien. I tillegg har masterveileder, Johanna Laue, gitt råd om relevante bøker og artikler som har blitt lånt på universitetsbiblioteket ved UiT eller sendt på mail. For å finne riktige definisjoner på asylsøkere, flyktninger og asylmottak, samt tall på asylsøkere i Norge har jeg brukt det store norsk leksikon (6-8) og UDI sine hjemmesider (9, 12).

2.2 Kvalitativ forskningsmetode og intervju

Denne masteroppgaven er en kvalitativ studie der data er innhentet via semistrukturerte intervjuer av 7 ansatte på to asylmottak i Nord Norge. Forskningsspørsmålet er «Hva slags erfaringer og utfordringer møter ansatte på asylmottak på i arbeidet med beboere med psykiske helseplager?». Kvalitative forskningsmetoder er vel egnet for fordypning i erfaringer, opplevelser, følelser, egenskaper og kvaliteter enkeltindivider eller grupper har. I tillegg er disse forskningsmetodene gode for temaer som i liten grad har blitt belyst tidligere (20). Siden formålet til oppgaven er å få innsikt i ansattes erfaringer, samt at litteraturen angående dette temaet er sparsomt, er en kvalitativ vinkling innenfor forskningsmetoder passende.

Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer til datainnsamlingen grunnet formålet til oppgaven. Et seminstrukturert intervju kan gi intervjuer en tilgang til informantens tanker, erfaringer og følelser, samt skape sensitive vinklinger knyttet til intervju spørsmålene og forskningsspørsmålet (21). Fordi det var viktig i denne studien å få frem erfaringer, utfordringer og følelser knyttet til arbeidet med asylsøkere virket det passende å velge denne intervjuemetoden.

Det ble laget en intervjuguide som en mal for de semistrukturerte intervjuene.

Prosjektbeskrivelsen, og relevant litteratur om intervjuguide og semistrukturert intervju la

grunnlaget for guiden. Den ble skrevet og bearbeidet i løpet av sommeren 2020. Masterveileder, Norsk senter for forskningsdata (NSD) og en medstudent leste igjennom intervjuguiden og ga tilbakemelding. Intervjuguiden ble revidert basert på tilbakemeldingene.

2.3 Utvalg

Utvalget av informanter ble diskutert med veileder, NSD og UDI. Det ble sendt ut e-post til de to asylmottakene for å høre om det var interesse for å delta i studien. Derneft tok UDI kontakt med asylmottakene for rekruttering. Vi fikk tilgang til kontaktpersonene for de to mottakene via UDI, og kontaktpersonene tok igjen kontakt med potensielle informanter.

Asylmottak 1	Asylmottak 2
<input checked="" type="checkbox"/> Kjønn	<input type="checkbox"/> Kjønn
<input checked="" type="checkbox"/> Alder	<input type="checkbox"/> Alder
<input checked="" type="checkbox"/> Stilling	<input type="checkbox"/> Stilling
<input checked="" type="checkbox"/> Ulik utdannelse	<input checked="" type="checkbox"/> Ulik utdannelse
<input checked="" type="checkbox"/> Ulik arbeidserfaring	<input checked="" type="checkbox"/> Ulik arbeidserfaring

Tabell 2.1: Tabellen viser kriteriene som ble valgt for å sikre et strategisk utvalg av informanter.

Tabellen over viser kriterier som var ønskelig å oppnå for å ha et strategisk utvalg av informanter. Et strategiske utvalg skal gi en sammensetning av informanter som skal belyse problemstillingen/forskningsspørsmålet på best mulig måte. Det strategiske utvalget skal sikre en god variasjonsbredde. Jo større mangfold av intervjuobjekter det er i studien, jo større sannsynlighet er det for at variasjonsbredden er god (22). Som tabellen viser var det et av asylmottakene som kunne oppfylle alle kriteriene, mens det andre mottaket kun tilfredstilte to. Årsaken kan ha vært at kriteriene ikke ble presisert tydelig nok i informasjonse-posten. Dermed ble det isteden gjort et tilgjengelighetsutvalg. Det er et utvalg av informanter som er med i studien fordi det var de som var tilgjengelige under utvelgelsesprosessen (15). Det ble brukt en «snøballteknikk» der én av de ansatte på asylmottaket tok kontakt med noen andre ansatte, og så tok de igjen kontakt med flere ansatte. Slik spredte informasjonen seg om denne studien og jeg fikk kontaktinformasjonen til flere informanter som ønsket å delta (22). På

bakgrunn av det strategiske utvalget og tilgjengelighetsutvalget intervjuet jeg 7 ansatte fra to ulike asylmottak i Nord Norge.

2.4 Innhenting av data

Datainnsamlingen foregikk ved å intervju informantene ansikt til ansikt på et møterom ved hvert av de to asylmottakene. Lokalene skulle være kjente omgivelser for informantene som ville skape en trygg og ivaretakende atmosfære, da det igjen kan gi rom for å ytre meninger, erfaringer og minnes ulike historier (22).

For å sikre god datainnsamling under intervjuene ble det brukt lydopptaker. Lydopptak som metode for datainnhenting er aktuelt når det er snakk om samtaledata (22). Alle intervjuene ble tatt opp på en ekstern lydopptaker lånt av universitetsbiblioteket ved UiT. Da lydopptakene var klare, ble de lastet opp på UiT-One Drive. Når et lydopptak skal transkriberes skal transkripsjonen i størst mulig grad «gjengi» det opprinnelige datamaterialet, det vil si alt som blir tatt opp på lydopptak og alt som blir observert og opplevd under selve intervjuet som ikke blir sagt med ord (22). Alle lydopptakene ble transkribert verbatim, og reaksjoner informanter hadde hatt i løpet av intervjuet ble også notert i transkripsjonene.

2.5 Analysemetode

2.5.1 Transkriberingsfasen (fase 1)

For å analysere transkripsjonene valgte jeg tematisk analysemetode som fremgangsmåte. Den tematiske analysen ble gjennomført ved hjelp av analyseguiden til Braun og Clarke (23). Denne guiden inneholder 6 faser fra transkribering og helt frem til fremstilling av resultatene fra analysen. Fasene er presentert i tabellen nedenfor.

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Fase 6
<ul style="list-style-type: none">• Transkribering• Gjennomlesning	<ul style="list-style-type: none">• Koding	<ul style="list-style-type: none">• Sette sammen koder til temaer.	<ul style="list-style-type: none">• Gjennomgang av temaer. Gjøre endringer ut ifra fase 1 og 2.	<ul style="list-style-type: none">• Samle temaer og hovedtemaer til oppgaven.	<ul style="list-style-type: none">• Presentere analysen og resultatene basert på alle de foregående stegene.

Tabell 2.2: Tabellen er basert på de 6 fasene til Braun og Clarke (23).

Analyseprosessen startet allerede høsten 2020 da intervjuene ble transkribert ettersom transkriberingen kan regnes som en del av analysen. Grunnen til dette er at man blir kjent med

datamaterialet og gjør seg innledende tanker om analyse og resultat (23). Alle intervjuene ble skrevet ned i ulike Word-dokument. Da transkriberingsprosessen var ferdig ble alle transkripsjonene gjennomlest 1-2 ganger, ulike deler av tekstene ble markert, og innledende tanker om innholdet ble notert. Disse tankene ble presentert for veileder før ny fase i analysen startet.

2.5.2 Kodefasen (fase 2)

I løpet av perioden midten av januar til midten av mars ble samtlige transkripsjoner kodet. I tematisk analyse kodes transkripsjonene for å se etter mønster på tvers av datamaterialet. Et mønster skal fange deler, setninger og avsnitt av datasettet som er viktig for forskerspørsmålet og problemstillingene som blir presentert. Metoden skal være til hjelp for å minimalisere, organisere og beskrive det empiriske datasettet på en rik og detaljert måte (23). For å lage kodene ble det gjort en induktiv analyse der en ser etter mønster, skaper koder og temaer basert på det informantene sier. Det vil si at det er lite fokus på intervju spørsmålene, men mer på hvordan informantene uttrykker seg og samtalen utvikler seg basert på spørsmålene (23). Denne metoden ble valgt for å kunne oppdage nyanser og nye vinklinger som var relevant for min problemstilling.

2.5.3 Tematiseringsfasen (fase 3)

For å finne mønster og temaer i transkripsjonene ble det gjennomført en semantisk tematisering. Semantisk tematisering skal ideelt sett være en metode for å minimalisere datasettet uten dypere analysering. Når dette har blitt gjennomført er datasettet klart for en dypere tolkning (23). Det var ønskelig å avvente denne tolkningen til kodingen var gjennomført for å unngå å legge egen forforståelse og opplevelse av intervjuene for tidlig inn i analysen. I en kvalitativ studie skal man ikke utelate seg selv og sin rolle i analysen, men være observant og reflektert over påvirkningen en har på analysen (16). Det er derfor naivt å tenke at egne synspunkt og hypoteser ikke har tatt plass allerede under kodingen. Allikevel er det tenkelig at man i større grad med en semantisk vinkling har klart å avvente sin egen påvirkning av analysen. Tematiseringen ble gjennomført ved at alle ble kodene gjennomgått, endret på og deretter skrevet ned på papirlapper. Disse papirlappene var fargekodet for å skille de ulike intervjuene. Kodene som liknet på hverandre fra de ulike intervjuene ble samlet i samme bunke. Slik utviklet det seg bortimot 30 primære temaer.

2.5.4 Gjennomgang og dannelse av nye temaer (fase 4)

Bunkene med primære temaer ble gjennomgått og reorganisert på nytt. De temaene som ikke viste seg å være relevant for studiens formål ble lukket ut. Temaene ble etter hvert notert på ark for å lage tankekart. Tankekartene ble sendt til veileder som igjen kom med flere synspunkter og tanker om temaene. I denne fasen var det ca. 10 hovedtemaer og 20-30 undertemaer. For å skape en annen vinkling og forståelse av temaene ble de og tankene rundt dem skrevet til en helhetlig tekst. Basert på denne teksten dannet det seg nye tankekart der hvert av hovedtemaene som ble presentert i teksten hadde sine undertemaer.

2.5.5 Samling av temaer

Etter en pause fra oppgaven og temaene ble relevant litteratur, deriblant «Street Level Bureaucracy» av Lipsky (19). Boka ga flere vinklinger til temaene som hadde utkrystallisert seg. Refleksjonene til Lipsky om rollen som bakkebyråkrat ble relevant for de funnene som kom frem fra analysen. Grunnen var at informantene til denne studien beskrev erfaringer og opplevelser som liknet Lipskys beskrivelse av det å være en bakkebyråkrat.

Takket være analyseguiden til Braun og Clarke (23), veiledning fra veileder, den omfattende analyseprosessen og boka om bakkebyråkrater var det tre temaer som utpekte seg. Disse temaene er «Bruk av tid og skjønn i arbeid på asylmottak», «God og fleksibel hjelp i primærhelsetjenesten» og «miljøarbeidernes utfordringer på asylmottak»

2.6 Ethiske problemstillinger

Før hvert intervju ble gjennomført måtte alle informantene skrive under på et samtykkeskjema for deltakelse i studien og for at intervjuet ble tatt opp på bånd. Det ble presisert at transkripsjonene kun skulle være tilgjengelige for min veileder og jeg.

For å unngå deling av personidentifiserende data ble dataen lastet opp på min private UiT One Drive profil og markert med privat tilgjengelighet. I tillegg ble alle navn og personidentifiserende informasjon endret i transkripsjonene.

Alle etiske problemstillinger som har forekommet i løpet av denne studien har blitt diskutert og fulgt opp av NSD. De har vært hjelpelige og har tilbudt seg rettslige og etiske råd angående håndtering av personidentifiserende data.

3 Resultater

I denne delen av oppgaven presenteres resultatene fra analysen av de 7 intervjuene som ble gjennomført. De tre temaene som utkrystalliserte seg i løpet av analysen blir belyst med sitater fra intervjuene. Som tidligere nevnt er temaene «bruk av tid og skjønn i arbeid på asylmottak», «god og fleksibel hjelp i primærhelsetjenesten» og «Miljøarbeidernes utfordringer på asylmottak». Det første temaet omhandler informantenes spillerom i arbeidet de gjør på asylmottakene. De kan i stor grad selv bestemme hvordan arbeidsdagen skal se ut basert på behovene til asylsøkerne. Neste tema, «god og fleksibel hjelp i primærhelsetjenesten» presenterer hvordan informantene opplever at et tett samarbeid med primærhelsetjenesten fungerer. Hvordan de i flere tilfeller kan gjøre et godt nok arbeid til å forhindre at asylsøkerne må oppsøke spesialisthelsetjenesten for hjelp. Det tredje og siste temaet vil gi et bedre inntrykk av hvordan det å jobbe direkte med sårbare menneskegrupper vil gjøre at informantene strekker seg langt for å hjelpe. Til sammen skal resultatene gi et innblikk i erfaringene og utfordringene de ansatte på asylmottakene har gjort seg i arbeidet med beboere med psykiske helseplager.

3.1 Bruk av tid og skjønn i arbeid på asylmottak

For å få et dypere innblikk i hvordan ansatte på asylmottak opplever sitt arbeid var det viktig å få frem hvordan informantene ville beskrive sin arbeidshverdag. Flere av informantene malte et bilde av en omfattende og lite spesifikk rolle. To av informantene valgte å kalle stillingen en «potetrolle». Samtlige var enig i at deres viktigste oppgave var å gjøre hverdagen til asylsøkerne best mulig.

Men samtidig er det å jobbe på mottak «en potetjobb». Stillingsbeskrivelsen er veldig lang. Den er ikke at du bare skal gjøre sånn og sånn. Den handler om alt mulig rart. Egentlig så handler den om å hjelpe personer i deres liv (informant 4).

For å kunne gi beboerne en god hverdag var det ifølge samtlige informantene viktig å sette av tid. Tiden var nødvendig for å bli kjent og danne relasjon til beboerne slik at de igjen følte seg trygge nok til å åpne opp om tanker og følelser. Tankene og følelsene var det informantene ofte etterspurte da det ga dem verdifull innsikt i hvordan de skulle ivareta beboerne i hverdagen.

Det er ikke bestandig like lett å åpne seg, det tar litt tid før man kommer så langt at man får all informasjonen man trenger eller at man kan hjelpe på en god måte (informant 2).

Ifølge informanter så UDI også hvor viktig det var å gi beboerne en god hverdag. På tilrettelagt avdeling, en avdeling for beboere med ekstra fysiske og psykiske helseplager, hadde UDI innført et krav om tiltaksplan. Det skulle være en individuell plan som skulle inneholde oppgaver og aktiviteter for hver beboer på tilrettelagt avdeling. Valg av aktiviteter var basert på det beboer og ansatt opplevde var nødvendig at beboeren gjennomførte eller lærte seg. I bunn og grunn var den et hjelpemiddel til å strukturere hverdagen og skape rutiner til både ansatte og beboere. Ifølge informantene var planen god på papiret, men lite funksjonell i virkeligheten. Ofte forsto ikke beboeren hva planen gikk ut på og hvorfor de måtte gjennomføre oppgavene. Av den grunn hadde flere av informantene i flere anledninger valgt å se bort fra planen. De hadde brukt skjønn for å ivareta ønskene og dekke behovene til beboerne.

Ja, den [tiltaksplanen] ligger i skuffen, står i permen i tilfelle man trenger å se på den. Det er jo en grei måte å ha struktur på.

Det er en bra ting, det er jo ikke det, men sånn i praksis er det jo litt vanskelig. Det er mennesker og så er det veldig stor forskjell på behovene deres (informant 2).

Hvert enkelt individ er sammensatt og kompleks, og gjør det vanskelig å forholde seg til helt faste rammer og rutiner. Derfor må man i arbeid med mennesker være dynamisk og åpen for alternative metoder (19). Muligheten informantene har hatt til å bruke tiden til det de ser på som nødvendig viser deres fleksibilitet. De har på sett og vis skapt en rutine i å bli kjent med beboerne og ha tilstrekkelig tid til det. Samtidig har de brukt skjønn i andre arbeidsoppgaver for å gi tilstrekkelig oppmerksomhet til beboerne. Alt dette gjøres for å gi beboerne en god hverdag.

3.2 God og fleksibel hjelp i primærhelsetjenesten

I det forrige temaet kom det frem hvor viktig det var for informantene å kunne være fleksible i sin arbeidshverdag for å kunne imøtekomme behovene til beboerne. De satt av tid til å bli kjent med deres ønsker og tanker, og fikk med det et godt grunnlag for å avdekke

atferdsendringer. Informantene ga utrykk for at de på grunn av tiden de brukte med beboerne tidlig kunne oppdage om en beboer hadde psykiske utfordringer og/eller behov for helsehjelp. I slike tilfeller hadde informantene lav terskel for å kontakte primærhelsetjenesten, for eksempel helsesykepleier eller andre instanser, for ekstra støtte.

Vi har daglig kontakt med alle sammen [beboere]. Så jeg føler i hvert fall at det er lett å lese hvis det er ting som ikke er som det skal være. Da er man snar til å hanke dem inn enten til samtale eller tilby dem helsesøster eller legetime alt etter som (informant 2).

Den lave terskelen for å kontakte primærhelsetjenesten bygde på informantenes tilfredshet med samarbeidet de hadde. Asyilmottakene som informantene jobbet på, har vært lenge i kommunene. Det hadde ifølge informantene gitt både kommunene og asylmottakene tid til å opparbeide seg erfaring med hvordan å hjelpe asylsøkere med ulike helseplager. Informantene ga inntrykk av at helsepersonellet hadde god kjennskap til problemstillinger asylsøkerne hadde eller ofte støtte på. I tillegg stilte helsepersonellet snarlig med samtaler og annen nødvendig helsehjelp. Erfaringene, fleksibiliteten og den imøtekommenheten primærhelsetjenesten viste overfor asylsøkerne og de ansatte opplevde informantene verdifull i samarbeidet med helsepersonellet.

Nå har jo mottaket vært ganske lenge i kommunen og helsevesenet har også skaffet seg erfaring med det. Det er ikke kastet på dem. De har vært borti det her før ikke sant. De forstår når vi ringer og sier at nå blir det krise - da rydder de plass. Det syns jeg har gått egentlig ganske smidig (informant 3).

En del av samarbeidet som informantene beskrev gikk ut på møter om oppfølging av ulike beboere. Der deltok ansatte fra asylmottakene, helsestasjon og den ansvarlige legen. De diskuterte ulike beboere og hvordan oppfølgingen skulle være fra de ulike partene. I krevende saker der beboer var svært syk eller hadde en vanskelig livssituasjon ble det gjerne satt opp ansvarsgrupper for å ivareta beboeren og eventuelt familien.

Vi har møte annenhver uke fast. Da går vi igjennom de beboerne på tilrettelagt avdeling hvor det er behov. Da er det meg, fastlegen og helsestasjon som er til stede. Så går vi igjennom ulike problemstillinger (informant 4).

Der vi har større krevende saker så lages det en ansvarsgruppe rundt dem, og da er det gjerne, hvis det er behov for det, barnevern, skole og barnehage involvert.

(informant 4)

I mindre krevende saker fortalte én av informantene at de med sine arbeidsmuligheter ofte kunne forhindre at beboeren måtte oppsøke spesialisthelsetjenesten. Flere ganger var det nok å bare snakke med beboeren og bruke litt tid hos han/henne. Andre ganger kunne både deres tilstedeværelse og samtaler med helsesykepleier eller lege være tilstrekkelig.

Etter hvert som du kommer litt tettere inn på dem kan du registrere at nå er de inne i en litt tyngre periode. Mange ganger hjelper det bare å ha den praten med dem, at de har noen å betro seg til. (informant 3)

Samarbeidet som informantene beskriver vitner om verdien av erfaring, fleksibilitet, men også rutiner. Flexibiliteten kommer tydelige frem når helsepersonellet er disponible til å rydde av tid til å snakke med beboerne. Derimot har flere av informantene også uttrykt tilfredshet med hyppige møter med lege og helsesykepleier. Dette kan tyde på at samarbeidet asylmottakene og primærhelsetjenesten har gjort at beboerne opplever en ivaretagelse som reduserer symptomtrykket.

3.3 Miljøarbeidernes utfordringer på asylmottak

Den fleksible arbeidshverdagen, og informantenes ønske om å hjelpe beboerne kan føre til at de utsettes for vanskelige valg og utfordrende situasjoner. Samtlige informanter fortalte om ulike utfordringer de møtte på som miljøarbeider på asylmottak. Utfordringene kunne strekke seg fra å følge regler og retningslinjer til konflikter mellom beboere, ansatte og helsepersonell.

En av utfordringene som de fleste av informantene hadde opplevd var deltakelse i helsekonsultasjoner. Fra tid til annen følte de at de «måtte» delta i helsekonsultasjoner sammen med lege og asylsøker etter både legen og asylsøkerens ønske. Dette var etter deres mening ikke en del av deres arbeidsoppgaver. De mente heller ikke at de hadde rett på informasjon som ble gitt i konsultasjonene. I andre tilfeller fikk beboerne med seg skriv fra sykehuset som ikke var oversatt til beboerens språk. Ifølge to av informantene kom beboerne ofte til dem for å få en forklaring på hva som var skrevet. Selv om disse informantene ikke

kunne språket til beboeren og heller ikke her hadde rett på informasjonen i skrivet oversatte de og forklarte innholdet så godt de kunne.

Om noen har fått påvist celleforandringer i livmor så er ikke det noe som jeg skal vite. Det er ikke noe jeg har rett på å vite eller noe jeg skal vite (informant 1).

I flere av konsultasjonene som informantene hadde deltatt i opplevde samtlige at helsepersonell henvendte seg til dem og ikke direkte til beboeren. Ifølge informantene ba helsepersonellet dem fortelle om beboernes plager av den grunn at de opplevde det vanskelig og tidkrevende å bruke tolk. I slike tilfeller kunne det oppstå feilinformasjon og misforståelser da det hendte at informantene ikke hadde fullstendig oversikt over beboerens helseplager. Det var heller ikke deres jobb å innhente informasjon om beboernes helsesituasjon. Allikevel var det flere av informantene som hadde gjort akkurat dette da de opplevde det vanskelig å si «nei» til deltakelse i en konsultasjon. Det var jo til syvende og sist ønsket om å gjøre hverdagen bedre for beboeren som var størst.

...ikke sparr med meg for jeg kan ikke vite hvilken behandling dere [helsepersonell] skal gi til den personen, for det har jeg ikke rett til». (intervju 4)

Kommer de [asylsøkere] til meg og viser «Se på de papirene her, jeg vet ikke hva det betyr» så kan ikke jeg si «nei, det må du ta med noen andre liksom» det gjør jeg ikke for det syns jeg ikke er medmenneskelig. (intervju 1).

Ønsket om å hjelpe og gjøre hverdagen god for beboerne gjorde det tidvis vanskelig å balansere mellom meldeplikt og taushetsplikt nevnte et par av informantene. Sensitiv informasjon kom ikke kun frem under helsekonsultasjoner, men også i samtaler der kun ansatt på asylmottak og beboer var til stede. To av informantene fortalte at det kunne være vanskelig å sitte på sensitiv informasjon de fikk fra beboerne. En del av informasjonen var de pliktige til å videreformidle til helsepersonell, men balansen mellom å videreformidle sensitiv informasjon og opprettholde taushetsplikten var vanskelig.

Du forteller akkurat det du vil til meg om hva du vil, og så forteller jeg om de tingene som jeg er pliktig til å melde videre. Om det er vold eller overgrep i nå tid så gjør jeg deg bevisst på at det må de vite på forhånd. Slike ting må jeg melde fra om. (Intervju 1)

Ofte er det det å opprettholde taushetsplikten en av de største utfordringene i møte med helsevesenet (Intervju 4).

En annen utfordring som flere av informantene hadde møtt på var utagerende og voldelige asylsøkere. Beboernes uforutsigbare fremtid, deres historier og psykiske helseplager kunne ifølge samtlige informanter være utløsende årsaker til atferdsendring og utagering. I slike situasjoner måtte informantene reagere raskt. De var ofte de første til å avverge eller dempe konfliktene da de var nærmeste personell, og kjente beboerne best. Av ønske om å ivareta beboernes ve og vel kunne de selv sette seg i fare.

vi har hatt beboere som har klikket. Som kanskje har hatt kniv, hvor verken ambulanse eller politi har villet gå inn og hvor vi har hatt ansatte som har stått i situasjonen i leiligheten (informant 6).

Funnene tyder på at det å arbeide tett på mennesker medfører et konstant behov for å balansere mellom ønsket om å hjelpe og samtidig holde seg innenfor juridiske og personlige grenser. Ifølge Lipsky er det å strekke seg langt i møte med mennesker og deres behov, et ønske om å gjøre alt en kan for klienten og gjøre snarlige vurderinger, også typisk for bakkebyråkratene (19).

4 Diskusjon

De kommende avsnittene vil følge resultatenes rekkefølge med rutiner og bruk av skjønn til godt samarbeid med primærhelsetjenesten og deretter miljøarbeidernes utfordringer på asylmottak. Dernest vil det være en kort metodediskusjon før diskusjonen avsluttes med styrker og svakheter ved denne oppgaven og tanker om videre forskning.

4.1 Fleksibilitet og rutiner.

Analysen av datamaterialet til denne oppgaven viste at informantene var aktive i bruken av skjønn i møte med arbeidsoppgaver og retningslinjer på asylmottakene. Det virket som UDI ga rom for at informantene kunne legge opp dagen slik beboerne ønsket det, og etter hva de selv mente var relevant for å ivareta dem. Det var tydelig at det å sette av tid til å bli kjent og skape en relasjon til beboerne var svært viktig. Tid som hjelpemiddel i møte med asylsøkere var også et fremtredende element i en tysk kvalitativ studie (3). Der var det flere av studiedeltakerne som opplevde at de ble bedre til å kommunisere med asylsøkerne jo mer de ble kjent med dem (3). Tiden og kjennskapet til beboerne kunne bidra til at informantene oppdaget psykiske helseplager hos beboerne raskere.

I denne studien kan det virke som at fleksibiliteten og bruk av skjønn er der for å unngå rutiner og for å ivareta beboerne som individer. På den annen side kan man se det slik at informantene selv har skapt rutiner der den viktigste rutinen er å gi rom og tid til samtaler og oppfølging av hver beboer. At de ansatte mottar rutiner fra UDI i form av retningslinjer (for eksempel bruk av tiltaksplaner), men velger stort sett selv hvordan de bruker dem gjenspeiles i hvordan bakkebyråkrater ofte håndterer dem i praksis. Ifølge Lipsky skaper mange bakkebyråkrater sine egne metoder som igjen kan påvirke hvordan det byråkratiske overhodet former sine regler og retningslinjer (19). Slik analysen i denne studien viser kan det tyde på at informantene som bakkebyråkrater har muligheten til å forme sin egen praksis. Rutinene som dannes kan UDI lytte til og skape et bilde av hvordan det er å drive asylmottak i Nord Norge. Basert på det bildet kan de igjen endre sine retningslinjer for å imøtekomme miljøarbeiderne bedre (19).

Muligheten til å skape sine egne rutiner og være fleksibel er sannsynligvis et resultat av at det er få asylsøkere i Norge. Som nevnt i innledningen har antall asylsøkere som søker asyl i Norge blitt redusert betraktelig. Ønsket om å gi individuell oppfølging av hver enkelt «kunde»

når arbeidspresset og mengden «kunder» øker er vanskelig å innfri. Fleksibiliteten forsvinner ved økt pågang av «kunder» da det ikke er tilstrekkelig tid til å ha individuell interaksjon med alle (19). I en evaluering av tilrettelagt avdeling på ulike asylmottak i Norge viste det seg at asylmottakene måtte rasjonere sin oppfølging av beboere. Hvis de skulle gi en individuell oppfølging av beboere ville dette gå på bekostning av andre beboere. I motsetning ville en mer rutinepreget arbeidshverdag kunne delvis tilfredsstille flere beboere, men ikke imøtekomme alle beboerne sine spesifikke behov (24). Det var noen av informantene i denne studien som nevnte akkurat dette. I situasjoner der noen beboere var utagerende gikk dette ofte utover kapasiteten til å ivareta de andre beboerne. Allikevel ga samtlige informanter inntrykk av at de hadde tilstrekkelig tid til å gi beboerne den individuelle oppfølgingen de hadde behov for. Det kan være en heldig konsekvens av den strenge asylpolitikken i Norge/Europa, og lave søker tall, at informantene kunne ivareta beboerne. Man bør derimot være bevisst på at dersom antall søkere øker igjen bør bemanningen og kompetansen økes i takt med dette. Ytterligere kan muligens en jevn flyktningstrøm være ønskelig for at hjelpeapparatet (for eksempel miljøarbeidere, helsepersonell og barnevernet) skal kunne opprettholde kontinuitet, erfaring og kompetanse til å håndtere asylsøkere med psykiske helseplager.

4.2 Primærhelsetjenesten

Det gode samarbeidet informantene hadde med primærhelsetjenesten kan se ut til å fungere grunnet fleksibilitet og rask håndtering av beboere. Samtlige av informantene fortalte at primærhelsetjenesten ryddet raskt plass for beboere som hadde behov for en samtale. Dette var et svært interessant funn. I flere liknende studier fra ulike Europeiske land har resultatene vist at studiedeltakerne ofte opplever dårlig samarbeid med andre instanser, være seg primærhelsetjenesten eller andre som jobber tett med asylsøkere (3, 16, 18). Grunnen til at det har fungert dårlig ifølge disse studiene ser ut til å være dårlig kommunikasjon, lang ventetid og liten utveksling av informasjon (3, 16, 18). Det resultatene fra denne studien kunne tyde på var at kommunikasjonen mellom informantene, helsesykepleier, barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og fastleger var svært god og at dette skapte trygghet for både asylsøker og ansatte.

I Derlet og Deschietere sin studie kommer det frem hvordan man på best mulig måte skal møte asylsøkere som har behov for psykiatrisk hjelp (14). De nevner at asylsøkere ofte har en annen måte å uttrykke symptomer relatert til psykiske helseplager. Asylsøkerne har ofte liten

kjennskap til og kan ha en tilbakeholden tilnærming til helsevesenet basert på tidligere møter. De har gjerne heller ikke den samme forståelsen av hva psykisk helse er, og det å ha psykiske helseplager. Det er disse aspektene som helsevesenet og ansatte på asylmottak må ha i bakhodet når de omgås asylsøkere med psykiske helseplager. Det er også disse aspektene som flere av informantene ga uttrykk for at primærhelsetjenesten i kommunene var klar over. Flere av informantene nevnte at asylmottakene hadde vært i kommunene lenge. Dette hadde gjort at helsevesenet hadde god kjennskap til beboerne, de ansattes og asylmottakenes funksjon. I tillegg ga informantene inntrykk av at primærhelsetjenesten var godt kjent med problemstillingene asylsøkerne sto ovenfor. Det kan tyde på at kjennskapet til denne pasientgruppen, fleksibiliteten til å sette av tid og respondere raskt når informantene tok kontakt var med å bidra til det gode samarbeidet.

4.3 Strekker seg langt

Informantene ga tydelig uttrykk for at det viktigste de gjorde var å stille opp og gjøre hverdagen til beboerne fin. Balansen mellom å følge beboernes ønsker, og det å ivareta seg selv og distansen til beboeren virket til tider å være vanskelig. Flere nevnte at det var vanskelig å si «nei» når beboerne spurte om hjelp. De fulgte gjerne beboerens ønske som igjen kunne gå utover taushetsplikten og deres eget ve og vel. Den måten informantene viste at de stilte opp for beboerne var liknende det sosialarbeidere gjorde for flyktninger i Tyskland og Israel (25). I den studien verdsatte studiedeltakerne den uformelle kontakten de hadde med flyktningene, men at det til tider var vanskelig å distansere seg fra å påta seg for mye arbeid. Det samme fremkom i studien til Wirth med flere (3). Der hadde ansatte opplevd at det var vanskelig å distansere seg og at de jobbet hardt for å tilfredsstille asylsøkernes behov. Denne måten å jobbe med mennesker beskrev Lipsky som møte med den menneskelige dimensjonen (19). Bakkebyråkrater vil ofte strekke seg langt for å imøtekomme ønskene til «kundene» selv om dette går på bekostning av regler, retningslinjer og rammeverket byråkratiet har bygd opp. Analysen i denne oppgaven kan tyde på at ønsket om å hjelpe mennesker veier tyngre enn å følge regler og retningslinjer i krevende situasjoner, og at dette kan ha noen uheldige konsekvenser. Forventningene til mange asylsøkere øker når ansatte som jobber tett med dem stiller opp og strekker seg langt for dekke deres behov ifølge Birger og Nadan (25). Jo mer forventninger, jo vanskeligere blir det for de ansatte å imøtekomme dem. Ved at de ansatte ikke setter begrensninger kan forventningene og ansattes ønske om å tilfredsstille asylsøkerne føre til utbrenthet (25).

Flere av informantene nevnte at de hadde opplevd utagering blant asylsøkere og at situasjonen kunne være uoversiktlig og til tider farlig. De ga et inntrykk av at de i de fleste tilfellene gikk inn i konflikten for å avverge den. Selv om dette hørtes svært urovekkende ut virket informantene lite påvirket av hvor farlig det egentlig kunne høres ut som. Lipsky forklarer hvordan bakkebyråkrater sjeldent har tilgang til nok informasjon. De har tilgang til den informasjonen som er foran dem der og da, og på bakgrunn av dette må de ta raske avgjørelser. De har ikke muligheten, slik som i store firmaer, å overveie alle potensielle hendelser for så å ta avgjørelsen (19). I henhold til Procter er tillitten den ansatte og asylsøkeren har opparbeidet seg imellom essensiell (5). Den gjør at den ansatte kan ta avgjørelser med større risiko. De kan nå ut til asylsøkeren i situasjoner som for andre vil være utenkelig å blande seg inn i. Det er umulig å si om informantene har satt seg selv i en uforsvarlig posisjon ved å gå inn i konflikter. Flere nevnte at de har fått kurs om håndtering av asylsøkere med psykiske helseplager og utagering, men om det har vært nok til å få oversikt over alle mulige farer vites ikke. Basert på slik informantene beskrev tilfellene, kan det tyde på at de har opparbeidet seg både erfaring og tillitt blant asylsøkerne slik at de på bakgrunn av det kan avgjøre at de selv ikke er i fare.

4.4 Metodediskusjon

4.4.1 Metningspunktet i intervjuene

I utvelgelsesprosessen av informanter til studien ble antallet satt til 7-8 personer. Den ene grunnen var at tiden man hadde til å gjennomføre intervjuene var begrenset og den andre var at det ikke nødvendigvis ga oppgaven større dybde med flere informanter. Dette blir nevnt i Malterud sin bok (22). Her snakker Malterud om at overførbarheten fra kvalitative studier ikke øker proporsjonalt med økning i antall studiedeltakere. En stor deltakergruppe kan skape et uoversiktlig datamateriale som gjør det vanskelig å analysere, analysen kan dermed bli overfladisk. Kriteriene som ble valgt for å skape en god informasjonsstyrke virket passende for forskningsspørsmålet. Det ble derimot vanskelig å følge disse kriteriene, da inkluderingen av informanter gikk over til å bli et tilgjengelighetsutvalg.

I løpet av intervjuene virket det som et metningspunkt ble nådd. Det sies at et metningspunkt er nådd når det ikke fremkommer ny informasjon til den allerede eksisterende datamaterialet (22). Malterud mener at metningsbegrepet strider imot naturen til en kvalitativ studie. Det fins ikke et endepunkt for fakta, og at metningspunktet er nådd dreier seg heller om

intervjuguidens mangler og intervjuerens evner til å intervju informanter (22). Det kan være mange årsaker til at et metningspunkt ble opplevd i dette studiet. En av dem kan være at det ikke var stor nok variasjon blant informantene. En annen årsak kan være at kriteriene som ble stilt til utvalget ikke ble fullstendig oppfylt eller at de kriteriene ikke skapte den ønskede diversiteten. Det kan også tenke seg at intervjuguiden ikke var bygd opp tilstrekkelig til å få frem de ulike synspunktene og erfaringene til informantene.

4.4.2 Analysemetode

Tematisk analyse er ifølge Braun og Clarke den metoden for kvalitative studier som alle bør kunne før de begir seg ut på andre kvalitative analysemetoder (23). Den er godt egnet til forskere uten forkunnskap i kvalitative metoder og gir grunnleggende kunnskap og ferdigheter som vil gjøre det enklere å gjennomføre andre analytiske metoder ved en senere anledning. Det var derfor et ganske enkelt valg å velge tematisk analyse siden dette var mitt første møte med denne tematikken. Braun og Clarke beskrev analysemetoden og stegene for å gjennomføre analysen godt på en svært god måte. Dette gjorde det enklere å forstå hva de ulike stegene i analysen gikk ut på. Ved hjelp av induktiv metode og semantisk tematisering var det mange temaer som utkrystalliserte seg. Fra de første tankene som ble skrevet ned etter å ha lest igjennom transkripsjonene og frem til de endelige temaene var det mye som endret seg. Intervjuene har gitt en helt ny mening og mange spørsmål har dannet seg. Disse spørsmålene som er beskrevet innunder videre forskning vil være interessante å belyse, og svare på ved en senere anledning.

4.5 Styrker og svakheter

4.5.1 Styrker

Temaet som denne studien tar for seg har i noen grad blitt belyst tidligere. Det er derimot etter litteratursøk ikke funnet norske studier som setter søkelys på ansatte på norske asylmottaks erfaringer med asylsøkere med psykiske helseplager. Dette oppleves som en styrke for denne studien da informasjonen som kommer frem i denne oppgaven kan være et springbrett til videre forskning innen samme felt. Jo mer temaet blir belyst i forskning, jo lettere kan det være for UDI og asylmottak å gjøre de justeringene som skal til for å ivareta asylsøkere med psykiske helseplager på en god måte.

Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt. Det opplevdes svært positivt da det var mulig å observere kroppsspråket til informantene. De kunne uttrykke seg på en måte med ord, men det ga en ekstra dybde til svarene å få observere den kroppslige holdningen.

Analysen av oppgaven startet allerede høsten 2020. Det betyr at analyseprosessen har vart omtrent ett år. Muligheten til å sette av så mye tid til analysen har gjort det mulig å følge alle stegene i analyseguiden til Clarke og Braun grundig (23). Dette har gjort at oppgaven har utviklet seg betraktelig, og gjort funnene mer troverdige.

4.5.2 Svakheter

I en kvalitativ studie der man intervjuer få informanter er det vanskelig å ikke utgi personidentifiserende informasjon. Etter skriveseminaret i mai ble det kommentert at de ønsket mer informasjon om informantene for å få et dypere innblikk i resultatene. Det lot seg ikke gjøre da studien det er få asylmottak i Nord Norge, og med det skal det lite til for å identifisere informantene. Av den grunn er det kun gitt informasjon om i hvilken landsdel datainnsamlingen har foregått, og alle informantene er presentert som informant 1, 2, 3 osv. I tillegg, presenteres kriteriene for det strategiske utvalget og hvilke kriterier som har blitt oppfylt av de to asylmottakene. Dette er, etter min mening, den informasjonen som kan oppgis uten å avsløre personidentifiserende opplysninger.

Arbeid med prosjektbeskrivelsen, innhenting av litteratur og opparbeiding av kunnskap rundt problemstillingen og formålet til studien ble ikke prioritert tilstrekkelig. Dette har gått utover kvaliteten på intervjuguiden, som igjen kan ha påvirket datamaterialet.

Grunnet liten erfaring med kvalitative studier har det vært vanskelig å disponere tiden. Analyseprosessen har tatt lengre tid enn forventet på bekostning av presentasjon av resultater og diskusjon.

4.6 Videre forskning

Denne oppgaven er en kvalitativ studie med et lite utvalg. Det gjør at den i liten grad kan generaliseres til erfaringer ansatte på alle asylmottak i Norge har. Det vil være et naturlig steg videre å se nærmere på erfaringer ansatte på mange ulike asylmottak i Norge har gjort seg. I tillegg vil det være interessant å se forskjellen på de ulike typene asylmottak, være seg

ordinære mottak, asylmottak for enslige mindreårige, transittmottak og mottak med tilrettelagt avdeling.

I løpet av analysen av datamaterialet til denne studien var det mange interessante spørsmål som utkrystalliserte seg. Hvordan var arbeidet med psykisk helse på asylmottak i perioden 2015-2017 da flyktningstrømmen var stor? Hvordan er den mentale helsen til de ansatte som jobber på norske asylmottak – hvordan påvirker jobben helsen, og er det forskjell på nyansatte og erfarne i hvordan å takle psykiske påkjenninger? Det ville også vært interessant å sett nærmere på håndteringen av utagerende asylsøkere, hvordan dette gjøres blant ansatte på asylmottak og om det er forskjell mellom land og by i beredskapen som kan håndtere slike konflikter. Jeg håper at med min studie og spørsmålene som har kommet frem i analyseprosessen kan være en motivasjon for andre til å gjennomføre studier med liknende tema.

5 Konklusjon

Dette er en kvalitativ studie der formålet var å innhente erfaringer og utfordringer ansatte på asylmottak har møtt i arbeidet med asylsøkere med psykiske helseplager. Basert på resultatene og den tematiske analysen er det tydelig at ønsket om å ivareta en sårbar menneskegruppe stiller sterkt. Det er i større grad fokus på individene, og rutinearbeid blir ofte «oversett» for å gi en mer individuell oppfølging. Flexibiliteten som både ansatte på asylmottak og helsepersonell i primærhelsetjenesten, viser blir høyt verdsatt da dette kan ha en lindrende effekt på asylsøkernes psykiske helseplager.

I tillegg har det kommet frem av studien at det kan være belastende for de ansatte å stå i arbeidet. De strekker seg ofte lengre enn det som kan stilles av krav til dem. Derimot er erfaringer de ansatte har opparbeidet seg viktige i uoversiktlige situasjoner. For eksempel kan de lettere gå inn i situasjoner hvor en asylsøker utagerer fordi de har kjennskap til beboerne og deres historier. Resultatene av denne studien vil forhåpentligvis bidra til at nye studier blir gjennomført ved andre asylmottak i Norge, slik at de positive aspektene ved driften av dagen asylmottak kan videreføres samtidig som de ansatte ivaretas.

6 Referanser

1. Shawyer F, Enticott J, Block A, I-Hao C, Meadows G, Shawyer F. The mental health status of refugees and asylum seekers attending a refugee health clinic including comparisons with a matched sample of Australian-born residents. *BMC Psychiatry*. 2017;17.
2. Michelson D, Sclare I. Psychological Needs, Service Utilization and Provision of Care in a Specialist Mental Health Clinic for Young Refugees: A Comparative Study. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2009;14(2):273-96.
3. Wirth T, Mette J, Nienhaus A, Schillmöller Z, Harth V, Mache S. “This Isn’t Just about Things, It’s about People and Their Future”: A Qualitative Analysis of the Working Conditions and Strains of Social Workers in Refugee and Homeless Aid. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(20):3858.
4. Wirth T, Mette J, Prill J, Harth V, Nienhaus A. Working conditions, mental health and coping of staff in social work with refugees and homeless individuals: A scoping review. *Health Soc Care Community*. 2019;27(4):e257-e69.
5. Posselt M, Baker A, Deans C, Procter N. Fostering mental health and well - being among workers who support refugees and asylum seekers in the Australian context. *Health Soc Care Community*. 2020;28(5):1658-70.
6. Leraand D, Bahus VB. flyktninger [Internett]. Store norske Leksikon; [updated 18.02.2021; cited 2021 22.08]. Available from: <https://snl.no/flyktninger>.
7. Bahus VB. asylsøker [Internett]. Store norske Leksikon; [updated 28.12.17; cited 2021 22.08]. Available from: <https://snl.no/asyls%C3%B8ker>.
8. Bahus VB. asylmottak I Store norske leksikon [updated 08.01.19; cited 2021 22.08]. Available from: <https://snl.no/asylmottak>.
9. UDI. Statistikk og analyse [Internett]. 2021 [updated 07.21; cited 2021 22.08]. Available from: <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/>.
10. Helsedirektoratet. Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Oslo: Helsedirektoratet; 2015 [cited 2021 22.08]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>.
11. Forland F, Helsedirektoratet. Migrasjon og helse : utfordringer og utviklingstrekk. Oslo: Helsedirektoratet; 2009 [cited 2021 22.08]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/migrasjon-og-helse-utfordringer-og->

[utviklingstrekk/migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk.pdf/ /attachment/inline/15a61c2e-a811-43ed-b724-3db047892e57:d4b6121d03885b68078106cd79c5b0118574f2e7/migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk.pdf.](https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-aldersgruppe-og-kjonn/)

12. UDI. Asylsøknader etter statsborgerskap, aldersgruppe og kjønn 2015 [cited 2021 22.08]. Available from: <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-aldersgruppe-og-kjonn/>.

13. Haugland M. Bor mye lenger på asylmottak i Norge: Dette er forklaringen Nærbø: NRK; 2021 [updated 17.04.21; cited 2021 22.08]. Available from: <https://www.nrk.no/rogaland/na-bor-asylokerne-nesten-fem-ar-pa-mottak-i-norge-1.15453627>.

14. Derlet O, Deschietere G. Providing psychiatric healthcare to asylum seekers: reflections and challenges. *Psychiatr Danub*. 2019;31(Suppl 3):395-9.

15. Denkinger JK, Windthorst P, Rometsch-Ogioun El Sount C, Blume M, Sedik H, Kizilhan JI, et al. Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the “Islamic State”. *Front Psychiatry*. 2018;9.

16. Barrington AJ, Shakespeare-Finch J. Giving Voice to Service Providers Who Work With Survivors of Torture and Trauma. *Qual Health Res*. 2014;24(12):1686-99.

17. Guhan R, Liebling-Kalifani H. The Experiences of Staff Working With Refugees and Asylum Seekers in the United Kingdom: A Grounded Theory Exploration. *J Immigr Refug Stud*. 2011;9(3):205-28.

18. Baarnhielm S, Edlund AS, Ioannou M, Dahlin M. Approaching the vulnerability of refugees: evaluation of cross-cultural psychiatric training of staff in mental health care and refugee reception in Sweden. *BMC Med Educ*. 2014;14(1):207.

19. Lipsky M. *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services*. 30th anniversary expanded ed. ed. New York: Russell Sage Foundation; 2010.

20. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *TIDS NOR L*. 2002;122(25):2468-72.

21. DeJonckheere M, Vaughn LM. Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Fam Med Community Health*. 2019;7(2):e000057-e.

22. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.

23. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101.
24. Lillevik R, Sønsterudbråten S, Tyldum G. Evaluering av tilrettelagt avdeling i asylmottak. Et tilbud til asylsøkere med helseproblemer: Fafo; 2017 [cited 2021 22.08]. Available from: <https://fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/evaluering-av-tilrettelagt-avdeling-i-asylmottak>.
25. Birger L, Nadan Y. Social workers and refugee service users (re)constructing their relationships in a hostile political climate. *Journal of social work : JSW.* 2021:146801732110097.

7 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1: Intervjuguide

Innledning

- Fortelle kort om hvem jeg er og hvorfor jeg ønsker å intervju ansatte på asylmottak.
- Fortelle litt om hva intervjuene går ut på.
- Forklare hvorfor lydopptaker brukes.
- Snakke litt om taushetsplikt.
- Gi mulighet til å stille spørsmål før intervjuet starter.

Hvem er du?

- **Kan du fortelle meg litt om deg selv og om jobben din på mottaket?**
 - Hva var grunnen til at du ønsket å jobbe på mottak?

Mottaket og beboere

- **Hvordan er helsevesenet knyttet opp mot dette asylmottaket?**
- **Hva slags informasjon får dere om helsetilstanden til beboerne?**
 - Er det informasjon spesifikt rettet mot psykisk helse?
 - Kan du gi noen eksempler på type informasjon?
- **Hvordan jobber asylmottaket med asylsøkere med psykiske helseplager?**
 - Har dere noen spesifikke tiltak?

Erfaringer knyttet til jobb med asylsøkere med psykiske helseplager

- **Hva er det første du tenker på når du tenker på psykiske helseplager hos deres beboere?**
 - Kan du fortelle litt om dette?
 - *Har det vært noen tegn som har gjort at du har oppdaget at en beboer slitt psykisk? Eller er det noen tegn du ser etter for å oppdage om en beboer har psykiske helseplager?*
 - *Hvordan opplever du å jobbe med asylsøkere med psykiske helseplager?*
 - *Hva gjør du for å hjelpe en beboer som sliter psykisk?*
 - *Hvordan fikk denne asylsøkeren kontakt med helsevesenet?*

- **Har du hatt opplæring i å jobbe med asylsøkere med psykiske helseplager?**
 - Hvordan var denne opplæringen?
- **Hvordan arbeider dere sammen i mottaket rundt beboer med psykiske plager?**
- **Hva er de største utfordringene du møter på når du jobber med asylsøkere med psykiske helseplager?**
- **Hvordan påvirker det deg at noen beboere har psykiske plager, og får dere hjelp med å bearbeide situasjoner som har vært utfordrende?**

Erfaringer om samarbeid mellom ansatte på asylmottak og helsevesenet

- **Hva er dine erfaringer knyttet til samarbeid med helsevesenet?**
 - Har du opplevd noen utfordringer?
- **Hvordan opplever du at asylsøkere vanligvis kommer i kontakt med helsevesenet?**
 - Hva er din rolle i å knytte denne kontakten?

Avslutning

- **Er det noe mer du ønsker å si før vi avslutter intervjuet?**
- Takk at du stilte som intervjuobjekt.

7.2 Vedlegg 2:

22.8.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Ansatte på asylmottaks erfaringer og håndtering av asylsøkere og flyktninger med psykiske lidelser.

Referansenummer

957223

Registrert

22.06.2020 av Synne Muggerud Sørensen - sso096@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Johanna Laue, johanna.laue@uit.no, tlf. 77623348

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Synne Muggerud Sørensen, synne.muggerud.soerensen@gmail.com, tlf. 95096591

Prosjektperiode

15.07.2020 - 23.08.2021

Status

28.06.2021 - Vurdert

Vurdering (2)

28.06.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 17.06.2021.

Vi har nå registrert 23.08.2021 som ny sluttdato for forskningsperioden.

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

Lykke til videre med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5ee72e76-a5c9-4dd9-aa0f-658bebecaa71>

1/3

7.3 Vedlegg 3: Samtykkeskjema for intervju

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Ansatte på asylmottaks erfaringer og håndtering av asylsøkere og flyktninger med psykiske lidelser»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske erfaringer ansatte på asylmottaket har i møte med beboere som har psykiske lidelser eller symptomer på psykiske lidelser. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette forskningsprosjektet er en masteroppgave utført av Synne Mugerud Sørensen, 5. års student ved UiT Norges arktiske universitet. Veileder for forskningsprosjektet er Johanna Laue, førsteamanuensis og ansatt ved Institutt for samfunnsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet.

Formålet med forskningsprosjektet er å få innsikt i erfaringene du som ansatt gjør deg i møte med asylsøkere med psykiske helseplager. Det vil bli fokusert på hvordan det er for deg å omgås beboere med psykiske lidelser og hvordan du kan oppdage en beboer sliter. Det vil også bli spurt om dine erfaringer rundt henvisningsforløpet etter at du eller andre på asylmottaket har oppdaget at en asylsøker har et ekstra behov for psykisk helsehjelp.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for samfunnsmedisin ved UiT (ISM/UiT) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervju 8 ansatte fordelt på to ulike asylmottak. Det er ønskelig at de som intervjues har lang erfaring innen arbeid med asylsøkere på asylmottak og de arbeider direkte med asylsøker. Utvalget av intervjuobjekter er av begge kjønn og ulik alder.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et personlig intervju som varer i ca. 1 time. Dette vil bli gjort på den plassen som egner seg best for deg. Det være seg på ditt kontor, på et oppholdsrom (obs. det skal ikke være andre i rommet) eller andre plasser du føler deg komfortabel til å gjennomføre et intervju.

Det personlige intervjuet vil bli gjennomført ved at vi har en lydopptaker som tar opp både spørsmålene Synne stiller og svarene dine. Vi vil legge vekt på spørsmål som er knyttet til formålet med forskningsprosjektet – erfaringer du gjør det med asylsøkere med psykiske helseplager. Lydopptaket som blir gjort vil bli transkribert uten å ta med personidentifiserbare opplysninger i løpet av høsten og deretter slettet. Etter dette vil intervjuet kunne brukes som en del av forskningsoppgaven som skal innleveres i slutten av mai 2021.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

7.4 Vedlegg 4: Sammendrag av kunnskapsevaluering, GRADE

Jeg har valgt å grade bare 3 artikler da det er få kvantitative artikler som har vært relevante for denne studien. Ingen av artiklene som er gradet er brukt i oppgaven og jeg ønsket å fokusere på studien og relevante artikler som i stor grad har vært kvalitative. Jeg håper på forståelse for dette.

Referanse: 1. Bass J, Murray SM, Mohammed TA, Bunn M, Gorman W, Ahmed AMA, et al. A Randomized Controlled Trial of a Trauma-Informed Support, Skills, and Psychoeducation Intervention for Survivors of Torture and Related Trauma in Kurdistan, Northern Iraq. <i>Global Health: Science and Practice</i> . 2016;4(3):452-66.		Studiedesign: RCT
Formål		Grade - kvalitet
Formålet med studien var å evaluere innvirkningen trauma-informert support, ferdigheter og psykoedukasjonsintervensjoner har hatt på depressive symptomer og dysfunksjon (primary outcomes), samt på PTSD, traumatisk sorg og angstsymptomer (secondary outcomes). Intervensjonene ble gjennomført av psykisk helsearbeidere i samfunnet (CMHWs)	Materiale og metode <p>Rekruttering deltakere</p> 295 voksne ble screenet og 209 passet kriteriene til studien og samtykket til å delta. Potensielle deltakere ble identifisert ved hjelp av leger i ulike deler av helsevesenet og fra tidligere fangeorganisasjoner. Alle over 18 år som ble sendt til CMHW'ere måtte gjennomgå et screeningintervju som også var baseline i evaluering av passende deltakere. Deltakerne fikk beskjed om randomiseringen. Kontrollgruppen/ventelistegruppen skulle vente på intervensjon i 3-5 mnd. Før deres behandling også kunne starte. Intervensjonsgruppen startet behandling med en gang. <p>Randomiseringen ble gjennomført ved hjelp av Stata's randomization function med ratio 3 på intervensjon for 1 på venteliste.</p> <p>Inklusjons-/eksklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 18 år eller eldre - Bosatt i Dohuk-distriktet - Har vært utsatt for eller vitne til tortur, fangenskap eller militærangrep. - Uttrykker signifikante depressive symptomer. - Er ikke psykotisk eller alvorlig suicidal. - Er mentalt kompetent for å avgi samtykke. <p>Eksklusjonskriterier:</p>	Resultater <p>Hovedfunn</p> <p>Hvor stor er «intervensjons-effekten»? De mener den er moderat stor for primærfallet og litt for sekundærfallet. Det jeg synes er rart er at jeg finner liten informasjon om de bruker 95% CI eller ikke. Hvis de bruker 95% CI betyr det at noen av funnene de har gjort her ikke er signifikante?</p> <p>Incidence/RR/risk reduction/aRR CI</p> <p>Sammenligning av symptomscoren etter behandling blant de i intervensjonsgruppen og de i kontrollgruppen hadde intervensjonen en significant påvirkning på primærfallet depressive og dysfunksjonelle symptomer - (Cohen's d, 0.57; P = .02), (Cohen's d, 0.53; P = .03). Det var en signifikant, men mindre innvirkning på angst.</p> <p>Bifunn – andre viktige endepunkter</p> <p>Det ble gjennomført en analyse etter at de 34 deltakerne som var evaluert ublindt var fjernet. Dette viste mindre effekt på depresjon (Cohen's d, 0.45; P = .12), dysfunksjon (Cohen's d, 0.47; P = .08), angst (Cohen's d, 0.36; P = .06) , og større effekt på traume (Cohen's d, 0.43; P = .11) og traumatisk sorg (Cohen's d, 0.28; P = .11).</p>
Konklusjon <p>Resultatene tyder på at well-supervised, trauma-informert intervensjon kan gi moderat forbedring i depresjons- og angstsymptomer, samt forbedring i funksjonell funksjonsnedsettelse blant tortur- og traumeaffiserte samfunn.</p> <p>Selv om studier med samme forskerteam av psykoterapeutisk intervensjon i andre deler av Kurdistan og sørlige deler av Irak viste større effekt, vil denne studie være med å styrke den globale forskningslitteraturen på dette temaet. Den viser at gode programmer av trauma-informert support, skills and psykoedukasjon som legger vekt på terapeutiske forhold kan være effektive.</p>	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste <p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er formålet klart formulert? Ja • Hvem er inkludert/ekskludert? (seleksjon/generaliserbarhet) <ul style="list-style-type: none"> • 209 menn og kvinner fra Dohuk-distriktet som var 18 år eller eldre og som hadde inklusjonskriteriene. • Var gruppene like ved starten? (seleksjon?, har randomiseringen fungert?) <ul style="list-style-type: none"> • Gruppene var ikke like i størrelse. • Det fremkom ingen signifikante ulikheter i demografiske karakteristikker mellom de to gruppene. • Randomiseringsprosedyre? <ul style="list-style-type: none"> • Randomiseringen ble gjennomført ved hjelp av Stata's randomization function med ratio 3 på intervensjon for 1 på venteliste. • Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Nei. Ved follow-up intervjuet var 84% av CMHW'ene som gjennomførte intervjuet blindet for hvilken gruppe deltakerne var i. 18% var ikke blindet. • Ble gruppene behandlet likt utover «intervensjonen»? <ul style="list-style-type: none"> • Nei. Kontrollgruppen fikk jevnlig telefoner fra CMHW for å høre hvordan det går med dem. Kontrollgruppen fikk beskjed om å ta kontakt med CMHW hvis de opplevde forverring av symptomer og hadde behov for behandling eller henvisning. • Primære endepunktet – validert? Ja (Classification bias?) 	
Land	Datagrunnlaget	
Kurdistan og Nord-Irak	159 deltakere var i intervensjonsgruppen, mens 50 var med i venteliste/kontrollgruppen.	
År data innsamling		
Deltakere til studien ble innhentet mellom juni 2009 og juni 2010.		

Referanse: 1. Haj-Younes J, Stromme EM, Iglund J, Kumar B, Abildsnes E, Hasha W, et al. Changes in self-rated health and quality of life among Syrian refugees migrating to Norway: a prospective longitudinal study. <i>Int J Equity Health.</i> 2020;19(1):188-.			Studiedesign: Kohortestudie
			Grade - kvalitet
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Formålet med studien var å undersøke selv-rapportert helse (SRH) og livskvalitet (quality of life QoL) blant en kohort av voksne syriske flyktninger før og etter bosettelse i Norge.</p> <p>Konklusjon Resultatene viser at god SRH forblir stabil, mens alle fire QoL-domenene forbedres, og mest i miljødomenet. Å forstå dynamikken i migrasjon og helse er et fundamentalt steg som må gjennomføres for å oppnå helsemessig likskap og likeverd.</p> <p>Land Norge og Libanon</p> <p>År data innsamling Datainnsamlingen foregikk mellom august 2017 og april 2018.</p>	<p>Populasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 353 deltaker. - Voksne, syriske flyktninger basert på UNHCR sin definisjon. <p>Inklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Må være 16 år eller eldre. - Syrisk nasjonalitet - Deltar i obligatorisk pre-departure utdannelseaktiviteter i en gitt periode. Det ga en total på 514. <p>Eksklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enslige mindreårige mellom 16 og 18 år. - Alvorlig psykisk lidelse, men ingen ble ekskludert basert på psykisk helse. <p>Det var 506 som kunne delta i studien, der 464 var stadfestet bosatt i Norge, og 353 av de 464 gjennomførte follow-up.</p> <p>Kohorter: Medialaldern var 34 og 49% av deltakerne var men. Deltakerne hadde gjennomsnitt 8 års skolegang og 3 av 4 av deltakerne var gift. De fleste deltakerne hadde vært migranter i ca. 5 år ved baseline. Majoriteten hadde høy helseforståelse? Og 1/3 hadde høy sosial støtte.</p> <p>Hoved utfall: To indikatorer for helse var hovedutfallet. Disse indikatorene var SRH og QoL.</p> <p>Viktige konfunderende faktorer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flyktninger 	<p>Hovedfunn Between exposes/unexposed: Rate/proportion//ratio/rate difference How strong is the association (RR)? What is the absolute risk reduction (ARR)? CI (wide/narrow) Dose-response?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne som rapporterte god SRH viste en ikke signifikant økning fra 58 to 63% RR, 95% CI: 1.1 (1.0, 1.2), P= 0,072. - Alle gjennomsnittsverdiene av alle fire QoL domene økte signifikant fra baseline til follow-up; den fysiske domenen fra 13.7 til 15.3 B, 95%CI: 1.9 (1.6, 2.3), den psykologiske domenen fra 12.8 til 14.5 B, 95%CI: 1.7 (1.3, 2.0), Sosiale forhold fra 13.7 til 15.3 B, 95%CI: 1.6 (1.2, 2.0) og miljødomenet fra 9.0 til 14.0 5.1 B, 95%CI: (4.7, 5.4). <p>Bifunn Modifiserende positive effekter for forbedring i SRH og QoL over tid inkluderte mannlig kjønn, yngre alder, lavt nivå av sosial støtte og ulovlig oppholdstillatelse i transitilandet.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formålet klart formulert? Ja • Var studien prospektiv? Ja • Ble mange nok personer i kohorten fulgt opp? (Attrition bias/follow-up-bias) Ifølge forskerne var det tilstrekkelig, men det er sagt at en attrition rate > 20% har en høy risiko for attrition bias. I denne studien var attrition rate 24% og jeg tenker derfor at det med stor sannsynlighet foreligger attrition bias. • Er det utført frafallanalyser? (Eval. attrition bias) Det skal være en fil på dette, men har ikke tilgang. • Var oppfølgingstiden lang nok til å påvise positive og/eller negative utfall? Det var en kort oppfølgingsperiode så det var kun korttidseffektene som ble presentert og ikke langtidseffekter. Langtidseffektene kan være ganske ulike korttidseffektene i denne studien, da mange vil muligens føle mange positive følelser når de kommer til Norge, men over tid vil det bli flere negative når de vender seg til bo i Norge. • Er det tatt hensyn til viktige konfunderende faktorer i design/ gjennomføring/analyser? • De har tatt hensyn for kjønn, alder, lav sosial støtte, utdanning. De diskuterer også en annen konfunderende faktor som ikke er tatt med i analysen, men som de kanskje tror kan virke inn på resultatene. • Tror du på resultatene? Ja -Bradford Hills criteria (time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency....) • Kan resultatene overføres til den generelle befolkningen? Nei. • Annen litteratur som styrker/svekker resultatene? • Annen litteratur styrker resultatene.

Referanse: 1. Hasha W, Iglund J, Fadnes LT, Kumar B, Haj-Younes J, Stromme EM, et al. The Effect of Physiotherapy Group Intervention in Reducing Pain Disorders and Mental Health Symptoms among Syrian Refugees: A Randomized Controlled Trial. <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2020;17(24):9468.			Studiedesign: RCT
			Grade - kvalitet
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>A randomized waitlist-controlled trial was designed to study the effect of group physiotherapy activity and awareness intervention (PAAI) on reducing pain disorders, and secondarily improving mental health, among Syrian refugees</p> <p>Konklusjon Studien viser ingen effekt av PAAI verken på kroniske smerter eller psykiske helseplager blant syriske flyktninger som bor i Norge. Derimot var deltakerne fornøyd med intervensjonen og rapporterte gunstige effekter og ingen bivirkninger. Denne studien bidrar til å bevise behovet for å planlegge målrettede og effektive tilbud i helsevesenet for denne sårbare gruppen. Den belyser også utfordringene i å evaluere komplekse intervensjoner som skal passe til en spesifikk gruppe.</p> <p>Land Norge</p> <p>År data innsamling Deltakerne ble rekruttert til studien i årene 2018-19.</p>	<p>Rekruttering deltakere</p> <p>Inklusjons-/eksklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltakere som rapporterte smertesyntomer som hadde vart i over 6 mnd. Og scored 3 eller høyere på hvilket som helst av de «vanlige» eller nåværende smertealvorlighet spørsmålene på BPI. - 16 år eller eldre <p>Eksklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bosted langt unna terapilokalisasjon. - Behovet for hyppig medisinsk oppfølging var også et eksklusjonskriterium. <p>Deltakere som scored 25 eller høyere på GHQ-12 eller 37 eller høyere på IES-R 22 ble først vurdert av en psykolog før ev. involvering i studien for å sikre en god studiepopulasjon og fordi pas. Med så høy score kan ha alvorlige psykiske helseproblemer.</p> <p>Datagrunnlaget Blant 180 rekrutterte til studien var det 101 som hadde smertesyntomer som et større problem enn symptomer relatert til psykiske helseplager. Disse ble inkludert i PAAI. Av disse var det 50 deltakere som ble randomisert til intervensjonsgruppen og 51 som ble randomisert til kontrollgruppen.</p> <p>Utfall (outcome) validering (for eks. diagnose) Primærutfallet var smerteintensitet mål ved hjelp av Brief Pain Inventory (BPI). Sekundære utfall var svar/resultater fra</p>	<p>Hovedfunn Hvor stor er «intervensjons-effekten»? Ingen effekt. Incidence/RR/risk reduction/aRR CI Resultater fra Impact of Events Scale-Revised (IES-R 22) and General Health Questionnaire (GHQ-12) var sekundærutfall. Her viste intention-to-treat (ITT) at det var ingen signifikant effekt av intervensjonen på de ulike smertenivåene. were secondary outcomes (regression coefficient [B {95% CI} of 0.03 {-0.91, 0.96}], IESR scores [4.8 {-3.7, 13.4}] or GHQ-12 scores [-0.4 {-3.1, 2.3}]).</p> <p>Bifunn – andre viktige endepunkter Den supplementære analysen av the pain interference inventory of the BPI var forskjeller i både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen ikke signifikant. (95% CI) -0,67 (-1,52, 0,18) og 0,40 (-0,21, 1,01).</p> <p>En ekstra analyse viste langtidsendringer i gjennomsnittsnivåene i BPI, IES-R 22 og GHQ-12 der menn og kvinner er separat. Her var alle deltakerne innlemmet. For BPI og GHQ-12 var det en signifikant reduksjon fra første uke (uke 0) til siste runde (uke 8) for både menn og kvinner. Målingene i uke 12 var også signifikant redusert fra uke 0. Det var noe større reduksjon blant kvinner enn menn, men dette var ikke signifikant (0,69 BPI og 0,85 GHQ). For IES-R var det ingen signifikant endring over tid verken for kvinner eller menn.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er formålet klart formulert? Ja • Hvem er inkludert/ekskludert? (seleksjon/generaliserbarhet) Syriske menn og kvinner over 16 år i Bergen og omegn med kroniske smerter og noe psykiske helseplager. • Var gruppene like ved starten? (seleksjon?, har randomiseringen fungert?) Ja, det var 50 i intervensjonsgruppen og 51 i kontrollgruppen. I intervensjonsgruppen var det derimot et høyere antall eldre med barn, mens i kontrollgruppen var det flere yngre. • Randomiseringsprosedyre? En blokkrandomisering ble brukt med en 1:1 tildeling. Blokkstørrelsene var på 4, 6 og 8 ved hjelp av statistiker som brukte rollic command i Stata software, versjon 15. • Rekrutteringen ble gjort i tre runder, etterfulgt av 3 runder med intervensjon. Tiden mellom intervensjonsgruppa og kontrollgruppa startet var 8 uker. • Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Nei, verken deltakere eller studiepersonell var blindet. • Ble gruppene behandlet likt utover «intervensjonen»? Ja • Primære endepunktet – validert? (Classificatin bias?) Forskere nevner at noen av deltakerne kan være behandlingsresistente og har gjennomført mange ulike behandlinger uten effekt. Dette vil spille inn på resultatet. Det kan forårsake en klassifiseringsbias.

