

# Innvandrere og psykisk helse: Psyk av arbeidsledighet?



**Ragnhild Aasen Jacobsen** er politisk rådgiver i Rådet for psykisk helse. Rådet for psykisk helse er en frittstående, humanitær organisasjon som arbeider for å skape et best mulig liv for mennesker med psykiske problemer og deres nærmeste. Aasen Jacobsen er cand. polit fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim og har tidligere blant annet jobbet i Kommunal- og regionaldepartementet, Utlendingsdirektoratet og Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

«Ledighet skader helsen,» skriver professor og divisjonsdirektør ved Folkehelseinstituttet Arne Holte i Aftenposten (Holte 2009). Han viser til at arbeidsledighet gir flere psykiske lidelser, og at dette henger sammen med at det å stå utenfor arbeidslivet truer vår opplevelse av mening i tilværelsen, vår selvfølelse og vår daglige omgang med andre. Særlig er det angst og depresjoner som knyttes til tap av arbeid.

Finanskrisen har gitt seg utslag i økende arbeidsledighet også her i Norge. Arbeidsledigheten øker mer blant innvandrere enn i den øvrige befolkningen. Om innvandrere rammes hardere av dårlig psykisk helse ved arbeidsledighet, er et komplisert spørsmål som det ikke er lett å gi svar på. Men det vi vet, er at innvandrere fra ikke-vestlige land har dårligere psykisk helse (bl.a. Dalgard 2005) enn befolkningen for øvrig. Vi vet også at dårlig psykisk helse som angst og depresjon er tett knyttet opp mot levekår, grad av sosial støtte og integrasjon i det norske samfunnet. I denne artikkelen drøfter vi forholdet mellom psykisk helse og arbeidstilknytning i befolkningen generelt og hos innvandrere spesielt. Vi ser også på i hvilken grad helsetjenesten innen psykisk helse fanger opp personer med innvandrerbakgrunn og deres behov. Til slutt kommer vi med noen anbefalinger til myndighetene knyttet til disse spørsmålene.

## Deltakelse i arbeidslivet kan påvirke den psykiske helsen både positivt og negativt

Det er nære sammenhenger mellom psykisk helse og deltakelse i arbeidsliv, både negative og positive sammenhenger. Noen får dårligere psykisk helse av arbeidet, noen kan ikke jobbe fordi de har store psykiske plager, andre får ikke jobb fordi de har eller har hatt psykiske vansker og dermed stenges ute. Man kan også få psykiske plager av å miste jobben eller aldri få muligheter i arbeidslivet når man ønsker å jobbe.

Selv om det å ha en jobb ofte framholdes som positivt for den psykiske helsen, innebærer deltakelse i arbeidslivet psykisk uhelse for noen. Studier fra Sverige viser at personer med innvandrerbakgrunn har større risiko for psykiske og psykosomatiske plager enn den øvrige svenske befolkningen, blant annet utbrenthet, angst, depresjoner og dårlig selvfølelse. Dette ble synliggjort blant annet gjennom høyere og lengre sykefravær. Innvandrere oppga flere negative arbeidsmiljøforhold, som liten innflytelse over arbeidssituasjonen og lavere status, enn sine kolleger (Scharfft 2005). En studie av kvinnelige renholdsarbeidere viser at svært mange sliter psykisk, og i særdeleshet de med innvandrerbakgrunn. 33 prosent av kvinnelige renholdsarbeidere med utenlandsk bakgrunn oppga i studien at de har psykiske plager som kan relateres til angst og depresjoner. Kvinnelige renholdere født utenfor Norge er



dermed tre ganger så utsatt for angst og depresjon som den kvinnelige befolkningen for øvrig, der 8,5 prosent har psykiske plager (Gamperiene, 2008).

Samtidig vet vi at det er positive effekter av å være i jobb. Det å delta i fellesskapet, gjennom jobb eller annen aktivitet, beskytter mot psykiske plager og kan bidra til bedring for dem som rammes av psykisk sykdom. Arbeid har betydning for den enkeltes identitet og stilling i samfunnet. Mestring og selvtillit er for mange knyttet til arbeid. Arbeid sikrer inntekt og reduserer fattigdom. Det er svært viktig å ha et psykisk helseperspektiv i arbeids- og velferdspolitikken, og med et langt bredere fokus enn på økonomiske grunner og det å hindre at folk blir uføretrygdet. For Rådet for psykisk helse er deltakelse i arbeidslivet langt mer enn å sikre den enkelte mulighet til å forsørge seg. Et inkluderende arbeidsliv er med på å skape mening og mestring for hver og en av oss og å bidra til bedre psykisk helse.

I hvilken grad arbeidsdeltakelse bidrar til god eller dårlig psykisk helse, henger sammen med psykososiale arbeidsforhold og hvordan man opplever sin egen arbeidssituasjon.

Dessverre er fortsatt mange med innvandrerbakgrunn sysselsatt i næringer der det er mindre egeninnflytelse over arbeidssituasjonen. Det kan bety at deltakelse i arbeidslivet for en del innvandrere har mindre positiv effekt enn det har for etnisk norske, som vist i den svenske studien.

Blir man arbeidsledig, har man høyere risiko for å oppleve psykiske plager enn folk som er i jobb. Dette gjelder alle mennesker, uavhengig av etnisk opprinnelse og oppholdsgrunnlag i landet. Flere undersøkelser peker på at arbeidsledighet over tid bidrar til økt hyppighet av psykiske plager, først og fremst angst og depresjon (Dalgard mfl. 2006). Den samme undersøkelsen viser at personer med psykiske plager i mindre grad kommer tilbake til arbeidslivet ved ledighet. De som står uten jobb, har tre-fire ganger høyere sannsynlighet for å ha betydelige psykiske plager sammenliknet med dem som er i jobb, viser Levekårsundersøkelsen fra 2005 (Rognerud mfl. 2008). Lav sosioøkonomisk status er også en risikofaktor for å utvikle psykiske helseplager (Dalgard mfl. 2006). Arbeidsledighet i seg selv kan medføre lavere sosioøkonomisk status. Personer med kort utdanning og løs tilknytning til arbeidslivet, og som

allerede har lav sosioøkonomisk status, har større sjanse for å bli arbeidsledig. Det å stå uten arbeid kan gjøre at man får svært dårlig økonomi, og fattigdom eller dårlig økonomi er i seg selv en risikofaktor for dårlig psykisk helse.

Om arbeidsledige personer med innvandrerbakgrunn i større eller mindre grad enn arbeidsledige i befolkningen for øvrig har psykiske lidelser, har vi ikke funnet tall på. Men vi vet at ledigheten er høyere blant innvandrere enn befolkningen for øvrig ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)), og vi vet at forekomsten av psykiske helseproblemer er større blant innvandrere enn i befolkningen ellers. Psykiske plager hos innvandrere henger i meget stor grad sammen med livet og levekårene i Norge, og er ikke utelukkende knyttet til flukt, traumer fra hjemlandet, savn etter familie osv. (Hauff, 2006).

### Arbeidslivet kan gi nettverk og minske isolasjon

Sosialt nettverk og mulighet for sosial støtte i sine omgivelser beskytter mot psykiske problemer. På mange arbeidsplasser betyr arbeidskolleger tilgang til et sosialt nettverk og kan også fungere som sosial støtte. Undersøkelser viser at sosial isolasjon og manglende sosial støtte ved for eksempel negative livshendelser øker risikoen for psykiske helseproblemer. Sosial støtte fungerer som en buffer som styrker individets mestringsevne (Dalgard mfl. 2006). Det viser seg at sosial støtte også har en positiv effekt på den psykiske helsen i seg selv, ikke bare ved negative livshendelser. Det handler om en grunnleggende trygghet om at støtten finnes der om noe skulle hende.

Folk har behov for å høre til. Det er ikke gitt at en arbeidsplass gir mulighet til verdifull tilhørighet, og det finnes mange andre arenaer der man kan søke tilhørighet, nettverk og sosial støtte. Men arbeidsplassen er en viktig arena i et land der mange jobber. Norge har høy deltakelse i arbeidslivet sammenliknet med mange andre land (NOU

2008:6). For eksempel ligger Norge på verdenstoppen når man ser på kvinners deltakelse i arbeidslivet generelt, og småbarnsmødre spesielt. Generelt er rollen som arbeidstaker sentral for mange som bor i Norge. Betydningen av arbeid kan dermed vise seg å ha betydning ut over personlig behovstilfredsstillelse. Vår plass i arbeidslivet sier noe om vår posisjon i fellesskapet og samfunnet. Det er nærliggende å anta at tap av arbeid kan være tyngre i et samfunn med så stor vekt på deltakelse i arbeidslivet. Samtidig har man i Norge såpass gode ordninger for dem som står utenfor arbeidslivet, at det å stå uten arbeid ikke nødvendigvis fører inn i fattigdom. Dette kan veie noe opp for den psykiske belastningen det kan være å miste jobben eller ikke klare å komme seg inn i arbeid.

### Innvandrere kan føle seg særlig rammet av nedgangstider

Arbeidsledigheten blant innvandrere har alltid vært høyere enn i befolkningen for øvrig, både i gode og dårlige tider. Yrkesdeltakelsen blant enkelte grupper innvandrere, spesielt fra noen land i Afrika og Asia, er betydelig lavere enn i befolkningen for øvrig. Muligheten for å få arbeid ser ut til å være mindre for personer med innvandrerbakgrunn; dette gjelder i særdeleshet første generasjon innvandrere. Det er mange grunner til høyere ledighetstall og lavere yrkesdeltakelse, blant annet manglende språkkunnskaper og kvalifikasjoner. Mye tyder på at personer med innvandrerbakgrunn diskrimineres på det norske arbeidsmarkedet (IMDi 2008). Diskriminering regnes som en risikofaktor for å utvikle psykiske problemer (Dalgard mfl. 2006). I et psykisk helseperspektiv er det viktig å være oppmerksom på at innvandrere dermed kan være ekstra psykisk sårbare ved arbeidsledighet. De kan ha en opplevelse av ikke bare å rammes av dårlige tider, men i tillegg rammes hardere på grunn av hudfarge, religiøs tilhørighet eller etnisk opprinnelse.

Diskriminering kan dessuten ta motivasjonen fra mennesker som fra før av har en ulempe



på arbeidsmarkedet gjennom å ikke ha norsk som morsmål, være relativt nyankommet eller ikke ha vært i arbeid på mange år. Motløshet, uforutsigbare og negative framtidssikter er faktorer som kan påvirke den psykiske helsen negativt.

### **Større reduksjon av livskvalitet for menn dersom de mister jobben**

I mange samfunn, til en viss grad også i det norske, er deltakelse i arbeidslivet og forsørgerrollen viktig for menn og deres opplevelse av å fylle en verdsatt og maskulin rolle. Menn, særlig i kulturer med tradisjonelt kjønnsrollemønster, kan føle skam om de ikke kan forsørge familien ordentlig. Karin Harsløf Hjelde har undersøkt psykisk helse og forståelse av psykiske lidelser hos somaliere i Norge og Finland (Hjelde 2008). Hun peker blant annet på at en del somaliske menn føler skam, og lett mister selvfølelsen, blir bekymret, triste og deprimerte. Ikke bare er de ute av stand til å forsørge familien i Norge, de er heller ikke i stand til å følge opp det de opplever som forpliktelser overfor familie i hjemlandet. Begrepet depresjon er ukjent for de fleste somaliere, og Hjeldes informanter hevder at depresjon ikke finnes i Somalia. De

snakker om et begrep som ser ut til å likne på depresjon, *buufis*. Heller ikke *buufis* eksisterer i Somalia, hevder informantene, og mener at dette er en psykisk tilstand som oppstår blant somaliere i diaspora i vestlige land. Tilstanden beskrives som en sterk følelse av verdiløshet, og forekommer i første rekke hos menn som ikke har arbeid og dermed ikke kan forsørge familien, slik han burde. Han er ofte alene og tenker negative tanker. Spørsmålet fra Hjelde om dem som ser ut til å ha *buufis*, er mennesker som har opplevd spesielt traumatiske ting før de kom til Norge, blir avvist av informantene. Det synes å ha en klar sammenheng med opplevelsen av livet i Norge.

Innvandrere er en sammensatt gruppe og man kan ikke trekke slutninger fra et utvalg somaliere i Hjeldes studier til å gjelde alle innvandrere i Norge. Men funnene er gjenkjennelige, også når det gjelder arbeidsledighet hos etniske nordmenn. Ifølge Ytterdal og Fugelli (Ytterdal og Fugelli 2000) har menn en større reduksjon av livskvalitet om de mister jobben, sammenliknet med kvinner. En mulig forklaring de oppgir, er at menn i større grad opplever en eksistensiell tapsopplevelse, og at kvinner sannsynligvis har lettere for å finne meningsfulle alternative sosiale roller.

Rådet for psykisk helse argumenterer for at en generell god integreringspolitikk medfører positive effekter som deltakelse i samfunnet og opplevelse av mestring, som igjen bidrar til god psykisk helse. Det er imidlertid et paradoks at det ser ut til at god integrering har god effekt på den psykiske helsen hos innvandrer menn, men kan ha negativ effekt hos kvinner med innvandrerbakgrunn (Dalgard og Thapa 2007). Dalgard og Thapa finner at sosial integrasjon, målt i norsk-kunnskaper, lesing av norske aviser, kontakt med nordmenn, deltakelse i lønnet arbeid etc. virker positivt på den psykiske helsen hos menn med innvandrerbakgrunn, mens det for kvinner kan gi økt risiko for psykiske plager. Forklaringen antas å ligge i at deltakelse i det norske samfunnet utfordrer tradisjonelle kvinnelige kjønnsroller blant innvandrere, noe som kan bidra til normkonflikt, truet selvfølelse og tap av følelsen av identitet.

Samtidig vet vi at gode møteplasser for innvandrerkvinner kan bidra til at kvinner finner ut av isolasjon og opplever mestring i det nye samfunnet. Isolasjon og manglende muligheter til å delta i det samfunnet man lever i, utfordrer den psykiske helsen.

### Tidlig hjelp mot psykiske plager

Finanskrisen medfører økende arbeidsledighet blant innvandrere. Det er imidlertid ikke slik at arbeidsledig den ene dagen betyr psykiske lidelser med behandlingsbehov den neste. Depresjon er den lidelsen som har størst sammenheng med arbeidsledighet og passivitet, og det er viktig at «medisinen» mot depresjon som følge av arbeidsledighet ikke først og fremst søkes i en styrket spesialisthelsetjeneste. Den viktigste innsatsen må være knyttet til NAV og kommunene, som må sørge for at ledige får muligheter til aktivitet og eventuelt kvalifisering, både for å ha noe meningsfylt å holde på med mens man er ledig, og for å styrke den enkeltes mulighet for å komme tilbake i arbeid. Holte påpeker i sin artikkel i Aftenposten at det finnes gode redskaper for tidlig intervensjon mot angst og depresjon, som mestringskurs for depresjon

og belastning, trening og kognitiv terapi. I likhet med Holte etterlyser Rådet for psykisk helse at slike lavterskeltilbud gjøres tilgjengelig gjennom kommunal psykisk helsehjelp. Folk som opplever arbeidsledighet og andre belastninger som utfordrer den psykiske helsen, må få hjelp før det utvikler seg til alvorlige lidelser. En utfordring til ansvarlige instanser for slike lavterskeltilbud er å gjøre dem tilgjengelig også for innvandrerbefolkningen, blant annet gjennom målrettet informasjonsarbeid mot denne gruppen.

Noen vil også ha behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Mange med innvandrerbakgrunn vegrer seg for å oppsøke hjelp eller kjenner ikke til at det er hjelp å få. Dette viser blant annet Hjelde's studie (Hjelde 2008) og erfaringer fra helsetjenestene. Berg og Johnsen (2004) viser at personer med innvandrerbakgrunn oftere blir innlagt med tvang i akuttpsykiatrien og ser en mulig sammenheng med at innvandrergruppen ikke søker hjelp eller når fram til innleggelse ved kontakt med allmennlegene. Den psykiske helsetjenesten i Norge er bygd opp, utviklet og organisert med utgangspunkt i majoritetsbefolkningens forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling. Mange minoriteter i Norge har opprinnelse fra områder eller land som helt eller delvis mangler tjenester som arbeider med psykisk helse i norsk forstand. For mange vil det kanskje ikke være et alternativ å oppsøke den psykiske helsetjenesten selv om man kjenner seg sterkt plaget, for eksempel som følge av arbeidsledighet, selv om tilstanden fra et norsk helsefaglig perspektiv er en psykisk sykdom. Det å ha en psykisk lidelse kan for noen være svært skambelagt og tabu, og det blir derfor fortiet og skjult.

Sider ved den vestlige medisinske tradisjonen kan virke fremmed for en del minoriteter i Norge. For en del mennesker med innvandrerbakgrunn vil tilstander som helsevesenet betrakter som psykisk lidelse, ikke uten videre bli sett på som et medisinsk/psykologisk problem. Forståelsen kan heller basere seg på at lidelsen har en religiøs eller åndelig

forklaring som dreier seg mer om ens forhold til Gud, og ofte ses som Guds straff. Lidelsen kan også forstås som et resultat av ens forhold til andre mennesker; man har kanskje fått kastet det onde øye på seg eller er blitt forhekset.

I noen samfunn finnes dessuten ikke de vestlige begrepene for psykisk sykdom som schizofreni og depresjon i språket. Psykiske plager, som for eksempel depresjon og angst, kan bli presentert som kroppslig ubehag eller fysisk sykdom. Mange leger har erfaringer med pasienter med innvandrerbakgrunn som kommer med hodepine og vondt i kroppen, symptomer som viser seg ofte å ha sammenheng med psykiske plager.

Et annet problem som kan oppstå som følge av ulike forståelser rundt psykiske problemer, er at pasienter kan oppleve at de ikke blir møtt og tatt alvorlig når det gjelder forståelse av egen lidelse. Dette kan føre til at de holder sine forklaringer for seg selv, fordi de vet at de ikke er gyldige i vestlig sammenheng. Resultatet kan bli manglende kommunikasjon fordi behandleren tror de har en felles forståelse av problemene eller behandlingen, mens pasienten på sin side sitter med helt andre oppfatninger. Når pasienter ikke blir møtt med respekt for sin forståelse, avslutter de vanligvis behandlingen.

### Anbefalinger og avslutning

Den beste forebyggingen mot dårlig psykisk helse hos hver og en av oss handler om muligheten til å leve et godt liv, med en økonomi man kan leve av, en jobb man trives med, normalt gode boforhold, mulighet til deltakelse i samfunnet og tilhørighet til familie, nettverk og lokalsamfunn. Det kan lyde som klisjeer, men dette er motsatsene til levekårsmessige og sosiale risikofaktorer for dårlig psykisk helse som dårlig økonomi, dårlige boforhold, arbeidsledighet, ensomhet, isolasjon og marginalisering.

Det betyr at den viktigste måten myndighetene kan sikre god psykisk helse hos



innvandrerbefolkningen på, er gjennom vanlige integreringstiltak, med fokus på gode levekår og inkludering. En politikk for inkludering i arbeidslivet vil være svært viktig, særlig i nedgangstider. Det å være i jobb kan i seg selv bidra til god psykisk helse, og kan også utløse andre gode virkninger på den psykiske helsen som bedre økonomi, inkludering i et fellesskap og muligheten for en verdsatt rolle.

Det er imidlertid viktig å jobbe for at innvandrere ikke lett havner i jobber med negative arbeidsmiljøfaktorer, jf. den svenske studien vi tidligere har referert til (Scharff 2005). Da vil deltakelse i arbeidslivet gi liten positiv effekt på den psykiske helsen, det kan tvert imot bidra negativt. En del innvandrere sliter med å få jobber de formelt sett er kvalifisert til, og en del opplever seg diskriminert. Arbeid for et åpent og inkluderende arbeidsliv er derfor like viktig som norskopplæring og kvalifisering.

Rådet for psykisk helse er av den oppfatning at det er for lite kunnskap om innvandreres opplevelse av psykiske helsetjenester og brukerperspektivet på hva de mener er gode møter og god hjelp. Skal man kunne møte alle brukere av helsetjenestene likeverdig, må tjenestene tilpasse seg brukerne og deres forståelse av egen helse. Det handler både om å sikre at folk faktisk oppsøker hjelp og vet at hjelp finnes, og at man sørger for møter mellom helsepersonell og bruker som gir gode vilkår for hjelp og behandling. Minoritetsperspektiv i helsetjenesten er generelt viktig, men vi vil hevde at det er spesielt viktig innenfor psykisk helse der man ikke kan ta en blodprøve for å avdekke sykdom, men er helt avhengig av verbal kom-

munikasjon og felles forståelse av brukerens situasjon og mulige veier til bedring.

I den offentlige debatten om innvandrere og psykisk helse knyttes problemstillingen raskt opp mot alvorlige hendelser som det mye omtalte trikkedrapet, det snakkes om traumatiserte flyktninger som på bakgrunn av krig og overgrep har psykiske problemer. Dette er en liten del av bildet. Det er viktig å ha et bredere fokus. Hele innvandrerbefolkningen har høyere forekomst av psykiske plager, ikke bare de med flyktningbakgrunn (Dalgard 2005). Og også for mennesker med bakgrunn fra krig og flukt er det livet og levekårene i Norge som ser ut til å gi størst utslag hva gjelder dårlig psykisk helse (Hauff 2006). Alle kan rammes av dårlig psykisk helse, enten man er rik eller fattig, kvinne eller mann, har innvandrerbakgrunn eller etnisk norsk opprinnelse osv. Men dessverre er det en rekke levekårsmessige faktorer som gjør enkelte grupper mer utsatt. Gode levekår i hele befolkningen er derfor den beste medisinen mot dårlig psykisk helse.

Det vises for øvrig til Rådet for psykisk helse rapport «Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn» for flere konkrete forslag til tiltak, både når det gjelder helse og inkludering.

### Referanser

Berg, J.E. og E. Johnsen (2004): Innlegges innvandrere oftere enn etniske nordmenn i akuttpsykiatriske avdelinger? Tidsskrift for Den norske legeforening 2004:5 124:634-6.

Dalgard, Odd Steffen (2005): Psykisk helse blant innvandrere i Oslo. Resultater fra befolkningsundersøkelser. Artikkel i «Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter – Tilbakeblikk og erfaringer», NAKMI.

Dalgard, Odd Steffen og Suraj Bahadur Thapa (2007): Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences; BioMed Central: Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2007, 3:24doi:10.1186/1745-0179-3-24.

Dalgard, Odd Steffen med flere (2006): «Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid». Rapport 2006/2, Folkehelseinstituttet.

Fugelli, P. og T. Ytterdal (2000): Helse og livskvalitet blant langtidsledige. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 11/2000.

Gamperiene, Migne (2008): «Health and work environment among women in unskilled occupations», Universitetet i Oslo, institutt for allmenn- og samfunnsmedisin.

Hauff, Edward (2006): Intervju i «Minoriteter og psykisk helse». Temahefte utgitt av Rådet for psykisk helse.

Hjelde, Karin Harsløf (2008): Somalieres forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling i eksil (Del II: Konsekvenser for psykisk helsearbeid.) Artikkel i Tidsskrift for psykisk helsearbeid vol 5 2008/1.

Holte, Arne (2009): «Ledighet skader helsen». Innlegg i Aftenposten 27.04.09.

IMDi-rapport 9-2008: Integreert, men diskriminert – en undersøkelse blant innvandrere fra Afrika, Asia, Øst-Europa og Sør- og Mellom-Amerika.

NOU 2008:6: Kjønn og lønn. Fakta, analyser og virkemidler for likelønn, BLD 2008.

Rognerud, Marit, Odd Steffen Dalgard og Jocelyne Clench-Aas (2008): «Levekårsundersøkelsen 2005 Psykisk helse i Norge». Rapport 2009/6 Folkehelseinstituttet

Rådet for psykisk helse (2007): Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn.

Schafft, Angelika (2005): Skandinavisk faglitteratur om arbeid og psykisk helse. AFI-notat 6/2005.