

Rådet for psykisk helse

Postadresse: Postboks 817 Sentrum, 0104 Oslo

Besøksadresse: Grensen 13, 0159 Oslo

Tlf. 23 10 38 80

post@psykiskhelse.no

Bank: 1609.08.79875

www.psykiskhelse.no

Org.nr. 971524499



Rådets medlemsorganisasjoner: ADHD Norge, Aurora - støtteforening, Bipolarforeningen Norge, FRI - foreningen for kjønns- og seksualitetsmangfold, Hjelpekilden Norge, Hvitte Ørn, Landsforeningen for Plurivende innen Psykisk helse - LPP, Landsforeningen mot seksuelle overgrep, Mental Helse, Mental Helse Ungdom, Norsk Tourette Forening, ROS - Rådelying om spillespsykoser, Spillespsykoseforeningen, WSO - Landsforeningen We Shall Overcome, Voksne for Barn, Kirkens SOS, Stiftelsen CRUX, Norges Røde Kors, Fagforbundet, FO - Fellesorganisasjonen, Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Psykiatrisk forening, Norsk Psykologforening, Norsk Sykepleierforbund, Universitetet i Sørøst-Norge, NTNU - Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet, Universitetet i Ågder, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø.

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 14.11.2022

Innspill til opptrappingsplan 2023

I utgangspunktet er innvandrerbefolkningen yngre og friskere enn befolkningen som helhet, men andelen med høyt nivå av psykiske plager er i snitt høyere enn i den øvrige befolkningen. Det er helt nødvendig å dimensjonere hjelpeapparatet etter behovet og spisse tiltak inn mot risikogruppene. Vi trenger mer, bedre og tidligere hjelp, effektiv forebygging og ekstra innsats inn mot innvandrerpopulasjonen i Norge. Rådet for psykisk helse bygger innspillene på kartleggingsarbeidet fra vår antologi «[Asylsøkere og flyktninger – Psykisk helse og livsmestring](#)», [Folkehelse rapporten](#) og psykiskoppvekst.no. I tillegg har vi fått muntlige innspill fra Nettverk i innvandrerhelse i frivillig sektor (NIFS).

Kultursensitivitet og diagnostisk prosess

Kulturen preger diagnostiseringen av psykiske lidelser og det er avgjørende å ha tverrfaglig kunnskap på både kommunalt og spesialisthelsetjenestenivå om hvordan reaksjoner på psykisk stress kan variere med kulturell bakgrunn for å sikre bedre diagnostisering og behandling. [Flere](#) tar til orde for at utredningen av psykiske lidelser også bør omfatte datainnsamling om relevante kulturelle og sosiale faktorer, som språkkunnskaper, religiøs orientering, kjønn, tradisjoner og tro samt informasjon om pasientens familie og familiestruktur. Oppfatning av og reaksjon på psykisk lidelse er kulturavhengig og bruk av helsetjenester vil i enkelte miljøer avvike fra tradisjonelle normer og komme på kollisjonskurs med eksisterende mestringspraksiser. Kommunalt ansatte må settes i stand til å møte innvandringsbefolkningens spesifikke risikofaktorer med kunnskap og virkemidler innenfor en kultursensitiv kontekst.

Levekår og belastning

Innvandrere har lavere inntekt og høyere arbeidsledighet. I tillegg til generelle psykiske helsetiltak, er det viktig å huske at vi ved å løse utfordringer knyttet til språk, fattigdom og dårlige boligforhold vil bidra til bedre psykisk helse hos innvandrerbefolkningen. Det er en uløselig binding mellom ressursituasjon og risiko. I dag har over halvparten av barna i familier med lav inntekt i Norge innvandrerbakgrunn. Har foreldrene lav inntekt og lav utdanning har barna fire ganger så høy sannsynlighet for å bli diagnostisert med psykiske lidelser.

Sosioøkonomisk status går gjerne i arv. Risikoen for generasjonsoverføring av sosiale problemer der psykiske lidelser og rusbruk er en faktor er stor. Dette må belyses bedre for å sikre mulighet for sosial mobilitet for barn og unge. Dette kan blant annet gjøres ved støtte i utdanningsløpet og bistand til fritidsaktiviteter. Når vi opplever at vi ikke kan delta i samfunnet på lik linje med andre på grunn av for eksempel ressursknapphet, vil dette sette den psykiske helsen i akutt risiko.

Flyktningfamilier er blant dem som sliter mest økonomisk. Det er barn som selv har innvandret til landet som senere har størst sannsynlighet for å tilhøre en fattig husholdning. I [2020](#) hadde denne gruppen av barn en lavinntektsandel på 48,4 prosent. Også norskfødte barn med innvandrerforeldre er betydelig overrepresentert i lavinntektsgruppen med 33,2 prosent. Det er betydelige forskjeller mellom landgrupper i forekomsten av fattigdom blant innvandrerbarnefamilier, og det er behov for spissede tiltak overfor enkelte grupper og inn mot storbymiljøer der vi ser en stor overopphopping. Kommuner med høy barnefattigdom må også få et ekstra løft på lavterskeltiltak for psykisk helsehjelp for å møte problemer vi vet følger med situasjonen.

EMF/EMA

Enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger er i en spesielt sårbar situasjon, noe som øker risikoen for alvorlige psykiske helseplager. Tenåringene skal håndtere etableringen i kommunen de er tildelt, uten støtte fra nære omsorgspersoner. [Forskning](#) fra Norge viser at 21 % av asylsøkende barn hadde klinisk relevant depresjon, 33 % klinisk relevant angstplager, og hele 63 % rapporterte klinisk relevante symptomer på post-traumatisk stress (PTSD). I en studie av EMF-ungdommer som hadde fått opphold og var bosatt i Norge, rapporterte 42 % at de enten hadde stabilt høyt eller økende nivå av depresjon over en tre-års periode. Tenårene innebærer en

generell økt risiko for å oppleve psykiske plager og lidelser, som angst og depresjon og ulike typer atferdsforstyrrelser. Her hviler det et spesielt ansvar på bosettingskommunene som må reflekteres i finansieringsløsningene og alltid innebære rom for psykisk helseoppfølging. Kommunene som tar imot barna må settes i stand til å ivareta dem med gode tiltakskjeder for psykisk helsehjelp, da henvisninger fra EMA og EMF ofte blir avslått i BUP, som opplever at ungdommenes situasjon er for ustabil til at de kan nyttiggjøre seg behandling. Vi må sikre overgangene fra omsorgssenter eller asylmottak til kommunal bosetting bedre, hvor grundig helsekartlegging legges til grunn. [Forskning](#) har vist at traumefokuserte gruppeintervensjoner, som Teaching Recovery Techniques, TRT, kan redusere nivå av PTSD-symptomer blant EMA og EMF, og øke livskvaliteten deres.

Kjønn

Kjønn er en viktig moderator i forholdet mellom psykisk helse og innvandrerstatus. Innvandrer gutter har en tendens til å vise flere atferdsproblemer, dårligere sosiokulturell tilpasning og høyere skolefravall, mens innvandrer jenter viser flere emosjonelle problemer og dårligere psykologisk tilpasning, men har bedre akademiske resultater. I sum må vi identifisere årsakene til kjønningen av problemer og få et bedre bilde av hva som er kulturelt, hva som er erfaring og hva som kan ha andre årsaker slik at vi kan tilpasse forebyggingen inn mot gruppene. Dette blir et viktig tverrsektorielt likestillingsperspektiv fremover.

Helsekompetanse og bruk av helsetjenester

Til tross for en økt risiko for psykiske helseplager og lidelser, ser vi en lavere bruk av psykiske helsetjenester blant innvandrere enn ikke-innvandrere. [Det](#) kan føre til at mange mennesker lever med ubehandlede psykiske helseplager som kan få negative konsekvenser på sikt. Vi må derfor legge særlig vekt på forebyggende psykisk helsearbeid blant mennesker med innvandrerbakgrunn. Helsekompetanse er et samspill mellom behandler og bruker. Det må legges en bredere forståelse til grunn som også rommer kultursensitivitet, for eksempel knyttet til urbefolkning og innvandrere.

Det er en rekke strukturelle, kulturelle og språklige [barrierer](#) for å oppsøke helsetjenester, og manglende informasjon om helsevesenet, lav forståelse av egen psykisk helse, kulturelle stigmaer knyttet til å oppsøke psykisk helsehjelp, begrensede kommunikasjonsferdigheter og en uoverensstemmelse mellom innvandreres behov og helsepersonellens forventninger er noen av mange spørsmål vi må bedre kompetansen på. Helsekompetanse er også innvandrerbefolkningens kjennskap til helsetjenestens organisering, helserettigheter og muligheter for helsehjelp. Borgere med fluktbakgrunn har kanskje fått noe informasjon om organisering av helsetjenesten og hvordan de søker helsehjelp gjennom introduksjonsprogrammet, med det er mer tilfeldig i hvilken grad de får kjennskap til vår kulturelle forståelse av psykiske vansker og hvordan vi i Norge gir helsehjelp for dette. Når det gjelder innvandrerbefolkningen uten fluktbakgrunn, så er ikke de igjennom noe introduksjonsprogram og må orientere seg i tjeneste tilbudet helt på egenhånd i samarbeid med eget nettverk.

Tolk

Minoriteter kan ha vansker med å forstå norsk i en slik grad at de får til god kommunikasjon med helsehjelpere. Det er svært uheldig når barn, familiemedlemmer eller andre tolker. Å tolke i psykisk helsetjeneste krever både helsekompetanse og kulturell kompetanse også hos tolken som skal bygge en forståelse mellom pasienten og behandlingskulturen. Ventetiden for tolk til helsetjenester kan være mellom to og seks uker bare i Oslo, som har god tilgang til tolker. Dette gjør at pasienter risikerer å måtte avlyse timer i spesialisthelsetjenesten fordi ventetiden på tolk er for lang.

Innvandrere er også pårørende

Innvandrere som opplever at barna får alvorlige rusproblemer og psykiske vansker opplever at de blir maktesløse i pårørenderollen der det er vanskelig å finne god helsehjelp til egne barn og vanskelig å forstå den hjelpen ungdommen får.

Barn av traumatiserte foreldre

Barnet er et eget rettssubjekt i Norge, og påføres som pårørende ekstra risiko og sårbarhet der foreldre sliter psykisk etter traumatiserende hendelser knyttet til migrasjon og flukt. Dette bør utløse rettigheter til planmessig

oppfølging for å forebygge og motvirke negative effekter av den pårørendesituasjonen barna vokser opp i. Systemets møter med barn må dimensjoneres utfra graden av belastning og kvalitetssikres.

Vold og overgrep

Fem til ti prosent av barn er utsatt for vold og overgrep i Norge. Blant [flyktninger](#) som kommer til Norge er det mange som har vært utsatt for alvorlige overgrep, noe som kan forårsake alvorlige psykiske plager. Selv om vi vet at det i forbindelse med krig, migrasjon og flukt er en særlig risiko for å utsettes for vold og overgrep, er tilbudet om hjelp lite eller dårlig utviklet og tilpasset. Det er derfor viktig å øke oppmerksomheten på denne formen for vold hos alle som jobber med barn og unge, enten det er i skolesystemet, helsevesenet eller andre sammenhenger der de søker hjelp og innenfor eksisterende hjelpetilbud. Tidlig hjelp og støtte er svært viktig for fysisk og psykisk helse og rehabilitering, og kunnskap om vold og overgrep flyktninger kan ha vært utsatt for må styrkes og gjøres tilgjengelig (HHRI).

Kunnskapshull og manglende utdanning

Digitale løsninger ekskluderer en del mennesker i sårbare livssituasjoner, som eksempelvis innvandrere med lav utdanning eller manglende språkferdigheter. Det kreves kompetanse og utstyr for å lykkes med digitale fellesskap. Alle må bli satt i stand til å delta i den digitale utviklingen, og eksempelvis BANK-ID må forenkles for å lette tilgangen på teknologikompetanse. Blant annet vil de økte forskjellene og koronaskolegangen ha påvirket læringsmulighetene til grupper som også står i fare for eller allerede lever i utenforskap. Under pandemien var mange barn ensomme og fikk kunnskapshull og redusert læringsutbytte som må møtes med styrking av tiltak. Der manglende bistand fra foreldrene i kunnskapsutvikling og lekser er et faktum, kommer det automatisk forhøyet risiko, noe som for en del innvandringsfamilier vil være tilfelle. Samlet sett er innvandrere [underrepresentert](#) i høyere utdanning, som primært er knyttet til at færre oppnår generell studiekompetanse. Dette påvirker overgangen til arbeidsmarkedet hvor innvandrere har lavere sysselsettingsandel, som igjen er en viktig faktor for å forstå inntektsforskjellene mellom den øvrige befolkningen og innvandrere.

Frivillig sektor

Innvandermiljøenes frivillige helseorganisasjoner er en viktig ressurs for å ivareta befolkningsgruppens psykisk helse. Sektorens betydning for å spre informasjon og gi tillit til omfattende tiltak var tydelig blant annet under koronapandemien, og vi må sikre støtte slik at alle store innvandrergupper har noe støtte i frivillig sektor som kjenner deres kultur og de vanskene de kan støte på.

Hva kan fungere?

Mange former for behandling krever ikke en spesialist. Det er viktig å tydeliggjøre hva kommunale tjenester, som for eksempel skolehelsetjenesten, kan tilby. Det vil også øke tilliten til tjenestene. Vi er derfor glade for at det også iverksettes en opptrappingsplan for skolehelsetjenesten der kompetanse også er et viktig element. Lavterskeltilbud i kommunene må ha nok kapasitet og kompetanse, bedre pårørendeinvolvering og skolering. Videre må vi styrke helsekompetansen hos alle berørte parter og målrette tiltak i skolen for blant annet selvmordsforebygging. Her foreslår vi at YAM (Youth Aware of Mental Health) rulles ut på alle skoler. I spesialisthelsetjenesten må vi få bedre og mer tilgjengelig frivillig behandling, mer tid med behandlere og et styrket sikkerhetsnett slik at vi tetter hullene mellom tjenestenivåene der risikoen er størst.

Vennlig hilsen

Rådet for psykisk helse



Tove Gundersen

Generalsekretær