

MASTEROPPGAVE

«La oss snakke om min virkelighet» - En kvalitativ studie av innvandrere fra Afrikas horn med samtidige rusutfordringer og psykiske helseplager sine opplevelser med hjelpen de får fra psykisk helse- og rustjenestene i Norge

Mari Vikse Gundersen

28.04.2023

Masterstudium i psykososialt arbeid – helse- og sosialfaglig yrkespraksis
Fakultet for helse, velferd og administrasjon



Forord

Å få muligheten til å skrive en masteroppgave og fordype seg i et valgt tema som engasjerer oppleves som et privilegium. Det siste halvannet året med arbeid med oppgaven har vært en intens, lærerik, givende, tung og nyttig erfaring. Det har vært sene kvelder, ansente skuldre, avlyste avtaler og mye tid med idemyldring og egne grublerier. Viktig for min motivasjon har vært kommentarer fra venner, kollegaer og familie som har kommentert på valg av tema som spennende, viktig og dessverre for lite fokusert på. Spesielt viktig for prosessen har samtaler og råd fra Mohammed i brukerorganisasjonen RIO vært. Det har også vært inspirerende å følge med på arbeidet som skjer på feltet hvor det ilt de siste årene har vært flere fagmøter og temadager hvor man innen rus-og psykisk helse-feltet retter fokus på det mangfoldige Norge.

Øverst på lista over personer som jeg vil takke står informantene som har delt raust av sine erfaringer, opplevelser og synspunkter. Jeg føler meg takknemlig for å ha fått møtt dere, blitt litt kjent med dere og ydmyk for de erfaringene og den kunnskapen dere besitter.

Takk til mine dyktige medstudenter som jeg har delt de siste fire årene med. Det har vært svært nyttig å ha noen å spørre og blåse ut frustrasjon til. Takk for nyttige tips og tilbakemeldinger i løpet av de siste årene.

Takk til Oslo kommune som arbeidsplass, både min forrige og nåværende jobb, som har gitt meg stipend og tilrettelagt for at jeg har kunnet ta denne utdanningen.

Takk til venner og familie som har hjulpet meg med tilbakemeldinger, oversettelse og som motivatorer på sidelinja, nå har jeg plutselig fritid igjen og håper dere har tid til å ses.

Og tusen takk til min veileder Ulf Carmesund for din faglige tyngde, dine kloke råd og ditt unike engasjement.

Og til deg som leser, takk for at du velger å lese oppgaven min, håper det gir deg noen nye perspektiver!

Mari Vikse Gundersen

Oslo, 28.april 2023

Sammendrag

Denne avhandlingen er en masteroppgave i psykososialt arbeid ved Høgskolen i Østfold. Hensikten med oppgaven er å undersøke erfaringer og opplevelser med psykisk helse- og rustjenestene for personer fra Afrikas horn som har psykiske helseplager og som har utfordringer knyttet til rusmiddelbruk. Gjennom å snakke med personer som har erfaringer som pasienter og brukere av hjelpeapparatet ønsker jeg å løfte fram den subjektive kunnskapen som disse personene besitter. I tillegg ser man at nyere forskning og rapporter fra brukerorganisasjoner etterlyser mer forskning på dette feltet og økt kunnskap og bevisstgjøring i tjenestene. Kunnskap om målgruppens erfaringer og opplevelser søker jeg gjennom problemstillingen «Hvordan opplever innvandrere fra Afrikas Horn med samtidige rusutfordringer og psykiske helseplager hjelpen de får fra psykisk helse- og rustjenestene i Norge?». Valg av målgruppe baserer seg på den store forskjellen mellom området informantene kommer fra og det norske samfunnet, da dette kan gjøre at personer fra denne regionen kan ha utfordringer i møte med det nye samfunnet. I tillegg er noen av de største innvandrergruppene i Norge fra regionen. Afrikas horn omfatter landene Somalia, Eritrea, Etiopia og Djibouti. Det er brukt kvalitativ metode og gjennomført semistrukturerte intervjuer med fire informanter som kommer fra regionen. De har, eller har hatt, ulik alvorlighetsgrad av psykiske helseplager og problematisk rusmiddelbruk.

Denne studien viser at det er flere personer i målgruppen som ikke er kjent med det offentlige hjelpeapparatet. I tillegg forteller informantene at mange ikke har kunnskap om psykiske helseplager og rusmiddelbruk. Informantene forteller om andre forklaringsmodeller for psykiske helseplager i deres hjemland og at helsehjelpen i stor grad ivaretas av familien. Det er altså store forskjeller mellom organiseringen av hjelpeapparatet i landene personene kommer fra og det de møter i Norge. Informantene forteller at psykiske helseplager anses som tabu og det assosierte stigma som følger av rusmiddelbruk og psykiske helseplager kan utgjøre en kulturrelatert barriere for å søke hjelp. Av de positive erfaringene informantene trekker fram er det særlig enkeltpersoner som har møtt informantene på en god måte. Dette handler om erfaringer med å bli spurt og hørt om egne behov, samt om stabilitet i hjelperelasjonene. Det er hjelp som kan være tilpasset at personen har med seg traumeerfaringer og en annen kulturell bakgrunn, på samme tid som det kan handle om å se det enkelte menneskets individuelle behov uavhengig av bakgrunn

Summary

This dissertation is a master's thesis in psychosocial work from Østfold University College. The purpose of this study is to investigate experiences with the mental health and substance abuse services among immigrants from the Horn of Africa who have co-occurring substance use and mental health problems. Through conversations with people who have been or people who still are users of the mental health and substance abuse services I wish to focus on their subjective experiences. Recent research studies and reports from user organizations call for more research in this field and increased knowledge and awareness in the services. The target group's experiences are explored through the question "How do immigrants from the Horn of Africa with substance abuse challenges and mental health problems experience the help they receive from the mental health and substance abuse services in Norway?". Immigrants from the Horn of Africa make up some of the largest immigrant groups in Norway. There are comparatively large cultural and socio-economic differences between this region and the Norwegian society and these differences can be challenging for the immigrant migrating to Norway from the Horn of Africa. The Horn of Africa includes Somalia, Eritrea, Ethiopia and Djibouti. I have used a qualitative method where I have conducted semi-structured interviews. The informants come from the region and they have, or have had, varying degrees of severity of mental health problems and drug use.

This study shows that there are people within the target group who are not familiar with the public health care system in Norway and there are persons in this group who have little knowledge of mental health problems and drug use. The informants describe different explanatory models for mental health problems in their home country and that the health care is largely provided by the family. This shows a big difference in how the health care system is organized in the Horn of Africa and in Norway. According to the informants, mental health care problems are considered taboo and the associated stigma that follows from drug use and mental health problems can be a culture-related barrier to seeking help. When talking about the positive experiences with the health care system in Norway, the informants highlight the importance of health care workers meeting the informants in a good way. This is described by the informants as having been asked about their needs. It is also about experiencing a stable relationship with the helper. It is help that may have been given in that way because the person has a different cultural background or experiences with trauma. At the same time, it is about seeing the needs of the person regardless of their background.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	s.8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	s.8
1.2 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål	s.9
1.3 Avgrensning	s.10
1.4 Begrepsavklaring	s.11
1.5 Oppgavens posisjonering innen psykososialt arbeid	s.13
1.6 Innvandring til Norge	s.14
1.7 Flyktninger fra Afrikas Horn til Norge	s.16
1.8 Afrikas horn	s.16
1.9 Psykisk helse og rusmiddelbruk på Afrikas horn	s.19
1.10 Oppsummering kapittel 1	s.21
1.11 Oppbygging av oppgaven	s.22
2.0 Teoretiske perspektiver	s.23
2.1 Kultur	s.23
2.2 Migrasjonsprosessen	s.25
2.3 Et kulturelt perspektiv på psykisk helse	s.26
2.4 Rusmiddelbruk – en refleksjon om kulturens betydning	s.28
2.5 Stigma	s.29
2.6 Oppsummering kapittel 2	s.30
3.0 Kunnskapsgrunnlaget	s.31
3.1 Tidligere forskning på feltet	s.31
3.2 Migrasjonshelse	s.33
3.3 Velferdsstatens helsetjenester	s.37
3.4 Metode for innhenting av litteratur og forskning	s.37
3.5 Oppsummering kapittel 3	s.38
4.0 Metode	s.39
4.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt	s.39
4.2 Valg av tema og forskningsmetode for masteroppgaven	s.39
4.3 Utforming av intervjuguide	s.40
4.4 Rekruttering av informanter	s.40
4.5 Presentasjon av informantene	s.41
4.6 Gjennomføring av intervjuer	s.42

4.7	Transkribering	s.42
4.8	Min rolle som forsker	s.43
4.9	Forskningsetikk og etiske refleksjoner	s.44
4.10	Metode for analyse	s.46
4.11	Å vurdere egen forskning	s.48
4.12	Oppsummering kapittel 4	s.49
5.0	Nærlesing av transkriberte intervjuer	s.50
5.1	Hvilke faktorer motiverer til eller vanskeliggjør det å skulle motta hjelp fra psykisk helse- og rustjenestene for informantene i studien?	s.50
5.1.1	Tabu knyttet til psykisk uhelse og rusmiddelbruk på Afrikas horn	s.51
5.1.2	Stigmatisering og diskriminering	s.54
5.1.3	Manglende informasjon om psykiske helseplager og rusmiddelbruk	s.56
5.1.4	Kunnskap om egne rettigheter og hjelpeapparatet	s.58
5.1.5	Tillit til det norske hjelpeapparatet	s.59
5.1.6	NAV med en nøkkelfunksjon	s.61
5.1.7	Trygghet og utrygghet i bosituasjonen	s.62
5.1.8	Oppsummering del 5.1	s.64
5.2	Opplever informantene at de får, eller har fått, dekket sine hjelpebehov i kontakt med psykisk helse- og rustjenestene?	s.64
5.2.1	Rusbehandling tilpasset en «etnisk privilegert persons ståsted»	s.65
5.2.2	Psykisk helse- og rustjenester med kulturkompetanse	s.68
5.2.3	Viktigheten av arbeid	s.70
5.2.4	Betydningen av nettverk	s.72
5.2.5	Oppsummering del 5.2	s.74
6.0	Diskusjon	s.76
6.1	Psykisk helse- og rustjenestenes tilgjengelighet	s.76
6.2	Opplevelsen av psykisk helse- og rustjenestenes innhold	s.80
6.3	Tilpasning av psykisk helse- og rustjenestene	s.84
6.4	Styrker og svakheter ved studien, samt tanker om videre forskning	s.86
7.0	Avslutning	s.88
	Litteraturliste	s.90

Vedlegg	s.102
Vedlegg 1: Intervjuguide	s.102
Vedlegg 2: Meldeskjema til NSD	s.103
Vedlegg 3: Vurdering meldeskjema NSD	s.106

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Dette er en masteroppgave i psykososialt arbeid hvor fokus vil være på personer som har innvandret til Norge og som har, eller har hatt, rusutfordringer og psykiske helseplager sine erfaringer med oppfølging og behandling i de norske psykisk helse- og rustjenestene. Valg av tema ble inspirert av en hendelse på min tidligere arbeidsplass. Jeg arbeidet i et ambulant psykisk helse-og rusteam og var sammen med en bruker på et aktivitetshus for personer i aktiv rus. Mens vi var der tok en av de ansatte, med mange års erfaring, i mot en ny bruker av stedet. Den ansatte presenterte tilbudet og fortalte at det er for personer i aktiv rus. Den ansatte spurte om det gjaldt denne personen, hvorpå den nye brukeren nikket diskret. Etter denne hendelsen kommenterte brukeren jeg var der sammen med «du kan ikke spørre om det på den måten i vår kultur» ettersom både han og den nye brukeren har østafrikansk bakgrunn. Denne situasjonen startet en refleksjonsprosess i meg og er bakgrunn for valg av tema for masteroppgaven. Er vi i hjelpeapparatet bevisst nok hvordan det er å leve med en annen kulturell bakgrunn i det norske samfunnet? Hvordan opplever brukergruppen hjelpen de får fra hjelpeapparatet? Er hjelpetilbudet innen psykisk helse- og rustjenestene tilpasset det mangfoldige Norge? Svaret på spørsmålene tror jeg man i stor grad finner i brukerstemmene. Dette er stemmer som sjelden kommer fram i forskning eller i media og som jeg derfor ønsker å løfte fram i min masteroppgave. Innvandrere er en heterogen gruppe og det er problematisk å ta utgangspunkt i «alle» innvandrere i Norge. I denne studien har jeg derfor valg å avgrense målgruppen geografisk til å omhandle innvandrere fra Afrikas horn (se del 1.3).

Ved inngangen til 2022 var 18,9% av den norske befolkningen innvandrere eller norskfødte med innvandrerforeldre (SSB, 2022). En økende andel mennesker med ulik bakgrunn gir et større behov for minoritetskompetanse i tjenestene. Det er ifølge «Sammen om mestring - veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne» spesialisthelsetjenesten og kommunene sitt ansvar å legge til rette for kultursensitiv og språklig tilpasset behandling (Helsedirektoratet, 2014, s.112). Alle grupper i samfunnet klarer imidlertid ikke å nyttiggjøre seg av hjelpetjenestene slik de tradisjonelt sett har vært organisert. Tjenestene må derfor utvikles og tilpasses slik at de bedre møter brukerne og pasientenes behov. Dette innebærer at tjenestene må bli mer kultursensitive, fleksible og oppsøkende, samt at brukerne i større grad må involveres i tjenesteutviklingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.27). Behovet

for at tjenestene skal være tilgjengelige og tilpasset den enkeltes behov, samt tilrettelegges med respekt for den enkeltes verdighet og integritet finner man også beskrevet i lovverket (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1; pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

Dagsaktuell forskning og ferske rapporter fra brukerorganisasjoner peker på et behov for mer kunnskap om innvandrere sine erfaringer med å leve med rusutfordringer og psykiske helseplager, samt erfaringer som brukere av tjenestene. På samme tid retter de fokus mot behov for økt kunnskap og bevisstgjøring i helsetjenestene (Kumar et al., 2022, s.1042-1043; MIO, 2021, s.4; Johannessen et al., 2020, s.4; Kour et al., 2019, s.43). Med denne oppgaven håper jeg å kunne bidra til at kunnskapshullet blir ørlite grann mindre. Brukermedvirkning er en sentral del av arbeidet med å forbedre, utvikle og sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. Personer med egenerfaring kan se forhold med tjenestene på en annen måte enn ansatte. Ved å lytte til brukernes erfaringer og kunnskap vil det kunne gi mer treffsikre helsetjenester (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid [Napha], 2022; pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). I tråd med vektleggingen av brukererfaringer anser jeg kunnskap som mer enn teoretisk kunnskap. Det er også erfaringene som brukere, pasienter eller pårørende har med seg og det er de som kan si noe om hvordan helsehjelpen faktisk oppleves. Dette anses å være i tråd med denne studiens hensikt.

Min yrkesbakgrunn er som sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg har de tolv siste årene arbeidet i psykisk helsevern både i spesialisthelsetjenesten og i førstelinjetjenesten hovedsakelig med personer med samtidige rusutfordringer og psykiske helseplager. Jeg arbeider i dag på legevakten med pasienter som har psykososiale utfordringer. Også på dagens arbeidssted vil masteroppgaven være relevant da man blant pasienter med behov for akutt psykososial hjelp og støtte også møter pasienter som har innvandret til Norge fra ulike land og som sliter med samtidige rus- og psykiske helseplager.

1.2 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med oppgaven er å løfte fram brukerstemmer og på den måten få fram deres subjektive opplevelse og erfaringer som brukere av psykisk helse- og rustjenestene. Svar på dette søker jeg gjennom problemstillingen:

Hvordan opplever innvandrere fra Afrikas Horn med samtidige rusutfordringer og psykiske helseplager hjelpen de får fra psykisk helse- og rustjenestene i Norge?

For å få svar på min problemstilling stiller jeg forskningsspørsmålene:

- Hvilke faktorer motiverer til eller vanskeliggjør det å skulle motta hjelp fra psykisk helse- og rustjenestene for informantene i studien?
- Opplever informantene i studien at de får, eller har fått, dekket sine hjelpebehov i kontakt med psykisk helse- og rustjenestene?

Forskningsspørsmålene er valgt fordi hva som motiverer eller vanskeliggjør det å skulle ta imot hjelp kan vise hvilke faktorer som bør endres eller forsterkes ytterligere slik at helsetjenestene oppleves tilgjengelige for flere innbyggere. Forskningsspørsmål nummer to har jeg valgt fordi informantenes svar kan være en indikasjon på om innholdet i helsehjelpen oppleves relevant for den med behov for hjelp fra psykisk helse- og rustjenestene.

Videre i kapittelet vil jeg presentere relevante begreper og avgrensninger for oppgaven. Jeg vil gjøre rede for oppgavens posisjonering innen psykososialt arbeid. Flere perspektiver er nødvendig for å forstå menneskets livssituasjon i tillegg til personens egen historie, personens bakgrunn fra Afrikas Horn og personens kulturelle tilhørighet. Jeg vil også se på historiske og sosioøkonomiske forhold i landene på Afrikas horn, dette for å gi et innblikk i hvilke forhold informantene har reist fra. I tillegg kan kontakten med familie og venner i hjemlandet påvirke den enkelte etter migrasjonen. Jeg vil se på perspektiver på psykisk helse og rusmiddelbruk på Afrikas horn, samt organisering av helsehjelpen. Dette for å vise de ulike perspektivene og erfaringene som målgruppen kan ha med seg i møte med de norske psykisk helse- og rustjenestene. I tillegg vil jeg gi en kort presentasjon av norsk innvandringshistorie, dette for vise hvordan innvandringen har innvirket på samfunnsutviklingen de siste femti årene.

1.3 Avgrensning

Jeg vil i denne oppgaven ta utgangspunkt i informantenes subjektive opplevelse av å leve med samtidige rus- og psykiske helseplager. Det vil derfor ikke være aktuelt å fokusere på psykiatrisk diagnose eller rusdiagnose, men ta utgangspunkt i personens opplevelse av å ha, eller ha hatt, samtidige rus- og psykiske helseplager.

Målgruppe:

Ettersom innvandrere er en svært heterogen gruppe velger jeg å fokusere på personer som har innvandret til Norge fra Afrikas Horn. Afrikas Horn er et geografisk definert område i det nordøstlige Afrika som omfatter landene Etiopia, Eritrea, Djibouti og Somalia (Sæbø og Leraand, 2019). I løpet av min yrkespraksis har jeg møtt mange brukere og pasienter fra

denne regionen. Jeg har også fått dette anbefalt fra kontaktperson i brukerorganisasjon, som selv har bakgrunn fra Afrikas Horn. Dette fordi det er en region som på mange måter er annerledes enn den norske og det kan derfor være utfordrende for personer fra området å komme til Norge. En annen årsak til å fokusere på Afrikas Horn er at i 2022 var personer fra Somalia den femte største innvandrergruppen i Norge, mens personer fra Eritrea utgjorde den syvende største gruppen (SSB, 2022). Et fokus på denne målgruppen gir dermed en stemme til representanter fra en stor gruppe i Norge (se del 1.6 Innvandring til Norge).

I minoritetsstudier har man ofte slått sammen flere innvandrergupper og presentert dem som én homogen gruppe. Slik har man skapt kategorier som ikke finnes, noe som kan gjøre at man går glipp av vesentlig informasjon (Abebe et al., 2010, s.1454). Selv innen nøye definerte etniske grupper er det snakk om individuelle personer. Å ha en nyansert og kritisk holdning til begreper som etnisitet eller innvandrere/ innvanderbefolkning er derfor viktig. Man bør være oppmerksom på hvordan deres etnisitet defineres og beskrives i forskning, hvordan etniske grupper defineres av majoriteten, men særlig hvordan personen definerer seg selv (Jávo, 2010, s.23). Avgrensingen til innvandrere fra Afrikas Horn har fortsatt sine svakheter ettersom det fortsatt er snakk om en stor og heterogen gruppe (se også kapittel 4 Metode).

1.4 Begrepsavklaring

Innvandrere – Jeg vil ta utgangspunkt i Statistisk sentralbyrå (SSB) sin definisjon av innvandrere. SSB definerer innvandrere som «personer som selv har innvandret til Norge og som er født i utlandet av utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre». Definisjonen favner bredt, men statistikken gir mulighet til å se blant annet hvilket land personen har migrert fra eller årsak til migrasjon (SSB, 2019). Begrepet «innvandrere» sier i seg selv lite om hvor personen kommer fra eller årsak til innvandring. Innvandrere kommer fra fem ulike kontinenter, har forskjellige religioner og en rekke ulike morsmål. Dette er bare noen av flere årsaker til at det er en svært heterogen gruppe (Eriksen og Sajjad, 2020, s.43).

Rusutfordringer og psykiske helseproblemer/helseplager – Ettersom det er personens opplevelse av å ha disse utfordringene, eller tidligere ha hatt det, velger jeg å bruke dette begrepet framfor samtidig ruslidelse og psykisk lidelse eller ROP-lidelse. Innbakt i begrepene ligger dessuten «lidelse» som indikerer diagnose eller behandlingstrengende helseproblem. Andre begreper som brukes for å betegne samtidig ruslidelse og psykisk lidelse er komorbiditet eller dobbeltdiagnose (Helsedirektoratet, 2012, s.16). I denne studien blir det ikke etterspurt diagnose og det vil derfor heller ikke brukes begrepet ROP-lidelse.

Psykisk helse- og rustjeneste – Det finnes et bredt spekter av helsehjelp innen psykisk helse- og rusfeltet. Fastlegen har en viktig funksjon når det gjelder å søke helsehjelp for personer med rusmiddelproblemer og psykiske helseplager. Fastlegen kan ved milde psykiske plager gi behandling selv. Fastlegen kan også henvise personen til psykisk helsetjenestene i kommunen, behandling ved distriktpsikiatrisk senter (DPS), privatpraktiserende psykolog eller psykiater, eller behandling ved døgnavdeling på sykehus (helsenorge, 2022). Når det gjelder personer med rusmiddelproblemer kan fastlegen bidra med medisinsk kompetanse i tillegg til å henvise personen til spesialisthelsetjenesten for poliklinisk behandling eller døgnbehandling. Spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud til ruspasienter betegnes som tverrfaglig spesialisert rusbehandling – videre omtalt som TSB (helsenorge, 2021).

Kommunene er gitt stor handlefrihet når det gjelder organisering av helsetjenestene. Tjenestene skal organiseres slik at innbyggerne sikres en helhetlig helse- og omsorgsfaglig vurdering og en individuell oppfølging og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022; Helsedirektoratet, 2014, s.119). Man finner derfor forskjellig organisering i ulike kommuner (Helsedirektoratet, 2014, s.76-77). Ansatte som arbeider med oppfølging av personer med rusmiddelproblemer kan bidra med hjelp som råd og veiledning, terapeutiske samtaler eller henvisning til TSB (helsenorge, 2021). For personer som trenger psykisk helsehjelp kan det være aktuelt med kommunale tilbud som lavterskel behandlingstilbud, kommunalt ansatte psykologer, eller ambulante tjenester til personer som ikke klarer å møte til avtaler på et kontor (helsenorge, 2022).

Helseforetakene skal ivareta og utvikle tjenestetilbudet innen spesialisthelsetjenesten. Tradisjonelt har pasienttilbudet innen psykisk helsevern blitt gitt som døgnbehandling eller i poliklinikk. De senere årene har man imidlertid sett en dreining mot økt bruk av polikliniske og ambulante tjenester. Ser man på TSB så har alle helseforetakene avrusningstilbud, samt polikliniske og ambulante tjenester. Antallet døgnplasser ved sykehusene er redusert de siste årene, mens tilbudet hos private avtaleparter og andre private aktører har økt noe (Helse Sør-Øst RHF, 2021, s.7-11). Rusfeltet i Norge har i stor grad vært preget av behandling og avrusning, men det har vært et mindre fokus på ettervern. Ettervern betegner fasen hvor personen etter rusbehandling skal finne sin plass i samfunnet som rusfri (Dahl, 2019, s.293).

De faglige anbefalingene for behandling av samtidig ruslidelse og psykisk lidelse er at denne behandlingen skal foregå som integrert behandling (Helsedirektoratet, 2012, s.60). Tidligere har man behandlet lidelsene sekvensielt, hvor man tenker at den ene lidelsen må behandles før

den andre kan behandles, eller parallelt, hvor begge lidelsene behandles, men av ulike behandlere. En integrert behandling innebærer imidlertid at den psykiske lidelsen og ruslidelsen behandles av samme behandler (Mueser et al., 2006, s.36-38). Begrepet «psykisk helse- og rustjenestene» rommer dermed et bredt spekter av helsetjenester som kan være organisert av primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, NAV eller private aktører med og uten avtale med helseforetakene.

1.5 Oppgavens posisjonering innen psykososialt arbeid

Psykososialt arbeid har som utgangspunkt at livets mange deler og dimensjoner må forstås i relasjon til hverandre fordi de påvirker hverandre. Hvordan menneskets indre psykologiske liv henger sammen med dets sosiale liv gjenspeiles i selve begrepet «psykososialt arbeid» som er satt sammen av delene psyko og sosialt (Svalastog et al., 2019, s.18). Når psykososiale perspektiver vektlegges er det et uttrykk for at det er nødvendig med flere perspektiver for å dekke kompleksiteten i menneskets situasjon (Nissen og Skærbæk, 2014, s.12). Som en av informantene forteller så etterspør han i dagens rusbehandling hjelp for å bearbeide sine krigs- og flukttraumer. En sentral medvirkende faktor til at han startet å ruse seg etterspør han etter flere år i rusbehandling muligheten til å jobbe med. For han er rusbehandling med fokus på rusens funksjon, mestring av rusmiddelbruk, samt sosioøkonomiske forhold ikke tilstrekkelig. Det er nødvendig å fokusere på alle perspektivene og delene av hans liv for en varig bedring av livssituasjonen. Hvorvidt man setter rusmiddelbruken i sammenheng med det å håndtere krigs- og flukttraumer eller rusmiddelbruken som et uttrykk for å håndtere traumatiske opplevelser i Norge ser man av informantens historie er betydningsfullt. Dette i tråd med Hertz sitt fokus på at fenomener, her illustrert med rusmiddelbruk, kan oppleves, beskrives og forstås på ulike måter avhengig av den som beskriver dem og den sammenheng personer velger som kontekst for å forstå og forholde seg til fenomenet (Hertz, 2010, s.77).

Innvandrere med samtidige rusutfordringer og psykiske helseplager som har behov for hjelp og oppfølging fra kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenesten har ulike utfordringer som krever ulike perspektiver. Personer som har utfordringer knyttet til psykisk uhelse, enten som psykiatrisk diagnose eller traumatiske minner og erfaringer, kan oppleve at undertrykt smerte, traumer og minner dukker opp med fornyet kraft dersom man slutter med rusmidler (Dahl, 2019, s.300). På den måten ser man at det kan være utfordrende å jobbe med rusmiddelbruk uten å samtidig arbeide med psykisk helse. Den psykiske helsen og rusmiddelbruken påvirker videre menneskets sosiale liv. Dette gjelder både for å ivareta

rusfrie relasjoner mens man er i aktiv rus, men også det å skulle etablere nye relasjoner som rusfri (Dahl, 2019, s.301-303). Slik ser man at det psykiske og det sosiale påvirker hverandre gjensidig for personen som har samtidige rusmiddelproblemer og psykiske helseplager. Flere perspektiver er nødvendig for å bistå den enkelte gjennom psykososialt arbeid, samtidig som personens individuelle historie, personens bakgrunn fra Afrikas Horn og personens kulturelle tilhørighet er helt sentral.

Psykososialt arbeid er ofte flerkulturelt arbeid ettersom tjenestemottakere og tjenesteutøvere mange ganger har ulik kulturell bakgrunn. Dette gjør det viktig å ha kunnskap om hvilke forestillinger og verdier som påvirker arbeidet og de møtene man har i sitt arbeid (Svalastog, 2019, s.82). I arbeidet med masteroppgaven ønsker jeg å undersøke hvordan den enkelte informant har opplevd hjelpen de har fått fra psykisk helse- og rustjenestene, som et unikt individ, men hvor alle informantene har bakgrunn fra Afrikas Horn. Det er av betydning for oppgavens fokus hvilken oppfatning informantene har av rusmiddelbruk og psykisk lidelse, samt hvordan disse utfordringene blir sett på i landene informantene kommer fra. Dette fordi det kan innvirke på opplevelsen av helsehjelpen og samhandlingen mellom person og hjelper.

1.6 Innvandring til Norge

Sammensetningen i befolkningen i Norge har utviklet seg gradvis og i økende tempo etter at pakistanske og tyrkiske arbeidsinnvandrere på 1960-tallet kom for å fylle ledige jobber. Arbeidsinnvandringen pågikk fram til 1975 da det ble innført innvandringsstopp i Norge (Eriksen og Sajjad, 2020, s.19). Innvandringsstoppen er fortsatt gjeldende og innebærer en streng innvandringspolitikk med begrenset og kontrollert innvandring (Hjelde, 2013, s.168). Hvert år tar Norge inn et varierende antall flyktninger og asylsøkere. De må kunne dokumentere at de har vært ofre for forfølgelse i hjemlandet for å få oppholdstillatelse eller asyl. Familiegjenforening kan finne sted hvor nær familie av innvandrere med permanent oppholdstillatelse kan bosette seg i landet. Andre grupper som oppholder seg i Norge er arbeidsmigranter fra EU-landene, arbeidsmigranter med unik og nødvendig yrkeskompetanse, studenter, turister, utlendinger som er gift med nordmenn og personer som av ulike årsaker oppholder seg ulovlig i landet (Eriksen og Sajjad, 2020, s.25-26; Hjelde, 2013, s.169). Det er altså store forskjeller i omstendighetene for innvandrere i Norge. Selv om vi forsøker å kategorisere dem som flyktninger eller arbeidsmigranter er imidlertid virkeligheten for komplisert til at det gir en fullgod beskrivelse, eksempelvis kan noen komme som flyktninger, bli studenter, før de deretter blir arbeidssøkende (Eriksen og Sajjad, 2020, s.26).

Til tross for at det kan være et utydelig skille mellom flyktninger og arbeidsmigranter kan det å forsøke og skille disse gruppene vise noen av forskjellene som finnes mellom grupper innvandrere. De første arbeidsmigrantene kom til et land med mangel på arbeidskraft. Mange hadde planlagt å bli i landet i noen år, spare opp penger, for så å flytte tilbake til hjemlandet. For de fleste ble det imidlertid ikke slik. Mange fikk familie og ble etablert i Norge. Arbeidsinnvandringen på 70-tallet var planlagt og på mange måter frivillig, selv om de fleste var motivert av økonomiske problemer (Eriksen og Sajjad, 2020, s.27). Ser man på flyktninger som er kommet til Norge etter 1980-tallet er situasjonen en annen. Mange kommer alene og kan ikke dra til hjemlandet uten betydelig risiko. Mange, spesielt fra Somalia, er kommet som enslige mindreårige flyktninger. Mange har vært ofre for tortur. Det er også sannsynlig at de ikke hadde forlatt landet sitt om de ikke var tvunget til det. Mange har behov for psykisk helsehjelp og medmenneskelig omsorg. En annen forskjell er at det kan være vanskeligere å komme inn på arbeidsmarkedet i dag enn i 1960-årene, både på grunn av krav om kvalifikasjoner men også grunnet diskriminering (Eriksen og Sajjad, 2020, s.28). Det er altså forskjeller mellom arbeidsmigranter og flyktninger, selv om de står overfor mange av de samme utfordringene som kulturforskjeller, kulturkonflikter og diskriminering. Det er imidlertid viktig å huske at mange utenlandske i Norge i dag er «usynlige» innvandrere som mange ikke tenker på som innvandrere. De største gruppene er polakker, litauere og svensker og de er teknisk sett innvandrere på samme måte som en person fra Eritrea (ibid.).

Befolkningssammensetningen er grunnet endringer i innvandrerbefolkningen i stadig endring. Krig og katastrofer, nye immigrasjonsregler, samt arbeidsløshet i ulike land, men også Norges behov for arbeidskraft, bidrar til endringer i sammensetning og antall innvandrere i Norge (Hjelde, 2013, s.171). I 2022 viste Statistisk sentralbyrå (SSB) at innvandrere i Norge utgjør 15,1 prosent av totalbefolkningen, mens barn av innvandrere, første generasjons nordmenn, utgjør 3,8 prosent av totalbefolkningen. Den største innvandrergruppen er fra Polen, etterfulgt av Litauen, Sverige, Syria, Somalia, Tyskland og Eritrea. To av de fire landene som er utgangspunkt for denne oppgaven er altså blant de største innvandrergruppene i dagens Norge. 28088 mennesker er registrert som innvandrere fra Somalia, mens 24341 personer er registrert fra Eritrea. Ser man på Etiopia er tallet lavere. 9013 personer er registrert fra Etiopia, mens 61 personer er registrert fra Djibouti (SSB, 2022a).

1.7 Flyktninger fra Afrikas Horn til Norge

Det har fra 1970-tallet kommet innvandrere fra Afrikas horn til Norge. Flyktningene som har kommet fra Somalia startet å komme etter et mislykket statskupp mot presidenten i 1978. Utover på 1980-tallet kom det stadig flere somaliske politiske flyktninger og etter at borgerkrigen brøt ut i 1991, økte antallet asylsøkere betraktelig (Arbeids-og inkluderingsdepartementet, 2009, s.8). Mange av flyktningene som kom til Norge fra Etiopia før Eritreas uavhengighet i 1993 var etiopiske statsborgere som flyktet fra området som i dag er Eritrea grunnet Eritreas frigjøringskrig mot Etiopia. I perioden etter 1992 mottok Norge færre flyktninger fra Etiopia, både på grunn av roligere forhold, men også fordi flyktningene nå ble registrert fra Eritrea (Henriksen, 2007, s.205). Etter Eritreas uavhengighet og fram til 2003 så man en svak økning i asylsøkere, mens etter 2003 var økningen større. Det skyldtes trolig konflikten med Etiopia (Henriksen, 2007, s.211). Eritreere er fortsatt blant de største gruppene asylsøkere i Norge. De fleste har fått beskyttelse grunnet den alvorlige menneskerettighetssituasjonen i landet (Norsk organisasjon for asylsøkere [NOAS], 2022). Ser man på innvandring fra Djibouti har det vært en jevn økning de siste femti årene fra tre djiboutiere i 1970 og opp til dagens 61 djiboutiske innvandrere (SSB, 2022b). Det har imidlertid de siste årene vært flere saker i media om personer fra Djibouti som mistenkes for, eller har bekreftet, å ha oppgitt Somalia som sitt hjemland for å få beskyttelse i Norge. Grunnet en mindre alvorlig sikkerhetssituasjon gir ikke Djibouti som hjemland grunnlag for beskyttelse i Norge (Solberg, 2018; Winther og Holm, 2017).

1.8 Afrikas horn

For å gi et innblikk i hvor målgruppen kommer fra vil jeg i denne delen gå kort inn på regionens historie, religion og sosioøkonomiske forhold. I del 1.9 følger en gjennomgang av helsesituasjonen, med et særlig fokus på psykisk helse og rusmiddelbruk. Landenes geografi, kultur og historie er sammenvevd, dog med forskjeller mellom landene. Norge har lang tradisjon i regionen med misjon fra slutten av 1940-tallet, samt gjennom støtte til frivillige organisasjoner som har drevet med bistand på Afrikas horn (Sørлие, 2009, s.63-65; Smith-Simonsen, 2006, s.6; Norsk Luthersk Misjonssamband, u.å.). Norge har også vært involvert i freds-og forsoningsprosesser i området (Utenriksdepartementet, 2019, s.3; Sørлие, 2009, s.69).

Afrikas Horn er et område i det nordøstlige Afrika. Grunnet områdets strategiske beliggenhet ved Rødehavet og Adenbukta har stormaktene knivet om innflytelse på Afrikas Horn. Eritrea var en italiensk koloni. Italia forsøkte også å underlegge seg Etiopia, men lyktes ikke med

dette før den andre invasjonen av Etiopia i 1935. Somalia var som koloni delt mellom Storbritannia, Italia og Frankrike (Sæbø og Leraand, 2019).

Konflikt og uro

Regionens nyere historie har vært preget av konflikt og uro. Borgerkrigen i Somalia som fulgte etter at landets diktator Muhammed Siad Barre ble styrtet i 1991 har preget regionen og gjør det fortsatt den dag i dag (FN-Sambandet, 2022). Borgerkrigen førte til at alle samfunnsinstitusjoner brøt sammen, inklusive helseinstitusjoner. Somalia opphørte å være stat og forholdene i særlig de sørlige delene av landet beskrives som anarkistiske (Hjelde, 2013, s.176-177). Siden 2006 har den viktigste konflikten i Somalia primært foregått i Sør-Somalia. På den ene siden står en svak og korrupt regjering mens på den andre står ulike opprørsgrupper som kjemper mot regjeringen. Fremst blant disse er den islamistiske organisasjonen al-Shabaab (FN-Sambandet, 2022). En av årsakene til at Somalia er så konfliktfylt er at samfunnet i stor grad er klan-basert, noe som fører til at folks identitet og lojalitet i første rekke er knyttet til egen klan. Klan-identiteten handler om at det er sterke slekts- og blodsband, mens den nasjonale somaliske identiteten for mange er sekundær. Internasjonalt støttede forsøk på å etablere en sentralstyrt nasjonalstat med en regjering som har kontroll og tillit i hele Somalia har vist seg vanskelig. Forsøk har skapt mye motstand og har i seg selv vært en kilde til konflikt. Vold, fattigdom og utrygghet i særlig Sør-Somalia har skapt misnøye i befolkningen. Denne misnøyen har blitt rettet mot regjeringen, mot internasjonal innblanding, mot krigsherrer og mot andre klaner. Dette har bidratt til framveksten av opprørsgrupper som presenterer alternative måter å organisere samfunnet på, fremst blant disse er nettopp al-Shabaab (ibid.).

En annen konflikt som har satt sitt preg på regionen er Eritreas frigjøringskamp fra Etiopia. Landet ble annektert av Etiopia i 1962 og først i 1993, etter omlag tretti års væpnet uavhengighetskamp, fikk Eritrea sin selvstendighet. En grensekonflikt mellom Etiopia og Eritrea førte til krig mellom landene fra 1998-2000. Selv om krigen tok slutt var ikke grensekonflikten over. Først i 2018 undertegnet landene fredsavtalen (FN-Sambandet, 2021b; FN-Sambandet, 2021c). Også Djiboutis historie er preget av borgerkrig. Opprøret som utviklet seg til borgerkrig startet i 1991 etter at alle andre partier enn regjeringspartiet ble forbudt. Etter flere fredsavtaler og under press fra borgerkrigen og Frankrike, startet presidenten en demokratiseringsprosess som førte til at opprørsgruppene i 2001 la ned våpnene (FN-sambandet, 2018).

Etter omlag to år med krig i nordlige Etiopia i Tigray-regionen inngikk partene i november 2022 en fredsavtale. To måneder etter at fredsavtalen ble signert overga TPLF (Tigrayan Peoples' Liberation Front), som var den ene av hovedpartene i konflikten, tunge våpen til regjeringsstyrkene (den andre hovedparten). Imidlertid er det flere utfordrende spørsmål som gjenstår og som ikke ble avklart i fredsavtalen. I tillegg har man sett at konfliktnivået har økt mellom de to største etniske gruppene i landet. Til tross for en positiv utvikling er det altså flere faktorer som påvirker muligheten for varig fred (FN-Sambandet, 2023).

Religion

Ulike religioner er dominerende i de forskjellige landene på Afrikas Horn. I Somalia og i Djibouti er islam den klart dominerende religionen hvor 94-99% av befolkningen er muslimer (FN-Sambandet, 2021a; Thuesen, 2021). I Etiopia regnes rundt 62 prosent av befolkningen som kristne, muslimer utgjør omlag 34 prosent, mens cirka tre prosent tilhører tradisjonelle afrikanske religioner (Flottorp et al., 2022). Man regner med at omlag halvparten av eritreerne er muslimer, hovedsakelig sunni-muslimer, mens den andre halvdel tilhører ulike kristne kirker (Østebø, 2021). De tradisjonelle afrikanske religionene har påvirket kristendommen og islam i Afrika. I Somalia finnes det sufittradisjoner innen islam som har nær tilknytning til lokale tradisjoner (Kværne og Sæbø, 2022). Kristendommen er blitt kombinert med elementer fra afrikansk tro i en rekke varianter (Simensen, 2004, s.387). Afrikanske pinsemenigheter har for eksempel tatt opp i seg lokale tradisjoner slik at de tydelig skiller seg fra pinsemenigheter i andre deler av verden (Kværne og Sæbø, 2022).

Konsekvenser av uro

Drøye fire tiårs omfattende militære konflikter har bidratt til å gjøre Afrikas Horn til en av Afrikas minst utviklende regioner. Omfattende ressursbruk på militære formål, materielle ødeleggelser som følge av krigføring samt flere perioder med alvorlig tørke har bidratt til at statene på Afrikas Horn har vært, og fortsatt er, sterkt avhengig av utenlandsk bistand (Sæbø og Leraand, 2019). På grunn av konfliktene har Afrikas Horn siden 1970-årene vært blant de områdene i verden med flest flyktninger, og Etiopia og Sudan tilhører de største mottakerne av flyktninger i Afrika. De siste årene har disse landene særlig tatt imot flyktninger fra Sør-Sudan, Eritrea og Somalia. Området er også opphavssted for flyktninger, særlig Somalia, Etiopia og Eritrea. De aller fleste av flyktingene fra disse landene oppholder seg i regionen (ibid.). Etiopia er Afrikas tredje største vertsland for flyktninger i Afrika. Landet huser nærmere en million flyktninger fra nabolandene Sudan, Sør-Sudan, Eritrea og Somalia. I

tillegg har landet opp mot 5,8 millioner internt fordrevne flyktninger grunnet væpnet konflikt, politisk uro, naturkatastrofer og økonomisk ustabilitet (NRC, 2022b). Også i Djibouti ser man at konflikt, tørke og vold på Afrikas Horn har ført til at mange innbyggere fra nabolandene har søkt tilflukt i landet, dette samtidig som landet sliter med tørke og økende fattigdom blant egen befolkning (NRC, 2022a).

Tørke og matusikkerhet

Millioner av mennesker på Afrikas Horn lider i dag under den lengste tørken på 40 år (UN, 2022). I juli 2022 slo IGAD (Intergovernmental Authority on Development) og humanitære organisasjoner alarm om at mer enn 50 millioner mennesker vil lide av akutt matusikkerhet i år i regionen. Den voldsomme tørken understreker regionens sårbarhet for klimaendringer (ibid.). I Somalia møter rundt 6 millioner mennesker akutt matusikkerhet. Det er alvorlig risiko for sultkatastrofe dersom det ikke kommer regn og den humanitære bistanden ikke dekker de reelle behovene (WFP, 2022). I det sørlige og sør-østlige Etiopia har avlingene falt som følge av tørke, mer enn en million husdyr er døde og mer enn 7,2 millioner er estimert til å våkne opp sultne når landet utfordres av den alvorligste tørken siden 1981 (ibid.).

1.9 Psykisk helse og rusmiddelbruk på Afrikas horn

Regionens avhengighet til utenlandsk bistand preger også landenes helseøkonomi. Hovedfokuset for helsehjelpen har vært å sikre rent vann, sanitære forhold, forebygge sult, få kontroll over smittsomme sykdommer, samt mor-barn-helse. Andelen som har vært og er viet til psykisk helsehjelp er derfor svært liten (Amahazion, 2021, s.1-2; Yitbarek et al., 2021, s.1206). Psykiske helseplager har ikke blitt prioritert av givene ettersom det ikke anses som direkte livreddende hjelp (Lindvall et al., 2020, s.7). Psykiske helseplager er imidlertid en bekymring i regionen, men har foreløpig fått lite oppmerksomhet. I følge WHO (2010) er forekomsten av psykiske lidelser høyere i Somalia enn i andre lavinntekts eller krigsherjete land. En av tre innbyggere er antatt å være berørt av psykisk uhelse, enten ved å selv ha en psykisk lidelse eller ha ansvar for personer med psykisk lidelse i familien (WHO, 2010, s.8). Under borgerkrigen i Somalia var bomber, landminer, fengsling, tortur og voldtekt en del av kampmetodene. Mange av innbyggere var vitne til, eller opplevde å bli utsatt for, alvorlig vold. Kamp om ressursene, alvorlige tørke, utbredt bruk av khat og arbeidsløshet har svekket landet og ført til en ytterligere forverring av innbyggernes psykiske helse (Abdillahi et al., 2020, s.11). I Eritrea og Etiopia er psykiske helseplager, i følge Amahazion (2021) og Yitbarek et al. (2021), et økende problem. Grunnet krig og ustabilitet ser man at mange

eritreere sliter med depresjon eller PTSD. Ekstrem fattigdom og arbeidsløshet kan forverre innbyggernes psykiske helse ytterligere (Amahazion, 2021, s.1-2). Etiopia har et stort antall internt fordrevne flyktninger. De har opplevd grusomheter i konfliktsituasjonen, men også i leirene hvor de bor (Yitbarek et al., 2021, s.1202-1203). I Djibouti utfordrer strømmen av flyktninger og migranter fra regionen helse- og sosialsektoren. Landet har vansker med å møte behovene til egen befolkning og det blir dermed en enda større utfordring å dekke hjelpebehovet til flyktningene som har opplevd vold og traumer (NRC, 2022a; Castro, 2021).

Psykiske lidelser blir av mange på Afrikas Horn ansett som en straff fra Gud, resultat av hekseri, trolldom eller at man er besatt av onde ånder. Tilstanden kan anses som smittsom og det kan være en kilde til skam (Amahazion, 2021, s.3; Yitbarek et al., 2021, s.1204). Når en person er merket som psykisk syk anses sykdommen, og det assosierte stigma, som permanent og irreversibelt. Pasienter, og deres familier, kan møte negative holdninger fra samfunnet, noe som kan føre til at mange blir isolert (Abdillahi et al., 2020, s.11). Stigma knyttet til psykisk uhelse kan være en barriere for å akseptere sykdommen, søke behandling eller følge opp påbegynt behandling (Amahazion, 2021, s.3; Abdillahi et al., 2020, s.12).

Bruk av rusmidler kan innvirke på forekomsten av psykiske helseplager. Med Somalia som eksempel ser man at khat er det mest brukte rusmiddelet (WHO, 2010, s.21). Tyggingen av khat er også utbredt i nabolandene. Bruk av khat er sentralt i å skulle mestre erfaringen med voldsbruk, særlig siden khatbruk også har en sosial funksjon ved at man samles for å tygge khat og dermed opplever sosial støtte. Marihuana brukes også i Somalia og særlig blant ungdom og unge voksne. Somalia er et muslimsk land hvor alkohol er ulovlig. Alkohol blir imidlertid smuglet inn i landet og mange bruker alkohol for å glemme krigsopplevelser og vanskelighetene i livet, dette gjelder særlig flyktninger og internt fordrevne flyktninger (ibid.)

Helsevesenet i regionen er delt inn i tre nivå. Det er de spesialiserte sykehusene, allmennsykehus og primærhelsetjenesten med lokale helsentre og lokale sykehus. Psykiske helsetjenester, både de offentlige tjenestene og tjenestene iverksatt av utenlandske hjelpeorganisasjoner, er imidlertid i hovedsak lokalisert i de store byene. Dette gjør at de rurale områdene og de særlig utsatte konfliktområdene ikke er tilstrekkelig dekket med helsetjenester (Amahazion, 2021, s.3; Lindvall et al., 2020, s.7; Yitbarek et al., 2021, s.1203). Man ser en mangel på utdannet helsepersonell på Afrikas horn. Mange psykiske lidelser forblir trolig uoppdaget eller feildiagnostisert, da man mangler personell som er trent i å behandle psykiske lidelser (Amahazion, 2021, s.2; Yitbarek et al., 2021, s.1205). I 2020 hadde

Etiopia 111 psykiatere, Eritrea to, Somalia fire, mens Djibouti hadde en. Til sammenligning hadde Norge 1225 psykiatere på en svært mye mindre befolkning enn på Afrikas Horn (WHO, 2020a; WHO, 2020b; WHO, 2020c; WHO, 2020d; WHO, 2020e).

Ansvar for å ta vare på den som er syk ligger i hovedsak hos familie og slekt. Ut fra en relasjonell sykdomsforståelse som er dominerende i blant annet somalisk kultur er det viktig å være omgitt av nære personer når man er syk (Hjelde, 2007, s. 354-355; Hjelde, 2008, s.25). Det er dermed ikke mangelen på tilgjengelige helsetjenester som er den viktigste årsaken til at familien er den primære omsorgsgiver, det baserer seg også på sykdomsforståelsen. På den andre siden ser man at mange familier mangler kunnskap og ressurser for å gi god hjelp. Noen sperrer den psykiske syke inne i huset (Yitbarek et al., 2021, s.1207), mens andre steder blir den psykisk syke lenket fast (Abdillahi et al., 2020, s.13). Mange mennesker med psykiske lidelser, eller deres familie, oppsøker alternativ medisin. Religionen står sterkt og mange drar til tradisjonelle healere eller religiøse ledere. Healere er, i motsetning til helsevesenet, i større grad tilgjengelig i hele regionen (Amahazion, 2021, s.3; Yitbarek et al., 2021, s.1207). Det er også private sentre hvor personer legges inn, ofte mot deres vilje, og hvor familien betaler for oppholdet. På flere av disse sentrene blir personene ofte lenket fast og de blir utsatt for verbal og fysisk mishandling. Mange blir på sentrene i flere år (Abdillahi et al., 2020, s.12).

1.10 Oppsummering kapittel 1

I denne delen er det presentert bakgrunn for oppgaven og oppgavens problemstilling som handler om hvordan innvandrere fra Afrikas horn med psykisk helse- og rusutfordringer opplever helsehjelpen de får fra psykisk helse- og rus-tjenestene i Norge. Gjennom oppgaven er målet å løfte fram brukerstemmer og få fram brukeres subjektive opplevelser og erfaringer. Oppgaven er plassert innen faget psykososialt arbeid da informantenes psykiske helse og sosiale liv påvirker hverandre gjensidig og flere perspektiver er nødvendig for å forstå menneskets livssituasjon. Det er gjort en kort presentasjon av historiske og sosioøkonomiske forhold på Afrikas horn, i tillegg til en presentasjon av perspektiv på psykisk uhelse og rusmiddelbruk. Gjennom presentasjonen håper jeg at leseren har fått en økt forståelse av forskjellene mellom regionen personer fra Afrikas horn har reist fra og det landet de nå bor i. I tillegg har flere familie, slekt, klan og venner i landene de har reist fra og forhold i hjemlandet kan virke inn på dagens tilværelse. Det er også gjennomgått norsk innvandringshistorikk for å gi et bilde av hvordan samfunnet har endret seg som følge av innvandring, samt for å vise at norske innvandrere er en svært heterogen gruppe i stadig endring.

1.11 Oppbygging av oppgaven

Oppgavens første kapittel ble innledet med en presentasjon av oppgavens hensikt, bakgrunn, problemstilling og forskningsspørsmål. Deretter ble det gjort rede for avgrensninger og begrepsavklaringer. Dernest ble det sett på oppgavens posisjonering innen psykososialt arbeid, før det fulgte en gjennomgang av innvandringshistorie i Norge, samt innvandrere fra Afrikas historie sin historie i det norske samfunnet. Til slutt fulgte en kort gjennomgang av historie, samfunnsforhold og psykisk helse på Afrikas horn.

I kapittel to følger en gjennomgang av teoretiske perspektiver. Her vil jeg se på hovedelementer i teoretiske perspektiver som omhandler kultur, migrasjonsprosessen, et kulturelt perspektiv på psykisk helse og rusmiddelbruk, samt stigma. Jeg vil også begrunne hvordan disse perspektivene kan bidra til å belyse oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål.

I kapittel tre følger en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget. Dette kapittelet starter med en gjennomgang av kvalitativ forskning som omhandler innvandrere sine erfaringer med å leve med rusmiddelbruk og psykiske helseplager. I tillegg vil det bli trukket fram forskning som er relatert til tema, selv om det ikke omhandler samme tema som denne studien. Deretter følger en gjennomgang av feltet migrasjonshelse. Avslutningsvis følger en gjennomgang av metode for innhenting av litteratur og forskning.

Kapittel fire er metodekapittelet og inneholder en beskrivelse av valg av metode, gjennomføring av undersøkelse og analyse av materialet. Forskningsetikk får også en sentral rolle i dette kapittel. Det vil også bli gjort rede for eget vitenskapsteoretiske utgangspunkt, samt egen bakgrunn og forforståelse.

I kapittel fem presenteres studiens hovedfunn ved nærlesing av materialet. I kapittel seks vil funnene drøftes ut fra oppgavens problemstilling opp mot teori og eksisterende forskning. Deretter følger mine tanker og anbefalinger om videre forskning relatert til tema. I kapittel syv følger oppgavens avslutning.

2.0 Teoretiske perspektiver

I denne delen vil jeg se på teoretiske perspektiver som vil kunne bidra til å belyse oppgavens problemstilling som omhandler personer med psykiske helseplager og rusmiddelbruk som har innvandret til Norge fra Afrikas horn sine opplevelser i møte med psykisk helse-og rustjenestene. Helsehjelpen på Afrikas horn ivaretas primært av eget nettverk og den offentlige hjelpen er i liten grad tilgjengelig for de fleste innbyggere. Det er altså store forskjeller på dette området mellom regionen informantene har reist fra og Norge.

I denne delen vil jeg først se på kulturbegrepet, kulturforskjeller og kulturmøter. Dette er relevant for oppgaven da det i stor grad er to eller flere kulturer som møtes når informantene møter psykisk helse-og rustjenestene. Deretter følger et fokus på migrasjonsprosessen. Det å reise fra sitt hjemland påvirker mennesker uansett migrasjonsårsak, og menneskets historie har betydning for hvordan man tilpasser seg det nye samfunnet. Etter dette vil jeg se på perspektiver på helse, helsehjelp og rusmiddelbruk og hvordan disse fenomenene kan forstås ulikt i ulike kulturer. Til slutt følger en gjennomgang av perspektiv på stigma da målgruppen har flere særpreg som tradisjonelt har blitt stigmatisert. I tillegg kan dette perspektivet gi oss en bedre forståelse av hvordan stigma påvirker menneskers samhandling

2.1 Kultur

Fokus på kultur og kulturforskjeller kan hjelpe oss med å forstå likheter og forskjeller mellom mennesker. Imidlertid bør begrepene brukes med en viss varsomhet da man risikerer å gjøre mennesker mer forskjellige eller like enn de er (Eriksen og Sajjad, 2020. s.34; Salole, 2018, s.65). Det å beskrive og forstå fenomenet kultur er komplisert på grunn av de mange definisjonene og bruksområdene som eksisterer. På mange måter er kultur en sekkebetegnelse på hvordan mennesker tolker, forstår og organiserer verden rundt seg (Salole, 2018, s.64-65). Noen viktige kjennetegn med kultur, uansett perspektiv, er at kultur er noe man lærer og det er en dynamisk prosess. Det dynamiske i en kulturell overlevering kommer til uttrykk ved kulturens evne til å tilpasse seg nye forhold og finne nye uttrykk for kunnskap og erfaring (Jávo, 2010, s.27-28). I denne oppgaven vil jeg å ta utgangspunkt følgende kulturdefinisjon:

«Kultur er de tanker, kunnskaper og ferdigheter mennesker har tilegnet seg som medlem av et samfunn» (Eriksen og Sajjad, 2020 s.41).

Jeg velger denne definisjonen da den tydelig viser at kultur er noe man kan lære seg og det er dermed en dynamisk prosess. I tillegg kommer det dynamiske aspektet fram ved at jeg forstår det som at dersom man blir medlem av et nytt samfunn kan man tilegne seg nye tanker, kunnskap og ferdigheter, dermed forstår jeg denne definisjonen som en inkluderende definisjon av kultur. Et annet begrep som ofte brukes i forbindelse med kultur er etniske minoriteter eller etnisitet. Begrepet etniske minoriteter inkluderer både urfolk, nasjonale minoriteter (kvener, jøder, skogfinner, rom og romani) og innvandrere (Jávo, 2010, s.14). Begrepene etnisitet og etnisk gruppe er avhengig av at det finnes kontakt mellom grupper da begrepet etnisitet handler om relasjon. Det er dermed ikke nok at to grupper er kulturelt forskjellige, men det må være en viss relasjon mellom dem ettersom etnisitet handler om relasjonen mellom grupper og ikke egenskaper ved gruppen. Eksempelvis snakker man først om å være «etniske norsk» når man skal forklare ulik gruppetilhørighet. Opplevelsen av etnisk identitet er viktig for mange og bidrar til å organisere deler av livet for personer som tilhører bestemte grupper. Den etniske identiteten kan gi en opplevelse av samhørighet, fellesskap og trygghet (Eriksen og Sajjad. 2020, s.52-54).

Det kan være problematisk i dagens Norge, hvor det er stor kulturell variasjon, å si at nordmenn har én felles kultur (Eriksen og Sajjad, 2020, s.42-43). Det er store forskjeller i hva man har lært og hvordan man ser på verden. Mange innvandrere som har kommet til Norge har tatt med seg sine tradisjoner og annen religion, dette vil man ofte omtale som f.eks. somalisk kultur. Imidlertid har denne forklaringen tydelige svakheter da mange innvandrere, på helt sentrale områder, har sluttet å være eksempelvis somaliske. Mange har lært seg norsk, forandret livsstilen og føler seg ikke lenger hjemme i Somalia. Ofte beskrives det som å finne en balansegang mellom to kulturer. Dette indikerer imidlertid at kultur nærmest er statisk, man ser bort fra det dynamiske aspektet ved kulturen og muligheten for å etablere, se og forstå blandingskulturer. Kulturen er i stadig forandring og man kan ikke regne med at alle som befinner seg i samme geografiske område har «samme kultur» (ibid.).

Mennesker har en tendens til å ikke være like bevisst egen kulturelle påvirkning, mens andre personers påvirkning framstår tydeligere. Dette gjør at vi oftere bruker kultur som forklarende eller unnskyldende faktor hos andre enn hos oss selv. En forklaring på dette er fenomenet kulturalisering som viser hvordan man tillegger for stor eller for liten vekt på kultur. Dette kan gjøre at man overdriver eller bagatelliserer de faktiske forholdene ettersom forholdene forklares ut fra menneskets kulturelle bakgrunn (Salole, 2018, s.77-78). Uansett definisjon av

kultur er det overforenklinger og generaliseringer. Kultur ligger ikke til grunn for alle våre handlinger og dessuten har mennesker mange likheter på tvers av kulturer. Selv om vi påvirkes av kultur er det mennesker som møtes (Salole, 2018, s.65-66).

Kultur handler om tilhørighet, fellesskap og bekreftelse på hvem man er. Bekreftelse og gjenkjennelse skaper innenforskap, mens avvik og avvising skaper utenforskap (Salole, 2018, s.88). Fenomener knyttet til etnisitet og kultur som kan oppstå når majoritet møter minoritet er stereotypier, fordommer, diskriminering og rasisme. Stereotypier er positive og negative generaliseringer basert på forutinntatte forestillinger om andre grupper eller personer (Salole, 2018, s.80). Fordommer kan defineres som negative og generaliserende holdninger om ulike grupper. Diskriminering er det å nekte likeverdig behandling grunnet faktorer som kjønn, alder eller etnisk bakgrunn. Rasisme er å gå enda lenger. Rasistiske holdninger kan beskrives som ideer og atferd som springer ut fra fordommer. Mange ikke-vestlige innvandrere opplever å bli definert som «rare» og som en kulturell trussel både i medier og i private sammenhenger (Jávo, 2010, s. 43-44). Erfart diskriminering og rasisme kan påvirke både psykisk og fysisk helse, samt rusmiddelbruk (Carter et al., 2019; Kour et al., 2019, s.52-53; Holt, 2019, s.81; Salole, 2018, s.81).

2.2 Migrasjonsprosessen

Mennesker har flyttet mellom land og steder siden tidenes begynnelse. Selve begrepet migrasjon betyr å vandre mellom land og regioner. Begrepet immigrere betyr å innvandre, altså bosette seg i et nytt land eller ny region, mens emigrere beskriver prosessen med å utvandre (Salole, 2018, s.115-116). Migranten forlater et folk, et sted og et samfunn. Hen forflytter seg ofte over landegrenser og bosetter seg på et nytt sted, gjerne med nytt folk, språk og kultur. Migrasjon bærer dermed i seg både sosiokulturelle og psykososiale dimensjoner (Hjelde, 2013, s.167-168). Man ser ofte migrasjonsprosessen som en kurve med mange opp og nedturer. For mange tar tilpasning til det nye hjemstedet flere år (Salole, 2018, s.117).

Omfanget av internasjonal migrasjon har økt betydelig de siste tiårene. Det er blitt mulig for flere å reise lenger og vi vet mer om hverandre enn før (Eriksen og Sajjad, 2020, s.20). En kombinasjon av faktorer forklarer utviklingen. Årsakene til emigrasjon, push-faktorene, er for mange krig, naturkatastrofer, arbeidsløshet, fattigdom og sult. På den andre siden har man pull-faktorene som gjør at folk trekkes til et nytt sted. Ny teknologi gjør det å mulig over hele verden å se TV fra de rike deler av verden, elektronisk kommunikasjon gjør at man kan

kommunisere med hele verden og jetfly gjør det mulig å reise langt på kort tid. En annen faktor er mangelen på arbeidskraft i bedrestilte land. Det meste av den internasjonale migrasjonen skjer imidlertid til naboland eller innen samme kontinent (Hjelde, 2013, s.169).

Man deler ofte migrasjon i frivillig eller tvungen migrasjon (Hjelde, 2013, s.168). Migranten kan ha valgt å reise for å bedre egne eller familiens livsvilkår, eller migranten kan ha måttet flykte grunnet krig og forfølgelse. Imidlertid har migrasjon i realiteten både elementer av frivillighet og tvang, slik at det er mer beskrivende å snakke om større eller mindre grad av tvang og frivillighet. Grad av frivillighet og tvang kan ha betydning for personens motivasjon for, og kanskje også evne og mulighet til, å tilpasse seg det nye landet, noe som igjen vil kunne innvirke på personens psykososiale fungering (Hjelde, 2013, s.168).

Migrasjonen gjør at man mister sin gruppe, i hvertfall deler av den. I tillegg opplever mange psykiske reaksjoner grunnet tap og brudd med mennesker og steder man reiser fra, i tillegg til selve erfaringene med reisen. Den kjente referanserammen blir borte, man møter andre kulturuttrykk og andre koder enn de man er vant til. Man kjenner seg ikke lenger kulturelt kompetent (Salole, 2018, s.119-121). Det er flere faktorer som påvirker hvordan en person håndterer møtet med det nye samfunnet. Det kan være sosial støtte, religiøs tro og praksis, kjønn, personlighetstrekk og individets alder. I tillegg spiller maktrelasjonen mellom minoritets-og majoritetsgruppen inn, samt grad av etnisk diskriminering (Jávo, 2010, s.37).

2.3 Et kulturelt perspektiv på psykisk helse

Begreper som «psykisk helse», «sykdom» og «behandling» brukes ofte som om de betegner fenomener alle er enig om hva er og hvordan de skal forstås. Dette gjelder både i dagligtale, forskning, helsesystemet og i litteraturen. Det problematiseres sjelden at behandler, pasienter og forsker kan ha ulike forståelser av begrepene og deres innhold. Begrepene er imidlertid dynamiske og har endret seg over tid. Dette kan forklares med at psykisk helse, sykdom og behandling er begreper som skapes, vedlikeholdes og endres i sosial samhandling (Hjelde, 2013, s.172-173). Synet på helse, bedring og behandling av sykdom reflekterer våre verdenssyn, filosofiske retninger og trossystemer (Salole, 2018, s.98). Dette gjør forståelsen og meningsinnholdet i sykdom og lidelse forskjellig mellom ulike kulturer. Oppfatninger av sykdom, helse og behandling må ses i sammenheng med de sosiokulturelle, religiøse, politiske og økonomiske kontekstene de opptrer i (Eriksen og Sajjad, 2020, s.241). I flere kulturer kan sykdom forstås som et resultat av sjeletap eller forårsaket av «det onde øyet»;

troen på at andre mennesker kan kaste en forbannelse (Salole, 2018, s.98). Innen islamsk tradisjonell medisin, blant annet gjeldende for mange somaliere, vil det som betegnes som psykisk sykdom innen et biomedisinsk perspektiv forklares ut fra forholdet til Gud, forholdet til ånder (jinn) og forholdet til andre mennesker. Det er relasjonen som står i fokus, relasjonen til åndelige krefter – Gud eller jinn – eller relasjonen til andre mennesker gjennom det onde øye eller hekseri. Når det gjelder relasjonen til Gud må det forstås ut fra at somalisk kulturell identitet er nært knyttet til Islam. Det er en sterk forbindelse mellom islam, Gud og helse; både helse og sykdom er i Guds hender (Hjelde, 2013, s.179; Hjelde, 2007, s.354).

Det er særlig innen medisinsk antropologi at ulike forståelser av helse og behandling er blitt undersøkt og diskutert. Arthur Kleinman er blant de sentrale teoretikerne innen dette feltet og hans teoretiske perspektiv vil bli brukt videre i oppgaven. Det kan være store forskjeller i forklaringsmodellene som pasienter og helsepersonell bruker for å forklare helseproblemer. Disse forskjellene kan man se når pasient og helsepersonell tilhører samme kultur (Kleinman, 1980, s.99) og de forventes å forsterkes i interkulturelle møter (Hjelde, 2013, s.173). For å gripe disse ulikhetene deler Kleinman sykdomsbegrepet i to, «illness» og «disease», på norsk ofte oversatt til «lidelse» og «sykdom». Sykdomsbegrepet viser til en objektiv og målbar sykdom grunnet biologisk eller psykologisk årsak, mens lidelse refererer til personens psykososiale opplevelse og mening med sykdom (Kleinman, 1980, s.72). Symptomene på lidelse er sosialt konstruert og gitt et kulturelt uttrykk (Kleinman, 1980, s.77). Forklaringsmodellene innen den vestlige profesjonelle sektor er generelt orientert mot sykdom, mens lekfolks perspektiv ofte er orientert mot lidelse (Kleinman, 1980, s.72-73).

Innholdet i helsesystemene varierer i følge Kleinman ut fra sosiale, kulturelle og miljømessige forhold. Imidlertid er de indre strukturene i helsesystemet like på tvers av kulturer (Kleinman, 1980, s.49). Samfunnets helsesystem kan deles inn i privat, folkelig og profesjonell sektor. Privat sektor anses som den største sektoren. Her finner man familien og øvrige nettverk. Det er her sykdommen først blir definert og aktiviteter for å bedre helse eventuelt blir initiert. Etter at man har vært i behandling i en av de andre sektorene er det også denne sektoren personen kommer tilbake til, det er her man evaluerer helsehjelpen og vurderer hva som er neste steg (Kleinman, 1980, s.50-51). Profesjonell sektor betegner organisert behandling utført av helsepersonell. I de fleste samfunn snakker man her om moderne vestlig medisin, men det kan også være for eksempel tradisjonell kinesisk medisin (Kleinman, 1980, s.53-54). Folkelig sektor betegner flere ulike tilnærminger til sykdom og lidelse. Det kan for eksempel

være sjamaner, urter eller spesielle former for aktivitet (Kleinman, 1980, s.59). I alle samfunn konsulterer pasientene de ulike sektorene for samme lidelse samtidig (Hjelde, 2013, s.175). For å illustrere Kleinmans perspektiv på sykdom og helsesystemer kan man se at sykdom i Somalia ofte ikke oppfattes å ha bare en årsak, eller bli kurert av en type behandling. Man henvender seg til flere sektorer for behandling av sykdommen. Den private sektoren er stor og viktig. Det er familie og slekt som tar ansvar for å finne ut hvilken sykdom personen lider av (illness). Etter at familien er blitt enig om sykdommen vil familien ofte først påbegynne hjemmebasert diettbehandling med resitering fra Koranen. Deretter vil slekten kunne henvende seg til en religiøs healer som de har tillit til. Først dersom all annen behandling mislykkes vil man, om mulig, henvende seg til de biomedisinske helsetjenestene. Den samme strukturen kan man også se i noen somaliske miljøer i Norge (Hjelde, 2013, s.177- 178; Ayazi, 2006).

2.4 Rusmiddelbruk – en refleksjon om kulturens betydning

Som vi har sett er kultur noe man lærer og det er en dynamisk prosess. Dette viser seg også i perspektiver på rusmidler. Selve rusmiddelbegrepet er ifølge Nesvåg (2005) problematisk når man snakker om kulturelle perspektiver på rus da det ikke er universelt hva som anses som rusmidler. Jeg anser imidlertid begrepet rusmidler som et såpass utbredt begrep at det vil bli brukt i denne oppgaven. Rusmidlenes kulturelle betydning og forankring kan ikke beskrives en gang for alle, men må ses i lys av kunnskap og verdier om rusmidler som den enkelte deler med andre på et gitt tidspunkt (Nesvåg, 2005). Kulturen gir oss føringer for hva man kan ruse seg på, når man skal ruse seg, hvor ruset man bør bli, hvor det skal skje og med hvem, slik gir kulturen oss normer og regler for rusmiddelbruk (Skjælaaen, 2019, s.12). Mennesket har hatt et bevisst forhold til rus så langt tilbake som historien går og under ulike omstendigheter har rusen også hatt ulike roller (Skjælaaen, 2019, s.20). De dominerende fortellingene om rusens rolle avgjør imidlertid ikke rusens betydning og mening for den enkelte person. Folk finner rom til å skape nye og alternative betydninger av rusmidler som bryter med den dominerende kulturen (Skjælaaen, 2019, s.31).

Hva som anses som den beste hjelpen ved problematisk rusmiddelbruk er også ulikt i forskjellige kulturer og samfunn. I mange av behandlingstilbudene som eksisterer i Norge er målet rusfrihet (Skjælaaen, 2018, s.156-157). I andre land, som f.eks. Danmark og Nederland, vektlegger man i større grad skadereduksjon og omsorgsarbeid istedenfor behandling. Kritikere av behandling fokuserer på at målet om rusfrihet er unødvendig da man kan leve et godt liv på medisiner, så lenge det er gitt innen ordnete rammer (Nissen, 2014, s.88-90).

2.5 Stigma

Erving Goffman har hatt stor betydning for den moderne definisjonen av begrepene stigmatisering og stigma. I følge Goffman blir en person stigmatisert ved at hen har et særpreg, egenskap eller karaktertrekk som gjør hen annerledes enn andre i negativ forstand. Personen blir ikke lenger ansett som et vanlig og helt menneske. Et slikt særpreg blir et stigma når dets diskreditering er omfattende (Goffman, 1963, s.12-13). Goffman trekker fram tre ulike former for stigma. Det første er fysiske deformiteter ved kroppen. Det neste er personlighetstrekk som svak vilje, dominerende eller upassende lidenskaper, rigid tankemønster og uærlighet. Dette er trekk som kan følge av erfaringer som psykisk lidelse, fengsling, rusmiddelavhengighet eller arbeidsløshet. Den siste formen for stigma er knyttet til etnisitet, nasjonalitet og religion. Dette er stigma overført fra slekt og som påvirker alle medlemmer av familien (Goffman, 1963, s.14). De ulike formene for stigma har forskjellige sosiale funksjoner. Stigmatiseringen av de med dårlig moral kan ses som en form for sosial kontroll. Stigmatiseringen av de fra en spesiell innvandrergruppe, religion eller etnisk gruppe har ført til at disse gruppene har blitt utelatt fra arenaer i samfunnet, mens stigmatisering av de med fysiske plager kan anses som en måte å hindre reproduksjon mellom personer med dette stigma eller mellom personer med dette stigma og «de normale» (Goffman, 1963, s.164-165).

Samhandlingen mellom den stigmatiserte og det Goffman kaller «de normale», er preget av at begge parter er bevisst stigmatiseringen av den ene parten (Goffman, 1963, s.12). Gjennom stigmaperspektivet ser man hvordan et menneske som kunne ha blitt godt mottatt i sosiale sammenhenger innehar et særpreg som overskygger andre sider ved mennesket. Dette gjør at personer hen møter tar avstand fra hen (Goffman, 1963, s.15). Med bakgrunn i dette utfører vi ulike former for diskriminering hvor vi, ofte ubevisst, reduserer personens muligheter. Vi konstruerer en stigmatologi som forklarer personens underlegenhet og begrunner faren personen utgjør. I tillegg gir vi flere egenskaper til den stigmatiserte på bakgrunn av den avvikende egenskapen (ibid.). De fleste personer med et stigma vil imidlertid finne grupper hvor man opplever tilhørighet til tross for det stigmaet som gjør at andre mennesker tar avstand fra personen. Det kan være sammen med mennesker som innehar samme stigma (Goffman, 1963, s.31-32) eller blant «de normale» som av ulike årsaker har fått innsyn i livet til stigmatiserte personer og sympatiserer med dem (Goffman, 1963, s.41-43).

Det å være rusmiddelbruker, ha utfordringer med psykiske helseplager eller være innvandrere kan på ulike måter være former for stigma. Stigmaet rusmiddelbruker viser tydelig hvordan stigma påvirker samhandlingen med omgivelsene og overskygger andre egenskaper hos

personen som er bærer av stigmaet. Det å være rusmiddelbruker er et stigma som vekker avsmak, sinne, fordømmelse og sensur hos omgivelsene. Stigma får dermed en sterk påvirkning på rusmiddelbrukere (Lloyd, 2013, s.93). Det er blitt mer åpenhet og forståelse for psykiske problemer i Norge, likevel blir mennesker med rusmiddelproblemer og psykiske helseplager fortsatt stigmatisert (Helsedirektoratet, 2014, s.31).

2.6 Oppsummering kapittel 2

I dette kapitlet har jeg sett på teoretiske perspektiver som omhandler kultur, migrasjonsprosessen, perspektiver på helse, helsehjelp og rusmiddelbruk, samt forståelse av stigma. Når man undersøker opplevelsene til personer fra Afrikas horn med samtidig rusmiddelbruk og psykiske helseplager i møte med psykisk helse- og rustjenestene kan dette være møte mellom to kulturer. Det kan være møte mellom ulike tankesett og forståelser. Imidlertid er det en risiko for at kulturen får for stor betydning, da det i hovedsak er møte mellom mennesker. Jeg har sett hvordan vår kulturelle bakgrunn preger vårt syn på helse, helsehjelp og rusmiddelbruk, dette med hjelp av Arthur Kleinmans perspektiv. Det kan være ulike forklaringsmodeller som ligger til grunn for syn på utvikling av sykdom i ulike kulturer. Også syn på rusmidler og behandling for rusmiddelproblemer er ulikt i ulike kulturer. En bevissthet om de ulike forklaringsmodellene og perspektivene vil kunne ha betydning når helsepersonell møter studiens målgruppe i psykisk helse- og rustjenestene. Forklaringsmodellene kan ha betydning for hvor man søker helsehjelp eller hvilken helsehjelp man tror kan hjelpe. Det kan være ulike årsaker til at mennesker migrerer. Årsaken til migrasjonen kan ha innvirkning på personens tilpasning i det nye samfunnet og dermed kan personens bakgrunn innvirke på personens psykososiale situasjon. Avslutningsvis har jeg sett hvordan stigmaperspektivet kan forklare samhandling mellom personer som innehar et stigma og deres omgivelser. Denne studiens målgruppe kan oppleve å bli stigmatisert både grunnet rusmiddelbruk, psykisk uhelse og som innvandrere. Perspektivet er dermed relevant da det bidrar til å belyse mulige konsekvenser av stigma for personer som har innvandret til Norge og som har utfordringer med rusmiddelbruk og psykiske helseplager.

3.0 Kunnskapsgrunnlaget

I denne delen følger en gjennomgang av eksisterende forskning som er relevant for oppgavens problemstilling som omhandler innvandrere fra Afrikas horn med rus- og psykiske helseproblemer og deres opplevelse av hjelpen de får fra psykisk helse- og rustjenestene.

Deretter følger en innføring i migrasjonshelse som viser hvilke faktorer som kan ha betydning for helsestatus blant innvandrere. Etter dette vil jeg se på organiseringen av velferdstjenestene i Norge for å vise forskjellen mellom landene informantene har reist fra og kommet til.

Avslutningsvis følger en redegjørelse for innhenting av forskning og litteratur.

3.1 Tidligere forskning på feltet

Ettersom det er opplevelsene til brukere av psykisk helse- og rustjenestene i Norge som er i fokus er det hovedsakelig tatt utgangspunkt i norsk, og noe nordisk, forskning. Det er fordi de norske velferdstjenestene står i en særstilling når det gjelder det offentlige sin rolle i å ivareta innbyggernes behov for helsehjelp (se del 3.3). Imidlertid kan forskning med fokus på f.eks. barrierer for å oppsøke helsehjelp være relevant selv om den er utført i andre land. Jeg har også sett på forskning som omhandler forekomst av psykiske helseplager og rusmiddelbruk, sammenheng mellom psykisk helse og levekår, helsekunnskap og bruk av helsetjenester. Dette er forskning som vil bli presentert i del 3.2 migrasjonshelse.

Mye av den norske forskningen som eksisterer når det gjelder innvandrere med psykiske helseplager og rusmiddelbruk viser forekomsten av psykiske lidelser eller helseplager og rusmiddelbruk i ulike befolkningsgrupper (Ekeberg og Abebe, 2021; Straiton og Kjøllesdal, 2019; Nesvåg et al. 2015). Det har imidlertid vært utfordrende å finne kvalitativ forskning. I følge Kour et al. er det ikke tidligere undersøkt de subjektive erfaringene med å leve med ROP-lidelser blant innvandrere i Norge slik at det er naturlig at det er lite forskning på temaet (Kour et al., 2019, s.43). Dette kunnskapshullet påpekes også i Pettersen og Debesay sin studie hvor de ser på hjelpesøkende atferd blant øst-afrikanere med rusmiddelproblemer i Norge (Pettersen og Debesay, 2023, s.2). I en kunnskapsoppsummering om nordisk migrasjonshelseforskning påpekes det at det er begrenset med kvalitativ forskning som kan supplere den kvantitative forskningen. Det er flere ubesvarte forskningsspørsmål, blant annet om erfaringene til innvandrere som mottaker av helsehjelp eller hva som er de uoppfylte helsebehovene til innvandrere (Kumar et al., 2022, s.1042-1043). Det er ikke funnet forskning som omhandler personer med samtidige rus- og psykiske helseplager som har innvandret fra

Afrikas horn til Norge og deres opplevelser med helsehjelpen innen psykisk helse- og rusfeltet. Imidlertid er det funnet forskning som er relatert til tema og innen samme fagfelt selv om det ikke omhandler akkurat samme tema som i denne studien.

Personer med innvandrerbakgrunn som lever med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse kan ifølge Kour et al., (2019) oppleve et krysspess med forventninger fra egen kultur og den norske kulturen. Mange opplever vanskelige familieforhold og manglende støtte fra familie og nettverk, dette ofte grunnet skam og stigma som er særlig knyttet til rusmiddelbruken. Det framkommer utfordringer med å finne tilhørighet, men mange opplevde aksept og fellesskap i rusmiljøet. I tillegg kommer det fram erfaringer med rasisme og diskriminering grunnet rusmiddelbruk, psykiske uhelse og det å være innvandrer. (Kour et al., 2019, s.49-54).

Når det gjelder forskning på erfaringer med helsehjelp for innvandrere med ROP-lidelser eller ruslidelser ser man at flere informanter mener det er viktig at ansatte har kulturkompetanse. Mange forteller at de har opplevd å ikke bli forstått når det gjaldt egen kultur, verdier og språk. Enkeltpersoner som informanter har møtt trekkes fram som betydningsfulle, det er hjelpere som har sett den enkelte som et fullverdig og unikt menneske (Pettersen og Debesay, 2023, s.9-10; Kour et al., 2020, s.4-6; McCann et al., 2016, s.5; Berg og Audestad, 2006, s.39). Møte mellom eksempelvis somaliere i eksil og de norske helsetjenestene kan være et møte mellom ulike teorier, fortolkninger og forventninger når det gjelder sykdomsforståelse og helsehjelp (Hjelde, 2007; Hjelde, 2008). Flere personer i målgruppen forteller om manglende tilknytning til behandler i rusbehandlingen, i tillegg til et ønske om mer individuelt tilpasset behandling (Kour et al., 2020, s.4-5). I forskningen kommer det fram at mange deltakere har opplevd stigmatisering i sitt eget miljø grunnet rusmiddelbruk og psykisk lidelse. I tillegg har mange opplevd rasisme og diskriminering i storsamfunnet, men også mens de var i rusbehandling. Man ser en mistillit mot det som omtales som et «hvitt system» tilpasset etnisk norske personer (Pettersen og Debesay, 2023, s.7-9; Kour et al., 2020, s.5-6; McCann et al., 2016, s.4-5; Berg og Audestad, 2006, s.33). Manglende tillit kan handle om dårlige erfaringer med hjelpeapparatet eller at man ikke har kjennskap til hva som finnes av helsehjelp. Videre ser man at personer i målgruppen har manglet informasjon om rusmiddelbruk og psykisk uhelse. Kunnskap om helsetjenestene og økt helsekunnskap kan virke motiverende til økt bruk av psykisk helse- og rustjenestene (Pettersen og Debesay, 2023, s.6-7; McCann et al., 2016, s.5-7; Berg og Audestad, 2006, s.33).

Flere av studiene som er presentert besvarer problemstillinger innen samme område som denne studien. Selv om studiene viser lignende fokus er det likevel ulike vinklinger i temaene som presenteres. Ser man på de norske studiene anser jeg min studie som et nyttig tillegg siden studien får fram erfaringer fra ulike deler av hjelpeapparatet, mens de norske studiene som tar opp samme tema i stor grad forholder seg til institusjonsbehandling. Dermed går denne studien bredere ut når det gjelder ulike deler av hjelpeapparatet, mens målgruppen er snevrere ettersom det er et geografisk avgrenset område og fokus er på personer som har, eller har hatt, samtidig rusmiddelbruk og psykiske helseplager.

3.2 Migrasjonshelse

Innen norsk helsetjeneste og helselovgivning er det et hovedprinsipp at alle skal behandles innen et og samme helsesystem. Helsetjenestene skal yte likeverdige tjenester til alle uansett bakgrunn og hjelpen skal være tilpasset den enkelte. Gitt de ulike forståelsene av helse og helsehjelp kan man imidlertid stille spørsmål ved hvordan likhetsprinsippet fungerer. Det fagfeltet som særlig har undersøkt disse spørsmålene kalles migrasjonshelse eller minoritetshelse (Hjelde, 2013, s.182). Migrasjonshelse kan deles inn i fem kunnskapsområder som vil bli gjennomgått i hvert sitt underkapittel. Ut fra oppgavens fokus på innvandrere fra Afrikas horn med samtidig rusmiddelbruk og psykiske helseplager er det denne gruppen og disse helseutfordringene jeg vil se på. Det vil også trekkes inn relevant fagkunnskap om helse og levekår blant personer med rusmiddelbruk og psykiske helseplager, uansett landbakgrunn.

3.2.1 Helsesituasjonen blant innvandrere

Innvandrere kan ha med seg flere erfaringer som øker risikoen for psykisk uhelse. Dette kan være knyttet til tiden før migrasjonen (fattigdom, forfølgelse, naturkatastrofer, krig, fengsling og tortur), under selve reisen (sult, kulde, økonomisk gjeld, utrygghet, risiko for skade eller eget liv) og etter migrasjonen (livet som minoritet i et nytt land, opplevelse av diskriminering, tap av sosial status eller egen kompetanse som blir ugyldiggjort) (Holt, 2019, s.104-116; Hjelde, 2013, s.182). Alle som flytter drar på ulikt vis bort fra sine relasjonelle forpliktelser. Noen kan kjenne at de har sviktet familien ved å reise, selv om de sender penger og bidrar til bedre økonomi. Selv de som reiste for å redde sitt eget liv kan ha dårlig samvittighet (Salole, 2018, s.238). Man kan også kjenne overlevelsesskyld for å ha sluppet unna farer som rammet dem man forlot (Holt, 2019, s.89). Etter ankomst i det nye landet kan mange kjenne seg ensomme (Barstad, 2018, s.25).

Innvandrere ser ut til å ha større risiko for psykiske helseplager enn den øvrige befolkningen. Imidlertid avhenger helsestatus av pre-og postmigrasjonsfaktorer, sosioøkonomiske forhold, opplevelse av sosial støtte og opplevelse av marginalisering og diskriminering blant annet på bolig- og arbeidsmarkedet (Abebe et al., 2014, s.65). Studier som ser på forekomst av psykiske lidelser eller plager blant innvandrere varierer ut fra hvilke deler av befolkningen som inkluderes og om man undersøker diagnoser eller selvrapporterte psykiske plager og rusmiddelbruk. Levekårsundersøkelsen blant innvandrere viste at andelen innvandrere med psykiske plager var høyere enn den øvrige befolkningen. Imidlertid er det forskjell blant annet mellom landbakgrunn og kjønn (Straiton og Kjøllesdal, 2019, s.63-64). Prosentandelen som får en psykiatrisk diagnose er høyere blant etnisk norske enn blant unge voksne med innvandrerbakgrunn. Unntaket er diagnostisering av schizofreni eller PTSD (Ekeberg og Abebe, 2021, s. 956). Det er også undersøkt samtidigheten av ruslidelser og psykiske lidelser i befolkningen som helhet hvor man så en høyere forekomst av rusdiagnoser blant personer med alvorlige psykisk lidelse enn den øvrige befolkningen (Nesvåg et al., 2015, s.1269).

Rusmiddelbruken er lavere blant innvandrere enn den øvrige befolkningen både i norske og internasjonale studier. Færre innvandrere oppgir å drikke alkohol, men det er forskjell ut fra landbakgrunn (Straiton et al., 2019, s.99; Harris et al., 2019, s.13; Abebe et al, 2015, s.999; Quereshi et al., 2014, s.339). Unntaket i en svensk studie var cannabisbruk som var høyere blant personer fra Midtøsten og Afrika sør for Sahara. Man så også at personer med PTSD hadde høyere risiko for rusmiddelbruk (Harris et al., 2019, s.13). I tillegg ser man en høyere forekomst av traumeerfaringer og traumelidelser blant rusmiddelbrukere, uavhengig av etnisk bakgrunn (Belfrage et al., 2023, s.68).

3.2.2 Levekår

Menneskets levekår har betydning for personens helse. Mennesker som er plassert i den nedre delen av sosial lagdeling rapporterer oftere om dårlig psykisk helse enn personer med høyere sosioøkonomisk status (Dahl og Friestad, 2013, s.151). Innvandrere har generelt dårligere levekår enn den øvrige befolkningen når det gjelder økonomi, sysselsetting, arbeid, bolig, sosial kontakt og helse. Imidlertid er det store forskjeller på dette området (SSB, 2017). Blant personer med alvorlig rusmiddelbruk og psykiske helseplager har 39% av brukerne, i følge kartleggingsverktøyet «Brukerplan»* alvorlige levekårsutfordringer på gjennomsnittlig fem av

* Det er tatt utgangspunkt i Brukerplan 2019, ettersom Brukerplan 2020 har betydelig færre kartlagte brukere og derfor ikke kan brukes som sammenligning med tidligere års kartlegginger.

områdene bolig, aktivitet, økonomi, fysisk helse, psykisk helse, rusmiddelbruk, sosial fungering og nettverk (Hustvedt et al., 2020, s.30). Målgruppen for studien har dermed flere risikofaktorer som kan innvirke negativt på personens psykiske helse. Imidlertid er det forskjeller slik at man ikke automatisk kan si at personen, som innvandrer til Norge med psykiske helseplager og rusmiddelbruk, samtidig har alvorlige levekårsutfordringer.

3.2.3 Retten til helsetjenester

En tredje faktor er retten til helsetjenester. For å benytte seg av sin rettighet til helsetjenester er man avhengig av at helsemyndighetene legger til rette for tilgjengelige tjenester for hele befolkningen (Hjelde, 2013, s.183). Språkproblemer og kulturforskjeller blir ofte omtalt som begrensede faktorer for å kunne benytte seg av helsetjenestene. Språkproblemer er viktig, men løser imidlertid ikke alle utfordringene i møte med helsevesenet. For personer som ikke kan lese på sitt eget språk eller på norsk er det særlig utfordrende med helseinformasjon. Den muntlige informasjon i hjelpeapparatet blir derfor ekstra viktig, da det kanskje er den eneste informasjonen personen får (Eriksen og Sajjad, 2020, s.258-259).

3.2.4 Tilgang på helsetjenestene

Et fjerde forhold er tilgangen på helsetjenestene. For å oppnå god tilgang må man vite at tjenestene finnes, de må være økonomisk og praktisk tilgjengelige, man må vite hvordan man kan oppsøke dem og hvilken hjelp som gis. For mange innvandrergrupper som har med seg en annen helseforståelse vil det norske helsevesenet virke fremmed (Hjelde, 2013, s.183). Noen vil oppsøke fastlegen, men som Hjelde beskriver, opplever mange å ikke få hjelp der. Det kan være grunnet opplevelsen av gjensidig mistillit, lang tid før man får time og sjelden bruk av tolk. Mange oppsøker derfor heller legevakten for akutt hjelp (Hjelde, 2008, s.28-29). Når man har sett på kunnskap om helsetjenester ser man at blant somaliske flyktningekvinner i Oslo manglet 71% av de spurte kunnskap om hvordan de skulle oppsøke, forstå og handle på helseinformasjon, samt kunnskap om hvor man får helsehjelp. Helsekunnskapen økte imidlertid ved økt sysselsetting, utdanningsnivå og botid i Norge (Gele et al., 2016, s.5-7). Videre kan stigma være en kulturellt relatert barriere som kan påvirke hvorvidt helsetjenestene oppleves tilgjengelige. Frykten for å bli dobbelt stigmatisert både som innvandrer og «gal» kan gjøre at man unngår å benytte seg av sin tilgang på helsetjenestene (Jávo, 2010. s.158). Manglende kunnskapsinnhenting om hjelpeapparatet kan også skyldes redsel for at det blir kjent i lokalsamfunnet og dermed påvirker familiens ære (Ververda og Ismail, 2017, s.7).

3.2.5 Kvaliteten på helsetjenestene

Når man ser på kvaliteten på helsetjenestene er kulturkompetanse sentralt. Dette kan forstås som kvaliteten på selve samhandlingen mellom innvandrerpatienten og helsepersonell (Hjelde, 2013, s.185). Kulturkompetanse kan defineres som «evnen til å samhandle effektivt med personer fra forskjellige kulturer» (Jávo, 2010, s.154). Denne kompetansen består av en bevissthet om eget kulturbilde, en aksepterende holdning til kulturelle forskjeller, kunnskap om ulike kulturelle uttrykksformer og livsanskuelse, samt ferdigheter i arbeide tverrkulturelt. Sentralt innen kulturkompetanse er kultursensitivitet. Kultursensitivitet innebærer en bevissthet om at kulturelle forskjeller og likheter finnes og at det vil kunne påvirke verdier, læring og atferd. Som helsearbeider vil kultursensitivitet bety å oppdage og forstå i hvilken grad kulturelle forskjeller påvirker kommunikasjon og samhandling (Jávo, 2010, s.154-155).

3.2.6 Øst-Afrikaprojektet

For å imøtekomme en del av utfordringene som er tatt opp når det gjelder migrasjonshelse ble det ved et av DPS-ene i Oslo etablert et prosjekt som skulle nå ut til innvandrere fra Øst-Afrika som ikke var kjent med, eller nyttiggjorde seg, hjelpeapparatet. Prosjektet får fokus i noen av intervjuene i studien og det vurderes derfor hensiktsmessig å gi et kort innblikk i dette arbeidet. «Prosjekt traumatiserte flyktninger» startet ved Tøyen DPS i 2005. Målgruppen var personer fra Øst-Afrika hvor det var mistanke om alvorlig psykisk lidelse, de hadde et alvorlig funksjonsfall, og de var ikke i behandling eller behandlingstilbudet fungerte ikke tilfredsstillende (Ayazi, 2006). Ved prosjektets start hadde begge de ansatte minoritetsbakgrunn, den ene med bakgrunn fra Somalia. Dette bidrog trolig til å redusere skepsisen mange pasienter har mot psykisk helsevern og ga et positivt utgangspunkt for etablering av tillit (ibid.). Erfaringen i prosjektet med ansatte som kjenner hjemlandet og det nye landet trekkes fram som positiv da disse personene kan fungere nærmest som kulturellrådgivere når man har kjennskap til både den gamle og nye kulturen (Hjelde, 2008, s.30). Pasienter ble rekruttert via ansattes tidligere arbeidsforhold, gjennom somaliske organisasjoner, i moskeen, gjennom pårørende eller sosialtjenesten (Ayazi, 2006). Det ble også holdt informasjonsmøte i blant annet Somalisk velforening om å være psykisk syk og hvordan man kan få hjelp. Over 50 somaliske menn møtte opp på møtet. Fire-fem deltakere rakk opp hånda da de fikk spørsmål om noen hadde behov for hjelp (Storvik, 2008). Pasienter og pårørende var ofte skeptiske til det norske behandlingssystemet grunnet tidligere erfaringer, manglende kunnskap om hjelpeapparatet og feilaktige og negative rykter. For å nå ut til målgruppen måtte de ansatte være fleksible, tålmodige og gjestfrie (Ayazi, 2006). Det

oppsøkende arbeidet var avgjørende for å etablere en behandlingsrelasjon. Den første kontakten var ofte uformell da mange kviet seg for å komme til teamets lokaler grunnet tabu knyttet til psykisk lidelse, samt bekymring for at det ville ryktes i miljøet (Storvik, 2008).

Prosjektet ble videreført under navnet Øst-Afrikaprojektet fra 2006-2009 (Storvik, 2008). Prosjektet er i dag en del av Storby-og flyktningeteamet ved Lovisenberg Diakonale sykehus (Lovisenberg diakonale sykehus, u.å.).

3.3 Velferdsstatens helsetjenester

Den norske velferdsstaten anses som en tjenesteintensiv velferdsstat da den i betydelig grad bistår befolkningen gjennom å tilby ulike former for behandling, støtte og hjelp (Vabø, 2014, s.11). De norske helse-og omsorgstjenestene er i en særegen posisjon da ingen andre land har gått så langt i å gjøre helse, omsorg og pleie til et offentlig ansvar. De andre nordiske landene har gått nesten like langt, men utenfor Nord-Europa er det få land å sammenligne seg med. Dette er ikke bare på grunn av den økonomiske situasjonen i landene, men andre steder er det utenkelig at familien skal gi omsorgen for sine kjære til staten (Vike, 2017, s.201). I Norge er den statlige styringen stor, mens det i stor grad er familien som er ansvarlig for helsehjelp i landene på Afrikas horn. Det er altså store forskjeller mellom hjelpeapparatet innvandrere fra regionen møter i Norge og det systemet man reiser fra. Skriftlig informasjon som preger det norske velferdssamfunnet kan i tillegg være utfordrende da det i f.eks. somalisk kultur er større tradisjon for muntlig informasjonsoverlevering (Hjelde, 2008, s.26; Storvik, 2008).

3.4 Metode for innhenting av litteratur og forskning

Selv om målgruppen for studien er innvandrere fra Afrikas horn med samtidige rusutfordringer og psykiske helseplager har forskning som omhandler både flyktninger, minoriteter eller innvandrere blitt vurdert som relevant. Det samme gjelder psykisk helse og rusmiddelbruk. Både artikler med disse utfordringene på samme tid har blitt studert, men også artikler hvor kun en av utfordringene er i fokus.

Jeg har primært brukt søkemotorene Oria og PubMed for å finne relevant forskning. Selv om det i denne oppgaven ikke brukes begrepet ROP-lidelser er det søkt etter studier som omtaler «ROP-lidelser», «dual diagnosis» eller «co-occurring substance use and mental health disorders» i kombinasjon med «minority», «immigrant», eller «innvandrere» og «minoritet». Jeg har søkt både med og uten «Norway». Jeg har også brukt disse søkemotorene for å finne

informasjon om helsestatus i landene på Afrikas horn. Det er også søkt etter forskning med søkeord som «stigma» eller «tabu» i kombinasjon med ulike begreper for psykisk helse/ psykiske helseplager. Det er mulig at med mer erfaring med litteratursøk, samt bruk av flere søkemotorer kunne jeg ha funnet enda mer relevant forskning. I tillegg kunne bruk av andre relaterte søkeord som f.eks. traumer, migrasjonsstress, migrasjonsprosessen eller diskriminering gitt ytterligere informasjon for å undersøke og forstå bedre den situasjonen målgruppen befinner seg i. Mitt fokus har i stor grad vært ut fra faget psykososialt arbeid og min bakgrunn som sykepleier, dermed er det innen disse fagene og med denne terminologien jeg har lett etter svar på mine spørsmål. Eksempelvis kunne forskning innenfor krigstraumer eller samspillet mellom religion og psykisk helse vært felt hvor det kunne vært nyttig å søke mer informasjon. Det har vært nyttig å lese litteraturlister i forskningsartikler, bøker, rapporter og faglige veiledere. I tillegg har jeg funnet relevant forskning gjennom å følge faglige forum i sosiale medier. Jeg har også fått tips om litteratur og forskning fra veileder og andre lærere på skolen, medstudenter, kollegaer, doktorgradsstipendiat, samt kontaktperson i RIO.

Både i norsk og internasjonal forskning er det stor forskjell i hvor mye forskning det finnes som omhandler innvandrere fra de ulike landene på Afrikas horn. Det samme gjelder forskning på perspektiver på psykisk helse eller tilgjengelig helsehjelp i regionen. Mye av forskningen tar utgangspunkt i Somalia. Dette bærer også denne oppgaven preg av da det har vært mer tilgjengelig forskning om perspektiver på psykiske helseplager, helsehjelp og rusmiddelbruk blant somaliere enn blant innvandrere fra de øvrige landene på Afrikas horn.

Oppsummering kapittel 3

I dette kapittelet har jeg sett på forskning som er relevant for denne studien. Selv om det ikke er funnet forskning som omhandler akkurat samme tema som min problemstilling, er det funnet flere forskningsartikler som er relatert til denne studiens tema. Det er gjort rede for hovedpoengene i denne forskningen. Det er også gjort rede for litteratursøk. I gjennomgangen av feltet «migrasjonshelse» ser man at innvandrere kan ha med seg flere erfaringer som øker risikoen for psykiske helseplager. Imidlertid avhenger dette av forhold både før, under og etter migrasjonen. Man ser at innvandrere generelt bruker mindre rusmidler enn den øvrige befolkningen. Videre ser man at helsestatus avhenger av personens levekår, at helsehjelpen er og oppleves tilgjengelig, samt kvaliteten på helsehjelpen hvor ansattes kulturkompetanse står sentralt. Organiseringen av helsehjelpen målgruppen møter i det norske samfunnet er på mange måter svært annerledes enn organiseringen i deres hjemland.

4.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for metodiske valg i oppgaven og gjennomføring av disse. Jeg vil forsøke å gi et helhetlig og åpent bilde av forskningsprosessen.

4.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Denne oppgaven tar utgangspunkt i et hermeneutisk vitenskapssyn. Hermeneutikken dreier seg forståelse og fortolkning, og hvordan man går frem for å oppnå fruktbare og gyldige tolkninger. Kort sagt kan hermeneutikken hjelpe oss med å forstå hvordan vi forstår og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2003, s.139). I følge to sentrale tenkere innen hermeneutikken, Heidegger og Gadamer, er vår måte å eksistere på hermeneutisk: Vi er i verden som forstående og fortolkende historiske vesener (Thornquist, 2003, s.151). Det mest kjente begrepet innen den hermeneutiske tradisjonen er trolig hermeneutisk spiral. Det viser til et fortolkningsprinsipp om at man forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene. Hver gang man forstår en ny del av virkeligheten eller fenomenet man studerer påvirker det vårt syn på helheten. Det nye synet på helheten påvirker igjen vårt syn på delen(e). Slik fortsetter den hermeneutiske spiralen hvor hver omdreining bidrar til økt forståelse av et fenomen og en dypere innsikt (Thornquist, 2003, s.142-143).

Ut fra hermeneutikken har enhver samfunnsforsker, bevisst eller ubevisst, med seg faglige og personlige perspektiver og erfaringer som preger vår fortolkning av verden. Denne forforståelsen er det en fordel å være mest mulig bevisst. Den bør også gjøres eksplisitt slik at leser og fortolker ser hvilke forutsetninger som ligger til grunn for tolkningsarbeidet (Repstad, 2007, s.117-122). Man kan imidlertid ikke redegjøre fullt ut for dette da flere av faktorene som påvirker forforståelsen er ubevisste (Thornquist, 2003, s.198). Med et hermeneutisk vitenskapsfilosofisk utgangspunkt forutsetter jeg at mine erfaringer, verdier og forkunnskap virker inn på kunnskapen som utvikles. Min forforståelse utvikler og endrer seg etter hvert som jeg tilegner meg mer forståelse for oppgavens tema.

4.2 Valg av tema og forskningsmetode for masteroppgaven

I denne masteroppgaven søker jeg den enkelte informant sine opplevelser og erfaringer i møte med det norske psykisk helse- og rusfeltet. Målgruppen er en heterogen gruppe. Det er likevel personer som lever med, eller har levd med, psykiske helseplager og rusmiddelbruk og som har erfaring med hjelpeapparatet. For å få tak i informantenes opplevelser og erfaringer har jeg brukt kvalitativt semistrukturert intervju som metode (Tjora, 2021, s.295). Jeg har valgt

denne metoden da jeg søker forståelse for informantenes opplevelser, jeg har ønsket å bli kjent med informantenes livssituasjon og jeg har ønsket å kunne snakke med informantene; faktorer som er i tråd med kvalitativ metode (Tjora, 2021, s.27).

Tema for oppgaven bestemte jeg meg for høsten 2021, men vinkling på oppgaven tok form etter samtaler med ressurspersoner, samtaler med veileder, samt etter gjennomføring av det første intervjuet. Egentlig var mitt fokus på kommunale psykisk helse-og rustjenester, men jeg så i det første intervjuet at dette ble et unaturlig skille og jeg valgte derfor å ha en mer åpen tilnærming til hvilke tjenester på dette feltet informantene hadde erfaring med. Tidlig i prosessen tok jeg kontakt med RIO - en landsdekkende brukerorganisasjon på rusfeltet (videre omtalt som RIO). Gjennom samtaler med kontaktperson i RIO fikk jeg tips til vinkling for oppgaven. Jeg hadde også møte med Prabhjot Kour, som skriver doktorgrad om innvandrere i Norge med samtidig rus- og psykisk lidelse. Hun ga nyttig informasjon om det eksisterende kunnskapsgrunnlaget og hun delte sine erfaringer når det gjaldt rekruttering av informanter.

4.3 Utforming av intervjuguide

Intervjuguiden tar utgangspunkt i oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Intervjuene starter med noen detaljerte spørsmål om informantenes alder, årsak til migrasjon og botid i Norge. Deretter følger spørsmål om hvordan man ser på psykiske helseproblemer og rusmiddelbruk i informantenes hjemland. Dette for å få innblikk i informantenes bakgrunn, samt forskjeller i hvordan man ser på disse utfordringene i Norge og i landene på Afrikas horn. Videre følger spørsmål knyttet til informantenes historie med rusmiddelbruk og psykiske helseplager, samt deres erfaringer og opplevelser med det norske hjelpeapparatet. Intervjuspørsmålene er ikke mange eller detaljerte da målet har vært å la informantene fortelle det de har ønsket om sine opplevelser relatert til problemstillingen (se vedlegg nummer 1).

4.4 Rekruttering av informanter

Etter mitt første møte med min kontaktperson i RIO tilbød han seg å hjelpe med rekruttering av informanter. Imidlertid viste det seg å være utfordrende å få personer til å delta. Tre informanter ble rekruttert via kontaktperson i RIO. Jeg kontaktet også min tidligere arbeidsplass hvor jeg arbeidet med oppfølging av personer med samtidige rusutfordringer og psykiske helseplager. Tidligere kollegaer informerte brukere i målgruppen om studien. Tre personer var interessert i å delta, men av ulike årsaker valgte kun en å stille til intervju. Det kan være ulike årsaker til at det var utfordrende å rekruttere informanter. I følge en av mine

informanter vil det være vanskelig for potensielle informanter å snakke om egne erfaringer grunnet skam og stigma knyttet til rusmiddelbruk og psykisk uhelse. Han fortalte at mange trolig hadde vært nødt til å være ruspåvirket før de ville stille til intervju. Det ville da ha blitt et spørsmål om personen var samtykkekompetent grunnet ruspåvirkning. Informantene forteller om opplevelser med diskriminering og stigmatisering og kanskje er frykten for at dette også kan skje i intervjusettingen medvirkende til at få personer ønsket å delta. Intervjuet tar opp tema som er tabubelagt i informantenes hjemland. Å dele sine tanker og erfaringer rundt disse temaene har jeg forståelse for at er utfordrende i møte med en fremmed person. En annen årsak kan være tiden intervjuet tar.

Jeg er en hvit middelklassekvinne oppvokst i Norge i trygge omgivelser. Kanskje hadde det vært enklere for potensielle informanter dersom jeg som intervjuer hadde hatt med meg erfaringer som hadde gjort meg i stand til å identifisere meg med rusmiddelbruk, psykiske helseplager eller migrasjon. En annen mulighet er dersom jeg hadde brukt tolk i intervjuene. Ingen av informantene har norsk som sitt morsmål, likevel ble intervjuene gjennomført på norsk. Sett i ettertid ville det vært nyttig å ha tydeliggjort for samtlige informanter at vi kunne ha gjennomført intervjuene på engelsk dersom personen hadde foretrukket dette.

4.5 Presentasjon av informantene

I studien deltar fire menn fra Afrikas horn som informanter. Det var ønskelig å inkludere både kvinner og menn, men det var kun menn som ønsket å stille til intervju. Imidlertid er det blant rusmiddelbrukere en kjønnsfordeling hvor omlag 70% av brukerne er menn (Hustvedt et al., 2020, s.11) slik at det er kjent at det er flere menn i målgruppen. Stigmaet knyttet til rusmiddelbruk er trolig enda sterkere for kvinner fra Afrikas horn. Personene som den ene informanten trodde måtte være ruspåvirket for å delta i studien var kvinner fra Somalia. Videre er ikke alle landene på Afrikas horn representert selv om oppgavens problemstilling omhandler Afrikas horn. Imidlertid er de største gruppene fra Afrikas horn i Norge dekket med personer fra Somalia og informant fra Eritrea som har bodd i Etiopia.

Jeg har gitt informantene pseudonymer for å anonymisere dem. Pseudonymene er gitt i alfabetisk rekkefølge for å tydeliggjøre rekkefølgen på intervjuene. Informantene har erfaringer med rusmiddelbruk og psykisk uhelse med varierende alvorlighetsgrad og de har vært i kontakt med hjelpeapparatet i Norge. Noen av informantene har fortsatt kontakt med psykisk helse- og rustjenestene i dag.

- «Abdi» er en mann i slutten av 40-årene. Han er opprinnelig fra Somalia og kom til Norge som enslig mindreårig flyktning for omlag 30 år siden grunnet borgerkrigen.
- «Bashir» kom til Norge for cirka 30 år siden. Han er også fra Somalia. Bashir er i slutten av 60-årene.
- «Ermias» er en mann i 50-årene. Han bodde i Etiopia men drog fra landet for å ikke bli fengselet da han var mistenkt for å ha deltatt i demonstrasjoner da han opprinnelig er fra Eritrea. Han har vært i Norge i mer enn 30 år.
- «Jamal» er i begynnelsen av 40-årene. Han er fra Somalia og kom til Norge grunnet borgerkrigen for rundt 30 år siden. Han kom til Norge sammen med deler av familien.

4.6 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført på steder hvor informantene følte seg komfortable. Det ble tatt opptak av intervjuene via telefon med mikrofon-applikasjon knyttet til TSD (tjenester for sensitive data). Det ble ikke tatt notater underveis, men det ble skrevet ned notater og tanker om intervjuene like etter at intervjuene var avsluttet. Et intervju ble gjennomført på kafé, to intervjuer ble gjennomført på folkebiblioteket og et intervju ble gjennomført på møterom tilknyttet informantens bosted. Når det gjaldt intervjuene som ble gjennomført på offentlige steder ble disse gjennomført på steder på kafeen/biblioteket hvor det var få andre personer til stede eller som kunne passere oss. Den ene informanten fikk tilbud om å gjennomføre intervjuet på engelsk da han flere ganger lette etter de norske ordene, men sa nei til dette. Intervjuet ble derfor i hovedsak gjennomført på norsk, selv om svarene noen ganger kom spontant på engelsk. En annen informant kjenner jeg fra min tidligere jobb i et ambulant, kommunalt rus-og psykisk helseteam. Han hadde tidvis vansker med å uttrykke seg på norsk om personlige opplevelser. Vi har imidlertid i vår tidligere kontakt hatt norsk som vårt språk og det ble derfor naturlig å gjøre intervjuet på norsk. Sett i ettertid kunne han kanskje ha uttrykt seg bedre på engelsk. Intervjuene ble gjennomført i perioden september-november 2022, med det siste intervjuet på slutten av masterskrivingen i mars 2023.

4.7 Transkribering

Alle intervjuene ble lagret i TSD sin krypterte nettløsning og avspilt og transkribert av u.t. I opptakene bruker informantene og u.t. navnene til informantene, dette er ut fra prinsipp om anonymisering ikke gjengitt i den transkriberte teksten. Navn på bosted eller institusjoner er i stor grad fjernet i den skriftlige teksten for å sikre anonymisering av informantene og for at

ikke behandlingsinstitusjoner og ikke navngitte personer som arbeider på navngitte steder skal bli urimelig eksponert (NESH, 2021, s.26).

I den transkriberte teksten er det noen steder endret setningsoppbygging og ordstilling slik at språket blir endret fra muntlig til skriftlig formulering. Noen av informantene skifter mellom norsk og engelsk. Skiftene er beholdt i den transkriberte teksten da det ofte er følelser som uttrykkes på engelsk og dermed sikrer jeg at meningsinnholdet i større grad viderefremmes. Ved flere anledninger sier informant eller u.t. lyder skriftliggjort som «eee...» eller «du...». Disse er fjernet i den transkriberte teksten for å gjøre teksten mer leservennlig. I tillegg kan det å skriftliggjøre f.eks. lyder eller halve setninger være etisk problematisk da informantene kan oppleve å bli framstilt på en latterliggjørende og fordømmende måte (Svalastog, 1998, s.51). Endring av ordstilling og skriftlige lyder er illustrert i følgende eksempel:

Direkte avskrift fra intervjuet: *«jeg var russ, det var da jeg skulle drikke, starte og drikke ikke sant, hvertfall når jeg var ferdig med videregående og vente på det ikke sant, men daaa...det gjorde jo noe med meg ikke sant at jeg kunne slippe taken litt, kunne komme inn i vennene mine».*

Omskrevet tekst: *«Da jeg var russ, det var da jeg skulle drikke, starte og drikke ikke sant, hvert fall da jeg var ferdig med videregående. Jeg ventet på det. Men det gjorde jo noe med meg, jeg kunne slippe taket litt, kunne komme inn på vennene mine».*

I noen av sitatene i kapittel 5 bruker jeg tegnene [...] for å vise at sitatet egentlig er lenger. Deler av sitatet er imidlertid tatt bort for å tydeliggjøre funnene jeg ønsker å belyse. Andre steder er deler av sitatet fjernet for å hindre at personen skal bli gjenkjent da det oppgis opplysninger som er vanskelig å anonymisere. Det er merket med de samme tegnene.

4.8 Min rolle som forsker

I møte med informantene har jeg med meg min forforståelse som er preget av mine erfaringer som menneske, som spesialsykepleier og som masterstudent. Å være hvit kvinne som har levd hele livet i Norge, utenom korte og frivillige reiser eller utvekslingsopphold, kan innvirke på møtene med informantene. Det vil ikke være mulig for meg å forstå hvordan det er å komme til et nytt land hvor alt er fremmed, samtidig som man har med seg en bagasje preget av krig, traumer og sorg, i tillegg til håp, drømmer og kunnskap. I arbeidet med masteroppgaven har

jeg derfor hatt flere samtaler med brukere på tidligere arbeidsplass om deres erfaringer med migrasjon og møtet med hjelpeapparatet for å gjøre meg mer bevisst egne handlinger, automatiske tanker og en ydmykhet ovenfor informantene.

Min tilstedeværelse og væremåte har kunnet innvirke på svarene fra informantene. Dette betegner man som forskningseffekt (Repstad, 2007, s.66). Dette har jeg forsøkt å være bevisst i møtene med informantene ved å forsøke og skape en trygg setting og fokusere på at det jeg ønsker gjennom intervjuene kun er å høre deres historier og refleksjoner. Ettersom min bakgrunn og informantenes bakgrunn er svært ulik har det ikke vært aktuelt å late som at disse forskjellene ikke eksisterer. Det har heller vært viktig å være ydmyk ovenfor informantene og deres kunnskap. Min erfaring som spesialsykepleier innen psykisk helsearbeid tror jeg har hatt betydning for intervjuene. På samme måte som i intervjuene er språket og meg selv, både det verbale og non-verbale, de viktigste verktøyene i min arbeidshverdag. Dette gjør at jeg er vant til å spørre og lytte, dog ikke like vant til å ikke kommentere eller komme med tiltak.

4.9 Forskningsetikk og etiske refleksjoner

Arbeidet med masteroppgaven har fulgt den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) sine forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora. I forkant av intervjuene ble studien meldt til NSD som vurderte at den planlagte behandlingen av personopplysninger samsvarte med personvernlovgivningen (se vedlegg 2 og 3).

Som tidligere nevnt finnes det begrenset forskning på den aktuelle målgruppen. Det er en risiko ved forskning på innvandrere og psykisk helse at innvandrere kan framstå som anomalier i samfunnet (Hjelde, 2013, s.186). Forskingen på innvandreres psykiske helse kan få uintenderte negative følger. Det kan være innvandringspolitiske tema, forskjellene mellom minoritet og majoritet framheves, eller det kan dreie seg om forhold mange innvandrere er tause om som fall i sosial status, sosial isolasjon, opplevelse av rasisme etc. (ibid.). For å unngå negative følger, feilaktig generalisering og stigmatisering av målgruppen har jeg forsøkt å gjennomgående fokusere på at dette er fire personer med individuelle historier, selv om de har noen felles erfaringer som er utgangspunktet for studien. Videre gjør det å skulle forske på kulturelle grupper det viktig å tilegne seg kunnskap om og respektere den lokale konteksten og de sosiale forholdene (NESH, 2021, s.29). Målgruppen for masteroppgaven er medlemmer av flere grupper. I tillegg til å være enkeltpersoner og alt det den enkelte er som

menneske, er de blant annet både innvandrere fra Afrikas horn, de har eller har hatt utfordringer med psykiske helseplager og rusmiddelbruk og de har erfaringer som tidligere pasienter eller brukere av psykisk helse- og rustjenester. Etter å ha arbeidet innen feltet i flere år har jeg tilegnet meg mye kunnskap om pasientgruppen, men jeg har i arbeidet med oppgaven lest meg opp på Afrikas horn sin historie, dagens situasjon, innvandringshistorie i Norge, samt migrasjonsprosessen. Dette for å få en større forståelse av målgruppes situasjon.

Å intervju informantenes om deres bakgrunn og opplevelser gir en risiko for psykisk belastning. I intervjuene fikk informantene spørsmål rundt private og sensitive forhold. Det har derfor vært viktig at informantene skulle oppleve situasjonen som trygg og at det var frivillig å delta. Det var også viktig å formidle til informantene at de kunne dele så mye de ønsket slik at de opplevde respekt for sitt privatliv (NESH, 2021, s.25) samtidig som belastningen med å snakke om erfaringene ble så liten som mulig (NESH, 2021, s.27).

Informantene skrev i forkant av intervjuene under på samtykkeskjema. De fikk informasjon om hensikten med studien, oppbevaring av forskningsdata, deres rettigheter, samt informasjon om at de ville bli anonymisert i studien. Dette i tråd med NESHs retningslinjer om informert samtykke (NESH, 2021, s.18). Etersom det skriftlige informasjonsmateriellet var på norsk, men ingen av informantene har norsk som morsmål, ble informasjonen også gitt muntlig for å sikre at informantene skjønnte hva det innebar å delta i studien. I ettertid tenker jeg at det hadde vært hensiktsmessig at informasjonsskrivet hadde vært på engelsk, siden informantene har snakket engelsk lenger enn de har snakket norsk. Den ene informanten kjente jeg fra tidligere arbeidsforhold. Jeg ba tidligere kollega spørre han om han ville la seg intervju for å sikre at han ikke følte seg presset til dette fra meg. Dette i tråd med at frivillig samtykke innebærer at samtykket er gitt uten ytre press (NESH, 2021, s.18). Det var spesielt viktig å klargjøre min rolle ovenfor denne informanten (NESH, 2021, s.22). Det var omlag syv måneder siden forrige kontakt ettersom jeg hadde byttet jobb og jeg tror denne tidsperioden bidro til å tydeliggjøre forskjellen i min rolle i som ansatt i et kommunalt rus-og psykisk helseteam og min rolle som masterstudent. Det var viktig å presisere taushetsplikten slik at han var trygg på at det han sa i intervjuet ikke ble formidlet til tidligere kollegaer.

En utfordring som kunne blitt aktuell var hvorvidt personen hadde vært samtykkekompetent grunnet ruspåvirkning eller psykiske helseplager. Ved en anledning ble en av informantene oppfattet som tydelig ruspåvirket, det ble i dette møtet ikke gjennomgått det transkriberte

intervjuet som planlagt grunnet usikkerhet om personens nivå av ruspåvirkning og dermed usikkerhet rundt samtykkekompetanse. Intervjuet ble gjennomgått med denne informanten senere. Ingen av informantene hadde en så dårlig psykisk helse at de ikke kunne følge spørsmålene og gjøre rede for egne erfaringer og opplevelser.

Informantene fikk tilbud om å lese gjennom den transkriberte versjonen av intervjuet med omskrivninger fra muntlig til skriftlig språk. En av informantene fikk intervjuet tilsendt per mail og godkjente hele den transkriberte teksten. Jeg gikk gjennom den transkriberte teksten sammen med en av de andre informantene og han ønsket å fjerne deler av sin historie, noe som ble gjort. De to øvrige informantene takket nei til tilbud om å lese gjennom den transkriberte teksten. Det har derfor vært mulig å bruke det meste av intervjumaterialet utenom deler av det ene intervjuet.

4.10 Metode for analyse

Hensikten med oppgaven har vært å løfte fram informantenes opplevelser med hjelpen de har fått fra tjenestene innen psykisk helse-og rusfeltet. For å få fram disse erfaringene har jeg brukt hermeneutisk metode for analyse av intervjumaterialet. Det finnes ulike metoder for å analysere datamaterialet. Det kan være personbasert eller temabasert analyse. Her vurderer man om materialet skal presenteres tematisk eller via informantene, person for person (Repstad, 2007, s.131). Tjora tar utgangspunkt i en stegvis-deduktiv induktiv metode hvor man forutsetter at det foregår en induktiv prosess fra rådata til konsepter eller teorier, på samme tid som det foregår en deduktiv prosess hvor man sjekker fra teori til det empiri (Tjora, 2021, s.20). I denne oppgaven velger jeg en hermeneutisk metode da jeg mener denne er godt egnet for å undersøke meningsinnholdet i informantenes opplevelser og erfaringer, samt gi en dypere forståelse av informantene komplekse historie og livssituasjon.

En hermeneutisk prosess er en fortolkende prosess. Dette innebærer at man leser allmenne trekk og sammenhenger inn i de observasjonene man gjør. Den enkelte ytring eller observasjon tillegges mening ut over dets umiddelbare og løsevne framreden (Repstad, 2007, s.122). Ved bruk av hermeneutisk metode forsøker man å avdekke symbolske eller skjulte betydninger i materialet. Man ser etter underliggende mønstre som i lys av menneskets kontekst kan tilskrives mening (Fangen, 2010, s.217). Eksempelvis forteller en av informantene om opplevelsen av at rusbehandlingen ikke er tilpasset personer med innvandrerbakgrunn. Hva kan denne erfaringen egentlig handle om? I lys av personens

tidligere erfaringer og kontekst, samt min forforståelse, ser jeg det som at det kan handle om både erfaringer med diskriminering, opplevelse av utenforskap, udekkete helsebehov eller opplevelsen av å ikke bli lyttet til. Uttalelsen kan altså, i tråd med den hermeneutiske analysen, forstås som at den har et innhold utover den umiddelbare uttalelsen til informantene.

Fortolkningsprosessen beskrives ofte som en hermeneutisk spiral da man veksler mellom fokus på delene og helheten. Ved lesing av et intervju, leser man først intervjuet som en helhet for å få et helhetlig inntrykk. Deretter går man tilbake til de enkelte tema og delutsagn, prøver å finne deres mening og betydning, før man igjen ser på helheten og en mer reflekterende helhetstolkning. Slik gir spiralbevegelsen en kontinuerlig utdyping av mening (Repstad, 2007, s.121-122). For å analysere materialet gikk jeg gjennom intervjuene en rekke ganger. Jeg noterte stikkord i teksten om hva jeg tolket at utsagnene handlet om og jeg markerte sitater som jeg vurderte som ekstra sentrale for å besvare oppgavens problemstilling. Jeg har gått tilbake til intervjuene flere ganger, ofte for å se informantenes uttalelser i sammenheng med resten av intervjuet. Gjennom flere gjennomlesinger fant jeg nytt meningsinnhold i informantenes uttalelser. Jeg så etter likheter og mønstre, men også motsetninger. I analysen trakk jeg fram noen områder som informantene snakket om som jeg mener er relevante for å kunne besvare studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Disse fokusområdene er i stor grad utgangspunkt for underoverskriftene i kapittel 5. Områdene er, i tråd med hermeneutisk analyse, basert på min tolkning av informantenes utsagn.

For å illustrere den hermeneutiske analysen vil jeg trekke fram et sitat fra datamaterialet og gjøre noen korte refleksjoner. Målet har vært å få mer innsikt i informantenes opplevelser gjennom fortolkning av meningsinnholdet i intervjuene. I denne prosessen har det vært nødvendig å se informantenes historier i lys av deres kontekst, da som blant annet innvandrere, rusmiddelbrukere med psykiske helseplager og med en kulturell bakgrunn fra et annet land.

Abdi: Jeg visste ingenting om det hjelpeapparat som eksisterer her i dag. Jeg visste ikke at det eksisterte. Kjenner ingen som har vært i behandling, vet ikke hva ordet behandling innebærer og jeg visste ikke hva de skal behandle heller. De gangene jeg hørte folk sa jeg kom fra behandling tenkte jeg det bare var for norske.

Ut fra konteksten om at informantene er innvandrere fra Afrikas horn leser jeg at begrepet «norske» viser til noen andre enn gruppen Abdi identifiserer seg med. Hans forståelse av

begrepet «behandling» tolkes som at han ikke er kjent med hjelpetilbudet til rusmiddelbrukere og at han trolig ikke har fått hjelp for å mestre sin rusmiddelbruk tidligere. Ut fra min forforståelse, med arbeidserfaring innen psykisk helse-og rusfeltet samt kunnskap om informantens bakgrunn, leser jeg imidlertid «behandling» umiddelbart som at det viser til rusbehandling. Uten kunnskap om personens kontekst eller min forforståelse sier «behandling», som Abdi påpeker, lite om hva som behandles eller behandlingens innhold.

4.11 Å vurdere egen forskning

Det er en sentral del av forskningsprosessen å kritisk vurdere kvaliteten på egen forskning. Man bruker ofte begrepene reliabilitet og validitet som uttrykk for kvaliteten på forskningen (Repstad, 2007, s.134-136). Forskningens reliabilitet oversettes ofte til forskningens pålitelighet. Tydelige koblinger mellom data, analyse og teori bidrar til å styrke forskningens pålitelighet (Tjora, 2021, s.263). Dette kan gjøres ved at man gjør rede for hvordan man har kommet fram til tolkningene og hvordan tolkningene kan forstås i lys av begreper og teorier man bruker. Jo mer detaljert man gjør rede for prosessen fram til egne tolkninger, desto lettere vil en annen person kunne vurdere reliabiliteten av dem (Fangen, 2010, s.251-252).

Begrepet validitet oversettes ofte med gyldighet. Her ser man på om man har målt det man ønsker å måle, altså om det er samsvar mellom problemstilling, forskningsspørsmål og konklusjonen (Fangen, 2010, s.236; Repstad, 2007, s.134). Ved å redegjøre for hvordan forskningen utformes innen rammene av faglighet, forankret i relevant forskning, kan man styrke forskningens gyldighet (Tjora, 2021, s.262-263). Når det gjelder validering av tolkninger er dette et stort felt innen filosofi og hermeneutikk. En måte å vurdere tolkningene på er å se på om det man hører eller observerer samsvarer med virkeligheten (Fangen, 2010, s.245-246). Den som vurderer tolkningene vil alltid ha en viss forforståelse av tema. Det samme har jeg når jeg tolker meningsinnholdet i intervjuene, og kvaliteten på disse tolkningene preges av min forforståelse. Denne forforståelsen vil ofte ikke bestå av bevisst kunnskap, men ha form av en fornemmelse om hva som er riktig. Imidlertid må tolkningen underbygges med referanser til etablert, relevant litteratur og med referanse til egen innlevelse i deltakernes redegjørelser (Fangen, 2010, s.247-249). Det er altså ikke tilstrekkelig å si at informantens erfaringer er gjenkjennelige ut fra min forforståelse. I del 6 Diskusjon vil jeg se på funnene i studien i lys av aktuell teori og forskning for å vurdere studiens gyldighet. Generaliserbarhet, transparens og refleksivitet er andre kvalitetsindikator på forskningen. Generaliserbarhet beskriver forskningens relevans utover de enheter som faktisk er undersøkt.

(Tjora, 2021, s.259; Fangen, 2010, s.255). Selv om man i denne studien ikke vil kunne generalisere ukritisk når det gjelder informantenes opplevelser kan man likevel se at «slik er det for mange», og dermed er det en indikasjon på at funnene er interessante og gyldige (Repstad, 2007, s.25). Eksempelvis er mange i målgruppen ikke kjent med hvor de kan søke helsehjelp. Dette betyr imidlertid ikke at det gjelder for alle fra Afrikas horn med rusutfordringer og psykiske helseplager, men at det bør undersøkes mer og det kan være en indikasjon på at informasjon om helsetjenestene bør utformes på andre måter. Forskningens transparens er en beskrivelse av hvorfor en undersøkelse er gjennomført, de valg som er gjort og hvordan valgene har innvirket på forskningens funn. Transparens handler om hvor godt disse valgene formidles i forskningen (Tjora, 2021, s.264). Forskningens refleksivitet beskriver hvordan tolkningene framkommer, altså en tolkning av egen tolkning. Man undersøker og redegjør for hvordan egen tolkning formes av kognitive, teoretiske, språklige, politiske og kulturelle muligheter og omgivelser (Tjora, 2021, s.278).

Flere av områdene for vurdering av kvaliteten på forskningen har jeg allerede vært inne på i metodekapittelet under flere av delkapitlene. Tydeliggjøring av valg og bruk av teori, tidligere forskning og analytiske valg vil stå sentralt i hele oppgaven slik at leseren får innblikk i forskningsprosessen og de valg som er gjort.

4.12 Oppsummering kapittel 4

I denne studien blir det brukt kvalitativt semistrukturert intervju for å undersøke informantenes erfaringer med psykisk helse-og rustjenestene i Norge. Det er et hermeneutisk vitenskaps-teoretisk perspektiv som ligger til grunn for forskningen. Informantene er fire menn fra Afrikas horn i alderen 40-70 år som har bodd i Norge i omlag tretti år. De har erfaringer med psykiske helseplager og rusmiddelbruk, samt erfaringer som pasient eller bruker av psykisk helse-og rustjenestene. Flere etiske hensyn er tatt i arbeidet med masteroppgaven og disse er gjennomgått i dette kapittelet. I tillegg har jeg rettet fokus mot egen bakgrunn og forforståelse og hvordan dette kan ha innvirket på forskningen. Jeg har brukt hermeneutisk analysemetode for å få fram meningsinnholdet i intervjuene. Egen forskning må vurderes kritisk, noe det er rettet fokus mot i den avsluttende delen av kapittelet.

5.0 Nærlesing av transkriberte intervjuer

I denne delen vil det bli gjort en presentasjon av materiale fra intervjuene hvor målet har vært å besvare problemstillingen som handler om innvandrere fra Afrikas Horn med rusutfordringer og psykiske helseplager sin opplevelse av hjelpen de får fra psykisk helse- og rustjenestene i Norge. Som vist tidligere kan dette være fra primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, NAV eller private aktører med og uten avtale med helseforetakene. For å gi en bedre forståelse av informantenes livssituasjon er det gjort rede for blant annet norsk innvandringshistorie, migrasjonsprosessen, sosioøkonomiske forhold på Afrikas horn, samt forskjellene i syn på psykisk helse og helsetjenester mellom Norge og Afrikas horn. De forrige kapitlene preger forforståelsen min og jeg tar med meg denne kunnskapen videre når jeg skal presentere tolkninger av informantenes svar på intervju spørsmålene.

For å besvare problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i forskningsspørsmålene «Hvilke faktorer motiverer til eller vanskeliggjør det å skulle motta hjelp fra psykisk helse- og rustjenestene for informantene i studien?» og «Opplever informantene i studien at de får, eller har fått, dekket sine hjelpebehov i kontakt med psykisk helse- og rustjenestene?».

Tolkningene som presenteres i denne delen vil knyttes til forskningsspørsmålene med ulike underpunkter som utgjør overskrifter i disse kapitlene. Disse tolkningene er basert på min forståelse av svarene i intervjuene i tråd med hermeneutisk analyse. Områdene som trekkes fram vil være områder som jeg anser som spesielt viktig for hvorvidt målgruppen opplever helsehjelpen som meningsfull ut fra det informantene fortalte i intervjuene. Flere av disse områdene vil være relevante også for mennesker i lignende situasjoner, det kan være man har utfordringer med rusmiddelbruk og/eller psykisk uhelse uten å være fra Afrikas horn, eller som innvandrer fra samme region uten å ha psykisk helse- og rusutfordringer.

5.1 Hvilke faktorer motiverer til eller vanskeliggjør det å skulle motta hjelp fra psykisk helse- og rustjenestene for informantene i studien?

I denne delen vil jeg se på hvilke forhold som kan motivere til, eller gjøre det vanskelig for informantene å oppsøke helse- og sosialfaglig hjelp. Dette kan være forhold mellom mennesker, organisering av tjenestene, forhold med storsamfunnet eller grunnet enkeltindividers historie, kultur, personlighetstrekk, ønsker og forventninger.

5.1.1 Tabu knyttet til psykisk uhelse og rusmiddelbruk på Afrikas horn

Informantene forteller at psykiske helseplager ikke er noe man snakker om i deres hjemland og de bruker ordet «tabu» for å beskrive hvorfor man ikke snakker dette. Ettersom tabu er en gjennomgående beskrivelse i samtlige intervjuer, blir dette fokus og tittel i denne delen. Tabu forstås som noe man ikke snakker om, noe uønsket og noe stigmatisert. Informantene forteller om et todelt syn på psykisk helse i sine hjemland; enten er man gal eller normal. Man anses som besatt av onde ånder eller av Satan. Dersom man er blitt stemplet som gal er det vanskelig å få vekk dette stempelet. Informantene forteller at det mange steder er liten kunnskap i samfunnet og i helsetjenestene når det gjelder psykiske helseplager og rusmiddelbruk. Det er også vanskelig å finne informasjon om psykisk uhelse. I sitatet under forteller Bashir om synet på psykisk uhelse i Somalia.

Mari: Hvordan snakker man om rus og psykisk helse i Somalia?

Bashir: De snakker ikke om det, det er tabu. De glemmer det. Men det er masse rus og psykiske helseplager men de bekymrer seg for fordømmelse så de snakker ikke om det. Men det finnes. Mer enn i hele verden.

De tre øvrige informantene forteller om lignende syn på psykiske helseplager. Landene har som vist ulik, men sammenvevd historie, samt ulik religion som dominerer landet. Likevel kommer det fram liknende perspektiv på psykisk uhelse og rusmiddelbruk i de aktuelle landene, noe som indikerer at tabuet og stigmaet ikke er knyttet til ulikheten i religionene men i større grad knyttet til perspektiver på helse og helsehjelp, kultur og samfunnsstrukturer. For å få større innblikk i utvikling av perspektiv på psykisk uhelse og det assosierte tabu og stigma ville det vært nyttig å se på de vitenskapelige idealene og ulikhetene i kunnskapsproduksjon på Afrikas horn og i Norge. Denne studien har imidlertid ikke gått mer inn på årsak til de ulike perspektivene på psykisk helse på Afrikas horn og i Norge, men stadfester, med bakgrunn i informantenes erfaringer, at det er likheter mellom landene på Afrikas horn i synet på psykisk uhelse. Tabuet knyttet til psykiske helseplager er relevant for forskningsspørsmålene da det kan gjøre det vanskelig å søke hjelp for å bedre psykisk uhelse.

Hva så med rusmiddelbruk, er det et tema i landene informantene kommer fra? Som tidligere vist er majoriteten i Somalia og Djibouti muslimer. I Eritrea og Etiopia er det mer delt mellom kristendom og islam, men majoriteten er kristne. I følge Abdi og Bashir blir rusmidler ansett som «haram», forbudt, innen islam. I Somalia er de fleste sunnimuslimer, noe som gjør at

alkohol og andre rusmidler anses som noe man ikke skal benytte. Khat er imidlertid akseptert og Bashir sammenligner det med det norske synet på tobakk. Det at rusmiddelbruk er forbudt gjør at det er lite informasjon om rusmidler. Det er imidlertid personer som ruser seg men det skjer ofte i det skjulte. I samtale omkring rusmiddelbruk i Etiopia og Eritrea forteller Ermias:

Ermias: Rus, det er ikke noe rus, men rus det var khat. Disse folkene de spiser khat. Mesteparten de er muslimer. De går på natta, de snakker for seg selv, det er rusen. Og så er det sprit som er laget, folk de drikker, det er den eneste rusen som er der.

Mari: Så alkohol er akseptert?

Ermias: Akseptert ja, på en måte, det er mange alkoholikere, de bor ute. Ellers er det ikke så mye rus. Nå er det forandret, jeg hørte at mye er forandret nå

Mari: Er det mer rus i dag enn da du bodde der?

Ermias: Ja, det er mye nå ja.

Mari: Er det alt mulig da? Fra hasj til heroin?

Ermias: Ja, alt mulig ja [...]. Det er mye rus nå ja.

Mari: Tenker man i Eritrea at khat er et rusmiddel eller er det helt akseptert?

Ermias: Det er akseptert. Ikke i Eritrea da, i Eritrea er det ikke noen ting pga diktatoren. Det er ikke lov å ha sånne ting, rus eller noen ting på grunn av at det er hele tiden kriger vet du [...]. Det er en spesiell type diktatur. Det er ekstremt. En veldig skremmende mann. Så det er ikke noen khat, men i Etiopia det er vanlig da

Mari: Så i Eritrea er det ingen ting?

Ermias: Det er ikke noen ting

I sitatet trekker han fram hvordan samfunnsforholdene har betydning for rusmiddelbruk. Reguleringen av rusmiddelbruk i Eritrea kommer ifølge Ermias på grunn av landets diktatur. Ser man på perspektivene på rusmiddelbruk i informantenes hjemland kan det ha betydning for hvorvidt man søker hjelp for å håndtere rusmiddelproblemer. Med et syn på rusmiddelbruk som ulovlig og tabu kan det innvirke på om, når og hvordan man søker hjelp. Rusmiddelbruk er noe som foregår i det skjulte, det å skulle søke offentlig hjelp for en skjult utfordring kan altså være en av faktorene som vanskeliggjør det å søke hjelp.

Som vist i det innledende kapittelet har de offentlige helsetjenestene på Afrikas horn en begrenset rolle i håndteringen av psykiske helseplager og rusmiddelbruk. Abdi forteller om hvilken type helsehjelp som finnes ved psykiske helseplager og rusmiddelbruk i hjemlandet:

Abdi: Det er ikke staten sitt satsingsområde, svake og sårbare, det er akkurat som i Norge, det er de som har svakest stemme og minst ressurser til å komme seg på sykehus. Så vidt jeg vet er det mye limsniffing, kolabruk¹, alkoholbruk. Dessverre er det, antar jeg, på grunn av borgerkrigen. Jeg har fått høre fra mennesker som har vært der nede at det er veldig mye rus, mye psykiatri, men det er ikke noe satsingsområde dessverre for en regjering som er veldig sårbar og svak og svekket.

Abdi setter den manglende offentlige hjelpen for å bedre psykisk uhelse eller redusere rusmiddelbruk i sammenheng med den svekkede regjeringen og statens rolle. Man ser også hvordan årsaksforklaringen i stor grad er knyttet til den langvarige borgerkrigen i Somalia. I tillegg til fraværet av offentlige tjenester trekker Jamal fram familiens ansvar for helsehjelp.

Jamal: Det finnes ikke hjelpeapparat i Somalia. Det er familie og slektninger som hjelper deg. Det er ikke velferdssystem der, der er det rett i fengsel hvis familien din er fattig og du er alkoholiker eller khatmisbruker og oppfører deg dårlig på gata så er det rett i fengsel. Ja, hvis du bare er ustabil. Og hvis du har familie så tar dem et tau og binder deg under et tre eller sender deg til nomadeland. Det var det som skjedde med meg. Jeg nevnte at jeg har vært i fengsel i Somalia, etter fengselet ble jeg sendt til nomadeland for å gjete kameler, til bestefaren min som bodde i Ogaden i Etiopia.

Gjennom sitatet kommer familiens rolle tydelig fram da man er avhengig av en tilstedeværende familie dersom man har psykiske helseplager eller rusmiddelbruk.

Alternativet blir som Jamal forteller fengsel uansett om årsaken til fengslingen er en kriminell handling eller psykisk ustabilitet. Den perioden Jamal forteller at han var hos sin bestefar kan man nærmest sammenligne med ettervern etter rusbehandling eller fengsling. Slik ser man at familien ikke bare har en sentral rolle i akutt stabilisering av psykisk uhelse, men også i faser man kan sammenligne med norsk ettervern. Jamal forteller at han trivdes godt og at han lærte å ta ansvar i den perioden han var hos sin bestefar. Det kan kanskje være til inspirasjon for å tenke annerledes rundt fenomener som ettervern da Jamals historie viser at det er flere måter å hjelpe den enkelte til å endre og stabilisere livet sitt. Poenget er imidlertid ikke at alle som har vært i rusbehandling eller fengsel skal sendes bort, men at det kan være flere måter å møte ettervernsbehovet på.

¹ Kola/coke brukes som muntlig betegnelse på kokain

Informantene forteller det sjelden brukes medisiner eller sykehusinnleggelse som helsehjelp på Afrikas horn. Imidlertid forteller de at personer som har utfordringer med psykisk uhelse noen ganger settes i et rom som om de fengsles eller de blir bundet fast, ofte av egen familie, noe også forrige sitat fra Jamal viste. Behandlingen av psykisk helse- og rusmiddelproblemer er ofte knyttet til religiøse og ikke-religiøse ritualer for renselse for mennesket som opplever galskap. Ermias forteller om ritualer hvor man renses seg i vann og hvor man går til kirken og pastoren ber for den som er besatt av åndene. Det er lignende ritualer i både Etiopia og Eritrea. Personer bosatt i Europa drar også til dette vannet og dusjer seg for å få fjernet psykiske problemer. Hans søster som bor i et annet land i Vest-Europa har foreslått at de skal dra sammen slik at han kan få det bedre psykisk. Bashir forteller også at religionen spiller en viktig rolle og at man leser fra Koranen over den som er syk. Man ser altså lignende ritualer i landene hvor majoriteten er muslimer og i landene hvor majoriteten er kristne. Ermias erfaring viser at selv om personen flytter til en annen del av verden skjer det ikke en automatisk endring i perspektiv på helse og helsehjelp, et tema som også er aktuelt for å se hva som vanskeliggjør det å skulle søke hjelp for psykiske helseplager eller rusmiddelbruk.

Sitatene viser en ulik behandling og forståelse av psykiske helseplager og rusmiddelbruk på Afrikas horn sammenlignet med Norge. Å møte en medisinsk, individualistisk og ikke-religiøs forståelse av sykdom og behandling kan innvirke på personens tro på helsehjelp hvis han er opplært i et annet perspektiv på hvor plagene kommer fra og hvordan disse håndteres.

5.1.2 Stigmatisering og diskriminering

Informantene forteller om ulike former for stigmatisering, diskriminering og rasisme i møte med det norske storsamfunnet men også med sitt eget etniske miljø, noe som vil være fokus i denne delen. Abdi forteller om stemplingen fra storsamfunnet ved at han som mørkhudet mann nærmest er forventet til å selge rusmidler eller drive med kriminalitet. Han forteller han blir utnyttet av kriminelle, men også av Ola og Kari Nordmann når det første de spør han om er «har du hasj?», «har du coke?». Det at man forventes å være selger av rusmidler fordi man er mørkhudet gjør at man lærer at det er muligheter for å tjene raske penger. Slik ser man hvordan storsamfunnets stigmatisering kan føre til endring i syn på seg selv og hvor man opplever at det kan finnes muligheter. Det å skulle bryte med samfunnets forventninger er krevende og Abdi forteller at det er en tyngre kamp å komme seg ut av rusmiljøet enn å bli værende i miljøet. Å skulle bryte med sin rolle som rusmiddelavhengig, endre nettverk og egen hverdag er krevende og diskriminering og stigmatisering vanskeliggjør prosessen.

Ermias forteller om opplevelsen av å bli sett ned på av det norske storsamfunnet, men også det eritreiske miljøet.

Ermias: De tror det er bare morsomme folk. De tror ikke at det er så alvorlig, eller de tror det er håpløse folk. Det er mange som ser på deg sånn i det eritreiske miljøet. Ja det er sånn i Norge og, de ser på narkomane, det er det samme.

Mari: At man blir liksom sett litt ned på?

Ermias: Ned på ja, vil ikke snakke med deg, har ikke noe kontakt med deg, helt skitten er du. De tenker også det når du er blitt fri fra rus, du må tenke på hvordan du ler, hvordan du snakker, de er mistenksomme hele tiden, så jeg sluttet å snakke med dem.

Slik ser man hvordan han beskriver stigmatisering fra både det eritreiske miljøet og det norske storsamfunnet. Han opplever å bli påført et stigma, uansett hvilken del av samfunnet han befinner seg i, et stigma som har fulgt han også etter rusfrihet. Det er altså lettere å bli stigmatisert enn å endre eller miste sitt stigma. Slik ser man en dobbel stigmatisering som følge av hvordan han opplever å bli sett på både i det norske storsamfunnet og i det eritreiske miljøet som rusmiddelavhengig. Eventuelle forskjeller i stigmatiseringen fra det norske storsamfunnet og det eritreiske miljøet kan ligge i at man i det norske storsamfunnet også kan oppleve å bli stigmatisert som innvandrere. Dermed opplever man ikke bare en stigmatisering som rusavhengig med psykiske helseplager, men det blir et dobbelt eller trippelt stigma som innvandrere med både psykiske helseplager og rusmiddelproblemer.

Jamal forteller at andre i det somaliske miljøet i Norge har reagert negativt når han har sagt at han går til psykolog. Mange opplever det som skremmende å gå til psykolog og han har fått kommentarer som «du går til psykolog, du er gal. Dem gjør deg sånn som dem er». For han har det vært nyttig å gå til psykolog, men han forteller at mange som ikke har med seg kunnskap om psykologi eller tiltro til helsevesenet fortsatt tror på det de har lært og blitt fortalt i sin kultur om at psykologi og psykiske helseplager er tabu. Slik ser man hvordan det kan være stigma knyttet til psykisk uhelse også blant somaliere i Norge. Jamal har klart å heve seg over disse kommentarene, mens andre personer i lignende situasjoner kunne ha reagert annerledes og slike kommentarer kunne ha gjort at de valgte vekk helsehjelpen. Videre viser han også hvordan man blir kulturelt opplært i holdninger og synspunkter som kan prege perspektivet på psykisk helse og helsehjelp.

5.1.3 Manglende informasjon om psykiske helseplager og rusmiddelbruk

Videre i denne delen vil jeg se på hvordan flere av informantene forteller at de har manglet kunnskap om psykiske helseplager og rusmiddelbruk. I møte med det norske samfunnet forteller Abdi at han hadde hverken tid eller ord til å finne ut av egne symptomer. Han hadde med seg sin egen bagasje med psykisk uhelse, men også skammen og tabuet knyttet til dette. Sorgen, sinnet og frustrasjon etter å ha forlatt familien og hjemlandet ble det lagt lokk på da det var så mange nye inntrykk at han ikke hadde tid til å bearbeide disse følelsene.

Abdi: Møtet med Tanum, de spurte meg hvordan jeg har det, så allerede kommer det opp, men ingen avslutning på det. Man blir sendt ut av rommet ikke sant, og så kommer det at man sover ikke, man spiser ikke, men du vet ikke hva det er. Du tror det er fordi du er på et nytt sted. Og så med årene det har vært der, men det har vært veldig undertrengt. Og som sagt det var mye jeg skulle lære og som jeg var nysgjerrig på samtidig, men så kom alkoholdriking kanskje og sånne ting. Da jeg var russ, det var da jeg skulle drikke, starte og drikke ikke sant, hvert fall da jeg var ferdig med videregående. Jeg ventet på det. Men det gjorde jo noe med meg, jeg kunne slippe taket litt, kunne komme inn på vennene mine. Det har også vært brukt på traumene mine, sov bedre kanskje. Det har blitt mye selvmedisinering med alkohol. Jeg jobbet fem dager i uka og så drakk jeg tungt i helgen. Og fordi jeg ikke har hatt opplæring om alkohol, ikke har hatt noen som stopper meg eller forteller meg hvordan dette fungerer eller hva det gjør med kroppen eller sinnet, så alkoholen og den psykiske helsen hang greit sammen [...]. Det er jo litt trist å vite nå egentlig at det var andre underliggende problemer enn jobben eller sovingen. Det var marerittene og tankene på familien, når kommer jeg til å treffe dem.*

I den første tiden på transittmottaket møter han mennesker som spør han hvordan det går, men det forstås som at disse menneskene imidlertid ikke har den nødvendige tiden til å se hvordan han faktisk har det. Som han sier så sendes han «ut av rommet», noe som forstås som ut av samtalerommet eller kontoret på Tanum etter avsluttet samtale, og da er det i stor grad han som er ansvarlig for seg selv. Han mangler mennesker som følger han over tid, som han kan stole på og som kan hjelpe han å forstå hvorfor han ikke sover eller mangler matlyst. Hvorvidt han har hatt hjelpepersoner sammen med seg er ikke kjent, men det tolkes som at disse i så

* Tanum transittmottak lå tidligere i Bærum kommune. Mottaket er i dag avviklet.

fall ikke har gitt han informasjon til å forstå sammenhengen mellom egne behov og reaksjoner. Informasjonen kan også ha blitt gitt på et språk som ikke er hans morsmål eller det kan ha blitt brukt ord for å beskrive psykiske helseplager som kan ha blitt opplevd skremmende da Abdi hadde med seg perspektivet på psykisk uhelse som tabu fra hjemlandet. Senere i intervjuet kommer Abdi inn på egen rushistorie:

Abdi: Så min rushistorie i Norge var tung, jeg brukte typer rus jeg ikke kjente fra før. Ingen har snakket med meg om det, jeg visste ikke om konsekvenser, hvilke rusmidler er avhengighetsskapende, hvilke er ikke. Hvilke er lettere å komme seg ut av? Hvilke er det mer krim og mer fengsel i? Ingenting av den informasjonen.*

Som sitatene illustrerer fikk Abdi liten informasjon om psykiske helseplager eller konsekvensen av rusmiddelbruk. Hvorvidt informasjon om rusmidler og symptomer på psykiske helseplager hadde ført til andre valg blir spekulasjoner. Sitatene viser likevel at kunnskap om disse temaene kunne ha bidratt til mer kontroll og mestring av situasjonen. Dette dersom han hadde hatt kunnskap om hva hans fysiske reaksjoner egentlig var et uttrykk for, samt hvordan rusmidler påvirker han. Imidlertid hadde han med seg tabuene knyttet til psykisk uhelse som trolig også hadde innvirket på valgene hans. Han forteller at han brukte typer rusmidler som han ikke kjente fra før, slik viser han at hvilke rusmidler man kjenner til og bruker også kan være kulturelt betinget.

Ermias trekker også fram at han manglet informasjon om rusmidler og mulige konsekvenser av rusmiddelbruk. Da han ikke hadde et sted å bo fikk han plass på hospits fra kommunen.

Mari: Visste du den gang hva rusmidler var og hva konsekvensene kunne være?
Ermias: Det har jeg tenkt på etter at jeg bodde der. Det skulle vært noen opplysninger om det, det er jævlige viktig. Det var ikke noe snakk om rus eller noen ting. Da vi kom til kommunen fikk vi heller ikke slike opplysninger, jeg tror det er jævlige viktig.

Det hadde altså vært viktig med informasjon om rusmidler slik at informantene kunne tatt mer informerte valg. Alle informantene kom til Norge for omlag tretti år siden og hvorvidt dette er informasjon som innvandrere i dag får ved ankomst er ikke undersøkt. Imidlertid peker

* krim/krimmen brukes som muntlig begrep for kriminalitet

sitatene fra Abdi og Ermias på et behov for forståelig informasjon om psykiske helseplager og rusmidler. Jamal forteller også om mangel på kunnskap om egne reaksjoner, men at han løste behovet for økt forståelse med å oppsøke hjelperne på behandlingsstedet. Han forteller at han spurte dem hva angst var, eller hva håp var og betydning av håp. Gjennom samtaler rundt disse temaene pleide han å kjenne igjen disse fenomenene i seg selv slik at han senere kjente igjen ordet eller følelsen. Informasjonen kom dog ikke uoppfordret men ved at han tok ansvar og oppsøkte personalet. Slik var kunnskapsinnhenting avhengig av hans motivasjon for økt forståelse og personalets tilgjengelighet og trygghet til å dele sin kunnskap slik at den ble forståelig for Jamal.

Bashir har en noe annerledes historie enn de øvrige informantene når det gjelder informasjon om rusmiddelbruk og psykiske helseplager. Han begynte å ruse seg mens han fortsatt var i hjemlandet. Bashir forteller at han alltid har vært åpen om sin rusmiddelbruk i kontakt med familien og at hans mor derfor har akseptert det ettersom han var ærlig om det. Han påpeker ikke den manglende kunnskapen før han begynte med rusmidler, kanskje nettopp fordi hans rusmiddeldebut var såpass tidlig. I tillegg er han utdannet som helsepersonell fra hjemlandet, noe som kan ha bidratt til fagkunnskap om både psykisk uhelse og rusmidler.

5.1.4 Kunnskap om egne rettigheter og hjelpeapparatet

Et annet fokusområde er hvorvidt informantene har vært kjent med hvor man kan henvende seg for hjelp, hvilken hjelp og støtte som finnes og hva dette innebærer for personer med rusmiddelutfordringer og psykiske helseplager. Ermias forteller at han har fått hjelp, men at han ikke tar imot så mye hjelp. Han forteller videre at han ikke har visst hva han skal spørre om, men han har heller ikke forsøkt å finne ut hva som finnes av hjelp innen psykisk helse- og rusfeltet. Det kan altså være ulike grunner til at man ikke søker helsehjelp. Det kan være forhold ved personen, men det kan også være utfordrende å vite hva som finnes av hjelpetilbud. Dette illustreres også i sitatet som følger i intervjuet med Abdi.

Mari: Hvilken erfaring har du med oppfølging fra hjelpeapparat i Norge?

Abdi: Jeg visste ingenting om det hjelpeapparat som eksisterer her i dag. Kjenner ingen som har vært i behandling, vet ikke hva ordet behandling innebærer og jeg visste ikke hva de skal behandle heller. De gangene jeg hørte folk sa de kom fra behandling tenkte jeg det bare var for norske.

Her ser man hvordan forståelsen av begrep som «behandling» viser hvordan Abdi ikke var kjent med hjelpetilbudet til rusmiddelavhengige og at han trolig ikke har fått hjelp for å håndtere sin rusmiddelbruk tidligere. Også Jamal forteller at han ikke visste at det fantes «rusbehandling eller noe sånt». Ut fra egen arbeidserfaring innen psykisk helse-og rusfeltet, samt kunnskap om informantens bakgrunn, forstår jeg begrepet «behandling» umiddelbart som at det viser til rusbehandling. På den andre sier begrepet i seg selv, som Abdi påpeker, lite om hva det er man faktisk skal behandle. Abdi sier videre at han trodde behandling bare var for norske, noe som kan forstås som at «norske» er noen andre enn den gruppen han selv identifiserer seg med. Abdi forteller videre fra noen av de tyngste årene i livet hvor han brukte mye rusmidler, slet med dårlig psykisk helse og samtidig skulle søke hjelp i en verden som for han var ukjent. Til tross for flere år i arbeidslivet klarte han ikke å søke om økonomisk hjelp fra NAV, som han sier «You know, mangel på informasjon og min psyke tydeligvis var veldig dårlig. Så den, min rus og psykiske helse, den satt meg mange år tilbake». Sitatet viser hvordan den psykiske helsen kan vanskeliggjøre praktiske gjøremål som å søke om økonomisk støtte eller bosted. Abdis historie viser også endringen i hans status i samfunnet; fra arbeidstaker til tjenestemottaker. Å skulle finne fram i den norske helse-og sosialsektoren kan være utfordrende, særlig dersom man sliter med psykiske helseplager og lever et liv i aktiv rus samtidig som man kanskje ikke er kjent med egne rettigheter og muligheter. Eksempelvis forteller Jamal at han, tross stabilisering og flere års kontakt med psykisk helse og rustjenestene, fortsatt er usikker hvordan han skal gå fram for å søke psykolog.

5.1.5 Tillit til det norske hjelpeapparatet

Jamal reflekterer rundt hvordan tillit til det norske velferdssystemet innvirker på hvorvidt målgruppen søker hjelp fra psykisk helse-og rustjenestene. Det vil bli fokus i denne delen da tillit, eller manglende tillit, til både mennesker og hjelpeapparatet kan ha betydning for om personen søker hjelp. Jamal forteller at han er vokst opp i en familie som er godt utdannet, og at hans naboer i Somalia var hvite mennesker. Dette har gjort at han i stor grad har stolt på hjelpere han har møtt i helse- og sosialtjenestene i Norge. På den andre siden forteller han at for mange somaliere, afrikanere eller muslimer er det tabu å gå i rehabilitering. På spørsmål relatert til dette svarer han som vist under:

Mari: Min erfaring er at når mange kommer i behandling, kanskje med bakgrunn fra Somalia for eksempel så er de eldre enn etnisk norske som ofte kommer inn når de er ganske mye yngre, har du samme inntrykk? Har du noen tanker om hvorfor?

Jamal: Veldig enig. Og det er, det er fordi det tar tid for dem å skjønne, tid for dem å stole på systemet. Du husker jeg sa at jeg overga meg til systemet. Jeg var bare 25 år da jeg overga meg til systemet. Ja, fordi en ting hjalp meg, jeg er oppvokst med at kunnskap er viktig, men mange andre har ikke vokst opp sånn. Også har de tabuer som hindrer dem. Og så når de er voksne da forstår de at de har problemer, men før det så er det fornektelse. De forneker det og kroppen har ikke sviktet enda.

Han trekker fram flere grunner til at personer fra f.eks. Somalia er eldre når de kommer i rusbehandling. Tillit til systemet er en helt sentral faktor, i tillegg til kunnskap om helse og uhelse. Dette kan vise at det er fortsatt et stort arbeid som gjenstår for å sikre at alle i Norge, uansett bakgrunn, har tillit til hjelpeapparatet. Imidlertid spiller også tabuet knyttet til psykisk uhelse og rusmiddelbruk, som tidligere vist, inn. Jamal trekker fram ytterligere to faktorer; fornektelse av egne utfordringer og somatisk helse. Disse faktorene gjelder trolig uavhengig av hvor i verden man kommer fra og hvilket perspektiv man har på helse. Samlet viser det imidlertid den komplekse årsaksforklaringen til hvorfor mange personer som har innvandret til Norge trolig kommer senere i livet inn i rusbehandling enn etnisk norske rusmiddelbrukere. Jamal trekker også fram at det å ha tid og varige relasjoner har stor betydning for tillit.

Jamal: Når det skjer så prøver systemet å ta vare på deg så godt som det kan. Men det tar tid å lime sammen en kopp som har falt, så den tida der, det er liksom, systemet må slutte å sende en ny saksbehandler. Det er det, da må vi begynne på ny og bli kjent, hver gang, begynne på ny. Det er slitsomt, veldig slitsomt. Og håpløshet i system. Selv om du har håp du blir håpløs fordi det kommer en ny hvert år.

Sitatet viser hvor viktig tid er, både i etablering av relasjoner, men også for håp om bedring. Den hyppige utskiftingen av hjelpere påvirker prosessen negativt og bidrar blant annet til opplevelsen av håpløshet, mens håp er en faktor som er sentral for bedring og motivasjonen til endring. Dette gjelder trolig samtlige pasientgrupper, men med det forrige sitatet ferskt i minne kan man se for seg at hyppige utskiftninger av hjelpere har negativ innvirkning på menneskets etablering av tillit til hjelpeapparatet og at det derfor er særlig viktig med stabilitet for studiens målgruppe.

En annen faktor som trekkes fram, og som er relevant uansett hvilken kulturell bakgrunn personen har, er opplevelsen av å bli respektert og hørt. Jamal forteller tidligere i intervjuet

hvor viktig dette var for at han klarte å gjennomføre avrusning og rusbehandling. Han forteller at han ble hørt på at han ikke ønsket medisiner. Dette gjorde at han opplevde å bli respektert, noe som gjorde at han i større grad tenkte «nå er det din jobb å være rusfri». Denne opplevelsen skapte altså motivasjon for endring og motivasjon til å ta ansvar for eget liv. Slik ser man at det ikke bare er kunnskap om psykiske helseplager og rusmiddelbruk, eller kunnskap om hjelpeapparatet som er viktig for at helsetjenestene skal oppleves meningsfulle. Tillit må vises og bygges slik at tjenestene oppleves meningsfulle for samtlige innbyggere.

5.1.6 NAV med en nøkkelfunksjon

På spørsmål om hvordan informantene kom i kontakt med hjelpeapparatet kommer det fram at NAV spiller en sentral rolle. I denne delen vil jeg derfor se nærmere på NAV sin rolle i møte med målgruppen. Tidligere i intervjuet hadde Ermias trukket fram hjelpen han fikk gjennom Øst-Afrikaprojektet (se side 36) som en av sine gode erfaringer. På spørsmål om hvordan kontakten ble etablert forteller han som vist i sitatet under:

Mari: Når du har fått hjelp, du sa du var i DPS og noen ulike steder, hvordan har du kommet i kontakt med den hjelpen du har fått? Sann som f.eks. Øst-Afrikaprojektet?

Ermias: De bare kom hjem til meg, de har papirer fra NAV eller fra folk de kjenner. Jeg tror de bare kom hjem til meg og så snakket de om det programmet de har.

Mari: Er det da NAV som har kontaktet dem kanskje?

Ermias: Jeg husker ikke, men jeg husker at det kom to damer hjem til meg og de snakket om prosjektet og at jeg kunne komme til dem. Hver uke gikk jeg dit, ikke bare meg. Det var mange folk der. Så det er fra NAV kanskje, med NAV og psykologen..

På spørsmål om hvordan Bashir kom i kontakt med hjelpeapparatet som DPS eller bosted svarer han at «Det var lenge siden, den tiden var jeg dårlig». Dette svaret gir ingen konkret informasjon, men kan tolkes som at han selv kanskje ikke var opptatt av hvordan kontakten med hjelpeapparatet ble etablert. Imidlertid har NAV og/ eller fastlegen en sentral rolle i å koble på det øvrige hjelpeapparatet. Abdi forteller også at det var NAV som satte han i kontakt med DPS. Disse tre erfaringene illustrerer viktigheten av at instansene som er nærmest personen tilbyr og informerer om aktuell hjelp. I noen tilfeller kan det, som for Ermias, være hensiktsmessig at tjenesten selv informerer personen om det aktuelle tilbudet.

Jamal har en noe annerledes historie enn de øvrige informantene da han kom i kontakt med hjelpeapparat ved at han drog alene til barnevernet for å be om hjelp for å forhindre at hans livsførsel fikk negative konsekvenser for hans familie. Han ble overført fra barnevernet til NAV da han ble myndig. NAV ble imidlertid først en viktig hjelper da han var i midten av 20-årene og han ønsket en endring av egen situasjon.

Jamal: Da jeg kom ut så gikk jeg til NAV, og da sa jeg at jeg vil ha et bedre liv og sånne ting. De sendte meg til terapeut på ruspoliklinikk. Der fikk jeg en bra psykolog, jeg følte hun forstod meg og så gikk vi i avtaler sammen. Jeg ville ikke ha nye som saksbehandlere, hver dag en ny saksbehandler. Og jeg ville ikke bli sett på som et nummer, se på meg som jeg er «Jamal». Ikke som generell behandling, jeg er unik. Den avtalen inngikk vi mellom henne, NAV og meg. Fortsatt har jeg samme saksbehandler i NAV takket være at de forstod meg. Ja noen av de tingene som ødelegger mange mennesker som trenger hjelp, til og med norske, det er det der. En ny saksbehandler, hver dag. En person som trenger hjelp, det der er ikke hjelp.

Selv om Jamal ble overført til NAV fra barnevernet, og kontakten derfor ble etablert på en annen måte enn med de andre informantene, så har NAV vært viktig for å henvise også han til psykisk helse- og rustjenestene. NAV representerer et viktig sikkerhetsnett dersom man ikke klarer å sikre bolig og økonomi selv, men stabile hjelpepersoner, her i form av saksbehandler i NAV, kan også representere en trygghet i en tidvis ustabil tilværelse. Det er personer som følger deg over tid og kjenner din historie. Sitatet illustrer også viktigheten av å bli sett som et unikt menneske. Dette er et felles menneskelig behov, uansett kulturell eller etnisk tilhørighet.

5.1.7 Trygghet og utrygghet i bosituasjonen

Informantene trekker fram boligens betydning på ulike måter. Det at man trenger et sted å være og sove har vært en viktig årsak til at informantene har kontaktet hjelpeapparatet, noe som vil bli undersøkt nærmere i denne delen. Abdi og Bashir trekker fram at det å kunne lukke en dør, regulere sitt eget besøk, sette grenser og ha et trygt sted er viktig for å kunne stabilisere eget liv. Abdi forteller at selv om han kranget med institusjonen hvor han var i rusbehandling tilpasset han seg behandlingsstedet da han trengte et trygt sted å være. Bashirs historie viser hvordan bosituasjonen kan bidra til å skape rammer for eget liv.

Mari: Hvordan opplevde du at det har vært? Både disse lavterskel overnattingsstedene men også de som er behandlingstilbud

Bashir: ja, det var bra for meg. Mitt problem er mennesker. Hvis jeg går til en plass som narkotika ikke finnes, jeg var 80 måneder edru. Jeg var i moskeen, folk var edru så jeg ble edru selv. Og så kunne jeg dra til X og X, jeg fortsatte å ruse meg men ikke det samme som før fordi jeg hadde min egen leilighet. [...]*

Mari: Klarte du da du bodde på disse stedene, det er jo mye rus der, det at du hadde ditt eget rom og kunne lukke døren hvis du ville så klarte du å regulere det bedre?

Bashir: ja.

Boligen ga Bashir muligheten til å sette grenser for egen rusmiddelbruk. Stedene han nevner er lavterskel botilbud for mennesker med rusmiddelproblemer som ikke har eget bosted. Man skulle kanskje tro at det å bo et slikt sted fører til økt rusmiddelbruk, men for Bashir ga disse stedene mulighet til å sette rammer for egen bruk. Ermias sin historie viser imidlertid hvordan det å bli eksponert for rusmidler og bo et sted med rusmiddelbrukere har påvirket hans liv.

Ermias: Så jeg leide en leilighet fra en jeg kjente og da han skulle selge den så måtte jeg flytte ut. Så på den tiden sendte de meg til et hospits. Folk de har ikke plass å bo. Jeg blir sendt til det og jeg har begynt med rus der første gangen.

Mari: Det stedet som du ble sendt, var det en plass for folk med rusproblemer?

Ermias: Rusproblemer ja

Mari: Men hadde du rusproblemer selv den gang?

Ermias: Nei, jeg hadde ikke det, men jeg hadde ikke noen plass å bo på den tiden og det eneste kommunen hadde var denne plassen. Så jeg måtte gå der. Jeg gikk og sa til dem nei jeg kan ikke bo der. Så de sa okei, du kan velge en annen plass, men det er jo samme type plass men med forskjellige navn. Så ja, jeg begynte å bli kjent med folk fra der og der, vel så det begynte der da.

Ermias sin presentasjon til rusmidler ble altså gjennom botilbudet kommunen skaffet han. En tilgjengelighet til et nytt miljø fikk på mange måter innvirkning på resten av hans liv.

*X – navn på midlertidige bosted for personer med rusmiddelproblemer uten fast bopel

En utfordrende bosituasjon motiverte informantene til å søke hjelp fra psykisk helse-og rustjenestene. Botilbudet, i form av rusbehandling eller lavterskel botilbud, kan være av stor betydning for den enkelte da det kan gi trygghet og støtte i en kaotisk hverdag. Imidlertid viser Ermias sin historie hvordan botilbudet er det som etter hvert fører til uro i hans liv.

5.1.8 Oppsummering del 5.1

I denne delen har jeg sett på hvilke faktorer informantene opplever motiverer eller vanskeliggjør det å skulle ta i mot hjelp fra psykisk helse-og rustjenestene. Informantene forteller at psykiske helseplager og rusmidler er tabu i deres hjemland og derfor noe man ikke snakker om, til tross for at det er utbredt. Dette tar mange med seg også til Norge og kan være medvirkende til at mange kvier seg for å søke hjelp. Informantene forteller at familien og slekten er den primære omsorgsyter i landene på Afrikas horn og at man i liten grad bruker, eller har tilgjengelig, offentlig helsehjelp. Også religion eller religiøse ledere kan ha en sentral posisjon når det gjelder hvor man henvender seg for å håndtere vanskeligheter. Disse erfaringene kan virke inn på hjelpesøkende atferd i Norge. Man ser ulike perspektiver på hva som er helse og behandling på Afrikas horn og i Norge. Informantene forteller at de ikke har hatt kjennskap til hvor de skal søke offentlig hjelp og flere forteller også at de ikke har hatt kunnskap om psykiske helseplager eller rusmidler. Videre forteller informantene om stigmatisering fra storsamfunnet og noen også fra det somaliske eller eritreiske miljøet i Norge. Disse faktorene kan bidra til å gjøre det vanskelig for personen å søke hjelp for utfordringer som er tabubelagt. For samtlige informanter har bosituasjonen vært motivasjon til at de har oppsøkt hjelpeapparatet. NAV er en viktig tilrettelegger for at informantene har kommet i kontakt med andre tjenester. I tillegg kan relasjonen mellom personen som søker hjelp og de ansatte både motivere til og vanskeliggjør det å søke hjelp.

5.2 Opplever informantene at de får, eller har fått, dekket sine hjelpebehov i kontakt med psykisk helse- og rustjenestene?

I denne delen vil jeg undersøke hvilke faktorer som har bidratt til at informantene har opplevd å få dekket, eller ikke dekket, sine hjelpebehov i kontakt med psykisk helse- og rustjenestene. Underoverskriftene tar utgangspunktet i min tolkning av intervjuene og det er områder som jeg anser som spesielt viktig for om målgruppen opplever å få dekket sine hjelpebehov.

5.2.1 Rusbehandling tilpasset en «etnisk privilegert hvit persons ståsted»

På spørsmål som omhandler erfaringer med psykisk helse- og rusjenestene trekker Abdi fram at rusbehandlingen er tilpasset en «etnisk privilegert hvit person», og at dagens behandling derfor ikke er tilpasset personer med innvandrerbakgrunn. De andre informantene tar ikke opp dette tema. Intervjuspørsmålene var imidlertid åpne slik at det ga rom for informantene å svare med ulike fokus. Dette temaet forstås som såpass viktig for hvorvidt man opplever å få dekket eget hjelpebehov at jeg velger å rette fokus mot det til tross for at kun en informant tar opp denne utfordringen. Abdi snakker på følgende måte om sin erfaring:

Abdi: De vurderer meg ut fra etnisk norske briller. Så jeg hadde den samtalen, jeg sa til dem jeg slutter, jeg sa jeg orker ikke mer av dette spillet, dere er meget hyggelige, dere har mye omsorg, jeg har fått mye fra dere det har jeg gjort, trygt sted, I got a a lot. Men behandlingen den er hvit, må si det sann, is for etnisk norsk it is, let me say it as it is, det er for en privilegert hvit mann. Om han lærer alt det dere vil lære han når han går ut så er det jackpot. Fordi jeg har fått til mye av det jeg har lært fra dere, tenk på en etnisk norsk som er hvit hvis han lærer det jeg observerer og er like intelligent han kan bli ny statsminister, heh, skjønner du. Men det er den erfaringen, det er ikke en erfaring, det er virkeligheten. Og det er min virkelighet. Det er veldig mange som er enig med meg når jeg sier det, når vi bruker tid og snakker om dette, veldig mange ser det da. Med mindre de vil overse meg liksom. Jeg går og setter på nyheter jeg ser bare personer som snakker om somaliske nomader ikke sant, jeg ser, i avisa de snakker om så mye, bruker somaliere til å trække på, det er min virkelighet. Så hvordan du skal, la oss snakke om virkeligheten min. Skal du behandle min rusbruk og psykiske helse, let's talk about my reality, ikke den du har og ikke den som står i pensum fordi den som står i pensum den ble skrevet da jeg ikke var i nærheten.

Behandlingsinstitusjonen vurderer Abdi ut fra et etnisk norsk perspektiv og han opplever at behandlingen ikke er tilpasset innvandrere. Samtidig forteller han at han har lært mye i behandlingen som har hjulpet han, men at det kunne ha vært enda bedre dersom han var etnisk norsk. Utdanningsapparatet og behandlingsinstitusjonen er, ut fra Abdis erfaringer, ikke tilpasset dagens Norge hvor pasienter har bakgrunn fra en rekke ulike land. Hans opplevelser er også preget av hvordan somaliere blir omtalt i media og det øvrige samfunnet. Videre forteller han at når han snakker med andre om at behandlingen er tilpasset en etnisk norsk person er mange enig med han. Dette kan indikere at det blir synlig for andre når omgivelsene

bevisstgjøres dette. For at behandlingen skal være meningsfull må pasientens virkelighet settes i fokus og kanskje er dette enda viktigere når pasient og behandler har ulike bakgrunner. Ansatte må spørre og undersøke for å kunne forstå den andres virkelighet. En del av Abdis virkelighet som han fortsatt ikke har jobbet med trekker han fram i sitatene under:

Abdi: Men fortsatt vi har ikke jobbet med psyken, vi snakker ikke om krig, vi snakker ikke om fluktraumer, vi snakker ikke om tida hvor jeg forlater familie og venner, alt det har vi ikke snakket om [...] Sitter og snakker om at jeg har ikke har ikke fått leilighet, jeg søkte på det, derfor jeg har vært og ruset meg.. Jeg har truffet en venn ute på gata, derfor ruset jeg meg. Jeg sa til dem dere har lite seriøse problemer.

Abdi: Etter fire år har jeg ikke snakket om det, jeg vet ikke hvor lenge jeg må vente, hehe..Det var akkurat det jeg sa «hey, come on, get serious» og jeg kan forstå det, de har ikke opplevd krig selv og det er ikke pensum kanskje, jeg vet ikke, vernepleier på 20 år hva kan hun komme og fortelle meg.

Abdi kom, som tidligere nevnt, som enslig mindreårig flyktning. Mer enn tretti år etter at han kom til Norge etterlyser han fortsatt hjelp for å bearbeide sine krigs-og fluktraumer og det å ha dratt fra familien. En sentral årsak til at han begynte å ruse seg har han altså ikke arbeidet med etter flere år i behandling. Dette er imidlertid rusmiddelbehandling hvor fokus er på problematisk rusmiddelbruk slik at fokus og kompetansen til de ansatte trolig ligger der. De ansatte er spesialister på rusmiddelbruk, men innehar trolig ikke spesialkompetanse på krigs-og fluktraumer som Abdi etterspør. Abdi fokuserer på at ansatte ikke har den nødvendige kunnskapen for å gi han fullverdig helsehjelp. Dette gjelder både ansattes livserfaring og faglige kompetanse. Opplevd krig er det få ansatte som vil kunne vise til, men en faglig kompetanse på traumer, migrasjon og diskriminering er det andre muligheter for å forbedre. Uten en faglig og/eller personlig kompetanse blant de ansatte på disse områdene kan det oppleves som at helsehjelpen ikke dekker personens hjelpebehov. For Abdi handler hjelpebehovet om både tap av hjemland, opplevelser med å leve i krig, flukten alene til Europa, savnet etter slekt og barna, og skam og stigma knyttet til rusmiddelbruk, psykisk uhelse og tap av jobb. Rusmiddelbruken er altså bare en av flere utfordringer. Man kan dermed si at det trolig ikke vil bli optimal helsehjelp for Abdi, og andre med lignende erfaringer, dersom fokuset ikke rettes mot krigs-og fluktraumene men kun forholder seg til rusmiddelbruken og forholdene i Norge. Abdi trekker også fram hvordan gruppeterapi og

fellesmøter kan være utfordrende når medpasienter forteller om helt andre begrunnelser for hvorfor de har ruset seg eller hatt perioder med tilbakefall til rus. Sitatet forstås som at det er vanskelig for Abdi å identifisere seg med utfordringene hans medpasienter forteller om.

Abdi kommer videre inn på sammensetningen av ansattgruppen på behandlingsinstitusjonen og hvordan hans tverrfaglige team kun består av etnisk norske profesjonsutøvere. Ettersom han har en annen religion og annen kultur enn de ansatte forteller han at de ofte er uenige. Tverrfaglighet står sterkt innen psykisk helse- og rustjenestene, men Abdis opplevelser viser at tverrfagligheten kan miste noe av sin styrke når det tverrfaglige teamet har lignende personlig bakgrunn til tross for profesjonell tverrfaglighet. Dette går Abdi videre inn på i sitatet som følger under.

Abdi: Hele systemet må ses på på nytt, behandlerne må kunne se meg, fordi det er jo de og de etniske norske, de ser dem, de forstår seg på dem, de føler dem, og kjenner dem, they feel them, they can't feel me, så mye av behandlingen handler om det, to connect to each other, ikke sant, så, we are not connecting, følelsesmessig.

Slik kommer han nærmere inn på de menneskelige møtepunktene og relasjonens sentrale rolle innen rusbehandlingen. Igjen ser man behovet for å bli sett og hørt som et unikt individ uavhengig av etnisk eller kulturell bakgrunn. I tillegg forstås det som et behov for å oppleve at noen faktisk bryr seg, som Abdi sier at man kjenner det følelsesmessig. Dette behovet kan det kanskje være mer utfordrende å få oppfylt når hjelperne har en annen bakgrunn enn det man selv har. I tillegg viser det hvordan det den enkelte har erfart må tas på alvor. Abdis traumer er en del av hans historie, og skal behandlerne «se han» og forstå han som «de forstår seg på dem» er dette en viktig del av bildet med å se hele han, eller i det minste forsøke og forstå hans situasjon. Abdis sitat forstås også som at det er sårt å se medpasienter etablere relasjoner til sine hjelpere, relasjoner han opplever at ikke etableres på samme måte for han ettersom han har en annen bakgrunn enn mange av sine medpasienter. I sitatet skiller han seg fra den øvrige pasientgruppen, de er annerledes enn han da de er etnisk norske. Det ville vært interessant å undersøke mer om dette skillet og hvilken betydning Abdis erfaringer med diskriminering og stigmatisering kan prege hans opplevelse i møte med behandlere og medpasientene. Det kan imidlertid også være forhold med hjelperne som skaper skillet som Abdi opplever. Det kan handle om hvorvidt de ansatte har kunnskap om både krigs- og flukttraumer, kulturforskjeller, diskriminering og utenforskap. Kunnskap om disse områdene kan gjøre at hjelperen i større

grad kan forstå Abdis situasjon og dermed møte han på en bedre måte i rusbehandlingen, noe som kanskje kan redusere opplevelsen av annerledeshet som ligger i skillet mellom han og «dem». Det er også en tydelig systemkritikk i sitatet ovenfor og et ønske om endring av strukturene slik at det skal være mer inkluderende enn dagens helsetjenester.

Jamal har et annet perspektiv på mangfold blant hjelpere i helsetjenestene og hva som har vært viktig for han. Han har erfaring fra samme behandlingsinstitusjon som Abdi og beskriver andre ønsker for helsehjelpen og personalgruppen. Han forteller at han ønsket å ha etnisk norske behandlere ettersom han ikke hadde tillit til behandlere med innvandrerbakgrunn. Slik viser Abdi og Jamals historie forskjellige opplevelser knyttet til det å møte hjelpere med ulik bakgrunn i tjenestene. Imidlertid forteller begge at de ønsker å bli spurt og lyttet til, uavhengig av hvilken bakgrunn hjelperen har, og at det er her kjernen i den gode kontakten ligger.

5.2.2 Psykisk helse- og rustjenester med kulturkompetanse

Informantene trekker fram ulike positive opplevelser og menneskemøter i kontakt med hjelpeapparatet. Det er ikke alle erfaringene som er unike for møte mellom mennesker fra ulike kulturer. Imidlertid viser erfaringene hvordan hjelperne har tatt hensyn til kultur i noen tilfeller, mens det i andre sitater viser hvordan det har vært meningsfulle menneskemøter uten at kulturelle forskjeller har vært i fokus. Slik kan man si at i de sistnevnte erfaringene framkommer det også kulturkompetanse, i form av at hjelperne ser informantenes allmenne behov framfor de kulturelle forskjellene. Dette blir dermed overskriften og fokuset i denne delen. Ermias trekker fram kontakten med Øst-Afrikaprojektet som en positiv erfaring:

Ermias: Jeg fikk jo psykisk hjelp fra DPS på Tøyen. Hun var jævlig flink, hun hjalp meg mye. Hvordan jeg skal takle noen ting.

Mari: Var du i Øst-Afrikaprojektet?

Ermias: Øst-Afrikaprojektet ja. Hun, de var veldig flinke. Det er sånn kognitiv terapi, eller jeg vet ikke hva det er, de følger opp mange ting så du kan takle, om problemene eller den tiden, hva du hadde opplevd, hvordan du kan takle det. Det hjalp meg mye. Jeg brukte noen av teknikkene. Så det hjelper å snakke med psykolog.

Han bruker sterkt ladete positive ord når han beskriver denne hjelpen og i motsetning til det Abdi forteller i del 5.2.1 hvor han etterspør muligheten til å arbeide med flukt-og krigstraumer forteller Ermias at det var nettopp det han fikk hjelp til. Han fikk hjelp til å håndtere sine

opplevelser og han lærte teknikker som hjalp han i hverdagen med å takle dagens problemer og de utfordringene han hadde med seg fra hjemlandet. Senere i intervjuet kommer han også inn på hva det var som gjorde akkurat denne hjelpen nyttig: «Jeg fikk hjelp som jeg sa fra psykologen ved DPS, det var mange ting de hjalp meg med [...]. Det er litt behandling og litt andre måter å prate og se problemet på». Akkurat hvordan psykologen snakket og så på problemene ble dessverre ikke undersøkt, men det ville vært interessant å undersøke ytterligere hva det var med måten denne psykologen snakket på som var særlig virkningsfullt. Det at Ermias flere år etter avsluttet behandling trekker fram denne hjelpen indikerer at deres måte å arbeide på var hensiktsmessig for å hjelpe han, og kanskje andre personer i den aktuelle målgruppen.

Bashir hadde også oppfølging fra det samme DPS-et. Ettersom det er flere år siden behandlingen ble avsluttet er han usikker om tilbudet var fra ordinært DPS, eller om det var fra Øst-Afrikaprojektet. Han forteller under om viktigheten av å ha noen å snakke med:

Mari: Hvordan opplevde du den hjelpen du hadde, sånn tilbake i tid?

Bashir: Det er bedre enn å ha ikke det. Fordi, når du kan snakke om problemet med noen som er faglig, når du er i et miljø som egentlig er det samme som deg, det hjelper.

Mari: Det å ha noen utenfra?

Bashir: Ja, som er faglig også, og som snakker med deg.

Bashir vektlegger viktigheten av å ha noen å snakke med utenfor det miljøet han var en del av. I hans miljø hadde andre lignende utfordringer som han selv, og det ble derfor viktig å ha noen andre som kunne hjelpe han ut fra et profesjonelt perspektiv. Dette er en person som ikke har de samme utfordringene med psykisk uhelse og rusmiddelbruk og som er lyttende til Bashirs utfordringer. Bashir er utdannet innen helse fra hjemlandet, slik at hans fokus på et faglig perspektiv kan henge sammen med dette. Han avslutter setningen med «snakker med deg», noe som kan forstås som at det ikke er alle som gjør det. Som vist tidligere har flere av informantene opplevd stigmatisering og diskriminering, noe som også dette sitatet kan forstås som. Det kan også forstås som et udekket sosialt behov da hans omgangskrets også hadde utfordringer med psykisk uhelse og rusmiddelbruk, hvor fokus kan ha vært på å stabilisere rusavhengigheten og ikke på den gode samtalen.

Jamal trekker særlig fram psykologen han møtte da han først startet som pasient ved ruspoliklinikken som viktig i hans kontakt med hjelpeapparatet.

Jamal: Ja, hun var veldig tålmodig med meg. Selv om jeg ikke kom til timer, og selv om jeg kom beruset, så var hun den samme. Og hun tok telefoner og hjalp meg. Når jeg følte NAV ikke kom med noe så var det hun som tok telefonen. Så hun ringte. Og hun hjalp meg med å fylle ut skjemaer.

Mari: Så litt praktisk hjelp i tillegg til den behandlingsbiten?

Jamal: Ja, praktisk hjelp. Og så var det at hun forklarte ordene, så jeg pleide å tørre og spørre.

Det at hjelperen er en stabilt støtte i en tidvis ustabil tilværelse ser man av dette sitatet. Psykologen møtte Jamal på samme måte uansett hvordan han hadde det. I tillegg lærte hun han ord som ble brukt for å beskrive følelser og vansker han kjente på. Psykologen så at hans hjelpebehov var større enn kun samtaleterapien. Det kan være vanskelig med en effektiv samtaleterapi dersom man f.eks. mangler penger til mat eller bosted. Dette så psykologen og var av betydning for etableringen av tillit. Faktorene han trekker fram er imidlertid uavhengig av hans bakgrunn som innvandrer fra Afrikas horn. Det er tålmodighet, tilstedeværelse, aksept, kunnskap, stabilitet og praktisk hjelp, altså allmennmenneskelige behov.

Personene som trekkes fram som gode hjelpere er personer som har vist kulturell kompetanse, de har gitt informantene økt mestring, de har gitt råd for at informantene kunne håndtere egne plager og de har representert en trygghet utenfor rusmiljøet. Disse hjelperne har også bidratt med praktiske hjelp i tillegg til å snakke om det som er vanskelig.

5.2.3 Viktigheten av arbeid

På spørsmål om hva informantene har savnet i den hjelpen de har fått etter at de kom til Norge trekker Ermias fram savn etter en reell jobb. Jeg velger å vie oppmerksomhet til dette tema da det i jobb er mange faktorer som kan påvirke menneskets psykososiale situasjon, til tross for at det er kun en av informantene som retter mye fokus mot dette temaet i intervjuene.

Mari: Er det noe av den hjelpen du har fått i Norge du tenker kunne vært annerledes?

Ermias: Det første er da vi kom tror jeg. Det var mye arbeidspraksis, du gikk fra en praksis er ferdig så går du til sosialkontoret så får du sosialpenger og så søker du og

får praksis en annen plass. Det skulle vært en praksisplass hvor du gikk, f.eks. seks måneder som trening og så får du jobb. Slik kan du fortsette å få et liv og se framtiden, du kan kjøpe leilighet og gå videre. Men på den tiden gikk du f.eks. seks måneder i praksis og så er du ferdig, og så går du til sosialkontoret og så venter du der til neste måned. Men nå søker du, du får et arbeidsprogram. Folka jeg så, de begynte å jobbe hørte jeg på X. De går til denne plassen og de går på jobb. Det er positivt for framtiden, folk gjør det på andre måter nå. Det er forandring fra da vi kom.*

Mari: Sånn at hvis den gang du kom, hvis den praksisen faktisk hadde ledet til en jobb istedenfor bare en ny runde med praksis eller vente på

Ermias: Ja, det er mulig å tenke. Du får jo sett mot framtiden. Det er annerledes nå. Da jeg var på X snakket jeg med folk, det er sånn de går på praksis og så lærer de og så får de trening og så får de jobb. De har praksis seks måneder eller noe, men uansett de kan få jobb etterpå. Jeg ser at det skjer mye på denne måten. Det er viktig, veldig viktig. Spesielt når de kommer fra utlandet det er mye ting. Å hjelpe familie vet du. Det går ikke å være alene når du er kommet her. Det andre er at de mener du skal hjelpe dem når du er i Europa, du skal sende penger hjem. De tenker på den måten. Du må sende penger til familien, det er å oppfylle din moral og forventning. Forventning til at du kan gjøre noe. Så det hjelper på det psykiske også.

Slik ser man hvordan arbeid innvirker på en rekke forhold. Ermias trekker fram egne erfaringer med at han ser at mennesker nå får jobb etter praksis og at det har vært en satsing på dette feltet. Imidlertid er jobb mer enn inntekt. Jobb gir mulighet for å tenke framover, man kan etablere seg og det gir uavhengighet. Ermias trekker også fram det sosiale aspektet med jobb og hvordan det gir mulighet for etablering av nettverk. Jobb påvirker forholdet til familien i hjemlandet. Det er en måte å ivareta familien, samtidig som det gir anerkjennelse av innsatsen man gjør for familien. I tillegg kan familien ha tatt opp lån for at personen kan reise til f.eks. Norge. Dermed kan familien ha gjeld som sønnen i eksil må bidra til å nedbetale. Klarer ikke sønnen å oppfylle denne forpliktelsen kan det gå utover familien i hjemlandet. Personen i eksil kan dermed få både en økonomisk forpliktelse å oppfylle, i tillegg til opplevelsen av skam og skyld dersom han ikke har klarer å oppfylle denne. Tre av informantene forteller at de har sendt penger eller har fått spørsmål om å sende penger til familien. Jobb gir mulighet til å oppfylle den økonomiske forpliktelsen og forventningen, noe

*tatt bort navn på rusbehandlingsted

som kan bidra positivt for den enkeltes psykiske helse. Abdi forteller hvordan familien reagerte da rusmiddelbruken ble såpass omfattende at han ikke lenger sendte penger til familien: «Etterhvert var jeg ikke nyttig for min familie, sender ikke penger lenger, hvor er det blitt av han, hvorfor er han ikke tilgjengelig og de takker ikke meg. Og så fikk de greie på det». Slik ser man statusen og ansvaret knyttet til det å sende penger hjem og når han ikke lenger gjør det er statustapet tydelig. I tillegg blir rusmiddelbruken en årsaksforklaring til hvorfor han ikke lenger sender penger til familien. Dermed ble det både et statustap og skam grunnet tap av jobb, men også fordi det ble kjent at han ruset seg.

5.2.4 Betydningen av nettverk

På ulike vis kommer informantene inn på betydningen av privat nettverk. Nettverk har betydning for den enkelte på flere måter, og funn i denne delen innvirker egentlig på samtlige funn i studien. Det vil derfor bli fokusert på nettverkets ulike roller, samt et fokus på hvordan søken etter nettverk har preget informantenes liv i Norge. Tre av informantene kom til Norge uten familie. Alle informantene har familiemedlemmer som har flyktet til andre land eller som har blitt værende i hjemlandet. Ermias forteller om denne opplevelsen i sitatet under.

Ermias: Å bli alene i et annet land det er jo et traume i seg selv. Men for min del, det andre er, skaffer du familie, du kan føle du er en del av noe, det kan bli lettere. Hvis du er en ensom og blir alene, det blir ekstra vanskelig [...]. Det er jo, når du vokser opp, du tenker «okei, du kom fra denne farlige situasjonen her, og så det var å bo alene uten familie, uten noen ting, i et annet land» og så ja, kalkulerer alt det du savner i livet ditt. For jeg har ingenting. Jeg fikk ikke, ingenting. Jeg har fått ingenting i livet, eller jeg har mistet den opportunity, det kan hende.

Det å bli alene i et annet land, beskriver han som et traume. I tillegg trekker han fram hvordan vektleggingen av hva han fikk og hva han savner etter flukten fra hjemlandet fortsatt preger hans perspektiv på livet. Til tross for at han fant trygghet i Norge er savnet etter familie og fellesskapet sterkere. Noe som også er grunnlaget for Ermias sine tanker om hvorfor han utviklet problemer med rusmiddelbruk og psykiske helseplager.

Mari: Har du noen tanke om hvorfor du utviklet disse problemene?

Ermias: Jeg vet ikke, problemene med rusen og å finne tilhørighet fordi jeg er alene kanskje, det kan hende

Mari: At det var liksom et miljø du blei velkommen i

Ermias: Ja, det er lettere å komme inn og ha kontakt og sånn også, det kan hende

Kontakten med rusmiljøet etableres som ung, han tester ut rusmidler og han opplever å bli en del av noe og kjenne en tilhørighet til et miljø. Dette er en tilhørighet han i dag som rusfri ikke opplever på samme måte. Behovet for tilhørighet og fellesskap er allment uansett hvor personen kommer fra, men forklaringen på hvorfor dette er et udekket behov kan være annerledes for en person som har flyktet fra sitt hjemland og sin familie. Også Bashir trekker fram hvordan omgivelsene og andre mennesker har påvirket han og hans rusmiddelbruk, men med en annen vinkling enn Ermias. Han forteller at dersom hans nettverk er rusfritt klarer også han å holde seg rusfri eller ruse seg mindre. Som vist tidligere har de ytre rammene, som fengsel eller en lukket dør til egen leilighet, bidratt til at Bashir kan sette grenser for egen rusmiddelbruk og hvilke mennesker han har ønsket å ivareta eller etablere relasjoner til.

På ulikt vis har særlig rusmiddelbruken påvirket informantenes familierelasjoner. Jamal valgte å flytte fra familien som ungdom for å hindre at hans livsvalg hadde negativ innvirkning på dem. Både han og Bashir har vært åpne om deres utfordringer med familien. Abdis forhold til familien ble påvirket av rusmiddelbruken, det samme har det gjort med forholdet til klanmedlemmene og andre med minoritetsbakgrunn.

Abdi: Ja, familien min visste det på en måte og de har jo kutta relasjon til meg. Det er sånn det har vært og de har latt meg være i fred. Kanskje det var det beste de gjorde også, jeg vet ikke. Men jeg er jo alene her da, det er litt vanskelig. Relasjonen til klanmedlemmene eller andre med minoritetsbakgrunn som er som familie er også blitt dårlig. Ingen stiller opp for deg ikke sant, ingen er der for å bry seg om deg, for å spørre hvordan du har det, om du trenger noe hjelp. Det er han gærningen «Abdi», han narkodealeren, krimvennen, som ingen vil ha noe med å gjøre. Selv om du ikke har gjort noen kriminelle ting enda men sånn er det bare. Ja, automatisk er du en bruker er du utestengt, enkelt og greit, av alle sosiale arenaer, av alle relasjoner. Så det har ikke vært lett å være i rusen. Også psyken blir enda verre når du har det i bakhodet. Pluss at du tenker hele tiden hva skjer hvis din familie dør og sånn, du er i rus, du har ikke pass, du har ikke penger, du kan ikke gå på graven til din far eller besøke dem, det har vært vanskelig.

Både familie, klan og det øvrige nettverket kuttet altså kontakten med Abdi da de skjønnte at han ruset seg. I tillegg skjer det at han som rusmiddelbruker tildeles roller som kriminell og selger av rusmidler før han faktisk har gjort det. Han beskriver dårlig samvittighet overfor familien sin og ensomhet, noe som tærer på psyken i tillegg til de allerede eksisterende psykiske helseplagene. Ermias opplevde også at tilhørigheten til det eritreiske miljøet ble påvirket av hans rusmiddelbruk. Han forteller om en avstand fra miljøet grunnet det negative stempelet som ble omtalt i del 5.1.2. Flere år etter rusfrihet er det fortsatt utfordrende å snakke med familie og venner. Det blir korte telefonsamtaler og noen ganger kan det være vanskelig å svare når de ringer. Andre menneskers oppfatning av en selv kan altså påvirke de nære relasjonene og være vanskelig å normalisere etter rusfrihet. Skam og stigma grunnet tidligere rusmiddelbruk og psykiske helseplager kan fortsatt påvirke dagens relasjoner. Dette er et sentralt aspekt i helsehjelpen ettersom det viser at relasjonene ikke automatisk bedres selv om personen blir rusfri.

5.2.5 Oppsummering del 5.2

I denne delen har det vært fokusert på hvorvidt informantene har opplevd å få dekket sine hjelpebehov i kontakt med psykisk helse- og rusjenestene. Det er variasjoner i informantenes svar da det framkommer ulike forventninger til hva helsehjelpen skal innebære. Mens en av informantene forteller at han opplever rusbehandlingen tilpasset etnisk norsk persons ståsted, forteller en av de andre informantene om bedre erfaringer med norsk rusbehandling. Han ønsket seg imidlertid etnisk norske behandlere ettersom helsehjelpen ble gitt i Norge. Jobb har vært et udekket behov ved ankomst til Norge. Dette reflekteres det over at det rettes mer fokus mot i dag. Videre trekker informantene fram viktigheten med å ha gode hjelpere med faglig, kulturell og mellommenneskelig kompetanse. Det er i stor grad enkeltpersoner som trekkes fram som har vært særlig viktige for informantene.

Med bakgrunn i de nevnte fokusområdene i del 5.1 og 5.2 kan man si at hvordan innvandrere fra Afrikas horn med rusmiddelutfordringer og psykiske helseproblemer kan oppleve hjelpen de får fra psykisk helse- og rusjenestene avhenger av hvorvidt hjelpeapparatet oppleves som tilgjengelig for den med et hjelpebehov og hvordan innholdet i hjelpen som tilbys er. Det kan handle om samtaleterapien, praktisk hjelp eller opplevelse å bli hørt og respektert. Videre kan man si at tilpasning av tjenestene har stor betydning. Er tjenestene tilpasset mangfoldet i samfunnet, eller må tjenestemottaker tilpasse seg tjenestenes strukturer? Et siste område er om målgruppen i studien opplever at hjelperne har den nødvendige kunnskapen for å hjelpe

dem med en kompleks bakgrunnshistorie. Dette kan være kompetanse om krigs-og fluktraumer, kulturell kompetanse og mellommenneskelig kompetanse. Den kulturelle kompetansen handler om de kulturelle forskjellenes betydning og yrkesutøverens kultursensitivitet i møte med personer med annen kulturell bakgrunn. I tillegg handler det om å se når det er de allmennmenneskelige behovene som har betydning, tross kulturelle forskjeller. Traumekompetansen handler imidlertid om hvordan det man har opplevd preger personen og hvordan han kan lære seg og håndtere og mestre reaksjonene og symptomene. Slik ser man at dette er to fagfelt, hvor begge perspektivene mange ganger er nødvendig, for at studiens målgruppe skal oppleve å få fullverdig helsehjelp.

6.0 Diskusjon

I denne delen vil funnene i studien bli diskutert opp mot oppgavens problemstilling og i lys av relevant forskning og de teoretiske perspektivene som omhandler kultur, forståelse av helse og helsehjelp og stigma. Hensikten med oppgaven har vært å løfte fram brukerstemmer og på den måten få fram informantenes subjektive opplevelser og erfaringer som brukere av psykisk helse- og rustjenestene. For å løfte fram disse stemmene har jeg valgt problemstillingen «Hvordan opplever innvandrere fra Afrikas Horn med samtidige rusutfordringer og psykiske helseplager hjelpen de får fra psykisk helse- og rustjenestene i Norge?».

Som vist i forrige kapittel kan man se at hvordan innvandrere fra Afrikas horn med rusutfordringer og psykiske helseproblemer opplever hjelpen de får av de norske psykisk helse- og rustjenestene avhenger av hvorvidt hjelpeapparatet oppleves som tilgjengelig. Dette kan være om man vet hva som finnes av hjelp, hva hjelpen innebærer, hvorfor man kan søke hjelp, hvilke barrierer som hindrer den enkelte i å søke om hjelp og hvorvidt man opplever at psykisk helse- og rustjenestene er riktig sted å få hjelp. Hvordan personen opplever hjelpen handler også om innholdet i hjelpetilbudet. Det kan være innholdet i samtalerapien, praktisk hjelp eller at man veiledes videre til andre aktuelle instanser. Hvorvidt man opplever å bli hørt, respektert og spurt om egne ønsker har også innvirkning på hvordan hjelpen oppleves. I tillegg handler det om hvorvidt informantene opplever at hjelperne har den nødvendige kunnskapen for å hjelpe personer med en kompleks bakgrunnshistorie. Videre kan man si at tilpasning av tjenestene har stor betydning for personenes møte med hjelpeapparatet; tilpasses tjenestene den enkelte, eller er det ett forløp uansett hvem som er mottaker av helsehjelp?

6.1 Psykisk helse- og rustjenestenes tilgjengelighet

Jeg vil starte denne diskusjonsdelen med å se på om tjenestene oppleves tilgjengelige for målgruppen. I oppgavens begynnelse så man at helsetjenestene tilgjengelighet og tilpasning er nedfelt i lovverket. Det framkom også en visshet om at ikke alle grupper i samfunnet klarer å nyttiggjøre seg av tjenestenes organisering. I denne studien har man imidlertid sett at det er en lang vei å gå før alle innbyggere i Norge opplever at tjenestene er tilgjengelige og tilpasset egne behov. Flere av informantene forteller at de ikke visste hvor de skulle søke hjelp da de hadde det vanskelig psykisk eller når rusmiddelbruken fikk en omfattende plass i deres liv. Fortsatt i dag, etter å ha hatt kontakt med psykisk helse- og rustjenestene i flere år forteller en av informantene at han er usikker hvordan han kan søke mer hjelp.

I følge Berg og Audestad (2006) har mange rusmiddelbrukere med innvandrerbakgrunn mindre systemtillit enn den etnisk norske befolkningen, noe som er av betydning for om hjelpen oppleves tilgjengelig. Systemtillit forutsetter kjennskap til og tro på systemet og som i min studie, viste også Berg og Audestad at flere av brukerne manglet kjennskap til psykisk helse- og rustjenestene. Det at brukerne ikke hadde systemtillit kan handle om mangel på informasjon om hjelpetilbudene i tillegg til dårlige erfaringer og opplevelser med hjelpeapparatet (Berg og Audestad, 2006, s.33-34). Det er en sterk generalisering som det ikke er grunnlag for å si at gjelder alle rusmiddelbrukere med innvandrerbakgrunn, men man ser dette mønsteret i studien det her vises til. I denne studien er det intervjuet personer med rusmiddelutfordringer og ikke eksplisitte psykiske helseplager. Imidlertid ser man i Ayazi (2006) sin beskrivelse av Øst-Afrikaprojektet (se del 3.2.6) at også pasienter innen psykisk helsevern med øst-afrikansk bakgrunn var skeptiske til det norske behandlingssystemet på grunn av tidligere opplevelser, negative og feilaktige rykter eller manglende kjennskap til helsevesenet (Ayazi, 2006). Den manglende systemtilliten kan dermed være en barriere for å be om hjelp fra psykisk helse- og rustjenestene (Berg og Audestad, 2006, s.33).

Kleinmans perspektiv på helsesystemer viser at alle samfunn har en tredeling av helsehjelpen. Det er den private sektoren som består av familie og slekt, den folkelige som kan bestå av ufaglærte hjelpere eller religiøse ledere, samt den profesjonelle som er utdannet helsepersonell. Den private sektoren er den største sektoren i alle kulturer (Kleinman, 1980, s.49-59). Personer med rusmiddelbruk og psykiske helseplager som har kommet alene til landet, og hvor slekten eller klanen har kuttet kontakten med personen grunnet psykiske helseplager og rusmiddelbruk, kan dermed mangle den sektoren man tradisjonelt henvender seg til. En mulighet er da å henvende seg til moskeen. Opplever imidlertid ikke personen å få hjelp og støtte der vil det være utfordrende å få hjelp når den profesjonelle sektoren er ukjent. Mange innvandrergupper kan ha med seg en annen erfaring med hvor man søker helsehjelp og et annet perspektiv på psykisk helse og rusmiddelbruk som kan gjøre at det norske helsevesenet, den profesjonelle sektoren, virker fremmed (Hjelde, 2013, s.183). Alternativet kan bli, som Jamal forteller, at personen unngår å søke hjelp, og dersom han gjør det kommer han senere i livet inn i rusbehandling enn mange av sine medpasienter. Informantenes erfaringer viser også denne tredelingen. De forteller at man først, om mulig, søker hjelp hos familie eller klan, deretter søker man seg til moskeen eller kirken for bønn, mens noen erfarer å bli sendt til hjemlandet for behandling. Den profesjonelle sektoren blir først oppsøkt når alt annet er forsøkt. Når man imidlertid har med seg kunnskap om at mange somaliere kan anse

helse og sykdom å være i Guds hender (Hjelde, 2013, s.179; Hjelde, 2007, s.354-355) er det naturlig at det er hos familie, slekt og i religiøs deltakelse man også søker helsehjelp. Det er dette som er kjent. Slik kan Kleinmans perspektiv på helsesystemene hjelpe oss å se hvorfor den offentlige helsehjelpen kan oppleves lite tilgjengelig da den befinner seg i en sektor som kan være ukjent ettersom personer kan ha med seg andre erfaringer med hvor man søker helsehjelp, hvor helsehjelpen er tilgjengelig og et annet perspektiv på helse.

I min studie ser man at NAV har vært viktig for å gjøre tjenestene tilgjengelige for informantene. Årsaken til kontakten med NAV kan være økonomi eller en vanskelig bosituasjon. Med kartleggingsverktøyet «Brukerplan» ferskt i minne hvor man så at studiens målgruppe kan ha utfordringer på flere levekårsområder (Hustvedt et al., 2020, s.30) er det naturlig at mange kommer i kontakt med NAV. Muligheten som ligger i denne kontakten er stor da NAV har en unik mulighet til å veilede eller henvise personen til andre tjenester. Med en god relasjon til veileder i NAV, som Jamal beskriver, kan det gi tro på at man kan prøve andre hjelpetiltak. Imidlertid er ikke en god relasjon alltid tilstrekkelig for at personen med et hjelpebehov får den beste helsehjelpen. For personer som har innvandret til Norge med flukt- og traumbakgrunn, i tillegg til psykiske helseplager og rusmiddelbruk, kan det i tråd med det psykososiale perspektivet være behov for flere perspektiver og tilnærminger for å hjelpe den enkelte på best mulig måte (Nissen og Skærbæk, 2014, s.12). På den andre siden kan den gode relasjonen til eksempelvis NAV-veilederen være viktig for at hjelpens hensikt blir gjort forståelig ved at veileder forklarer om hjelpetilbudet.

Frykten for å bli stigmatisert av storsamfunnet eller sitt eget etniske miljø kan være et hinder for å søke helsehjelp og utgjør dermed en kultur-relatert barriere for at helsehjelpen oppleves tilgjengelig. Felles for informantene i denne studien er at psykiske helseplager og rusmiddelbruk er tabu i landene de kommer fra og det er stigma knyttet til å ha disse utfordringene. Dette har preget dem også i Norge og bidratt til å gjøre psykisk helse- og rustjenestene mindre tilgjengelig for informantene og andre med lignende bakgrunn. Lignende funn ser man også i andre studier. Personer kan unngå å oppsøke psykisk helse- og rustjenestene av redsel for at det blir kjent i lokalsamfunnet (Ververda og Ismail, 2017, s.7) noe som også kom fram i delen som omhandler «Øst-Afrikaprojektet». Her så man at den oppsøkende virksomheten var avgjørende for å nå ut til målgruppen (Storvik, 2008). Det kulturelle stigmaet kan videre føre til at man bruker «en maske» i møte med familien for å skjule rusmiddelbruken og dermed ender med å leve et dobbeltliv. Denne situasjonen kan i

tillegg føre til at noen ruser seg mer for å håndtere egne ubehagelige følelser når man lever dette dobbeltlivet (Kour et al., 2020 s.5; Kour et al., 2019, s.51-52).

Informantene forteller at det er vanskeligere å miste et stigma enn å bli påført et stigma. Goffman beskriver hvordan en person blir stigmatisert ved at hen har et særpreg, en egenskap eller et karaktertrekk som gjør hen annerledes enn andre i negativ forstand. Et slikt særpreg blir et stigma når dets diskreditering er omfattende (Goffman, 1963, s.12-13). Ermias sin historie viser at stigma kan følge personen også etter rusfrihet og påvirke relasjonen til nettverket. Tross at han har sluttet å ruse seg må han likevel tenke over hvordan han ler og snakker da personer han kjenner i det eritreiske miljøet er mistenksomme og følger med på hans atferd for å se om han fortsatt ruser seg eller har det vanskelig psykisk. Gjennom stigmatiseringen av personer med rusmiddelproblemer og psykiske helseplager utøver samfunnet en form for sosial kontroll (Goffman, 1963, s.164-165). Skal samfunnet fjerne dette stigmaet oppheves den sosiale kontrollen noe som vil kreve at samfunnet endrer sitt syn på personen som har, eller har hatt, rusmiddelproblemer og psykiske helseplager. Spørsmålet blir dermed om storsamfunnet og personens etniske miljø er villig til dette?

Informantene innehar egenskaper som kan gjøre at de ikke bare blir stigmatisert som rusavhengig og psykisk syk, men de kan også oppleve å bli stigmatisert og diskriminert som innvandrere. Frykten for en trippel diskriminering som både rusavhengig, innvandrer og «gal» kan gjøre at man unngår å benytte seg av helsetjenestene (Goffman, 1963, s.14; Jávo, 2010, s.158). Informasjonsmøtet som ble holdt om Øst-Afrika-prosjektet viste imidlertid at man, til tross for tabubelagte tema, nådde ut til mange personer i målgruppen med bakgrunn fra Øst-Afrika og med psykiske helseplager. Med tilpasset informasjon svarte også flere at de var i behov av helsehjelp. Dette i et rom med andre fra samme region til stede. I dette prosjektet hadde den ene av de ansatte bakgrunn fra Somalia, noe som kan ha bidratt til å bruke et tilpasset språk som de oppmøtte kunne relatere seg til (Hjelde, 2008, s.30; Storvik, 2008). Kanskje kan en slik tilnærming, hvor man har både faglighet med traumekompetanse og kulturell kompetanse, samt egen innvandrerbakgrunn, gjøre at flere personer opplever psykisk helse- og rustjenestene som tilgjengelige og bedre tilpasset egne utfordringer. Kombinasjonen av de tre faktorene kan bidra til at informasjonen blir bedre tilpasset den kulturelle konteksten for den med et hjelpebehov. Samtidig kan hjelperen med denne kompetansen ha en bedre forståelse av hvordan og hvorvidt man snakker om tabubelagte tema som psykisk helse, samt hvordan traumer og migrasjon kan påvirke mennesker og samhandling i det nye samfunnet.

6.2 Opplevelsen av psykisk helse- og rustjenestenes innhold

Flere av informantene forteller at de har manglet kunnskap om psykiske helseplager og rusmiddelbruk. Det har vært viktig for dem å skjønne hvorfor de for eksempel ikke sover eller spiser slik at de ser sammenhengen mellom egne opplevelser og reaksjoner. Det framkommer også et savn om mer informasjon om rusmidler da de var nye i Norge. De forteller at det er lite informasjon om dette i deres hjemland da rusmiddelbruk i likhet med psykiske helseplager er tabubelagt og noen steder ulovlig. Ifølge Kour et al. (2020) ser man at jo mer kunnskap man har om psykiske helseplager og rusmiddelbruk desto mer motivert blir man til f.eks. rusbehandling og dermed er det en pekepinn på at kunnskap er nyttig for personens helsestatus. Kunnskap om egen psykiske lidelse og skadelige konsekvenser av rusmiddelbruk var ifølge Kours informanter viktig for at personene fulgte opp og fullførte rusbehandlingen (Kour et al., 2020, s.6-8). Imidlertid er det bekymringsfullt når mange i målgruppen forteller at de ikke vet hvor de skal søke hjelp eller få hjelp til å forstå hva som skjer med dem ved forverring av psykiske helseplager og økt rusmiddelbruk (Pettersen og Debesay, 2023, s.6).

Informantene trekker fram viktigheten av å forstå faguttrykk, både for å forstå hva helsehjelpen innebærer, men også for å kunne uttrykke egne tanker og følelser. Dersom personen mangler disse ordene kan det være utfordrende å formidle hvordan man faktisk har det, kanskje også på et språk som ikke er sitt eget morsmål. Det kan være flere årsaker til at personene mangler disse ordene. Informantene forteller at i deres hjemland anses man som enten gal eller normal, dermed kan nyansene man ut fra en vestlig forståelse mener eksisterer i de psykiske helseplagene forsvinne. I tillegg kan det også ha sammenheng med syn på psykologi og annen vitenskap i det landet man kommer fra. Som Jamal forteller er psykologi tabu for mange med somalisk bakgrunn. Det at man mangler faguttrykkene eller ord for å beskrive egne tanker og følelser kan også gjøre det vanskelig å kjenne seg igjen i ordene som hjelpeapparatet bruker. Dette behøver imidlertid ikke bare å gjelde personer som er innvandrere, det vil også være aktuelt å forklare hjelpeapparatet eller faguttrykk til personer som tidligere ikke er kjent med psykisk helse- og rustjenestene, uansett hvor i verden man kommer fra. Noen ganger kan det være behov for nærmest en oversetting av faguttrykkene, da dårlig kommunikasjon eller manglende kommunikasjon kan være et hinder for fullgod helsehjelp (Kleinman, 1980, s.102-103). Jamal forteller at han spurte både på poliklinikken og i døgnbehandlingen om ord han ikke skjønte. Dette avhenger imidlertid av at personen med et hjelpebehov spør disse spørsmålene, eller at hjelperne har med seg kunnskap om ulik forståelse av psykisk helse og helsehjelp, men også kulturkompetanse som gjør at man forstår

når og på hvilke områder ulike kulturer faktisk har betydning (Hjelde, 2013, 172-173; Eriksen og Sajjad, 2020, s.241; Jávo, 2010, s.154-155). Vi har sett hvordan for eksempel begrepet «behandling» var ukjent for noen av informantene, noe som gjorde at informantene ikke forstod betydningen bak ordet. Mangelfull språkforståelse kan føre til misforståelser hvor to personer snakker om forskjellige ting (Berg og Audestad, 2006, s.27) for eksempel da Abdi hørte om «behandling» uten å forstå hva man egentlig skulle behandle. En annen utfordring når det gjelder språkforståelse er at det i psykisk helse- og rusbehandling er en forventning om at man skal snakke om følelser knyttet til sine problemer. Det å skulle dele sine følelser med en annen person på et fremmed språk, eller med tolk tilstede, kan føre til utfordringer i samtalen blant annet siden nyanser i språket kan forsvinne (Berg og Audestad, 2006, s.27-28).

Det framkommer i denne studien i mindre grad et uttalt behov for mer kunnskap om traumer, migrasjonsprosessen og økt kulturkompetanse blant ansatte i psykisk helse- og rustjenestene enn hva man ser i andre studier (Pettersen og Debesay, 2023, s.10; Kour et al., 2020, s.5; McCann et al., 2016, s.5). Med bakgrunn i disse studiene kan det imidlertid se ut til at det er behov for et kompetanseløft på dette feltet. Da må ledere i helsetjenestene og politikere legge til rette for den økte kunnskapen. Kravet om tilpassede og tilgjengelige tjenester er på den andre siden nedfelt i lovverket (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1; pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1), i tillegg til at det allerede eksisterer en visjon om å gjøre tjenestene mer kultursensitive, fleksible og oppsøkende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.27). Det eksisterer dermed ikke bare pasienter, brukere og ansatte sitt ønske om mer kunnskap, men også politiske føringer og lovverk som bør legges til grunn for økt kompetanse på feltet. Før man kommer dit er det imidlertid mye hjelperne kan gjøre for å snakke et mer forståelig språk som sikrer at personen opplever helsehjelpen som meningsfull. Ved å minske avstanden mellom «lidelse» og «sykdom», mellom pasientens og hjelperens forklaringsmodell, kan man i følge Kleinman finne en felles forståelse som utgangspunktet for helsehjelpen. Meningskomponenten i sykdommen finner man i opplevelsen av lidelse. Ved at helsesystemet hjelper personen med å etablere lidelse fra sykdom gis sykdommen forklaring og mening i tillegg til at personen opplever økt kontroll over egen situasjon (Kleinman, 1980, s.72). Opplevelsen av lidelse formes av menneskets sosiokulturelle kontekst og forståelsen av personens lidelse er dermed nødvendig for at hjelperen skal kunne tilpasse helsehjelpen til den enkelte pasient (ibid.). Dersom hjelperen får en bedre forståelse av personens lidelse gir det mulighet for å finne et felles språk som utgangspunkt for helsehjelpen. Dette kan f.eks. skje

ved at personen får mulighet til å fortelle hva som er viktig for seg selv og hvordan hen opplever å leve med sykdommen. Hjelperen må imidlertid også ha tid til å ta imot svaret.

Selv om det i mindre grad er et uttalt behov for økt kulturkompetanse i denne studien enn i andre studier ser man at flere av de positive erfaringene informantene trekker fram har vist nettopp kulturkompetanse og kultursensitivitet ved at ansatte, som Jávo (2010) beskriver, har forstått i hvilken grad kulturelle forskjeller påvirker kommunikasjonen og samhandlingen (Jávo, 2010, s.154-155). Det innebærer dermed en forståelse av hvorvidt kultur har betydning for helsehjelpen eller om det handler om møte mellom to personer, den med behov for helsehjelp og hjelper, uavhengig av kulturell bakgrunn. Det er en risiko i møte mellom personer fra ulike kulturer at man legger for stor eller for liten vekt på kultur, det man kaller kulturalisering (Salole, 2018, s.77-78). Det som kan forklares som utfordringer grunnet kulturforskjeller kan eksempelvis egentlig handle om utfordringer grunnet krigs-og flukttraumer, noe som jeg vil se mer på senere i kapittelet. For å forhindre kulturalisering er det, i tråd med informantenes opplevelser av positive møter med helpere, viktigst at man undersøker den enkeltes ønsker og behov, slik at personen opplever seg hørt og respektert.

Man ser i andre studier at målgruppen har opplevd best hjelp når de har fått hjelp fra helsepersonell som forstår både den utenlandske og norske kulturen. Personer som kjenner både den kulturen man reiser fra og den nye kulturen kan fungere nærmest som kulturellrådgivere i møte med det offentlige hjelpeapparatet (Hjelde, 2008, s.30). Er man imidlertid ikke kjent med hvor man kan få kultursensitiv hjelp for å håndtere rusmiddelbruk og psykiske helseplager kan det ifølge McCann et al. (2016) være en barriere for å søke helsehjelp. I denne studien fortalte noen av informantene, som var innvandrere fra Afrika, at dersom hjelperen ikke hadde afrikansk bakgrunn eller inngående kunnskap om afrikanske kulturer var det lite trolig at hjelperen ville ta den kulturelle konteksten i betraktning og personene anså dermed helsehjelpen som lite verdifull (McCann et al., 2016, s.5). Det å møte ansatte med innvandrerbakgrunn i psykisk helse- og rustjenestene kan oppleves som motiverende da flere informanter fortalte at det var enklere å etablere en god relasjon til helsepersonell med innvandrerbakgrunn (Pettersen og Debesay, 2023, s.10; Kour et al., 2020, s.5). I denne studien ser man imidlertid ulike synspunkt på betydningen av at personer med innvandrerbakgrunn arbeider i psykisk helse-og rustjenestene. Abdi trekker dette fram som viktig for at de ansatte skal forstå mer av hans situasjon. På den andre siden har Jamal hatt et uttalt ønske om å få hjelp av etnisk norske helpere når han får helsehjelp i Norge.

I denne studien ser man at de forholdene informantene trekker fram som positive i kontakt med psykisk helse-og rustjenestene i stor grad er betydningsfulle enkeltpersoner. Det er personer som har bistått med praktisk hjelp selv om deres mandat tilsa at de skulle bidra med samtaleterapi, det er personer som respekterer personens ønsker og behov, det er personer som møter deg på samme måte uansett om man ikke møtte på forrige time eller møter opp ruspåvirket, og det er personer som har vært stabile over tid. Berg og Audestad (2006) peker på betydningen av tid til å etablere tillit. Imidlertid viser de også at ansatte i psykisk helse-og rustjenestene opplevde å mangle tid for å gjøre seg forstått, gjennomgå rutiner, men kanskje viktigst for å skape tillitsrelasjoner. Tid var altså det målgruppen trengte mest, samtidig som det var det de ansatte fortalte at de manglet (Berg og Audestad, 2006, s.36). Tid løftes i denne studien tydeligst fram av Jamal. Han forteller om hvordan utskiftning av hjelpere, da med manglende tid til å etablere den nødvendige tilliten, kan føre til at personen med et hjelpebehov opplever håpløshet. Andre egenskaper og handlinger som trekkes fram av informantene i denne studien er at hjelperne har lært bort teknikker slik at man kan mestre livssituasjonen bedre, noe som kan bidra til økt mestring og økt kontroll over eget liv. Informantene forteller også om viktigheten av at det er personer som «snakker med deg» og som ser informantene som unike individer med ulike behov. Disse opplevelsene løftes også fram i Pettersen og Debesay (2023) og Kour et al. (2020) sine studier som viktige for bedring og håp om bedring. Opplevelsen av å bli sett som et fullverdig menneske, ikke kun som sin diagnose, trekkes fram som essensielt. Det er menneskemøtene hvor hjelperen «så meg som den jeg er» som trekkes fram. I disse beskrivelsene kommer det ikke fram en spesiell kulturell kompetanse, men at disse hjelperne møtte personene med respekt, tiltro og anerkjennelse (Pettersen og Debesay, 2023, s.9-10; Kour, 2020, s.4-8). Denne måten å møte den andre på kan imidlertid også handle om kulturkompetanse og kultursensitivitet ved at hjelperen ser enkeltindividets behov uten at kulturforskjellene overskygger fokus på individet.

Imidlertid er ikke alle menneskemøtene informantene i denne eller andre studier beskriver positive. Det framkommer i denne studien at en av informantene har erfaring med at han som pasient ikke opplever samme tilknytning til behandler som sine etnisk norske medpasienter. Det er på den andre siden kun en av de fire informantene som vektlegger dette i kontakt med psykisk helse-og rustjenestene. I andre studier med lignende fokusområde ser man imidlertid at opplevelsen av å kjenne seg misforstått eller oversett er vanlig blant flere informanter. Det samme er opplevelsen av manglende interesse fra helsepersonell og at flere opplevde å ikke bli lyttet til (Pettersen og Debesay, 2023, s.10; Kour, 2020, s.4). Kanskje kan slike erfaringer

bidra til at man unngår å søke hjelp i det Kleinman beskriver som den profesjonelle sektoren neste gang man er i behov av helsehjelp. I denne studien har jeg også sett hvordan det eksisterer rykter om det offentlige helsevesenet som kan virke inn på om man søker helsehjelp. De negative erfaringene kan dermed ha betydning for hvorvidt andre personer i lignende situasjoner søker hjelp i psykisk helse- og rustjenestene.

6.3 Tilpasning av psykisk helse- og rustjenestene

Hvordan personer fra Afrikas horn med psykiske helseplager og rusmiddelbruk opplever psykisk helse- og rustjenestene er også preget av om man opplever tjenestene tilpasset egne behov. Abdi trekker fram at han har erfart at rusbehandlingen er tilpasset «etnisk privilegert persons ståsted» og at han derfor ikke får like stort utbytte av behandlingen som dersom han hadde vært en etnisk norsk mann. Imidlertid er det han forteller han savner konkret i behandlingen muligheten til å jobbe med egne krigs- og flukttraumer. Dette handler nødvendigvis ikke om tilpasning av behandlingstilbudet til personer med majoritet- eller minoritetsbakgrunn, men om kunnskap om hva det kan gjøre med mennesker å oppleve og leve med krigs- og flukttraumer, samt hvordan man kan hjelpe den andre til å håndtere traumene. Slik kan man si at det han etterspør er en integrert behandling av både sin rusmiddelbruk og sine traumeerfaringer av behandler med kulturell kompetanse. Han forteller at han har jobbet med sin rusmiddelbruk men ikke sin psykiske uhelse, noe som indikerer en sekvensiell behandling. Ved en sekvensiell behandling tar man utgangspunkt i at rusmiddelbruken eller den psykiske uhelsen må stabiliseres før man vurderer det som hensiktsmessig å behandle den andre utfordringen. Ved en integrert behandling vil man imidlertid behandle begge lidelsene samtidig i samarbeid med samme behandler (Mueser et al., 2006, s.36-38). Med kunnskap om at det er en høy forekomst av traumelidelser blant pasienter i rusbehandling (Belfrage et al., 2023, s.68) er dette er felt hvor det ser ut til å være behov for forbedring, både for pasienter med og uten innvandrerbakgrunn. For den aktuelle målgruppen ser man at behovet for økt traumekompetanse, med et spesielt fokus på krigs- og flukttraumer, opplevd rasisme i det nye landet eller erfaringer med å bli sendt tilbake til hjemlandet for kulturell rehabilitering også blir etterspurt av informantene i Pettersen og Debesay sin studie (Pettersen og Debesay, 2023, s.10).

På den andre siden henger Abdis opplevelse av rusbehandlingen som tilpasset etnisk privilegert persons ståsted trolig sammen med andre forhold som både personalgruppen eller medpasientenes fokus i gruppeterapien. Savnet etter en individuelt tilpasset behandling og

utfordringer med gruppeterapi når man opplever å ha andre utfordringer enn sine medpasienter ser man også i Kour et al (2020, s.4-5) sin studie. Manglende individuelt tilpasset behandling kan skyldes manualer og prosedyrer som følger av den kunnskapsbaserte praksisen som dominerer psykisk helse- og rustjenestene, noe som igjen kan føre til mindre behandlingsmotivasjon hos personen med et hjelpebehov (Kour et al., 2020, s.7). På samme tid kan Abdis opplevelse av tilpasning av rusbehandlingen være preget av tidligere opplevelser i møte med det norske storsamfunnet. Det kan være erfaringer med rasisme og utenforskap noe som kan bidra til opplevelsen av at behandlingen er tilpasset etniske norske personer. Selv om det kun er en av informantene i denne studien som trekker fram at rusbehandlingen er tilpasset et etnisk norsk ståsted, ser man imidlertid i andre studier at det framkommer større grad av mistillit til hjelpeapparatet og skepsis mot et «hvitt system» (Pettersen og Debesay, 2023, s.7; Kour et al., 2019. s.53-54). Det framkommer i disse studiene at informantene har opplevd rasisme både i storsamfunnet og på behandlingsinstitusjonen. Erfaringene med rasisme preget informantene i møte med alle deler av samfunnet, inkludert hjelpeapparatet. Rasismen informantene beskrev i rusbehandlingen gjorde at gruppeterapi opplevdes utfordrende. Informantene med denne erfaringen fortalte om negative følelser og usikkerhet knyttet til det å være den eneste personen med mørk hud i terapirommet (Pettersen og Debesay, 2023, s.8-9). Opplevelser med rasisme i rusbehandling kan også føre til at pasienter ikke får den helsehjelpen de har behov for da det kan gjøre at de skriver seg ut av behandlingen og resultatet blir tilbakefall (Kour et al., 2020, s.5).

Det er verdt dvele ved at selv når man vet at rusmiddelbruk og psykisk uhelse er tabu blant mange personer i den aktuelle målgruppen så er det likevel det som er utgangspunktet for hjelpen og relasjonsbyggingen. Det er naturlig nok vanskelig å endre dette da rettighetene for helsehjelpen ofte ligger i helseproblemet. I Berg og Audestad (2006) sin studie forteller imidlertid noen av de ansatte som ble intervjuet at de ikke fokuserte så mye på rusmiddelbruken og at dette var et metodisk grep som var positivt for etablering av tillit og relasjon. Fokus var heller på det som var viktig for den med et hjelpebehov, som bolig, jobb, nettverk etc. (Berg og Audestad, 2006, s.37). Videre kan et fokus på å finne noe som kan erstatte rusen, framfor rusfrihet som mål, gjøre at man klarer seg uten rusmidler eller med mindre rusmidler. Imidlertid kan noen ha behov for hjelp til å finne ressursene og interessene som kan erstatte rusen, ettersom skam og dårlig selvtillit som følge av rusmiddelbruk kan gjøre det vanskelig å se egne ressurser (Skjælaaen, 2019, s.164). Kanskje kan en slik tilnærming i større grad bidra til at flere personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer i

større grad opplever at psykisk helse- og rustjenestene er tilpasset sin situasjon og egne ønsker, uansett hvor i verden man kommer fra.

Flere av informantene i studien trekker fram at ensomhet eller søken etter tilhørighet har hatt betydning for at de har begynt med rusmidler og funnet et fellesskap i rusmiljøet. Migrasjonen gjør at man mister sin sosiale tilhørighet, eller i hvert fall deler av den (Salole, 2018, s.119-121) og mange beskriver i å kjenne seg ensomme etter ankomst til det nye landet (Barstad, 2018, s.25). Studiens målgruppe opplever, som tidligere vist, i mange situasjoner å bli stigmatisert som både rusmiddelbruker, psykisk syk og/ eller som innvandrere, noe som kan påvirke personens sosiale liv. De fleste personer med et stigma vil likevel oppleve å finne et fellesskap med andre mennesker og for mange kan dette være sammen med andre mennesker med det samme stigmaet (Goffman, 1963, s.31-32) slik som informantene i denne studien beskriver. Til tross for at flere av informantene trekker fram ensomhet og tilhørighet som årsak til rusmiddelbruk eller at man har blitt værende i rusmiljøet, er det ikke et eksplisitt fokus på at dette er noe psykisk helse- og rustjenestene bør fokusere mer på. På den andre siden ser man at informantene forteller at jobb eller rusbehandling kan være arenaer hvor man kan etablere nettverk, uten at nettverksbygging er hovedmålet. En av utfordringene er imidlertid at målgruppen har generelt dårligere levekår enn den øvrige befolkningen (Hustvedt et al., 2020, s.30; SSB, 2017) og som denne studien viser deltar de i mindre grad på arenaer som arbeidsplass eller rusbehandling. Hjelp på disse områdene kan dermed påvirke menneskets sosiale liv, som videre påvirker menneskets psyke som igjen påvirker menneskets rusmiddelbruk. Menneskets psyke og det sosiale liv påvirker hverandre gjensidig, dette i tråd med psykososiale perspektiver (Svalastog et al., 2019, s.18).

6.4 Styrker og svakheter ved studien, samt tanker for videre forskning

Denne studien har både styrker og begrensninger. Studien har et lite utvalg og det er ikke mulig å generalisere resultatene til å gjelde alle personer med bakgrunn fra Afrikas horn med samtidig psykiske helseplager og rusmiddelbruk. Imidlertid samsvarer informantenes opplevelser med andre studier, både av dags dato og forskning fra midten av 2000-tallet. Erfaringene er altså felles for mange personer i målgruppen. Brukererfaringene som framkommer i studiene og rapportene fra 2000-tallet er i stor grad det samme som framkommer i denne studien og i andre studier av nyere dato. Dette kan være en indikasjon på at arbeidet med å endre hjelpetilbudet innen psykisk helse- og rustjenestene går sakte.

Det er i studien kun snakket med mannlige informanter. Det hadde vært interessant i videre forskning å se på kvinner i målgruppen sine opplevelser og erfaringer med hjelpeapparatet. Jeg ønsket i utgangspunktet å rekruttere begge kjønn, men det var kun menn som ønsket å la seg intervju. Jeg har sett at kvinner i målgruppen kan være mer utfordrende å rekruttere. Det er likevel viktig å få fram deres erfaringer og f.eks. undersøke hvilke kulturelle barrierer knyttet til kjønnsforskjeller som kan gjøre det utfordrende for kvinner fra målgruppen å oppsøke psykisk helse- og rustjenestene.

Andre interessante forhold for videre forskning kunne ha vært å se på målgruppens erfaringer med en spesiell tjeneste innen psykisk helse- og rustjenestene. I flere av studiene det er henvist til i diskusjonsdelen er det tatt utgangspunkt i institusjonsbehandling, det kunne imidlertid vært interessant å undersøke målgruppens erfaringer med for eksempel ambulante team eller aktivitetstilbud for personer i aktiv rus. Kanskje er stigmaet knyttet til denne typen helsehjelp noe mindre, eksempelvis som beskrevet i gjennomgangen av Øst-Afrikaprojektet hvor den ambulante virksomheten var viktig for å nå målgruppen (Ayazi, 2006). Dette kunne ha vært en interessant vinkling på videre studier. Et annet tema kunne ha vært erfaringer med hjelpeapparatet for personer i målgruppen med kortere botid i Norge. Når man ser at det kan være vanskelig å finne fram i tjenestetilbudet for personer som kjenner hjelpeapparatet og som har bodd lenge i Norge ville det vært interessant å se på hvilke erfaringer personer med kortere botid har med psykisk helse- og rustjenestene.

Mot slutten av arbeidet har jeg sett at det kunne ha vært nyttig å bruke flere teoretiske perspektiver. Det er særlig to perspektiver som jeg vil trekke fram. I arbeidet har jeg flere ganger tenkt på hvordan menneskets ulike kategorier samvirker og påvirker hverandre, eksempelvis kategorier som etnisitet, religion og klasse. «Interseksjonalitet» viser til hvordan disse kan samvirke og påvirke personens leve- og livsvilkår (Thun, 2023). I denne studien har et sentralt fokus vært tillit, både til hjelpeapparatet og tillit i relasjonen til hjelperne. En interessant innfallsvinkel til å se på etableringen av tillit er «sosial kapital». I sosial kapital inngår tillit, sosiale normer og deres håndheving, sosiale nettverk preget av gjensidighet og engasjement for fellesskapets beste. Sosial kapital kan beskrive bånd mellom medlemmer av en gruppe eller ha form som brobygging mellom personer fra ulike miljøer. Noen sentrale teoretikere er Pierre Bourdieu og Robert D. Putnam (Hvinden, 2005, s.9). Sosial kapital kunne ha bidratt til å se på etableringen av blant annet tillit i form av brobygging mellom informantene og hjelperne i psykisk helse- og rustjenestene.

7.0 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven har vært å undersøke personer fra Afrikas horn med psykisk helse- og rusutfordringer sine opplevelser og erfaringer med helsehjelpen de har fått fra psykisk helse- og rustjenestene. Med dette som bakgrunn har oppgaven tatt utgangspunkt i problemstillingen «Hvordan opplever innvandrere fra Afrikas Horn med samtidige rusutfordringer og psykiske helseplager hjelpen de får fra psykisk helse- og rustjenestene i Norge?». Problemstillingen er belyst gjennom fire intervjuer med personer som har innvandret til Norge fra Afrikas horn som har, eller har hatt, utfordringer med psykiske helseplager og rusmiddelbruk og de har erfaringer med psykisk helse- og rustjenestene.

Denne oppgaven viser at hvordan hjelpen fra psykisk helse- og rustjenestene oppleves handler om hvorvidt hjelpen oppleves som tilgjengelig. Det kan være at man ikke er kjent med hjelpetilbudet, hva det innebærer og hvordan man kan søke hjelp der. Kunnskap om, og tillit til, psykisk helse- og rustjenestene er også viktig for om helsetjenestene oppleves som et tilbud det er naturlig å benytte seg av. Stigmaet knyttet til å ha psykiske helseplager, bruke rusmidler og være innvandrer kan også innvirke på opplevelsen av tilgjengelig helsehjelp. Helsehjelpen kan være et møte mellom ulike perspektiver på helse, sykdom og helsehjelp. Dette møtet kan være verdifullt om det oppleves som meningsfullt og positivt for den med et hjelpebehov. På den andre siden kan dette møtet, om man kun opplever seg som et «nummer i rekken» virke negativt på personens systemtillit og hvor og hvorvidt man igjen søker helsehjelp. Som Abdi sier, og som også er navnet på denne oppgaven, «La oss snakke om min virkelighet» og jeg mener det er i dette sitatet mulighetene for det gode møtet mellom personen som er i behov av hjelp og hjelper ligger.

Det er forskjeller i hva informantene vektlegger i helsehjelpen. Behovet for økt traumekompetanse framkommer i denne studien, det samme ser man også i andre studier med lignende fokus. Informantene har bakgrunn fra krig- og konfliktområder og mange har med seg erfaringer med både krig og flukt, i tillegg til erfaringer med å skulle etablere seg i et nytt samfunn. Det framkommer ulike erfaringer med hvorvidt og hvordan informantene har fått hjelp til å håndtere disse erfaringene. Imidlertid er dette forhold som har stor innvirkning på den enkeltes livssituasjon og dermed psykiske helse og rusmiddelbruk. Felles for informantene er imidlertid betydning av positive møter med enkeltpersoner som arbeider i psykisk helse- og rustjenestene. Det trekkes fram viktigheten av at disse personene er stabile

over tid, at de lytter til den enkeltes behov og at det er mennesker som viser kulturkompetanse og kultursensitivitet ved at de ser i hvilke situasjoner kulturforskjeller spiller inn. Disse menneskene har hatt stor betydning for etablering av håp og mestring av en tidvis utfordrende livssituasjon. Man ser også i andre studier at viktigheten av kulturkompetanse blant ansatte i psykisk helse- og rustjenestene trekkes fram for at hjelpen skal oppleves verdifull.

Selv om mange av erfaringene som kommer fram i denne studien er felles er det også store individuelle forskjeller mellom informantene, noe som viser viktigheten av å lytte til den enkelte person sine ønsker og behov. Opplevelsene og erfaringene som informantene trekker fram samsvarer i stor grad med det som framkommer i andre norske og internasjonale studier med lignende fokus. Det er forhold som behøver økt fokus og ressurser i samfunnet for at tilgjengelige, tilpassede og likeverdige helsetjenester skal være en realitet for samtlige innbyggere i det norske samfunnet. Slik er denne studien med på å begrunne et behov for bedre tilpassede tjenester, samt økt kulturell kompetanse og traumekompetanse blant ansatte i psykisk helse- og rustjenestene. I tillegg er denne studiens vektlegging av brukerstemmer i tråd med et fokus på at kunnskap er mer enn teoretisk kunnskap og at brukernes erfaringer må løftes fram for å bidra til utviklingen av mer effektive og meningsfulle helsetjenester.

Selv om resultatene i min studie ikke kan generaliseres er opplevelsene og erfaringene til informantene viktige stemmer å løfte fram. Gjennom intervjuene har jeg fått et innblikk i informantenes livshistorie og deres opplevelser og jeg lært hvordan møtet med det nye samfunnet og hjelpeapparatet kan oppleves. Jeg håper at deres opplevelser blir lest og benyttet som viktige bidrag til å skape et økt fokus på hvordan den som har et hjelpebehov kan oppleve helsehjelpen. Selv om kulturforskjeller, og reaksjonene på ensomhet, krigs- og flukttraumer og det å miste kontakten med familien i hjemlandet, kan prege disse opplevelsene er det på samme tid tydelig at de mellommenneskelige forholdene har en avgjørende rolle i hvordan helsehjelpen oppleves. Det handler om å se enkeltpersonen og alt det den enkelte er, både med og uten de kulturelle forskjellene.

Litteraturliste

Abdillahi, F.A., Ismail, E.A. og Swaran, P.S. (2020) Mental Health in Somaliland: a critical situation. *BJ Psych Internationa,l* 17(1), 11-14, doi:10.1192/bji.2019.14

Abebe, D. S., Lien, L., & Elstad, J. I. (2017). Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 679–687.
<https://doi.org/10.1007/s00127-017-1381-1>

Abebe, D.S., Hafstad, G.S., Brunborg, G.S., Kumar, B.N. og Lien, L. (2015) Binge Drinking, Cannabis and Tobacco Use Among Ethnic Norwegian and Ethnic Minority Adolescents in Oslo, Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2015 (17), 992–1001. DOI 10.1007/s10903-014-0077-9

Abebe, D.S., Lien, L. og Hjelde, K.H. (2014) What We Know and Don't Know About Mental Health Problems Among Immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), 60-67. DOI: 10.1007/s10903-012-9745-9

Abebe, D.S., Spilker, R.S. og Hjelde, K.H. (2010) Innvandererne er ikke en homogen gruppe. *Tidsskriftet for den Norske Legeforening*, 130, 1454. doi: 10.4045/tidsskr.10.0535

Amahazion F. Mental health in Eritrea: A brief overview. *Journal of Global Health*. 11. 1-5. doi:10.7189/jogh.11.03018

Arbeids-og inkluderingsdepartementet (2009) *Somaliere i Norge - En arbeidsgrupperapport*.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/aid/publikasjoner/rapporter_og_planer/2009/r_somaliere_i_norge.pdf

Ayazi, T. (2006, 1.desember) Oppsøkende arbeid blant pasienter med somalisk bakgrunn: Et prosjekt i psykisk helsevern i Oslo. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(12).
<https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2006/12/oppsokende-arbeid-blant-pasienter-med-somalisk-bakgrunn-et-prosjekt-i>

Barstad, A. (2018) *Livskvalitet blant innvandrere – En analyse basert på Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016*. Rapport 2018/31. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/362063

Belfrage, Mjølhus Njå, A. L., Lunde, S., Årstad, J., Fodstad, E. C., Lid, T. G. og Erga, A. H. (2023) Traumatic experiences and PTSD symptoms in substance use disorder: A comparison of recovered versus current users. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift: NAT*, 40(1), 61–75. <https://doi.org/10.1177/14550725221122222>

Berg, E. og Audestad, R. (2006) Rusmiddelbehandling og skam - En undersøkelse om rusmiddelbrukere med etnisk minoritetsbakgrunn og deres møte med behandlingssystemet. Rusmiddelstatens kompetansesenter, Oslo kommune. <https://korusoslo.no/wp-content/uploads/2021/01/elin-med-forside.pdf>

Carter, R.T., Johnson, V.E., Kirkinism K., Roberson, K., Muchow, C og Galgay, C. (2019) A Meta-Analytic Review of Racial Discrimination: Relationships to Health and Culture. *Race and social problems* 11(1), 15-32. <https://doi.org/10.1007/s12552-018-9256-y>

Castro, J. (2021, 8. desember) *Jorge Castro reports from Djibouti*. <https://www.drrteam-dsswater.nl/jorge-castro-reports-from-djibouti/>

Dahl, U.P. (2019) Ettervern og reintegrering av rusavhengige. I A.L. Svalastog, N.J. Kristoffersen og H.S. Lile (red.) *Psykososialt arbeid – Kunnskap, verdier og samfunn* (s.293-311). Gyldendal Akademisk

Dahl, E. og Friestad, C. (2013) Sosial ulikhet og psykisk helse. I R.Norvoll (Red.) *Samfunn og psykisk helse - samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s.149-165). Gyldendal Akademisk

Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (2021) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora* (5.utgave)

Ekeberg, K.A. og Abebe, D.S. (2021) Mental disorders among young adults of immigrant background: a nationwide register study in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56 (6), 953-962. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01980-z>

Eriksen, T.H. og Sajjad, T.A. (2020) *Kulturforskjeller i praksis – perspektiver på det flerkulturelle Norge* (7.utgave). Gyldendal Akademisk

Fangen, K. (2010) *Deltagende observasjon* (2.utgave). Fagbokforlaget

Flottorp, H., Engelsviken, T. og Østebø, T. (2022, 2.mars) Religion i Etiopia. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/.versionview/1564930>

FN- Sambandet (2023, 16.januar) *Etiopia – Tigray*. <https://www.fn.no/konflikter/Afrika/etiopia-tigray>

FN-Sambandet (2022, 4.mai) *Somalia – Al-Shabaab*. <https://www.fn.no/Konflikter/somalia-al-shabaab>

FN-Sambandet (2021a, 26.august) *Somalia*. <https://www.fn.no/Land/somalia>

FN-Sambandet (2021b, 2.desember) *Etiopia*. <https://www.fn.no/Land/etiopia>

FN-Sambandet (2021c, 9.mars) *Eritrea*. <https://www.fn.no/Land/eritrea>

FN-Sambandet (2018, 1.mars) *Djibouti*. <https://www.fn.no/Land/djibouti>

Flottorp, H., Engelsviken, T. og Østebø, T. (2022, 2.mars) Religion i Etiopia. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/.versionview/1564930>

Gele, A.A., Pettersen, K.S., Torheim, L.E. og Kumar, B. (2016) Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 2016(16). DOI: 10.1186/s12889-016-3790-6

Goffman, E. (1963) *Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books

Harris, S., Dykxhoorn, J., Hollander, A.-C., Dalman, C. og Kirkbride, J. B. (2019). Substance use disorders in refugee and migrant groups in Sweden: A nationwide cohort study of 1.2 million people. *PLoS Medicine*, 16(11).1-19.<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002944>

Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (Nasjonale faglige retningslinjer. IS-1948).

Helsenorge (2021, 23. september) *Hjelp til deg med rusproblemer*
<https://www.helsenorge.no/rus-og-avhengighet/hjelp-med-rusproblemer/>

Helsenorge (2022, 22.august) *Hjelp til deg som sliter psykisk*.
<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helsehjelp-for-voksne/#slik-kan-fastlegen-din-hjelpe-deg>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse 2017-2022*.
https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2022, 23.august) *Omsorgstjenesten*.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/omsorgstjenesten/id426407/>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helse Sør-Øst RHF (2021) *Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. <https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2021/0422/041-2021%20Vedlegg%20-%20Regional%20fagplan%20for%20psykisk%20helsevern%20og%20tverrfaglig%20spesialisert%20rusbehandling.pdf>

Henriksen, K. (2007) *Fakta om 18 innvandrergupper i Norge* (Rapport 29). Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200729/rapp_200729.pdf

Hertz, S. (2010) There is a crack in everything: that's how the light gets in. I S.Brinkmann (Red.) *Det diagnostiserte liv- sykdom uden grænser* (s.75-94). KLIM

Hjelde, K.H. (2013) Migrasjon, kultur og psykisk helse. I R.Norvoll (Red.) *Samfunn og psykisk helse - samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s.166-187). Gyldendal Akademisk

Hjelde, K.H. (2008) Somalieres forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling i eksil (Del II): Konsekvenser for psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(1), s.24-33. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-01-04>

Hjelde, K.H. (2007). Somalieres forståelser av psykisk helse, sykdom og behandling i eksil: betydningen av det relasjonelle (Del I). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(4), 350–358. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2007-04-03>

Holt, K. (2019) *Kultur, migrasjon og traumer – Hva trenger hjelperen for å bidra til god psykisk helse og livskvalitet?* Gyldendal.

Hustvedt, I.B., Bosnic, H. Og Håland, M.E. (2020) *Brukerplan årsrapport 2019 – Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunen*. Helse Stavanger, KORUS.

Hvinden, B. (2005) *Sosial kapital: klargjøring av ulike perspektiver på sosial kapital, kunnskapsstatus, funn og forskningsbehov, forslag til en videre satsing på forskning om sosial kapital i Norge*. Norges forskningsråd.

Jávo, C. (2010) *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer – transkulturell forståelse, veiledning og behandling*. Universitetsforlaget

Johannessen, D.A., Pay, E., og Hersi, M. (2020) *Minority report, RIO-rapporten om minoriteter på rusfeltet*. [https://rio.no/wp-content/uploads/2020/12/RIO-Rapporten- Minority-Report.pdf](https://rio.no/wp-content/uploads/2020/12/RIO-Rapporten-Minority-Report.pdf)

Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture – An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of California Press

Kour, P., Lien, L., Kumar, B., Biong, S. og Pettersen, H. (2020) Treatment Experiences with Norwegian Health Care among Immigrant Men Living with Co-Occurring Substance Use and Mental Health Disorders. *Substance Abuse: Research and Treatment* 14, 1-10.
DOI 10.1177/1178221820970929

Kour, P., Lien, L., Kumar, B., Biong, S. og Pettersen, H. (2019) Coping and Negotiating a Sense of Self: Immigrant Men's Experiences of Living with Co-Occurring Substance Use and Mental Health Disorder. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 22(1-2), 43-63

Kumar, B.N., Diaz, E., Castaneda, A.E., Ahrne, M., Nørredam, M.L. og Puthoopparambil, S.J. (2022) Migration health research in the Nordic countries: Priorities and implications for public health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50, 1039-1046. DOI: 10.1177/14034948221125037

Kværne, P og Sæbø, M. (2022, 19.september) Religion i Afrika. I *Store norske leksikon*. https://snl.no/Religion_i_Afrika

Lindvall, K., Kinsmann, J., Abraha, A., Dalmar, A., Abdullahi, M.F., Godefay, H., Thomas, L.L., Mohamoud, M.O., Mohamud, B.K., Musumba, J. og Schuman, B. (2020) Health Status and Health Care Needs of Drought-Related Migrants in the Horn of Africa – A Qualitative Investigation. *International Journal of Environmental Research and Public Health; Basel*. 17(16), 1-19. DOI:10.3390/ijerph17165917

Lloyd, C. (2013) The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: education, prevention & policy*, 20(2), 85-95. DOI: 10.3109/09687637.2012.743506

Lovisenberg diakonale sykehus (u.å) *Storby- og flyktningeteam (SOFT)*. Hentet 19.mars 2023 fra <https://lovisenbergpsykehus.no/avdelinger/senter-for-psykisk-helse-og-rus/avdeling-ambulant-virksomhet/soft#les-mer-om-storby--og-flyktningeteam-soft>

McCann, T. V., Mugavin, J., Renzaho, A., & Lubman, D. I. (2016). Sub-Saharan African migrant youths' help-seeking barriers and facilitators for mental health and substance use problems: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 275. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0984-5>

MIO (2021) *Minoritetenes Interesseorganisasjon - Årsrapport 2020*. <https://mioorg.no/wp-content/uploads/2021/04/A%CC%8Arappport-ferdig.pdf>

Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. og Fox, L. (2006) *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Universitetsforlaget

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2022, 9.september) *Få brukerrepresentantene med!* <https://napha.no/content/25017/brukermedvirkning-nar-tjenester-utformes>

Nesvåg, R., Knudsen, G.P., Bakken, I.J., Høye, A., Ystrom, E., Surén, P., Reneflot, A., Stoltenberg, C., og Reichborn-Kjennerud, T. (2015) Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 50(8), 1267–1276. DOI: 10.1007/s00127-015-1025-2

Nesvåg, S. (2005, 17.mars) *Rusmiddelbrukens kulturelle betydning og forankring*. Forebygging.no – kunnskapsbase og tidsskrift for helsefremmende og rusforebyggende arbeid. <http://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Rusmiddelbrukens-kulturelle-betydning-og-forankring/>

Nissen, M. (2014) Standarder og standpunkter i psykososialt arbeid. I E.Skærbæk og M.Nissen (Red.) *Psykososialt arbeid – Fortellinger, medvirkning og fellesskap* (s.81-114). Gyldendal Akademisk.

Nissen, M. og Skærbæk, E. (2014) Hva er psykososialt arbeid? I E.Skærbæk og M.Nissen (Red.) *Psykososialt arbeid – Fortellinger, medvirkning og fellesskap* (s.11-28). Gyldendal Akademisk

Norsk Luthersk Misjonssamband (u.å.) *Østlige Afrika*. Hentet 18.februar 2023 fra <https://www.nlm.no/internasjonalt-arbeid/omrader/ostlige-afrika/>

Norsk organisasjon for asylsøkere (2022) *Rikets tilstand på asylfeltet – landprofil Eritrea*. Hentet 11.oktober 2022 fra <https://www.rikestilstand.noas.no/landprofiler/2022/eritrea>

NRC (2022a) *NRC's operations in Djibouti. Country Fact Sheet*. Hentet 13.september 2022 fra https://www.nrc.no/globalassets/pdf/fact-sheets/2022/factsheet_djibouti_sep2022.pdf

NRC (2022b) *NRC's operations in Ethiopia. Country Fact Sheet*. Hentet 13.september 2022 fra https://www.nrc.no/globalassets/pdf/fact-sheets/2022/factsheet_ethiopia_sep2022.pdf

Pasient-og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Pettersen, R.J. og Debesay, J. (2023) Substance use and help-seeking barriers: a qualitative study of East-African migrants' experiences of access to Norwegian healthcare services. *BMC Health Services Research*, 23(107). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09110-6>

Quereshi, A., Campayo, J.G., Eiroa-Orosa, F.J., Sobradie, N., Collazos, F., Bordejé, M.F., Roncero, C., Andrés, E. og Casas, M. (2014) Epidemiology of Substance Abuse among Migrants Compared to Native Born Population in Primary Care. *The American Journal on Addictions*, 2014(23), 337–342. DOI: 10.1111/j.1521-0391.2014.12103.x

Repstad, P. (2007) *Mellom nærhet og distanse* (2.utgave). Universitetsforlaget

Salole, L. (2018) Identitet og tilhørighet – Om ressurser og dilemmaer i en krysskulturell oppvekst (2.utg.). Gyldendal.

Simensen, J. (2004) Afrikas historie (4.utgave). Cappelens Forlag.

Skjælaaen, Ø. (2019) *Meningen med rus*. Res Publica.

Smith-Simonsen, C. (2006) *Eritrea i våre hjerter? En studie av norske relasjoner til Eritrea* [Doktorgradsavhandling, Universitet i Tromsø]. Munin – åpent vitenarkiv.
<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/598/thesis.pdf?sequence=1>

Solberg, S.M. (2018, 21.august) 28 avslørt for asyljuks – sa de kom fra Somalia. *Nettavisen*.
<https://www.nettavisen.no/nyheter/28-avslort-for-asyljuks-sa-de-kom-fra-somalia/s/12-95-3423528111>

Statistisk sentralbyrå (2022a, 7.mars) *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*
<https://www.ssb.no/befolkning/innvandrer/statistikk/innvandrer-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>

Statistisk sentralbyrå (2022b, 7.mars) *Statistikkbanken 05184: Innvandrer, etter landbakgrunn, år og statistikkvariabel*.
<https://www.ssb.no/statbank/table/05184/tableViewLayout1/>

Statistisk sentralbyrå (2019, 5.mars) *Slik definerer SSB innvandrere*.
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/slik-definerer-ssb-innvandrer>

Statistisk sentralbyrå (2017) *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* (Rapporter 2017/13).
Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/352917?_ts=163f3c45b50

Storvik, A.G. (2008, 11.desember) Vil løse konflikter før folk blir syke. *Dagens medisin*.
<https://www.dagensmedisin.no/vil-lose-konflikter-for-folk-blir-syke/122476>

Straiton, M.L., Grewal, N.K. og Kjøllesdal, M. (2019) Alkoholbruk. I M.Kjøllesdal (red.) *Helse blant innvandrere i Norge - Levekårsundersøkelsen blant innvandrere, 2016*, s.92-99. Folkehelseinstituttet

Straiton, M.L. og Kjøllesdal, M. (2019) Psykiske plager. I M.Kjøllesdal (red.) *Helse blant innvandrere i Norge - Levekårsundersøkelsen blant innvandrere 2016* (s.63-71). Folkehelseinstituttet

Svalastog, A.L. (2019) Om religion og flerkulturelt psykososialt arbeid. I A.L. Svalastog, N.J. Kristoffersen og H.S. Lile (red.) *Psykososialt arbeid – Kunnskap, verdier og samfunn* (s. 80-100). Gyldendal Akademisk

Svalastog, A.L., Kristoffersen, N.J. og Lile, H.S. (2019) Introduksjon til psykososialt arbeid. I A.L. Svalastog, N.J. Kristoffersen og H.S. Lile (red.) *Psykososialt arbeid – Kunnskap, verdier og samfunn* (s.17-39). Gyldendal Akademisk

Svalastog, A. L. (1998). *Det var ikke meningen: Om konstruksjon av kjønn ved abortinngrep, et feministteoretisk bidrag* [Doktorgradsavhandling, Uppsala Universitet]. DiVA.
<http://uu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A319909&dswid=-5285>

Sæbø, M. og Leraand, D. (2019, 29.august) Afrikas Horn. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/.versionview/985219>

Sørli, B. (2009) *Forholdet mellom Norge og Etiopia – en analyse av årsakene til krisen i 2007* [Masteroppgave, Universitet i Oslo]. DUO Vitenarkiv.
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15115/masteroppgavenNorgeEtiopiany.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori - for helsefag*. Fagbokforlaget
Tjora, A. (2021) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4.utgave). Gyldendal Norsk Forlag

Thuesen, N.P. (2021, 14.april) Djibouti. I *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/.versionview/1398293>

Thun, C. (2023, 28.mars) *Interseksjonalitet*. I Store norske leksikon.

<http://snl.no/interseksjonalitet>

UN (2022, 26.august) WMO: Greater Horn of Africa drought forecast to continue for fifth year. *UN News - Global perspective Human stories*.

<https://news.un.org/en/story/2022/08/1125552>

Utenriksdepartementet (2019) *Partnerlandsstrategi for Somalia*. Hentet 18.februar 2023 fra

https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/ud/vedlegg/utvikling/partnerland/partner_somalia.pdf

Vabø, M. (2014) Dilemmaer i velferdens organisering. I M.Vabø og S.I.Vabø (Red.)

Velferdens organisering (s.11-28). Universitetsforlaget.

Ververda, J. og Ismail, N. (2017) Har ikke ord for depresjon. *Sykepleien Nett*, 105(1). DOI:

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.59772>

Vike, H. (2017) Fra gjensidighet til styring – det kommunale selvstyret og helse- og omsorgstjenestene. I H.Haukelien og T.B.Wyller (Red.) *Ny helsepolitikk – den finnes løsninger* (s.198-212). Dreyers Forlag

WFP (2022, 19.april) *No rain and no resources; millions of families across the horn of Africa pushed closer to catastrophe each day*. News releases. <https://www.wfp.org/news/no-rain-and-no-resources-millions-families-across-horn-africa-pushed-closer-catastrophe-each>

WHO (2020a) *Mental health atlas – Member State Profile: Ethiopia*

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/eth.pdf?sfvrsn=ac12fb2b_7&download=true

WHO (2020b) *Mental health atlas – Member State Profile: Eritrea*

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/eri.pdf?sfvrsn=7fad3b2c_6&download=true

WHO (2020c) *Mental health atlas – Member State Profile: Somalia*

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/som.pdf?sfvrsn=d7ac8921_4&download=true

WHO (2020d) *Mental health atlas – Member State Profile: Djibouti*

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/mental-health-atlas-dji-2020-country-profile.pdf?sfvrsn=4953c545_4&download=true

WHO (2020e) *Mental health atlas – Member State Profile: Norway*

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/nor.pdf?sfvrsn=cfa468b1_6&download=true

WHO (2010) *A situation analysis of mental health in Somalia.*

<https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/A-SA-of-MH-in-Somalia.pdf>

Winther, P. og Holm, P.A. (2017, 14.januar) Mahad Adib Mahamud (30) mister statsborgerskapet etter 17 år i Norge: – Takk for all den varme støtten. *Aftenposten*.

<https://www.aftenposten.no/norge/i/n6QAJ/mahad-adib-mahamud-30-mister-statsborgerskapet-etter-17-aar-i-norge-takk-for-all-den-varme-stoetten>

Yitbarek, K., Birhanu, Z., Tucho, G.T., Anand, S., Agenagnew, L., Ahmed, G., Getnet, M. og Tesfaye, Y. (2021) Barriers and Facilitators for Implementing Mental Health Services into the Ethiopian Health Extension Program: A Qualitative Study. *Risk Management and Healthcare Policy*. 14, 1199-1210. Doi: 10.2147/RMHP.S298190

Østebø, T. (2021, 1.november) Eritrea. I *Store norske leksikon*.

<https://snl.no/.versionview/1493385>

Vedlegg 1: Intervjuguide

Bakgrunnsinformasjon om informanter:

- Alder
- Hjemland?
- Botid i Norge?
- Hva er årsaken til at du kom til Norge?

Syn på rus og psykisk helse i informantenes hjemland:

- Hvordan snakker man om rus- og psykisk lidelse i ditt hjemland?
- Hva er rusmidler i ditt hjemland? Hva med midler som alkohol og khat?
- Hvilken hjelp mottar personer med rus- og/eller psykisk lidelse i ditt hjemland?
- Har du egen erfaring med hjelpeapparatet i ditt hjemland?
(Hvordan opplevde du denne hjelpen?)

Informantenes ROP-historikk:

- Hvilken historie har du med rusbruk og psykisk helse?
- Når begynte disse utfordringene?
- Har du noen tanke om hvorfor du har utviklet disse problemene?
- Har du fortalt om dine utfordringer til dine pårørende?

Informantenes erfaring med hjelpeapparatet:

- Hvilken erfaring har du med psykisk helse- og rustjeneste?
- Hvordan kom du i kontakt med psykisk helse- og rustjenestene?
- Hvordan har du opplevd oppfølgingen du har fått fra hjelpeapparatet?
- Har du opplevd at du har blitt forstått og respektert i dine møter med hjelpeapparatet?
- Kunne hjelpeapparatet ha gjort noe annerledes som bedre hadde hjulpet deg med din rusmiddelbruk og psykiske uhelse og samtidig tatt hensyn til din innvandrerbakgrunn?

Er det noe annet du ønsker å tilføye som jeg ikke har spurt om?

Vedlegg 2: Meldeskjema til NSD



[Meldeskjema](#) / [Innvandrere fra Afrikas horn med ROP-lidelser sitt møte med kommun...](#) / Eksport

Meldeskjema

Referansenummer

472293

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer
- Rasemessig eller etnisk opprinnelse
- Helseopplysninger

Prosjektinformasjon**Prosjekttittel**

Innvandrere fra Afrikas horn med ROP-lidelser sitt møte med kommunal psykisk helse- og rustjeneste

Prosjektbeskrivelse

Dette er en masteroppgave i psykososialt arbeid som vil fokusere på innvandrere med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse) sine erfaringer med oppfølging fra kommunal psykisk helse- og rustjeneste. Dette er en stemme som sjelden kommer fram i forskning eller i media og som jeg derfor ønsker å rette fokus på i min masteroppgave. Dagsaktuell forskning og ferske rapporter fra brukerorganisasjoner peker også på et behov for mer kunnskap om personer med innvandrerbakgrunn sine erfaringer med å leve med ROP-lidelse.

Ettersom innvandrere er en svært heterogen gruppe velger jeg å fokusere på personer fra Afrikas horn siden jeg i løpet av min yrkespraksis har møtt mange brukere fra denne regionen. Jeg har også fått dette anbefalt fra kontaktperson i brukerorganisasjon siden det er en region som er svært annerledes enn den norske og det kan derfor være ekstra utfordrende for personer fra området å komme til Norge.

Begrunn hvorfor det er nødvendig å behandle personopplysningene

Til tross for at regionen jeg velger er svært mangfoldig gir det et felles utgangspunkt for informantene. I tillegg vil kjennskap til botid i Norge og årsak til innvandring være relevant for å se på om dette kan ha betydning for hvordan personen opplever det å bo i Norge med innvandrerbakgrunn og samtidig håndtere psykososiale utfordringer knyttet til sin ROP-lidelse. Kategorisering ut fra kjønn vil også være relevant for å framheve eventuelle ulikheter mellom menn og kvinner sine erfaringer. Kvinner med innvandrerbakgrunn og ROP-lidelse/ruslidelse er i flere forskningsartikler beskrevet som en gruppe det er vanskelig å rekruttere informanter fra.

Ekstern finansiering

Ikke utfyllt

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Mari Vikse Gundersen, marivikse@gmail.com, tlf: 95231587

Behandlingsansvar**Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskolen i Østfold / Fakultet for helse, velferd og organisasjon / Institutt for velferd, ledelse og organisasjon

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ulf Carmesund, ulf.carmesund@hiof.no, tlf: +46723598554

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Personer med ROP-lidelse og innvandrerbakgrunn som kommer fra Øst-Afrika

Beskriv hvordan rekruttering eller trekking av utvalget skjer

Rekruttering vil skje via kontaktperson i brukerorganisasjon.

Alder

18 - 70

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer
- Rasemessig eller etnisk opprinnelse
- Helseopplysninger

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Vedlegg

[Intervjuguide til NSD.docx](#)

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av personopplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

[Vil du delta i forskningsprosjektet.docx](#)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Informantene vil få telefonnummer og mail til u.t. og kan på den måten kontakte u.t. dersom de ønsker å trekke tilbake samtykket.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet personopplysninger om seg selv?

Informantene vil få tilbud om å lese gjennom transkribert intervju og komme med tilbakemeldinger på dette. De vil også kunne kontakte u.t. i prosjektperioden dersom de ønsker å få endret/slettet informasjon fra intervjuene.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Ikke utfyllt

Behandling

Hvor behandles personopplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon
- Ekstern tjeneste eller nettverk (databehandler)

Hvem behandler/har tilgang til personopplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)
- Databehandler

Hvilken databehandler har tilgang til personopplysningene?

Innsamlet data vil lagres ved bruk av TSD.

Tilgjengeliggjøres personopplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Personopplysningene anonymiseres fortløpende
- Flerfaktorautentisering
- Opplysningene krypteres under forsendelse

Varighet

Prosjektperiode

10.01.2022 - 30.06.2023

Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data med personopplysninger oppbevares midlertidig til: 31.12.2023

Hva er formålet med den videre oppbevaringen av dataene?

I tilfelle oppgaven ikke blir ferdig som planlagt oppbevares data inntil et halvt år etter avsluttet prosjektperiode.

Hvor oppbevares personopplysningene?

Internt ved behandlingsansvarlig institusjon

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Vedlegg 3: Vurdering meldeskjema NSD



[Meldeskjema](#) / [Innvandrere fra Afrikas horn med ROP-lidelser sitt møte med komm...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
472293

Vurderingstype
Standard

Dato
02.06.2022

Prosjekttittel

Innvandrere fra Afrikas horn med ROP-lidelser sitt møte med kommunal psykisk helse- og rustjeneste

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Fakultet for helse, velferd og organisasjon / Institutt for velferd, ledelse og organisasjon

Prosjektansvarlig

Ulf Carmesund

Student

Mari Vikse Gundersen

Prosjektperiode

10.01.2022 - 30.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige
Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 02.06.2022 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og Personverntjenester. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om etnisk opprinnelse og helse frem til 30.06.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

dataminimering (art. 5.1 c)), ved at det kun behandles opplysninger som er aktuelle, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

TSD er databehandler i prosjektet. Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Henning Levold

Lykke til med prosjektet!