

Erfaringer med tiltak for innvandrerklinter for å redusere frafall i førstelinjebehandling

*Hvilke tiltak og tilrettelegging for innvandrerklinter
kan forebygge og redusere frafall i
førstelinjebehandling for psykisk helse?*

Usman M. Chaudhry



Innlevert som hovedoppgave ved
Psykologisk institutt
UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2019

Erfaringer med tiltak for innvandrerklinter for å redusere frafall i førstelinjehandling

*Hvilke tiltak og tilrettelegging for innvandrerklinter
kan forebygge og redusere frafall i
førstelinjehandling for psykisk helse?*

Usman M. Chaudhry

© Usman Muhammad Chaudhry

2019

Erfaringer med tiltak for innvandrerklinter for å redusere frafall i førstelinjebehandling

Usman M. Chaudhry

<http://www.duo.uio.no>

Sammendrag

Tittel: Erfaringer med tiltak for innvandrerklinter for å redusere frafall i førstelinjebehandling

Forfatter: Usman Muhammad Chaudhry

Veileder: Nora Sveaass

Biveileder: Ane-Marthe Solheim Skar

Bakgrunn Likeverdige helsetjenester er et viktig begrep i Norge og internasjonalt for å sikre alle like muligheter, tilgang, kvalitet og resultater for helsehjelp uavhengig av kulturell bakgrunn, tro og tilhørighet. Norske helsemyndigheter har et økt fokus på å forbedre og forsterke psykisk helsetjenester i førstelinjen. Det har likevel vist seg at selv om innvandrere har høyere forekomst av angst og depresjon, er de enten underrepresentert eller har økt forekomst av frafall i førstelinjetjenester for psykisk helse. I et forsøk på å hjelpe de som faktisk søker hjelp og bidra til å skape likeverdige helsetjenester, ønsker oppgaven å belyse tiltak og tilrettelegginger som kan brukes for å forebygge og redusere frafall.

Førstelinjetjenester for psykisk helse i områder med høy andel av innvandrerbefolkning kan tenkes å en særlig god nytte av en slik studie.

Metode har vært en todelt tilnærming med litteraturgjennomgang og kvalitativ metode med fokusgrupper. Fokusgruppene har bestått av ansatte ved to førstelinjetjenester for psykisk helse. Resultatene har blitt presentert gjennom tematiske analyser for både litteraturutvalget og gruppeintervjuene.

Resultater viste at fastleger, terapiforberedelser, integrering av kulturelle og religiøse verdier, adferdaktivering og romslige rammer var sentrale temaer for reduisering av frafall. Det kom i tillegg frem at det kreves mer arbeid på systemnivå for å spre kunnskap om og bekjempe stigmaet for psykiske lidelser. Det kan være hensiktsmessig for å forebygge frafall.

Konklusjon Det som kanskje kan gjøre denne oppgaven betydningsfull er fremstillingen av tiltak og tilrettelegginger som kan brukes av førstelinjetjenester for psykisk helse i arbeid med innvandrerklinter. Oppgaven kan dermed forhåpentligvis være en inspirasjon til oppnåelsen av likeverdige helsetjenester.

Nøkkelord førstelinje, tiltak, psykisk helse, innvandrer, drop-out, behandling

Forord

Å se en idé jeg hadde i tankene under arbeid i førstelinjen, bli til en hovedoppgave har vært veldig givende og lærerikt. Denne reisen hadde ikke vært mulig uten mine gode veiledere Nora Sveaass og Ane-Marthe Solheim Skar. Jeg vil rette en stor takk til dere for at dere har hatt troen på prosjektet, hatt en genuin interesse og sett verdien i det. Det er med deres oppmuntrende og konstruktive veiledning prosjektet har nådd sin endestasjon. Takk!

Tusen takk til informantene som viste begeistring for prosjektet og delte sine verdifulle opplevelser og erfaringer om arbeid med innvandrerklinter. Deres kulturforståelse og engasjement for flerkulturelle nordmenn har vært inspirerende.

Jeg vil også rette en takk til sjefen min som har vært forståelsesfull, støttende og fleksibel i den avsluttende innleveringsperioden.

Sist, men ikke minst, vil jeg si tusen takk til min kjære kone som har vært min store støtte gjennom hele prosessen. Nå er vi i mål!

Lørenskog, april 2019

Usman M. Chaudhry

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Problemstilling.....	3
2	Bakgrunnskunnskap	4
2.1	Innvandrere og innvandrers helse i Norge	4
2.2	Iverksatte tiltak i Norge.....	8
3	Teoretisk tilnærming	10
3.1	Drop-out.....	10
3.2	Terapeutisk allianse	13
3.3	Migrasjonshelsearbeid	14
4	Metode	15
4.1	Litteraturgjennomgang.....	15
4.1.1	Relevante studier	16
4.1.2	Utvelgelsesprosedyre	16
4.1.3	Datakartlegging.....	18
4.2	Fokusgrupper.....	19
4.2.1	Rekruttering og gjennomføring	19
4.2.2	Analysearbeid	20
4.3	Reliabilitet og validitet	22
4.3.1	Scoping-gjennomgang.....	22
4.3.2	Kvalitativ analyse	22
4.4	Refleksivitet og etiske vurderinger	23
5	Resultater	25
5.1	Litteraturgjennomgang.....	25
5.1.1	Handlingsorienterte intervensjoner	25
5.1.2	Involvering av ikke-helsepersonell	26
5.1.3	Empati og forståelse.....	27
5.1.4	Tilgjengeliggjøring.....	28
5.1.5	Forberedelser	29
5.1.6	Mangel på intervensjoner for å forebygge drop-out.....	30
5.2	Fokusgrupper.....	31
5.2.1	Rekruttering	31
5.2.2	Tilpasning av behandling.....	34
5.2.3	Klientenes forventninger	37
5.2.4	Erfaringer med drop-out.....	39
6	Diskusjon	42
6.1	Integrert tolkning	42
6.1.1	Samarbeid med fastlegene	42
6.1.2	Forebygging på systemnivå	44
6.1.3	Romslighet for det ukjente.....	45
6.1.4	Helhetsbilde av drop-out	47
6.2	Styrker og svakheter.....	47
6.3	Videre perspektiver	48
6.3.1	Praktiske konsekvenser	49
6.3.2	Forslag til videre forskning.....	50
6.4	Konklusjon	51

Litteraturliste	52
Vedlegg / Appendiks	64
Informasjonsskriv	64
NSD sin vurdering.....	67
Søk-oversikt.....	70
Tabell 3.1 Sammendrag av fagfellevurderte studier som utgjør litteraturutvalget.	72
Tabell 3.2 Sammendrag av grålitteratur som utgjør litteraturutvalget.	75

1 Innledning

Både nasjonalt og internasjonalt er likeverdige helsetjenester et gjennomgående og viktig begrep for å sikre alle befolkningsgrupper i landet like muligheter, tilgang på, kvalitet og utfall fra helsehjelp uavhengig av kulturell bakgrunn, tro og tilhørighet (WHO, 2017; Munthe-Kaas et al, 2018; Olsen, 2011). Norske helsemyndigheter har i det siste tiåret hatt et økt fokus på å forbedre og forsterke psykisk helsetjenester i førstelinjen blant annet med målsetning om at alle norske kommuner skal tilby psykologkompetanse innen 2020. Et konkret tiltak for å oppnå en slik målsetning har vært etableringen av det kommune-/bydelsbaserte lavterskeltilbudet Rask Psykisk Helsehjelp (RPH) (Smith et al, 2016) som i dag tilbys i over 30 kommuner og flere Oslo-bydeler. RPH er et korttidstilbud med kognitiv terapi for mild til moderat depresjon/angst hvor klienter kan henvise seg selv uten å gå gjennom fastlegen. En utbedring og forsterkning av slike tjenester er viktig, fordi angst og depresjon er blant de største sykdomsbyrdene i Norge både målt som helsetap og tapte leveår (Vos et al., 2015). Psykiske lidelser som angst og depresjon er også blant de største årsakene til samfunnsutfordringer når det gjelder sykefravær og uføretrygd (Mykletun & Knutsen, 2009). Årlig kan psykiske lidelser, som angst og depresjon, koste det norske samfunnet 180 milliarder kroner (Sælensminde, Line & Olsen, 2015).

Til tross for målet om lett tilgjengelige og likeverdige helsetjenester, ser en at befolkningsgrupper med innvandrerbakgrunn bruker helsetjenester i første- og andrelinjetjenesten annerledes enn etnisk norske (Munthe-Kaas et al, 2018). I tillegg har det blitt vist at det er økt risiko for vanlige psykiske lidelser som depresjon og psykoselidelser blant innvandrere sammenlignet med majoritetsbefolkningen (Gilliver, Sundquist, Li & Sundquist, 2014). Et høyere nivå av psykiske lidelser og plager kan gi et inntrykk av hyppigere bruk av psykiske helsetjenester, men studier fra en rekke land viser at innvandrere underbruker psykisk helsetjenester (Kirmayer et al., 2007; Snowden & Yamada, 2005; Klimidis, McKenzie, Lewis & Minas, 2000; Chen & Vargas-Bustamante, 2011; Bhuj et al., 2003; Lay, Nordt & Rössler, 2007; Thomson, Chaze, George & Guruge, 2015; Stronks, Ravelli & Reijneveld, 2001). Bruk av helsevesen blant innvandrere er også karakterisert med overbruk av akutt- og ambulanttjenester og underbruk av primærhelsetjenester (Ahmed et al, 2016). Samme tendenser ses i Norge i førstelinjetjenesten Rask Psykisk Helsehjelp, der klienter med innvandrerbakgrunn er en underrepresentert gruppe (Smith et al, 2016).

Når i underkant av én million norske innbyggere har innvandrerbakgrunn (SSB, 2018a), kan et slikt bruksmønster føre til utvikling av alvorlige helseproblemer, et større

press på helsevesenet og en stor belastning på samfunnet generelt. Slike konsekvenser viser viktigheten av å ha likeverdige helsetjenester som kommer til nytte for alle befolkningsgrupper. Å forstå minoritetsgruppers underbruk av psykiske helsetjenester bedre, har vært et viktig forskningstema både nasjonalt og internasjonalt. Forskning har blant annet vist at språkbarrieren mellom terapeuten og klienten er en sentral hindring. Andre årsaker har vist seg å være blant annet motsetninger mellom klientens og terapeutens forståelse av sykdommen og psykoterapeutens manglende evne til å tilby kultursensitiv/-responsiv terapi (Scheppers et al, 2006; Griner & Smith, 2006; Gelso & Fretz, 2001). I tillegg til underbruk av primærhelsetjenester, er det å ha innvandrerbakgrunn et sannsynlig moment for dårligere behandlingsrespons i psykisk helsetjenester (Knapstad et al, 2018). Underbruk av helsetjenester og dårligere behandlingsnytte kan igjen være grobunn for et annet særphenomen for pasienter med innvandrerbakgrunn. Det har nemlig vist seg at det er en større tendens for frafall (drop-out) fra psykoterapi blant etniske minoriteter (Wang, 2007; De Haan et al, 2018; Griner & Smith, 2006).

For å sikre likeverdige helsetjenester, er det i Norge lovbestemt at det blant annet skal tilrettelegges for pasientenes kulturelle, språklige og religiøse bakgrunn (Olsen, 2011). Det vil si at det ikke kun skal gis særtilbud til pasienter med innvandrerbakgrunn, men alle ved behov. Men når tendenser som underbruk, dårlig behandlingsrespons og terapifrafall er mer utbredt blant innvandrergrupper gir det et inntrykk av at likeverdige helsetjenester i praksis ikke fungerer for alle. Siden slike tendenser ikke kun er gjeldende for Norge, men også internasjonalt, ønsker jeg i denne oppgaven å undersøke hvilke tiltak og tilretteleggingsforsøk som har blitt gjort i primærhelsetjenester for innvandrerklinter i andre land og hvordan det kan anvendes i en norsk sammenheng.

En litteraturgjennomgang av minoritetsrettede tiltak og tilrettelegging i førstelinjetjenesten kan være spesielt nyttig og belysende for kommunale lavterskel- og førstelinjetilbud som tilbyr psykisk helsehjelp på steder med en høy andel av innbyggere med innvandrerbakgrunn. Et eksempel kan være Rask Psykisk Helsehjelp-tjenester som er etablert på steder med en høy andel innbyggere med innvandrerbakgrunn. Det kan tenkes at slike steder naturlig får rekruttert flere innvandrerklinter enn landet generelt på grunn av en høy andel av innbyggere med innvandrerbakgrunn. I tillegg vil jeg gjennomføre fokusgruppeintervjuer med helsepersonell som jobber i kommunale lavterskeltilbud for psykisk helse på Østlandet, for å sammenligne forskningsfunn med det norske helsepersonells reelle opplevelser og erfaringer. Funns fra denne oppgaven kan være nyttig for det praktiske feltet fordi det har vist seg at litteratur om utprøving av spesifikke tiltak for å

redusere frafall er mangelfull (Barrett et al, 2008). Å søke etter litteratur som enten har fokusert på tiltak og tilrettelegging for å forebygge og/eller redusere frafall i behandlingsløpet eller som kan bidra til det, og sammenligne det med norske arbeidserfaringer kan gi en bedre forutsetning til å sette i gang tiltak som kan redusere frafall.

Å redusere frafall kan bidra til at flere fullfører et behandlingsløp, at de som faktisk søker hjelp får hjelp og at flere blir henvist som en følge av det. Dermed vil flere få utbytte av tiltak som er etablert av myndighetene for psykisk helseforebygging og for å oppnå likeverdige helsetjenester. All kunnskap som kan bidra til likeverdige helsetjenester kan være en viktig brikke i de psykisk helselaterte samfunnsutfordringene som vi står ovenfor både i Norge og internasjonalt.

1.1 Problemstilling

Spørsmålet som tas opp i denne oppgaven er hva som har blitt gjort tidligere av tiltak og tilrettelegging for å få innbyggere med innvandrerbakgrunn til å enten benytte seg av primærhelsetjenester innenfor psykisk helse, ha bedre behandlingsrespons eller forebygge og redusere drop-out i behandlingsløpet enten i Norge eller internasjonalt. Eventuelle funn som en slik undersøkelse gir gjennom en litteraturgjennomgang blir diskutert i en norsk sammenheng med erfaringene og opplevelsene til fokusgrupper rekruttert i førstelinjetjenesten fra Østlandsområder med høy andel av befolkning med innvandrerbakgrunn. Oppgaven ønsker å belyse hvordan eventuelle tiltak og tilrettelegginger som kommer frem i studien kan brukes for å forebygge og redusere drop-out i førstelinjebehandling rettet mot psykisk helse. Teoriene som presenteres er knyttet til nøkkelordene terapifrafall (drop-out), migrasjonshelsearbeid og fellesfaktorer som er vesentlige for god terapirelasjon. Problemstillingen som oppgaven vil forsøke å svare på er som følgende. *Hvilke tiltak og tilrettelegging for innvandrerklinter kan forebygge og redusere frafall i førstelinjebehandling for psykisk helse?*

2 Bakgrunnskunnskap

Et perspektiv på innvandrere og innvandrerhelse i Norge kan gi et bedre premiss for å undersøke problemstillingen. I grove trekk gjengis statistikk som er relatert til innvandrerhelse i Norge. I tillegg presenteres tiltak i Norge som er iverksatt for å forebygge og bekjempe psykiske lidelser. En slik kortfattet presentasjon kan legge grunnlaget for en praktisk forståelse av resultatene i oppgaven.

2.1 Innvandrere og innvandrerhelse i Norge

Personer med innvandrerbakgrunn defineres som personer som enten er utenlandsk statsborger, innvandrer med norsk statsborgerskap eller norsk statsborger som er norskfødt med innvandrerforeldre (SSB, 2018a). Både Statistisk Sentralbyrå (SSB, 2018a) og Folkehelseinstituttet (Straiton, Blystad & Reneflot, 2018) definerer en innvandrer som en person som er født i utlandet mens innvandrerbefolkningen i Norge består av både innvandrere og personer som er født i Norge med to innvandrerforeldre. I denne oppgaven vil begreper som innvandrere, innvandrerbefolkning, innvandrerbakgrunn, minoriteter, minoritetsbakgrunn og minoritetsbefolkning bli brukt om hverandre, og definisjonen inkluderer både personer som er født i utlandet og norskfødte med foreldre født i utlandet.

De siste tiårene har andel innvandrere økt kraftig. Tidligere var det hovedsakelig innvandring fra Afrika, Asia og Vest-Europa, men de siste tiårene har det vært stor innvandring fra øst-europeiske EU-land med arbeidsinnvandring som hovedgrunn (Straiton, Blystad & Reneflot, 2018). Siden 1990 har omtrent en tredjedel av innvandrere kommet til Norge som arbeidsinnvandrere, 36 prosent for familiegjenforening, 20 prosent for beskyttelse og 10 prosent for utdanning (SSB, 2018b).

Personer med innvandrerbakgrunn utgjør 17 prosent av Norges befolkning (SSB, 2018a), der 3 prosent av denne andelen er norskfødte med innvandrerforeldre (Tabell 1). Slik det fremgår i Tabell 1, har 49 prosent av befolkningen med innvandrerbakgrunn opprinnelse fra Europa mens 46 prosent har bakgrunn fra Afrika eller Asia, inkludert Tyrkia. 65 prosent av norskfødte med innvandrerforeldre har asiatisk eller afrikansk bakgrunn. Over halvparten av innvandrere er i aldersgruppen 20-44 år, sammenlignet med 1/3 i resten av befolkningen (Henriksen, Østby, & Ellingsen, 2010). I gruppen norskfødte med innvandrerforeldre er 70 prosent under 15 år.

Innvandrere i Norge er dermed en heterogen gruppe på flere måter. Innvandrere har forskjellige grunnlag for innvandring og varierer i tillegg på kultur, etnisitet, sosioøkonomisk bakgrunn, utdanning og oppholdslengde i Norge. Innvandrergupper fra Pakistan, Tyrkia og Marokko har levd i Norge siden 1970-tallet mens innvandrergupper fra EU-land som Polen og Litauen har bodd i Norge i mindre enn 10 år (Kale & Hjelde, 2017).

Tabell 1. Antall innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre etter landbakgrunn. (Straiton, Blystad & Reneflot, 2018)		
Opprinnelse	Innvandrere	Norskfødte med innvandrerforeldre
Europa (EU 28/EØS land)	330 619	38 503
Europeiske land utenom EU28/EØS land	59 756	17 375
Afrika	93 735	33 420
Asia (inkl. Tyrkia)	227 631	76 411
Nord –Amerika	10 580	824
Sør- og Mellom-Amerika	22 171	3 348
Oseania	2 169	83
Totalt	746 661	169 964

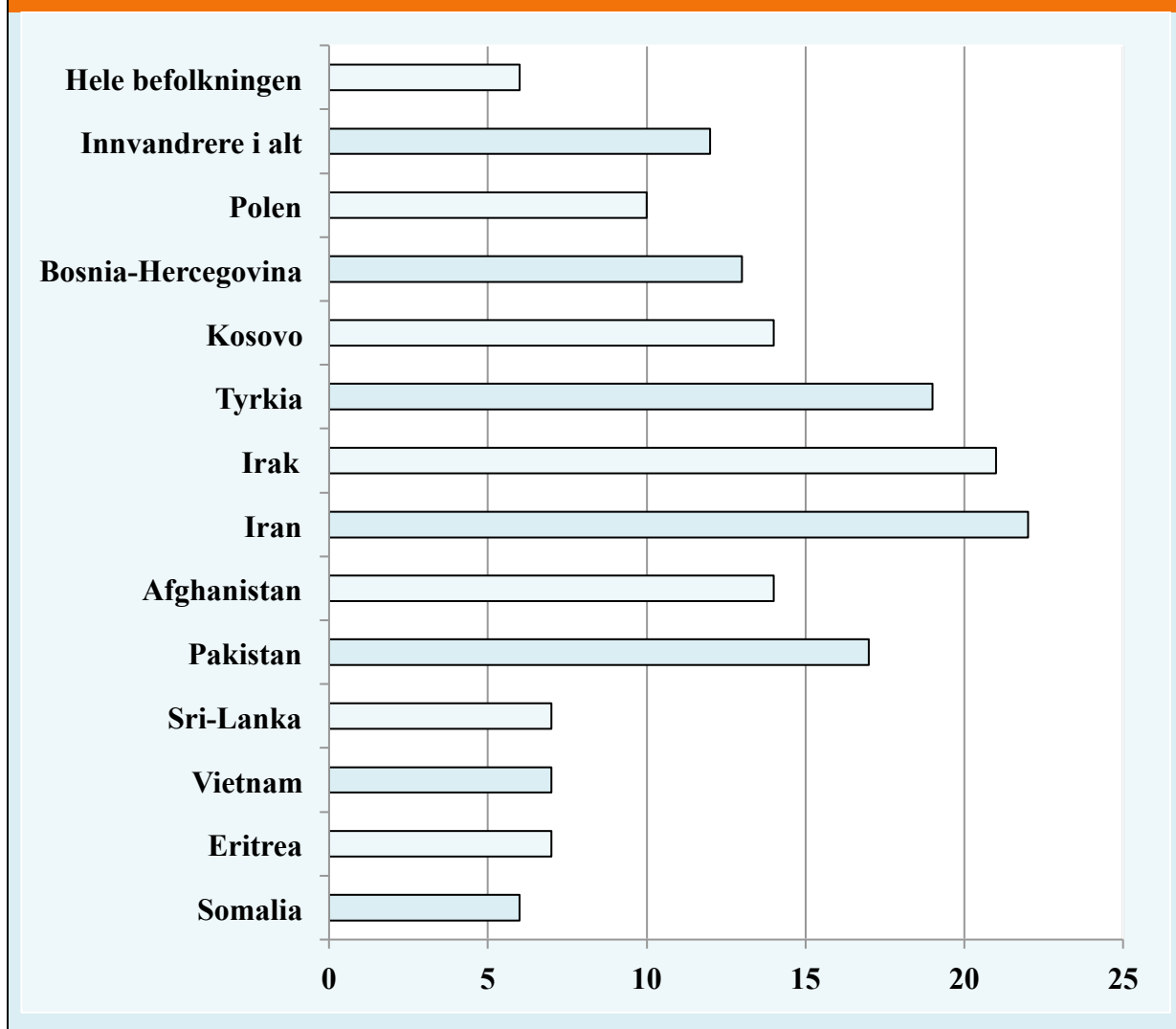
Hvis en ser på utdanningsnivå, er det store variasjoner etter opprinnelsesland. En betydelig andel innbyggere fra blant annet Afghanistan, Somalia, Irak og Eritrea har ingen eller liten utdanning mens innvandrere fra Vest-Europa, Nord-Amerika og Oseania ofte har høyere utdanning (SSB, 2018c). Blant innvandrere er det 10 prosent som har mer enn fire års utdanning på universitetsnivå, i resten av befolkningen er det 8 prosent. 9000 innvandrere, spesielt kvinner, har ikke fullført grunnskole (Straiton, Blystad & Reneflot, 2018).

Både inntekt og utdanning påvirker sosioøkonomisk status, noe som igjen har betydning for helsesituasjonen. Fysisk og psykisk helse er bedre blant innvandrergruppene med høy utdanning, er i arbeid eller har god økonomi (Abebe, Lien & Hjelde, 2014; Levecque & Van Rossem 2015; Thøgersen et al., 2017). Av øvrige risikofaktorer for psykiske plager blant innvandrere kan opplevelsen av forskjellsbehandling på grunn av innvandrerbakgrunn, språkbarriere og negative livshendelser være sentrale (Abebe, Lien & Hjelde, 2014; Levecque & Van Rossem 2015). Hovedsakelig er det slik at alle faser ved en migrasjonsprosess kan ha betydning for psykisk helse (Straiton, Blystad & Reneflot, 2018). Det er for eksempel ikke uvanlig for innvandrere å beholde en tilknytning til

opprinnelseslandet og til familie og venner som fortsatt bor der som kan være en god støtte, men konflikter i opprinnelseslandet kan også påvirke psykisk helse negativt.

Forskning viser at naturkatastrofer og krig i hjemlandet øker risikoen for psykiske plager hos innvandrere, selv lenge etter flukt og bosetting (Guribye, 2011). I tillegg er det slik at psykiske helseplager øker med alderen og er vanligere (mer rapportert) blant innvandrerkvinner enn -menn (Straiton, Blystad & Reneflot, 2018). Like mange innvandrere som resten av befolkningen rapporterer at de er tilfredse med livet (Koots-Ausmees & Realo, 2016). Likevel er det en høyere andel innvandrere, særlig fra land utenfor Europa, som rapporterer om psykiske helseplager (Dalgard & Thapa, 2007). Slik det fremgår i figur 1, rapporterer dobbelt så mange innvandrere om psykiske plager sammenliknet med resten av befolkningen, men det er en stor variasjon i landbakgrunn.

Figur 1. Andel (%) som rapporterer et høyt nivå av psykiske plager, etter opprinnelsesland. (Vrålstad & Wiggen, 2017)



Innbyggere i Norge med flyktningbakgrunn utgjør i overkant av 3% av hele befolkningen og 28% av de med innvandrerbakgrunn. De med somalisk, irakisk og iransk opprinnelse utgjør største delen av innvandrere med flyktningbakgrunn (Kale & Hjelde, 2017). Flyktninger er en særegen gruppe av innvandrere, siden de går gjennom flere karakteristiske belastninger som for eksempel arbeidsinnvandrere ikke går gjennom. Blant disse er tap av og atskillelse fra familiemedlemmer, fangenskap, tortur, andre krigsrelaterte traumer og asylsøknadsprosessen er karakteristisk for flyktninger, som gir økt risiko for depresjon og posttraumatisk stress (Straiton, Blystad & Reneflot, 2018). Flyktninger har også mer psykiske plager enn arbeidsinnvandrere og resten av befolkningen (Bronstein & Montgomery, 2011; Lindert et al., 2009).

En levekårsrapport fra 2016 (Vrålstad & Wiggen, 2017) viste at andelen som har vært hos fastlege eller allmennlege siste 12 måneder, var høyere blant innvandrerne enn i befolkningen generelt. Legebesøk er imidlertid høyere blant innvandrere med bakgrunn fra Europa utenfor EU/EØS og Asia, Afrika og Latin-Amerika enn blant innvandrere fra nærere landområder (Lunde & Texmon, 2013). I mange av innvandrergruppene var andelen som har vært hos fastlege eller allmennlege siste 12 måneder, 80 prosent eller mer. Lavest var besøksandelen blant innvandrere fra Polen. Innvandrere i Norge ble i tillegg spurt, i forbindelse med levekårsundersøkelsen, om de i løpet av de siste 12 månedene hadde vært hos psykolog eller psykiater. Kun åtte prosent svarte ja for besøk til minst én av disse profesjonene, som var den samme andelen som i resten av befolkningen. Dette var en selvrapportert undersøkelse, derfor er det vanskelig å si noe om det er faktiske besøkstall. Likevel er det påfallende at spesialisthelsetjenesten i utgangspunktet er tilgjengelig i lik grad for innvandrere som for majoritetsbefolkningen, selv om en større del av innvandrerne rapporterer mer om psykiske helseproblemer enn hele befolkningen (Figur 1). Innvandrere fra Iran, Irak og Tyrkia er de som var mest i kontakt med psykolog eller psykiater mens innvandrere fra Eritrea var minst i kontakt med psykolog eller psykiater.

2.2 Iverksatte tiltak i Norge

Økt fokus på psykisk helse og forebygging av psykiske lidelser har vært en gjenganger i det norske politiske landskapet. I Samhandlingsreformen, «rett behandling – på rett sted til rett tid» framheves det blant annet at det er behov for å satse mer på forebyggende tiltak og intervensjon tidlig i sykdomsforløpet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Kommunenes ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester for brukergrupper med psykisk sykdom er integrert i helse- og omsorgstjenesteloven. I tillegg har behovet for et lavterskeltilbud for mennesker med angst og depresjon blitt trukket frem i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2011).

Rask Psykisk Helsehjelp (RPH) er et konkret eksempel på en tjeneste som er formet etter nasjonale målsettinger som er beskrevet i flere stortingsmeldinger. RPH er en kommunebasert tjeneste som ble iverksatt i 2012 som et pilotprosjekt i utvalgte kommuner, for å utbedre lett tilgjengelig og likeverdig helsehjelp i førstelinjetjenesten. RPH bygger på den engelske modellen ”Improved Access to Psychological Therapies” (IAPT), og er en kommunal tjeneste hovedsakelig for klienter med lett til moderat depresjon og angst, der det tilbys kognitiv atferdsterapi. RPH er et konkret tiltak for å bekjempe og forebygge angst- og depresjonsrelaterte utfordringer i samfunnet, og således et interessant eksempel på hvordan en kommunal primærhelsetjeneste opererer for behandling av vanlige psykiske lidelser.

Før RPH beskrives nærmere, er det nyttig å forstå tanken bak IAPT-modellen. IAPT er et godt eksempel på hvordan en nasjon kan gå systematisk og ambisiøst til verks for å løse utfordringene med depresjon og angst. IAPT ble først introdusert i utvalgte pilotbyer i England, og deretter etablert landsdekkende fra 2009. I en rapport fra London School of Economics i 2006 ble det slått alarm om de indirekte økonomiske kostnadene av mild til moderate psykiske lidelser i form av tapt produktivitet, arbeidsløshet og ekstremt høye stønadskostnader som blant annet sykepengen, fra det offentlige. Disse kostnadene ble tatt i betraktning og utlignet mot de forventede økonomiske fordelene av å introdusere og implementere bedre behandling for mild til moderate psykiske lidelser. Rapporten konkluderte med at det trengs en revolusjon innenfor psykisk helsevern i England: ”Gi folk med psykiske lidelser muligheten til å velge psykoterapi” (London School of Economics and Political Science, 2006). Det var blant annet slik introduksjonen av IAPT-programmet ble legitimert. Økonomen Lord Layard argumenterte med at IAPT vil føre med seg betydelige økonomiske fordeler som besparelser på velferdsstønader og forbedret økonomisk produktivitet. Satt opp mot kostnadene ved å etablere et slikt tiltak med opplæring og

bemannings og landsdekkende utrulling av kognitiv atferdsterapi, vil IAPT på sikt betale for seg selv, argumenterte Layard (Layard et al, 2007).

På bakgrunn av arbeidet i England og gode resultater som IAPT viste som et lavterskel, kommunalt, gratis og lett tilgjengelig tiltak, fikk Helse og omsorgsdepartementet i oppdrag å etablere RPH i 2012, i første omgang som pilotprosjekter i 23 ulike kommuner og bydeler i Oslo (Smith et al, 2016).

Rask Psykisk Helsehjelp er utformet som en kommunal, gratis lavterskeltjeneste som kan oppsøkes med eller uten henvisning fra fastlege. I prinsippet skal det være tidlig intervensjon uten ventetid og venteliste. Akkurat som IAPT er behandlingstilnærmingen kognitiv atferdsterapi. Tverrfaglige team med videreutdanning fra Norsk forening for kognitiv terapi står for behandlingen. I motsetning til IAPT hvor behandlingen er organisert i en trappetrinnsmodell "Stepped Care" fra lavintensiv til høyintensiv behandling (Smith et al, 2016), er behandlingen i RPH organisert etter en «mixed care»-modell, der lavintensiv behandling, som veiledet selvhjelp og gruppekurs, kan tilbys der det er vurdert som hensiktsmessig før klientene eventuelt tilbys høyintensiv, ansikt-til-ansikt-behandling på anslagsvis 2-15 behandlingstimer. Tjenesten skal være et supplement til allerede eksisterende tilbud for målgruppen, og samarbeid med spesialisthelsetjenesten, fastleger og øvrige kommunale tjenester er sentralt. Overordnet mål er at behandlingen skal fremme arbeidsdeltakelse (Smith et al, 2016).

På bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet Folkehelseinstituttet en rapport med kvantitativ tilnærming i 2016 der de evaluerte de 12 første pilotene i Norge. Rapporten konkluderte med at resultatene er lovende med hensyn til symptomlindring etter behandling og er omtrent like gode som IAPT i England (Smith et al, 2016). Det ble også funnet en statistisk signifikant effekt på arbeidsdeltakelse. Likevel ble det konkludert med at forbedringspotensialet ligger i å utvikle et tilbud for grupper som er underrepresenterte, som blant annet lavt utdannede, klienter over 67 år og klienter med innvandrerbakgrunn.

Fokus på klienter med innvandrerbakgrunn kan være viktig for førstelinjetjenester for psykisk helse som er etablert i for eksempel Oslo, Drammen og Lørenskog kommune. Disse stedene har en betydelig andel innbyggere med innvandrerbakgrunn. Trettitre prosent av hovedstatens innbyggere har innvandrerbakgrunn, og i enkelte bydeler er andelen over 50 prosent, mens det er 29 prosent i Drammen og Akershus-kommunen Lørenskog (SSB, 2018).

3 Teoretisk tilnærming

Selv om effektive behandlinger for psykiske lidelser er tilgjengelige, er frafall fra terapi et vanlig fenomen (Edlund et al, 2002; Tehrani et al., 1996; Wang et al, 2000; Young et al, 2000). Manglende forpliktelse til behandling påvirker behandlingsutfallet (Melfi et al, 1998; Wells et al, 2000), men det kan også være et tegn på dårlig klinisk ytelse (Young et al., 2000). Studier har også påvist at en svak eller dårlig terapeutisk allianse har sammenheng med økt frafall (Johansson & Eklund, 2005; Lingiard, Filippucci, & Baiocco, 2005; Meier, Donmall, McElduff, Barrowclough, & Heller, 2006; Mohl et al, 1991; Samstag, Batchelder, Muran, Safran, & Winston, 1998; Tryon & Kane, 1993). Det er derfor viktig å forstå begrepet drop-out og mekanismene som fører til det for å designe bedre behandling og forbedre klinisk praksis. Det vil også være nyttig å gå igjennom konseptet bak terapeutisk allianse. En bolk blir også dedikert til migrasjonshelsearbeid som i denne oppgaven blir avgrenset til en teori knyttet til "kulturforståelse". Kulturforståelse kan tenkes å være en god bidragende faktor for å skape en terapeutisk allianse.

3.1 Drop-out

Det finnes ulike definisjoner på hva som menes med drop-out under behandling. Drop-out kan også betegnes som frafall, terapifrafall, frafall fra behandlingsløp og prematur avslutning. Faktorer som varierer mellom definisjonene er blant annet hvor mange timer pasienten har møtt opp på før han/hun slutter for at det kan betegnes som drop-out (Tehrani et al, 1996). Det som er felles for definisjonene er en sammenfatning om prematur og ikke avtalt avslutning fra pasientens side og avslutning av behandling uten behandlerens anbefaling (Pinto-Meza et al, 2010; Tehrani et al., 1996). Andre definisjoner inkluderer kontaktbrudd med helsevesenet som resulterer i uvisshet hos behandlingsstedet/ansvarlige behandler om pasienten får hjelp et annet sted eller ikke. En annen studie definerte drop-out som ufullstendig avslutning av behandling og manglende kontakt med gjeldende behandlingssted i 365 dager (Khazaie, Rezaie & de Jong, 2013). En studie utført av Edlund og kolleger (2002) definerte drop-out i behandling som manglende rapportering om forbedring på grunn av behandling som var årsaken til avslutning fra pasientens side. Denne definisjonen legger også vekt på manglende kontakt/tilbakemelding fra pasienten og avslutning fra pasientens side uten forvarsel. En vid variasjon i definisjonen av drop-out er en stor svakhet i forskningslitteraturen (Jensen, Mortensen & Lotz, 2014), siden det blir vanskelig å

sammenligne og kvantifisere resultater. En slik udefinert variasjon kan være en årsak til at drop-out-estimer i poliklinisklignende behandling generelt sett varierer fra 20 – 60% i forskningslitteraturen (Reneses, Muñoz & López-Ibor, 2009). I denne oppgaven legges det vekt på prematur og uforventet avslutning med manglende kontakt i etterkant, siden det vurderes som de viktigste kriteriene for hva som kan betegnes som frafall. Oppgavens drop-out definisjon blir dermed *uforventet og prematur avslutning av terapiforløpet av pasienten etterfulgt av fraværende kontakt fra pasientens side i minst tre uker*.

Det er begrenset kunnskap om epidemiologien av frafall fra psykisk behandling (Wang, 2007), men studier om frafall i terapi har vist en rekke gjennomgående faktorer og kjennetegn som karakteriserer pasienter som dropper ut av et behandlingsforløp. Risikofaktorer som er gjennomgående for frafall er det å være mann, ung og/eller å bo alene (Reneses, Muñoz & López-Ibor, 2009). I tillegg fant Reneses og kollegers studie at innblanding av mer enn én terapeut bidrar til økt frafall. Det er også en enighet i litteraturen, som hovedsakelig er gjort i den vestlige verden, om at pasienter med minoritetsbakgrunn har en større tendens til frafall sammenlignet med majoritetsbefolkningen (Wang, 2007; De Haan et al, 2018; Griner & Smith, 2006; DeJesus, Angstman & Williams, 2015; Barrett et al, 2008). Lav sosioøkonomisk status, lavt oppfattet behov for hjelp (pasientens selvoppfattelse) og rusmisbruk har også vært gjennomgående faktorer for frafall fra terapi (Tehrani et al, 1996). Andre prediktorer for frafall er sosial isolasjon, borderline-diagnoser, mangel på psykologisk tenkning/mentalisering, lav toleranse for frustrasjon, lav motivasjon, ubehag ved å se en terapeut og en oppfatning om terapeuten som inkompetent og lite pålitelig (Barrett et al, 2008). En dansk studie som forsket på frafall i terapi blant ikke-psykotiske pasienter kom også frem til faktorer som alder under 45 år, lav utdanning og arbeidsledighet og rusmisbruk (Fenger et al, 2011) som samstemmer med annet forskning.

Forskningslitteraturen foreslår flere tiltak for å redusere drop-out, men litteratur om utprøving av spesifikke tiltak for å redusere frafall er mangelfull (Barrett et al, 2008). En omfattende litteraturstudie av Ogradniczuk, Joyce og Piper (2005) gjennomgikk 39 forskningsartikler publisert i perioden 1970-2004, som tok for seg strategier for å hindre eller redusere frafall i poliklinisklignende tjenester. Kun 15 av de 39 studiene gjennomførte eksperimentelle studier på de foreslåtte intervensjonene mens de fleste av disse studiene fokuserte på pre-terapi-forberedelser og ikke spesifikke teknikker eller strategier. Etter en gjennomgang av forskning på terapifrafall foreslår Barrett et al (2008) fire spesifikke intervensjoner som har vist seg å være effektive for å redusere frafall. Det er rolleinduksjon, motiverende intervju, terapeut feedback og en modell for behandlingstjenester.

Rolleinduksjon vil si klargjøring av pasientens og terapeutens roller før behandlingsstart og gi et overblikk av terapien til klienten. Motiverende intervju er en metode for å utforske og øke motivasjon hos pasienten og gjøre pasienten bevisst på sine indre endringsprosesser relatert til motivasjon. Terapeut feedback er en intervensjon som binder sammen praksis og forskning ved å kontinuerlig sjekke inn hos pasienten i forhold til bekymringer og progresjon slik at terapeuten kan adressere potensielle problemer og tilpasse seg etter disse. Modellen for behandlingstjenester som Barrett og kolleger (2008) fremhever en modell som ble igangsatt av Wilford Hall Medical Center, det største militærpsykiatriske sykehuset i statene, nettopp for å blant annet redusere frafall. Modellen fokuserer på frihet til å velge, autonomi og pasientens styrker. Det startes med en felles gruppeorientering hvor pasienter ønskes velkommen til klinikken, valideres på deres valg om å søke behandling, introduksjon til klinikken og bistås med valg til riktig behandlingsvalg. Etter orienteringen kan pasienter starte behandlingsprogrammet eller få individuell veiledning for å velge riktig behandling. Hvert behandlingsprogram er problemfokuseret, for eksempel sorg, angst, stressmestring, depresjon og korttidsfokuseret med 4-16 timer. Etter å ha gått gjennom det første programmet kan klienter velge om de vil starte på et annet. Dette resulterte i en signifikant nedkorting i ventelister og økt pasienttilfredshet, men det mangler studier som undersøker langtidseffektene av dette programmet. Barrett et al (2008) nevner også terapeutisk allianse som en viktig faktor i terapigjennomføring.

Det har blitt diskutert om pasienter som har lav utdanning, inntekt, mestringsfølelse og er arbeidsledige, faktorer som gjenkjennes som typiske for terapifrafall, heller trenger sosiale intervensjoner enn psykologiske (Fenger et al, 2011). Fenger et al argumenter for at psykologiske intervensjoner burde være tilpasset og designet for denne pasientgruppen som er i faresonen for frafall. De mener at denne pasientgruppen burde delta i motiverende og psykoedukative grupper før de starter i terapi. Fenger og kolleger foreslår også en trappetrinnmodell for å redusere sosioøkonomiske kostnader og få det meste ut av begrensede ressurser i psykiske helsetjenester. En trappetrinnmodell kan også være en bidragende faktor for å overvinne frafall. Denne modellen er inndelt slik at pasienten først får tilbud om kostnadseffektive tiltak som selvhjelp på internett og gruppekurs og deretter hvis behov, overføres til mer kostbare intervensjoner som individuell samtaleterapi.

En studie gjort av Pinto-Meza et al påpeker at fastleger har en avgjørende rolle i europeiske land og er ofte den første helsehjelpkontakten til pasienter når det gjelder angst og depresjon (2010). I de europeiske landene som var inkludert i studien var det spesielt høyt

fracfall hos fastlegene i de tre første timene. Det foreslås derfor at det fokuset for hvordan fracfall kan reduseres burde være hos fastlegene som ofte er den første kontakten i førstelinje.

I en undersøkelse fra Nord-Amerika om fracfall i psykisk helsebehandling, begrunnet mesteparten av deltakerne sitt fracfall ved å svare at de ikke trodde på at behandling for psykisk helse var virksomt (Edlund et al, 2002). En stor andel av deltakerne begrunnet også fracfall med ubehag ovenfor terapi som kan forklares med stigma og psykologiske barrierer. Manglende mestringsfølelse, lav utdanning, arbeidsledighet og minoritetsbakgrunn kan også være underliggende faktorer som forsterker stigma og psykologiske barrierer.

3.2 Terapeutisk allianse

Den terapeutiske alliansen består av tre sentrale ideer: en samarbeidsrelasjon, affektive bånd mellom terapeut og pasient, og evnen til å bli enige om behandlingsmål (Martin, Grasko & Davis, 2000). Det er godt etablert i psykoterapiforskning at en sterk terapeutisk allianse predikerer behandlingsutfallet (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al, 2000; Siqueland et al, 2000). Flere forskere har antydnet at å ta opp og snakke om forverring eller brudd i alliansen med pasienten kan forsterke utfallet og sannsynligvis redusere fracfall eller prematur avslutning av behandling (Castonguay et al, 2004; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Strauss et al, 2006). Men å gjenkjenne og adressere svak allianse er vanskelig. Både terapeuten og pasienten har en tendens til å la negative tanker, oppfatninger og følelser være usagt (Regan & Hill, 1992). Å la være og adressere negative ting er bekymringsfullt, for eksempel i en studie var terapeuter kun klar over 17 prosent av det pasienter holdt tilbake (Regan & Hill, 1992). Selv meget erfarne terapeuter var ikke i stand til å identifisere uadresserte negative følelser mer enn 50 prosent av tiden (Hill et al, 1993). På tross av manglende evne til bevissthet hos terapeuten rundt potensielle brudd i alliansen, blir alliansen bedre når terapeuten er bevisst på og adresserer skjevheten på en ikke-forsvarende og direkte måte (Castonguay et al, 2004).

Faktorer som bidrar til en god terapeutisk allianse og som karakteriserer en god terapeut er de samme uavhengig av terapiretninger og -teknikker som brukes av terapeuten. Disse faktorene betegnes som fellesfaktorer. Fellesfaktorer kan defineres som endringsprosesser som skapes i den terapeutiske alliansen og forventningsfaktorer som troverdighet og endringshåp (Hougaard, 1996). Alliansen bygger også på viktige terapeutvariabler som ”ekthet”, ”positivt syn på klienten” og ”empati” (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Positivt syn på klienten er et relativt selvforklarende variabel mens empati er et veletablert begrep. Ekthet

er mindre definerbart av de tre variablene, men kan defineres som evnen og viljen til å være sitt sanne selv i forholdet med klienten (Gelso & Carter, 1994). Andre egenskaper hos terapeuten som bidrar til en god allianse, er fleksibilitet, ærlighet, respekt, pålitelighet, trygghet, varmhhet, interesse og åpenhet (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

3.3 Migrasjonshelsearbeid

For å arbeide med migrasjonshelse, må man ta stilling til kulturelle ulikheter som gjør at man må inneha en viss form for kulturell kompetanse. Glover og Friedman (2015) argumenterer for at det finnes tre nivåer av kulturell kompetanse. Det ene er den kulturelle kompetansen en har i det samfunnet en er født og oppvokst i. Det andre er en krysskulturell kompetanse, der en balanserer mellom to forskjellige kulturer som en enten tilhører eller en annen kultur en møter på. På dette nivået utvikles det et mer avansert perspektiv på kultur som fører til en økt gjenkjenning av kulturelle ulikheter. I dagens globale samfunn, og i det flerkulturelle Norge, kan det utvikle seg et tredje nivå av kulturell læring som kan betegnes som multikulturell kompetanse. En slik kompetanse er viktig for blant annet helsepersonell som er i kontakt med pasienter fra andre kulturer. Det innebærer en økt bevissthet rundt sin egen kultur som et alternativ til å gjøre og forstå ting blant andre kulturelle muligheter.

Likevel er det ikke tilstrekkelig med det tredje nivået for å arbeide med kulturelle forskjeller, ifølge Glover og Friedman (2015). De beskriver et fjerde nivå som betegnes som transkulturell kompetanse. Transkulturell kompetanse innebærer at man er i stand til å adaptere til forskjellige sosiokulturelle settinger hvor som helst i verden, med eller uten forkunnskap om den aktuelle kulturelle orienteringen man står ovenfor. Den internasjonale anerkjente kulturkonsulenten, Trompenaars, (Brotherton, 2011) beskriver transkulturell kompetanse som mer enn å kunne adaptere seg til en spesifikk kultur som ikke kan komplett forstås av en kulturell utenforstående. Det innebærer heller å være i stand til å dra nytte av mangfold uavhengig om det er relatert til en spesifikk kultur eller flere forskjellige kulturer. Ifølge Trompenaars består transkulturell kompetanse av fire elementer. Første steg er *gjenkjenning*, hva er dilemmaet? Andre steg er *respekt*, det er et dilemma tilstede, og begge sider har legitime meninger. Tredje er *forsoning*, kunsten å komme frem til en form for enighet. Det fjerde er *realisering*, å faktisk gjøre det om til handling/atferd. Psykologer, blant en rekke andre profesjoner, har behov for transkulturell kompetanse for å tilby en adekvat og tilpassningsdyktig behandling til flerkulturelle klienter.

4 Metode

For å undersøke de relevante spørsmålene i denne oppgaven og spesielt problemstillingen ”Hvilke tiltak og tilrettelegging for innvandrerklinter kan forebygge og redusere frafall i førstelinjehandling for psykisk helse?” vil jeg ta i bruk en todelt tilnærming. Den første delen er en litteraturgjennomgang av relevante studier som enten har undersøkt forebygging/redusering av frafall blant innvandrerklinter med praktiske tiltak eller tiltak for å få et bedre behandlingsutfall blant innvandrerklinter. Den andre delen er fokusgruppeintervjuer med helsepersonell som jobber til daglig i et kommunalt lavterskeltilbud for psykisk helse på Østlandsområder med høy andel innbyggere med innvandrerbakgrunn for å undersøke deres erfaringer med frafall.

4.1 Litteraturgjennomgang

For å undersøke problemstillingen, vil jeg nå først presentere arbeidet med litteraturgjennomgangen som hadde som mål å kartlegge og finne relevante studier som kan belyse problemstillingen. Det finnes en rekke måter å gjennomføre en litteraturstudie på. I denne oppgaven vil det gjennomføres en type litteraturgjennomgang som heter “scoping-gjennomgang”. Forskjellen mellom systematisk som er mest brukt, og scoping er at systematisk gjennomgang har et mer spesifikt fokus på et godt definert spørsmål, hvor passende studiedesign kan bli identifisert i forkant. På den andre siden har scoping-gjennomgang et bredere fokus, hvor flere forskjellige studiedesign kan være relevante. Systematisk gjennomgang har også som mål å gi svar på spørsmål fra et relativt snevert område med kvalitetsvurderte studier mens en scoping-studie vil i mindre grad rette seg mot veldig spesifikke forskningsspørsmål eller vurdere kvaliteten av inkluderte studier. En scoping-litteraturgjennomgang vil heller fokusere på innholdet i utvalget (Arksey & O’Malley, 2005)

En scoping-gjennomgang vil være mer passende for denne oppgaven, siden vi er ute etter å finne frem til og legger vekt på *erfaringer* som helsepersonell har i forbindelse med tiltak og tilrettelegging for å redusere og/eller forebygge frafall i terapi blant klinter med innvandrerbakgrunn. Da kan det være nyttig å være åpen for blant annet prosjekter og tiltak som har blitt igangsatt i Norge eller andre land som ikke nødvendigvis har vært tiltenkt publikasjon i journaler.

Å gjennomføre en scoping-studie kan ha en rekke funksjoner og hensikt som å være et forstadium til systematisk gjennomgang, kartlegge forskningsaktivitet innenfor et gitt felt, identifisere forskningshull i eksisterende litteratur eller oppsummere og formidle forskningsfunn. Oppsummering og formidling av forskningsfunn vil være fokuset i denne gjennomgangen. Det gir en mulighet til å beskrive funn i mer detalj, som igjen vil legge til rette for å presentere funn til blant annet praktiserende helsepersonell som ikke har mulighet til å gjennomføre en slik gjennomgang selv. Formidling av forskningsfunn vil være spesielt nyttig når fokusgruppene intervjues.

Arksey og O'Malley (2005) anbefaler følgende stegvis gjennomgang for scoping, som denne oppgaven retter seg etter:

1. Identifisere forskningsspørsmålene/problemstillingen (Se *1.1 Problemstilling*)
2. Identifisere relevante studier.
3. Velge studier ved å danne inklusjons- og eksklusjonskriterier.
4. Kartlegging av data: en prosess som inkluderer datautvinning og sortering av data i henhold til sentrale problemstillinger og temaer.
5. Oppsummere, sortere og rapportere resultatene for en beskrivende og tematisk presentasjon. (Se *5 Resultater*).

4.1.1 Relevante studier

Jeg hadde som mål å identifisere forskning i perioden etter 2000 om praktiske og konkrete tiltak for å øke deltakelse i terapi og hvor klienter med minoritets-/innvandrerbakgrunn var en avgjørende variabel. Med dette som mål, og slik det er anbefalt for slike studier, ble det gjort et bredt søk i relevante elektroniske databaser i januar 2019. For hoveddelen av søkene brukte jeg Oria elektronisk databasesøk, og filtrerte søkene med relevante valg.

Jeg supplerte søkene i Oria med tilsvarende søkeord i elektroniske databasen PubMed for å kryssjekke søk. Jeg benyttet meg også av Google-søk for å sjekke publisert materiale i andre formater enn fagfelleverderte studier, med forbehold om og sjekk av autentiske kilder som anerkjente og relevante publiseringskanaler. Se *Søk-oversikt* under appendix for en detaljert søk-fremgang.

4.1.2 Utvelgelsesprosedyre

Til sammen ga søkene 225 treff i Oria-databasen, 86 treff i PubMed og 1406520 treff i et ufiltrert Google-søk, hvorav kun de ti første sidene i hvert søk ble tatt i betraktning. Én treffside på Google-søk gir en liste på ti treff, det vil si at de 100 første treffene ble inkludert i

vurderingen mens resten ble utelatt. Søkene ble foretatt med en rekke inklusjons- og eksklusjonskriterier slik det er beskrevet i søkeprosessen (Se *Søk-oversikt* i appendix for detaljert søk-fremgang). Disse inklusjons- og eksklusjonskriteriene var også gjeldende da relevante studier ble valgt fra søketreffene. Likevel var det nødvendig å ytterligere etablere inklusjons- og eksklusjonskriterier i utvalgsprosessen. Alle titlene ble gjennomlest, og de artiklene som tilsynelatende så ut til å samstemme med utvalgskriteriene og problemstillingen ble vurdert ut fra abstrakt og/eller gjennomgang av hele artikkelen.

Inklusjonskriterier:

- i. Publisert på 2000-tallet.
- ii. Enten fagfellevurdert artikkel *eller* rapporter fra en anerkjent (helse)organisasjon, institutt og lignende som kilde (gjelder spesielt Google-søkene).
- iii. Fagområde: psykologi
- iv. Språk: engelsk
- v. Klienter/pasienter med minoritets-/innvandrerbakgrunn som variabel
 - a. Enten enkeltgruppe, flere grupper eller blanding
- vi. Tiltak/intervensjoner, for enten å forebygge/reducere frafall i psykoterapi *eller* for å øke deltakelse i eller benyttelse av psykiske helsetjenester, som er forklart og beskrevet utfyllende nok til at det kan replikeres og brukes av en tredjepart
- vii. Resultater som sier noe om tiltaket/intervensjonen har vært virksom
- viii. Enten førstelinjetjeneste eller primær helseomsorg som utgangspunkt

Eksklusjonskriterier:

- i. Alvorlige sinnslidelser, personlighetsforstyrrelser, psykoser og lignende som behandlingsfokus
- ii. Akutthjelp/-tjenester, spesialisthelsetjeneste
- iii. Barn og ungdom som klienter
- iv. Studier som er rettet mot én spesifikk innvandrerstype som for eksempel asylsøkere, flyktninger, internasjonale studenter, kriminelle, papirløse eller lignende
- v. Duplikater – kun én publikasjon inkluderes hvis den er med i flere søk.

Etter en gjennomgang av titlene til artiklene som kom frem i funnene, ble totalt sett 221 identifisert som aktuelle. I underkant av halvparten av disse var fagfellevurderte artikler fra Oria- og PubMed-søk mens resten var ”grålitteratur” fra Google-søkene. Utvelgelsen var en

kontinuerlig prosess. Etter å ha lest gjennom titler, ble det lest gjennom abstrakt og tekstene skumlest for å ytterligere velge ut relevant litteratur. Under arbeidet med å danne oversikt over den utvalgte litteraturen som resulterte i tabell 3.1 og 3.2 (appendix), ble ytterligere flere artikler ekskludert. Artikler ble ekskludert fordi de ikke samsvarte med inklusjons/eksklusjonskriteriene, blant annet var det duplikater, forskningsdeltakere i studier som ikke samsvarte med mild/moderate psykiske lidelser og intervensjonsbeskrivelser (foreslåtte studiedesign, anbefalinger fra helsepersonell, litteraturgjennomgang) med fraværende resultatdel. Etter å ha gått igjennom fulltekstlesning til de valgte artiklene, ble de snevret ned til 10 fagfelleverderte artikler og 6 i grålitteratur, slik det fremgår i tabell 2. Selv om flere artikler i grålitteraturen var fagfelleverderte artikler, ble de likevel inkludert i grålitteraturtallene på grunnlag av søkeprosessen.

Tabell 2. Identifisert som aktuelle etter fulltekstgjennomgang

	Oria	PubMed	Google
Søk 1	2	1	3
Søk 2	2	3	1
Søk 3	2	0	2
Søk 4	0	0	0
Sum	6	4	6

4.1.3 Datakartlegging

Slik det er anbefalt for scoping litteraturgjennomgang (Arksey & O'Malley, 2005), ble utvalgt data kartlagt og sortert i henhold til temaer av interesse. Disse temaene ble gjennom hele prosessen justert på, etter hvert som jeg ble kjent med litteraturutvalget.

Karakteristikkene til de utvalgte studiene ble oppsummert i tabeller med åtte kategorier som dekker grunnleggende informasjon under overskriftene: forfatter(e), år, type intervensjon, innvandrerguppe, studiets mål, metodologi, utfall og viktige funn. Det ble lagd to tabeller, en for fagfelleverderte artikler og en for grålitteraturen. Tabellen med grålitteraturen hadde i tillegg en kategori om hvilket format teksten er. Tabell 3.1 og 3.2 i appendix viser en kort oppsummeringsoversikt over litteraturutvalget.

4.2 Fokusgrupper

Innenfor kvalitativ metode blir fokusgruppeintervju stadig mer benyttet, og dette er mer eller mindre et strukturert gruppeintervju (Krumsvik, 2013). Steinar Kvale (2007) definerer fokusgruppeintervjuer som gruppeintervjuer hvor en moderator holder gruppediskusjonens fokus på spesifikke temaer av interesse. Krumsvik (2013) utbroderer at fokusgruppeintervjuer har litt uformell stil, hvor det er åpent for at informantene kan supplere med egne tema og innspill. I det at informanter er i dialog og diskusjon sammen, kan man få fram en annen type informasjon enn gjennom individuelle intervjuer. Fokusgrupper kan blant annet brukes til å validere og diskutere funn fra studier og informanter kan peke på forbedringsområder og gi innspill på hva som bør gjøres annerledes. Fokusgrupper kan i tillegg brukes som en kvalitativ oppfølging til kvantitative studier eller som kvalitetsvurdering av en intervensjon (Krumsvik, 2013).

Siden fokusgrupper benyttes for blant annet informanters innspill og diskusjon av funn og forbedringsområder, samt en oppfølgende og kvalitetsvurderende rolle, suppleres litteraturgjennomgangen i denne oppgaven med en slik kvalitativ tilnærming. På grunn av fokusgruppeintervjuers åpne og fleksible tilnærming til temaer av interesse, velger jeg å heller kalle intervjumetoden som semistrukturerte gruppeintervjuer. Jeg har gjennomført to fokusgrupper, og de har bestått av helsepersonell tilknyttet to kommunale lavterskeltjenester for psykisk helse fra Østlandsområder med høy andel innvandrerbefolkning. Formålet med å gjennomføre fokusgruppeintervjuer har vært å bli kjent med reelle erfaringer og opplevelser blant norsk helsepersonell i primærhelsetjenesten som jobber med klienter med innvandrerbakgrunn og hvordan deres erfaringer stiller seg i forhold til den tilgjengelige forskningslitteraturen.

4.2.1 Rekruttering og gjennomføring

Helsepersonell som ble valgt ut jobbet i førstelinjetjenesten i kommunale lavterskeltilbud for psykisk helse med lang ansiennitet og som var etablerte på steder med en høy andel av befolkning med innvandrerbakgrunn. Det var hensiktsmessig å gjennomføre to forskjellige intervjuer for å få et bredere datagrunnlag.

Etter at forskningsprosjektet og tiltenkt gjennomføring av gruppeintervjuene ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) 10. januar 2019 (se NSDs vurderingsbrev som vedlegg i appendix) ble ansatte ved to kommunale lavterskeltilbud for psykisk helse på Østlandet kontaktet via e-post i slutten av januar med forespørsel om deltakelse. I e-posten

fulgte det med et informasjonsskriv (se vedlegg under appendix) som ga utfyllende informasjon om bakgrunn for forskningsprosjektet, problemstilling og hva som ønskes av og er tiltenkt med fokusgruppene. Frivillig deltakelse og det å trekke seg etter eget ønske ble spesielt framhevet i informasjonsskrivet og muntlig ved anledning. I løpet av februar 2019 ble gruppeintervjuene gjennomført på informantgruppenes arbeidssteder med en varighet på én time hver. Det ble lagt opp til diskusjon blant informantene med vekt på deres erfaringer og opplevelser med klienter som har innvandrerbakgrunn, frafall, rekruttering og tilpasning av behandlingstilbud i praksis. Følgende spørsmål var ledende for diskusjonen:

- *Hvilke erfaringer har dere med frafall i terapi?*
- *Hvilke tiltak/tilrettelegginger har dere iverksatt for å forebygge frafall og tilpasse behandling til klienter med innvandrerbakgrunn?*

I tillegg ble informantene kort introdusert for et utvalg av funn fremkommet gjennom litteratursøket. Disse funnene omhandlet former for tiltak som de ble oppfordret til å diskutere, med henblikk på om disse var aktuelle, nyttige, nye eller vanskelige å gjennomføre.

Til sammen deltok syv ansatte i fokusgruppene, tre i en gruppe og fire i den andre. Ansattgruppene hadde en tverrfaglig bakgrunn innenfor helse og omsorg. Aldersspennet var mellom 25 – 55 år og alle deltakere var kvinner.

4.2.2 Analysearbeid

Det sies at ofte skjer mye av intervjufortolkningen under selve intervjuet og at fortolkning av informantene og intervjumaterialet derfor er en pågående prosess gjennom hele forskningsprosessen (Krumsvik, 2013). Det er derfor viktig at man tidlig har klart for seg hva slags intervjuanalyse en legger opp til i studien.

Denne oppgaven la Braun og Clarkes (2006) retningslinjer for tematisk analyse som grunnlag. Ifølge Braun og Clarke er tematisk analyse en metode for å identifisere, analysere og rapportere temaer innenfor innsamlet data som grovt organiserer og beskriver datasettet i detalj. Tematisk analyse ble foretrukket i denne oppgaven både fordi litteraturgjennomgangen hadde en tematisk tilnærming og fordi det ble enklere å sammenligne datasettene tematisk fra begge fokusgruppene. Det kan tenkes at slike tematiske inndelinger fører til en mer oversiktlig og lettfattat diskusjonsdel, hvor funnene fra litteraturutvalget og gruppeintervjuene blir diskutert om hverandre.

Braun og Clarke (2006) presenterer seks faser ved en tematisk analyse som denne oppgaven har benyttet som et utgangspunkt for å gjennomføre den kvalitative analysen.

De seks fasene er:

1. Gjøre seg kjent med dataene
2. Generere innledende koder
3. Søke etter temaer
4. Vurdere temaene (i forhold til det kodede utvalget)
5. Definere og navngi temaene
6. Produsere rapport

I denne oppgaven ble intervjuene transkribert fra muntlig til skriftlig form, som i seg selv er en innledende analyse (Kvale, 2007). Transkriberingen ble foretatt av oppgaveforfatteren som også fungerte som intervjumoderator. Siden oppgaveforfatteren hadde kjennskap til intervjuene før transkriberingen, foregikk fase 1 og 2 om hverandre. Det er ingen standard form eller norm for transkribering av forskningsintervjuer (Kvale, 2007), men det er likevel noen valg å ta. I denne oppgaven ble det sett bort fra en lydrett overføring med skriftlige noteringer av tenkepauser/-lyder og lignende. Det ble heller fokusert på å omgjøre intervjuet til en mer formell, ordrett og skriftlig stil.

Tilnærmingen som ble benyttet i denne tematiske analysen var deduktiv og av en teoretisk art, hvor de utvalgte temaene ble formet i henhold til problemstillingen, litteraturen presentert under teoridelen og litteraturgjennomgangen. Denne formen for tematisk analyse har en tendens til å gi en mindre detaljrik beskrivelse av datasettet, og mer detaljert analyse av noen aspekter av datasettet (Braun & Clarke, 2006). Intervjuguiden hadde derfor lagt opp til en tematisk inndeling med hovedtemaer som drop-out, rekruttering, tilpasning av behandling og klientens forventninger som informantene diskuterte med utgangspunkt i de innledende intervju spørsmålene. Sånn sett kan det sies at fase 5 fant sted før selve intervjuet.

Selv om jeg arbeidet parallelt med litteraturgjennomgangen og presenterte utvalgte funn ovenfor informantgruppene, forsøkte jeg, som ”intervjumoderator”, å ha en åpen og nysgjerrig tilnærming med informantenes erfaringer i fokus i forhold til de aktuelle temaene nevnt ovenfor. Fase 3 og 4 foregikk derfor når det transkriberte intervjuet ble klart, og data ble gjennom søkt for å dele det inn i de aktuelle temaene. Datasettet ble gjennom søkt i fire omganger, én gang for hvert tema, hvor temarelevante data ble fargekodet med én farge pr tema. Deretter ble alle data (utdrag) sortert etter tema i tekstbehandlingsprogrammet Word og igjen lest gjennom for å finne likheter/ulikheter innad i temaene parallelt med fase 6. Den tematiske analysen ble avgrenset til en semantisk tilnærming og forholdt seg til det eksplisitte

i datasettet og så bort fra implisitte tolkninger. Fase 6 er presentert under resultatdelen av oppgaven.

4.3 Reliabilitet og validitet

4.3.1 Scoping-gjennomgang

En viktig styrke i scoping-studien er at den kan gi en grundig og gjennomslutlig metode for kartlegging av forskningsområder. Fremgangsmåten i litteraturgjennomgangen er forsøkt å gjøres reliabel ved å blant annet forklare utvelgelses- og søkeprosedyren steg for steg. Flere søk med samme kriterier ved forskjellige tidspunkt har blitt foretatt med mål om å få samme søketreff hver gang. I PubMed ga det samme resultater hver gang, men i Oria og spesielt Google varierte resultatene av og til. I Oria var det likevel så lite variasjon at søkeprosessen i denne studien kan sies å være pålitelig. I Googlesøkene varierte det en del. Det kan forklares med de enorme søketreffene som fremkommer generelt i søkemotoren. Hvis man tar utgangspunkt i de ti første treffsidene, som utgjør 100 treff, var det ingen merkbar forskjell. Scoping-gjennomgang er av en slik karakter at den tematiske tilnærmingen i resultater, kan være subjektiv og vanskelig å gjennomføre objektivt. Hver forsker kan utforme egne temaer å inndele litteraturutvalget etter, selv med samme problemstilling som utgangspunkt. Den menneskelige faktoren og vurderingsevnen spiller en rolle i å bestemme hvordan litteraturutvalget skal presenteres med tanke på temaer og uttrekk av funn i studiene.

I motsetning til systematisk litteraturgjennomgang, legger ikke scoping-gjennomgang vekt på å vurdere kvaliteten til de primære studiene på formelt vis. Ei heller legges det vekt på ”syntese”, altså å vurdere den relative vekten av bevis til fordel for effektiviteten av en bestemt intervensjon. Disse manglene i scoping-gjennomgang kan være med på å stille spørsmålsteget ved validiteten. Ved å skape søkeord med problemstillingen og teorien i mente, og danne eksklusjons- og inklusjonskriterier, samt å gå grundig igjennom aktuelle artikler, har forsøket vært å forsterke validitetsgrunnlaget til studien.

4.3.2 Kvalitativ analyse

Kvalitative analyser er ikke mulig å gjenta med identiske resultater, fordi den menneskelige faktoren spiller en stor rolle her, både fra forskerens side og fra informantens. Intervjumoderatorer kan legge vekt på forskjellige ting og velge å følge opp ledetråder annerledes. Selv om det er et semistrukturert intervju, som kan sette de samme rammene hver gang, vil gruppeintervjuets dynamiske stil være forskjellig fra gang til gang. Transkriberingen

kunne også hatt en økt reliabilitet ved at to personer transkriberte hver for seg og sammenlignet resultatene. Det var dog ikke mulig på grunn av personvern hensyn kombinert med tidsbegrensing. Det har likevel blitt forsøkt å øke reliabilitet og deskriptiv validitet ved å bruke lydopptaker og gjøre rede for fremgangsmåten på en transparent måte etter beste evne.

Validitet i kvalitativ forskning handler om en har undersøkt det som en hadde til hensikt å undersøke (Krumsvik, 2013). Videre kan validitet deles i indre validitet som går ut på om funnene samsvarer med virkeligheten, og ytre validitet som handler om funnene er generaliserbare (Krumsvik, 2013). Sikring av indre validiteten er forsøkt ved å utvikle intervjuguide og temaer for analysen utfra problemstillingen, litteraturen i teoridelen og litteraturgjennomgangen og systematisk analysere datasettet. Indre validiteten har også vært styrket ved at oppgaveforfatteren har vært både intervjumoderator og transkribert intervjuet, slik at kjennskapet til empirien har økt. Funnene i den kvalitative analysen blir forsøkt sett i sammenheng med relevant teori og funn fra litteraturstudien for å danne et grunnlag for ytre validitet og generalisering av studien. Se 6.2 *Styrker og svakheter* for en utbrodert diskusjon.

Det kan være to ”validitetstrusler” i kvalitativ metode, den ene er påvirkningskraften til forskeren og den andre er forskerbias (Krumsvik, 2013). Påvirkningskraften har blitt forsøkt redusert ved å stille så åpen som mulig til informantgruppenes erfaringer, opplevelser og formidlingsbehov, samtidig ved å være transparent i fremgangsmåten til analysen og ved å holde seg til en semantisk tilnærming med ordrett transkribering. Det andre er forskerbias som kan motvirkes ved å utvikle en refleksivitet.

4.4 Refleksivitet og etiske vurderinger

Refleksivitet

Refleksivitet betyr at forskere reflekterer over hvordan deres bias, verdier og personlig bakgrunn som kjønn, historie, kultur og sosioøkonomisk status, utformer deres tolkninger i arbeidet med en studie (Krumsvik, 2011). Jeg fattet interesse for problemstillingen i min deltidsjobb i et kommunalt lavterskeltilbud for psykisk helse, hvor jeg i første omgang hadde fullført hovedpraksis. Der var det en tendens at klienter med innvandrerbakgrunn oftere droppet ut av behandling enn etnisk norske. Dette behandlingsmønsteret blant innvandrerklinter kombinert med min flerkulturelle bakgrunn vekket en nysgjerrighet i meg om hvorfor det er sånn og hvordan det kan reduseres. Gjennom jobben ble jeg kjent med innvandrerklinter som blant annet satte pris på en behandler med innvandrerbakgrunn selv, vegret seg innledningsvis fra å snakke om vanskelige temaer på grunn av skepsis til terapi og

ble lettet når de endelig ble forstått enten språklig eller kulturelt. Slike opplevelser gjorde inntrykk på meg. Ved å være flerkulturell selv kjenner jeg til stigma og alternative forståelser for psykisk helse som enten fører til manglende innsikt i psykiske lidelser eller manglende evne til å omforme psykoedukasjon til praksis. Jeg ble derfor engasjert i spørsmålet hvordan de som faktisk oppsøker hjelp kan få hjelp. Det blir vanskelig å vurdere hvordan min bakgrunn kan ha hatt innvirkning på arbeidet med denne oppgaven, men at det har hatt en innvirkning kan det ikke sees bort ifra. Mine personlige og profesjonelle erfaringer kan ha hatt en innvirkning innledningsvis under skrivingen av teoridelen ved å for eksempel velge ut den teorien som kan ha gitt gjenklang i mine erfaringer. Under intervjuet kan jeg ha utforsket informantgruppens arbeidserfaringer ut fra mine arbeidserfaringer og personlige opplevelser. Likevel vil jeg mene at store deler av oppgaven har utspring fra arbeidet med litteraturgjennomgangen og annet forskning som jeg har kommet over i research-fasen, slik at bias kan ha hatt påvirkning i enkelte faser i oppgaven, men ikke hatt en avgjørende betydning.

Etiske vurderinger

Et etisk dilemma ved oppgaven har vært hvorvidt en oppgave som fokuserer på innvandrere og tilrettelegging kan bidra til et negativt bilde av nordmenn med innvandrerbakgrunn som ”problemborgere”. Betydningen av å bidra til og bedre likeverdige helsetjenester har vært større enn frykten for å bidra til et polarisert samfunn. Det har blitt forsøkt å gi et så nøkternt bilde som mulig og i tillegg legge frem positive erfaringer, spesielt i den kvalitative analysen.

En annen nødvendig vurdering har vært anonymisering av fokusgruppene for at informantene skal få uttrykt og delt sine erfaringer uten å risikere konsekvenser. I tillegg har anonymisering av type tjeneste og stedstilhørighet vernet om klientellet til helsetjenestene. Et praktisk spørsmål jeg har måttet ta stilling til er om stedsnavn og –benevninger i sitatutdrag skal sladdes eller byttes ut med et annet ord. Jeg har valgt å bytte ut med ordet ”område” hvor enn et stedsnavn eller –benevning forekommer. Dette gjøres for å få en mindre synlig anonymisering og fordi erstatning av stedsordene til ”område” ikke forandrer innholdet eller budskapet i sitatene.

Etiske hensyn har også blitt tatt ved å få en nødvendig godkjenning av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) for å utføre gruppeintervjuer (se appendix: *NSD sin vurdering*). En godkjenning fra REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) var ikke nødvendig grunnet oppgavens kvalitetssikrende tilnærming og fravær av pasientinvolvering.

5 Resultater

Oppgaven ønsker å undersøke tiltak og tilrettelegging som kan gjøres for å forebygge eller redusere frafall blant innvandrerklinter i førstelinjebehandling for psykisk helse. Resultatene analyseres og presenteres gjennom tematisk analyse med oppgavens formål i mente.

Resultatene fra litteraturgjennomgangen presenteres først, og deretter presenteres resultatene av gruppeintervjuene.

5.1 Litteraturgjennomgang

For å beskrive funnene av alle inkluderte studier, med en bred tematisk spredning, deles studiene i tematiske kategorier, hvor intervensjoner presenteres. Tematisk inndeling på grunnlag av intervensjoner gjøres på grunn av problemstillingen som legger vekt på ”tiltak og tilrettelegging”. Hovedkategoriene, som er tematisk inndelt, er ”handlingsorienterte intervensjoner”, ”behandling gitt av ikke-helsepersonell”, ”mangel på intervensjoner mot drop-out”, ”empati og forståelse”, ”tilgjengeliggjøring” og ”forberedelser”. Flere av kategoriene omhandler en rekke intervensjoner som har hovedkategorien som fellesnevner. I den tematiske presentasjonen er funnene fra fagfelleverderte artikler og grålitteratur slått sammen.

5.1.1 Handlingsorienterte intervensjoner

Flere av studiene (Kanter et al., 2015; Sidhu & Begum, 2017; Szanton, Thorpe & Gitlin, 2014; Santiago-Rivera et al., 2008) trekker frem adferdsaktivering (BA) som en virkningsfull og effektiv intervensjon, og det på tross av innvandrergrupper. BA blir nevnt i sammenheng med både latinere og afroamerikanere i USA og sørasiatiske grupper i Storbritannia. Kanter og kolleger beskriver konseptet BA som hovedsakelig å identifisere og planlegge personlige, meningsfulle aktiviteter for å redusere depresjon for klienter ved å adressere unngåelse og andre hindringer til aktivering (2015).

En annen handlingsorientert tilnærming er problemløsende behandling (PST) som har vist seg å være effektiv for innvandrere med både meksikansk og kinesisk bakgrunn (Camacho et al, 2014; Hwang, Wood, Lin & Cheung, 2006). PST er en kognitiv atferdsterapiintervensjon som består av syv trinn som pasientene lærer i behandling: (1) hvordan man definerer problemer; (2) hvordan sette mål (3) idémyldre løsninger; (4) løsningsvalg; (5) implementering av løsningen; 6) gjennomgang av den implementerte planen

og 7) aktivitetsplanlegging (Camacho et al., 2014). Camacho og kolleger fant ut at den standardiserte syvstegs-behandlingen måtte modifiseres for å kulturelt tilpasse til de meksikanske klientene. Det første som måtte endres var mer fokus på aktiv og støttende lytting på de to første stegene og uten gjennomgåelse av hjemmeoppgave/sjekkliste, slik det vanligvis er. En annen kulturell tilpasning var at intervensjonen ble gitt på spansk. Gjennomgående fokusområder på problemer hos klientene var familiekonflikter, økonomisk stress og kroniske medisinske tilstander. Etter en litteraturgjennomgang, mente Hwang og kolleger (2006) at PST er virkningsfullt fordi kinesiske klienter foretrekker en mer direkte og praktisk tilnærming som kognitiv adferdsterapi (CBT).

Ti av 16 artikler i litteraturutvalget bruker noe form for CBT, enten deler av det eller CBT i sin helhet med noe tilpasning som blant annet gitt på morsmål, forenklet for brukergruppen, kulturtilpassede eksempler eller mer visuell tilnærming av CBT-intervensjoner. De studiene som benyttet randomisert kontrollgruppedesign (RCT) som metode (Lovell et al., 2014; Lagomasino et al., 2017; Kanter et al., 2015; Sadock et al., 2017; Jonassaint et al., 2017), hadde til felles at gruppen som fikk CBT-relaterte intervensjoner viste signifikant mer bedring sammenlignet med kontrollgruppene. På den andre siden, studien utført av Jonassaint og kolleger (2017), som undersøkte om databasert CBT (CCBT) er hjelpsomt for afroamerikanske klienter, viste at selv om de som gjennomførte programmet hadde mer bedring for både depresjon og angst, var det generelt sett lav deltakelse, større sannsynlighet for at de ikke startet programmet og gjennomførte mindre timer enn hvite amerikanere.

5.1.2 Involvering av ikke-helsepersonell

To av studiene i utvalget inkluderer ikke-helsepersonell som ressurser for å levere et behandlingstilbud til henholdsvis en blandet gruppe med innvandrerbakgrunn i England (Lwembe et al., 2017) og minoriteter med latinsk bakgrunn i USA (Lagomasino et al., 2017). Lwembe og kolleger (2017) utviklet et tilbud hvor det ble samarbeidet tett med lokale aktører som "ekspertpasienter", hvor en slik aktør både drev med oppsøkende og formidlende arbeid i lokalsamfunnet og bidro i terapiøkter i samarbeid med en terapeut. Ekspertpasientene var personer fra lokalsamfunnet som var aktivt involvert i samfunnsarbeid og holdt i god akt av lokalsamfunnet inkludert pasientene. Ekspertpasienten ble oppfattet som "høytpresterende" med et inntrykk av at alt "går bra for dem" og ble sett på som en "åpenbaring" av pasientene å oppdage at denne personen også hadde hatt psykiske problemer. Pasientene foretrakk en

slik involvering og 75% av pasientutvalget gjennomførte behandlingen som ble sett på som en høy gjennomføringsgrad.

Lagomasino og kolleger (2017) hadde også en behandlingstilnærming, hvor de inkluderte ikke-helsepersonell til å ta terapirollen, for å benytte seg av tilgjengelige ressurser. De ga opplæring i CBT til sosionomer som ikke hadde tidligere erfaring med psykisk helsearbeid. Sosionomene fikk én ukes opplæring i kulturelltilpasset CBT med blant annet behandling levert på spansk med fokus på enkelt språk og grafiske fremstillinger. De fikk også ukentlig veiledning. Intervensjonsgruppen hadde en signifikant reduisering i depresjonssymptomer sammenlignet med kontrollgruppen. 69% av pasientene som kom til første time fullførte behandlingen ved å delta i minst fire terapitimer. Studien ble konkludert med at tilgjengelig arbeidskapasitet, som ikke har helsefaglig bakgrunn, som får nødvendig opplæring, kan gi effektiv behandling og redusere depresjonsbelastningen som blir møtt på i offentlige settinger.

5.1.3 Empati og forståelse

Studier av Johnson-Hood (2017) og Lovell et al. (2014) trakk frem empati og forståelse av terapeuten som viktige komponenter til en vellykket behandling. I studien til Lovell og kolleger (2014) hadde pasienter blandede tilbakemeldinger om etnisk matching. Noen mente at etnisk matching vil hjelpe spesielt med språkbarrieren mens andre mente at empati og forståelse for pasientens problematikk, uavhengig av terapeutens kulturelle bakgrunn, var viktigere: "When I am uncomfortable you can tell that she feels my pain, (...)" (Lovell et al., 2014, s. 12). Personlig valg om hvilken terapeut pasienten ønsker, om det skal være en fra samme kultur eller ikke, ble også trukket fram som viktig.

Johnson-Hoods (2017) fenomenologiske studie ønsket å bli kjent med afroamerikanske klienters terapeutiske forhold til europeisk amerikanske terapeuter. 70% av de som ble intervjuet hadde hatt en positiv opplevelse med en europeisk-amerikansk terapeut. Fellesnevneren for deres gode opplevelse var terapeutens evne til å vise empati, bygge terapeutisk allianse, tillit, terapeutens evne til å hjelpe, fokus på en fremover-prosess og positiv resolusjon. De øvrige 30% meldte om et fravær av disse seks områdene i tillegg til manglende kulturell kompetanse hos terapeuten.

Kulturell kompetanse kan ses på som en type forståelsesevne hos terapeuten, og det er flere studier i utvalget som legger vekt på *kulturforståelse*. For eksempel Camacho og kolleger (2014) sine intervensjonsmetoder fokuserte spesielt mye på blant annet familiekonflikter, økonomisk stress og kroniske medisinske tilstander blant meksikanske

klienter på grunn av hyppighet av dette i det meksikanske klientellet. Hwang, Wood, Lin og Cheungs (2006) studie presenterte hvordan kinesisk kultur potensielt sett kan påvirke CBT-behandlingsprosessen for kinesiske innvandrere. Hwang og kolleger trekker inn blant annet forståelse av Qi-energi og konseptet om ”yin og yang”, altså positive og negative energier, som en mulighet til å knytte fremmede psykologiske konsepter til klientens kulturelle tro og praksis for å lette forståelse og tro på CBT. Sidhu og Begum (2017) fokuserer også på kulturell forståelse ved å gi rom til både de deltakende kvinnenes immigrasjonsopplevelser og kulturelle og religiøse verdier.

5.1.4 Tilgjengeliggjøring

Det kan argumenteres for at alle artiklene i litteraturutvalget, enten eksplisitt eller implisitt, har hatt som mål å øke tilgjengeligheten av hjelp for klienter med minoritetsbakgrunn. Men det er likevel 50% av litteraturutvalget (Lovell et al., 2014; Camacho et al., 2014; Kanter et al., 2015; Evans et al., 2014; Sidhu & Begum, 2017; Positive Practice, 2017; Coventry & Warwickshire Mind, u.å.) som eksplisitt har hatt som mål å gjøre hjelpen mer synlig, forståelig og tilgjengelig for innvandrere enten ved å tilby behandling på morsmålet, gi behandling på tilgjengelige og mer ”aksepterte” lokasjoner eller synliggjøre mental helse i lokalsamfunnet.

Helsearbeidere i Coventry og Warwickshire i England hadde lagt en betydelig innsats i å promotere IAPT og vanlige psykiske lidelser gjennom sosiale medier på forskjellige språk, oversettelse av selvhjelpsmateriale til forskjellige språk, oppsøkt og promotert på lokalsamfunnsarenaer og utviklet tilpassede intervensjoner. På grunn av innsatsen som ble lagt ned i Coventry og Warwickshire i England for å nå ut til innbyggere med innvandrerbakgrunn om mental helse, økte henvendelser betraktelig fra klienter med innvandrerbakgrunn til den lokale IAPT-tjenesten i en treårs periode (Coventry & Warwickshire Mind, u.å.). Et annet eksempel på tilgjengeliggjøring av mental helsetjenester er ”linkarbeidere” som ble plassert på utvalgte fastlegekontorer i Southall, et innvandrertett forstadsdistrikt i London, med øye om å øke henvendelser fra pasienter med innvandrerbakgrunn til IAPT-tjenester (Evans et al., 2014). Linkarbeidere ble definert som en ”velværerådgiver” eller CBT-terapeut som hadde som jobb å gi korttidspsykoterapi på fastlegekontoret og øke bevisstheten blant helsepersonellet på kontoret om vanlige psykiske lidelser og hvordan håndtere dem. På grunn av økt bevisstgjøring om forekomst og oppdagelse av vanlige psykiske lidelser førte det til en økning av henvendelser til IAPT-tjenester sammenlignet med legekontorer hvor det ikke var plassert linkarbeidere.

Fire av studiene (Camacho et al., 2014; Lagomasino et al., 2017; Kanter et al., 2015; Sidhu & Begum, 2017) brukte morsmål aktivt som en del av behandlingstilbudet med positive resultater. Lovell og kolleger (2014) utviklet en kultursensitiv behandling som de kalte for og ble presentert som ”velværeintervensjon” ovenfor deltakerne for å maksimere engasjementet og redusere stigmaet som psykiske lidelser fører med seg. For å gjøre behandlingen mest mulig tilgjengelig viste Lovell og kolleger (2014) fleksibilitet ved å tilby hjemmebehandling til kvinnene og de eldre. Andre studier (Kanter et al., 2015; Sidhu & Begum, 2017) la også vekt på lokasjon og tilbød terapi i multifunksjonelle samfunnshuset enten for å redusere stigmatisering og folks vilje mot å engasjere seg i psykiatriske tjenester eller for å tilby hjelp på et kjent og tilgjengelig sted i lokalsamfunnet.

5.1.5 Forberedelser

To av artiklene legger vekt på pasientforberedelser som en del av behandlingsintervensjonen (Hwang et al., 2006; Alegria et al., 2008). Hwang og kolleger (2006) foreslår etter en litteraturgjennomgang, at opplæring av klienter med kinesisk bakgrunn innledningsvis om psykoterapi kan øke forståelsen, kjennskapen og tilfredsheten med terapi, redusere forekomsten av drop-out og forbedre behandlingsresultatet. De forklarer at kinesiske klienter kan være mer lydhør overfor CBT-behandlinger fordi det er mer direkte, strukturert, oppgaveorientert og symptomfokusert. Dog er det viktig å huske, understreker de, at psykoterapi kan være svært fremmed og ukjent for personer med ikke-vestlig bakgrunn. Spesielt kan mindre integrerte kinesisk-amerikanske klienter mangle grunnleggende kunnskap og forståelse av psykisk lidelse og behandling for å tro på og føle seg komfortabel i behandlingen. Derfor argumenterer Hwang og kolleger for at når en arbeider med kinesisk amerikanske klienter i et CBT-rammeverk, kan det være spesielt nyttig å orientere, forberede og avmystifisere terapiprosessen for klienten.

Alegria og kolleger (2008) undersøkte betydningen av terapiforberedelse for utenlandskfødte innvandreres aktivering og myndiggjøring. Men istedenfor å fokusere på opplæring om *hva* og *hvordan* om terapi, fokuserte de på å lære pasientene og stille spørsmål og be om informasjon i terapitimer gjennom *Right Question Project-Mental Health Intervention* (RQP-MH). Først fikk helsepersonellet et åtte timers kurs fordelt på to dager i RQP-MH. Deretter fikk pasientene trening i RQP-MH før de begynte i terapi. Treningen bestod av tre 30 minutters økter på klinikken og bestod av øvelser i problemløsning og formulering av spørsmål. Øktene bestod også av introduksjon til CBT, slik som Hwang et al. (2006) forklarer. I tillegg, spesielt for klienter med minoritetsbakgrunn, var det innarbeidet

kulturelle case og eksempler som kan påvirke minoritetspasienters erfaringer om å ta en aktiv rolle i behandling. Kursholderne ble opplært til å omstille pasientenes forestillinger om spørsmålsstilling og informasjonssøking som manglende respekt for behandlerne, til en måte å få svar på for å forstå behandlerens valg, være nyttig for behandleren og utvikle gjensidig tillit. Sammenlignet med kontrollgruppen hadde intervensjonsgruppen dobbel så høy sannsynlighet for å bli værende i terapi og 29 % høyere oppmøte til avtalte timer.

5.1.6 Mangel på intervensjoner for å forebygge drop-out

Ingen av artiklene i litteraturutvalget har et eksplisitt mål om å undersøke tiltak eller intervensjoner som har direkte påvirkning på frafall i behandlingsløpet. Likevel er det noen studier som nevner enten etterlevelse av behandling (adherence), behandlingsretensjon eller drop-out i behandling som en bieffekt av intervensjonene som undersøkes. Kanter et al. (2015) konkluderte med at psykoterapi med fokus på adferdsaktivering resulterte i bedre behandlingsretensjon, altså at pasientene ble værende lenger i terapiløpet. Hwang og kolleger (2006) argumenterer for at etnisk matching, kulturtilpasset terapi og forberedelser før terapi fører til reduisering i dropout i behandling og forbedrer behandlingsutfallet blant klienter med kinesisk bakgrunn. Intervensjoner som fokuserer på pasientforberedelser viser positiv påvirkning på retensjon, ifølge studien utført av Alegria et al. (2008). Szanton, Thorpe og Gitlin (2014) viste også til høy retensjon (88 % som gjennomførte behandlingen) blant afroamerikanske brukere som en styrke i deres forskning hvor psykoedukasjon, omsorgsstyring (tett oppfølging av en sosionom eller saksbehandler), stressreducerende intervensjoner og adferdsaktivering stod sentralt i behandlingen. Kanter et al. (2015) påpeker at kvaliteten på terapien kan ha en del å si for gjennomføring av terapi. Det kan argumenteres for at litteraturutvalget forsøker å forbedre kvaliteten på terapi som kan være en bidragende faktor for å gjennomføre terapi og derfor forebygge drop-out.

5.2 Fokusgrupper

I det følgende presenteres en tematisk analyse av fokusgruppeintervjuene. Temaene som intervjuene er inndelt i er ”rekruttering”, ”tilpasning av behandling”, ”klientens forventninger” og ”drop-out”. I analysen legges det særlig vekt på erfaringene og opplevelsene som kommer frem i gruppene, vist gjennom utdrag fra de transkriberte intervjuene, men også korte oppsummeringer av generelle og gjentakende samtaleemner innad i fokusgruppene. Informantgruppene betegnes som ”Helsetjeneste 1” og ”Helsetjeneste 2”.

5.2.1 Rekruttering

Helsetjeneste 1 og Helsetjeneste 2 har ulike innfallsvinkler når det gjelder aktiv rekruttering av innvandrerbefolkningen, men de har også en del likhetstrekk, hvor spesielt fastlegenes rolle i å rekruttere innvandreklienter til deres tjenester står sentralt. Helsetjeneste 1 har, som nevnt, en aktiv rekrutteringsprosess gående for å opplyse og spre informasjon om deres tjeneste.

”Og dette med å nå ut til folk så har vi allerede begynt å være hvor minoritetsbefolkningen er for å undervise litt om psykisk helse. (...) Det vil jeg si er et tiltak nå for å få folk inn.”

Måten de ønsker å nå ut til den lokale innvandrerbefolkningen på er ved blant annet p henge opp promosjonsmateriale på forskjellige språk på lokale tilknytningspunkter som moskeer og fastlegekontorer, samt å tilby kurs som kan passe for befolkningen som for eksempel kurs for kroniske smerter. Lik tilgang til psykisk helsehjelp, er drivkraften bak arbeidet.

”(...) tanken bak det er jo at alle skal få lik tilgang til psykisk helsehjelp, samme hva slags bakgrunn, at alle skal få bli opplyst og få vite om det.”

På den andre siden har ikke Helsetjeneste 2 hatt anledningen til å jobbe med aktiv rekruttering av innvandrerbefolkningen, både på grunn av begrenset kapasitet/ressurser og et annet synspunkt på tjenestens tilgjengelighet.

”Når det gjelder det her om vi gjør noen tiltak for å rekruttere flere med innvandrerbakgrunn så gjør vi ikke det aktivt, fordi vår tjeneste er jo rettet mot hele områdets befolkning, sånn sett så opplever vi at alle står på lik linje. Også forutsetter det en viss språkforståelsesnivå for å kunne nyttiggjøre seg vårt tilbud. Så vi har egentlig ikke jobbet noe aktivt mot noen spesifikke innvandrergrupper.”

Det viser at Helsetjeneste 1 og Helsetjeneste 2 har ulike forståelser for ”lik tilgang” og hvordan det skal praktiseres. Helsetjeneste 2 påpeker i tillegg at de ikke opplever rekruttering av innvandrere som et problem, selv om det varierer fra år til år.

”Det er ganske tett opp mot den fordelingen som det er her. Sånn sett så har vi kanskje ikke hatt så mye fokus på det heller.”

Likevel savner Helsetjeneste 2 et bredere spekter av kursvirksomhet å tilby og har drevet med oppsøkende og opplysende arbeid når kapasiteten har tillatt dem.

”Ja, vi har jo hatt et par kurs utenfor, der vi var med Røde Kors, norskopplæring, NAV Jobbsjansen og informerte om psykisk helse.”

Helsetjeneste 2 har også hengt opp generelle plakater/brosjyrer om angst og depresjon på forskjellige språk utviklet av Helsedirektoratet, på venteværelset hvor de holder til, der det blant annet også er et fastlegekontor. Tilknytning til og samarbeid med fastlegekontorer er noe begge har til felles, men Helsetjeneste 1 har tatt et mer aktivt valg her også, og har en representant utplassert ved et bestemt fastlegekontor én gang i uka, hvor det gis behandling på stedet.

”Det var en av tankene, at det skulle være mindre vanskelig å gå ned på legesenteret og fordi vi ønsket å treffe en målgruppe, og det var ikke nødvendigvis bare minoritetsbakgrunn, men menn generelt.”

På grunn av erfaringen med et slikt samarbeid, har Helsetjeneste 1 planer om å utvide til andre lokale fastlegekontorer. En av informantene forteller om enkelte som gikk glipp av hjelp fordi tjenestens plassering var et hinder før utplassering i fastlegekontor var en realitet.

”Hun sa at hadde dere sittet et annet sted, hadde dette vært mer anonymt så hadde det vært lettere for meg, ikke sant.”

Helsetjeneste 2 er også enig i at å befinne seg ved et fastlegekontor kan tenkes å være en fordel for å bukke med stigma og terskelen for å oppsøke hjelp.

”(...) jeg kunne tenkt meg faktisk at det er litt okei når du kommer og venter og tenker at skal jeg til fastlege eller psykisk helse, det er det ingen som vet. Men det er jo aldri noe som vi gjør vurdering av eller tenker over.”

I motsetning til Helsetjeneste 1 deler Helsetjeneste 2 lokaler med et fastlegekontor. Ifølge Helsetjeneste 2 kan det medføre noen ulemper.

”Men fastlegene ønsker gjerne mye mer ut av oss enn det vi har kapasitet til. Noen ganger så henviser de pasienter til oss for at vi skal gjøre en utredning og kartlegging for dem. At vi skal ta over noe av deres ansvar. Og det har vi ofte opplevd har vært litt problematisk.”

Begge er dog enige om at de når flere gjennom et slikt samarbeid enn de ellers hadde gjort, eksempelvis ved Helsetjeneste 1s opprinnelige lokasjon. Begge er også på samme bølgelengde når det gjelder viktigheten av fastlegenes rolle i å sende videre pasienter som trenger hjelp, til dem. Helsetjeneste 2 trekker frem innvandreres lydhørhet til fastleger som avgjørende.

”Så hvis fastlegen sier at de skal ringe oss, så gjør dem det.”

Mens Helsetjeneste 1 betegner fastlegene som portholdere til tjenesten.

”(…) For de er jo litt sånn gatekeepers for om de kommer til oss eller ikke. De fleste av klientene våres kommer jo via legen. Så det at vi underviser dem litt om hva de skal se etter og noen strategier i forhold til hva de burde gjøre er jo veldig viktig, tenker jeg.”

Hos Helsetjeneste 2 tar også de fleste klientene kontakt etter å ha blitt oppfordret av fastlegen, men tjenestens ansiennitet har også spilt en rolle i rekrutteringen.

”(…) de fleste ringer inn selv, men de fleste har jo blitt tipset om oss fra fastlegen. Nå har vi jo blitt en tjeneste som har eksistert en stund, så vi ser at det er flere som har hørt om oss via bekjente eller familiemedlemmer eller venner.”

Begge helsetjenestene har etablerte relasjoner med fastleger og de lokale legekantorene, men et generelt samarbeid på et systemnivå med andre lokale aktører eller integrasjon av tjenester og lokale tiltak er noe begge tjenestene betegner som et forbedringsområde. Helsetjeneste 2 savner et fugleperspektiv i systemet.

”Jeg synes jo egentlig, hvis vi kan trekke det opp til systemnivå, så tenker jeg jo at vi mangler en helhetlig tankegang i områdets tjenester inn i lokalsamfunnet til der befolkningen bor. (...) fordi det virker som at det er en separert verden, at man kjenner til områdets tjenester, men så kjenner man ikke så mye til områdets lokalsamfunn. (...) Så det kunne jeg ønske var litt mer integrert.”

Helsetjeneste 1 påpeker også manglende samarbeid.

”Vi prøver jo å være tilgjengelige for veiledning og undervisning til de ansatte i området som ønsker det. Men dessverre så er det litt dårlig samarbeid på tvers av tjenestene.”

På den andre siden har det vært utfordrende for Helsetjeneste 2 å tenke i de baner på grunn av begrenset med arbeidskapasitet til å jobbe med et utvidet samarbeid.

”(…) jeg har snakket mye med andre på andre steder om det her med å spre psykologisk kunnskap gjennom det å snakke med lokale aktører, om hvordan man kan samarbeide mellom tjenestene også. Og det kunne vært veldig interessant. Men igjen så handler det litt om kapasitet. (...) Sånn som det er nå i området så har de spredt

psykologstillingene på ulike alderstrinn. Sånn at vi merker noen ganger at det er vanskelig for oss å samarbeide også for vi har alle hvert vårt hovedansvarsområde da.”

5.2.2 Tilpasning av behandling

Begge helsetjenestene har mye til felles når det gjelder å tilpasse behandlingen for klienter med innvandrerbakgrunn. Begge trekker frem romslighet og økt psykoedukasjon som en viktig faktor ved tilpasningen. Men hvor Helsetjeneste 1 velger å fokusere på tro og religion som et viktig og særegent aspekt ved behandlingen for innvandrere, fokuserer Helsetjeneste 2 heller på viktigheten av å gi systemforståelse til klientene og hjelpe til med det. Helsetjeneste 1 trekker frem tålmodighet som alliansebyggende.

”(...) jeg føler veldig på at hvis du gir en forståelse og er vennlig og rolig og lar de komme med det som er viktig for dem så føler jeg egentlig at den alliansen ikke er noe vanskeligere enn hos etnisk norske.”

Det er enighet i Helsetjeneste 1 om viktigheten av tålmodighet og empati, spesielt med innvandrer menn oppleves det som viktig på grunn av skammen og den uvanlige og sårbare rollen de kan befinne seg i som klienter i en psykologisk rettet behandling.

”(...) gi ekstra tid føler jeg er... kanskje spesielt med menn. At det er bare den evnen til å uttrykke seg om ting, vanskelige ting som jeg spør om, ikke sant. At det å ta faktisk tid og vente. Jeg har hatt flere som sitter lenge og tenker og tenker og er stille.”

På den andre siden, legger Helsetjeneste 2 til nødvendigheten av å utvide antall timer som tilbys til klienter med innvandrerbakgrunn.

”Så blir det å sjekke litt ut om hvordan er det for dem å motta behandling. Så det å ha en litt mer romslig ramme, tenker jeg har vært nyttig. For jeg ser jo at 4-5 samtaler holder jo ikke. Og hvis du bruker tolk så må du nesten regne med dobbelt.”

Helsetjeneste 1 stiller seg også i en romsligere ramme, men da med romslighet i forhold til å gi tid til å bli kjent med hverandre og gi av seg selv som terapeut for å danne en allianse.

”En annen ting jeg tror jeg gjør er å bygge relasjon og være hyggelig. Det gjør vi jo med alle, men jeg tenker liksom sånn, hvis det for eksempel er en kvinne som har barn så sier jeg at jeg har barn jeg og i samme alder. Den slags, ikke veldig mye, men bare litt. At man føler at vi har noe til felles faktisk liksom. Det kan jeg gjøre noen ganger.”

Selv med romsligere rammer kan det være utfordrende å få til et behandlingssamarbeid, ifølge Helsetjeneste 2 og trekker frem psykoedukasjon som et viktig moment i behandlingen.

”(...) man må senke forventninger litt til hva man kan oppnå i terapiforløpet. Jeg tenker jo at i et sånt terapiforløp hvor jeg brukte tolk så var jo det nok i seg selv med å bare gi psykoedukasjon. (...) Også heller motivere personen til å jobbe med endring litt sånn på egenhånd og videre etter at behandlingen blir avsluttet.”

Begge informantgruppene diskuterer konkrete tilpasninger de foretar seg. Helsetjeneste 1 nevner blant annet å avvente med håndhilsning, spesielt hvis det er eldre menn med innvandrerbakgrunn, og å ikke møte blikket hvis situasjonen tilsier det.

”Blikkontakt, speiling. Hvis de ser ned så sitter man ikke og stirrer. (...) Det har noe med respekt, noe med kulturen. (...) hvis de ikke gir blikkontakt så søker jeg ikke etter den heller. Men normalt sett gjør jeg jo det, fordi for meg er det et signal om at jeg er interessert, jeg er her, jeg hører, snakk til meg. Men det gjør jeg annerledes når jeg møter noen fra en annen kultur som viser helt tydelig at dem møter ikke meg på blikkontakten.”

Begge helsetjenestene legger vekt på å forenkle språket og begreper som brukes i behandling for å formidle budskapet enkelt og forståelig. I tillegg nevner Helsetjeneste 2 at åpenhet og nysgjerrighet er mer viktig enn religionskunnskap.

”(...) så tenker jeg jo litt sånn at det handler om hvordan vi formidler faget vårt generelt. Gjøre det enkelt og forståelig for dem. Og det tenker jeg er uavhengig av religionstro. Men så tror jeg det å tørre og være litt nysgjerrig og spørre dem, litt sånn at vi må også lære av dem da. (...) ha vår grunnleggende holdning om å være utforskende og være nysgjerrig og spørre hvordan det er for dem.

På den andre siden diskuterer Helsetjeneste 1-gruppen om viktigheten av integrering av religion og tro i behandlingen, hvor de aktivt søker etter troselémenter som kan hjelpe til med bedringen av klienten.

”Og det som vi ikke må glemme som jeg tror vi er ganske gode på og, det er i forhold til hvor mye hjelp de tenker de får fra sin Gud. (...) Det må man ta på alvor i aller høyeste grad.”

Blant Helsetjeneste 1-informantene kommer det frem et konkret eksempel hvor en av dem aktivt bruker troselément blant klienter med muslimsk bakgrunn, både som en psykoedukasjon og som en intervensjon for bekymrings- og grublingstanker.

”(...) det er en alternativ måte å behandle folk på ved å bruke religion. For eksempel med angst, så kan jeg bruke sånn der at man har i islam det med waswas, at våres hjerner er delt i to, og at det er en del av deg som har dårlige tanker, men det er bare en del av deg og det kommer sånn automatisk, og det er ikke noe du kan gjøre med det. (...) Så jeg ufarliggjør

disse tankene at de er en del av deg. (...) du kan leve med de ved at du differensierer mellom de. At disse tankene er "waswas" og disse er realiteten."

Det er en samstemt gruppe hos Helsetjeneste 1 som mener at tro og kultur inneholder viktig informasjon som det bør spørres om og integreres hvor det passer, for å få en bedre forståelse av det klienten sliter med. Sorg nevnes som et særlig viktig tema hvor kulturen og troen inneholder avgjørende informasjon.

"En kvinne som mistet moren sin måtte reise tilbake (til Norge) etter syv dager, så hun gikk jo glipp av den kollektivismen, altså den samlede sorgen da. Og plutselig så begynte vi å liksom få fatt på hva som var det som gjorde at sorgen ble sittende på den måten og også fordi hun ikke hadde fått brukt troen og bedt og hatt disse bønnestundene i dette fellesskapet. (...) Men hadde da fått beskjed av legen sin at det var ikke sånn man sørget i Norge. (...) Hun kunne ikke forvente å få lov til og være sykemeldt og sånt noe. Fordi i Norge så hadde man en helt annen kultur på sorg, så hun var veldig vegrende i å fortelle meg hvordan hun kulturelt og religiøst sørga."

Det er bred enighet om bruk av kultur og tro hos Helsetjeneste 1, men involvering av familien i behandlingsforløpet enes ikke gruppen om.

Informant 1: *"(...) familie kan også være en stor ressurs. Men det kan hindre også. Hvis for eksempel det er en mann som er dominerende. Særlig du ser på disse afghanske kultur. Der sitter dama stille, og det er mannen som tar over og snakker for pasienten."*

Informant 2: *"Men da får du ganske mye informasjon, tenker jeg, om situasjonen."*

Helsetjeneste 2 tar ikke opp temaet med å involvere familien, men diskuterer adferdsaktivering som en nyttig intervensjon for eksponeringstrening, sosialisering og fysisk aktivitet når det gjelder innvandrerklinter og nevner bassenggrupper, trimgrupper og andre aktiviteter som tilbys lokalt.

"Det kan gi dobbel effekt ved å være i aktivitet pluss få til samtaler."

Helsetjeneste 2 nevner også mangel på systemforståelse hos klienter, spesielt de med innvandrerbakgrunn, og forsøker ofte å forklare og hjelpe til med å øke forståelsen for det, enten det gjelder NAV-stønader eller henvisning til andre behandlinger, før de starter selve behandlingen med klienten.

"Jeg opplever i hvert fall at da har man fått eliminert litt mer støy som kan stå i veien for at de kan motta behandlingen."

Selv om det er en del hensyn å ta og tilpasninger som må gjøres, er begge helsetjenestene opptatt av å ikke overproblematisere arbeidet med klientgruppen.

Helsetjeneste 2: *"(...) trygge dem litt på det de også kan. For mange kan jo også undervurdere seg selv."*

Helsetjeneste 1: *"(...) hvis du ser på statistikken at vi gjør det veldig mye bra med minoriteter, selv om ikke like bra som etnisk norske, men likevel ganske bra. Så det er jo veldig mange som får god nytte av det. Jeg syns det er viktig å tenke på det også, sånn at vi ikke overproblematiserer det."*

5.2.3 Klientenes forventninger

Ofte er det slik at klientenes forventninger til behandling, for eksempel hva terapi er eller hva de ønsker å få ut av behandlingen ikke samsvarer med virkeligheten og hjelpen som helsetjenestene kan tilby og må innrette seg etter. Begge diskuterer å bli møtt med urealistiske forventninger fra klienten som blant annet at bedringen skal gå kjapt.

Helsetjeneste 1 lurer på om det kan være uvitenhet om psykisk helse.

"(...) Men så tror jeg det kanskje var litt uvitenhet fra han (klienten) sin side allerede om dette med psykisk sykdom og psykiske problemer og forventninger om at det skal gå kjapt."

Det tenkes at kanskje forberedelser om og kort innføring i behandling fra både fastlegen og helsepersonellet kunne ha hjulpet i dette tilfellet, men en annen informant i Helsetjeneste 1-gruppa uttrykker at det ikke nødvendigvis er det, men heller forventninger som ikke kan innfris.

"(...) har ingenting med forberedning å gjøre, men at jeg skal hjelpe han. Jeg skal hjelpe han med økonomi, og jeg skal hjelpe han med jobb. Og jeg skal snakke med NAV. (...) Hvor jeg prøvde å si noen ting om at dette er vanskelig for meg å hjelpe deg med, men at jeg kan bistå dere sånn at dere kan hjelpe dere selv."

Helsetjeneste 2 deler samme oppfatning om at klienter forventer mer enn det tjenesten har kapasitet til og rammer for å tilby av hjelp.

"Altså de kommer gjerne med et brett med alle sine problemer og så håper de på at man kan gjøre noe eller hjelpe dem med noe av det, om ikke alt. Sånn at de har også litt sånn urealistiske forventninger til oss og hva de kan forvente av hjelp. Og så vet jeg ikke helt litt sånn om at det er litt sånn forventet at "okey, nå har jeg kommet til en profesjonell helseperson som skal fikse meg". Og ikke tenkt at de skal ta tak i noe selv da."

Denne tankegangen om å bli fikset av en "ekspert" er en gjenganger i samtalene hos begge fokusgruppene. Helsetjeneste 1 mener at det gjør behandlingen utfordrende.

Informant 1: *"I går så sa jeg "hva er det dere ønsker at jeg skal gjøre?". (...) Nei, det visste dem ikke. Det måtte jo jeg vite."*

Informant 2: *"...veldig høye forventninger om at nå skal vi fikse dem på en måte, så blir det kanskje litt urealistisk hva vi kan gjøre."*

Helsetjeneste 2 diskuterer om årsaken til slike forventninger ikke er uvitenhet, slik Helsetjeneste 1 beskriver det, men heller et annet forståelsesgrunnlag om hva psykisk helsehjelp er.

"Jeg har lurt litt på om av de jeg har hatt og som kanskje ikke har bodd i Norge hele livet, om de har på en måte en litt annen, hva kan man si, kompetanse eller kunnskap om hva en terapeut og psykolog for eksempel gjør da."

En del innvandrerklinters oppfatning av å oppsøke psykisk helsehjelp er det samme som å være gal og sinnslidelser er stigmatisert i enkelte kulturer, som gjør at mange er redde for å få et slikt stempel på seg når de søker hjelp, ifølge Helsetjeneste 2. Denne ulikheten i forståelsesbakgrunn gjør det vanskelig å gjennomføre en form for terapi, men Helsetjeneste 2 påpeker at det er ikke slik med alle klienter som har innvandrerbakgrunn.

"Også tenker jeg jo at det er litt forskjell også på innvandrere som har bodd i Norge lenge sammenlignet med de som har bodd her kort. At de som har bodd her lenge, de har litt mer, kanskje er litt mer motivert og de skjønner litt mer hva det går ut på."

Et annet punkt begge gruppene nevner er innvandrerklinter med kroniske smerter og utfordringene med å foreta psykisk behandling. Helsetjeneste 2 uttrykker at det er vanskelig.

"En gruppe med også de med fysiske smerter er jo også noe som man ser ofte kan være integrert i lag med. (...) For smertene er på en måte hovedtema så det å komme inn og se på depresjon og at det henger i så nøye lag med smertene, (...) jeg har i hvert fall ikke funnet en måte å jobbe ordentlig godt med det."

Helsetjeneste 1 mener at gruppeterapi kan være nyttig med en slik klientgruppe for de da kan blant annet utveksle erfaringer, støtte hverandre og danne et sosialt nettverk.

"Det har vært en del norsk forskning om utenforskap og kronisk smerte, og det syns jeg er interessant i forhold til minoritetsgruppene våre. Denne følelsen av utenforskap. Og hvis man da kan bringe folk sammen og at folk kan føle at de har et slags nettverk rundt seg, så er det kanskje en strategi som ikke er så dum i det hele tatt. At man ikke er alene."

Begge informantgruppene løfter i tillegg frem religion og tro som et viktig aspekt for innvandrerklinter og et velkomment tema i behandlingen hos dem. Å kjenne til deres kultur og/eller religion kan ha en ivaretagende funksjon, ifølge Helsetjeneste 2.

”(...) viktig at man kan en del om den kulturen og religionen dem har. Har vært bort i flere muslimer i forhold til det og det at taushetsplikten er absolutt. Og det å kunne snakke om for eksempel litt om seksuelle overgrep. At der har det vært kjempeviktig at dem har hatt den forståelse av at jeg er kjent med konsekvensene det er for dem hvis det kommer ut. (...) Så det å kjenne til det er jo kjempeviktig for dem.”

Helsetjeneste 1 har også opplevd at å tilby enkelte behandlingselementer på klientens morsmål og inkludere religion har en ivaretagende funksjon.

”Vi har jo brukt et selvhjelpshefte også med religiøst innhold. (...) da har det også blitt gitt mange gode tilbakemeldinger på at det var veldig fint det sa og det støtta meg litt, og jeg tror det også er fint å lese på morsmålet. Så det er jo både religiøst innhold og morsmål som kan treffe folk på en annen måte. Spesielt de eldre da som kanskje ikke har vokst opp her.”

Helsetjeneste 2 legger til at kognitiv adferdsterapis praktiske tilnærming kan være noe klienter med innvandrerbakgrunn foretrekker i førstelinjetjenesten.

”(...) kognitiv terapi generelt er ikke så mye snakketerapi, men mer gjøre terapi. Som gjør at det kanskje er lettere for menn å komme. (...) Og det er litt sånn fokus på her og nå da, og det er det de har blitt oppfordret til å oppsøke hjelp for. Ting de sliter med her og nå.”

5.2.4 Erfaringer med drop-out

Fokusgruppene presenterer to ulike innfallsvinkler på frafall blant innvandrerklinter.

Helsetjeneste 1 diskuterer mulige årsaker til frafall underveis. De har nylig begynt å jobbe målrettet for å bedre tjenesten ved å undersøke hvordan de kan tilrettelegge behandlingen og nå ut bedre til den lokale innvandrerbefolkningen. Da ser de blant annet på hvordan de kan forebygge frafall i behandling mens Helsetjeneste 2 diskuterer sin profil utad til klientgruppen som en mulig årsak til deres gode statistikk. Helsetjeneste 1 har det svart på hvitt at frafall i behandling hos dem blant innvandrerklinter er et faktum.

”Vi vet jo utfra statistikken vår at vi har høyere frafall fra minoritetsbefolkningen enn fra norsk etniske hvite. (...) det er et faktum som vi ikke kan gå bort i fra.”

Helsetjeneste 2 derimot har ingen spesifikke tall på frafall, men likevel en statistikk å vise til som tar for seg *hele* klientellet i forhold til antall timer tilbudt og antall av disse timene hvor klientene ikke har møtt opp.

”Nå har vi akkurat sett på tallene for 2018 og i utgangspunktet så ser vi jo at, hvis vi tenker på sånn prosentvis da, så er det av antall timer i forhold til samtaler vi har tilbudt så

er frafallsprosenten på ikke møtt cirka 10%. (...) I hvert fall jeg har tenkt at det er ikke så veldig mye. Det er normalt.”

Selv om tall på frafall fra behandling underveis i løpet og forskjellen mellom innvandrerklinter og etnisk norske klienter ikke kommer frem, trekker Helsetjeneste 2 frem en rendyrking av sin ”lille” tjeneste som en mulig forklaring på tallene.

”Vi prøver alltid å gjøre eller selge inn våre tjenester for å skape litt høy motivasjon hos de som får et tilbud. Fordi vi opplevde jo tidligere at ettersom det her er en gratis tjeneste at man kanskje ikke tok det så seriøst, og hvis man heller ikke møter opp så er det ingen konsekvenser hvis du ikke dukker opp. Sånn at vi har vært litt nøye i selekteringen på hvem vi gir tilbud til og prøvd å selge det inn ved å gjøre det litt mer eksklusivt. (...) De fleste blir jo på en måte mer interessert i å være med. Også tenker jeg at siden vi er en liten ressurs, vi har bare to årsverk, så blir vi også veldig selektive på hvem som er vår målgruppe.”

Helsetjeneste 1 er også inne på det med at tjenesten kan bli nedprioritert fordi konsekvensene for å ikke møte opp andre steder, som for eksempel jobb, er større enn å ikke møte opp hos dem.

”(...) det at hun droppet ut var akkurat det her med jobb. Det var viktigst å komme seg på jobb, og jobbet som ringevikar, ikke sant, og da må man holde seg fast til det. Men så hadde hun kjørt seg så hardt og når man kommer igjen så er man jo en DPS-klient.”

Helsetjeneste 2 mener at de har forsøkt å unngå slik problematikk ved å være tydelige på å sette en strek.

”(...) også er vi litt sånn strenge hvis det er en del avlysninger fra pasientens side, at vi tar det opp. Men at vi også setter en liten strek, at etter tre samtaler for eksempel så tilbyr vi ikke noen flere samtaler da.”

Avlysninger er noe Helsetjeneste 1 opplever som et problem, både fordi det blir vanskelig å komme i gang med et behandlingsløp og fordi konsekvensen av det blir en selvoppfyllende profeti hos klienten om at det ikke er hjelp å få for deres problematikk. Forventninger og motivasjon diskuteres hyppig av Helsetjeneste 1.

”Jeg tenker på en eldre pakistansk mann som droppet ut (...), jeg tror han hadde en forventning om at dette skulle gå veldig fort. Jeg hadde en følelse av at den forventningen var at jeg skulle hjelpe han med denne bekymringen med en gang. (...) at jeg skulle ha noen magigreier som jeg skulle gitt han og at dette her bare skulle gå kjempekjapt. (...) så sa jeg at dette må vi jobbe med over lengre tid, men han var liksom ikke helt om bord der, (...) forskjellige forventninger, tenker jeg.”

Forskjellige forventninger er også et gjenkjent fenomen hos Helsetjeneste 2.

”Og i forhold til frafall da, jeg tenker jo også noen ganger at noen av pasientene med innvandrerbakgrunn, de har litt sånn høye, urealistiske forventninger til oss helsepersonell. (...) At det noen ganger kan også bli litt for mye for dem eller at det er feil timing eller at det er ikke helt det de hadde sett for seg, og da trekker de seg da.”

Begge informantgruppene tar opp en type usikkerhet eller manglende innsikt fra innvandrerklientens side om hva de faktisk kommer til. Helsetjeneste 2 mener at det blant annet kan skyldes at innvandrerklienter er lydhøre ovenfor fastlegen.

”Ofte så kan det være fordi at de har blitt anbefalt av fastlegen å ringe hit, og så pliktoppfylgende som de er så gjør dem det. Men så har dem helt ikke forstått hva hjelpen innebærer og hvordan vi jobber. (...) også handler det litt om at de har en annen forståelse av sin situasjon, at de ikke er helt enig med fastlegen at det er en angstproblematikk eller depresjon.”

I tillegg til en slik manglende forståelse hos enkelte innvandrerklienter, peker Helsetjeneste 1 på manglende motivasjon, manglende oppfølging av hjemmeoppgaver og historikk med tendens til å falle ut fra både skole og jobb som mulige risikofaktorer for forhøyet sannsynlighet til drop-out. Men det understrekes samtidig av informantgruppen at slike faktorer kan være generelt på tvers av klientgrupper.

Begge informantgruppene nevner stigma rundt psykiske problemer blant innvandrerklienter som en bidragende faktor til en ambivalens og skepsis som kan resultere i drop-out.

Helsetjeneste 1: *”Jeg tror ofte mange minoriteter, i hvert fall (jeg) tenker at, kanskje spesielt førstegenerasjon og eldre, at de kommer til oss senere. Og mange grunner til det er jo stigma, (...) frykt for systemet og hva det enn er for noe.”*

Helsetjeneste 2: *”Altså jeg har blitt litt møtt med sånn skal du jobbe med gale mennesker, er det det du driver med? Sånn jobber med de mest sinnsyke? (...) mange av de, opplever jeg, med innvandrerbakgrunn, er mest kjent med psykiatri, og det er det de ser for seg. Også er de kanskje litt redde for å oppsøke hjelp og bli stemplet i den båsen da.”*

6 Diskusjon

Siden vi vet at det er et stort frafall i psykisk behandling blant klienter med innvandrerbakgrunn (Wang, 2007; De Haan et al, 2018; Griner & Smith, 2006; DeJesus, Angstman & Williams, 2015; Barrett et al, 2008), blir det særlig viktig å drøfte hva erfaringene og litteraturen sier på dette området og hva slags tiltak som kan motvirke en slik tendens. Sentralt blir derfor en drøfting av hvordan funnene fra denne studien kan bidra til å styrke måloppnåelsen om likeverdige helsetjenester og hvordan de som trenger hjelp kan få den. Det er faktisk slik at det er i førstelinjetjenesten at det første møte med psykisk helsehjelp ofte etableres. Førstelinjetjeneste skal fungere som både et forebyggende tiltak og et tiltak hvor man kan få rask hjelp til milde/moderate psykiske lidelser. Målet med denne studien var derfor å undersøke hvilke erfaringer som finnes med tiltak for å forebygge/reducere frafall i førstelinjebehandling for psykisk helse. Både litteraturgjennomgang og fokusgruppe ble valgt som metode for å få et innblikk i konkrete tiltak og tilrettelegginger som gjøres for å tilby innvandrere adekvat hjelp i primærhelsetjenesten og som kan bidra i målet om likeverdige helsetjenester.

6.1 Integrert tolkning

I det følgende drøftes resultater i lys av teori som er presentert i oppgaven, i et forsøk på å belyse hvilke implikasjoner slike erfaringer kan ha for å forebygge og redusere frafall i psykologisk behandling i førstelinjetjenesten.

6.1.1 Samarbeid med fastlegene

Det var flere fellesmomenter mellom deler av teorien som er presentert i oppgaven og resultatene fra litteraturstudien og fokusgruppen. Det ene som kom tydelig frem i både teorien (Pinto-Meza, 2010), litteraturstudien (Evans, Green, Sharma, Marinho & Thomas, 2014) og gruppeintervjuene var viktigheten av fastleger som inngangsporten til psykisk helsehjelp. I Norge har det vært slik at innvandrerbefolkningen er mer i kontakt med fastlegene sine enn befolkningen generelt (Vrålstad & Wiggen, 2017). Det er også slik at fastlegen er ofte den første helsehjelpskontakten når det gjelder angst og depresjon. Dette samsvarer med opplevelsen til informantgruppene, der de forteller at de fleste klientene tar kontakt med deres helsetjenester etter å ha blitt oppfordret av fastlegen.

Litteraturgjennomgangen viste også viktigheten av å ha et godt samarbeid med

fastlegekontorer, og det å være tilstede på fastlegekontorer, tilby undervisning og psykoedukasjon og foreta behandling på stedet av klienter, som har vist seg å være effektivt (Evans et al., 2014). Helsetjeneste 1 har også opplevd at de når ut til større del av innvandrerbefolkningen med en slik ordning og ønsker å utvide samarbeidet med flere lokale legekontorer. Disse funnene styrker ytterligere hypotesen om at fastleger er viktige og en integral del av oppdagelsen og rekrutteringen av innvandrere som kan trenge psykisk helsehjelp. Det som var kontrasterende var Helsetjeneste 2s erfaringer med tilknytning til et fastlegekontor. I motsetning til Helsetjeneste 1, deler hele virksomheten til Helsetjeneste 2 lokaler med et fastlegekontor. Informantgruppen er enig i at det er med på å rekruttere innvandrere som trenger hjelp og redusere muligheten for stigma. De trekker i tillegg fram det som problematisk at fastlegene kan forvente mer enn det de ansatte har kapasitet til. Det nevnes blant annet at fastlegene henviser pasienter for utredning og kartlegging og dytter dermed noe av sitt ansvar over til deres helsetjeneste.

Fastlegene og helsepersonellet som arbeider innen psykisk helsetjeneste i førstelinjen kan få til en vinn-vinn-situasjon hvor trykket hos fastleger kan avta og slike kommunale lavterskeltilbud samtidig kan få rekruttert klienter i målgruppen. Helsetjeneste 1 betegner fastlegene som "gatekeepers" og underviser enkelte lokale legekontorer om hva legene skal se etter og strategier i forhold til hva de bør gjøre med pasienter som lider av depresjon/angst. Her kan "rolleinduksjon", som i teorien blir beskrevet som klargjøring av pasientens og terapeutens roller og kort innføring i terapi til klienten før behandlingsstart (Barrett et al., 2008), være en viktig strategi for forebygging av drop-out og øke sannsynligheten til behandlinggjennomføring. Litteraturgjennomgangen støtter opp om en slik forebygging med både en generell innføring om behandlingen og en mer klargjøring av klientrollen (Hwang et al., 2006; Alegria et al., 2008). Helsetjeneste 2 gir uttrykk for at innvandrere generelt er meget lydhøre ovenfor fastlegen og gjør som fastlegen sier. På grunn av innvandreres lydhørhet ovenfor fastlegen kan det tenkes at en slik kort forberedelsesrunde gitt av fastlegen kan være effektiv og forebyggende mot drop-out.

En annen ting en slik forberedelse kan motvirke er lav motivasjon og den lave toleransen for frustrasjon som teorien fremhever som noen av kjennetegnene for drop-out (Barrett et al., 2008). Begge informantgruppene legger frem erfaringer med innvandrerklienter som møter opp med lav motivasjon og en forventning om at bedringen skal gå fort, og dermed fører det til frustrasjon når den forventningen ikke blir møtt og motivasjonen svekkes ytterligere når den ikke var sterk nok i utgangspunktet. Lav motivasjon og lav toleranse for frustrasjon kan også ha en sammenheng med stigma og mangel på

psykologisk tenkning/mentaliserings som er to andre faktorer nevnt i teorien for økt sannsynlighet for drop-out (Edlund et al., 2002; Barrett et al., 2008).

6.1.2 Forebygging på systemnivå

I litteraturgjennomgangen kommer det også frem at psykoterapi kan være svært fremmed og ukjent for personer med ikke-vestlig bakgrunn (Hwang et al., 2006). Mindre integrerte grupper kan mangle grunnleggende kunnskap og forståelse av psykisk helsehjelp for å tro på og føle seg komfortabel i behandling (Hwang et al., 2006). Informantgruppene nevner også både uvitenhet om psykisk helsehjelp blant innvandrere og en annen forståelsesramme hos klienter med en annen kultur. Men det blir feil å legge ansvaret med å motarbeide stigma og forståelse for terapi hos fastlegen. Det er et større og mer krevende prosjekt enn det fastlegenes arbeidsoppgaver tilsier. Samtidig nevner Helsetjeneste 2 at det er forskjell på innvandrergupper som har bodd lengst i Norge og de som har en kort historikk i Norge, hvor de som har bodd lengst har kanskje en bedre forståelse for terapi og mer motivasjon.

Hvem sin rolle er det da å øke denne forståelsen og bryte barrierer? Det er et arbeid som er mer omfattende og komplekst enn å bli løst med en enkel intervensjon. Helsetjeneste 1 har for eksempel satt i gang et målrettet arbeid for å spre psykologisk kunnskap og undersøke hvordan de kan hjelpe den lokale innvandrerbefolkningen på en best mulig måte. Funn fra litteraturgjennomgangen viser effektive, men tidskrevende måter å få til det på (Coventry & Warwickshire Mind, u.å.). Det viktigste er tilgjengeliggjøring, det vil si å arbeide for å gjøre den psykiske helsehjelpen mer synlig, forståelig og tilgjengelig for innvandrere ved å promotere tilbudet på forskjellige språk og steder som kan anses som knutepunkter for forskjellige innvandrergupper som for eksempel kultursentre, moskeer, kirker, innvandrerrammede arrangementer og lignende. Konkrete eksempler på det er blant annet Helsetjeneste 1s begynnende samarbeid med lokale moskeer og tillatelse til å henge opp plakater og Helsetjeneste 2s kurs om psykisk helse på forskjellige arenaer som Røde Kors, NAV Jobbsjansen og norskopplæring. Et funn fra litteraturgjennomgangen, som verken blir nevnt i teoridelen av oppgaven eller av informantgruppene, er involvering av ikke-helsepersonell enten i starten av behandlingen eller som terapeuter (Lwembe et al., 2017; Lagomasino et al., 2017). Det kom nemlig frem i en studie at innvandrerklinter hadde en høy grad av behandlingsgjennomføring når ”ekspertpasienter” var involvert (Lwembe et al., 2017). Ekspertpasienter hadde todelte roller, de drev med både oppsøkende og formidlende arbeid i lokalsamfunnet og bidro i terapiøkter i samarbeid med en terapeut. En kombinasjon av organisert og koordinert promotering av psykisk helsehjelp med innvandrerbefolkningen

som målgruppe og involvering av gode rollemodeller, hvor flere tør å stå frem med og snakke om psykiske lidelser, kan være en god strategi for å motarbeide stigma og øke forståelsen for psykiske lidelser og helsehjelp. Det kan forhåpentligvis føre til ikke bare at flere oppsøker hjelp, men oppsøker hjelp med den rette motivasjonen og forståelsen.

På den andre siden, å få til et slikt koordinert og samkjørt samarbeid kan vise seg å være vanskelig. Både Helsetjeneste 1 og Helsetjeneste 2 har opplevd at det er dårlig samarbeid både på tvers av tjenester i deres respektive områder og mellom kommunale tjenester og lokale aktører. I tillegg betegner Helsetjeneste 2 seg selv som en liten tjeneste med begrenset arbeidskapasitet. Et positivt resultat av å være en liten tjeneste har likevel vært måten de har måtte profilere seg for nye klienter med å selge seg inn som en eksklusiv tjeneste med ventelister og strenge rammer for manglende oppmøte som har ført til høy deltakelse på antall timer tilbudt. En konsekvens av å være en liten ressurs har vært at Helsetjeneste 2 ikke har gått aktivt ut for å rekruttere klienter med innvandrerbakgrunn i motsetning til Helsetjeneste 1. Informantgruppen fra Helsetjeneste 2 begrunner det med at tjenesten er for hele den lokale befolkningen, og ikke kun innvandrere, som gjør at alle står på lik linje. Det er en kontrast til Helsetjeneste 1s begrunnelse av aktiv rekruttering som begrunner det med at det gjøres for at alle skal få lik tilgang til psykisk helsehjelp. Helsetjeneste 1s tankegang støttes av forskning som viser at innvandrere underbruker psykiske helsetjenester i førstelinjen (Ahmed et al., 2016; Smith et al., 2016) selv om de har høyere forekomst av psykiske lidelser (Dalgard, 2007). Det er en grunn i seg selv for å drive med aktiv rekruttering sånn at tilbudet om hjelp i hvert fall når ut til så mange som mulig. Men det må sies at behovet for å rekruttere kan være fraværende hos Helsetjeneste 2 siden fordelingen av andel klienter med innvandrerbakgrunn gjenspeiler fordelingen av innvandrere i deres område, og derfor ikke blitt opplevd som et problem.

Disse ulike synspunktene på "lik tilgang" er illustrerende for de heterogene tilnærmingene begge helsetjenestene har. Det gir et bilde av hvor ulike helsetjenester kan være med tanke på formål, filosofi, profil og arbeidsmåter. Om det kan være en utfordring for forståelsen av psykiske helsetjenester for innvandrerbefolkningen, er uvisst og blir med spekulasjonen, men det er likevel nyttig å merke seg ved tolkning av resultatene.

6.1.3 Romslighet for det ukjente

Begge informantgruppene har til felles en utforskende og åpen holdning i behandling av klienter med innvandrerbakgrunn. Begge oppgir romslighet, nysgjerrighet, kultur og religiøs tro som elementer i terapiarbeid med innvandrerklienter. Informantgruppene oppfattes i

tillegg som svært ydmyke og åpne om deres begrensninger av forståelsen av forskjellige kultur og religion som kommer av erfaring med behandling av innvandrerklinter. Samtidig viser de en økt kulturforståelse og en genuin nysgjerrighet til å lære mer for å gi en bedre behandling. Litteraturfunnene viser også at empati og forståelse for pasientens problem er viktig uavhengig av terapeutens kulturelle bakgrunn (Johnson-Hood, 2017; Lovell et al., 2014). Andre funn som tilsier at klienten får en god opplevelse er empati, terapeutisk allianse, tillit og terapeutens evne til å hjelpe. Kulturforståelse trekkes også frem med blant annet integrering av kulturelle konsepter i behandling som den ene informanten i Helsetjeneste 1-gruppen gjør med det islamske kognitive konseptet ”waswas”. En slik integrering, ifølge litteraturfunnene (Hwang, Wood, Lin & Cheung, 2006), bidrar til å lette forståelsen for og troen på behandling. Teorien støtter opp om slike tilnærminger som empati, positivt syn på klienten og ekthet som kan styrke den terapeutiske alliansen (Ackerman & Hilsenroth, 2003) og dermed forebygge drop-out. Likevel er det to utfordringer som begge informantgruppene beskriver, som kan gjøre det vanskelig å danne en god terapeutisk allianse, og det er samarbeidsrelasjon og enighet om behandlingsmål. Blant annet lav motivasjon, uenighet om (psykisk) problematikk, forventninger om hjelp til andre ting enn psykisk helse og skepsis til behandlingens virkning kan føre til svekket samarbeid og uklare behandlingsmål. Helsetjeneste 2 påpeker at de ofte må senke forventninger til hva som kan oppnås i et behandlingsforløp med innvandrerklinter og ofte nøye seg med psykoedukasjon. Likevel gjør de et forsøk på å danne en samarbeidsrelasjon ved å først hjelpe klienten med for eksempel NAV-relaterte utfordringer, og deretter forsøke seg på terapi.

Selv med utfordringer i terapi med innvandrerklinter viser informantgruppene koherens med funn fra litteraturgjennomgangen og teorien på kjennetegn på god terapi. Hvis man ser på teorien om transkulturell kompetanse (Gover & Friedman, 2015), som beskriver fire viktige elementer: gjenkjenning, respekt, forsoning og realisering, ser man at forskningsgruppene uttrykker en slik arbeidsmoral. Likevel uttrykker de vanskeligheter med forsoning som er å komme frem til enighet om hva dilemmaet er. Utfordringer på dette området kan være på grunn av begrensninger som ligger hos klienten i form av opplevelsen av stigma, lav motivasjon og manglende forståelse på psykoterapi. Det viser viktigheten av å ha et fungerende og mer integrert samarbeid på et høyere systemnivå enn det enkeltstående helsetjenester muligens kan få til alene, for å bryte barrierer for psykisk helsehjelp og bekjempe stigma om psykisk helseproblemer blant innvandrerbefolkningen.

6.1.4 Helhetsbilde av drop-out

Problemstillingen i oppgaven la vekt på *tiltak* og *tilrettelegging* som kunne forebygge og redusere frafall blant innvandrerklinter i førstelinjebehandling. Selv om forskning har vist at litteratur om utprøving av spesifikke tiltak for å redusere frafall er mangelfull (Barrett et al., 2008) var det likevel en optimisme om at en todelt metode med litteraturgjennomgang og fokusgruppe, ville føre frem til funn hvor drop-out ble forebygget og redusert med konkrete tiltak og tilrettelegginger. Men både litteraturgjennomgangen og fokusgruppene var mangelfulle på det. Man kan likevel argumentere for at rolleinduksjon og forberedelsesintervensjoner (Barrett et al., 2008; Hwang et al., 2006; Alegria et al., 2008) og Helsetjeneste 2s strenge rammer og forsøk på en eksklusiv profil, kan være konkrete tiltak mot drop-out. På den andre siden ga det en omstilling i videre arbeid med problemstillingen og et innblikk i kompleksiteten bak drop-out og økt forståelse for et helhetsbilde som nødvendig retning for å forebygge drop-out. Med en todelt metodisk tilnærming til erfaringer med tiltak og tilrettelegging for forebygging og reduisering av drop-out, har det blitt gjort mange nyttige funn i studien. Det er også viktig å tenke på, slik teorien legger frem, at selv om effektive behandlinger for psykiske lidelser er tilgjengelige, er drop-out i psykisk behandling et vanlig fenomen (Edlund et al, 2002; Tehrani et al., 1996; Wang et al, 2000; Young et al, 2000). Det vil derfor aldri være realistisk å forvente at terapiene blir fri for det noen gang. Spørsmålet som kan stiles da er hvor mye drop-out er greit og må kunne forventes? Det er et enkelt spørsmål med et vanskelig svar. Likevel det man ser er en klar trend på mer drop-out blant innvandrerklinter enn majoritetsbefolkningen som vises i teorien og hos Helsetjeneste 1. Så lenge en slik skjevhet eksisterer, er det viktig å forsøke, tilrettelegge og tilpasse behandling for å oppnå målsetningen om likeverdige helsetjenester.

6.2 Styrker og svakheter

For å vurdere funnenes aktualitet, er det tjenlig med en gjennomgang av forskjellige aspekter ved studien som har bidratt til å forme og påvirke resultatene. En studie basert på tematisk analyse, både i litteraturgjennomgang og i fokusgruppeintervjuer, kan by på en rekke utfordringer, men det kan også ha sine sterke sider. Det som har vært tidskrevende er den todelte tilnærmingen til oppgaven. Både tids- og plassbegrensning har ført til at metodiske kompromisser har blitt gjort for å fullføre prosjektet. Et eksempel på det er at detaljerte fremstillinger av metode med for eksempel tankekart og visuelle fremstillinger har blitt utelatt til fordel for enkle tabeller og skriftlige beskrivelser. Resultatene har også holdt seg til

en skriftlig og fortellende måte å presentere funnene på. Styrken i en slik todelt oppgave er at undersøkelsen av problemstillingen har vært dekkende med resultater fra to tilnæringsmåter som kan stilles opp mot hverandre og drøftes. Det har forsterket den ytre validiteten til oppgaven. På den andre siden kan fravær av norsk litteratur i litteraturutvalget være en svakhet. Ekskludering kan ha forekommet på grunn av utvelgelseskriteriene for å begrense søkeresultatene som blant annet at artiklene skulle være på engelsk. At de var på engelsk førte også til en konsentrasjon av britiske og spesielt amerikanske studier. Det har derfor blitt forsøkt å supplere funn fra litteraturgjennomgangen med både teori og bakgrunnsstoff om innvandrere og helsehjelp i Norge. Under arbeid med litteraturgjennomgangen var det en del studier som måtte ekskluderes på grunn av kravet om å vise til ”resultater” for å øke gyldigheten til resultatene i studiene. Flere studier og artikler med verdifull informasjon om blant annet råd og forslag til psykisk helsehjelp til diverse innvandrergreper og kulturer, ble utelatt. Til tross for det er kombinasjonen av funn fra norske erfaringer og internasjonal forskningslitteratur oppgavens fremste styrke. En slik kombinasjon gir en unik mulighet til å se resultatene i en praktisk sammenheng og styrke resultatenes praktiske verdi og økologiske validitet.

En annen svakhet ved oppgaven kan være anonymiseringen av helsetjenestene som ble intervjuet. Selv om de ble beskrevet som kommunale lavterskeltilbud for psykisk helse, kan anonymiseringen ha bidratt til vanskeligheter med å skjønne spesifikt hva slags helsehjelp som tilbys av disse tjenestene og hva slags tjenester de faktisk er. En synlighet av disse tjenestene kunne ha bidratt til å sette deres erfaringer i en mer forståelig ramme. På den andre siden, en styrke ved anonymiseringen, rent resultatmessig, har vært at oppgaven har blitt løftet til et mer generalisert nivå. Det har vært enklere å presentere resultater på en generell basis som forhåpentligvis kan bidra til at hvilken som helst lavterskel førstelinjetjeneste som tilbyr psykisk helsehjelp, kan nyttiggjøre seg av oppgaven.

6.3 Videre perspektiver

Det kan være hensiktsmessig å se på hvordan denne oppgaven kan forme veien videre for teoretiske, praktiske og forskningsmessige implikasjoner. Oppgaven har kastet et lys på kompleksiteten med å redusere drop-out i behandling, og spesielt hvordan arbeid på systemnivå kan bidra til forebygging. I teorien kan denne kompleksiteten gi en grobunn til fokusendring i frafallsforebygging til hvordan samarbeid og integrasjon mellom lokalsamfunn, -tjenester og lokale aktører bør utforskes for å forebygge og redusere frafall i

førstelinjebehandling. I tillegg kan integrering av religiøse og kulturelle verdier i psykologisk behandling i forbindelse med redusering av drop-out, være et spennende område å utforske. Hvordan transkulturell forståelse i terapi forsterker alliansen og forebygger drop-out, er et annet betydningsfullt krysningspunkt.

6.3.1 Praktiske konsekvenser

Det kan være fordelaktig å reflektere over mulige konsekvenser resultatene kan ha hvis man ønsker å omgjøre de til praksis. Forskjellen kan være betydelig mellom en teoretisk drøfting og praktisering. Ved å reflektere over eventuelle konsekvenser, kan man være bedre forberedt til å imøtese disse. Mulige praktiske konsekvenser av å iverksette tiltakene og tilretteleggingen som er diskutert, er blant annet mer ansvar hos fastlegen, mer tid per klient i terapi, forventninger om økt kulturforståelse blant behandlere og mer tid avgitt til forebyggingsarbeid på systemnivå enn klientsamtaler.

Fastlegene er allerede en gruppe som har presserende tider og mange pasienter å forholde seg til. Å øke ansvaret hos dem for å finne ut hvem som er deprimert eller trenger angstbehandling kan være vanskelig. Det kan heller ikke forventes at fastlegene skal være på utkikk etter psykiske problemer når pasienten faktisk kommer inn for somatiske plager. Å rettlede pasientene, stille de riktige spørsmålene ved bekymring og gi en forklaring på hva de henviser/referer pasientene til og hva som forventes av dem i behandlingen kan likevel ha en rekke fordeler for både fastlegene og tjenesten det henvises til. For eksempel kan trykket hos fastlegene med gjentakende besøk av pasienter med et ikke-somatisk problem avta. Det kan både frigjøre kapasitet for fastlegene og øke deres profesjonelle relasjon til pasientene hvis pasientene nyttiggjør seg psykologisk behandling. Hos tjenesten/tilbudet det refereres til kan pasientene komme bedre forberedt med riktige forventninger som kan føre til bedre respons til behandling og dermed bedring.

Det kommer også frem at innvandrerklinter kan ha behov for et lengre behandlingsløp både på grunn av tolk, å danne et samarbeidsprosjekt og for å komme over stigmabarrieren knyttet til psykisk helse og å ta i mot hjelp. Det kan føre til økte ventelister og mer trykk hos lavterskeltilbud for psykisk helse, og dermed svekket tilgang til rask hjelp. På den andre siden hvis rolleforberedelser, flere ansatte i førstelinjetjenesten og et målrettet arbeid for å promotere psykisk helse viser effekt, kan det være at behandlingsløpene ikke blir lange likevel. Om riktig hjelp til riktig tid er mer viktig enn kort hjelp til kort tid kan bli en diskusjon uten konklusjon. Det viktigste er å finne en middelvei som kan leves med.

På den andre siden hvis mer tid skal gis til forebyggingsarbeid i førstelinjetjenesten, vil det muligens bli mindre tid til behandling. Mer tid i terapi og mer forebyggingsarbeid er kritiske aspekter med motstridende konsekvenser å ta stilling til. Men hvis målet er likeverdige helsetjenester og forebygging av psykiske lidelser, bør det også være mulig å øke enten kapasiteten til helsepersonell i kommunale tiltak eller ha et mer integrert samarbeid på tvers av tjenester og tiltak slik at alle er med på å dra lasset. Denne refleksjonen kan illustrere viktigheten av å ha et fungerende samarbeid på systemnivå både politisk og administrativt.

En annen praktisk konsekvens kan være økt forventning om kulturforståelse blant behandlere og terapeuter. Det er egentlig en forutsetning at terapeuter skal strebe etter å implementere fellesfaktorer i deres terapeutiske rolle og arbeide med å skape en god terapeutisk allianse med klienten. Kulturforståelse blir en naturlig del av en slik rolle og relasjon når det arbeides med klienter som har innvandrerbakgrunn. Her vil det være hensiktsmessig å skille mellom *kulturkjennskap* og *kulturforståelse*. Forståelsen for andres verdier og viktigheten av dem, forståelsen for ulike synspunkter på psykisk helse og åpenhet for å by på seg selv som person. Å skape en slik forståelse i helsepersonell starter kanskje fra studiene eller burde være et naturlig startpunkt. Andre har kanskje den evnen iboende i seg eller at den kommer med erfaring. Likevel å være klar over det i møtet med sårbare og usikre klienter med en annen bakgrunn, kultur eller verdsett er et lovende utgangspunkt.

6.3.2 Forslag til videre forskning

En rekke veier kan lede videre for å belyse eller videreutvikle problemstillingen med ytterligere forskning. I utgangspunktet kan alle tiltak og tilrettelegginger som kommer frem i denne oppgaven, være inspirasjon til etterprøving og forskning. Kort presenteres det noen forslag for videre forskning for å illustrere mangfoldet av ideer som oppgaven kan inneha. Ansatte fra flere lavterskeltilbud for psykisk helse i områder med høy andel av innvandrere kan intervjues for å avdekke flere erfaringer og hvordan disse erfaringene stiller seg opp mot litteraturen. Det kan utvikles flere og mer omfattende litteratursøk for å inkludere flere studier som kan hjelpe til med å belyse problemstillingen. Enkelte funn fra denne oppgaven kan inspirere til målrettet forskning om forebygging/reduisering av drop-out. Et eksempel er randomiserte kontrollstudier om forberedelser av terapi og klientrollen hos fastlegen før videre henvisning til psykisk helsehjelp. Det som ytterligere kunne ha beriket oppgaven, men som kan bli en mulig vei å gå for forskningen, er fokusgruppeintervjuer med enten tidligere innvandrerklinter eller innvandrere generelt og få frem deres erfaringer, opplevelser og tanker rundt psykisk hjelp, drop-out og forebygging av dette.

6.4 Konklusjon

Drivkraften i studien har vært problemstillingen: ”hvilke tiltak og tilrettelegging for innvandrerklinter kan forebygge og redusere frafall i førstelinjebehandling for psykisk helse?” Målet med oppgaven har vært å bidra til at praksisfeltet får en bedre forutsetning til tiltak som kan redusere frafall i førstelinjebehandling for psykisk helse. Motivasjonen bak målet har vært visjonen av et Norge med likeverdige helsetjenester. Problemstillingen har blitt forsøkt svart gjennom en todelt metode med litteraturgjennomgang og fokusgrupper, hvor resultatene har blitt presentert gjennom tematiske analyser.

Det viktigste funnet har vært at det er lett å håpe på enkle og konkrete tiltak for å redusere frafall, selv om tydelige rammer for oppmøte og god rolleforberedelse er to konkrete tiltak som kan ha innvirkning på redusert frafall i førstelinjebehandling. Likevel er det mye mer som ligger bak, og det burde tenkes større. Forebygging av frafall krever et godt samarbeid på tvers av tjenester og synlighet i lokalsamfunn. Et samarbeid med fastleger er spesielt viktig fordi det har vist seg at fastleger er helt avgjørende autoriteter i innvandreres liv når det gjelder helsehjelp. Innvandrere kan være særlig lydhøre ovenfor fastleger, og fastleger kan være inngangsporten til og bekjentskap med både psykiske lidelser og psykisk helsehjelp. Romslighet har vært et annet viktig begrep i denne studien. Romslighet for andre verdier og romslighet for praktiske rammer. Helsepersonell som arbeider med innvandrerklinter burde forsøke å utforske og innarbeide klientens verdier og forståelse for psykisk helse som en del av behandlingen. Det vil både øke forståelsen av og aksept for psykisk helsehjelp og hjelpe til med å redusere frafall, fordi behandlingen vil gi mening for klienten.

Videre er det viktig å tenke på hvilke implikasjoner denne studien kan ha for praksisfeltet og forskning. Det som kanskje kan gjøre denne oppgaven betydningsfull er fremstillingen av tiltak og tilrettelegginger som kan brukes av førstelinjetjenester for psykisk helse i arbeid med innvandrerklinter. Oppgaven kan dermed forhåpentligvis være en inspirasjon til oppnåelsen av likeverdige helsetjenester.

Litteraturliste

Abebe, D. S., Lien, L., & 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.

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1-33.

Ahmed, S., Shommu, N., Rumana, S., Barron, N., Wicklum, G., & Turin, R. (2016). Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health, 18*(6), 1522-1540.

Alegría, M. L., Polo, A., Gao, S., Santana, L., Rothstein, D., Jimenez, A., . . . Normand, S. (2008). Evaluation of a Patient Activation and Empowerment Intervention in Mental Health Care. *Medical Care, 46*(3), 247-256.

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19-32.

Baldwin, S. A., Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842-852.

Barrett, M. S., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(2), 247-267.

Bhui, K., Stansfeld, S., Priebe, S., Mole, F., Hull, S., & Feder, G. (2003). Ethnic variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK: Systematic review. *British Journal of Psychiatry, 182*(2), 105-116.

Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 44-56.

Brotherton, P. (2011, August). Fons Trompenaars. Hentet fra <http://www.astd.org/Publications/Magazines/TD/TD-Archive/2011/08/Fons-Trompenaars>

Camacho, Á., González, P., Castañeda, S. F., Simmons, A., Buelna, C., Lemus, H., & Talavera, G. A. (2014). Improvement in Depressive Symptoms Among Hispanic/Latinos Receiving a Culturally Tailored IMPACT and Problem-Solving Intervention in a Community Health Center. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 385–392.

Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikens, D. E., Constantino, M. J., Laurenceau, J.-P., Bologh, L., & Burns, D. D. (2004). Integrative Cognitive Therapy for Depression: A Preliminary Investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(1), 4-20.

Chen, J., & Vargas-Bustamante, A. (2011). Estimating the Effects of Immigration Status on Mental Health Care Utilizations in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(4), 671-680.

Coventry and Warwickshire Mind. (u.å.). Specialist IAPT group wins quality awards. Hentet 10. januar 2019 fra <https://cwmind.org.uk/specialist-iapt-group-wins-quality-award/>

Dalgard, O. S., & Thapa, S. B. (2007). Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 24.

De Haan, A., Boon, A., De Jong, J., & Vermeiren, R. (2018). A review of mental health treatment dropout by ethnic minority youth. *Transcultural Psychiatry*, 55(1), 3-30.

Dealberto, M. J. (2007). Why are immigrants at increased risk for psychosis? Vitamin D insufficiency, epigenetic mechanisms, or both? *Medical Hypotheses*, 68(2), 259-267.

DeJesus, R., Angstman, K., & Williams, M. (2015). Compliance and drop out rates among minority patients in collaborative care management for depression. *European Psychiatry, 30*(362).

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2011). *Meld. St. 16 (2010–2011). Melding til Stortinget. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>

Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., & Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *The American Journal of Psychiatry, 159*(5), 845-851.

Evans, L., Green, S., Sharma, K., Marinho, F., & Thomas, P. (2014). Improving access to primary mental health services: are link workers the answer? *London Journal of Primary Care, 6*(2), 23–28.

Fenger, M., Mortensen, E., Poulsen, S., & Lau, M. (2011). No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: Demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *European Psychiatry, 65*(3), 183-191.

Fossion, P., Servais, L., Rejas, M. C., Ledoux, Y., Pelc, I., & Minner, P. (2004). Psychosis, migration and social environment: An age-and-gender controlled study. *European Psychiatry, 19*(6), 338-343.

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*(3), 296–306.

Gelso, C., & Fretz, B. (2001). *Counseling psychology* (2nd ed.). Fort Worth, Tex: Harcourt College.

- Gilliver, S. C., Sundquist, J., Li, X., & Sundquist, K. (2014). Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: A literature review. *The European Journal of Public Health, 24*(1), 72-79.
- Glover, J., & Friedman, H. L. (2015). The need for transcultural competence. I J. Glover & H. L. Friedman, *Fundamentals of consulting psychology book series. Transcultural competence: Navigating cultural differences in the global community* (pp. 3-15). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(4), 531-548.
- Guribye, E. (2011). "No God and no Norway": collective resource loss among members of Tamil NGO's in Norway during and after the last phase of the civil war in Sri Lanka. *International Journal of Mental Health Systems, 5*(1), 18.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
- Henriksen, K., Østby, L. & Ellingsen, D. (2010). *Innvandring og innvandrere 2010*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa119/sa119.pdf>
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Cogar, M. C., & Denman, D. W. (1993). Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report of their own and each other's covert processes. *Journal of Counseling Psychology, 40*(3), 278-287.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149.
- Hougaard, E. (1996). *Psykoterapi: teori og forskning*. København: Dansk psykologisk.

Hwang, W.-C., Wood, J. J., Lin, K.-M., & Cheung, F. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy With Chinese Americans: Research, Theory, and Clinical Practice. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*(4), 293–303.

Jensen, H., Mortensen, E., & Lotz, M. (2014). Drop-out from a psychodynamic group psychotherapy outpatient unit. *Nordic Journal of Psychiatry, 68*(8), 594-604.

Johansson, H., & Eklund, M. (2005). Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care: The influence of patient factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(2), 140–147.

Jonassaint, C. R., Gibbs, P., Belnap, B. H., Karp, J. F., Abebe, K. Z., & Rollman, B. L. (2017). Engagement and outcomes for a computerised cognitive-behavioural therapy intervention for anxiety and depression in African Americans. *BJPsych Open, 3*(1), 1–5.

Kale, E. & Hjelde, K. H. (2017). *Mental health challenges of immigrants in Norway: A literature review 2009-2017, 1*(2017, NAKMI Report). Oslo: NAKMI, Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritets-helse. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/mental-health-challenges-of-immigrants-in-norway-nakmi-rapport-1-2017.pdf>

Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Santos, M. M., Nagy, G., López, M., Hurtado, G. D., & West, P. (2015). A Randomized Hybrid Efficacy and Effectiveness Trial of Behavioral Activation for Latinos With Depression. *Behavior Therapy, 46*(2), 177–192.

Khazaie, H., Rezaie, L., & de Jong, D. M. (2013). Dropping out of outpatient psychiatric treatment: A preliminary report of a 2-year follow-up of 1500 psychiatric outpatients in Kermanshah, Iran. *General Hospital Psychiatry, 35*(3), 314-319.

Kirmayer, L., Weinfeld, M., Burgos, G., Du Fort, G., Lasry, J., & Young, A. (2007). Use of Health Care Services for Psychological Distress by Immigrants in an Urban Multicultural Milieu. *The Canadian Journal of Psychiatry, 52*(5), 295-304.

- Klimidis, S., McKenzie, D., Lewis, J., & Minas, I. (2000). Continuity of contact with psychiatric services: Immigrant and Australian-born patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(12), 554-563.
- Knapstad, M., Nordgreen, T., & Smith, O. R. F. (2018). Prompt mental health care, the Norwegian version of IAPT: Clinical outcomes and predictors of change in a multicenter cohort study. *BMC Psychiatry*, 18(260).
- Koots-Ausmees, L., & Realo, A. (2016). Life satisfaction among ethnic minorities in Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 47, 457-478.
- Krumsvik, R. J. (2013). *Innføring i forskingsdesign og kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London: SAGE Publications.
- Lagomasino, I. T., Dwight-Johnson, M., Green, J. M., Tang, L., Zhang, L., Duan, N., & Miranda, J. (2017). Effectiveness of Collaborative Care for Depression in Public-Sector Primary Care Clinics Serving Latinos. *Psychiatric Services*, 68(4), 353–359.
- Lay, B., Nordt, C., & Rössler, W. (2007). Mental hospital admission rates of immigrants in Switzerland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 229-236.
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M., & Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review*, 202(1), 90–98.
- Levecque, K., & Van Rossem, R. (2015). Depression in Europe: Does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnicity and Health*, 20, 49-65.
- Lindert, J., Ehrenstein, O., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees - a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine (1982)*, 69(2), 246-257.

Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 45-53.

London School of Economics and Political Science. Centre for Economic Performance. Mental Health Policy Group (2006). *The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*. London: London School of Economics and Political Science.

Lovell, K., Lamb, J., Gask, L., Bower, P., Waheed, W., Chew-Graham, C., ... Dowrick, C. (2014). Development and evaluation of culturally sensitive psychosocial interventions for under-served people in primary care. *BMC Psychiatry*, 14(1).

Lunde, E. & Texmon, I. (2013). Innvanderens møte med fastlegen. Hentet fra https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/151656?_ts=142b310ec20

Lwembe, S., Green, S. A., Chigwende, J., Ojwang, T., & Dennis, R. (2016). Co-production as an approach to developing stakeholder partnerships to reduce mental health inequalities: an evaluation of a pilot service. *Primary Health Care Research & Development*, 18(01), 14–23.

Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.

Meier, P.S., Donmall, M. C., Mcelduff, P., Barrowclough, C. & Heller, R. F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(1), 57-64.

Melfi, C., Chawla, A., Croghan, T., Hanna, M., Kennedy, S., & Sredl, K. (1998). The Effects of Adherence to Antidepressant Treatment Guidelines on Relapse and Recurrence of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 55(12), 1128-1132.

Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M., & Cordell, L. (1991). Early Dropouts from Psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(8), 478-481.

Munthe-Kaas, H., Bidonde Torre, M., Nguyen, H., Flodgren, G., & Meneses, J. (2018). *A Systematic Review: Effect of health equity tools for immigrants*. Oslo: Norwegian Institute of Public Health.

Mykletun, A. & Knutsen, A. K. (2009). Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. FHI-Rapport 2009/4. Nasjonalt Folkehelseinstitutt: Oslo.

Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 57–70.

Olsen, C. R. (2011). *Likeverdige helsetjenester til en flerkulturell befolkning: En kvalitativ studie av pasienter med innvandrerbakgrunn og det norske helsevesenet* (Masteroppgave). Reprosentralen, Universitetet i Oslo: Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/15392/Olsen.pdf>.

Pinto-Meza, A., Fernández, A., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kovess, V., Graaf, R., . . . Haro, J. (2011). Dropping out of mental health treatment among patients with depression and anxiety by type of provider: Results of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(4), 273-280.

Positive Practice. (2017, 27. august). Improving access and provision for BME communities in IAPT – Coventry & Warwick. Hentet fra <http://positivepracticemhdirectory.org/adults/improving-access-provision-bme-communities-iapt-coventry-warwick/>

Reneses, B., Muñoz, E., & López-Ibor, J. (2009). Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry*, 8(3), 173-177.

Regan, A. M., & Hill, C. E. (1992). Investigation of what clients and counselors do not say in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 39(2), 168-174.

Sadock, E., Perrin, P. B., Grinnell, R. M., Rybarczyk, B., & Auerbach, S. M. (2017). Initial and Follow-Up Evaluations of Integrated Psychological Services for Anxiety and Depression in a Safety Net Primary Care Clinic. *Journal of Clinical Psychology, 73*(10), 1462–1481.

Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80-87.

Samstag, L., Batchelder, S., Muran, J., Safran, J., & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy. An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 7*(2), 126-143.

Santiago-Rivera, A., Kanter, J., Benson, G., Derose, T., Illes, R., & Reyes, W. (2008). Behavioral activation as an alternative treatment approach for Latinos with depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(2), 173–185.

Scheppers, E., Van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, Joost. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review. *Family Practice, 23*(3), 325-348.

Sidhu, T. & Begum, K. (2017, desember). Innovative ways of engaging with Black and Minority Ethnic (BME) communities to improve access to psychological therapies. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/sharedlearning/innovative-ways-of-engaging-with-black-and-minority-ethnic-bme-communities-to-improve-access-to-psychological-therapies>

Siqueland, L., Crits-Christoph, P., Barber, J., Butler, S., Thase, M., Najavits, L., & Onken, L. S. (2000). The role of therapist characteristics in training effects in cognitive, supportive-expressive, and drug counseling therapies for cocaine dependence. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 9*(3), 123-130.

Smith, O., Alves, D., & Knapstad, M. (2016). Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Snowden, L. R., & Yamada, A. (2005). Cultural Differences in Access to Care. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*(1), 143-166.

SSB (Statistisk sentralbyrå). (2018a, 5. mars). 14 prosent av befolkningen er innvandrere. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/14-prosent-av-befolkningen-er-innvandrere>

SSB (Statistisk sentralbyrå). (2018b, 20. juni). Innvandrere etter innvandringsgrunn. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvgrunn>

SSB (Statistisk sentralbyrå). (2018c, 2018, 8. juni). Befolkningens utdanningsnivå. Hentet fra <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utniv>

Straiton, M. L., Blystad, H. H. & Reneflot, A. (2018, 14. mai). Helse i innvandrerbefolkningen. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>

Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., . . . Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(2), 337-345.

Stronks, K., Ravelli, A., & Reijneveld, S. (2001). Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*(10), 701-707.

Szanton, S. L., Thorpe, R. J., & Gitlin, L. N. (2014). Beat the Blues Decreases Depression in Financially Strained Older African-American Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(7), 692–697.

Sælensminde, K., Line, T. M. & Olsen, C. B. (2015). Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker – Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer. Rapport IS-2264. Oslo: Helsedirektoratet.

Tehrani, E., Krussel, J., Borg, L., & Munk-Jørgensen, P. (1996). Dropping out of psychiatric treatment: A prospective study of a first-admission cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 94*(4), 266-271.

- Thomson, M., Chaze, S., George, F., & Guruge, U. (2015). Improving Immigrant Populations' Access to Mental Health Services in Canada: A Review of Barriers and Recommendations. *Journal of Immigrant and Minority Health, 17*(6), 1895-1905.
- Thøgersen, H., Moller, B., Robsahm, T. E., Aaserud, S., Babigumira, R., & Larsen, I. K. (2017). Comparison of cancer stage distribution in the immigrant and host populations of Norway, 1990-2014. *International Journal of Cancer, 29*, 29.
- Tryon, G., Kane, A., & Harmon, L. W. (1993). Relationship of Working Alliance to Mutual and Unilateral Termination. *Journal of Counseling Psychology, 40*(1), 33-36.
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., ... Dicker, D. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet, 386*(9995), 743–800.
- Vrålstad, S. & Wiggen, K. S. (2017). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016* [Rapport]. (2017/13). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet fra https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211
- Wang, S. P., Gilman, E. S., Guardino, M., Christiana, M. J., Morselli, L. P., Mickelson, K. & Kessler, C. R. (2000). Initiation of and Adherence to Treatment for Mental Disorders. *Medical Care, 38*(9), 926-936.
- Wang, J. (2007). Mental Health Treatment Dropout and Its Correlates in a General Population Sample. *Medical Care, 45*(3), 224-229.
- Wells, K., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., Meredith, L., Unützer, J., . . . Rubenstein, L. (2000). Impact of Disseminating Quality Improvement Programs for Depression in Managed Primary Care: A Randomized Controlled Trial. *JAMA, 283*(2), 212-220.

WHO (World Health Organization). (2017, desember 29.). Human rights and health. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Young, A., Grusky, O., Jordan, D., & Belin, T. (2000). Routine Outcome Monitoring in a Public Mental Health System: The Impact of Patients Who Leave Care. *Psychiatric Services*, 51(1), 85-91.

Zolkowska, K., Cantor-Graae, E., & McNeil, T. (2001). Increased rates of psychosis among immigrants to Sweden: Is migration a risk factor for psychosis? *Psychological Medicine*, 31(4), 669-678.

Vedlegg / Appendiks

Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Erfaringer med tiltak for innvandrerklinter for å forebygge frafall i terapi”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å bli kjent med erfaringer, praktiske tiltak og tilrettelegging for innvandrerklinter som kan forebygge frafall i førstelinjebehandling. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet inngår i en avsluttende hovedoppgave for undertegnede student på profesjonsstudiet i psykologi ved Universitetet i Oslo (UiO). Spørsmålet som tas opp i oppgaven er hva som har blitt gjort tidligere av praktiske tiltak og tilrettelegging for å få innbyggere med innvandrerbakgrunn til å enten benytte seg av primærhelsetjenester, ha bedre behandlingsrespons eller forebygge frafall i terapiløpet. Eventuelle funn som en slik undersøkelse gir gjennom en litteraturgjennomgang vil bli diskutert i en norsk sammenheng. [redacted] med en høy andel av befolkning med innvandrerbakgrunn, og hvordan de tiltakene og tilretteleggingen kan brukes for å forebygge frafall i terapi. Problemstillingen som oppgaven vil forsøke å svare på er som følgende:

Hvilke praktiske tiltak og tilrettelegging for innvandrerklinter kan forebygge frafall i et førstelinjebehandlingsløp?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Psykologisk institutt ved det samfunnsvitenskapelig fakultet, Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

[redacted] er valgt ut på grunn av [redacted] befolkning som består av [redacted] innvandrerbakgrunn. Det henvendes til alle ansatte [redacted]

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i et gruppeintervju med dine kolleger som en fokusgruppe. Det vil ta maks én time. Vi ønsker å inkludere deres verdifulle erfaringer med og innspill om arbeid med klinter som har innvandrerbakgrunn. Deres intervju/diskusjon vil bli tatt opp på lyd med lydopptaker. Dere vil, som en fokusgruppe, diskutere følgende veiledende spørsmål:

- *Hvilke erfaringer har dere med frafall i terapi?*
- *Hvilke tiltak/tilrettelegginger har dere iverksatt for å forebygge frafall?*
- *Av tiltak som blir presentert av intervjuer, etter gjennomgang av litteraturen på området, hvilke tiltak kan være aktuelle for dere?*
- *Hva er det som er realistisk for dere å få til, og hvilke eventuelle utfordringer har dere for å innføre diverse tiltak?*

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun veileder og student vil ha tilgang til opplysningene og datamateriale.
- Navn og kontaktopplysninger oppbevares adskilt fra lydopptakene (datamaterialet), og det vil ikke være mulig å koble sammen personopplysninger til lydopptakene, bortsett fra det som eventuelt naturlig kommer frem i lydopptakene.
- Datamaterialet lagres i lydopptaker med kodelås og oppbevares i et låst skap som kun studenten har tilgang til.
- Det er studenten som foretar seg innsamling, bearbeiding, lagring og transkribering av data.

Deltakere vil ikke kunne bli gjenkjent i publikasjonen enkeltvis, men kan bli gjenkjent som en gruppe, siden funn fra fokusgruppen kan bli koblet opp mot gjeldende arbeidssted.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 9. april 2019. Skriftlige personopplysninger makuleres og elektroniske personopplysninger og lydopptak slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Psykologisk institutt v/ UiO har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Psykologisk institutt (UiO) ved Nora Sveaass, telefon: 95809001, epost: nora.sveaass@psykologi.uio.no
- Vårt personvernombud: Maren Magnus Voll, epost: personvernombud@uio.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvertjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Nora Sveaass

Prosjektansvarlig
Veileder

Usman M. Chaudhry

Hovedoppgavekandidat
Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Erfaringer med tiltak for innvandrerklienter for å forebygge frafall i terapi*, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i gruppeintervju som en del av en fokusgruppe.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 09/04/2019.

NAVN: _____

FØDSELSDATO: _____

Signert av prosjektdeltaker, dato

NSD sin vurdering



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Erfaringer med tiltak for innvandrerklinter for å forebygge frafall i terapi

Referansenummer

930105

Registrert

09.01.2019 av Usman Muhammad Chaudhry - usmanmc@student.sv.uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det samfunnsvitenskapelige fakultet / Psykologisk institutt


Prosjektansvarlig

Nora Sveaass, nora.sveaass@psykologi.uio.no, tlf: 95809001

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Student

Usman M. Chaudhry 

Prosjektperiode

01.10.2018 - 09.04.2019

Status

10.01.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

10.01.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 09.01.2019. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 09.04.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Søk-oversikt

Søk 1: Det første søket jeg foretok var med følgende søkeord: "IAPT" "BME". IAPT er det britiske ekvivalente for RPH, og BME er en forkortelse for Black and Minority Ethnic som ofte brukes i britisk sammenheng.

Oria: I dette søket avgrenset jeg resultatene til følgende kriterier:

- Avgrenset fagområde: Psykologi
- Vis kun fagfelleverderte tidsskrift
- Materialtype: Artikler
- Utgivelsesår: 2000 – 2019
- Språk: Engelsk
- Emne: Mental Health, Psychotherapy, Primary Care, Ethnicity

Resultat: 24 treff

PubMed: Rangert etter "beste match" med overnevnte søkeord

Resultat: 2 treff.

Google-søk: 19400 treff, men kun gjennomgått ti første treffsider.

Søk 2: Det andre søket jeg gjorde var med følgende søkeord: "mental health" "primary care" "minority" "intervention".

Oria: I dette søket avgrenset jeg resultatene til følgende kriterier:

- Avgrenset fagområde: Psykologi
- Vis kun fra fagfelleverderte tidsskrift
- Materialtype: Artikler
- Utgivelsesår: 2000 – 2019
- Språk: Engelsk
- Emne: Adult, Mental Health, Psychology, Mental Health Services, Primary Health Care, Primary Care, Psychotherapy, Minorities
- Etter første søket ble følgende emneord lagt til for å begrense søket ytterligere: Mental Health Care (andre søk), Community Mental Health Services (tredje søk)

Resultat: 112 treff

PubMed: Rangert etter "beste match" med overnevnte søkeord.

Resultat: 83

Google-søk: 1280000 treff, men kun gjennomgått ti første sider

Søk 3: Det tredje søket var med disse søkeordene: "mental health" "premature termination" "treatment" "intervention" "immigrants".

Oria: Avgrenset til følgende kriterier:

- Avgrenset fagområde: Psykologi
- Vis kun fra fagfelleverderte tidsskrift
- Materialtype: Artikler
- Utgivelsesår: 2000 – 2019
- Språk: Engelsk
- Emne: Psychology, Mental Health, Psychotherapy, Mental Health Services, Adult, Ethnic Groups, Counseling

Resultat: 63 treff

PubMed: Rangert etter ”beste match” med overnevnte søkeord.

Resultat: 1

Google-søk: 5720 resultater, men kun gjennomgått ti første sider.

Søk 4: Søkeordene som ble brukt: "mental health" "drop out" "therapy" "intervention" "immigrants".

Oria: : Avgrenset til:

- Avgrenset fagområde: Psykologi
- Vis kun fra fagfelleverderte tidsskrift
- Materialtype: Artikler
- Utgivelsesår: 2000 – 2019
- Språk: Engelsk
- Emne: Psychology, Intervention, Immigrants, Psychotherapy, Mental Health, Treatment, Therapy

Resultat: 26 treff

PubMed: Rangert etter ”beste match” med overnevnte søkeord.

Resultat: 0 treff

Google-søk: 101000 treff, men kun gjennomgått ti første sider.

Tabell 3.1 Sammendrag av fagfellevurderte studier som utgjør litteraturutvalget.

#	Forfattere , år	Mål	Antall deltakere - Innvandregruppene	Intervensjon	Metode	Resultat	Viktige funn
1.	Lovell et al., 2014	Utvikle og evaluere en kultursensitiv behandling	57 - hovedsakelig sør-asiatisk	CBT-inspirert psykososial velvære, øke sosial deltakelse	RCT (Randomized Control Trials)	Signifikant bedring blant intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, hovedsakelig bedring i depresjonssymptom.	Blandet meninger om etnisk matching. Empati og forståelse settes pris på. Deltakere foretrakk individuell terapi, men gruppeterapi var også effektivt.
2.	Lwembe, Green, Chigwende, Ojwang & Dennis, 2017	Evaluere et pilotprosjekt med tverrfaglig samarbeid og samproduksjonsmetoder for å tilby mental helsetjeneste til BME-gruppen (Black and Minority Ethnic).	15 - blandet	Tett samarbeid mellom flere instanser – Folkehelsen, IAPT, lokale aktører (samfunnsengasjerte) og ”ekspertpasienter” med BME-bakgrunn.	Kvalitative forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer og en fokusgruppe.	75 % gjennomførte studiet. Prosjektet hjalp med å trosse barrierer for å ta kontakt for hjelp.	Pasienter foretrakk involvering av ”ekspertpasienter” som var samfunnsengasjerte fra lokalsamfunnet og åpne om sine tidligere problemer med mental helse.
3.	Camacho et al., 2014	Om kulturtilpasset og problemløsende intervensjon gitt av spesialist i depresjonsbehandling gir bedring.	189 - meksikansk	Kort, kulturtilpasset og problemløsende terapi	Seks måneders oppfølging med PHQ-9 (kort screening for depresjon).	Signifikant reduisering av depresjonssymptomer etter seks måneder.	Terapi på spansk. Basert på CBT 7 stegs problemløsning, men mer fokus på støttesamtale innledningsvis. Fokus på familie- og økonomiske konflikter.
4.	Lagomasino et al., 2017	Vurdere virkningen av en samarbeidende omsorgsintervensjon for depresjon som er	400 – hovedsakelig latinsk	Veiledning og behandling gitt av flerspråklige sosionomer som	PHQ-9 screening ved start og etter 16 uker, samt RCT	Signifikant lavere PHQ-9 skåre (symptomreduering) sammenlignet med	Psykoterapi hadde bedre skårer på livskvalitet og symptomreduering.

		tilpasset lavinntekt latinske pasienter i offentlige klinikker.		fikk utdanning i kulturtilpasset CBT og pasienten fikk valg om psykoterapi eller medisin.		kontrollgruppen.	Økning av psykoterapibesøk. Sosionomer og andre som jobber med sosialt arbeid kan få opplæring i CBT og gi effektiv hjelp.
5.	Hwang, Wood, Lin & Cheung, 2006	Diskutere hvordan utføre CBT med kinesiske amerikanere	Ikke relevant - kinesisk	Tilpasset CBT med fokus på bl.a. psykoedukasjon, innføring i CBT, integrering av troselementer, villighet til å bli kjent med klientens kultur og bakgrunn.	Litteraturgjennomgang og presentasjon av reell case	Fra 40% skolefravær til 90% deltakelse og mor som søkte hjelp for depresjon etter positiv opplevelse med sønnens terapi, forbedring i depresjon og familierelasjon.	Etnisk matching og etnisk spesifikke tjenester bidrar til at klienter er i behandling lengre og redusering av frafall i terapi.
6.	Kanter et al., 2015	RCT med adferdsaktivering som intervensjon for spansktalende latinere	43 - spansktalende latinsk	Adferdsaktivering (BA)	RCT	BA-klienter deltok på signifikant flere timer og fullførte terapien mer enn kontroll-klienter. BA-klienter som fullførte terapien var de eneste som viste signifikant bedring i helsen.	Utført i helsesenter tiltenkt spanskpråklige. Enklere språk og forklaringer, mer fokus på familie- og lokalsamfunnsressurser
7.	Evans, Green, Sharma, Marinho & Thomas, 2014	Øke henvendelser fra BME-pasienter til IAPT-tjenester.	Ikke relevant - blandet	”Linkarbeidere” innenfor mental helse på fastlegekontorer for kortere CBT-terapi på stedet og henvisninger til IAPT-tjenester.	Seks utvalgte legekontorer i bydelen sammenlignet med resten av legekontorene i bydelen.	Økning av snitthenvisninger fra 0.65 til 1.37 pr uke pr 10.000 pasienter. Uendret 0.35 ved kontrollfastlegekontorene.	Økt bevisstgjøring om forekomst og oppdagelse av vanlige psykiske lidelser fører til mer rekruttering og hjelp.
8.	Sadock, Perrin, Grinnell, Rybarczyk & Auerbach,	Undersøke integrerte psykisk helsetjenester for depresjon og angst i en kostnadsvennlig førstelinjetjeneste.	286 – Ca 60% afroamerikanere og resten hvite amerikanere	CBT	To klinikker sammenlignet, der ene klinikken gjennomførte CBT. Jevnlig innsjekk med	Signifikant reduksjon av angst og depresjon hos de som mottok CBT, ytterligere signifikant reduksjon av symptomer	Ingen signifikant forskjell mellom afroamerikanere og resten.

	2017						
9.	Jonassaint, Gibbs, Belnap, Karp, Abebe & Rollman, 2017	Om databasert kognitiv adferdsterapi (CCBT) er hjelpsomt for afroamerikanske klienter	91 – afroamerikansk (og 499 hvite amerikansk for sammenligning)	CCBT	PHQ-9 og GAD-7 (angstmål). RCT, tre grupper: 1. CCBT med veiledning fra ”omsorgskonsulent”, 2. CCBT + ISG (Internet Support Group), 3. vanlig behandling	etter langtidsoppfølging. Større sannsynlighet til at afroamerikanere ikke startet programmet, fullførte mindre timer over en seks måneders periode og ikke gjennomførte.	Av afroamerikanerne som startet programmet hadde de mer bedring av depresjonssymptomer enn hvite. Likt for angst. Lav deltakelse og engasjement kan forklares med at CCBT ikke var kulturtilpasset.
10.	Szanton, Thorpe & Gitlin (2014)	Undersøke om ikke-farmakologiske intervensjoner hjelper mot depresjon for de som går igjennom økonomiske belastninger	208 - afroamerikansk	Beat the Blues (BTB) – fem deler: 1. Psykoedukasjon, 2. Omsorgsstyring, 3. ”linkarbeid” til relevante instanser, 4. Stressreduering, 5. Adferdsaktivering	RCT – intervensjonsgruppe og venteliste. Symptommåling med PHQ-9	Signifikant reduisering av depressive symptomer hos både gruppen med økonomiske problemer og gruppen uten sammenlignet med venteliste.	88% gjennomførte studien/behandlingene – høy gjennomføringsgrad. Ikke farmakologisk-behandling kan gi bedring selv hos de med økonomiske problemer.

Tabell 3.2 Sammendrag av gråliteratur som utgjør litteraturutvalget.

#	Forfattere, år, format	Mål	Antall deltakere - Innvandrergroupe	Intervensjon	Metode	Resultat	Viktige funn
11	Sidhu & Begum, 2017, artikkel på NICE.org.uk (National Institute for Health and Care Excellence)	Øke antall mennesker som blir behandlet i primærhelsetjenesten med evidensbasert tilnærming.	70 – sør asiatiske kvinner	Psykoedukativt ”workshop” (3 timer i uka over 8 ganger) for sørasiatiske kvinner med CBT-elementer som adferdsaktivering, kulturspesifikke og visuelle fremstillinger, fokus på sosial interaksjon og smertehåndtering	Screeningstester som PHQ-9 og GAD-7 samt kvalitative analyser. Inndelt i grupper: 56 i nivå 2 – mild til moderate symptomer, 14 i nivå 3 – moderat til alvorlig.	Av de i nivå 2 som gjennomførte ble 54% friske. 14% av de i nivå 3 ble friske etter gjennomføring, mens 86% trengte 4-6 individuelle timer i etterkant. 95% hadde en positiv erfaring.	Kursholdere med samme innvandrerbakgrunn. Fokus på sosial interaksjon og adferdsaktivering. Kursene ble holdt på aktivitetscenter for å redusere stigma.
12	Positive Practice, 2017; Coventry and Warwickshire Mind, u.å., artikler publisert på nettsider til britiske mental helse tenketanker.	Forbedre tilgangen til Coventry og Warwickshire IAPT-tjenester med tilpassede tiltak og samarbeid med lokalsamfunnsaktører for BME-innbyggere.	Ikke relevant - blandet	Oppsøkende arbeid: promotert IAPT-tjenesten gjennom sosiale medier på forskjellige språk, oversatt selvhjelpsmateriale til forskjellige språk, oppsøkt og promotert på lokalsamfunnsarenaer, utviklet tilpassede intervensjoner som for eksempel stressmestringsworkshop på hindi.	Ikke relevant.	Prosjektet vant NHS-pris (National Health Service) for deres oppsøkende arbeid. Som følge av deres arbeid har tilgang til IAPT de siste tre årene økt for minoritetsgrupper. →	Asiatisk – opp 12,9%, ”svarte” – opp 21,9%, blandet innvandrerbakgrunn – opp 16,2%, østeuropeisk – opp 88,5%.
13	Alegria et al., 2008, fagfelleurdert artikkel i <i>Medical Care</i>	Denne studien utviklet og evaluerte en pasient-selvrappert aktiviserings- og myndiggjøringsstrategi	231 – blandet	Right Question Project-Mental Health (RQP-MH), pre-terapi opplæring i å stille spørsmål og involvere	Pre/post testdesign med to klinikker som sammenligning.	Dobbel så mer sannsynlighet for å bli værende i terapi for intervensjonsdeltakerne. Tre ganger mer	Ingen funn for økt pasientmyndiggjøring, kun pasientaktivisering.

		i psykisk helsevern.		seg i sin egen terapi som pasient		sannsynlig å ha avtalt minst én time i løpet av en 6 måneders oppfølgingsperiode. 29% mer oppmøte på avtalte timer.	
14	Santiago-Rivera, Kanter, Benson, DeRose, Illes & Reyes, 2008, fagfellevurdert artikkel i <i>Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training</i>	Å argumentere for at adferdsaktiverting (BA) er mer effektivt enn CBT for deprimerte latinere.	Ikke relevant - latinsk	Adferdsaktiverting	Illustrert gjennom en reell casestudie, endring målt med kvalitativ tilbakemelding og PHQ-9 screeningskjema.	PHQ-9 > 20 på starten, etter 30 (!) timer PHQ-9 = 9 og ved avslutning PHQ-9 = 0.	Mangel på RCT-studier for BAs effekt på latinske klienter, mer forskningsbehøves.
15	Johnson-Hood, 2017, PhD-avhandling	Formålet med denne fenomenologiske studien var å bli kjent med erfaringene til afroamerikanske klienters terapeutiske forhold til europeisk amerikanske klinikere.	10 - afroamerikansk	Empati, terapeutisk allianse og tillit	Kvalitativ forskningsdesign – tematisk analyse	7 av 10 hadde hatt en positiv opplevelse. Seks nøkkelfunn for god terapi: empati, terapeutisk allianse, tillit, terapeutens evne til å hjelpe, fremoverprosess, positiv resolusjon.	De som ikke hadde hatt en god opplevelse meldte i tillegg om manglende kulturell kompetanse hos terapeuten.