

# «Skal vi snakke om psykisk helse»

En pilotstudie av opplevd hjelpebehov og holdninger til psykisk helse hos Ukrainske flyktninger

Rapport

Hilde Michelsen, Alexander Frantz William Nissen, Akiah Astral Ottesen

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) ble stiftet i 2003. Selskapet er en del av Norwegian Research Centre AS (NORCE).

Senterets oppgaver er forskning, utviklingsarbeid, undervisning, formidling og veiledning innen temaene

- vold og overgrep i nære relasjoner
- tvungen migrasjon og flyktninghelse
- katastrofer, terror og stressmestring

NKVTS har en egen seksjon for implementering og behandlingsforskning som arbeider på tvers av temaområdene våre. Senteret har også en nasjonal beredskapsfunksjon på området katastrofer og stressmestring.

Virksomheten ved senteret finansieres av flere departementer og direktorater, Norges forskningsråd, EU, frivillige organisasjoner og andre.

Vår visjon: «Et bedre liv for berørte av vold og traumer».

ISBN 978-82-8122-175-8 (PDF)

ISSN 0809-9103

Illustrasjonsfoto forside: shutterstock

Henvendelse vedrørende publikasjonen rettes til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Kontaktinformasjon på [www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)

Grafisk produksjon: Aksell AS – [aksell.no](http://aksell.no)



# Innhold

---

<b>Forord</b>	<b>5</b>
<hr/>	
<b>Sammendrag, hovedfunn og anbefalinger</b>	<b>6</b>
<hr/>	
<b>Summary, main findings and recommendations</b>	<b>8</b>
<hr/>	
<b>1 Bakgrunn</b>	<b>10</b>
1.1 Psykisk helse hos flyktninger og krigsutsatte	10
1.2 Kartlegging av psykisk helse hos flyktninger	10
1.3 Stigma, holdninger og kunnskap om psykisk helse	11
1.4 Rekruttering av flyktninger til forskning på psykisk helse	11
1.5 Mål med studien	12
<hr/>	
<b>2 Metode</b>	<b>13</b>
2.1 Studiedesign og rekrutteringsprosedyre	13
2.2 Spørreundersøkelse	15
2.3 Kvalitativ metode	16
2.4 Etikk	17
<hr/>	
<b>3 Resultater</b>	<b>19</b>
3.1 Rekruttering	19
3.2 Resultater fra spørreundersøkelsen	20
3.3 Resultater fra intervjuene	28
3.4 Observasjoner, tilbakemeldinger og henvendelser	31
<hr/>	
<b>4 Diskusjon</b>	<b>34</b>
4.1 Oppsummering	34
4.2 Svakheter og styrker	34
4.3 Rekruttering og stedsspesifikk rekrutteringsstrategi	35
4.4 Tidlig kartlegging og psykososial støtte	36
4.5 «Mental health literacy»	37
4.6 Barrierer	37
4.7 Ethiske utfordringer	38
<hr/>	
<b>5 Anbefalinger</b>	<b>40</b>
<hr/>	
<b>6 Referanser</b>	<b>42</b>
<hr/>	
<b>7 Vedlegg</b>	<b>44</b>
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykke	44
Vedlegg 2: Spørreskjema	52
Vedlegg 3: Intervjuguide	62

---

## Tabelloversikt

Tabell 1 Beskrivelse av relevante forhold for rekruttering ved akuttinnkvarteringene	19
Tabell 2 Fordeling på sosiodemografiske- og bakgrunnsvariabler	21
Tabell 3 Spørsmål om hjelp for psykiske reaksjoner siden ankomst til Norge	24

---

## Figuroversikt

Figur 1 I hvilken grad respondenter oppga å føle seg komfortable med å snakke/rapportere om psykiske reaksjoner	23
Figur 2 Hvorvidt respondenter oppga å ha blitt spurt om psykiske reaksjoner av ulike personer	23
Figur 3 Hvem respondentene rapporterte de ville kontaktet dersom de trodde de hadde et problem med psykisk helse	26
Figur 4 Respondentenes svar på hvordan de best kan hjelpe et familiemedlem/venn som har psykiske helseproblemer	26
Figur 5 Respondentenes svar på «beste måte» å nå personer på som nylig har kommet til Norge fra Ukraina for å gi informasjon om psykisk helse og hvordan man kan få hjelp	27
Figur 6 Svarfordelingene på de første 6 spørsmålene i «Mental Health Knowledge Scale» (MAKS)	27
Figur 7 Svarfordelingene på de siste 7 spørsmålene i «Mental Health Knowledge Scale» (MAKS)	28

# Forord

Europa har det siste året opplevd den største flyktningkrisen siden andre verdenskrig. I mars 2023 har FNs høykommissær for flyktninger registrert over 8 millioner flyktninger fra Ukraina i Europe hvorav nærmere 5 millioner har midlertidig beskyttelse i et europeisk land. Av disse har over 40.000 kommet til Norge, og det er ventet at like mange vil komme i år. Flyktninger har ofte opplevd potensielt traumatiserende hendelser i krig og under flukt i tillegg til tap av sitt hjem og tilhørighet. Dette har innvirkning på psykisk helse som igjen kan påvirke funksjon og tilpasning i et nytt land. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har gjennomført piloten for å øke vår kunnskap om psykososiale forhold og hjelpebehov hos flyktninger fra Ukraina som har ankommet Norge. Studien er finansiert av Helsedirektoratet.

Vi vil først og fremst sende en takk til våre deltakere som på tross av sin usikre og ustabile livssituasjon tok seg tid til å delta i forskningen, og bidra til bedre tjenester i fremtiden. Vi vil også takke ledere og ansatte ved de akuttinnkvarteringene som ønsket oss velkommen og som har bidratt inn i dette arbeidet på en konstruktiv og positiv måte.

Prosjektgruppen har bestått av Synne Øien Stensland, Arnfinn Andersen, Grete Anita Dyb, Hilde Michelsen, Alexander Frantz William Nissen, Alexandra Martinsen og Akiash Astral Ottesen. Alle har vært involvert i utviklingen av piloten, mens Michelsen, Nissen og Ottesen har stått for gjennomføringen, analyser og skriving, og Martinsen har fungert som tolk.

Vi har fått god støtte og hjelp gjennom prosjektperioden og vil takke referansegruppen som bistod med sin kunnskap og tid til å veilede oss frem til relevante forskningsspørsmål, metoder og gitt viktige tilbakemeldinger til tolkning av resultatene; det internasjonale rådgivende styret som har bidratt med sin tid og kunnskap; Maria Indiana Alte Ruud ved forskningsavdelingen ved UDI for støtte og bistand til å finne gode samarbeidspartnere til rekrutteringen; og de regionale sentrene for vold og traumatisk stress (RVTS) som har gitt gode innspill underveis gjennom hele prosessen. Vi vil også takke direktør Inger Elise Birkeland for støtte og engasjement, og andre kollegaer ved NKVTS for nyttige diskusjoner og faglig veiledning.

Oslo 1. april 2023

Akiash Astral Ottesen  
Prosjektleder

# Sammendrag, hovedfunn og anbefalinger

En forutsetning for å gi adekvat psykisk helsehjelp til flyktninger etter ankomst til Norge er å avdekke psykososiale og stressrelaterte helseplager, men det er lite evidensbasert kunnskap om psykisk helse og tjenestebruk i denne gruppen. Med dette som bakteppe har vi utført en pilotstudie med mål om å både undersøke ulike rekrutteringsstrategier for deltagelse i forskning om psykisk helse blant flyktninger fra Ukraina, og om kartlegging av psykiske reaksjoner i en tidlig ankomstfase oppleves som meningsfylt og relevant for flyktingene selv. Vi har i tillegg undersøkt holdninger til og kunnskap om psykisk helse i denne gruppen.

Piloten anvendte kvantitativ, kvalitativ og etnografiske metoder. Vi innhentet data fra voksne (>18 år) som hadde flyktet fra Ukraina til Norge i løpet av 2022. Vi rekrutterte både gjennom sosiale medier og ved personlig tilstedeværelse ved to akuttinnkvarteringer. Det digitale spørreskjemaet undersøkte psykiske reaksjoner og behandlingsbehov etter ankomst til Norge, hjelpesøkende atferd, nyttige informasjonskanaler og kunnskap og holdninger om psykisk helse. Vi gjennomførte semistrukturerte intervjuer med 4 foreldre (med barn under 16 år) om holdninger til kartlegging av psykososiale forhold hos barn.

Det var totalt 91 personer som svarte på spørreskjemaet (11 menn; 90 % 18–50 år). Deltakere som svarte på spørreskjemaet gjennom stedsspesifikk metode, hadde signifikant lavere utdannelse enn de som ble rekruttert gjennom sosiale medier. Over halvparten hadde hatt behov for hjelp for sine psykiske reaksjoner siden ankomst til Norge, men bare litt over 30 % av disse hadde fått tilbud. Over 70 % visste ikke hvor de kunne finne informasjon om psykisk helsehjelp. Foreldrene som ble intervjuet var stort sett positive til kartlegging av deres barns psykiske helse. Flere voksne ga i samtaler uttrykk for at de ønsket å snakke med noen om sine psykiske reaksjoner, men at begrepet «psykisk helse» kan virke fremmedgjørende og forhindre bruk av relevante tjenester. Vi fikk verdifulle tilbakemeldinger om rekruttering til forskning, behov for psykisk helsehjelp, ønsker om hjelpetiltak og barrierer for å snakke om psykisk helse.

Studien viser at vi må anvende flere og fleksible metoder for å rekruttere representative utvalg av flyktninger til forskning om psykisk helse. Resultatene tyder på at det både er behov og ønske om å snakke om reaksjoner på krig og flukt raskt etter ankomst. Erfaringene fra pilotstudien gir et godt kunnskapsgrunnlag for planlegging av representative forskningsstudier om psykososiale behov hos nyankomne flyktninger fra Ukraina.

**Vi anbefaler følgende basert på funn i piloten:**

- 1) For å sikre representativitet i forskning på psykisk helse hos flyktninger, anbefaler vi at det benyttes ulike rekrutteringsstrategier i samme studie. Dette er nødvendig som grunnlag for å sikre likestilte helsetjenester for alle.
- 2) Vi anbefaler at det forskes på kartlegging av psykososiale forhold og behov som en integrert del av helseundersøkelsen for flyktninger, også for barn og unge.
- 3) Vi anbefaler at det gis informasjon om psykiske reaksjoner og eventuelle hjelpetilbud tidlig etter ankomst, og helst gjennom samtaler med helsepersonell. Samtidig vil vi poengtere at bruken av ordet «psykisk» kan være en barriere til å snakke med ukrainske flyktninger om deres opplevelser og psykososiale behov.
- 4) Vi anbefaler at det forskes på kort- og langtidseffekter av lavterskel psykososial oppfølging for nyankomne flyktninger som ønsker det, også barn og unge. Dette fordi piloten viste at en større andel av deltakerne hadde et udekket hjelpebehov.

# Summary, main findings and recommendations

To provide adequate mental health services to refugees after arrival to Norway, we must be able to assess mental health and stress related problems. However, evidence-based knowledge about mental health needs and service use in newly arrived refugee and asylum seekers to Norway is lacking. We therefore conducted a pilot study which aimed at investigating both different recruitment strategies for research on mental health in newly arrived refugees from the Ukraine, and whether early screening of mental health and psychological reactions was perceived as meaningful and relevant by the refugees themselves. In addition, the pilot explored attitudes towards and knowledge of mental health related issues.

The pilot used a mix of quantitative, qualitative, and ethnographic methods. We collected quantitative data from adult (>18 years) refugees from Ukraine who had arrived in Norway in 2022. We recruited through both social media and venue-based method at 2 reception centers. The digital questionnaire assessed psychological reactions and treatment needs after arrival in Norway, help-seeking behavior, useful information channels and mental health literacy. The semi-structured qualitative interviews (N=4) explored attitudes towards mental health assessment of children among adult refugees who arrived in Norway with children under 16 years of age.

A total of 91 people completed the questionnaire (11 men; 90% 18–50 years). Participants who answered our questionnaire through venue-based method had significantly less education than those recruited through social media. Over half felt the need for help with psychological reactions after arrival in Norway, but only 30% of these had received any offer of mental health care. More than 70% did not know where they could seek help for mental health care needs. The parents that were interviewed were mostly positive to mental health assessment of their children. Many of the people we talked to said that they wished to talk to somebody about their psychological reactions but mentioned that the term “mental health” may alienate people from using relevant services. Through ethnographic methods we gained valuable insight into possible research recruitment strategies, mental health needs, preferred methods of treatment provision, and barriers to talking about mental health.

It is necessary to apply mixed methods and flexible recruitment strategies to recruit representative samples of refugees to mental health research. Our preliminary impression after conducting this pilot is that this group of refugees have an expressed need and wish to talk about their psychological reactions to war and flight shortly after arrival. Our findings are important in the planning of larger studies on assessment of psychosocial needs in newly arrived refugees from Ukraine.



### **Recommendations**

- 1) In order to ensure representativeness in research on refugee mental health, we recommend that different recruitment strategies are used within a given study. This is an important prerequisite in order to reach Norway's goal of equal health services for all.
- 2) Future studies should explore the usefulness of screening for psychosocial conditions and needs as a more integral part of the regular health assessment for refugees in Norway, also in children and youth.
- 3) We recommend that information about common psychological reactions and service provision are given early upon arrival for refugees, and preferably through conversations with health personnel. We would like to point out that the use of the term "mental health" may be a barrier to talking with Ukrainian refugees about their experiences and psychosocial needs.
- 4) We recommend that research on short- and long-term effects of low threshold psychosocial follow-up of refugee children and adults be prioritized. This is based on findings that a notable proportion of participants to this pilot study reported unmet mental health needs.

# 1 Bakgrunn

## 1.1 Psykisk helse hos flyktninger og krigsutsatte

Over 35,000 flyktninger fra Ukraina har ankommet Norge siden Russlands invasjon av landet i februar 2022, hvorav ca. en tredjedel er barn (UDI, 2023). En av mange viktige oppgaver Norge som mottakerland står overfor er å sikre at Ukrainiske flyktninger blir gitt adekvat helsehjelp etter ankomst. Det å være flyktning innebærer eksponering for svært opprivende og potensielt traumatiske hendelser både før og under flukt. Etter ankomst til et nytt land kommer i tillegg stressbelastningen knyttet til uvissheten om egen situasjon og situasjonen til familie og venner i hjemlandet, samt det å skulle tilpasse seg en ny kultur og lære et nytt språk m.m. Det er naturlig for de fleste mennesker å få tidvis sterke reaksjoner på disse belastningene, og for en del flyktninger blir totalbelastningen så stor at det går utover den psykiske helsen. Det er dokumentert en betydelig forhøyet forekomst av posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon og angst i et stort antall studier på ulike flyktningpopulasjoner [1–3].

Barn og unges reaksjoner på krig, tap og flukt er knyttet til ikke bare hva de har opplevd, men også hvordan deres nærmeste har det og hva som skjer i den tidlige fasen etter ankomst til et nytt land [4]. Overordnet vil barn og unges videre utvikling, helse, trivsel og fremtid avhenge av hvorvidt et mottakerland klarer å gi nødvendig hjelp og støtte til å (gjen-) opprette en så normal hverdag som mulig [5]. Helsefremmende faktorer omfatter rask tilgang til nødvendige ressurser, trygghet, anerkjennelse, deltagelse i sosiale fellesskap, mulighet for lek, læring og mestring og rask helsehjelp ved behov. I vår gjennomgang av forskning på barn og unges psykososiale behov etter flukt finner vi at den første tiden i bosettingslandet er særlig viktig for barns tilpasning og helse, og at en systematisk og valid kartlegging av behov for tiltak i denne fasen derfor kan være av potensielt stor betydning [6]. Med nødvendig tidlig hjelp og støtte kan de fleste gjenvinne tilstrekkelig trygghet og tillit til å klare seg godt [7].

Flere studier har de seneste årene blitt gjort på psykisk helse blant internt fordrevne i østre Ukraina. I likhet med mange tidligere studier på krigsutsatte populasjoner [8], dokumenterer disse studiene en høy forekomst av stressrelaterte helseplager [9–12]. Videre viser eksisterende epidemiologiske data fra den generelle befolkningen i Ukraina en relativt høy forekomst av psykisk lidelse, spesielt for depresjon og alkoholmisbruk, sammenliknet med mange andre land [13].

## 1.2 Kartlegging av psykisk helse hos flyktninger

En forutsetning for å gi adekvat psykisk helsehjelp er å kunne avdekke psykisk uhelse og andre stressrelaterte helseplager med behov for hjelpetiltak. En måte å gjøre dette på er gjennom systematisk bruk av strukturerte kartleggingskjemaer. God forskning på psykisk helsekartlegging av flyktninger og verdien av dette, spesielt i en tidlig fase etter ankomst, er mangelfull [14,15]. Noe av forklaringen er at det historisk har vært vanskelig å rekruttere deltakere og få representative utvalg i studier på flyktninger, og at forståelsen av, språket for og opplevd relevans av psykisk helse/uhelse kan variere på tvers av kulturer [16]. En konsekvens av at det mangler god empiri på temaet, er at det i øyeblikket eksisterer sprikende faglige råd i forhold til hvorvidt systematisk kartlegging av flyktnings traumatiske opplevelser og eventuelle reaksjoner på dem er hensiktsmessig å gjøre på alle flyktninger etter ankomst [15,17]. I denne diskusjonen mener enkelte

at rutinemessig kartlegging risikerer å overdiagnostisere psykiske lidelser og sykeliggjøre mange som evner å håndtere sin egen situasjon, samt at det å grave i potensielt svært traumatiserende opplevelser (f.eks. tortur) risikerer utilsiktede negative konsekvenser [17–19]. Andre, derimot, mener at systematisk kartlegging er nødvendig for å sikre at behov avdekkes og adekvat hjelp kan gis [20,21]. I Norge anbefaler Helsedirektoratet at helsekartlegging skjer både i tidlig fase etter ankomst og etter ca. 3 måneder. I ingressen til kartlegging av potensielt traumatiske hendelser og psykisk helse står det eksplisitt at denne delen ikke skal brukes for alle, men bare der det vurderes aktuelt og relevant basert på opplysninger som har kommet frem [22]. I hvilken grad psykisk helse og potensielt traumatiske opplevelser utforskes i praksis etter at flyktninger er bosatt har vi begrenset kunnskap om [23].

### **1.3 Stigma, holdninger og kunnskap om psykisk helse**

I Ukraina har psykisk helse vært et tabu-belagt og stigmatisert tema av ulike årsaker, blant annet at organiseringen av helse-systemet og behandling for mennesker med psykiske lidelser bærer preg av sin Sovjetiske fortid [13,24]. Mer spesifikt så har problemer knyttet til psykisk helse i liten grad blitt adressert i primærklinjen og gjennom lav-terskel tilbud og tidlige intervensjoner, men snarere gjennom institusjonell behandling hvor pasienter ofte har blitt innlagt. Dette er trolig delaktig i at det er en høy grad av skepsis til psykiatrien og psykiatrisk behandling blant mange ukrainere [13]. En viktig underliggende årsak til stigma er mangel på kunnskap om psykisk helse, eller lav «mental health literacy» (MHL) [25]. For å undersøke MHL i Ukraina, gjennomførte Quirke og kollegaer nylig en stor populasjonsstudie som konkluderte med at det er en ganske tydelig mangel på kunnskap om og forståelse av mange psykiske lidelser i den generelle befolkningen [24]. Samme artikkel løftet også frem at liknende funn har blitt gjort i andre øst-Europeiske land, og at en mulig forklarende faktor er at disse landene har en felles kommunistisk fortid hvor psykisk uhelse hos individer ofte ble stigmatisert og ledet til sosial ekskludering. Lav MHL og stigma har begge blitt pekt på som viktige årsaker til at personer med psykiske helseplager ikke tar kontakt med hjelpeapparatet, hvilket gjør at dette temaet er viktig å utforske hos flyktninger fra Ukraina [13].

### **1.4 Rekruttering av flyktninger til forskning på psykisk helse**

Det er lite høykvalitets evidensbasert kunnskap om psykisk helse og tjenestebruk hos flyktninger og asylsøkere generelt [26]. Dette gjenspeiles også i en gjennomgang av forskning på dette temaet i Norge, gjort av Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) i 2017, som i sin rapport konkluderer med at flyktninger og asylsøkere er spesielt sårbare for psykiske helseutfordringer samtidig som de bruker tjenestene i mindre grad enn majoritetsbefolkningen [27]. Videre påpeker rapporten at det er mange metodiske utfordringer i denne forskningen blant annet i forhold til representativitet og reliabilitet/validitet av måleinstrumenter på tvers av befolkningsgrupper og kulturer. Dette støttes av en systematisk gjennomgang av 20 studier som har sett nærmere på effektive metoder for å øke representativiteten i forskning på psykisk helse i denne gruppen [26]. Her påpekes det hvordan temaer som tillit, trygghet, stigma og «mental health literacy» kan påvirke deltakelse og forklare vansker med rekruttering. Det konkluderes med at representativitet i utvalg er mulig å oppnå, men at det krever at man har et uttalt mål om å oppnå dette. I tillegg burde man rekruttere over en lengre tidsperiode, sørge for at forskerne har et aktivt engasjement med gruppen som skal studeres, samt benytte alternative rekrutteringsstrategier og ikke-sannsynlighetsutvalg (f.eks. «snowballing» for å komme i kontakt med de som er mest isolert). Mange av de samme konklusjonene fremkommer i en studie fra 2019 om effektive strategier for å rekruttere marginaliserte migranter i Montreal, Canada [28]. Spesifikt understrekes

viktigheten av å rekruttere fra faste lokaler i lokalmiljøet («venue-based»), bruke en effektiv kommunikasjonsstrategi utviklet i samarbeid med flyktninggruppen, og at deltakelse i studien fører mennesker og ressurser sammen [28].

I hvilken grad ovenstående utfordringer er relevant mtp. rekruttering av ukrainske flyktninger til forskning, er noe vi per i dag mangler kunnskap om. Det er derfor viktig å undersøke disse temaene i denne gruppen slik at fremtidige studier kan designes på en god måte for å sikre deltakelse og representativitet.

## 1.5 Mål med studien

Overordnet vet vi at barn, unge og voksne på flukt fra krig ofte har opplevd mange traumatiske hendelser, med potensielt alvorlige konsekvenser for psykisk helse. Tidligere studier viser at flyktninger har mer psykiske helseplager enn den generelle befolkningen, men bruker tjenestene i mindre grad. Hvorvidt dette er tilfelle hos Ukrainske flyktninger i Norge, er per i dag ikke forsket på og bør prioriteres. Vi vet ikke hvor stor andel av de nyankomne flyktningene som har plager etter krig og flukt, og om de ønsker å få hjelp til å håndtere disse plagene. Vi vet også lite om hvilken kunnskap og holdninger denne flyktninggruppen har om psykisk helse generelt (MHL), og kartlegging og behandling av barn og unge med psykiske plager. Dette bør forskes på, men rekruttering av representative utvalg til forskning er en uttalt utfordring hos flyktningpopulasjoner.

Med dette som bakteppe, har denne piloten som mål å undersøke både ulike rekrutteringsstrategier til forskning om psykisk helse blant flyktninger fra Ukraina, og hvorvidt kartlegging av psykiske reaksjoner i en tidlig ankomstfase oppleves som meningsfylt og relevant for flyktningene selv. Mer konkret, søker piloten å besvare følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvilke metoder bør vi bruke for å sikre best mulig rekruttering og representativitet av flyktninger fra Ukraina og for å minimere seleksjonsbias?

Er et stedsspesifikt design en effektiv strategi for rekruttering av flyktninger til deltakelse i forskning om stressrelaterte helseplager? Det vil si, kan man sikre høy/adekvat deltakelse som gir generaliserbar kunnskap gjennom at forskere er til stede og tilgjengelig på mottak over en periode?

- 2) Er kartlegging av psykisk helse hos nyankomne barn og voksne flyktninger fra Ukraina meningsfullt og relevant sett fra flyktningenes perspektiv?
  - a) Hvordan er den generelle forståelsen av psykisk helse (mental health literacy, MHL) blant flyktninger fra Ukraina – og hvordan er den sammenliknet med populasjonsdata fra Ukraina?
  - b) Opplever flyktninger fra Ukraina å ha udekte psykiske hjelpebehov?
  - c) Hvilke oppfatninger og holdninger har flyktningene fra Ukraina til kartlegging/å snakke om psykisk helse i en tidlig ankomstfase – for eksempel, oppleves psykisk helsekartlegging som relevant?
  - d) Ville flyktningene fra Ukraina svart på spørsmål om psykisk helse på nettbaserte skjema, og hvordan kan vi best kommunisere om psykisk helse og tilbud?
  - e) Hvordan stiller foreldre seg til at deres barns psykiske helse kartlegges i en tidlig fase? Hvordan opplever foreldre kartleggingsskjemaet som NKVTS med partnere har utviklet for tidlig kartlegging av flyktningbarn?

## 2 Metode

### 2.1 Studiedesign og rekrutteringsprosedyre

Pilotstudien rekrutterte et naturalistisk tverrsnitts bekvemmelighetsutvalg av voksne flyktninger fra Ukraina. Inntakskriteriene var: i) flyktning fra Ukraina som ankom Norge i 2022; og ii) alder > 18 år. For den kvalitative delen av studien var et tilleggskriterium at man hadde med seg et barn under 16 år. Det ble benyttet en fleksibel rekrutteringsprosess med flere kilder og metoder der vi anvendte stedsspesifikk rekrutteringsmetode (forskerteamet oppholdt seg i de naturlige omgivelsene til potensielle deltakere over henholdsvis en uke og en dag) med «snowballing»-effekt (forventing om at deltakere sprer informasjon om studien og dette gir økt deltakelse). Det ble rekruttert til deltakelse i en anonym spørreundersøkelse og/eller intervju. Vi rekrutterte også til spørreundersøkelsen gjennom sosiale medier. Forskereteamet rekrutterte fra to forskjellige akuttinnkvarteringer (AI), samt gjennom sosiale medier og samarbeidspartnere.

Studien ble vurdert å ikke være meldepliktig av Regionalt komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst). Innsamling og oppbevaring av personopplysninger ble vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata, og alle deltakere i spørreundersøkelsene og intervjuene gav informert samtykke (se vedlegg 1). Det ble ikke oppbevart personopplysninger bortsett fra opptak av stemmene til de som ble intervjuet, og dette ble slettet etter transkribering. Tillatelse til å rekruttere på akuttinnkvarteringene ble søkt om, og godkjent av forskningsavdelingen ved Utlendingsdirektoratet (UDI). Begge innkvarteringene hadde kun ukrainske beboere under våre besøk.

Studien ble designet av norsktalende forskere og oversettelse og tolking var gjennomgående nødvendig. En profesjonell oversettelses- og språktjeneste ble benyttet til å oversette de egenutviklede delene av spørreskjemaet fra engelsk til ukrainsk. Vi ansatte også en tolk i prosjektgruppen som behersket ukrainsk, russisk, engelsk og norsk, og som hadde bakgrunn innenfor psykologi og atferdsfag fra høyskole, samt arbeidserfaring innenfor helsetjenester. På grunn av vanskeligheter med å skaffe autorisert tolk på tidspunktet for datainnsamlingen på AI2, var vi nødt til å benytte tolk fra en lokal tolketjeneste uten statsautorisasjon og tolkeutdanning, men som tjenesten fremhevet som kompetent og erfaren, til de kvalitative intervjuene. At all kvalitativ data og muntlig og skriftlig kommunikasjon med deltakerne ble oversatt uten mulighet for kvalitetssikring under samtalene, har betydning for våre analyser.

#### 2.1.1 Rekruttering første akuttinnkvartering (AI1)

AI1 tok imot flyktninger et par uker etter ankomst og beboerne kunne oppholde seg der til de ble tildelt en bostedskommune – dette kunne være fra et par uker til flere måneder. Datainnsamlingen ved AI1 ble gjennomført i en periode der krigen i Ukraina var intensiv og pågående. AI1 hadde sentral beliggenhet og gode kollektive forbindelser. Innkvarteringene bestod av to fløyer, med fellesrom i hver etasje. Innkvarteringene var del av et bygg med flere andre helsetjenester. Generelt var det få personer i fellesarealene i løpet av rekrutteringsperioden. De fleste oppholdt seg på rommene sine, eller var ute. De fleste barna i skolealder var på skolen på dagtid. Noen beboere var allerede i arbeid. Beboerne holdt seg stort sett på rommene sine også på kveldstid. AI1 hadde ansatt en egen tolk som kunne bistå beboere når det var behov. Tolken fungerte også som miljøarbeider ved innkvarteringene.

Forskerteamet, med en fast tolk ansatt i prosjektet, oppholdt seg på AI1 i en uke og ble presentert som uavhengig fra ansatte ved institusjonen. Uken i forveien av datainnsamlingen ble det hengt opp informasjonsplakater på Ukrainsk i innkvarterings fellesarealer, som inviterte til et informasjonsmøte om studien mandagen etter. En ansatt la de samme plakater på hver av beboernes rom. Før informasjonsmøtet begynte, ble det hengt opp QR koder som linket til spørreundersøkelsen rundt omkring på innkvarteringen, slik at lederen av informasjonsmøtet kunne henvise til disse, og beboerne besvare undersøkelsen på et tidspunkt som passet for dem. På dag 1 ble det avholdt informasjonsmøte der studiens mål og metoder ble presentert, samt sentral informasjon fra samtykkeskrivet. Deretter oppholdt forskerteamet, med tolk, seg lett tilgjengelig i flere timer hver dag, også utover ettermiddagen/kveld, over en periode på fem dager, hvor beboere selv kunne ta kontakt ved ønske om deltakelse i studien.

### **2.1.2 Rekruttering andre akuttinnkvartering (AI2)**

AI2 var en korttidsplassering, for enkelte direkte etter ankomst til Norge. Også under denne datainnsamlingen var krigen i Ukraina både intensiv og pågående. Opphold var maksimalt en til to uker før beboerne ble sendt videre til et mer langvarig opphold på akuttinnkvartering eller direkte til familie, eller bostedskommune. AI2 var lokalisert på et hotell med mindre sentral beliggenhet enn AI1 og med svak kollektivforbindelse. Hotellets spisesal var et naturlig samlingspunkt for beboerne. De fleste beboerne oppholdt seg på akuttinnkvarteringen under besøket, enten i spisesalen eller på rommene sine. På AI2 arbeidet det også en tolk/miljøarbeider som var tilgjengelig for de nyankomne.

Rekruttering her ble gjennomført gjennom et tettere samarbeid med de ansatte og den innleide tolken, som tilfeldigvis også var ansatt som miljøarbeider ved AI2. Forskerteamet var kun til stede én dag ved denne innkvarteringen. Det ble hengt opp informasjonsplakater om studien dagen før forskerteamet kom. Studien ble presentert på det daglige informasjonsmøtet ved innkvarteringen, og ble introdusert av en ansatt med ansvar for møtet. I tillegg til informasjon om studien og rekruttering til den, opplyste vi om nettsiden Youwell, utviklet av Helse Bergen, og delte ut QR kode med link til denne til alle som var til stede på møte. Nettsiden inneholder informasjon om vanlige reaksjoner etter krig og flukt, og enkle øvelser og verktøy som kan være til hjelp for å redusere stress og bearbeide vanskelige reaksjoner. Vi rekrutterte til intervjuer direkte etter informasjonsmøtet, og satte oss på et eget rom der beboere kunne komme og snakke med forskerne når de ønsket det. Vi delte også ut plakater med QR-kode til spørreskjemaet underveis, og la igjen flere på bordene før avreise.

### **2.1.3 Rekruttering sosiale medier**

For å rekruttere flere nyankomne personer på flukt fra Ukraina til å delta i spørreundersøkelsen, la vi ut et innlegg på NKVTS sin Facebook-side [29]. Innlegget inneholdt en kort beskrivelse av studien på norsk og ukrainsk med lenke til informasjonsskriv og samtykke, og videre til selve spørreskjemaet. Innlegget ble delt på flere Facebook-sider ment å nå personer på flukt i Norge, eller frivillige og offentlige hjelpere. Dette var for blant annet Refugees welcome, Psykologistudenter uten grenser, Forening for interkulturell psykologi, samt lukkede grupper for ukrainere i Norge som tolken hadde tilgang til. Medlemmer av studiens referansegruppe og andre samarbeidspartnere ble oppfordret til å dele innlegget.

### 2.1.4 Rekruttering gjennom samarbeidspartnere

Etter at linken til spørreundersøkelsen hadde blitt delt i sosiale medier ble den også videresendt til to andre institusjoner som arbeider med flyktningehelse: Senter for migrasjonshelse i Bergen og Flyktningkontoret i Bærum kommune. Her ble informasjonsplakat med QR-kode hengt opp og ellers gjort tilgjengelig for tjenestebrukerne.

## 2.2 Spørreundersøkelse

Vi gjennomførte en kvantitativ spørreundersøkelse for å undersøke kunnskap om og holdninger til psykisk helse og behandling. Denne spørreundersøkelsen bestod av følgende fem deler (Vedlegg 2):

- 1) Sosiodemografi og bakgrunnsinformasjon. Denne delen er hentet fra spørreundersøkelsen til Indigo-gruppen [30,31] og bearbeidet av samarbeidspartnere ved Wergelandsenteret [32].
- 2) Reaksjoner etter ankomst til Norge. Denne delen er utviklet av arbeidsgruppen ved NKVTS og fokuserer på vanlige reaksjoner på akutt krise og traume med mål om å utforske om deltakerne er komfortable med å snakke om slike reaksjoner, om de har blitt spurt om slike reaksjoner og om de har fått tilbud om hjelp/behandling.
- 3) Hjelpesøkende atferd. I denne delen spør vi om holdninger til hjelpesøkende atferd ved psykisk lidelse gjennom 5 spørsmål med multiple svaralternativer. Her spørres det blant annet om man selv ville ha søkt hjelp for psykiske vansker eller anbefalt venner og bekjente å gjøre det, og hvem man i så fall ville ha kontaktet. Denne er hentet fra Indigo-undersøkelsen og oversatt til Ukrainisk av utvikleren.
- 4) Informasjon: Fjerde del inneholder kun to spørsmål og utforsker deltakernes synspunkter om gode måter å informere om psykisk helse og behandling på. Denne er også hentet fra Indigo-undersøkelsen og oversatt til Ukrainisk av utvikleren.
- 5) Kunnskap og holdninger om psykisk helse ble målt med en oversatt versjon av «The Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)» som er et kort og lett tilgjengelig instrument som har vist moderat til substansiell validitet [25]. Instrumentet inneholder 12 ledd der de første seks kartlegger stigma-relatert kunnskap om psykisk helse, og de siste 6 generell kunnskap om følgende spesifikke psykiske plager/lidelser: stress, depresjon, schizofreni, bipolar lidelse, rusmisbruk og sorg. Som et tillegg la vi til posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i denne piloten. Alle leddene er utformet som påstander som besvares med en 5-punkt Likert skala der 1 er sterk uenighet og 5 er sterk enighet. Skalaen ble oversatt til ukrainsk og brukt i en større befolkningsundersøkelse der i 2020 [24].

### 2.2.1 Analyser

For instrumentet The Mental Health Knowledge Schedule (MAKS) ble det regnet en sumskåre for de 6 første påstandene. Da opptil 20 % hadde krysset av for «vet ikke» på enkelte påstander, ble følgende prosedyre brukt for å lage sumskåre: for alle personer som hadde  $\leq 2$  «vet ikke» på de 6 påstandene, regnet vi ut en gjennomsnittsskåre for påstander som var besvart, og multipliserte dette med seks for å få en mer korrekt vektet sumskåre. For alle personer med 3 eller flere «vet ikke» ble det ikke regnet noe sumskåre for MAKS. Disse ble kodet som missing ( $n_{\text{missing}}=13$ ).

Resultatene som presenteres i tabellene er basert på enkle krysstabuleringer. Vi brukte kji-kvadrattest for å undersøke (ujusterte) sammenhenger mellom kategoriske variabler og t-test eller ANOVA for sammenhenger mellom kategoriske og kontinuerlige variabler. I disse testene er nullhypotesen ( $H_0$ ) at det *ikke* er noen sammenheng og så beregnes en p-verdi basert på de observerte dataene som angir hvor sannsynlig disse (eller mer ekstreme data) er *dersom*

nullhypotesen er riktig. Hvis p-verdien er under 0,05 ( $p < 0,05$ ), snakker man ofte om «statistisk signifikante» sammenhenger da sannsynligheten for at disse har oppstått ved tilfeldig variasjon er «tilstrekkelig liten» til at  $H_0$  forkastes. Når ordet «signifikant» blir brukt om funn, er det viktig å poengtere at vi mener statistisk signifikans, og ikke klinisk signifikans om ikke annet er poengtert.

Alle statistiske analyser ble gjort i Stata versjon 17 (Stata-Corp. 2021. Stata Statistical Software: Release 17. College Station, TX: StataCorp LLC).

## 2.3 Kvalitativ metode

Piloten hadde som mål å gjennomføre to fokusgrupper om temaet kartlegging av psykososiale forhold hos barn og unge. Til denne delen av studien var inntakskriteriene: i) flyktning fra Ukraina som ankom Norge i 2022 i følge med barn < 16 år; og ii) alder > 18 år. Under rekruttering ved AI1 fikk vi ingen deltakere på tross av at flere sa de var interessert i å delta. Etter informasjonsmøtet på AI2 sa flere beboere at de ønsket å bidra, men ikke ville snakke i gruppe. Vi bestemte oss derfor for å gjennomføre disse intervjuene enkeltvis etter beboernes ønsker.

### 2.3.1 Intervjuer

Det ble gjennomført tre semi-strukturert intervjuer av fire personer der to valgte å bli intervjuet sammen. Intervjuene ble gjennomført med tolk, og alle deltakerne valgte å snakke på russisk. Tolken var kjent med oppdraget og studiens innhold, og arbeidet som miljøarbeider ved innkvarteringen. Intervjuer var AO, spesialist i klinisk voksenpsykologi og forsker II. På det første intervjuet var forsker AN også til stede og både noterte og stilte oppfølgingsspørsmål. AN er utdannet lege og epidemiolog. Ved de to siste intervjuene var prosjektmedarbeider HM til stede og noterte og stilte oppfølgingsspørsmål. HM har en mastergrad i psykologi og er student ved profesjonsstudiet i psykologi.

Intervjuene begynte med at intervjuleder beskrev innhold i informasjons- og samtykkeskrivet og gav deltakerne en versjon på ukrainsk til gjennomlesning. Når deltakerne hadde bekreftet at de hadde forstått hensikten med studien og samtykket til deltakelse, satte vi på lydopptaket. Deretter ble intervjuguiden (Vedlegg 3) brukt til å veilede et semi-strukturert intervju.

Opptakene ble transkribert i to faser. Først transkriberte HM det som ble sagt og tolket til norsk. Deretter transkriberte tolken i prosjektet AM det som ble sagt på russisk direkte til norsk. Kun utsagn oversatt direkte fra russisk blir sitert i denne rapporten.

### Analyser

Studien var ikke designet med tanke på å gjennomføre individuelle intervjuer, men mer som en dynamisk gruppesamtale. At samtalene ble gjennomført individuelt førte til at det kom frem mer personlig informasjon enn forventet. Ettersom dette ikke var en del av forskningsspørsmålene, refereres det ikke til personlig informasjon/sitater her.

Det ble ikke gjennomført systematisk kvalitativ analyse. Årsakene til dette var at det opprinnelig var planlagt fokusgruppe og ikke individuelle intervjuer, at vi hadde få deltakere og svært spissede spørsmål, i tillegg til at det etter transkribering ble tydelig at tolken hadde gått ut av tolkerollen, uttrykt egne meninger i disse samtalene og brukt kjent informasjon om beboere eller forhold ved akutttinnkvarteringen.



Vi gjorde oss familiær med de transkriberte intervjuene og sammenfattet informasjon som svarte direkte på spørsmålene vi stilte. Disse tolkningene ble gjennomført gjennom konsensus mellom AO og HM. Vi presenterer også ytterligere kommentarer av interesse for forskningsspørsmålene gjennom konsensus.

### **2.3.2 Tilbakemeldinger, henvendelser og observasjoner**

I tillegg til spørreundersøkelsen og intervjuene ble flere teknikker fra etnografiske forskningsmetoder benyttet i denne studien [33], som uformelle samtaler og observasjoner. Observasjonene vi gjorde oss og tilbakemeldingene og henvendelsene vi fikk var verdifulle for å utfylle vår kunnskap om rekrutteringsmetode, kartlegging og oppfølging og holdninger og barrierer til å snakke om psykisk helse.

Fleksibiliteten og den relative åpne strukturen som slike teknikker tillater, gjør forskere i stand til å generere original innsikt i feltet som studeres, som ikke ville fremkommet gjennom andre metoder [33]. Spesielt kan det være verdifullt i psykologisk forskning der fenomenet som studeres er nytt og ukjent, og kan være et godt første steg i en lengre forskningsprosess. Gjennom tilstedeværelse på akuttinnkvarteringene kom vi i kontakt med beboere, ansatte i ulike stillinger, ledere og tolker. Flere ønsket å gi oss tilbakemeldinger om studien og relatert tematikk underveis. I tillegg mottok vi tilbakemeldinger fra hjelpeorganisasjoner og ukrainere i Norge som hadde sett studiens innlegg på Facebook. Observasjonene vi gjorde oss underveis gjaldt notater om fysiske aspekter ved akuttinnkvarteringene, reaksjoner på forespørsler om deltakelse og sosialt miljø på innkvarteringene. Alle tilbakemeldinger, henvendelser, uformelle samtaler og observasjoner under datainnsamlingen ble notert.

I tillegg mottok vi flere henvendelser fra beboere som søkte råd, støtte og noen å dele sine historier med. Både kortere og lengre samtaler ble gjennomført, både med og uten tolk. Innhold i disse samtaler vil ikke bli referert i denne rapporten, vi vil kun beskrive overordnet tematikk som kan fortelle oss noe om situasjonen til de nyankomne og behov på et generelt nivå. Vi orienterte beboerne underveis om at disse samtaler ikke ville bli journalført i en offentlige journalsystem og at personlige opplysninger ikke ville bli formidlet til helsepersonell. Dette var viktig for å avklare våre roller, forpliktelser og begrensninger. I stedet gav vi råd om rettigheter til helsehjelp og hvordan man oppsøker dette ved behov etter overføring til neste akuttinnkvartering eller bosetting i kommune. I noen tilfeller ble det gitt enkel psykoedukasjon om søvn og mareritt, samt om gode strategier og øvelser for selvhjelp inntil muligheter for videre oppfølging. I likhet med i klassiske etnografiske studier der «å gi noe tilbake» til menneskene man forsker med blir sett på som et viktig prinsipp [33], vurderte vi dette som et etisk ansvar i disse ikke-planlagte situasjonene.

## **2.4 Etikk**

Piloten har søkt å rekruttere til forskning i en uttalt sårbar gruppe; nemlig mennesker som nettopp har flyktet fra krig, og ankommet et nytt land der organisering av tjenester og forskning er ukjent. Dette innebærer et etisk dilemma der det på den ene siden er viktig å skaffe evidensbasert kunnskap om denne delen av befolkningen for å kunne tilby likeverdig helsetjenester, samtidig som det kan være en belastning å bli spurt om å delta i forskning når man er i en krisesituasjon. Ettersom psykisk helse av mange fortsatt kan oppleves som et privat anliggende som kan føre til stigmatisering og diskriminering, og det kan foreligge mistillit til forskere, har det bestandig vært vanskelig å rekruttere minoriteter, flyktninger og innvandrere [28,34], noe som har medført at vi har mindre kunnskap om behov og virksomme metoder i denne populasjonen. Derfor vurderes det

som et viktig etisk mål å inkludere denne populasjonen i psykisk helseforskning, og et av våre forskningsspørsmål er utviklet nettopp for å utforske gode og trygge strategier for rekruttering av flyktninger.

Det ble vurdert som uansvarlig å kartlegge pågående psykisk helseplager hos denne gruppen ettersom vi ikke kunne henvise direkte til tilrettelagte helsetjenester ved behov. Derfor vurderte vi det som mer skånsomt å utføre forskning om holdninger og kunnskap om psykisk helse som kan brukes for å utvikle slike tjenester. Piloten ble dermed ikke vurdert å ligge innunder helseforskningloven og det var ikke nødvendig med godkjenning fra REK (referanse: 533676).

Deltakelse gjennom spørreskjemaer og intervju var anonymt (for intervju-delen først etter at transkribering hadde blitt gjort og lydopptak slettet). Alle fikk informasjon enten på papir eller digitalt, og denne informasjonen ble også formidlet på informasjonsmøter og før opptak av intervjuene. Våre beskrivelser av uformelle samtaler er ikke basert på informert samtykke utover at det ble opplyst om at all deltakelse ville være anonymt på informasjonsmøtene. Vi drøftet nøye om dette var kunnskap som kunne formidles videre, men ettersom flere uttrykte at de ønsket å bidra med sine synspunkter, men ikke ønsket at det skulle formaliseres, valgte vi å ta det med i rapporten. Det vurderes at det ville være uetisk å unnlate å formidle uttalte ønsker fra de som ba om å ha samtaler med oss om temaet vi undersøkte i vår rapportering. Vi har ikke referert til innhold i andre samtaler der det har kommet fram private personopplysninger og blitt uttrykt behov for hjelp og støtte, men har i disse tilfellene gitt råd og anbefalinger om hvor man kan søke hjelp.

Når det gjelder observasjoner gjort underveis vurderes dette som viktig kontekstuell informasjon som gir en dypere forståelse av temaene som belyses i denne rapporten. Det kontekstuelle er ofte unnlatt fra vitenskapelig publikasjoner om psykisk helse, og dette kan vurderes som kritikkverdigg. Forskning som forsøker å belyse et fenomen løsrevet fra kontekst kan skape et forvridd bilde av fenomenet. Derfor har vi vurdert at det er etisk forsvarlig, og nødvendig, å beskrive kontekst og observasjoner underveis. Disse resultatene sees i lys av forskernes bakgrunn som et forsøk på å gjøre tolkningene mer transparente.

I rapporten referer vi ikke til navn på akuttinnkvarteringene eller når rekrutteringen fant sted. Dette for å sikre anonymitet. Norsk senter for forskningsdata (prosjektnummer: 692347) har vurdert forskningsprotokoll, prosedyre, informasjon- og samtykkeskriv samt oppbevaring av data og konkludert med at vi følger forskrifter og opererer innenfor norsk lov i vurdering av 25.10.2022.

# 3 Resultater

## 3.1 Rekruttering

De to akuttinnkvarteringene hvor vi rekrutterte deltakere fra var svært forskjellige på flere mål (se tabell 1), og dette kan være av betydning for rekrutteringen.

Tabell 1 Beskrivelse av relevante forhold for rekruttering ved akuttinnkvarteringene

	AI1	AI2
Varighet av opphold for flyktninger	Fra noen uker til måneder	Dager (maksimum 2 uker)
Forskernes samarbeid med AI	Opererte selvstendig	Samarbeid med ansatte
Tolk	Tilknyttet piloten	Miljøarbeider på mottak
Fysisk utforming	Dårlig tilrettelagt for forskning, små rom og adskilte avdelinger	Et fellesareal med matservering
Aktiviteter	Flere beboere var i gang med skole eller arbeid	Oppholdt seg stort sett på innkvarteringen uten eksterne aktiviteter
Aktive krigshandlinger	Pågående og intensiv	Pågående og intensiv

### 3.1.1 Rekruttering spørreundersøkelse

**Deltakere AI1:** Den første akuttinnkvarteringen hadde 54 voksne og 29 barn under 18 år som beboere. 13 voksne og 2 barn deltok på informasjonsmøtet den første dagen på AI1 (25 % av beboerne). De fleste gikk direkte etter møtet og kontaktet oss ikke igjen. En av deltakerne stilte mange spørsmål og kom bort til oss senere med ytterligere kommentarer. Den første dagen besvarte 6 beboere spørreundersøkelsen, hvorav 3 respondenter benyttet vår iPad mens vi var tilgjengelig med tolk, og 3 brukte egne mobiltelefoner ved ukjent tidspunkt. Vi fikk inn 2 besvarelser til i løpet av uken slik at det totalt var 8 av potensielt 54 voksne som deltok. Dette gir en responsrate på ca. 15 % for AI1.

**Deltakere AI2:** På den andre akuttinnkvarteringen (AI2) bodde det 24 personer, hvorav 3 var barn under 16 år. Av disse kom 16 voksne (>18 år) på informasjonsmøtet. I tillegg kom det en ny kohort på ca. 10 flyktninger like etter at informasjonsmøtet var ferdig. Det er mulig noen av disse ble rekruttert av miljøarbeidere til å delta i spørreundersøkelsen, men dette er uvisst. Totalt kom det inn 13 besvarelser i forbindelse med besøket på AI2 hvilket betyr en responsrate på 62 % (eller 42 % om den nye kohorten legges til i nevneren).

**Deltakere gjennom sosiale medier:** Basert på statistikk fra Facebook (FB), nådde innlegget om studien med lenke til deltakelse ut til 10,931 brukere. Dette inkluderer brukere som ble nådd gjennom at lenken ble viderefremidlet/re-posted av andre brukere gjennom «Share» knappen til FB (skjedde 39 ganger). Det var registrert 479 «Engagements» av innlegget (f.eks. «Likes», kommentarer, «Shares»), som inkluderte 339 klikk på selve innlegget, hvorav 94 var klikk på selve lenken til studien. Det var totalt 70 personer som deltok gjennom rekruttering fra FB. Dette betyr at av de som fikk lenken i sin feed på Facebook, var det 3 % som trykket på den og 20 % av disse deltok (det er uvisst hvor mange av de som fikk lenken som var potensielle deltakere – altså personer som fylte inklusjonskriteriene). Tabell 2 som beskrives mer utførlig i neste avsnitt, oppsummerer og sammenlikner deltakerne fra de 3 ulike rekrutteringsarmene.

### 3.1.2 Rekruttering fokusgruppe og intervjuer

Vi forsøkte å rekruttere til fokusgruppe ved begge akuttinnkvarteringene. Ved AI1 informerte vi om fokusgruppe og ba interesserte om å ta kontakt med oss gjennom uka. Det ble også lagt ut på AI1 sin egen Facebook-side. Det var ingen som spontant viste interesse. Flere sa til forskerne at de kunne tenke seg å delta, og det ble informert om tidspunktet fokusgruppe ville finne sted. Det var ingen som møtte opp på dette tidspunktet selv om vi var til stede i et av fellesrommene på AI1.

Ettersom det hadde vært godt oppmøte på informasjonsmøte ved AI1 vurderte vi at det kunne gi bedre rekruttering på AI2 om fokusgruppene ble holdt direkte etter informasjonsmøtet. Her kom det tydelig fram at ingen ville snakke om temaet i gruppe, men at vi heller kunne ha individuelle samtaler. Vi hadde som mål å gjennomføre to fokusgrupper med 8 deltakere i hver (N=16). Vi fikk 4 deltakere til individuelle samtaler.

## 3.2 Resultater fra spørreundersøkelsen

Tabell 2 viser fordeling på sentrale bakgrunnsvariabler (kjønn, alder, etc.) for de som deltok på spørreundersøkelsen, både for alle deltakere samlet og splittet på rekrutteringsarm. Totalt var det 91 personer som svarte, hvorav 11 var menn og 80 kvinner. Cirka 90 % var mellom 18 og 50 år og halvparten hadde barn under 16 år, og det var ingen indikasjon på signifikant variasjon av disse faktorene mellom rekrutteringsarmer.

I forhold til utdanning, derimot, var andelen med høyere utdanning betydelig høyere for deltagere som ble rekruttert gjennom sosiale medier vs. de som ble rekruttert i mottak ( $p < 0,001$ ).

I førstnevnte gruppe oppga over halvparten å ha fullført en mastergrad (52,9 %) mot ca. 14 % av de i mottak 1 og 2 slått sammen. Mange kom fra Kyiv (29 %) eller andre byer med mer enn 100,000 innbyggere. Det var under 5 % totalt som oppga å komme fra en landsby/ruralt område (ikke vist i tabellen). Majoriteten (> 70 %) hadde vært i Norge i mer enn 8 uker på tidspunktet de besvarte spørreskjemaet, men på denne variabelen skilte AI2 seg klart ut fordi alle hadde kommet relativt nylig.

Tabell 2 Fordeling på sosiodemografiske- og bakgrunnsvariabler

	Totalt		Mottakssenter 1		Mottakssenter 2		Sosiale medier		χ <sup>2</sup> test p-verdi
	Prosent (%)	Antall (n)	Prosent (%)	Antall (n)	Prosent (%)	Antall (n)	Prosent (%)	Antall (n)	
<b>Kjønn</b>									0,43
Mann	12,1	11	25,0	2	15,4	2	10,0	7	
Kvinne	87,9	80	75,0	6	84,6	11	90,0	63	
<b>Alder</b>									0,48
18–30	18,7	17	12,5	1	38,5	5	15,7	11	
31–40	41,8	38	37,5	3	23,1	3	45,7	32	
41–50	28,5	26	50,0	4	23,1	3	27,1	19	
51–60	9,9	9			15,4	2	10,0	7	
Over 60	1,1	1					1,4	1	
<b>Kommer fra...</b>									0,65
Kiev	28,6	26	37,5	3	15,4	2	30,0	21	
Regionalt senter	27,4	25	25,0	2	15,4	2	30,0	21	
By >100,000	15,4	14	12,5	1	23,1	3	14,3	10	
By <100,000/landsby	28,6	26	25,0	2	46,2	6	25,7	18	
<b>Utdanning</b>									p<0,001
Ingen høyere utdanning	31,9	29	100,0	8	53,8	7	20,0	14	
Fullført Bachelor	24,1	22			23,1	3	27,1	19	
Fullført Master	44,0	40			23,1	3	52,9	37	
<b>Barn</b>									0,98
Ja	50,0	45	50,0	4	46,2	6	50,0	35	
Nei	50,0	45	50,0	4	53,8	7	48,6	34	
<b>Hvor lenge i Norge</b>									p<0,001
Mindre enn uker	28,6	26	25,0	2	100,0	13	15,7	11	
Mer enn 8 uker	71,4	65	75,0	6			84,3	59	

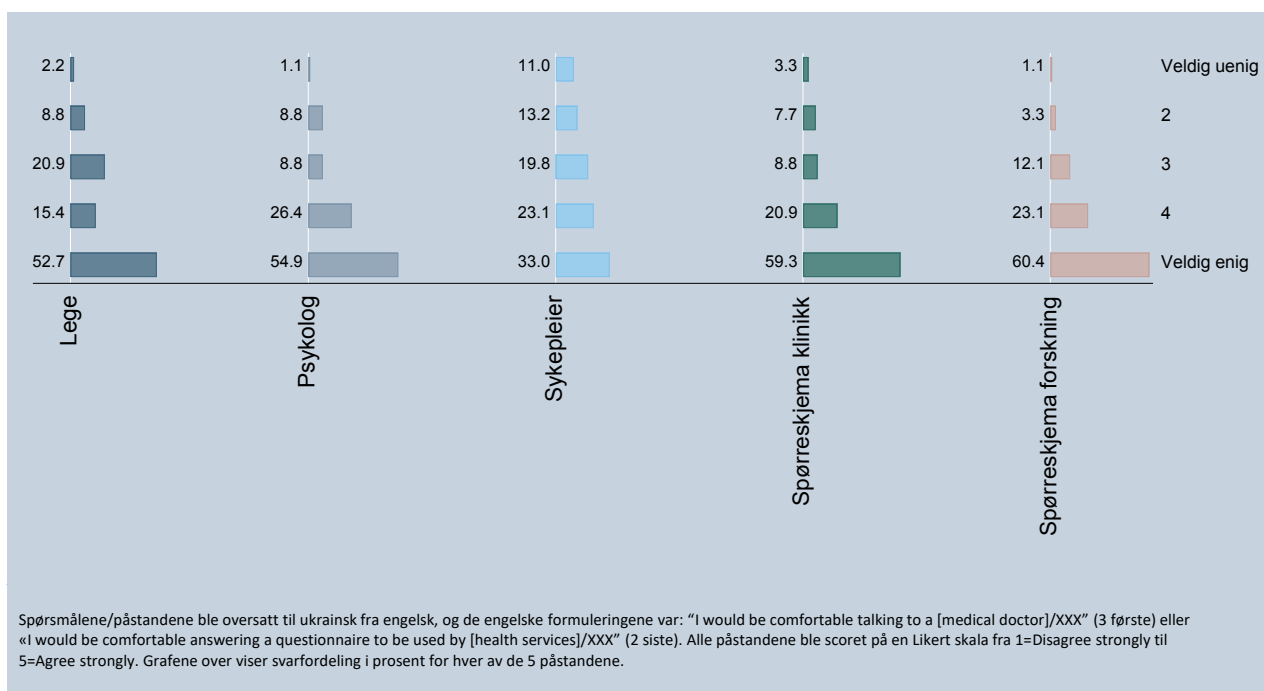
### 3.2.1 Vanlige psykiske reaksjoner og hjelpetilbud

Resultatene av del 2 av spørreskjemaundersøkelsen om vanlige psykiske reaksjoner etter flukt fra krig og potensielt traumatiske hendelser er oppsummert i figur 1. Som det fremgår av figuren svarte majoriteten av respondentene 'veldig enig' i forhold til hvor komfortable de var med å snakke/dele tanker om psykiske reaksjoner til ulike personer eller gjennom spørreskjema. Det var få enstydige sammenhenger mellom svarene på spørsmålene om psykiske reaksjoner og bakgrunnsvariablene i tabell 2 (testet med kjikvadrattest), med unntak av at kvinner tenderte til å være mer komfortable med å snakke med en psykolog enn menn.

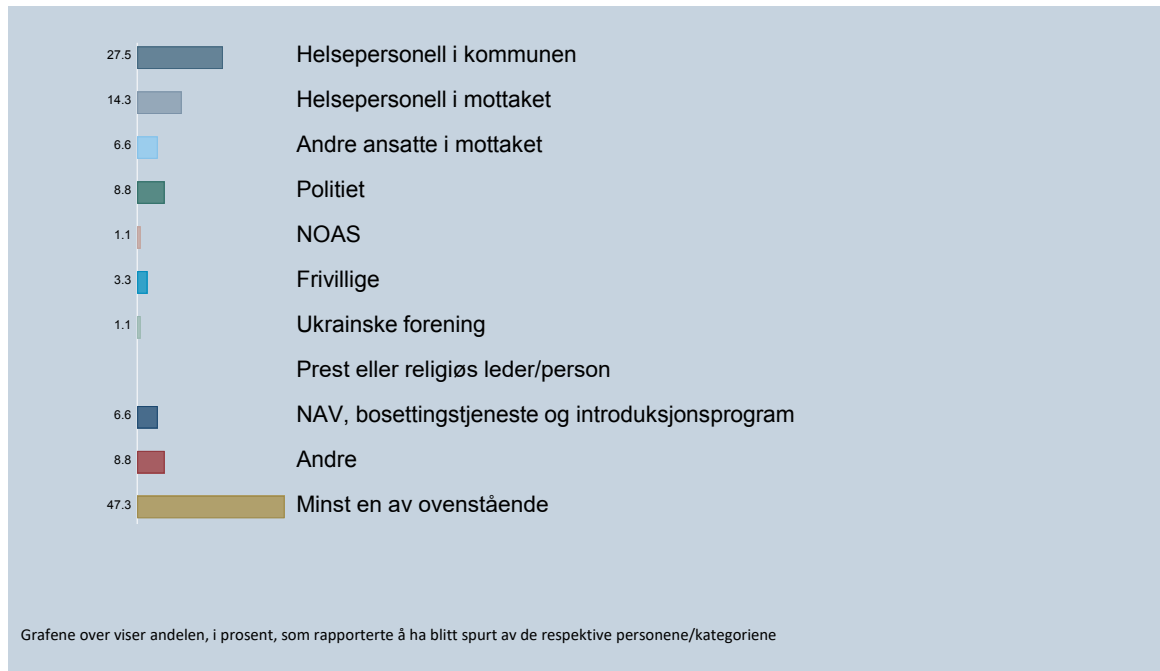
Figur 2 viser at nesten 50 % oppga å ha blitt spurt om psykiske reaksjoner siden de kom til Norge, og det var helsepersonell i kommunen og/eller mottak som oftest hadde spurt (27,5 % og 14,3 %, henholdsvis). Det var en klar positive sammenheng mellom hvor lenge personer hadde vært i Norge og om de hadde blitt spurt (for gruppen som hadde vært i Norge over 8 uker hadde en høyere andel blitt spurt – 55 % vs. 27 %). Det var ingen sammenhenger mellom andre bakgrunnsvariabler og det å bli spurt om psykiske reaksjoner.

Tabell 3 viser svarfordelingene på ulike spørsmål knyttet til det å få hjelp for psykiske reaksjoner. Her svarte over halvparten (56 %) at de har følt behov for hjelp på grunn av psykiske reaksjoner på et eller annet tidspunkt siden de ankom Norge, og nesten 70 % av disse svarte at de ikke hadde fått tilbud om hjelp. Av de som hadde fått hjelp (10 stykker), var det ingen som var misfornøyd, 4 oppga at de verken var fornøyd eller misfornøyd og 6 var ganske eller veldig fornøyd. Totalt svarte over 70 % «Nei» på både i) om de visste hvor de kunne finne informasjon om profesjonell hjelp, og ii) om de visste *hvem* de skulle snakke med av profesjonelle. Det var en tendens til at de som hadde vært mer enn 8 uker i Norge i større grad svarte «Ja» på begge spørsmål (34 % vs. 15 % og 31 % vs. 15 %, for spørsmål i) og ii), henholdsvis), men ingen av disse sammenhengene var statistisk signifikante.

Figur 1 I hvilken grad respondenter oppga å føle seg komfortable med å snakke/rapportere om psykiske reaksjoner



Figur 2 Hvorvidt respondenter oppga å ha blitt spurt om psykiske reaksjoner av ulike personer



Tabell 3 Spørsmål om hjelp for psykiske reaksjoner siden ankomst til Norge

	Prosent (%)	Antall (n)	Test om sammenheng med bakgrunnsvariabler fra tabell 2 (kjønn, alder, urban/rural, utdanning, tid i Norge)
<b>Har du følt at du har trengt hjelp p.g.a. psykiske reaksjoner siden du kom til Norge?</b>			Ingen sammenhenger
Ja	56,0	51	
Nei	12,1	11	
Kanskje	29,7	27	
Vil helst ikke svare	2,2	2	
<b>Har noen tilbudt å hjelpe deg p.g.a. psykiske reaksjoner siden du kom til Norge?</b>			Tid i Norge ( $p=0,039$ )
Ja	11,0	10	
Ja, men jeg takket nei	18,7	17	
Nei	67,0	61	
Vil helst ikke svart	3,3	3	
<b>Hvis «Ja» på spm. over, hvor fornøyd var du med hjelpen du fikk?</b>			Ingen sammenhenger
Veldig misfornøyd	-	-	
Litt misfornøyd	-	-	
Verken fornøyd eller ikke fornøyd	40,0	4	
Ganske fornøyd	40,0	4	
Veldig fornøyd	20,0	2	
<b>Hvis du har behov for å snakke med en profesjonell om dine psykiske reaksjoner, vet du hvor du kan finne informasjon om dette?</b>			Ingen sammenhenger
Ja	28,6	26	
Nei	71,4	65	
<b>Hvis du har behov for å snakke med en profesjonell om dine psykiske reaksjoner, vet du hvem du skal snakke med?</b>			Ingen sammenhenger
Ja	26,4	24	
Nei	73,6	67	



### 3.2.2 Hjelpesøkende atferd

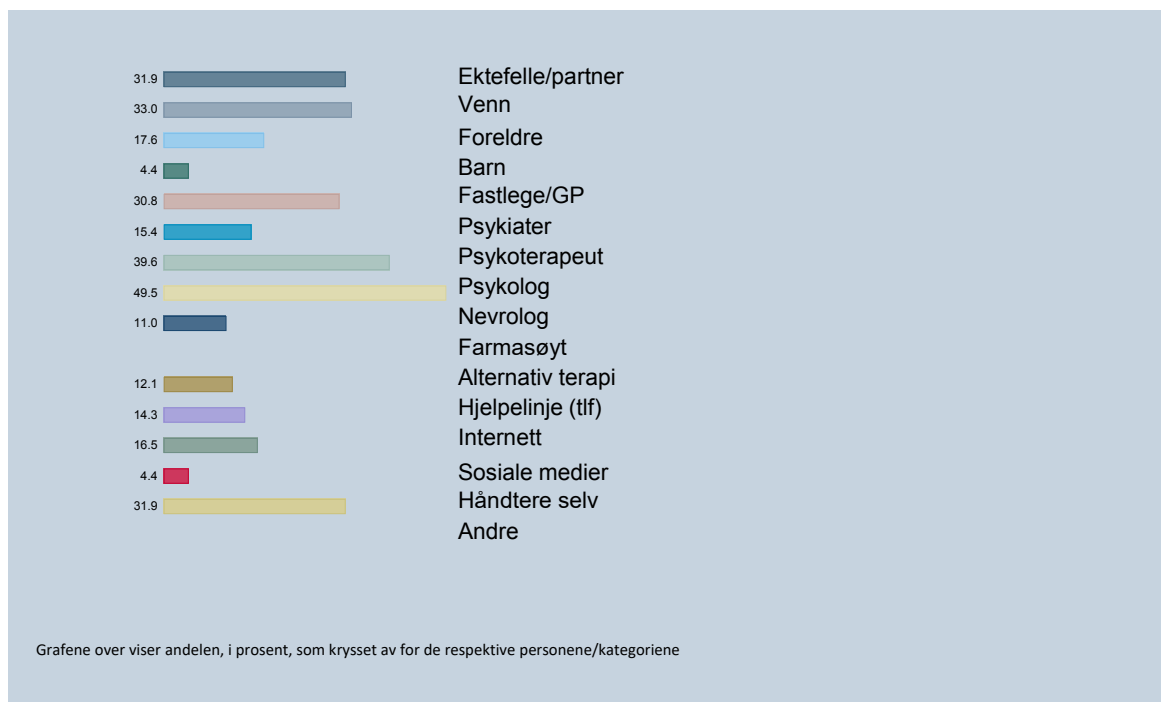
Figur 3 viser resultatene om hjelpesøkende atferd, eller mer spesifikt, hvem respondentene mente de ville kontaktet dersom de trodde de hadde et problem med psykisk helse. Som fremgår av figuren var psykolog (49,5 %) og psykoterapeut (39,6 %) de svarkategoriene som flest respondenter krysset av for, etterfulgt av fastlege, ektefelle/partner og venn (alle på rundt 30 %). Det var ca. 15 % som krysset av for psykiater. På spørsmål om når de ville tatt kontakt med en profesjonell for å få hjelp, svarte nesten 40 % enten: i) når jeg ikke klarer å håndtere problemene selv, eller ii) når symptomene på problemer «har vart for lenge». På samme spørsmål svarte bare 7 % at de ikke ville søkt profesjonell hjelp. På spørsmålet hvilken profesjonell de ville ha kontaktet, var de mest frekvente svarene fastlege, psykolog og psykoterapeut (alle rundt 25 %), mens bare 2 personer svarte psykiater. Figur 4 viser hva respondentene svarte på hvordan de best kan hjelpe et familiemedlem eller en venn som har psykiske helseproblemer. De tre vanligste svarene på dette spørsmålet var: lytte, gi generell støtte og oppmuntre til at personen søker profesjonell hjelp (rundt 60 % for alle tre).

### 3.2.3 Kunnskap om psykisk helse

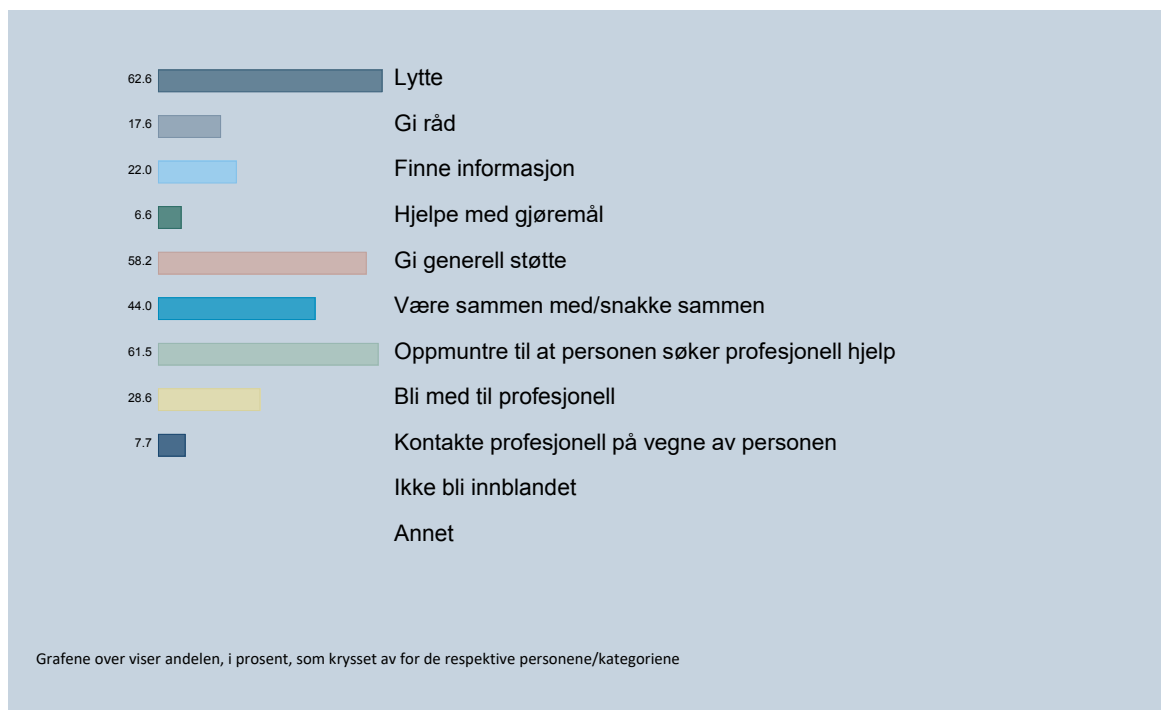
På del 4 som omhandlet kunnskap/informasjon om psykisk helse, svarte ca. 50 % at de var veldig godt (13 %) eller ganske godt (37 %) informert om dette temaet, og litt under 50 % svarte at de var dårlig/ganske dårlig informert. Personer fra Kyiv svarte oftere at de var godt informert om psykisk helse sammenliknet med de som kom fra andre deler av Ukraina, men det var ikke et tydelig mønster at personer fra små byer/landsbygda svarte at de var dårlig(ere) informert, og utdanning viste heller ingen klar sammenheng med hvor godt informert respondenter følte de var. Figur 5 viser hva respondentene svarte på spørsmålet: «Hva er beste måte å nå personer på som nylig har kommet til Norge fra Ukraina for å gi informasjon om psykisk helse og hvordan man kan få hjelp?». Som fremgår av figuren er helsepersonell det svaralternativet som flest krysset av på (68,1 %), etterfulgt av sosiale medier (56,0 %) og internett (45,1 %).

Gjennomsnittet for sumskåren på Mental Health Knowledge Schedule (MAKS) var 21,0 (standardavviket var +/- 3,2 og 25/75 interkvartilverdier var på 19,2 og 23,0, data fra 78 deltakere). Det var ingen statistisk signifikante sammenhenger mellom MAKS sumskåre og bakgrunnsvariablene fra tabell 2. Figur 6 viser svarfordelingen på de 6 første påstandene i MAKS-skalaen, og figur 7 viser fordelingen for de siste 6 spørsmålene i MAKS, og i tillegg for PTSD (altså, hvor enig respondenten er at de opplistede reaksjonene/tilstandene er en psykisk lidelse). Vi ser en variasjon i hvor enig deltakerne var om man burde søke profesjonell hjelp og hvorvidt stress og sorg er uttrykk for psykiske lidelse, men de fleste var i varierende grad enig i at depresjon, schizofreni, bipolar lidelse og stoffmisbruk var en psykisk lidelse. Vi ser også en overvekt av deltakere som forstår PTSD som en psykisk lidelse, men her er det en større gruppe som er verken enig eller uenig (16,5 %).

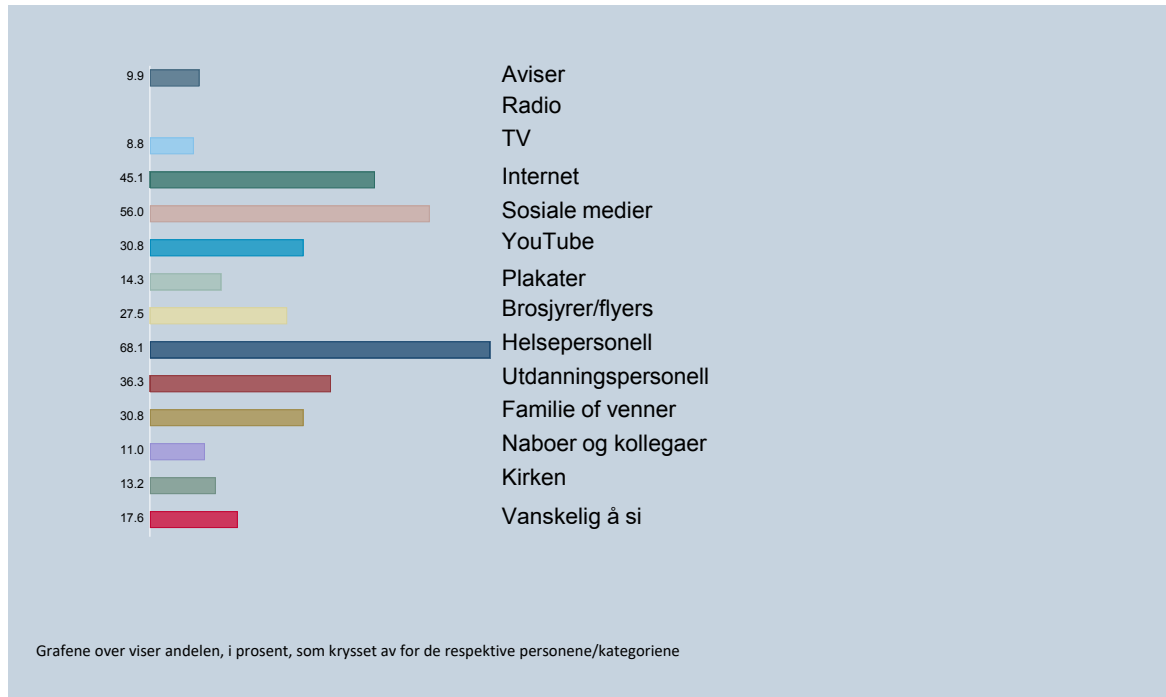
**Figur 3 Hvem respondentene rapporterte de ville kontaktet dersom de trodde de hadde et problem med psykisk helse**



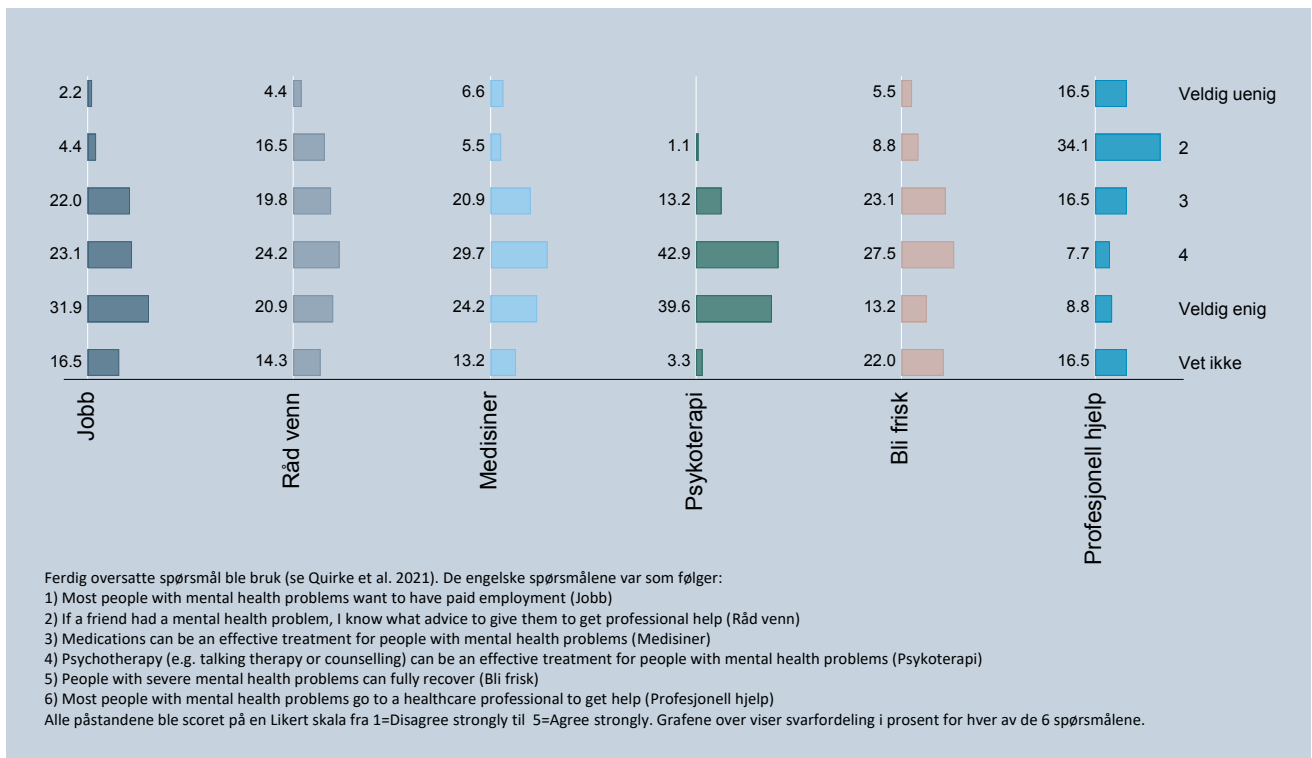
**Figur 4 Respondentenes svar på hvordan de best kan hjelpe et familiemedlem/venn som har psykiske helseproblemer**



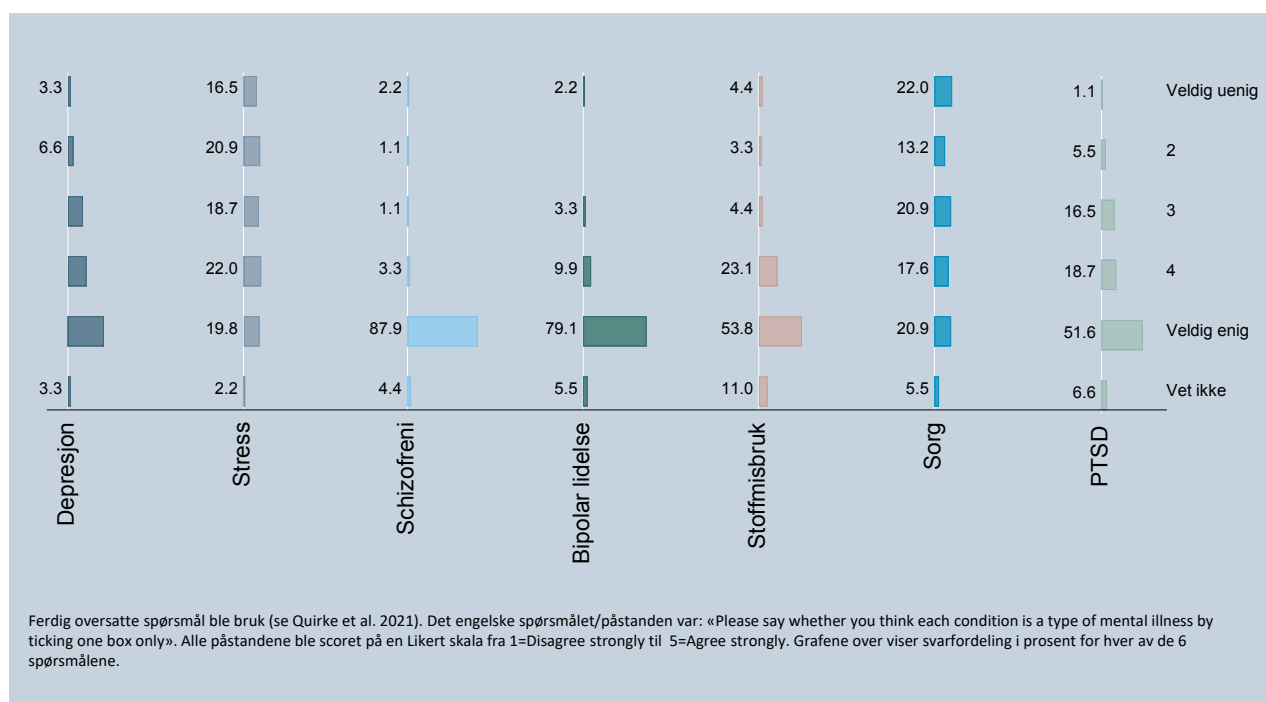
**Figur 5** Respondentenes svar på «beste måte» å nå personer på som nylig har kommet til Norge fra Ukraina for å gi informasjon om psykisk helse og hvordan man kan få hjelp



**Figur 6** Svarfordelingene på de første 6 spørsmålene i «Mental Health Knowledge Scale» (MAKS)



Figur 7 Svarfordelingene på de siste 7 spørsmålene i «Mental Health Knowledge Scale» (MAKS)



### 3.3 Resultater fra intervjuene

#### 3.3.1 Deltakere

Resultatene er basert på tre intervjuer med til sammen fire deltakere. Det var to deltakere som kom sammen til første intervju. Intervjuene tok i gjennomsnitt 28 minutter.

- Intervju 1 med to kvinner som hadde reist med sine barn, en med et barn på 12 år og en med et barn på 3 år. De hadde vært i Norge i en uke.
- Intervju 2 med en mann som har ankommet nå etter sin kone og deres to barn på 3 og 7 år. Barna hadde vært i Norge i 6 måneder. Han har hatt daglig kontakt med barna og var godt orientert om deres tilstand og behov.
- Intervju 3 med en far som nettopp hadde ankommet. Han reiste med sin kone og to barn på 10 måneder og 9 år. De hadde vært i Norge i ca. 2 uker.

#### 3.3.2 Intervjuere

Et sentralt prinsipp i etnografiske forskning er at man anerkjenner at forskerne er en del av den sosiale virkeligheten man studerer, og at påvirkningen man har på det som studeres ikke er mulig å unngå. I disse tilnærmingene anerkjennes det også at maktrelasjoner kan påvirke forskningsprosessen [33]. Selv om dette ikke er en etnografisk studie per se gjelder noe av de samme prinsippene dette arbeidet som er gjort. Vi er her innforstått med at vår bakgrunn kan ha innvirkning på vår atferd under intervjuene og hva vi trekker frem av tolkninger. Vi har hatt konsensus om alt som er beskrevet av resultater, men har også en del fellestrekk i erfaring og derfor beskrives vår bakgrunn noe nærmere før tolkningen av de kvalitative intervjuene. Alle sitatene som var relatert til tematikken i intervjuene er inkludert i resultatdelen, og det er derfor ikke et selektert utvalg. AO er kvinne som selv har migrasjonserfaring, men ikke flyktningbakgrunn. AO har tidligere forsket og arbeidet klinisk med psykisk helse hos flyktninger og innvandrere og er spesielt opptatt av kulturell variasjon i forståelse av psykisk helse og behandling. HM er kvinne og

har tidligere arbeidet med forskning på levekår for barn og unge som søker asyl i Norge, og jobbet i introduksjonsprogrammet for flyktninger. Hun er også under utdanning som klinisk psykolog.

### 3.3.3 Holdninger til kartlegging og oppfølging av barn og unges psykiske helse

Informantene var enig i at det hadde vært greit at helsepersonell spør barna deres om psykososiale forhold og eventuelle psykisk helse ved tidlig ankomst, og at de fleste barn tåler å bli spurt om deres opplevelser og psykiske reaksjoner. Flere nevnte at deres egne barn hadde hatt reaksjoner på krigen som mareritt, apati, og ustabil humør og atferd, og at de hadde hatt godt av å snakke om det. For eksempel sa en informant at *«Vel, samtaler kan holdes. Slik at man ikke blir full av følelser inne i seg. Og snakke det ut»*. *«Da blir det lettere»*, supplerte en annen. På spørsmål om hva slags tilbud man hadde ønsket fantes i forhold til psykisk helse ved ankomst til Norge, svarte en deltaker: *«Det som hadde vært perfekt, er om noen bare kunne kommet og spurt, og hjulpet»*. En deltaker som var positiv til å snakke med barn om deres reaksjoner påpekte likevel at hun var usikker på hvordan barn vil reagere dersom de blir påminnet noe traumatisk: *«La dem spørre, tror ikke det skader barnet. Men jeg vet ikke helt egentlig, dersom dattera mi er virkelig traumatisert, så er det vanskelig for meg å vite hvordan hun reagerer på det hun blir minnet om»*. Av de 6 barna vi fikk informasjon om var det kun en som hadde blitt spurt om hvordan de hadde det psykisk etter ankomst til Norge, og hatt oppfølgingsamtaler med politi og ansatte i akuttinnkvarteringsfasen.

I forhold til utfylling av kartleggingsskjemaer om psykisk helse var deltakerne også generelt positive. En informant mente at folk var vant til å fylle ut skjemaer, og at dette ikke ville være noe problem: *«Jeg tror ikke dette er problematisk. Jeg husker fra skolen min i Ukraina, da hadde vi helsekontroll med lignende spørsmål nesten hvert halve år... 1000 skjemaer å fylle ut (...)*. Samtidig påpekte informantene at selv om man vil få viktig informasjon gjennom slike skjemaer dersom folk svarte ærlig, kom ikke alle til å ta slik utfylling seriøst. Det var variasjon i meninger om alder for når barn kan fylle ut selv, fra 8–12 år. En av foreldrene påpekte at han gjerne ville ha sett gjennom spørsmålene først.

Selv om flere av informantene mente at barna deres hadde hatt godt av å snakke med noen, ville de ikke nødvendigvis ha behov for tiltak. To av informantene sa at barna som viste reaksjoner ville klare seg fint bare med hjelp fra foreldre.

### 3.3.4 Hva kan man snakke om?

Intervjudeltakerne gav oss også tilbakemeldinger om ulike temaer innenfor psykisk helse som det kan være mer eller mindre greit å snakke om. Det var flere som synes det var fint å spørre barn spørsmål om søvn, appetitt, endret atferd og lignende, og at vi burde huske på å spørre nærmere om flukten og forholdet ved reisen. En informant uttrykte det slik: *«Ja, dette her er viktig å vite. Etter at barnet ble utsatt for traumer så er det viktig å få hele atferden og reaksjonene til barnet»*. Noen påpekte at på spørsmål om barna er mye bekymret, redde eller engstelige, kunne barna ha behov og hjelp til å uttrykke seg.

*Her kommer det an på barnet. Det kan være litt vanskelig å forstå sin egen bekymring. Her må mamma eller pappa koble seg til for å hjelpe barnet, eller de kan hoppe over spørsmålet (...). Ikke alle barn kan beskrive sine egne indre følelser.*

En av informantene synes at man burde kunne slippe å fortelle om tap av nære andre, fordi det kunne føre til emosjonelle reaksjoner, og ikke alle kommer til å ville gå inn i dette: *«Vel, spørsmålet er kanskje passende, men man kan tolke det emosjonelt. (...) Kanskje ikke alle vil snakke om det, og da hadde det vært fint om man kunne slippe å svare på dette spørsmålet»*.

Samme informant synes også det var rart å spørre barn om rusbruk ettersom vedkommende tenkte at barn som er 10 år ikke burde vite om rus i det hele tatt.

### 3.3.5 Hvordan snakke om psykisk helse?

Deltakerne hadde også meninger om hvordan vi bør tilnærme oss tematikken når vi snakker med barn og unge om deres psykiske helse. Selv om det generelt var samstemthet om at man kan spørre om hvordan de har det, mente flere at det er viktig at intervjuer tilnærmer seg tematikken forsiktig, og tilpasser seg det enkelte barnet. Flere sa at begrepet «psykisk helse» kan virke skremmende, og at det er bedre å bruke andre formuleringer. «Det er lov å spørre om alt, det viktigste er på hvilken måte spørsmålet blir stilt. Det må foreligge en kunnskap bak». En annen sa at «Barna mine er ikke lukket, det er bare viktig å finne en passende tilnærming, og de kan fortelle alt». En informant fremhevet at ordet psykisk helse ikke burde brukes om flyktningers reaksjoner som følge av krig og flukt: «'Psykisk?', det virker skremmende. (...) Om vår tilstand, ikke bruk 'psykisk'». I stedet for å bruke ordet psykisk helse sa en annen informant at man heller kan tilby de som ønsket det en 'samtale': «Inviter til en samtale hvor man kan åpne seg». På den andre siden mente en informant at det er helt uproblematisk å spørre om psykisk helse:

*Jeg ville absolutt ikke vært redd for slike spørsmål, de er helt greit å stille. Det kan skremme noen, ja. Men jeg er vant til slike tester, jeg har jobbet i (navn på tjeneste), der stiller de ofte slike spørsmål for å teste folk. (...) Jeg ville ikke endret noe.*

Lignende sa en intervjudeltaker at selv om det kunne være vanskelig å snakke om erfaringer fra krig og flukt, ville han ikke vært redd for å snakke om dette:

*I prinsippet så tror jeg at ingenting kunne skremt meg. Men det er en del ting som det ikke er behagelig å tenke over og snakke om. Likevel ville det ikke skremme meg å snakke om en del av momenter og ting som vi har opplevd i det siste.*

### 3.3.6 Foreldres ønske om selv å få snakke med noen

Flere av foreldrene påpekte at de selv gjerne skulle ha snakket med noen ved ankomst til Norge. «Jeg hadde gjerne snakket og åpnet meg litt for noen. Kanskje om det hadde vært en psykolog til stede». En annen deltaker supplerte med: «Vi har opplevd mye i løpet av hele denne perioden og det er mye følelser som har samlet seg». En av deltakerne som selv hadde ønsket å snakke med noen etter ankomst, fortalte at han trodde mange ville ønske dette, men at det kunne vært best etter noen timer eller dager, slik at man først får landet etter flukten:

*Ja, ja. Ikke med en gang etter ankomsten, men kanskje dagen etter eller noen timer etter ankomsten. Det trengs tid. Man må bli vant til det nye stedet. (...) Jeg antar at ca. 40 % ville snakke med noen. Og grunnen er den vanskelige situasjonen vår. Kanskje det er enda mer, ca. 50 %. Kanskje ikke neste dag, men etter noen dager.*

På oppfølgingsspørsmål om en av deltakerne kunne ha tenkt seg å delta i samtalegrupper, svarte informanten at han ville ha foretrukket individuelle samtaler: «Individuelt, 100 %. Det er mange som er veldig lukket nå». På spørsmål man ville tatt i bruk digitale tjenester for å snakke med noen, uttrykte en annen deltaker: «Nei, bare et menneske som kunne kommet til oss og spurt 'hvordan går det?', 'trenger dere noe?'. Nei, jeg ser ikke noe poeng i dette. Tror ikke det. Det er bedre å snakke med noen ansikt mot ansikt».

Flere påpekte at det ville vært best om alle fikk et tilbud om tilpasset individuelle samtaler raskt etter ankomst. Som en deltaker uttrykte det «*Gi tilbud til alle og deretter kan folk velge selv om de vil delta i en samtale eller ikke*».

### **3.4 Observasjoner, tilbakemeldinger og henvendelser**

Observasjoner og feltnotater fra akuttinnkvarteringene, tilbakemeldinger fra beboere, ledere, ansatte, tolker ved AI1 og AI2, organisasjoner og ukrainere som hadde sett innlegget om undersøkelsen på Facebook i løpet av datainnsamlingen, bidro til å utfylle informasjon vi fikk gjennom spørreundersøkelsen og intervjuene. Flere beboere henvendte seg til oss med spørsmål eller ønske om hjelp eller råd, eller ønske om å dele sine historier uten å bli intervjuet, som også gav innsikt i deres situasjon. Referansegruppen hadde viktige innspill underveis i studien. I denne delen vil vi beskrive disse observasjonene, tilbakemeldingene og henvendelsene.

#### **3.4.1 Forespørsler, udekte behov og ønske om å dele**

Flere beboere tok kontakt med oss og hadde spørsmål eller etterspurte råd om temaer som angikk en selv eller barna. Råd om søvn og hjelp til å håndtere mareritt gikk igjen i disse samtaler. Flere uttrykte behov for oppfølging av fysisk helse og nødvendige medisiner.

På begge akuttinnkvarteringene møtte vi beboere som ønsket å dele sine opplevelser med oss. Beboerne fortalte om vanskeligheter i livet før krigen, diskriminering, barnas og egne krigsopplevelser, tap, tortur, partnervold og tøffe opplevelser under flukten. Noen hadde barn som var igjen i andre land og medfølgende barn som de fortalte slet psykisk nå. Noen var bekymret for hvordan barna hadde det i Norge, en forelder fortalte at et av barna ble mobbet på skolen. Enkelte satte ord på følelser som frykt, sinne og maktesløshet over en lang periode, og sorg over å måtte forlate alt de hadde bygd opp over et langt liv.

Flere uttalte helt eksplisitt at de trengte noen å fortelle sin historie til akkurat nå, eller at barna deres trengte det. En beboer fremhevet at politiet var de eneste som hadde spurt hvordan de hadde det etter ankomst. Et foreldrepar uttrykte at det ville hjelpe mye bare å kunne fortelle noen om det de hadde opplevd (vitne) raskt etter ankomst, og at de kjente litt lettelse bare etter å ha snakket med forskerne. Noen la til at dette kunne de tenke seg å gjøre individuelt eller som par, men ikke i gruppe.

#### **3.4.2 Kartlegging og helseoppfølging: Eksisterende tilbud og forslag til oppfølging**

Flere ansatte og beboere gav oss konkrete tilbakemeldinger om kartlegging av psykisk helse og erfaringer med eksisterende helseoppfølging i mottaksfasen, eller ønsker og ideer for dette.

Ved medisinske saker og alvorlig psykiske plager fikk vi tilbakemeldinger om at oppfølgingen stort sett fungerte godt. Noen beboere fremhevet hvor god oppfølging de hadde fått hos fastlegen for sin fysiske helse. Ved AI1 hadde de ansatt en sykepleier, i tillegg til en lege som kom innom noen timer per uke. Sykepleieren gjennomførte tidlig helsesjekk og kartlegging av psykisk helse der hun vurderte det som relevant. I de mest alvorlige tilfellene ble personen henvist til BUP/DPS, og sykepleieren mente at de som trengte det fikk tilbud av spesialisthelsetjenesten. En kommunal psykisk helsetjeneste rettet mot barn og familier hadde vært innom en gang iblant og hjulpet til i enkeltsaker.

Vi fikk også tilbakemeldinger om skuffelser i møte med helsevesenet. En beboer fortalte om en bekjent som ikke hadde fått resept på søvnmedisiner som de hadde fått foreskrevet i Ukraina og

var avhengige av. En ansatt ved AI2 fortalte at den psykiske helsetjenesten i kommunen hadde avvist en beboers behov for samtaler, ettersom de ikke ønsket å tilby noen få timer til nyankomne som snart skal reise videre. Et medlem i brukerpanelet trodde på den andre siden at det i liten grad vil være ønske om oppfølging av psykisk helse hos nyankomne tidlig i ankomstfasen. Hun mente at de fleste vil være mer tilgjengelig for oppfølging av psykisk helse i en senere fase etter bosetting, når hverdagen er mer stabilisert og man i større grad opplever tilværelsen som oversiktlig og forutsigbar.

Når det gjelder lavterskel oppfølging av vanlige reaksjoner etter krig og flukt fikk vi også ulike tilbakemeldinger og forslag. Helsesykepleieren ved AI1 opplevde det som vanskelig å finne gode velegnete tjenester ved mindre alvorlige symptomer på psykiske vansker. Et medlem i brukerpanelet som er involvert i arbeid med ukrainske flyktninger mente at det viktigste i denne tidlige fasen vil være å tilby psykoedukasjon om normale reaksjoner for ulike aldre, og enkelte tips om hvordan å håndtere egne og barnas reaksjoner, eventuelt støttesamtaler for de som ønsker det. Ved AI1 hvor det hadde blitt forsøkt å rekruttere nettopp til deltakelse i psykoedukative grupper om vanlige stressreaksjoner, hadde det imidlertid vært lite interesse for deltakelse. En på informasjonsmøtet for studien foreslo en egen hjelpetelefon hvor nyankomne kunne ringe for å snakke om psykisk helse på eget morsmål.

Noen kom med spesifikke synspunkter på kartlegging av psykisk helse og kommenterte på hvordan denne kartleggingen burde foregå. Blant annet sa en beboer ved AI1 og en ansatt ved AI2 at det burde være obligatorisk kartlegging av psykisk helse ved ankomst til landet, og at alle kunne ha fylt ut et spørreskjema om dette. En beboer ved AI2 sa at tenåringer trolig ikke ville snakke om vanskelige temaer foran foreldrene sine, men at de vil åpne seg hvis man snakker med dem alene *én-til-én*.

### **3.4.3 Barrierer for å snakke om psykisk helse**

I løpet av datainnsamlingen erfarte vi at flere ikke ønsket å snakke med oss i det hele tatt og dette ble drøftet underveis. Her beskriver vi flere tilbakemeldinger om mulige barrierer for deltakelse i studien, og for kartlegging og oppfølging av psykisk helse i en tidlig ankomstfase.

Tillitt ble beskrevet av noen som en mulig sentral barriere. Flere ganger på AI1 ble det formidlet at psykiatrien i Ukraina bar preg av sin tid under sovjetisk styre, og at det kunne forklare fortsatt lav tillit til psykiatri og motstand mot å snakke om psykisk helse. En beboer som sa at det var viktig å snakke med noen i ankomstfasen, mente at dette krever tillit som kan ta tid å opparbeides. Hun mente også at taushetsplikten hos helsepersonell ikke er så streng i Ukraina, og fortalte en privat historie derfra for å understøtte poenget. Det ble påpekt at behov for tolk ytterligere kan utfordre nyankomnes følelse av trygghet til å snakke om hvordan man har det. Når tolk benyttes er det enda en person som skal involveres i det som kan være vanskelig å dele. Selv om man kanskje stoler på forskeren eller psykologen, stoler man ikke nødvendigvis på tolken.

Vi fikk også tilbakemelding om at samvittighet og vurdering av egen situasjons alvorlighet vil spille en rolle for om man oppsøker eller tar imot hjelp. Mange vil kjenne på at andre har det verre, og vil ikke bruke opp helseressurser som andre kan trenge mer. Dette vil spesielt kunne gjelde for de som flyktet først, eller som ikke har vært direkte eksponert for krigsopplevelser.

Vi ble også gjort oppmerksomme på andre forhold som kan ha påvirket forskningsdeltakelse. På en av innkvarteringene fikk vi vite om en pågående konflikt, som gjorde at flere beboere oppholdt seg på rommene sine og gjorde at vi ikke kom i kontakt med dem. Vi fikk også tilbakemelding om



at frykt etter rykter om norsk barnevern muligens kunne ha påvirket beboernes vilje til å snakke om egne barn i fokusgruppe med personer som kommer utenfra.

### 3.4.4 Tilbakemeldinger om forskningsdesign og rekruttering

Underveis i datainnsamlingen fikk vi flere tilbakemeldinger om studien, rekrutteringsstrategi og tanker om hva som kunne ha ført til større deltakelse i forskningen. To beboere ved AI1 påpekte at de syntes studien var viktig.

Flere gav oss råd om hva som kunne ha bidratt til større deltakelse. På informasjonsmøtet ved AI1 fortalte en beboer at det var mange obligatoriske spørreundersøkelser i Ukraina, og at folk var vant til å svare på disse. Beboeren mente at det ville bli vanskelig å få deltakere med i studien når deltakelse ikke er obligatorisk. Lignende mente ansatt på AI2 at undersøkelsen burde være obligatorisk for å få deltakere. Noen fortalte at mange ukrainere med psykiske vansker oppsøker den ortodokse kirken for hjelp og støtte, og at det derfor kan være en ide å rekruttere derfra.

Vi fikk motstridende tilbakemeldinger om språk i løpet av datainnsamlingen. På AI1 snakket avdelingens egen tolk ukrainsk. Også tolken som var leid inn som medarbeider i studien snakket ukrainsk, og vi fikk ingen negative tilbakemeldinger om dette. På AI2 sa tolken/miljøarbeideren at beboerne foretrakk russisk, hun oversatte derfor til russisk da hun tolket for oss. Samtidig fikk vi høre at noen beboere ved AI2 hadde blitt glade da de møtte ukrainsktalende personale. Fra en flyktninghelsetjeneste som hadde tilbudt seg å distribuere plakater med lenke til studiens spørreskjema, fikk vi tilbakemelding om at informasjonen og spørreskjemaet også burde blitt oversatt til russisk, da mange av de ukrainske flyktningene der var mest komfortable med dette.

Vi fikk også tilbakemeldinger på ordbruk i rekrutteringen. Til epostadressen som var oppgitt i spørreundersøkelsen, fikk vi et utfyllende brev fra lederen for en ukrainsk hjelpeorganisasjon med anbefaling om å ikke benytte ordet «flukt» eller «flyktning. Selv om mange faktisk har flyktet fra krigen, ville de kunne reagere sterkt, bli trigget eller støtt av disse ordene, fordi det angivelig er krefter i det ukrainske samfunnet som sterkt fordømmer de som reiser. Lignende tilbakemelding fikk vi som kommentar under Facebook-innlegget som rekrutterte til undersøkelsen, der en person skrev at «personer som flykter fra Ukraina» burde endres til «personer som reiste bort fra Ukraina på grunn av krig», fordi ordet «flykte» kunne tolkes som å rømme fra ansvar og forpliktelser.

Noen var skeptiske til selve forskningsdesignet og spørreundersøkelsen. En beboer meddelte at han trodde få ville delta i spørreundersøkelsen ved å skanne QR-koden på plakatene vi hadde hengt opp, da temaet er sensitivt. Det ville vært bedre å snakke med et menneske ansikt til ansikt. Beboeren spurte også om datasikkerhet ved utfylling, selv om det hadde blitt gitt informasjon om anonymitet og sikker lagring på informasjonsmøtet. Han mente mange vil være skeptiske til dette. Vi fikk også tilbakemelding om at det kunne være en ide å bruke frivillige ansatte ved innkvarteringene som kjenner beboere i rekrutteringen, for å skape trygghet til å delta. En beboer kommenterte under utfyllingen at hun synes spørreskjemaet var langt, og at spørsmålene vanskelige.

I tillegg til de tidligere beskrevne kommentarene fra de nyankomne om at de foretrakk å dele sine historier og opplevelser *én til én*, fikk vi tilbakemeldinger om at det ikke var ideelt å snakke om tematikken for studien i grupper. Tolken/miljøarbeideren ved AI2 sa før vi startet rekrutteringen at folk ikke kom til å bli med i fokusgrupper, men at vi ville få flere deltakere i studien om vi snakket med deltakerne enkeltvis. Dersom vi fikk deltakere til gruppeintervju, trodde hun heller ikke at deltakerne kom til å snakke fritt om temaene foran hverandre, men at de ville trenge helt konkrete spørsmål.

## 4 Diskusjon

### 4.1 Oppsummering

Vi, som så mange andre forskere, opplevde at det var vanskelig å rekruttere flyktninger til forskning om psykisk helse. De som besvarte spørreskjemaet gjennom sosiale medier hadde signifikant høyere utdanning enn de som svarte gjennom stedsspesifikk rekrutteringsmetode. Dette er et viktig funn med tanke på representativitet i store digitale spørreundersøkelser. Vi hadde varierende erfaringer med deltakelse gjennom stedsspesifikk rekrutteringsmetode avhengig av flere mulige kontekstuelle faktorer som blant annet tid i Norge og forhold ved akutt-innkvarteringen. Våre erfaringer tilsier at stedsspesifikk rekruttering av flyktninger gir høyere deltakelse enn gjennom spørreskjema på sosiale medier, og er spesielt viktig for å rekruttere deltakere med lavere utdanning.

Funnene om udekkede helsebehov og holdninger og kunnskap om psykisk helse hos nyankomne ukrainske flyktninger ble belyst gjennom spørreskjema, observasjoner, uformelle samtaler og intervjuer. Hovedfunnene fra spørreundersøkelsen er at en stor andel har følt et behov for å snakke med noen om sine opplevelser og psykiske reaksjoner siden ankomst til Norge, men at nesten 70 % av disse ikke har fått et tilbud. De fleste bekreftet at de ville ha vært komfortable med å snakke om psykisk helse med en helsearbeider. Videre viste spørreundersøkelsen at 50 % opplevde å være godt eller ganske godt informert om psykisk helse mens 50 % opplevde å være dårlig eller ganske dårlig informert. Likevel bør det understrekes at de ukrainske flyktninger som deltok i denne piloten hadde en signifikant høyere skåre på kunnskap om psykisk helse enn i den generelle befolkningen i Ukraina [24].

Temaer som viste seg å være viktig gjennom intervjuer og uformelle samtaler var *hvordan* man kan snakke om psykisk helse, klare forslag til oppfølging, samt viktige barrierer. Kort oppsummert får vi inntrykk av at flere hadde et behov for å snakke om sine opplevelser og reaksjoner raskt etter ankomst. Det var stort sett positive holdninger til tidlig kartlegging av psykososiale behov, også av barn og unge, men bruken av ordet «psykisk helse» kunne virke som en av flere barrierer til å snakke om reaksjoner med en helsearbeider og senere bruk av slike tjenester. Det ble også nevnt av mange at det var ønskelig med *èn-til-èn* samtaler om psykisk helse og helst på eget morsmål. Vi fikk tilbakemelding om at vi best kan nå denne gruppen med informasjon om psykisk helse gjennom samtaler med helsepersonell eller internettjenester slik som sosiale medier.

### 4.2 Svakheter og styrker

En hovedbegrensning i denne studien var lav deltakelse, men ettersom rekrutteringsstrategi var et av hovedspørsmålene er denne begrensningen også et sentralt forskningsfunn. Vi kan på ingen måte anta at vårt utvalg er representativt for gruppen vi ønsket å undersøke. Det er i tillegg en begrensning at spørreskjema kun var tilgjengelig på Ukrainisk ettersom vi da ikke fikk rekruttert deltakere som kun snakket russisk. En større studie vil måtte kunne besvares på flere språk.

Det vurderes som en styrke at vi har anvendt flere metoder, både kvalitative og kvantitative, samt observasjon, for å innhente og tolke kunnskap. Dette ser ut til å ha bidratt til et mer representativt utvalg enn om vi hadde benyttet *èn* forskningsmetode alene.

Vi planla i utgangspunkt å organisere fokusgruppe for å besvare forskningsspørsmål tre. Dessverre fikk vi ikke rekruttert deltakere til gruppesamtaler, og det ble formidlet av flere at dette kunne skyldes stigma eller skepsis til å dele sine synspunkter på psykisk helse i gruppe. Dette medførte at vi heller holdt individuelle samtaler og da kun med fire personer. Igjen så gir dette en begrensning i forhold til representativitet, og vi antar at de som valgte å delta var et utvalg som kjente seg tryggere på å snakke om psykisk helse enn de som ikke ønsket å delta. Vi var også nødt til å være fleksible i våre metoder, noe som kan vurderes som både en svakhet og en styrke ved prosjektet.

Piloten ble gjennomført med bruk av tolk og oversatt skriftlig materiell som vi ikke kunne vurdere kvaliteten av. All tekst ble oversatt av en profesjonell oversettelsestjeneste, men underveis fikk vi tilbakemelding fra flere om at språket tidvis var merkelig. Dette er en uttalt svakhet i studier hvor forskere ikke snakker samme språk som deltakerne. Vi forsøkte å begrense omfanget av dette problemet når vi rekrutterte fra akuttinnkvarteringene ved å ansette en fast tolk med grunnleggende psykologikunnskaper og erfaring med tolkearbeid i helsetjenester. Dette ga oss mulighet til å integrere tolken i prosjektets bakgrunn, spørsmål og metode. Dessverre var vedkommende ikke tilgjengelig da vi besøkte AI2 og vi måtte bestille en tolk som vi ikke kjente. I forbindelse med dette oppstod det noen etiske utfordringer ettersom vedkommende også tilfeldigvis var ansatt som miljøarbeider på AI2. Vår erfaring fra dette besøket og senere transkribering var at tolken gikk ut av tolkerollen og bidro med egne synspunkter og kunnskap inn i intervjuene. Dette kan i utgangspunktet vurderes som en åpenbar svakhet ved studien, samtidig som nærheten tolken viste også kan ha medført økt deltakelse og en mer naturlig diskusjon med informantene. Som presentert i resultatdelen kan tolkebruk styrke den allerede eksisterende tillitsutfordringen som ble nevnt som en mulig barriere for å snakke om psykisk helse, fordi enda en person involveres. Mangel på kvalifiserte tolker kan bidra til å øke denne skepsisen.

### 4.3 Rekruttering og stedsspesifikk rekrutteringsstrategi

Våre erfaringer tilsier at vi fikk rekruttert et bredere utvalg deltakere ved å være personlig til stede på akuttinnkvarteringene enn gjennom bruk av internett-basert kartlegging alene, men at vi ikke nødvendigvis fikk flere deltakere av å være til stede over tid. Det var flere forhold ved de forskjellige akuttinnkvarteringene som kan ha medvirket til responsraten, blant annet utformingen og tilgjengelig fellesareal, samt de ansattes engasjement i studien. På AI2 holdt vi intervjuene direkte etter informasjonsmøtet og det kan ha bidratt til økt deltakelse i tillegg til at beboerne på dette mottaket ikke hadde andre avtaler på dagtid slik som på AI1.

Vi fant at de som deltok etter henvendelser kun gjennom sosiale medier hadde lengre utdannelse enn de som deltok gjennom stedsspesifikk rekrutteringsmetode. Dette tolker vi som at denne metoden er godt egnet til å rekruttere fra populasjoner som i mindre grad deltar i internettbaserte undersøkelser om psykisk helse, og er viktig for å skaffe informasjon fra et representativt utvalg. Å skape en personlig relasjon samt å kunne gi noe tilbake (for eksempel ved å lytte til opplevelser, gi informasjon og/eller svare på spørsmål) kan øke deltakelse. Det kan også virke som om et godt samarbeid med ansatte på akuttinnkvarteringene hadde god effekt på deltakelse, så dette anbefales i senere studier. Det er imidlertid også etiske vurderinger knyttet til dette, som drøftet nedenfor.

Selv om vi fikk flere besvarelser gjennom sosiale medier, var responsraten gjennom denne rekrutteringsmetoden betydelig lavere enn gjennom den stedsspesifikke rekrutteringsmetoden (altså, en lavere *andel* av de som ble invitert til å delta, deltok). Dette kan ha sammenheng med flere faktorer: slitasje av å delta i undersøkelser, misforståelser om hensikt og aspekter ved

oversettelsen, at undersøkelsen kun var på ukrainsk og ikke russisk, og at informasjonen om studien og samtykkeskrivet var omfattende med mange henvisninger til lovtekster og rettigheter. Det er også en mulighet for at bruk av begrepet «psykisk helse» kan ha ført til mindre respons, ettersom dette var noe som ble påpekt av bl.a. flere beboere, tolker og ansatte underveis i studien. Det å være til stede der flyktningene oppholdt seg og dermed kunne forklare nærmere hensikt og metode ga altså høyere svarprosent. Dette er av relevans for tilbud om psykiske helsetjenester generelt og ikke spesifikt i forhold til forskning. Fremtidige studier bør tenke gjennom fordeler og ulemper ved ulike rekrutteringsstrategier og hvordan sentrale forskningsspørsmål påvirkes av dette valget. Selv om mange deltakere øker statistisk styrke, kan validiteten av funn undermineres av seleksjonsproblematikk og at funn i liten grad er generaliserbare. Våre erfaringer tilsier at det bør anvendes flere rekrutteringsmetoder i undersøkelser om psykisk helse hos flyktninger, spesielt for å utvide vår kunnskap om segmenter av denne gruppen som har lite bakgrunnskunnskap om temaet eller som av andre årsaker har lavere tillit til og ønske om å delta i forskning. Dette støttes av større oversiktsstudier på feltet [26,28].

#### **4.4 Tidlig kartlegging og psykososial støtte**

Fra spørreundersøkelsen kom det fram at litt under halvparten hadde blitt spurt om psykiske reaksjoner og litt over halvparten kjent behov for psykisk helsehjelp etter ankomst til Norge, men at nesten 70 % av den siste gruppen ikke hadde fått tilbud om hjelp. Av de 17 som hadde fått et tilbud var det bare 10 som hadde takket ja. Totalt var det 70 % som ikke visste hvor de kunne få informasjon eller oppsøke hjelp i forhold til psykiske reaksjoner. Dette tyder på at denne gruppen åpenbart har behov for psykisk helsehjelp som ikke blir møtt og at informasjon om slike tjenester ikke er tilstrekkelig formidlet eller er lite tilgjengelig for denne gruppen. Vi fikk tilbakemelding om at den beste metoden å gi informasjon på var gjennom helsepersonell eller internettbaserte tjenester slik som sosiale medier.

Gjennom intervju og uformelle samtaler fikk vi inntrykk av at mange ønsket å snakke med noen om hvordan de hadde det, hva de hadde opplevd under krigen og på reise, og trengte informasjon om hvem de kunne kontakte ved behov for mer støtte. Flere uttrykte at de bare ønsket å fortelle sin historie til noen, og at dette i seg selv ville gi en lettelse, også etter kort tid i Norge. Dette understøtter behovet for symptomlindring tidlig etter ankomst, og viser nytteverdien av tiltak som for eksempel psykologisk førstehjelp som er et rammeverk som er utviklet og anbefalt av blant annet WHO for mennesker som nylig har opplevd kriser og potensielt traumatiske hendelser [35].

De som valgte å delta i intervju var stort sett positive til kartlegging av psykososiale forhold hos barn og unge, men mente at eventuelle tiltak kunne gå gjennom foreldrene. Dette støtter tilbud om foreldreveiledning og ICDP som tilbys bosatte flyktninger og asylsøkere rundt om i Norge, men kan tyde på at tjenesten behøves på et tidligere tidspunkt dersom det er ventetid på bosetting.

Det ble også formidlet av flere at det ville være best med *èn-til-èn* samtaler, som støttes av våre vansker med å rekruttere til gruppesamtaler i en tidlig fase. Det var også en god del som gav uttrykk for at de kunne tenke seg samtaler med en ukrainsk- eller russisktalende, ettersom de opplevde det vanskelig å snakke om psykisk helse med tolk i denne fasen.

## 4.5 «Mental health literacy»

Sammenlignet med en større populasjonsstudie gjort i Ukraina i 2020 på et representativt utvalg (n=1,007) fra den generelle befolkningen [24], var sumskåren høyere for deltakerne i vår pilotstudie på Mental Health Knowledge Schedule (MAKS): 21,0 vs. 19,52, og denne forskjellen var statistisk signifikant ( $p < 0,001$ ). Hvis man sammenlikner individuelle påstander i MAKS skalaen, så var det størst forskjell i andelen som svarte at «psykoterapi kan være en effektiv behandling for personer med psykiske helseproblemer»: over 80 % var veldig enig eller enig i denne påstanden i piloten vs. 57 % i studien fra Ukraina. Til sammenlikning, så var denne andelen *under* 80 % i et representativt sample bestående av 403 voksne i England, gjort i 2010 forbindelse med utviklingen av originalskalen [25]. Videre var andelen som var enig i at «folk med psykiske lidelser kan bli helt friske» høyere i piloten (40 %) enn i studien fra Ukraina (22 %), og her var deltakerne i piloten veldig lik voksne fra England. Interessant nok, så var det en *lavere* andel i piloten som var enig i at «de fleste mennesker med psykiske helseproblemer går til en profesjonell for å få hjelp» sammenliknet med studien fra Ukraina (16 % vs. 36 %). Hvorvidt denne påstanden er et valid mål på MHL kan jo diskuteres, men den var en del av den originale skalaen. Andelen av voksne i England som var enig i påstanden var forøvrig 25 %.

I forhold til kunnskap om psykiske lidelser, så var det en betydelig høyere andel av deltakerne i piloten vs. i studien fra Ukraina som var veldig enig/enig i at depresjon var en psykisk lidelse (68 % vs. 45 %). Dette er likevel betydelig lavere enn i England hvor over 80 % sa dette. Videre var 77 % enig i at stoffmisbruk var en psykisk lidelse i piloten vs. 63 % i den ukrainske studien. Til sammenlikning sa 41 % av voksne i England seg enig i dette.

Samlet sett tyder funnene på at deltakerne i piloten har et høyere kunnskapsnivå om psykisk helse enn den generelle voksne befolkningen i Ukraina. Mulige grunner til dette kan være at de som gruppe var mer utdannet (67 % vs. 54 % hadde minst fullført bachelor grad), at det var forskjellig alder og/eller kjønnssammensetning (det var flere kvinner og unge i piloten i forhold til studien i Ukraina). Det kan også være relatert til at det var relativt få deltakere i piloten som kom fra rurale strøk i forhold til studien fra Ukraina (en høy andel i piloten kom fra Kyiv eller andre store byer). Det kan også være et resultat av at deltakere i studien er en selektert gruppe av alle Ukrainere som har kommet til Norge. For eksempel, så kan noe av grunnen til at personer valgte å delta i studien være at de er interessert i, og kanskje har kunnskap om, psykisk helse.

## 4.6 Barrierer

Gjennom observasjoner og uformelle samtaler fikk vi en del viktige tilbakemeldinger om mulige barrierer for å snakke om psykisk helse og ta imot eventuelle behandlingstilbud. Blant annet nevnte flere at det var bedre å ramme dette inn som «naturlige reaksjoner» på det de hadde opplevd og være forsiktig med å bruke begrepet «psykisk helse». Det er mulig dette delvis skyldes at psykisk helse/lidelse fremdeles har sterke negative konnotasjoner blant mange ukrainere gitt hvordan temaet, og behandling av psykisk lidelser, har blitt håndtert i Ukraina historisk – og dette har bidratt til tabu og stigmatisering [13]. Når det er sagt var det også enkelte som sa at det ikke var noe problem å bruke begrepet «psykisk helse», så det er trolig stor variasjon mellom personer. De som nylig har ankommet Norge vil i liten grad kjenne til norske holdninger til psykisk helse, og ha liten eller ingen kjennskap til taushetsplikten både helsepersonell og tolker er underlagt. Dette må tydeliggjøres i tidlig fase, da det kan bidra til økt tillit og bedre relasjoner, som igjen, forhåpentligvis, kan bidra til å bryte ned barrierer for å snakke om vanskelige reaksjoner.

Et annet funn var at flere av deltakerne som hadde fått tilbud om hjelp til å håndtere sine reaksjoner, takket nei, uten at vi vet grunnen til det. Et mulig tiltak for å redusere dette problemet kan være at psykiske reaksjoner/helse i mindre grad avspaltes fra den ordinære helseundersøkelsen. Dersom flyktninger i større grad blir systematisk spurt om reaksjoner som en integrert del av helsekartleggingen—altså at denne delen ikke utelukkende gjøres «ved behov» dersom tilgjengelig informasjon tilsier at den burde (som er tilfellet i øyeblikket), kan dette muligens begrense opplevelsen av stigma [21].

## 4.7 Ethiske utfordringer

Selv om forskning på akuttinnkvarteringer og tilstedeværelse over tid kan gi rik og verdifull kunnskap om grupper som i liten grad deltar i forskning, kan dette skape flere etiske dilemmaer. I denne delen vil vi beskrive etiske utfordringer som oppstod underveis og hvordan vi arbeidet for å overkomme dem for å beskytte beboernes individuelle rettigheter og integritet.

### ***Deltakelse fyller et udekt behov***

Et dilemma som kan skape etiske utfordringer i forskning på asylmottak er at man som forsker både har tid til samtale og ressurser til individuelt bruk av tolk, noe som ofte er mangelvare i ankomstfasen. Slik kan deltakelse i forskning oppleves som å få oppfylt et viktig behov [36]. Da flere hadde et sterkt behov for å dele sine historier, ble det i flere tilfeller vurdert som uetisk å gjennomføre det planlagte opplegget for forskningen, og i stedet lytte til det som ble fortalt og gi støtte og råd så godt det lot seg gjøre. Dette er i likhet med erfaringer fra lignende studier på asylmottak i Norge [36,37]. Vår posisjon og beboeres udekte behov kan slik ha gitt oss tilgang til informasjon som kanskje ellers ikke ville blitt betrodd personer som kommer utenfra i andre settinger, og informasjon som ikke var en del av forskningsspørsmålene. Vi anså det likevel som viktig å gi en stemme til målgruppen i denne fasen. Vi informerte kontinuerlig om hva vi kunne og ikke kunne bidra med som forskere, klargjorde hensikten med studien og gav råd om hvordan beboerne kunne henvende seg til relevante helsetjenester. Av etiske hensyn ble personlig innhold i uformelle samtaler ikke sitert, og generell tematikk som var relevant for studien ble beskrevet på et overordnet nivå.

### ***Rolleavklaring i en sårbar fase***

Den spesielle situasjonen til nyankomne flyktninger kan også gjøre forskerrollen og hensikten med forskningsprosjektet krevende å formidle. Vi måtte kontinuerlig forsikre oss om at deltakere som samtykket til forskningen forstod hva de var med på. Vi erfarte at flere hadde tydelige forventninger eller urealistiske håp om hva vi kunne bistå med, selv om de hadde fått grundig informasjon på sitt morsmål om forskningsprosjektet og hva deltakelse ville innebære. Som påpekt i tidligere forskning på asylmottak i Norge [36,37] kan en hektisk mottakshverdag med lav bemanning, stadig nye ankomster, tilstedeværelse av personell med mange ulike roller (ledere, miljøarbeidere, politi, frivillige hjelpearbeidere, helsearbeidere, studenter og praktikanter), gjøre det vanskelig å skille forskere fra andre ansatte og hjelpere. Deltakere i mottaksfasen er også i en særdeles sårbar situasjon, og forskere, ansatte på akuttinnkvarteringen og tolker kan oppleves som autoritetsfigurer. Vi fikk rekruttert flere deltakere ved AI2 enn ved AI1, som kan skyldes at vi holdt intervjuer rett etter det daglige informasjonsmøtet, samtidig som vi hadde et tettere samarbeid med de ansatte. Dette kan ha ført til en opplevelse av press til å delta. På grunn av slike utfordringer må fritt samtykke sees på som en *kontinuerlig prosess* i forskning på asylmottak [36]. Vi gjentok informasjon om forskningsprosjektet ved behov og understreket at deltakelse var frivillig underveis. Vi oppfordret også til å snakke om temaer som var relevant for studien, på et ikke-personlig plan. Det kan også være en etisk styrke å anvende slike metoder for å rekruttere

grupper som sjelden deltar i forskning på psykisk helse, for å skape trygghet til deltakelse gjennom ansatte som beboerne kjenner. Slik kan vi arbeide konkret med å øke kunnskap om hele befolkningen som er av verdi for å skape et likestilt psykisk helsetilbud.

### ***Rekruttering i noens midlertidige hjem***

Det var en klar etisk utfordring å rekruttere fra akuttinnkvarteringer der de nyankomme flyktingene bodde. Selv om stedsspesifikk rekrutteringsmetode tidligere har vist best effekt på rekruttering av denne gruppen, opplevde vi det tidvis som invaderende å være til stede i det som er noens midlertidig hjem, og vi fikk inntrykk av at flere brukte fellesarealet mindre på A11 når vi befant oss der over flere dager. Vi trakk oss derfor tilbake når vi fikk en følelse av å være invaderende og respekterte de som signaliserte at de ikke ønsket å delta. Generelt hadde vi en tilbakeholden og vennlig fremtoning, og var tilgjengelig for de som ønsket å snakke med oss på eget initiativ.

## 5 Anbefalinger

Vi avslutter denne rapporten med noen anbefalinger basert på våre erfaringer og resultater fra piloten. Gitt at datagrunnlaget disse anbefalingene bygger på er relativt lite og med mulig seleksjonsproblematikk, trengs ytterligere forskning på temaene i piloten som involverer et større, men samtidig representativt, utvalg av ukrainske flyktninger.

**For å sikre representativitet i forskning på psykisk helse hos flyktninger, anbefaler vi at det benyttes ulike rekrutteringsstrategier i samme studie. Dette er nødvendig som grunnlag for å sikre likestilte helsetjenester for alle.**

Vår hovedkonklusjon fra piloten var at det var få som valgte å delta i forskning om psykisk helse når vi rekrutterte gjennom sosiale medier. De som ble rekruttert der hadde signifikant høyere utdannelse enn de vi fikk rekruttert ved å være til stede der flyktningene oppholdt seg, altså stedsspesifikk rekrutteringsmetode. Dette viser at vi burde bruke forskjellige rekrutteringsstrategier for å øke representativiteten slik at vår kunnskap om psykososiale behov og eventuelle tiltak og effekter hos flyktninger etableres på tvers av utdannelsesnivå og bakgrunnskunnskap. For å rekruttere flyktninger som ofte ikke er representert i forskning på psykisk helse, anbefaler vi at rekrutteringen skjer i tett samarbeid med ansatte/ressurspersoner der flyktninger oppholder seg (også før bosetting), og at det samtidig tilbys tjenester slik som psykologisk førstehjelp eller veiledning som en del av forskningen.

**Vi anbefaler at det forskes på kartlegging av psykososiale forhold og behov som en integrert del av helseundersøkelsen for flyktninger, også barn og unge [38].**

Resultatene fra piloten er at over halvparten av deltakerne opplevde et behov for å snakke om sine reaksjoner på det de har vært/er gjennom, men at mange ikke får dette behovet dekket. Dette gir et godt grunnlag for å anbefale mer forskning på innføring av lavterskel kartlegging av psykososiale forhold hos en representativ gruppe med nyankomne flyktninger. Dette ville gi en oversikt over behov for psykososial oppfølging hos denne populasjonen. Vi anbefaler at en slik eventuell kartlegging bør utløse relevant oppfølging.

**Vi anbefaler at det gis informasjon om psykiske reaksjoner og eventuelle hjelpetilbud tidlig etter ankomst, og helst gjennom samtaler med helsepersonell. Samtidig vil vi poengtere at bruken av ordet «psykisk» kan være en barriere til å snakke med ukrainske flyktninger om deres opplevelser og psykososiale behov.**

En stor andel av de som deltok i vår undersøkelse og som uttrykte behov for hjelp til å håndtere sine reaksjoner, visste ikke hvem de kunne kontakte. Dette peker på et rom for forbedring av kommunikasjon rundt tilgjengelige kanaler og tjenester som kan yte denne hjelpen. Flyktningene selv rapporterte at helsepersonell og sosiale medier var de beste måtene å nå ut med informasjon om psykisk helse på.

**Vi anbefaler at det forskes på kort- og langtidseffekter av lavterskel psykososial oppfølging for nyankomne flyktninger som ønsker det, også barn og unge. Dette fordi piloten viste at en større andel av deltakerne hadde et udekket hjelpebehov.**

Med bakgrunn i at flere ga uttrykk for et ønske om *èn-til-èn* samtaler på eget språk som var lett tilgjengelige, foreslår vi noen mulige løsninger for å dekke dette behovet. For eksempel kan en mulighet være å bruke ressurser som allerede er tilgjengelig ved å lære opp miljøarbeidere, tolker og/eller ressurspersoner fra flyktninggruppen i enkel psykologisk førstehjelp, såkalt «train the



trainer», og at denne gruppen får veiledning av eksperter på området. Dette bør også innføres for de som jobber med barn og unge i akuttinnkvartering eller andre steder. Et annet alternativ kan være å gi tilbud om psykososiale samtaler gjennom digitale løsninger (telefon eller PC). Det nevnes også at gruppen vi intervjuet som nylig hadde ankommet viste et uttalt behov for å snakke om sine opplevelser, og uttrykte at det i seg selv ga lettelse. Det vurderes at dette burde være et tilbud til de som ønsker det raskt etter ankomst – ikke nødvendigvis fordi det kan begrense psykisk uhelse senere, men fordi det kan oppleves som symptomlettende der og da – og er viktig for å validere opplevelser og behov.

## 6 Referanser

1. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302: 537–549.
2. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17: e1003337.
3. Blackmore R, Gray KM, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Fitzgerald G, et al. Systematic Review and Meta-analysis: The Prevalence of Mental Illness in Child and Adolescent Refugees and Asylum Seekers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59: 705–714.
4. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379: 266–282.
5. Frounfelker RL, Miconi D, Farrar J, Brooks MA, Rousseau C, Betancourt TS. Mental Health of Refugee Children and Youth: Epidemiology, Interventions, and Future Directions. *Annu Rev Public Health*. 2020;41: 159–176.
6. Flyktninger fra krigen i Ukraina: Psykososiale konsekvenser, behov og tiltak den første tiden i Norge - Barn og unge. [cited 1 Feb 2023]. Available: <https://docplayer.me/230405089-Flyktninger-fra-krigen-i-ukraina-psykososiale-konsekvenser-behov-og-tiltak-den-forste-tiden-i-norge-barn-og-unge.html>
7. Lau W, Silove D, Edwards B, Forbes D, Bryant R, McFarlane A, et al. Adjustment of refugee children and adolescents in Australia: outcomes from wave three of the Building a New Life in Australia study. *BMC Med*. 2018;16: 157.
8. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394: 240–248.
9. Cheung A, Makhshvili N, Javakhishvili J, Karachevsky A, Kharchenko N, Shpiker M, et al. Patterns of somatic distress among internally displaced persons in Ukraine: analysis of a cross-sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54: 1265–1274.
10. Roberts B, Makhshvili N, Javakhishvili J, Karachevskyy A, Kharchenko N, Shpiker M, et al. Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: results from a nation-wide survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28: 100–111.
11. Roberts, B., Makhshvili, N., & Javakhishvili, J. Hidden burdens of conflict: Issues of mental health and access to services among internally displaced persons in Ukraine. 2017. Available: <https://www.international-alert.org/wp-content/uploads/2021/08/Ukraine-Hidden-Burdens-Conflict-IDPs-EN-2017.pdf>
12. Ramachandran A, Makhshvili N, Javakhishvili J, Karachevskyy A, Kharchenko N, Shpiker M, et al. Alcohol use among conflict-affected persons in Ukraine: risk factors, coping and access to mental health services. *Eur J Public Health*. 2019;29: 1141–1146.
13. Weissbecker, Inka, Khan, Olga, Kondakova, Nataliia, et al. Mental health in transition : assessment and guidance for strengthening integration of mental health into primary health care and community-based service platforms in Ukraine (English). In: Weissbecker, Inka, Khan, Olga, Kondakova, Nataliia, Poole, Laura Anderson, Cohen, Jordana T., [Internet]. 2017 [cited 19 Jan 2023]. Available: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/310711509516280173/mental-health-in-transition-assessment-and-guidance-for-strengthening-integration-of-mental-health-into-primary-health-care-and-community-based-service-platforms-in-ukraine>
14. Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*. 2017;16: 130–139.
15. Sheth N, O'Connor S, Patel S, Dutton MA. To screen or not to screen: Exploring and addressing effective screening processes for trauma among forced migrants. *Journal of Migration and Health*. 2023;7: 100148.
16. Nickerson A, Liddell B, Asnaani A, Carlsson J, Fazel M, Knaevelsrud C. Trauma and mental health in forcibly displaced populations an international society for traumatic stress studies briefing paper. *Trauma and mental health in forcibly displaced populations: An international society for traumatic stress studies briefing paper*. 2017; 1–37.
17. Kronick R. Mental Health of Refugees and Asylum Seekers: Assessment and Intervention. *Can J Psychiatry*. 2018;63: 290–296.
18. Pottie K, Greenaway C, Hassan G, Hui C, Kirmayer LJ. Caring for a newly arrived Syrian refugee family. *CMAJ*. 2016;188: 207–211.
19. Pottie K, Greenaway C, Feightner J, Welch V, Swinkels H, Rashid M, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*. 2011;183: E824-925.
20. American Psychological Association. Guidelines on Trauma Competencies for Education and Training. [cited 2015]. Available: <https://www.apa.org/ed/resources/trauma-competencies-training.pdf>

21. Guidance for Mental Health Screening during the Domestic Medical Examination for Newly Arrived Refugees. 30 Aug 2022 [cited 23 Jan 2023]. Available: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/guidelines/domestic/mental-health-screening-guidelines.html>
22. Tidlig helsekartlegging og identifisering av oppfølgingsbehov. In: Helsedirektoratet [Internet]. [cited 23 Jan 2023]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helseundersokelser-av-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/tidlig-identifisering-av-oppfolgingsbehov>
23. Notat. Psykososial oppfølging av og helsetjenestetilbud til asylsøkere. Rambøll (på oppdrag av Helsedirektoratet). 2016.
24. Quirke E, Klymchuk V, Suvalo O, Bakolis I, Thornicroft G. Mental health stigma in Ukraine: cross-sectional survey. *Glob Ment Health (Camb)*. 2021;8: e11.
25. Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C, et al. Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Can J Psychiatry*. 2010;55: 440–448.
26. Enticott JC, Shawyer F, Vasi S, Buck K, Cheng I-H, Russell G, et al. A systematic review of studies with a representative sample of refugees and asylum seekers living in the community for participation in mental health research. *BMC Med Res Methodol*. 2017;17: 37.
27. Kale E, Hjelde K. Mental Health Challenges of Immigrants in Norway, A literature review 2009–17. NAKMI; 2017. Available: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/mental-health-challenges-of-immigrants-in-norway-nakmi-rapport-1-2017.pdf>
28. Fête M, Aho J, Benoit M, Cloos P, Ridde V. Barriers and recruitment strategies for precarious status migrants in Montreal, Canada. *BMC Med Res Methodol*. 2019;19: 41.
29. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress - Kjenner du noen ukrainere som har kommet til Norge som flyktninger etter invasjonen i år? [cited 30 Jan 2023]. Available: <https://www.facebook.com/NKVTS/photos/a.178306425703674/1926157117585254/>
30. Thornicroft G, Bakolis I, Evans-Lacko S, Gronholm PC, Henderson C, Kohrt BA, et al. Key lessons learned from the INDIGO global network on mental health related stigma and discrimination. *World Psychiatry*. 2019;18: 229–230.
31. The INDIGO Network. [cited 20 Jan 2023]. Available: <https://www.indigo-group.org/>
32. Educating for Democracy and Human Rights. In: The European Wergeland Centre [Internet]. 7 Jan 2020 [cited 20 Jan 2023]. Available: <https://theewc.org/>
33. Griffin C, Bengry-Howell A. Ethnography. In: Willig C, Stainton Rogers W, editors. *Handbook of Qualitative Methods in Psychology*. London: SAGE Publications; 2017. pp. 38–54.
34. Stoltenberg C. Forskning om innvandrere og helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 1997. Available: <https://tidsskriftet.no/node/54918/pdf>
35. Psychological first aid: Guide for field workers. World Health Organization; 2 Oct 2011 [cited 30 Jan 2023]. Available: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
36. Michelsen H, Berg B. Å lytte til barn og unge som søker asyl. In: Kermit P, Haugen G, Elvegård K, Berg B, editors. *Marginalitet, sårbarhet, mestring: Metodiske utfordringer i praksisnær forskning*. Universitetsforlaget; 2018.
37. Berg B, Tronstad KR. *Levekår for barn i asylsøkerfasen*. NTNU, Samfunnsforskning, Trondheim; 2018.
38. Helseundersøkelser av asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. In: Helsedirektoratet [Internet]. [cited 29 Jun 2022]. Available: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/helsetjenester-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/helseundersokelser-av-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente>

# 7 Vedlegg

## **Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykke**

Til spørreundersøkelse med forskere tilstede

### **Would you like to participate in a research project on thoughts and attitudes towards mental health screening and treatment?**

This is an invitation to participate in the research project: "Should we talk about mental health? A feasibility study on mental health screening and perceived treatment needs among newly arrived refugees from the war in the Ukraine". This letter outlines key information about the study and what participation entails.

#### **The purpose of the study**

Common reactions for individuals who have fled war and conflict include grief, longing, anger, worries for those left behind and for the future in a new country. Many individuals experience difficulties with sleep and physical pain such as stomachache or headache. At present, we have insufficient knowledge about how children, adults and elderly who have fled the war in Ukraine are doing upon arrival in Norway and what type of support they may need. We are therefore reaching out to newly arrived Ukrainian refugees to get advice and input on how to best obtain this knowledge. Specifically, we would like to know if you think these topics are something that Ukrainian refugees would want to discuss with a researcher, and if the topics would be perceived as relevant in the early phases of resettlement. We would also like to hear your thoughts on potential barriers to sharing this information, how we could overcome these barriers, and whether you believe there are unmet needs in the early period after arrival. Note that we will not ask you directly about your own experiences, reactions, and potential difficulties, rather, we are interested in your thoughts on how discussing these matters with a healthcare provider would be.

The purpose of the study is to be able to advise healthcare officials on how to best identify needs among Ukrainian refugees arriving in Norway so that they may give adequate help and support for future refugees who need it. We also intend to communicate important findings to other researchers and clinicians, and to inform the general public. The project is scheduled to be done between November 1<sup>st</sup>, 2022, and February 28<sup>th</sup>, 2023.

#### **Who is responsible for the project?**

The Norwegian centre for violence and traumatic stress studies (NKVTS) is responsible for carrying out the study. Project lead at NKVTS is Akiha Astral Ottesen (Ph.D.), and the director of the institute, Inger Elise Birkeland has the overarching responsibility for data handling.

#### **Why are you asked to participate?**

In order to get relevant knowledge that will help us approach and talk to Ukrainians who have fled the war, we need information from people who have recently been through similar experiences and have the same background. We are therefore inviting adult Ukrainians who have arrived in Norway within the last three months to participate in the study. You are being asked to participate because you currently live in a refugee reception center that hosts Ukrainian refugees. NKVTS has

been given permission from UDI (Utlendingsdirektoratet) and administrative staff at the reception centre to ask if you would like to participate.

### **What does participation entail?**

If you agree to participate, you will be asked to fill out a questionnaire on a tablet we provide. Your answers on the questionnaire will be stored electronically. The questions will be in Ukrainian. A researcher and an interpreter will be available in the same room if you have any questions or comments. It will take you approximately 5 minutes to fill out the questionnaire.

### **Participation is voluntary**

It is completely voluntary to participate in the study, and you can decide to withdraw from the study at any time without explanation. Neither participation nor the information you provide will in any way influence the help you receive in Norway or your further opportunities here. If you would like to withdraw during the study, you can just let the interpreter and researcher know. All the answers you have provided up until that point will then be deleted.

### **Your right to privacy – how we will store and use your information**

The only people who will have access to your answers are the researchers involved with the study at NKVTS, and your answers will only be used for the purpose explained in this letter. We do not ask for your name or any other personal information that will allow us to identify you based on your answers. All researchers involved and the interpreter have agreed to full confidentiality, which means they are required to treat your answers in line with current regulations on secure data-handling in Norway. Once the answers have been submitted, it is impossible to link them back to you. All publications and other forms of communication of results will be done in a way that ensures no individuals can be identified.

Your answers to the questionnaire will be stored in “Nettskjema”, which is a secure cloud-based solution for collecting and storing anonymized data online. Nettskjema is operated by the University of Oslo. Your answers will not be linked to your name or any other identifying information.

We will not publish your answers to items in the questionnaire, however, aggregated results from all participants in the study, including you, will be presented in articles and/or reports as recommendations for future policy. In other words, all communication of results will be in anonymized form and general in nature.

### **What will happen to the data we have collected?**

The project is scheduled to finish on February 28<sup>th</sup>, 2023, and after this date, all data will be completely anonymized. This means that any data combinations that could lead to identification will be deleted. Still, only researchers who are part of the research team and have signed confidentiality agreements will have access.

### **Your rights**

It will not be possible to identify you in the dataset once your answers have been submitted (i.e. data will be anonymized), therefore, we cannot change or delete your data after submission. However, you have the right to complain to the Norwegian Data Protection Authority if you have concerns related to data handling.

If you have any questions related to the study, would like to know more or have any questions concerning your rights, please contact either:

- project lead Akiah Astral Ottesen at NKVTS:  
Email: akiah.ottesen@nkvts.no  
Phone: (47) 414 59 692
  
- data protection officer Lasse Raa  
Email: lasse.raa@nsd.no

Sincerely,  
Akiah Astral Ottesen  
Project lead, PhD  
NKVTS

### **Informed consent form – survey**

I hereby confirm that I have been informed about the study, “Should we talk about mental health? A feasibility study on mental health screening and perceived treatment needs among newly arrived refugees from the war in the Ukraine”, and further that I have understood this information and had the opportunity to ask questions. I hereby consent to:

(please mark with “X”)

filling out the tablet questionnaire

Til spørreundersøkelse på sosiale medier:

## **Would you like to participate in a research project on thoughts and attitudes towards mental health screening and treatment?**

This is an invitation to participate in the research project: "Should we talk about mental health? A feasibility study on mental health screening and perceived treatment needs among newly arrived refugees from the war in the Ukraine". This letter outlines key information about the study and what participation entails.

### **The purpose of the study**

Common reactions for individuals who have fled war and conflict include grief, longing, anger, worries for those left behind and for the future in a new country. Many individuals experience difficulties with sleep and physical pain such as stomachache or headache. At present, we have insufficient knowledge about how children, adults and elderly who have fled the war in Ukraine are doing upon arrival in Norway and what type of support they may need. We are therefore reaching out to newly arrived Ukrainian refugees to get advice and input on how to best obtain this knowledge. Specifically, we would like to know if you think these topics are something that Ukrainian refugees would want to discuss with a researcher, and if the topics would be perceived as relevant in the early phases of resettlement. We would also like to hear your thoughts on potential barriers to sharing this information, how we could overcome these barriers, and whether you believe there are unmet needs in the early period after arrival. Note that we will not ask you directly about your own experiences, reactions, and potential difficulties, rather, we are interested in your thoughts on how discussing these matters with a healthcare provider would be.

The purpose of the study is to be able to advise healthcare officials on how to best identify needs among Ukrainian refugees arriving in Norway so that they may give adequate help and support for future refugees who need it. We also intend to communicate important findings to other researchers and clinicians, and to inform the general public. The project is scheduled to be done between November 1<sup>st</sup>, 2022, and February 28<sup>th</sup>, 2023.

### **Who is responsible for the project?**

The Norwegian centre for violence and traumatic stress studies (NKVTS) is responsible for carrying out the study. Project lead at NKVTS is Akiha Astral Ottesen (Ph.D.), and the director of the institute, Inger Elise Birkeland has the overarching responsibility for data handling.

### **Why are you asked to participate?**

In order to get relevant knowledge that will help us approach and talk to Ukrainians who have fled the war, we need information from people who have recently been through similar experiences and have the same background. We are therefore inviting adult Ukrainians who have arrived in Norway since the war broke out in February 2022.

### **What does participation entail?**

If you agree to participate, you will be asked to fill out a questionnaire on your smartphone or laptop.

Your answers on the questionnaire will be stored electronically. The questions will be in Ukrainian. It will take you approximately 5–10 minutes to fill out the questionnaire.

## **Participation is voluntary**

It is completely voluntary to participate in the study. Neither participation nor the information you provide will in any way influence the help you receive in Norway or your further opportunities here.

## **Your right to privacy – how we will store and use your information**

The only people who will have access to your answers are the researchers involved with the study at NKVTS, and your answers will only be used for the purpose explained in this letter. We do not ask for your name or any other personal information that will allow us to identify you based on your answers. All researchers involved and the interpreter have agreed to full confidentiality, which means they are required to treat your answers in line with current regulations on secure data-handling in Norway. Once the answers have been submitted, it is impossible to link them back to you. All publications and other forms of communication of results will be done in a way that ensures no individuals can be identified.

Your answers to the questionnaire will be stored in “Nettskjema”, which is a secure cloud-based solution for collecting and storing anonymized data online. Nettskjema is operated by the University of Oslo.

We will not publish your answers to items in the questionnaire, however, aggregated results from all participants in the study, including you, will be presented in articles and/or reports as recommendations for future policy. In other words, all communication of results will be in anonymized form and general in nature.

## **Your rights**

It will not be possible to identify you in the dataset once your answers have been submitted (i.e. data will be anonymized), therefore, we cannot change or delete your data after submission. However, you have the right to complain to the Norwegian Data Protection Authority if you have concerns related to data handling.

If you have any questions related to the study, would like to know more or have any questions concerning your rights, please contact either:

- project lead Akiah Astral Ottesen at NKVTS:  
Email: [akiah.ottesen@nkvts.no](mailto:akiah.ottesen@nkvts.no)  
Phone: (47) 414 59 692
  
- data protection officer Lasse Raa  
Email: [lasse.raa@nsd.no](mailto:lasse.raa@nsd.no)

Sincerely,  
Akiah Astral Ottesen  
Project lead, PhD  
NKVTS



Til fokusgruppe/intervju forsker tilstede

## **Would you like to participate in a research project on thoughts and attitudes towards mental health screening and treatment in children and adolescents?**

This is an invitation to participate in the research project: "Should we talk about mental health? A feasibility study on mental health screening and perceived treatment needs among newly arrived refugees from the war in the Ukraine". This letter outlines key information about the study and what participation entails.

### **The purpose of the study**

Common reactions for individuals who have fled war and conflict include grief, longing, anger, worry about those left behind and for the future in a new country. Many individuals experience difficulties with sleep and physical pain such as stomachache or headache. At present, we have insufficient knowledge about how children, adults and elderly who have fled the war in Ukraine are doing upon arrival in Norway and what type of support they may need. We are therefore reaching out to newly arrived Ukrainian refugees to get advice and input on how to best obtain this knowledge. Specifically, we would like to know if you think these topics are something that Ukrainian refugees would want to discuss with a healthcare provider in Norway, and if the topics would be perceived as relevant in the early phases of resettlement. In this part of the study, we would like to talk to parents or guardians of children and adolescents (<16 years of age) about reactions in their children/adolescents in the early resettlement phase in Norway and about parents'/guardians' attitudes to Norwegian healthcare providers screening these reactions shortly after arrival.

The purpose of the study is to be able to advise healthcare officials on how to best identify needs among Ukrainian refugees arriving in Norway so that they may give adequate help and support for future refugees. We also intend to communicate important findings to other researchers and clinicians, and to inform the general public. The project is scheduled to be completed by February 28<sup>th</sup>, 2023.

### **Who is responsible for the project?**

The Norwegian centre for violence and traumatic stress studies (NKVTS) is responsible for carrying out the study. Project lead at NKVTS is Akiha Astral Ottesen (Ph.D.), and the director of the institute, Inger Elise Birkeland has the overarching responsibility for data handling.

### **Why are you asked to participate?**

In order to get relevant knowledge about appropriate ways to talk to Ukrainian children and adolescents who have fled the war, we need information from people who have recently been through similar experiences and have the same background. We are therefore inviting Ukrainian parents/guardians who have arrived in Norway within the last three months with their children/adolescents to participate in this study. You are being asked to participate because you currently live in a refugee reception center that hosts Ukrainian refugees. NKVTS has been given permission from UDI (The Norwegian Directorate of Immigration) and administrative staff at the reception centre to ask if you would like to participate.

### **What does participation entail?**

If you agree to participate, you will be asked to partake in a group discussion with other Ukrainian parents/guardians at the reception center you are currently residing in with a maximum of 8 other participants. The topic to be discussed by the group focuses on the screening of reactions and treatment needs in children/adolescents. Two or three researchers who have experience with this topic in refugee children and adolescents and a Ukrainian interpreter will be present in the room and guide the conversation. The length of the group discussion will be approximately 90 minutes. In order to ensure that no important points from participants are lost, we will audio record the discussion, and this recording will subsequently be transcribed to text.

### **Participation is voluntary**

It is completely voluntary to participate in the study, and you can decide to withdraw at any time without explanation. Neither participation nor the information you provide will in any way influence the help you receive in Norway or your further opportunities here. If you would like to withdraw during the actual group discussion, you can just let the interpreter and researchers know.

### **Your right to privacy – how we will store and use your information**

The only people who will have access to your data are the researchers involved with the study at NKVTS, and your answers will only be used for the purpose explained in this letter. We do not ask for your name or any other personal information that will allow us to identify you based on your answers. All researchers involved and the interpreter have agreed to full confidentiality, which means they are required to treat your answers in line with current regulations on secure data-handling in Norway. Your inputs during the discussion will, once transcribed, not be possible to link back to you. All publications and other forms of communication of results will be done in a way that ensures no individuals can be identified.

The group discussions will be audio recorded using a digital recorder that stores data in "Nettskjema", which is a secure cloud-based solution for collecting and storing data online. Nettskjema is operated by the University of Oslo. Your answers will not be directly linked to your name, however, a voice recording is considered identifying information according to the Norwegian Data Protection Authority. Therefore, in order to anonymize the data, the study will transcribe the complete group discussion and subsequently permanently delete the audio recording. Once the recording is deleted, it is no longer possible to link input in the discussion to an individual.

We will not publish individual input/statements from the group discussion, however, aggregated results based on all input from participants, including yours, will be presented in articles and/or reports as recommendations for future policy. In other words, all communication of results will be in anonymized form and general in nature.

### **What will happen to the data we have collected after the study is completed?**

The project is scheduled to finish on February 28<sup>th</sup>, 2023, and at this point the audio recording will have been deleted and data made anonymous (i.e. it will be impossible to identify individuals based on the data). Only researchers who are part of the research team and have signed confidentiality agreements will have access.

## Why are we allowed to use your personal information?

We are only allowed to collect and handle personal information about you if you consent to this (principle of informed consent). NKVTS has consulted experts on current regulations on secure data-handling in Norway in order to ensure that the project are in line with all regulations.

## Your rights

As long as you are identifiable in the data – i.e. prior to deletion of the audio transcription, you rights include to:

- access information we store about you, however, we cannot hand out a copy of the audio recording since it contains recordings of other participants
- correct mistakes or inaccurate information about you in the data
- have personal information about you in the data deleted
- you may complain to the Norwegian Data Protection Authority if you have concerns related to secure data handling.

If you have any questions related to the study, would like to know more or have any questions concerning your rights, please contact either:

- project lead Akiah Astral Ottesen at NKVTS:  
Email: [akiah.ottesen@nkvts.no](mailto:akiah.ottesen@nkvts.no)  
Phone: (47) 414 59 692
- data protection officer Lasse Raa  
Email: [lasse.raa@nsd.no](mailto:lasse.raa@nsd.no)

Sincerely,  
Akiah Astral Ottesen  
Project lead, PhD  
NKVTS

## Informed consent form – focus group

I hereby confirm that I have been informed about the study: “Should we talk about mental health? A feasibility study on mental health screening and perceived treatment needs among newly arrived refugees from the war in the Ukraine”, and further that I have understood this information and had the opportunity to ask questions. I hereby consent to:

(please mark with “X”)

participating in the focus group discussion

## Vedlegg 2: Spørreskjema

## ENGELSK VERSJON

«Should we talk about mental health?»

Jeg er over 18 år og bor i Norge nå

Yes
No

## INFORMED CONSENT

Takk for at du viser interesse for vår studie.

I Norge har vi en bred forståelse av psykisk helse, som inkluderer normale reaksjoner etter krig og flukt. Vi vet at mange kan ha søvnvansker, endringer i appetitt, fysiske smerter uten kjent årsak, og mye tristhet, bekymring, frykt og sinne. Noen kan ha behov for hjelp, men psykisk helse er et tema som det kan være vanskelig å snakke om. Denne studien vil kartlegge kunnskap og holdninger til psykisk helse hos flyktninger fra Ukraina. Dette for å kunne hjelpe på best mulig måte.

Det tar 5–10 minutter å svare på spørreskjemaet. Vi spør ikke om din psykiske helse, men om dine holdninger til å snakke om psykisk helse. Det er helt **frivillig** å delta og ingen svar er riktige eller feil. Alle svarene dine forblir helt **anonyme**, og vi **lagrer ikke** informasjon om deg. Din deltakelse **påvirker ikke dine muligheter** i Norge på noen måte.

Du kan lese mer om studien [her](#).

Jeg ønsker å delta i studien "Should we talk about mental health? A feasibility study on mental health screening and perceived treatment needs among newly arrived refugees from the war in the Ukraine"

Yes
No

## UKRAINSK VERSJON

«Чи варто розмовляти про психічне здоров'я?»

Мені більше 18 років, я зараз живу в Норвегії

Так
Ні

## ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Дякуємо за інтерес до нашого дослідження.

У Норвегії ми маємо широке розуміння психічного здоров'я, яке включає нормальні реакції після війни та втечі. Ми знаємо, що багато людей можуть відчувати проблеми зі сном, зміну апетиту, фізичний біль без відомої причини, а також багато смутку, тривоги, страху та гніву. Комуś може знадобитися допомога, але психічне здоров'я – це тема, про яку важко говорити. У цьому дослідженні буде досліджено знання та ставлення до психічного здоров'я серед біженців з України. Це для того, щоб мати можливість допомогти найкращим чином.

Відповідь на анкету займає 5–10 хвилин. Ми запитуємо **НЕ** про ваше психічне здоров'я, а про ваше ставлення до розмов про психічне здоров'я. Участь абсолютно **добровільна**, і жодна відповідь не є правильною чи неправильною. Усі ваші відповіді залишаються повністю **анонімними**, і ми **не зберігаємо** інформацію про вас. Ваша участь **жодним чином не впливає на ваші можливості** в Норвегії.

Детальніше про дослідження можна прочитати [тут](#).

Я хочу взяти участь у дослідженні «Чи варто розмовляти про психічне здоров'я? Техніко-економічне обґрунтування масового дослідження психічного здоров'я й усвідомлених потреб у лікуванні серед нещодавно прибулих біженців від війни в Україні»

Так
Ні

## 1: BACKGROUND INFORMATION

Please indicate your gender

1.1.a Male
1.1.b Female
1.1.c Prefer not to answer

## 1: ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ

Будь ласка, вкажіть свою стать

1.1.a Чоловік
1.1.b Жінка
1.1.c Волів би не відповідати

**1.2 What is your age?**

1.2.a Less than 18
1.2.b 18–30
1.2.c 31–40
1.2.d 41–50
1.2.e 51–60
1.2.f > 60
1.2.g Prefer not to answer

**1.2 Скільки вам років?**

1.2.a Менше ніж 18 років
1.2.b 18–30
1.2.c 31–40
1.2.d 41–50
1.2.e 51–60
1.2.f > 60
1.2.g Волю не відповідати

**1.3 In what kind of settlement did you live before 24.02.2022?**

1.3.a Kyiv
1.3.b Regional centre
1.3.c Another city with the population of over 100 000 inhabitants
1.3.d Another city with the population between 50 000 until 100 000 inhabitants
1.3.e Another city with the population under 50 000 inhabitants
1.3.f Urban-type settlement
1.3.g Village, rural-type settlement

**1.3 В якому населеному пункті ви проживали до 24.02.2022?**

1.3.a Київ
1.3.b Обласний центр
1.3.c Інше місто з населенням понад 100 000 мешканців
1.3.d Інше місто з населенням від 50 000 до 100 000 мешканців
1.3.e Інше місто з населенням до 50 000 мешканців
1.3.f Селище міського типу
1.3.g Село, селище сільського типу

**1.4 What is your highest level of education achieved?**

1.4.a Basic secondary education (9 grades)
1.4.b Complete general secondary education (11 grades)
1.4.c Professional (vocational and technical) education
1.4.d Unfinished higher education
1.4.e Higher education (bachelor's degree)
1.4.f Higher education (master's degree)
1.4.g Academic degree (candidate or Doctor of Sciences)

**1.4 Який найвищий рівень вашої освіти?**

1.4.a Базова середня освіта (9 класів)
1.4.b Повна загальна середня освіта (11 класів)
1.4.c Професійно-технічна освіта
1.4.d Незакінчена вища освіта
1.4.e Вища освіта (ступінь бакалавра)
1.4.f Вища освіта (ступінь магістра)
1.4.g Науковий ступінь (кандидат або доктор наук)

**1.5 Do you have children under 16?**

1.5.a Yes
1.5.b No
1.5.c Prefer not to answer

**1.5 Чи маєте ви дітей до 16 років?**

1.5.a Так
1.5.b Ні
1.5.c Волю не відповідати

**1.6 How long have you been in Norway?**

1.6.a < 4 weeks
1.6.b 4–8 weeks
1.6.c 8–12 weeks
1.6.d 3–6 måneder
1.6.e >6 måneder
1.6.f Prefer not to answer

**1.6 Як довго ви перебуваєте в Норвегії?**

1.6.a < 4 тижнів
1.6.b 4–8 тижнів
1.6.c 8–12 тижнів
1.6.d
1.6.e
1.6.f Волю не відповідати

## 2. TALKING ABOUT PSYCHOLOGICAL REACTIONS TO WAR AND FLIGHT

In this section of the survey, we ask how comfortable you would be talking about psychological wellbeing in the first phase after arrival to Norway. We will also ask questions about support and treatment needs, and if these have been met.

Refugees of war may suffer from:

- difficulties sleeping
- change in appetite
- pain without a known physical cause
- feeling more sad, scared or angrier than before
- nightmares or troubling memories
- constant worrying
- or other troublesome reactions

## 2. РОЗМОВА ПРО ПСИХОЛОГІЧНІ РЕАКЦІЇ НА ВІЙНУ ТА ВТЕЧУ

У цьому розділі опитування ми запитуємо, наскільки комфортно вам було б говорити про психологічне благополуччя на першому етапі після прибуття до Норвегії. Ми також поставимо запитання про потреби в підтримці та лікуванні, а також про те, чи були ці потреби задоволені.

Біженці від війни можуть страждати на таке:

- труднощі зі сном
- зміна апетиту
- біль без відомої фізичної причини
- відчуття себе більш сумним, наляканим або злим, ніж раніше
- нічні кошмари або тривожні спогади
- постійне занепокоєння
- або інші неприємні реакції

2.1 The following statements do not concern your specific experiences but rather if you would be comfortable sharing them:

	Agree strongly	Agree slightly	Neither agree nor disagree	Disagree slightly	Disagree strongly
2.1.a I would be comfortable talking to a <i>Medical doctor</i>					
2.1.b I would be comfortable talking to a <i>Psychologist</i>					
2.1.c I would be comfortable talking to a <i>Nurse</i>					
2.1.d I would be comfortable answering a <i>questionnaire</i> to be used by health services					
2.1.e I would be comfortable answering a <i>questionnaire</i> to be used for research purposes					

2.1 Наведені нижче твердження не стосуються вашого конкретного досвіду, а скоріше стосуються того, чи вам буде комфортно ним поділитися:

	Абсолютно згоден	Дещо погоджуюсь	Часткового погоджуюсь, частково ні	Дещо не погоджуюсь	Абсолютно не погоджуюсь
2.1.a Мені було б комфортно спілкуватися з лікарем					
2.1.b Мені було б комфортно спілкуватися з психологом					
2.1.c Мені було б комфортно спілкуватися з медсестрою					
2.1.d Мені було б зручно відповісти на запитання анкети, яка буде використана медичними службами					
2.1.e Мені було б зручно відповісти на запитання анкети, яка буде використана в дослідницьких цілях					

**2.2 Since you arrived in Norway, has anyone asked you about:**

- difficulties sleeping
- change in appetite
- pain without a known physical cause
- feeling more sad, scared or angrier than before
- nightmares or troubling memories
- constant worrying
- or other troublesome reactions

2.2.a Yes

2.2.b No

**2.2.1 Who asked you?***(You may check multiple boxes)*

2.2.1.a ... health personnel in the municipality you are currently residing in (doctor, nurse, psychologist)

2.2.1.b ... health personnel at the reception centre you are residing at (doctor, nurse, psychologist)

2.2.1.c... other employees at the reception centre you are residing at now (not health personnel)

2.2.1.d ... police

2.2.1.e ...Norwegian organization for asylum seekers (NOAS)?

2.2.1.f... volunteers (e.g., The Red Cross, Save the Children etc.)

2.2.1.g ... persons from the Ukrainian associations here in Norway

2.2.1.h ...religious guide/clergy

2.2.1.i ...ansatt i NAV, bosettingstjeneste, introduksjonsprogram

2.2.1.j ...other

**2.2 3 моменту вашого прибуття до Норвегії, чи запитував вас хто-небудь про таке:**

- труднощі зі сном
- зміна апетиту
- біль без відомої фізичної причини
- відчуття себе більш сумним, наляканим або злим, ніж раніше
- нічні кошмари або тривожні спогади
- постійне занепокоєння
- або інші неприємні реакції

2.2.a Так

2.2.b Ні

**2.2.1 Хто вас запитував?***(Ви можете поставити декілька галочок)*

2.2.1.a ... медичний персонал муніципалітету, в якому ви зараз перебуваєте (лікар, медсестра, психолог)

2.2.1.b ... медичний персонал пункту тимчасового розміщення, в якому ви перебуваєте (лікар, медсестра, психолог)

2.2.1.c ... інші працівники пункту тимчасового розміщення, в якому ви зараз перебуваєте (не медичний персонал)

2.2.1.d ... поліція

2.2.1.e ... Норвезька організація для шукачів притулку (NOAS)?

2.2.1.f ... волонтери (наприклад, Червоний Хрест, Save the Children тощо)

2.2.1.g ... особи з українських громадських організацій, що знаходяться в Норвегії

2.2.1.h ... релігійний працівник/духівництво

2.2.1.i

2.2.1.j ... інше

**2.3 Have you at any time felt the need for help or treatment for such reactions after arrival to Norway?**

2.2.4.a Yes

2.2.4.b No

2.2.4.c Maybe

2.2.4.d Rather not answer

**2.3 Чи відчували ви коли-небудь потребу в допомозі або лікуванні у зв'язку з такими стражданнями після прибуття до Норвегії?**

2.2.4.a Так

2.2.4.b Ні

2.2.4.c Можливо

2.2.4.d Волю не відповідати

**2.4 Since arrival in Norway, has anyone offered you support, help or treatment for such reactions?**

2.2.2.a Yes

2.2.2.b Yes, but I declined

2.2.2.c No

2.2.2.d Rather not answer

**2.4 З моменту прибуття до Норвегії, чи пропонував вам хто-небудь підтримку, допомогу або лікування у зв'язку з такими стражданнями?**

2.2.2.a Так

2.2.2.b Так, але я відмовився

2.2.2.c Ні

2.2.2.d Волю не відповідати

**2.4.1 Were you satisfied with the support, help or treatment you received or are currently receiving?**

2.2.3.a Very satisfied
2.2.3.b Satisfied
2.2.3.c Neither satisfied nor dissatisfied
2.2.3.d A little dissatisfied
2.2.3.e Dissatisfied

**2.4.1 Чи були ви задоволені підтримкою, допомогою або лікуванням, які ви отримували або отримуєте в даний час?**

2.2.3.a Дуже задоволений
2.2.3.b Задоволений
2.2.3.c Ні задоволений, ні незадоволений
2.2.3.d Трохи незадоволений
2.2.3.e Незадоволений

**2.5 If you feel the need to talk to a professional about such reactions do you know where you can get the information you need?**

2.3.a Yes
2.3.b No

**2.5 Якщо ви відчуваєте потребу поговорити з фахівцем про такі страждання, чи знаєте ви, де можна отримати необхідну інформацію?**

2.3.a Так
2.3.b Ні

**2.6 If you feel the need to talk to a professional about such suffering do you know who to contact here in Norway?**

2.4.a Yes
2.4.b No

**2.6 Якщо ви відчуваєте потребу поговорити з фахівцем про такі страждання, чи знаєте ви, до кого можна звернутися в Норвегії?**

2.4.a Так
2.4.b Ні



**3. CARE-SEEKING BEHAVIOUR**

In this section of the survey, we are interested in your view on care-seeking behaviour for mental health problems

**3.1 If you thought that you might have a mental health problem, which of these options would you be most likely to turn to?**

(You may check multiple boxes)

3.1.a Husband/wife/partner
3.1.b Close friend
3.1.c Parents
3.1.d Child(ren)
3.1.e Family doctor/General practitioner
3.1.f Psychiatrist
3.1.g Psychotherapist
3.1.h Psychologist or counsellor
3.1.i Neurologist
3.1.j Pharmacist
3.1.k Alternative or complementary therapist (acupuncture, homeopathy)
3.1.l Telephone helpline
3.1.m Internet
3.1.n Social media
3.1.o Deal with the problem myself
3.1.p Other(s)

**3.2 If you thought that you might have a mental health problem, at what point would you go to seek professional help?**

3.2.a When my own efforts do not help
3.2.b When symptoms that look like mental health problem signs last too long
3.2.c As soon as I realize that my symptoms might be related to mental health problem
3.2.d I would not seek professional help

**3. ПОВЕДІНКА, СПРЯМОВАНА НА ПОШУК ДОПОМОГИ**

У цьому розділі опитування нас цікавить ваша думка щодо поведінки, спрямованої на пошук допомоги у зв'язку з проблемами психічного здоров'я

**3.1 Якщо б ви думали, що у вас, можливо, є проблеми із психічним/психологічним здоров'ям, до кого б ви, швидше за все, звернулися?**

(Ви можете поставити декілька галочок)

3.1.a Чоловік/дружина/партнер
3.1.b Близький друг
3.1.c Батьки
3.1.d Дитина (діти)
3.1.e Терапевт/Сімейний лікар
3.1.f Психіатр
3.1.g Психотерапевт
3.1.h Психолог
3.1.i Невролог
3.1.j Фармацевт
3.1.k Лікар альтернативної медицини (акупунктура, гомеопатія)
3.1.l Телефон довіри
3.1.m Інтернет
3.1.n Соціальні мережі
3.1.o Розбирався б з проблемою самотужки
3.1.p Інше

**3.2 Якщо б ви думали, що у вас, можливо, є проблеми із психічним здоров'ям, в який момент ви б звернулись до медичного закладу?**

3.2.a Коли б мої власні зусилля не допомогли
3.2.b Коли симптоми, які виглядають як ознаки проблем із психічним здоров'ям, тривали занадто довго
3.2.c Одразу б, як тільки зрозумів, що симптоми можуть свідчити про проблеми із психічним здоров'ям
3.2.d Я б не пішов до медичної установи

**3.2.1 If you would NOT seek professional help, what is the reason?**

(You may check multiple boxes)

3.3.a Not sure what professional (doctor specialization) to choose
3.3.b Do not trust medical staff
3.3.c Do not like attitude of medical staff
3.3.d I'm afraid of hospitalization
3.3.e I'm afraid of registration as mental ill
3.3.f Do not want to find out that something is really wrong
3.3.g Cost, paid treatment
3.3.h Cannot leave work (overlapping work hours with medical facility working hours)
3.3.i Reluctance to take medication/ fear of side effects
3.3.j I'm afraid of a long-time hospital detention
3.3.k I don't know where to seek help
3.3.l Other reasons

**3.2.1 Яка причина того, що ви б не звернулись до медичного закладу?**

(Ви можете поставити декілька галочок)

3.3.a Не впевнений, до якого фахівця (спеціалізація лікаря) звернутися
3.3.b Не довіряю медичним працівникам
3.3.c Не подобається ставлення медичних працівників
3.3.d Боюся госпіталізації
3.3.e Боюся взяття на психіатричний облік
3.3.f Не хочу дізнатися, що зі мною щось серйозне
3.3.g Вартість, платне лікування
3.3.h Не можу залишити роботу (час роботи медичної установи співпадає з робочим графіком)
3.3.i Небажання приймати ліки / побоювання побічних ефектів
3.3.j Боюся довготривалого перебування у лікарні на стаціонарі
3.3.k Я не знаю, куди звертатися за допомогою
3.3.l Інші причини

**3.3 If you decide to turn to professional help, which one of these would be your first point of contact?**

3.4.a Family doctor/General practitioner
3.4.b Psychiatrist
3.4.c Psychologist
3.4.d Psychotherapist or counsellor
3.4.e Neurologist
3.4.f Don't know what professional (doctor specialization) to choose
3.4.g Other

**3.3 Якщо б ви вирішили звернутися за професійною допомогою, до кого із фахівців ви звернулися б найпершим?**

3.4.a Терапевт/Сімейний лікар
3.4.b Психіатр
3.4.c Психолог
3.4.d Психотерапевт
3.4.e Невролог
3.4.f Не знаю до якого фахівця (спеціалізація лікаря) звернутися
3.4.g Інше

**3.4 If a family member or friend turns to you seeking help with a mental health problem, which is the best way, to assist?**

(You may check multiple boxes)

3.5.a Listen/talk with him/her
3.5.b Give advice
3.5.c Seek information for him/her
3.5.d Help with chores/work
3.5.e Provide general support (e.g. practical, emotional)
3.5.f Spend time/ communicate with him/her
3.5.g Encourage to turn to professional help
3.5.h Accompany to professional help
3.5.i Contact professional help for him/her
3.5.j Do not get involved
3.5.k Other

**3.4 Якщо родич або друг звернувся до вас, шукаючи допомоги зі своєю проблемою з психічним здоров'ям, який найкращий спосіб йому зарадити?**

(Ви можете поставити декілька галочок)

3.5.a Слухати/розмовляти з ним (з нею)
3.5.b Дати пораду
3.5.c Шукати інформацію для нього (неї)
3.5.d Допомогти по господарству/з роботою
3.5.e Забезпечити загальну підтримку (емоційну, практичну)
3.5.f Проводити час / спілкуватися з ним (з нею)
3.5.g Заохочувати звернутися за професійною допомогою
3.5.h Супроводити під час звернення за професійною допомогою
3.5.i Звернутись за професійною допомогою для нього (неї) / від його (її) імені
3.5.j Не втручатись
3.5.k Інше

## 4. SOURCES OF INFORMATION

In this part of the survey, we are interested in what you think would be a good way of conveying information about mental health and treatment services.

## 4.1 How well are you informed about mental health issues?

4.1.a Very well informed
4.1.b Rather, well-informed
4.1.c Rather poorly informed
4.1.d Very poorly informed
4.1.e Hard to say

## 4.2 What are the sources of information that you think can most effectively reach people like you with information about mental health and about getting help for a mental health problem in Norway?

(You may check multiple boxes)

4.2.a Newspapers and magazines
4.2.b Radio
4.2.c TV
4.2.d Internet websites
4.2.e Social networks
4.2.f YouTube
4.2.g Billboards
4.2.h Brochures, posters and other printed materials
4.2.i Health workers
4.2.j Education workers
4.2.k Family, friends
4.2.l Neighbours, colleagues
4.2.m Church
4.2.n Hard to say

## 4. ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

У цій частині опитування нас цікавить, що, на вашу думку, було б найкращим способом донесення інформації про психічне здоров'я та послуги з лікування.

## 4.1 Наскільки ви добре поінформовані про психічне/ психологічне здоров'я?

4.1.a Дуже добре поінформований
4.1.b Скоріше добре поінформований
4.1.c Скоріше погано поінформований
4.1.d Дуже погано поінформований
4.1.e Важко сказати

## 4.2 Які джерела ви вважаєте найбільш ефективними для таких людей, як ви, для донесення інформації про психічне здоров'я і допомогу із проблемами із психічним здоров'ям у Норвегії?

(Ви можете поставити декілька галочок)

4.2.a Газети і журнали
4.2.b Радіо
4.2.c Телебачення
4.2.d Інтернет-сайти
4.2.e Соціальні мережі
4.2.f YouTube
4.2.g Зовнішня реклама
4.2.h Брошури, плакати та інші друковані матеріали
4.2.i Медпрацівники
4.2.j Працівники освіти
4.2.k Сім'я, друзі
4.2.l Сусіди, колеги
4.2.m Церква
4.2.n Важко сказати

## 5. MENTAL HEALTH KNOWLEDGE

In this part of the survey we have some questions about your thoughts on mental health in general.

5.1 Instructions: For each statement 1–6 below, respond by ticking one box only.

Mental health problems here refer, for example, to conditions for which an individual would be seen by healthcare staff.

	Agree strongly	Agree slightly	Neither agree nor disagree	Disagree slightly	Disagree strongly	Don't know
5.1.a Most people with mental health problems want to have paid employment						
5.1.b If a friend had a mental health problem, I know what advice to give them to get professional help						
5.1.c Medications can be an effective treatment for people with mental health problems						
5.1.d Psychotherapy (e.g. talking therapy or counselling) can be an effective treatment for people with mental health problems						
5.1.e People with severe mental health problems can fully recover						
5.1.f Most people with mental health problems go to a healthcare professional to get help						

## 5. ЗНАННЯ ПРО ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я

У цій частині опитування ми маємо декілька запитань щодо ваших думок про психічне здоров'я в цілому.

5.1 Інструкції: На кожне твердження 1–6 нижче дайте відповідь, поставивши лише одну галочку.

Під проблемами психічного здоров'я тут маються на увазі, наприклад, стани, за яких особа може бути доглянута медичним персоналом.

	Абсолютно згоден	Деяко погоджуюсь	Часткового погоджуюсь, частково ні	Деяко не погоджуюсь	Абсолютно не погоджуюсь	Важко сказати
5.1.a Більшість людей з проблемами психічного здоров'я хочуть бути працевлаштовані						
5.1.b Якщо б у друга (подруги) були проблеми з психічним здоров'ям, я знаю що йому (їй) порадити задля отримання професійної допомоги						
5.1.c Медикаментозне лікування може бути ефективним засобом для лікування людей з проблемами психічного здоров'я						
5.1.d Психотерапія (наприклад, терапія обговорення або консультування) може бути ефективним методом лікування людей з психічними проблемами						
5.1.e Люди з важкими проблемами психічного здоров'я можуть повністю відновитись						
5.1.f Більшість людей з проблемами психічного здоров'я звертаються до медичних працівників, щоб отримати допомогу						

**5.2 Please say whether you think each condition is a type of mental illness by ticking one box only**

	Agree strongly	Agree slightly	Neither agree nor disagree	Disagree slightly	Disagree strongly	Don't know
5.2.a Depression						
5.2.b Stress						
5.2.c Schizophrenia						
5.2.d Bipolar-disorder (manic-depression)						
5.2.e Drug-addiction						
5.2.f Grief						
5.2.g PTSD (post-traumatic stress disorder)						

**5.2 Скажіть, будь ласка, чи вважаєте ви ці стани психічними захворюваннями. Поставте лише одну галочку**

	Абсолютно згоден	Дещо погоджуюсь	Часткового погоджуюсь, частково ні	Дещо не погоджуюсь	Абсолютно не погоджуюсь	Важко сказати
5.2.a Депресія						
5.2.b Стрес						
5.2.c Шизофренія						
5.2.d Біполярні (маніакально-депресивні) розлади						
5.2.e Наркотична залежність						
5.2.f Горе						
5.2.g ПТСР (посттравматичний стресовий розлад)						

*Thank you for your participation. Your answers will be used to guide us in adapting health services to meet the needs of refugees from the war in Ukraine.*

*Дякуємо за участь. Ваші відповіді будуть використані для того, щоб допомогти нам адаптувати медичні послуги для задоволення потреб біженців від війни в Україні.*

### **Vedlegg 3: Intervjuguide**

## **Introduksjon fokusgruppe**

Hei og velkommen,

Vi introduserer oss selv og deretter beskriver hva deltakere samtykker til igjen:

*Tusen takk for at dere kom i dag og at dere vil hjelpe oss. Vi ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress ønsker å få til en diskusjon om kartlegging av vanskelige reaksjoner hos barn og ungdom rett etter flukt. Vi er ikke her for å kartlegge deres personlige erfaringer, men høre hva dere tenker som gruppe. Vi vil ta opp samtalen, men ingen andre enn forskerne vil ha tilgang til opptaket og opptaket vil slettes i løpet av fire uker. En oppsummering av det som kommer frem i diskusjonen vil overføres til en rapport til Helsedirektoratet, som har ansvar for å planlegge helsetilbudet til flyktninger i Norge. Vi vil ikke nevne noen ved navn eller gjengi personlige opplysninger eller historier.*

*Vi vil understreke at dette er et forskningsprosjekt som er helt adskilt fra alle andre tjenester i Norge. Hva dere snakker om her vil ikke få noen konsekvenser for din hjelp eller muligheter videre i Norge. Kunnskapen som kommer frem kan bidra til å bedre tilbudet som gis til unge som ankommer Norge senere. Vi håper at alle her føler seg frie til å si akkurat det de tenker. Det er ingen riktige eller gale synspunkter/svar, og ingen konsekvenser for uttalelser som blir gitt. Vi planlegger å snakke sammen i ca. 90 minutter. (Gå litt gjennom samtykkeskrivet og be de krysse av men ikke undertegne). Dersom noen av dere tenker at dere ikke vil være med, kan dere forlate lokalet før vi setter på lydopptak.*

Gi folk tid til å gå hvis de vil.

*Vi ber også om at det som blir sagt på gruppemøtet forblir her, og ikke deles med andre utenfor møtet. Vi ber også om at dere unngår å bruke navn eller andre veldig personlige opplysninger om deres egne barn. Ettersom denne samtalen skal tolkes, ber vi om at de som snakker gir tolken tid til å oversette mens man snakker. Det innebærer at dere deler opp setningene av og til. Det er også veldig fint hvis dere rekker opp hånda når dere har et innlegg, så vil moderator 2 holde oversikt over hvem sin tur det er. Selv om det blir litt mer organisert enn en vanlig diskusjon, ber vi om at alle som har lyst å si noe ber om ordet og ikke tar tilbake det de vil si selv om det blir litt ventetid – vi er interessert i absolutt alt man har på hjertet. Og det er viktig at ulike perspektiv og synspunkter kommer frem.*

Er det noen spørsmål før vi begynner?

Nå setter vi på opptak.

Instruks til moderatorne: Moderator 1 fører samtalen. Moderator 2 noterer og observerer pauser, kroppsspråk osv., og styrer ordet.

## Intervjuguide fokusgruppe

- 1) Har noen spurt barna deres om hvordan de har det etter dere kom til Norge?
- 2) Hva synes dere om at barna deres har/ikke har blitt spurt om hvordan de har det?
- 3) Helsepersonell lurer ofte på søvn, appetitt, endring av oppførsel og følelser hos barna. Er dette relevant den første tiden i Norge?
- 4) Hvor gamle tenker dere at barna bør være for å svare på slike spørsmål alene uten foreldre tilstede/fyller ut spørreskjema alene?
- 5) Er det eventuelt noe dere tenker at barna **ikke** burde bli spurt om?
- 6) Er det noe annet helsepersonell (andre?) burde spørre barna deres om som vi ikke har diskutert enda?
- 7) Hvis helsepersonell sier de skal spørre om barns *psykiske helse*, hva tenker dere de skal spørre om da? Er det noen temaer man er redd for å snakke om fordi det kan føre til stigma?
- 8) *Hvis ikke dette med krigsopplevelser har blitt nevnt allerede, spør om følgende:* Hva tenker dere om at helsepersonell snakker med barna deres om krigsopplevelser?
- 9) Har dere andre kommentarer som dere vil dele med oss? (*minner om at ingen kommentarer er dumme – alle tilbakemeldinger nyttige*)

*Tusen hjertelig takk for deres innspill. Dette er veldig viktig i arbeidet videre med å kunne ivareta helsen til flyktinger som kommer på en måte som de selv opplever som respektfull og relevant. Informasjonen vil formidles til de som bestemmer over helsetjenestene her i Norge og vi håper at de tar hensyn til det som har kommet fram her.*

*Er det noen som har kommentarer eller spørsmål til oss nå før vi avslutter?*

Skriv av opptak.

Europa har i 2022 stått overfor den største flyktningkrisen siden andre verdenskrig. I mars 2023 har FNs høykommissær for flyktninger registrert flere enn 8 millioner flyktninger fra Ukraina i europeiske land, hvorav nærmere 5 millioner har midlertidig beskyttelse. Av disse har over 40.000 kommet til Norge, og det er ventet like mange i året som kommer. En av mange viktige oppgaver Norge som mottakerland står overfor er å sikre denne gruppen adekvat helsehjelp.

Denne rapporten presenterer resultatene fra pilotstudien «Skal vi snakke om psykisk helse?». Gjennom spørreskjema og intervju har vi undersøkt ukrainske flyktningers holdninger til og opplevde behov for psykisk helsehjelp. Våre funn tyder på at de har et uttalt behov for hjelp for psykiske reaksjoner allerede kort tid etter ankomst, men at de færreste har fått et tilbud. Vi presenterer hvilke strategier flyktningene selv anbefaler for å nå ut med informasjon om psykisk helsehjelp til ukrainere som har ankommet Norge.

Rapporten beskriver utfordringer med å rekruttere et representativt utvalg til forskning på flyktningers psykiske helse. Hvilke barrierer vi kan jobbe oss gjennom for å bedre nå denne gruppen med tilbud om psykisk helsehjelp omtales. Vi konkluderer med anbefalinger om viktige tema for framtidig forskning som kan bidra til bedre å ivareta nyankomne flyktningers psykiske helse i tiden som kommer.

Denne piloten er utført av NKVTS for å møte økt etterspørsel etter forskningsbasert kunnskap og kunnskapsformidling som følge av krigen og flyktningstrømmen fra Ukraina. Studien er finansiert av Helsedirektoratet.



Rapporter kan lastes ned  
fra [www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)

ISSN: 0809-9103

ISBN: 978-82-8122-175-8 (PDF)

Rapport nr. 2 2023

  
NKVTS.NO