



Oslo

# Sluttrapport Helseprosjekt elever 16-19 år med kort botid



Aida Kreso  
Brit Oppedal  
Amar Ahmethodzic  
Warsame Ali



## Innhold

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Forord.....                                                                  | 4  |
| Sammendrag .....                                                             | 5  |
| 1. Innledning .....                                                          | 7  |
| 1.1. Oppdrag .....                                                           | 7  |
| 1.2. Organisering av prosjektet .....                                        | 9  |
| 1.3. Oslo som flerkulturell oppvekst- og integreringsarena.....              | 10 |
| 2. Metode.....                                                               | 23 |
| 2.1. Utvalg .....                                                            | 23 |
| 2.2. Fremgangsmåte helseundersøkelse.....                                    | 25 |
| 2.3. Kartlegging av elevenes deltakelse i fritidsaktiviteter .....           | 27 |
| 2.4. Ung i Oslo .....                                                        | 27 |
| 2.5. Måleinstrumenter .....                                                  | 28 |
| 2.6. Sammenlikning HEL-KOBO og Ung i Oslo.....                               | 28 |
| 3. Resultater .....                                                          | 31 |
| 3.1. "Sunn Start – psykisk helse for ungdom" .....                           | 31 |
| 3.2. Utvikling av tilpasset undervisningsmaterieil om psykisk helse .....    | 33 |
| 3.3. Utprøving av Sunn Start –psykisk helse for ungdom .....                 | 35 |
| 3.4 Revidering av undervisningsmateriellet.....                              | 41 |
| 3.5 Behov for evaluering av materiellet .....                                | 42 |
| 4. Resultater fra helseundersøkelsen.....                                    | 43 |
| 4.1. Livskvalitet.....                                                       | 43 |
| 4.2. Opplevd helsetilstand.....                                              | 44 |
| 4.3. Psykosomatiske plager.....                                              | 45 |
| 4.4. Depressive symptomer og plager .....                                    | 46 |
| 4.5. Traumatiske opplevelser før ankomst til Norge.....                      | 51 |
| 4.6.Psykiske reaksjoner på traumatiske opplevelser, PTSD .....               | 53 |
| 4.7. Oppsummering psykisk helse .....                                        | 54 |
| 4.8. Bruk av helsetjenester .....                                            | 55 |
| 4.9. Psykiske plager og bruk av helsetjenestene.....                         | 59 |
| 4.10. Behov for informasjon og videre oppfølging .....                       | 61 |
| 4.11. Følgeeffekter av prosjektet - Økt pågang hos skolehelsetjenesten ..... | 62 |
| 5. Aktiviteter etter skoletid.....                                           | 64 |
| 5.1. Idrettslag.....                                                         | 64 |

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 5.2. Deltakelse i organiserte aktiviteter før ankomst til Norge ..... | 65 |
| 5.3. Organisasjoner, klubber eller lag .....                          | 66 |
| 5.4. Oppsummering fritid .....                                        | 68 |
| 5.5. Skoletilhørighet og skolerelatert stress og belastninger .....   | 68 |
| 5.6. Oppsummering skole .....                                         | 70 |
| 6. Diskusjon .....                                                    | 71 |
| 6.1. Anbefalinger .....                                               | 73 |
| Begreper .....                                                        | 77 |
| Referanser .....                                                      | 78 |

## Forord

På oppdrag fra byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid gjennomførte Helseetaten «Helseprosjekt elever 16-19 år med kort botid *HEL-KOBO*» i løpet av 2019-2020. Vi ønsker å takke for et spennende oppdrag og mulighet for å utforske og utvikle kommunale tjenester i Oslo kommune sammen med forskningsmiljøene i Folkehelseinstituttet. Vi har hatt stor glede av samarbeidet og har knyttet tettere bånd.

En stor takk rettes til skolens ledelse, ansatte på skolen og i skolehelsetjenesten, og elever som bidro med tilrettelegging, råd, innspill og gode diskusjoner i alle prosjektets tiltak. Vi takker også forskningsassistentene som gjennomførte helseintervjuene med elevene, og ga innsiktsfulle kommentarer om erfaringene sine. Uten et slikt unikt samarbeid hadde det ikke vært mulig å gjennomføre HEL-KOBO.

Med vennlig hilsen

Aida Kreso, Helseetaten  
Brit Oppedal, Folkehelseinstituttet

## Sammendrag

På oppdrag fra byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid i Oslo kommune, gjennomførte Helseetaten i samarbeid med Folkehelseinstituttet prosjekt «Helseprosjekt elever 16-19 år med kort botid HEL-KOBO» i 2019 – 2020. HEL- KOBO, som er et akronym for Helseprosjekt blant elever 16 – 19 år med kort botid, ble gjennomført på en skole for ungdom mellom 16 -19 år med botid under 4 år i Norge, her kalt Prosjektskolen. I løpet av prosjektperioden, utviklet prosjektmedarbeiderne et undervisningsmaterieell om psykisk helse som skal være tilpasset denne målgruppen. HEL-KOBO omfattet også en undersøkelse av elevenes helse og helseutfordringer og av deres deltakelse i fritidsaktiviteter. Informasjonen fra disse undersøkelsene blir sammenliknet med resultatene fra NOVA's undersøkelse «Ung i Oslo 2018».

Hovedresultatene:

- Positive erfaringer med utprøvingen av Sunn Start-programmet.

Tilpasningen og utprøvingen av Sunn Start avdekket behov for lavterskeltiltak for å fremme kunnskap om psykisk helse blant elever og foresatte. Diskusjoner om stress som følger med å være ny i Norge engasjerte elevene

- Elevene var svært fornøyde med skolen sin

Elevene på Prosjektskolen var meget fornøyde med skolen sin. De opplevde svært god støtte fra ansatte og fra medelever. De rapporterte mindre skolerelaterte belastninger enn elever i samme alder på andre skoler

- Elevene er aktive og prøver ut mange forskjellige fritidstilbud
- Lavere risiko for depressive plager

Resultatene viste mindre forekomst av depressive plager og høyere livskvalitet på Prosjektskolen sammenliknet med Ung i Oslo. Men fra 18 – 30 % var svært plaget av enkelt-symptomer. Det var lite variasjoner mellom gutter og jenter.

- Mye traumatiske opplevelser

Halvparten av elevene hadde opplevd minst en traumatisk hendelse i løpet av det siste året, og 20% hadde klinisk relevante PTSD-symptomer som følge av traumene.

- Det er sammenheng mellom skolerelaterte problemer og depressive plager, og mellom opplevde traumer og PTSD-symptomer
- Skolehelsekykleieren har en sentral rolle på Prosjektskolen

SHelsesykepleieren har en sentral rolle i det forebyggende arbeidet rettet mot elevene, og en viktig støtterolle for skolens elever og ansatte. Elever med mye psykiske plager på Prosjektskolen hadde oftere kontakt med skolens helsesykepleier, og sjeldnere kontakt med spesialisthelsetjenester enn samme elevgruppe i Ung i Oslo

- Skolehelsetjenesten opplevde en markant økning i henvendelser fra elever i prosjektperioden, som avdekket et stort behov for råd, veiledning og informasjon
- Har ikke fastlege

Et flertall av elevene hadde ikke fastlege. De hadde også lite kontakt med andre helsetjenester som tannlege, psykolog og legevakt

- Behov for informasjon

Elevene uttrykte behov for informasjon både om helsetjenestene og om hvilke fritidstilbud som finnes

Våre viktigste anbefalinger:

- Skolens helse-tjenestebør styrkes og bemannes med ansatte i faste stillinger.
- Det bør gjennomføres en helsekartlegging ved skolestart
- Relevant informasjon om ulike helsetjenester bør inkluderes i undervisningen og gjennom kontakt med skolehelsetjenesten
- Undervisning om psykisk helse bør inkluderes i skolens årshjul

Det er behov for et lavterskeltilbud som kan gi nyankomne elever og deres foresatte kunnskap om psykisk helse og helsetjenester i Norge

- Informasjon om ulike fritidstilbud inkluderes i skolens undervisning
- Opprette et systematisk samarbeid mellom utvalgte frivillige- og fritidsorganisasjoner og Prosjektskolen for å legge til rette for økt deltakelse i aktiviteter etter skoletid og for å fremme positiv integrering av elevene

# 1. Innledning

## 1.1. Oppdrag

Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid (EHA) i Oslo kommune ga i februar 2019 Helseetaten i oppdrag å gjennomføre «Helseprosjekt – elever mellom 16 og 19 år med kort botid» på en av byens skoler for elever med kort botid, heretter referert til med akronymet HEL-KOBO (forkortet: helse kort botid). Skolen vil bli omtalt som Prosjektskolen. Skolens ansatte hadde i en lengere periode rapportert om bekymringer for sammenhengen mellom elevenes helse og fremtidige skolepresentasjoner. Disse bekymringene har vært en viktig bakgrunn for oppdraget.

De konkrete målene for prosjektet var:

1. Å utlede kunnskap om omfang og karakter av helseutfordringer blant elevgruppen.
2. Kartlegge elevenes bruk av ulike fritidstilbud, herunder organiserte eller delvis organiserte aktiviteter etter skoletid.
3. Utvikle en kursmodell om psykisk helse, tilpasset ungdom med kort botid og svake norskferdigheter.
4. Gjennomføre kursmodellen om psykisk helse for alle eller et utvalg av elevene, og evaluere denne.

Oppdraget setter fokus på faktorer som kan ha betydning for helsen til minoritetsspråklige ungdommer med kort botid i Norge. Helse og helseutfordringer skal være en ledetråd i prosjektet. Det er imidlertid viktig å se helse i en større samfunnskontekst, spesielt med tanke på integrering, videre utdanning, skoleløp og kvalifisering til et arbeidsliv som venter. I oppdraget ber byrådsavdelingen videre om å "kartlegge elevenes bruk av ulike fritidstilbud, herunder organiserte eller delvis organiserte aktiviteter etter skoletid. Aktivitet og deltakelse i fritidstilbud er viktig både i et helseperspektiv og integreringsperspektiv.

Byrådsavdelingen la vekt på å styrke elevenes kunnskap om egen helse og mestring gjennom å tilby dem tilpasset undervisning om helse, særlig om psykisk helse. Bakteppet var bl. annet et generelt økende fokus på elevenes mestring og psykiske helse og på skolen (Fagfornyelsen) og Byrådets strategi for økt gjennomføring i videregående opplæring blant elever med kort botid i Norge, slik det er omtalt i Integreringsmeldingen (Kunnskapsdepartementet 2019). Bakgrunnen for strategien er et ønske om å redusere frafall i videregående skole for denne elevgruppen.

Erfaringer og kunnskap fra dette prosjektet vil benyttes inn i en vurdering av eventuelle behov for endringer i helsetilbudet til elever 16 – 19 år med kort botid.

## 1.2. Organisering av prosjektet

HEL-KOBO ble gjennomført som et samarbeid mellom Helseetaten (HEL) og Folkehelseinstituttet (FHI). En seniorforsker og en forsker fra FHI var tilknyttet prosjektet. Seniorforskeren hadde det faglige ansvaret og veiledningsansvaret, og var involvert i alle ledd av prosjektet. Forskeren ble engasjert i arbeidet rundt utvikling og utprøving av undervisningsmaterialet i psykisk helse, fordi han hadde erfaring med å utvikle denne typen tiltak.

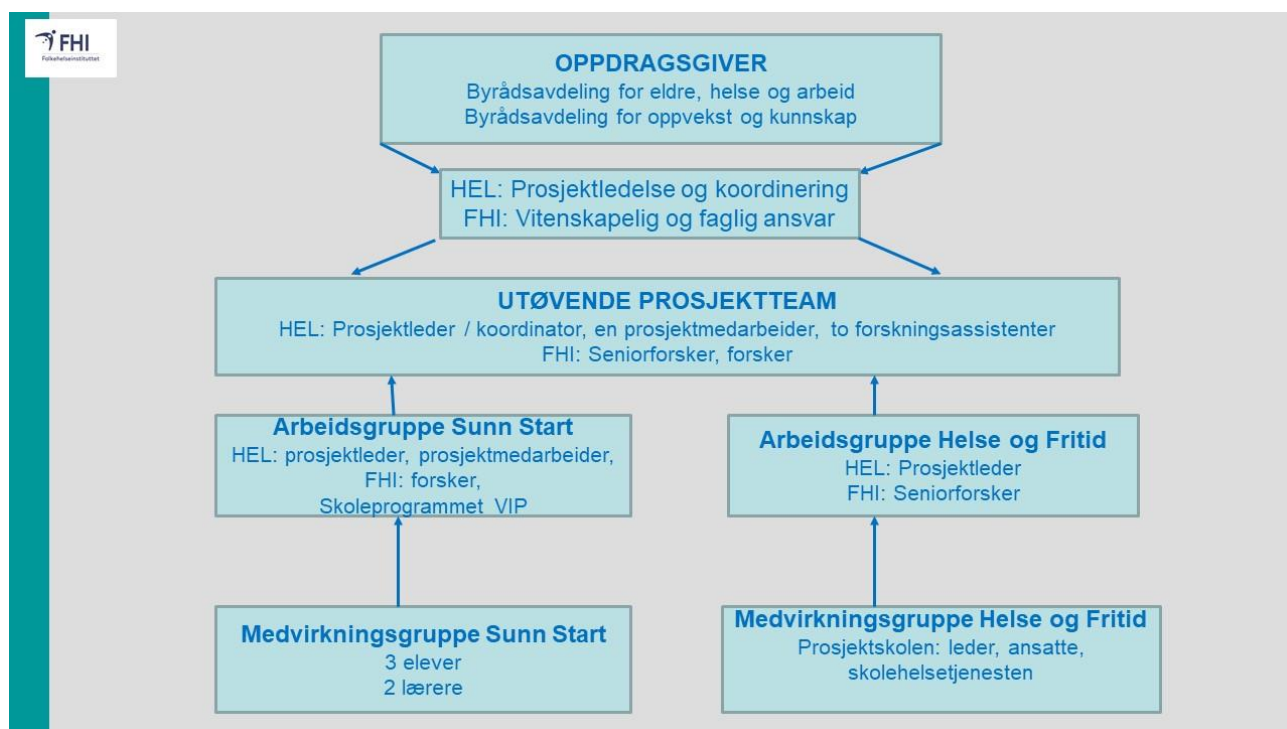
HEL-KOBO ble organisert med en prosjektledelse, et utøvende prosjektteam, to arbeidsgrupper og to grupper med brukermedvirkere (Figur 1). HEL hadde ansvar for prosjektledelse og koordinering. HEL involverte FHI for å sikre god vitenskapelig og faglig kvalitet på prosjektet.

Et utøvende prosjektteam hadde det overordnede ansvaret for utvikling og utprøving av Sunn Start materialet, Helseundersøkelsen og Kartleggingen av fritidsaktiviteter. Prosjektteamet hadde også ansvar for datainnsamling i de øvrige to delprosjektene, data-analyser og rapportering fra prosjektet.

Arbeidsgruppen for Sunn Start hadde det praktiske ansvaret for å utvikle og teste materiell til undervisningsprogrammet om psykisk helse, og en evalueringsprotokoll, samt opplæring av lærerne til å bruke materialet. Dette ble gjennomført i tett samarbeid med tre elever og to lærere som utgjorde Sunn Starts medvirkningsgruppe. Arbeidsgruppen Helse og Fritid, hadde ansvar for design og metode og for gjennomføringen av datainnsamling om elevenes helse og fritidsaktiviteter. Denne arbeidsgruppen hadde også ansvaret for å utarbeide spørreskjemaer og intervjuprotokoller, og opplæring av forskningsassistenter som skulle utføre datainnsamlingen.

Medvirkningsgruppen for helse og fritid, kom med innspill til intervjuprotokollen, og bidro til å organisere den praktiske gjennomføringen av datainnsamlingen. Begge medvirkergruppene bidro aktivt i arbeidet med å utarbeide og utforme prosjektinformasjonen som skulle gis til elevene og deres foresatte. Figur 1.1. illustrerer dette:

Figur 1.1 : Kart over organiseringen av HEL-KOBO og prosjektmedarbeiderne



Det var en forutsetning at prosjektet hadde bred forankring i alle nivåer, men særlig blant skolens ledelse og lærere, og blant elevgruppen. Også representanter fra andre skoler og deres skolehelsetjenester deltok med innspill og erfaringer. Samtlige deltakere i gruppene viste stor interesse for å delta. Det ble lagt til rette for at de nyankomne elevene kunne delta ved at møtene ble avholdt i skoletiden og elevene fikk tilbud om tolk.

### 1.3. Oslo som flerkulturell oppvekst- og integreringsarena

Ingen andre byer eller kommuner har så høy andel innbyggere med innvandrerbakgrunn som Oslo, hvor innvandrerbefolkningen utgjør 33,4 % (SSB 2019). Innvandrerbefolkningen har økt kraftig de siste årene, i Norge generelt og i Oslo spesielt. Det er også store endringer i hvilke grupper som kommer til Norge, avhengig av geopolitiske hendelser og konflikter, samt europeisk og nasjonal innvandringspolitikk. De store bølgene med arbeidsinnvandrere fra Pakistan, Marokko og Tyrkia på 1970- tallet, ble avløst av flyktninger og asylsøkere, i tillegg til nye bølger med arbeidsinnvandrere fra EU/EØS-land som Polen, Sverige og Litauen. En stor del av innvandrerbefolkningen i Oslo har bodd i byen i 10 år eller lengre. Personer med kort botid, d.v.s. mellom 0 og 4 år, er i mindretall, og utgjør ca 40 000 personer i 2019.

De største opprinnelseslandene til innvandrerbefolkningen i Oslo er Pakistan, Polen, Somalia og Sverige. Når det gjelder barn 0 til 17 år er de største gruppene barn som kommer fra Somalia, Pakistan, Irak og Polen, se tabel 1.1. under:

Tabell 1.1: Barn 0-17 år etter de 10 hyppigst forekommende nasjonalitetsgruppene i Oslo, 1.1.2019

|                         | I alt  | Gutter | Jenter |
|-------------------------|--------|--------|--------|
| Oslo i alt <sup>1</sup> | 45 298 | 23 036 | 22 262 |
| Somalia                 | 5 859  | 3 005  | 2 854  |
| Pakistan                | 5 000  | 2 542  | 2 458  |
| Irak                    | 2 572  | 1 316  | 1 256  |
| Polen                   | 2 191  | 1 150  | 1 041  |
| Sri Lanka               | 1 733  | 883    | 850    |
| Marokko                 | 1 693  | 886    | 807    |
| Tyrkia                  | 1 312  | 650    | 662    |
| India                   | 1 249  | 611    | 638    |
| Vietnam                 | 1 211  | 571    | 640    |
| Afghanistan             | 1 182  | 576    | 606    |

<sup>1</sup> Omfatter innvandrere (født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre) og norskfødte med innvandrerforeldre.  
Kilde: Befolkningsstatistikk, SSB.

#### Minoritetsungdom med kort botid

I Oslo kommune er det per d.d. registrert totalt 3618 ungdom med innvandrerbakgrunn i aldersgruppen mellom 16 – 19 år med botid under 4 år (Oslo kommune Statistikkbanken). I Tabell 1.2. kan vi lese at 633 ungdom i målgruppen har vært registrert i Oslo i en treårs periode mellom 2017 -2019.

Tabell 1.2 Innvandrere, 16-19 år, bosatt i Oslo per 1.1.2020

| Innvandrere, 16-19 år, bosatt i Oslo per 1.1.2020    |                      |           |       |
|------------------------------------------------------|----------------------|-----------|-------|
| Landbakgrunn                                         | Ankomstår til Norge  |           | I alt |
|                                                      | 2016 eller tidligere | 2017–2019 |       |
| Asia, Afrika, Latin-Amerika og Øst-Europa utenfor EU | 2140                 | 423       | 2563  |
| Vest-Europa, Usa, Canada, Australia og New Zealand   | 441                  | 145       | 586   |
| Øst-europeiske EU-land                               | 404                  | 65        | 469   |
| I alt                                                | 2985                 | 633       | 3618  |

Tabellen viser at ungdom i målgruppen til HEL-KOBO hovedsakelig har landbakgrunn fra Asia, Afrika og Øst-Europa utenfor EU, etterfulgt av mindre grupper fra vestlige land og fra øst-europeiske land i EU. På grunn av lave tall og hensyn til personvernet er det ikke mulig å presentere eksakt landbakgrunn i tabellen.

Minoritetsungdom med kort botid utgjør en svært mangfoldig gruppe blant annet med hensyn til alder, botid i Norge, landbakgrunn, årsak til innvandring og skolebakgrunn fra opprinnelseslandet. Noen ungdommer kan ha bodd lengre perioder på asylmottak i påvente av et positivt svar på asylsøknaden. Mange har nylig kommet hit sammen med

sin familie eller for å gjenforenes med allerede bosatte familiemedlemmer.

I HEL-KOBO har målgruppen kort botid, under 4 år. Botid betegner hvor lenge en person har bodd i landet, men sier mindre om hvordan man er blitt møtt eller ivaretatt etter ankomst. For ungdom som har fylt 18 år med bestemte typer opphold i Norge, er det Introduksjonsloven<sup>5</sup> som legger føringer for obligatorisk deltakelse i et introduksjonsprogram i bydelene de første 2 årene etter ankomst. Integreringstiltak rettet mot ungdom som er yngre enn 18 år, har vi ikke så mye oversikt over. Gjennom arbeid i introduksjonsprogrammet i bydelene har vi observert at mange av disse ungdommene “går under radaren” i skolen og i nærmiljøet, uten at det systematisk følges opp hvordan de klarer å tilpasse seg en ny tilværelse. Dette gjelder særlig de ungdommene som kommer til familiegjenforening. Utdanningsinstitusjoner og frivillig sektor, samt ungdommens deltakelse i fritistidaktiviteter etter skolen har vist seg å være viktige integreringsarenaer, og er derfor fokus i HEL-KOBO.

De fleste ungdommer med kort botid uavhengig av migrasjonsårsak har opplevd store endringer i sin hverdag. Mange har opplevd å miste familiemedlemmer eller nærstående personer, og *alle* har brutt opp fra sitt eget miljø. Å bryte opp fra sitt eget miljø innebærer tap av hjem, nettverk og venner, skolemiljø, kulturelt og språklig miljø, status og rolle. Slike erfaringer kan kalles *migrasjonsstress*, og etterfølges av kravet om ny tilpasning og forventninger om mye ny læring og rask *integrering* i det nye samfunnet, gjerne omtalt som *akkulturasjonstress* (Berry, 2006).

En viktig forutsetning for at barn og unge med innvandrerbakgrunn skal lykkes med integreringsprosessen, er at de finner en balanse mellom atferd, verdier og tilhørighet knyttet både til opprinnelseskulturen og til den norske kulturen (akkulturasjon). For en del minoritetsungdommer med kort botid, er det rimelig å tro at summen av utfordringer og belastninger vil være mer omfattende enn hva tilfelle er for ungdom som har bodd hele eller store deler av livet i Norge. Nyere forskningsstudier viser at migrasjonsprosessen innebærer mange forandringer og opplevelser som øker risikoen for psykiske problemer hos minoritetsbarn og ungdom (FHI 2018). Før avreisen eller mens de har vært på flukt/reise kan migrantene ha vært utsatt for ulike krigsrelaterte hendelser, manglende skolegang, fattigdom eller tap av familiemedlemmer og venner. Etter at de har fått opphold i Norge, opplever de fleste unge belastninger knyttet til å lære seg et nytt språk, orientering i nye omgivelser og det å vokse opp i et flerkulturelt samfunn. Det er imidlertid viktig å være bevisst på at gruppen er veldig heterogen og at ikke alle opplever belastninger og stress i like stor grad knyttet til migrasjon.

Hos en del minoritetsspråklige ungdommer er det registrert et lavt læringsutbytte og manglende språklig progresjon. Dette kan skyldes psykososiale problemer, som sorg, stress og traumatisering (Kunnskapsdepartementet 2007). Flere tidligere studier av minoritetsungdom med kort botid støtter dette, men disse er i stor grad basert på informasjon fra ungdom med flyktningbakgrunn<sup>2</sup>. Det er krigshandlinger og grove menneskerettighetsbrudd utført mot denne ungdomsgruppen, som utgjør de mest åpenbare belastningene før ankomst til Norge.

### **Psykiske utfordringer blant barn og ungdom**

Psykiske utfordringer blant barn og ungdom generelt er et økende problem, som også nå har fått en økt oppmerksomhet i skolen. Skolen har ansvar for å sikre et læringsmiljø som fremmer helse, trivsel og læring, og som forebygger sykdom, psykiske plager og lidelser. Skolen skal i større grad jobbe forebyggende og helsefremmende gjennom fokus på livsmestring.

Rapporten fra NOVA om trivsel blant elever med ulik landbakgrunn (NOVA 2018) viser at de aller fleste elever med innvandrerbakgrunn opplever skolen som et godt sted å være. I alle innvandrergrupper trives de aller fleste, de føler seg inkludert av både elever og lærere, og er fornøyd med skolen de går på. Samtidig er det slik at ungdom med innvandrerbakgrunn som gruppe, opplever noe mindre trivsel og tilhørighet i skolen enn majoriteten. Det er noen flere som gruer seg til å gå på skolen, 26 prosent av elever med innvandrerbakgrunn sammenlignet med 19 prosent av majoritetsungdom, og færre er fornøyd med skolen de går på. Rapporten viser at 69 prosent av minoritetsungdommene har spesielt høy trivsel på skolen de går på. I motsatt ende har 10 prosent av minoritetsungdommene spesielt lav trivsel. Det viser seg også at ungdommenes botid i Norge ikke spiller en spesielt stor rolle for hvordan de fleste elevene opplever skolen. Unntaket er de som innvandret til Norge i tenårene, etter at de fylte 12 år. Denne gruppen er det relativt sett noe lavere trivsel og tilhørighet i skolen enn blant de som har bodd i Norge en stund eller gjennom hele oppveksten. Både jenter og gutter som kom til Norge etter at de fylte 12 år trives mindre på skolen enn de som var født i Norge eller de som kom da de var yngre (NOVA 2018). Det er nettopp denne gruppen ungdom som er målgruppen i HEL-KOBO.

### **Ungdom med kort botid og frafall fra utdanning**

I regjeringens nylig vedtatte Integreringsstrategi (Kunnskapsdepartementet, 2019) er ungdom med kort botid en gruppe som får særlig fokus. I strategien påpekes det at «Mange som innvandrer sent i skoleløpet har dårlige forutsetninger for å gjennomføre

videregående skole, og har et bekymringsfullt høyt frafall, særlig guttene. Blant dem som innvandrer i ungdomsskolealder, har bare halvparten fullført og bestått videregående opplæring i slutten av tjueårene».

Frafall fra videregående utdanning er ikke et nytt fenomen og er heller ikke en særnorsk problemstilling. Både myndighetene og forskningsmiljøene har i lang tid forsøkt å bøte på de uheldige virkningene av å droppe ut, og frafallet har blitt noe bedre. Selv om vi har sett en svak nedgang de siste årene, har frafallet fra videregående opplæring for alle elever uavhengig av landbakgrunn vært stabilt på cirka 30 prosent de siste 20 årene. Det er et internasjonalt gjennomgående trekk at manglende fullføring av videregående skole medfører større sannsynlighet for arbeidsledighet (Lamb 2011). Funn fra flere land viser også at manglende gjennomføring øker sannsynligheten for å være arbeidsledig over lengre tid, ha lavere inntekt og lavere velstandsøkning gjennom livsløpet (Lamb og Markussen 2011). Studien viser også til at personer som ikke fullfører opplæringen dessuten har dårligere fysisk og psykisk helse, har høyere kriminalitetsrater, og er sjeldnere aktive medborgere (Lamb m.fl. 2011).

Ungdom med kort botid lykkes på videregående skole i varierende grad. Studier viser at det er en klar sammenheng mellom antall års botid i Norge og andel av elevene som fullfører videregående opplæring innen fem år (Bjørkeng & Dzamarija, 2011). Det er særlig de med relativt kort botid som skiller seg ut med svakest karakterer (Bakken & Hygge, 2018; Steinkellner, 2013). Bratsberg mfl. (2012) har funnet at gjennomføringsratene i videregående opplæring synker med alder ved innvandring. Dette betyr at jo eldre barnet var ved innvandring, jo lavere er sannsynligheten for å gjennomføre videregående opplæring. Særlig for barn som innvandret etter at de var sju år er risikoen for å ikke gjennomføre videregående utdanning høy, noe som først og fremst ble forklart gjennom prestasjonsforskjeller tidligere i skoleløpet.

Studier av motivasjon hos ungdom med kort botid viser at de ofte har «et sterkere driv», høyere ambisjoner, mer positivt syn på skole og utdanning og ser på skolesystemet som en mulighet for sosial mobilitet i innvandringslandet (Bakken 2003). Dette «drivet» kan både være en fordel og en ulempe. Det kan være et problem da noen ungdommer med kort botid ønsker å ta sin utdanning så raskt de kan, for å komme seg ut i arbeidslivet så raskt som mulig. Mange kan derfor oppleve at overgangen fra en innføringsklasse eller fra norskopplæring, slikt som Prosjektskolen, hvor alle elever er nye og «i samme båt», til ordinær videregående opplæring kan være tøff (Jama, 2018).

## ***Teoretisk bakteppe: Integrering som en kompleks utviklingsprosess***

I gjennomføringen av HEL-KOBO har vi benyttet to integreringsmodeller. Hensikten med ulike modeller å belyse den komplekse utviklingsprosessen integrering er, fra flere ulike hold.

*Integrering* er blitt definert som den tilpasningsprosessen som finner sted mellom innvandrere og samfunnet de kommer til. En smalere definisjon påpeker at integrering er en tosidig og gjensidig tilpasningsprosess. Samfunnet legger til rette for inkludering av individer eller grupper, samtidig som disse selv bidrar til den samme inkluderingen (Brekke & Mohn, 2018). Men i dagligtale benyttes «integrering» oftest i betydningen av at innvandrere deltar i arbeidsmarkedet eller i samfunnet. For barn og unge med innvandrerbakgrunn blir gjerne deres norskspråklige kompetanse benyttet som et mål på hvorvidt de er eller vil bli integrert eller ei, mens det for eldre ungdommer og unge voksne, er gjennomført videregående opplæring som er hovedkriteriet for hvorvidt de er integrert (Stortingsmelding 6, 2012 – 2013). Vi mangler imidlertid et bedre differensiert system, som skiller integrering fra andre utviklingsprosesser, som kan benyttes for å vurdere grad av integrering som en prosess, med tanke på alder og fase i innvandringsprosessen både hos barn, unge og voksne. Et slikt system kan være nyttig og viktig for å planlegge tiltak for å fremme integrering for ulike grupper barn og unge med innvandrerbakgrunn, og for en tettere monitorering av integreringsprosessen.

## ***Betydningen av støttende, interkulturelle sosiale relasjoner***

HEL-KOBO-prosjektet tar utgangspunkt i en økologiske utviklingsmodellen som innebærer at elevenes helse og integrering må forstås som et resultat av samspillet mellom deres individuelle egenskaper, og faktorer i omgivelsene deres. I følge Bronfenbrenner (1994) sin anerkjente økologiske system-teori, består mikrosystemet av samspillet mellom den enkelte eleven og menneskene han/hun omgås, som f.eks. familien, lærerne, medelevene og vennene, som beskrevet i Figur 4.1.

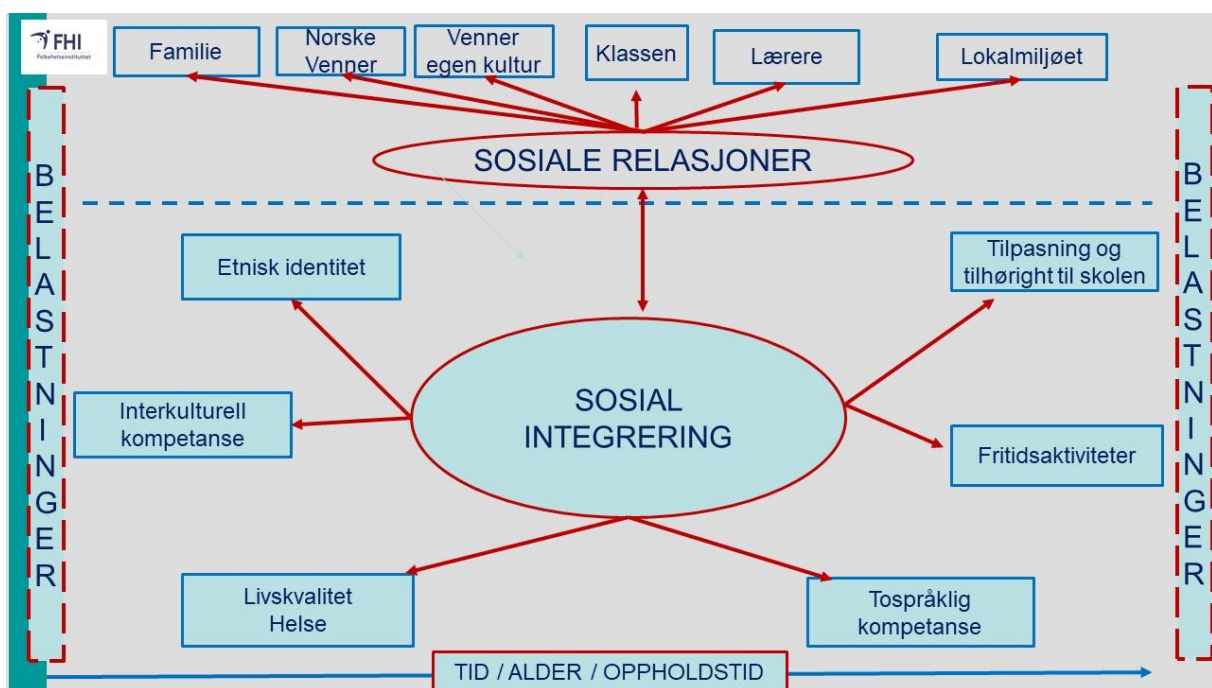
I gjennomføringen av HEL-KOBO har vi benyttet en integreringsmodell utviklet ved Folkehelseinstituttet (B. Oppedal, 2019) som utgangspunkt (Figur 4.1). Modellen er basert på forskning som viser at støttende sosiale relasjoner er kjernen i positive og resiliente (positiv utvikling hos barn og unge i sårbare omgivelser) utviklingsforløp. Støttende sosiale relasjoner har stor betydning for alle barns og unges helse, velvære og skoleprestasjoner, også blant barn og unge med innvandrerbakgrunn (Masten & Obradovic, 2006).

Forskning viser også at å opprettholde tilhørighet og kulturkompetanse knyttet til opprinnelseskulturen, og samtidig utvikle tilhørighet og kulturkompetanse knyttet til majoritetssamfunnet, fremmer psykologisk tilpasning, skoleresultater og helse blant barn og unge med innvandrerbakgrunn (Motti-Stefanidi, 2018; Oppedal & Idsoe, 2015; Schwartz, Unger, Zamboanga, & Szapocznik, 2010).

Vår forståelse av integrering som en utviklingsprosess over tid, der mange faktorer virker sammen i en gjensidig synergi-prosess hvor målsettingen er barnas og de unges sosiale integrering, peker utover norskspråklig kompetanse og gjennomført skoleforløp som kriterier for integrering.

Figur 1.4. viser at det er et gjensidig forhold mellom sterke, støttende sosiale relasjoner og sosial integrering. Når det flerkulturelle oppvekstmiljøet (Integreringsmiljøet) er tilrettelagt for å fremme helse og velvære, tospråkighet og kulturell tilhørighet både til opprinnelseskulturen og til majoritetskulturen, interkulturell kompetanse og deltakelse i fritidsaktiviteter, styrkes barnas og de unges forutsetninger for å etablere og opprettholde gode, støttende sosiale relasjoner til voksne og til jevnaldrende (sosial integrering). På den andre siden: gjennom deltakelse i ulike støttende sosiale nettverk, øker barna og ungdommene muligheten for utvikle kompetanse og egenskaper som er en forutsetning for sosial integrering.

Figur 1.4. Integrering som en funksjon av samspillet mellom støttende sosiale relasjoner og individet (B, Oppedal)



HEL-KOBO-oppdraget var også basert på en antakelse om at god helse og deltakelse i ulike fritidsaktiviteter er viktige faktorer for integrering.

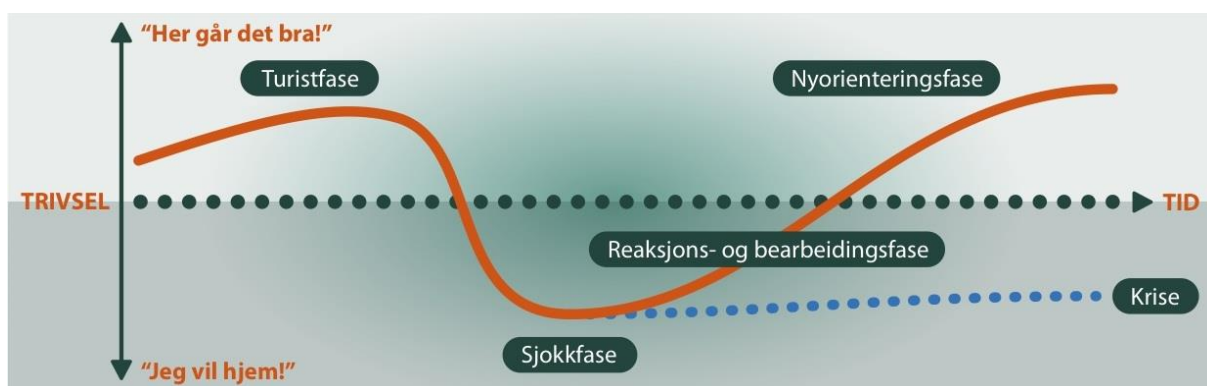
Bak oppdraget i HEL-KOBO var de nyankomne elevenes helse og tilpasning til lokalmiljøet i form av deltakelse i fritidsaktiviteter og relasjoner til jevnaldrende, i fokus.

Elevenes helse og atferd kan både påvirke integreringsprosessen, og være resultat av den, som vist i figur 1.4

## Integreringskurven – U-kurven

Integrering henger tett sammen med tid, eller nærmere sagt botid i det nye landet en kommer til. Målgruppen i HEL-KOBO har bodd i Norge i kort tid, noen kun et par måneder, og andre et par år. Derfor er det hensiktsmessig å inkludere en annen kjent integreringsmodell ofte omtalt som Dahls U-kurve( Dahl, 2003). I sin modell tar han utgangspunkt i fire faser en nyankommen person går gjennom. De ulike fasene som gjennomleves, kan fremstilles som en trivselskurve som har form som en U, der trivsel vises som en funksjon av tid, her illustrert i figur 1.5:

Figur 1.5 Dahls U-kurve. Modell over faser i integreringsprosessen



Figur 1.5. illustrerer innvandrernes reise gjennom fire ulike faser som vi skal beskrive nærmere, ved å tenke oss en flytting fra et sted til et annet.

- Turistfasen

Enkelte har kalt denne fasen for «hvetebrødsdagene». Det nye oppleves som interessant og spennende, en opplever frihet og nye muligheter. Ved ankomsten til Norge er en inne i en ny gledesrus. Målet er nådd, kanskje etter en lang reise og mye arbeid og planlegging. For de voksne kan denne «turistfasen» vare en stund, til de møter alle vanskeligheter ved å etablere seg på nytt, med nytt bosted, nytt språk, nye kulturelle koder og tilpasningsvansker. Denne fasen er preget av positiv endring i livssituasjonen.

Imidlertid kan denne fasen oppleves forskjellig for voksne og barn. (Reif, Selle, og Østby 2010). Barn flytter med andre ord fordi voksne rundt har tatt et valg som de selv ikke har kontroll over. Særlig kan denne fasen oppleves som utfordrende for barn som kommer på familiegjenforening, til foreldre de kanskje ikke har sett på lenge, eller aldri, og enslige mindreårige asylsøkere som skal stå gjennom hele prosessen alene. Det er heller ikke alle voksne som opplever det positive ved å flytte til et nytt land, for eksempel flyktninger som var tvunget til flukt.

- Sjokkfasen

Det er ikke uvanlig å oppleve kultursjokket – eller med et godt norsk ord – «baksmellen» for den som av ulike grunner er nødt til å bli i det fremmede landet, i den nye skolen, den nye jobben eller i ukjente omgivelser. Sjokket eller krisen kommer når vi er nødt til å leve i det nye systemet på kulturens premisser. Denne fasen kjennetegnes av at trivselskurven raser ned under den stiplede linjen som danner grensen for ønsket: «Jeg vil hjem igjen». Mange negative opplevelser og underlige følelser kan oppstå i denne fasen, språkvansker, mangel på trygghet og mistenksomhet mot det nye, tap av nettverk og sosial status for noen.

- Reaksjons- og bearbeidingsfasen

De fleste kommer heldigvis gradvis, ofte nesten umerkelig, over i denne fasen. Den kjennetegnes av at man begynner å mestre deler av språket, av innkjøpene, av nye myntenheter, og begynner å bli kjent med noen av de lokale. Når en kan begynne å spøke, og le litt av seg selv, er det tegn på at man er i gang med å arbeide seg ut av den dypeste dalen. Følelsene kan også veksle over tid: «Hvorfor reiste vi? Det var både idiotisk og dumt.» Savnet av det kjente og sikre forsterker uroen for fremtiden. Samtidig kan det være spennende og greit. Noe er blitt bra, noe svarer til forventningen, mens andre ting er bare rart og merkelig.

- Nyorienteringsfasen

Dette er veien opp bakken på den andre siden av U-dalen. Personen har tatt konsekvensen av flyttingen og alle forandringene og forsøker å gjøre det beste ut av det. Tilpasning er kanskje det beste stikkordet her. En finner gradvis en ny identitet, en ny selvforståelse, og blir kjent med andre mennesker, både noen med lignende bakgrunn som en selv, men også med de lokale «innfødte».

I HEL-KOBO prosjektet er målgruppen ungdom med kort botid i Norge, og derfor er det av stor betydning å kjenne til «reisen» fra å være og oppfatte seg selv som ny eller som turist, som Dahl kaller det, gjennom berg og daler med nye inntrykk og reaksjoner, og til slutt til et tilpasset individ i det nye samfunnet. Det er spesielt de to første fasene i Dahls modell som er interessante for prosjektets målgruppe, da de aller fleste ungdommer på Prosjektskolen var nye i landet.

## ***Prosjektskolen – et opplæringstilbud for minoritetsungdom med kort botid***

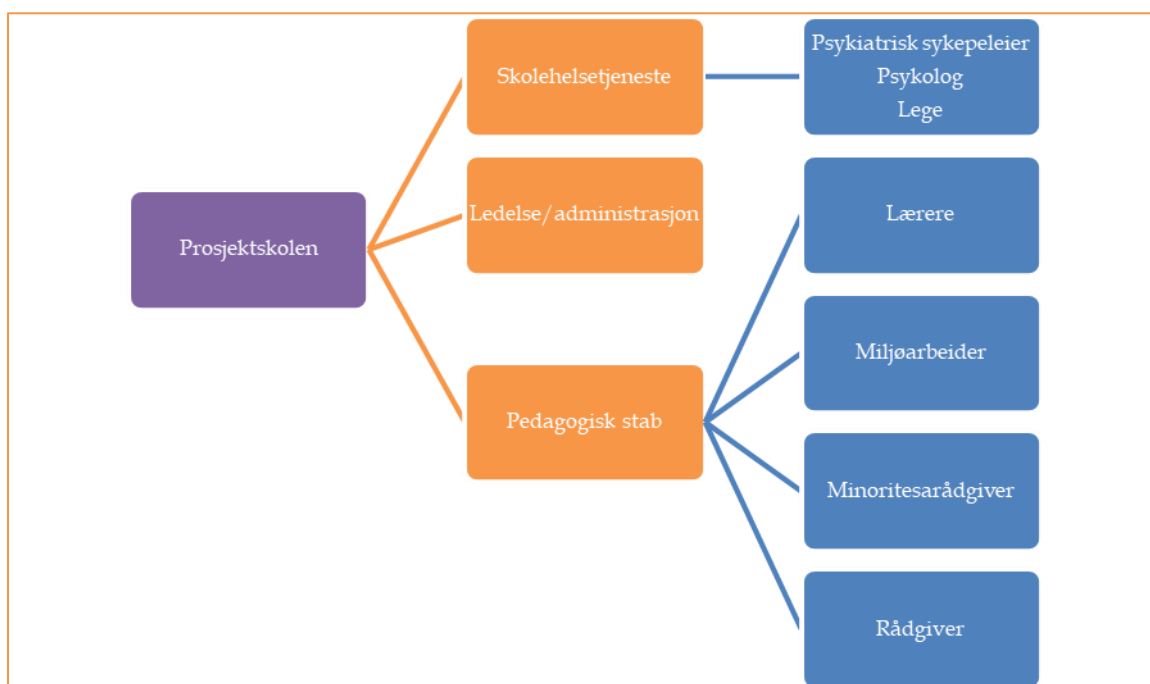
Oslo har flere typer opplæringstilbud for minoritetsungdom mellom 16-19 år med kort botid i Norge. Elevene kan få tilbud om:

- Norskopplæring på Prosjektskolen
- Grunnskoleopplæring på utvalgte videregående skoler rettet mot elever uten aldersadekvat skolebakgrunn. Elevene har stort sett først gått i en mottaksklasse eller norskopplæring
- Forberedende Vg1 på utvalgte videregående skoler for elever med aldersadekvat skolebakgrunn som har behov mer opplæring i norsk og til dels i andre fag før ordinært Vg1. Elevene har stort sett først gått i en mottaksklasse eller norskopplæring
- Studiespesialisering for minoritetsspråklige med kort botid på utvalgte videregående skoler for elever med aldersadekvat skolebakgrunn som har behov for mer tilrettelegging i norsk og engelsk enn de får på ordinær studiespesialisering. Elevene har stort sett først gått i en mottaksklasse eller norskopplæring
- Ordinære tilbud i videregående opplæring hvis de har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter i norsk og andre fag eller hvis de har rett til videregående opplæring og takker nei til tilbud for minoritetsspråklige

Grunnskoleopplæringen og forberedende Vg1 skal forberede elevene for inntak i ordinære tilbud i videregående opplæring gjennom å gi elevene økte ferdigheter i norsk og i andre fag. Kommunen må følge opplæringsloven når det gjelder organisering av de ulike tilbudene, men står relativt fritt med hensyn til graden av integrering av elever i den ordinære skolen og i felles undervisning med øvrige elever.

Prosjektskolen var organisert som egen avdeling under en stor videregående skole, fysisk atskilt i en annen del av byen. Prosjektskolen hadde en erfaren lærerstab både med og uten innvandrerbakgrunn og ledelsen har vært den samme i mange år. En rådgiver, en miljøarbeider, en minoritetsrådgiver og en sykepleier tilknyttet skolehelsetjenesten jobbet også på skolen. Figur 1.2 illustrerer prosjektskolens organisering:

Figur 1.2. Organisering på Prosjektskolen høsten 2019



Flere ansatte har jobbet ved Prosjektskolen i lang tid, og har et stort engasjement for elevene. Ansatte dannet et tverrfaglig psykososial team som møtes en gang i uken for å drøfte elevsaker. Det var lagt stor vekt på tett individuell oppfølging av elevene. I følge skolens avdelingsleder A. M. Moen, samarbeider Prosjektskolen med PPT om utredning i forbindelse med for eksempel søknad om ekstra tilskudd for nylig bosatte elever med nedsatt funksjonsevne og ved overgang til annen skole for elever der det er grunn til bekymring. PPT kan også veilede ved andre behov. I følge ledelsen fra Prosjektskolen utreder ikke PPT behov for spesialundervisning mens elevene går på Prosjektskolen. Det er heller ikke knyttet noen ekstra ressurser til elever med spesielle behov på Prosjektskolen. Hvert år går derfor en håndfull elever i tilbudet uten å få den oppfølgingen de har behov for.

Skolen har gode fasiliteter og har nylig blitt utvidet med et nytt bygg med flere klasserom. Elevene deler uteområdet med basket- og volleyballbane, samt en stor felleskantene med to andre videregående skoler som ligger på samme området. Siden elevene ankommer Norge og Oslo gjennom hele skoleåret, har Prosjektskolen inntak 6 ganger i året. Som en følge av nedgangen i antallet ankomster av nye flyktninger og asylsøkere til Norge, har elevtallet de siste årene vært synkende. I august/september var antallet elever på Prosjektskolen 150 og 170 i desember.

Undervisning på Prosjektskolen er hjemlet i "Læreplan i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere" og elevene tilbys 20 timer norsk, 4 timer matematikk, 2 timer engelsk, 2 timer naturfag og 2 timer kroppsøving i uka. Skolen kan på egen hånd sette

i gang andre undervisningsopplegg og tiltak parallelt med de obligatoriske tilbudene. I prosjektperioden har elevene hatt tilbud om yoga og karate i skoletiden.

Skolens undervisning legger opp til at elevene skal undervises på norsk fra dag en, uten bruk av tospråklig undervisning eller tolk. I praksis betyr dette at noen elever mangler et språk å kommunisere på og at undervisningen må foregå en god del på engelsk.

Ifølge skolens registreringer hadde 67 % av elevene gjennomført grunnskole i hjemlandet. Før inntak kartlegges elevenes utdanningsbakgrunn av Oslo voksenopplæring Servicesenter eller på Språksenteret, begge sentraliserte kompetanseenheter i Oslo kommune, som deretter gir anbefalinger om hvilket undervisningstilbud elevene får plass på. Resultatene fra kartleggingen bestemmer hvilket av følgende undervisningstilbud elevene blir plassert i:

**Alfabetiseringsmodul.** For deltakere som aldri har lært å lese, og som derfor er vant til å få informasjon og lære gjennom dialog, praktiske erfaringer og arbeid, er det utviklet en egen alfabetiseringsmodul. Mangelen på skriftspråks- og skoleerfaring gjør at deltakerne har behov for grunnleggende lese- og skriveopplæring før de går inn i ordinær språkopplæring på spor 1. Det var 6 elever på dette nivået i prosjektperioden.

**Spor 1** er tilrettelagt for deltakere som har liten eller ingen skolegang. Noen vil være uten lese- og skriveerfaring, mens andre vil kunne lese, men være lite vant med å bruke skriftspråket som redskap for læring fordi de ikke har fått tilstrekkelig lese- og skriveopplæring tidligere. Opplæringen på spor 1 har langsom progresjon. Det var 10 elever på dette nivået i prosjektperioden.

**Spor 2** er tilrettelagt for deltakere som har en del skolegang. Deltakerne har skriftspråklige ferdigheter på morsmålet eller et annet språk og kan bruke skriftspråket som redskap for læring. Noen elever på spor 2 har liten eller ingen erfaring med det latinske alfabetet og vil derfor trenge opplæring i å bruke dette. Mange har kompetanse i ett eller flere fremmedspråk og kan ha utviklet en språklig bevissthet som kan være nyttig i norskopplæringen. Opplæringen på spor 2 har middels progresjon. Det var 73 elever på dette nivået i prosjektperioden.

**Spor 3** er tilrettelagt for deltakere som har god allmennutdanning.. Deltakerne er vant til å bruke lesing og skriving i tilegnelse av kunnskap og har ofte lært ett eller flere fremmedspråk på skolen. Mange har utviklet gode læringsstrategier og har høy språklig bevissthet. Opplæringen på spor 3 har rask progresjon. Det var 61 elever på dette nivået i prosjektperioden.

## Skolehelsetjenesten

I oppdraget fra byrådsavdelingen står helse i fokus. Derfor var det av stor relevans for HEL KOBO å forankre prosjektet i skolehelsetjenesten på Prosjektskolen. Tilbud til barn og ungdom i skolehelsetjenesten skal blant annet omfatte helseopplysning, helseundersøkelser av enkeltelever, veiledning og rådgivning med oppfølging og henvisning ved behov (Helsedirektoratet, 2019). Alle barn og ungdom i 1 og 8 klasse får tilbud om en helsesamtale med skolehelsetjenesten hvor man snakker om ulike helsetema. Nytt i 2019 er at helsestasjonen og skolehelsetjenesten skal informere om og tilby barnevaksinasjonsprogrammet til alle barn til og med grunnskolealder, samt tilby vaksineprogrammet til ungdom mellom 16 og 20 år som tidligere har takket nei til, eller ikke har mottatt tilbud om vaksiner i programmet. Skolehelsetjenesten på Prosjektskolen hadde lite bakgrunnsinformasjon om elevene slikt man pleier å ha for elevene som har takket ja til tilbud om helsesamtalene i 1 og 8 klasse. Ansatte praktiserte en åpen dør -tilbud til elevene, slikt man ellers gjør på ordinære videregående skoler. I praksis betyr dette at elevene selv tar kontakt med sykepleieren når de har behov, eller hvis de har helseplager. Det er kun unntaksvis at elevenes foresatte kontaktes. I tillegg til en-til- en-konsultasjoner, gjennomfører sykepleiere flere faste besøk i klassene i løpet av skoleåret for å informere elevene om tilbudet, at det er gratis og at døren er åpen for besøk uten timebestilling. Tjenesten gjennomfører også vaksinering av elever som ikke er fullvaksinerte fra hjemlandet sitt. Det legges stor vekt på at helsetilbudet til elevene skal være tilpasset deres ressurser og behov.

Skolehelsetjenesten på Prosjektskolen skulle etter den gjeldende normen fra Helsedirektoratet være bemannet med en stilling på 22%, dvs ca. 1 dag i uken. Men, på grunn av tildelte prosjektmidler til den ansvarlige bydelen var tjenesten bemannet med en psykiatrisk sykepleier og en psykolog. Begge var ansatt i 100 % stillinger, som var midlertidige ut året. For å styrke tilbudet var en lege engasjert av prosjektet 1 dag i uken. Skolehelsetjenesten har et sentralt tolkebudsjet som de deler med andre skoler i bydelen, og bruker tolk i enkelte konsultasjoner. Ansatte rapporterer at bruk av tolk er utfordrende med tanke på tidsbruk, men også fordi det er vanskelig å planlegge konsultasjoner da de aller fleste elever tar kontakt uten timeavtale.

## 2. Metode

HEL-KOBO er innmeldt til Norsk senter for forskningsdata(NSD) og den delen av prosjektet som omfatter helseundersøkelsen er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-sør-øst, den 26.9.2019 med referansenummer 11483). Gjennomføringen av helseundersøkelsen er basert på skriftlig samtykke fra elevene. De øvrige delene av prosjektet (Sunn Start og kartlegging av fritidsaktiviteter) samlet ikke sensitive data som trengte godkjenning fra REK.

### 2.1. Utvalg

Målgruppen i HEL-KOBO var alle ungdommer som startet på Prosjektskolen høsten 2019, inkludert elever fra undervisningsåret 2018/2019, og elever som ble tatt opp før november samme år, N = 150.

Rekruttering av elever i HEL-KOBO ble gjennomført på flere ulike måter:

- Gjennom et felles informasjonsmøte på skolen hvor det utøvende prosjekt-teamet orienterte alle elevene på en gang, med tolker til stede.
- Gjennom distribusjon av oversatt skriftlig informasjon som det utøvende prosjekt-teamet hadde utarbeidet, som ble distribuert til elevene.
- Via markedsføring av prosjektet på skolen, f.eks på skolens Facebookside.
- Gjennom besøk av medlemmer av det utøvende prosjekt-teamet i klasserommene for å svare på spørsmål fra elevene.

Fordi elevene hadde lite norskspråklig kompetanse ble all skriftlig informasjon oversatt til de 7 mest brukte språkene på skolen. Den skriftlige informasjonen ble sendt med elevene hjem for bl.a. å informere deres foresatte. Skolens ansatte fulgte opp elevene i klasserommene etter informasjonsmøtet, og gjennomgikk en ordliste som arbeidsgruppene hadde utarbeidet med forklaring på vanskelige og vanlige begreper elevene ville møte gjennom prosjektet.

Skriftlig samtykke til å gjennomføre helseundersøkelsen, ble samlet inn fra 100 elever, m.a.o. deltok 66.7 % av skolens elever i denne delen av prosjektet. Til sammen 136 elever (90.7 %) gjennomførte kartleggingen av fritidsaktiviteter. I alt 82 elever (54.7 %) gjennomførte både kartlegging av fritidsinteresser og helseundersøkelsen. Vi antar at manglende deltakelse i kartleggingen av fritidsaktiviteter skyldes at elevene ikke var på skolen den dagen undersøkelsen fant sted. Vi har ikke informasjon om årsaken til at 1/3 av elevene ikke ønsket å delta i helseundersøkelsen. En av

tolkene som deltok i informasjonsmøtet, fortalte oss at ungdommene i «hans» språkgruppe hadde advart hverandre mot deltakelse, for «kanskje det hadde noe med barnevernet å gjøre». Men dette gjaldt antakeligvis bare noen få elever.

Det var ikke påfallende forskjeller mellom de 100 elevene som deltok i helseundersøkelsen, og de 50 som ikke gjorde det. I begge gruppene var gjennomsnittsalderen 17 år. Det var noe færre gutter blant deltakerne enn blant ikke-deltakere, hhv. 56 % og 61 %, altså ikke avgjørende forskjeller. Det var heller ikke store ulikheter i morsmål, de største språkgruppene blant deltakerne var arabisk, somalisk og tigrinja, mens det blant ikke-deltakere var somalisk, spansk og arabisk. Det var en større andel Spor 1 elever blant ikke-deltakerne enn blant deltakerne, hhv 14 og 9 %. Blant Spor 2 elevene var det 33 % som deltok og 34 % som ikke deltok, mens på 58 % av deltakerne og 52 % av ikke-deltakerne fulgte undervisning på Spor 3. Det var med andre ord noe høyere deltakelse blant elever som hadde mer skolegang før de migrerte til Norge. Erfaringsvis vil det være mindre deltakelse blant personer med mye psykiske plager, eller som av andre grunner ikke har overskudd til å delta i aktiviteter som ikke er strengt nødvendige.

Tabell 2.1 viser at deltakerne kom fra 33 forskjellige land. Elleve var født i Norge, antakelig har disse utvandret i svært ung alder. De oppgir å ha arabisk, somalisk, tyrkisk og urdu som morsmål. En svært liten andel, bare 4 %, kom til Norge som enslige mindreårige asylsøkere. Siden dette er en gruppe som er lett å identifisere, kan vi av etiske hensyn ikke gi informasjon om disse ungdommene separat som gruppe. De fleste elevene, 48 %, hadde kommet til Norge på familiegjenforening.

Tabell 2.1. Demografisk informasjon for de 100 elevene som deltok i helseundersøkelsen

|                                                     |                                                              |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Gutter                                              | 56 (44 %)                                                    |
| Hyppigste opprinnelsesland, (i alt 33 forskjellige) | Norge (11), Eritrea (11), Hellas (7), Nepal (7), Somalia (6) |
| Alder v/ innvandring                                | 77 % > 16 år                                                 |
| Ankomst Norge                                       | 93 % i 2018 eller 2019                                       |
| Bodd i andre land underveis                         | 67 % bodd i 1 -3 andre land på vei til Norge                 |
| Enslige mindreårige asylsøkere                      | 4 %                                                          |
| Familiegjenforening                                 | 48 %                                                         |
| Kom sammen med familie                              | 32%                                                          |

Gjennomsnittsalderen på elevene som kun deltok i undersøkelsen av fritidsaktiviteter, og ikke i helseundersøkelsen, var 17 år (SD .93) og 57 % var gutter. Vi har ikke annen bakgrunnsinformasjon på disse elevene.

## 2.2. Fremgangsmåte helseundersøkelse

Helseundersøkelsen ble gjennomført ved et standardisert intervju med tolk tilstede. To forskningsassistenter med helsefaglig bakgrunn og lang erfaring med helseundersøkelser i innvandrerbefolkningen gjennomførte intervjuene., Intervjuene ble lagt til tider som var tilpasset elevenes timeplan og andre spesielle aktiviteter som var planlagt. Intervjuet fant sted i skolens lokaler, i skoletiden. Lærerne fikk informasjon i forkant om når elever i deres klasse hadde avtale om helseundersøkelse, mens eleven fikk en sms dagen i forveien. Elever som uteble til intervjuet, fikk tilbud om ny time.

Innledningsvis fylte elevene selv ut et spørreskjema med bakgrunnsinformasjon. Resten av undersøkelsen foregikk som et strukturert intervju, med faste svarkategorier.

Intervjuet varte gjennomsnittlig rundt 1,5 timer, hvorav 30 minutter ble brukt til selvutfyllings-delen. Den inkluderte rutine-undersøkelser av syn, hørsel, høyde og vekt. I følge nedskrevne observasjoner fra forskningsassistentene, var det

gjennomgående at elevene viste stort engasjement, ved at de var fokuserte og opptatt av virkelig å forstå og besvare spørsmålene så godt de kunne. Mange elever var svært påpasselige på at alt i skjemaet måtte svares på og ville ikke hoppe over spørsmål selv om det var vanskelig for dem å finne svar som var riktige for dem. En elev valgte å trekke seg fra intervjuet.

Forskningsassistentene opplevde intervjusituasjonen som rolig og trygg. Noen elever hadde mange tanker og refleksjoner rundt spørsmålene; likte å prate og diskutere, eller hadde mye på hjertet.

Det oppsto ingen situasjoner som krevde at sikkerhetsprotokollen ble iverksatt i løpet av datainnsamlingsperioden. Men flere elever ønsket å få oppfølging hos skolehelsetjenesten etter prosjektdeltakelsen (se Tabell 6.4. om økning i bruk av helsetjenester blant elevene etter at HEL-KOBO var avsluttet på skolen). Ingen elever viste helt åpenbare reaksjoner, som gråt eller sinne, på at temaer i intervjuet var såre eller vonde å gå inn på. Imidlertid ble flere elever mer stille og innadvendte og kikket raskt ned til neste spørsmål når de hadde oppgitt svaralternativ som viste at de ikke hadde det så bra. Det var imidlertid ikke flere som trakk seg fra undersøkelsen, selv om forskningsassistentene åpnet for denne muligheten.

### **Bruk av tolk**

Det var tolk til stede under alle intervjuer med elevene. Fremmøtetolk i stedet for telefontolk ble foretrukket av flere grunner. Både tolk og elev kunne ha datainnsamlings skjema foran seg og se både spørsmålene, svaralternativene, som også var visualisert med misfornøyde fjes og smilefjes. Med mange spørsmål om psykisk helse, ble telefontolk sett på som mindre egnet, også med tanke eventuelle reaksjoner hos elevene. Fremmøtetolk var i tillegg sett på som nødvendig for utføring av syns- og hørselstest.

Kvaliteten på tolking varierte stort, og kun få av tolkene som ble gitt oppdrag til prosjektet hadde tolke kvalifikasjoner på høyere nivå. Tolkene på lavere nivå kunne imidlertid også ha lang tolkeerfaring og være svært gode i intervjuene med elevene. Det ble bestilt kvinnelig tolk til jenter og mannlig tolk til gutter så langt det lot seg gjøre, men dette var ikke gjennomførbart på alle språk eller til alle intervjuer.

I følge observasjonene fra forskningsassistentene, var inntrykket at elevene var svært fornøyd med at det var tolk til stede. Forskningsassistentene antok at elevene opplevde det som positivt i seg selv å få bruke sitt eget språk, og i tillegg bli vist interesse for egne erfaringer om det de fleste opplevde som aktuelle temaer i livene/hverdagen deres.

## 2.3. Kartlegging av elevenes deltakelse i fritidsaktiviteter

Vi innhentet informasjon om elevenes deltakelse i fritidsaktiviteter gjennom et elektronisk spørreskjema som ble sendt til elevenes skole-e-post. Undersøkelsen besto av 21 spørsmål og ble gjennomført i løpet av en klassesstime. Spørsmålene var delvis basert på “Ung i Oslo 2018” undersøkelsen, i tillegg til spørsmål utviklet i arbeidsgruppen og medvirkningsgruppen for helse og fritidsdelen av prosjektet. Disse var for eksempel spørsmål knyttet til om elevene trengte informasjon om ulike fritidstilbud i Oslo. Elevene fikk veiledning fra lærerne sine, og fra prosjektmedarbeidere under utfylling. På grunn av språkutfordringer ble enkelte elever plassert i språkgrupper under utfylling av spørreskjemaet. Språkgruppene hadde tilgang til tolk som tolket spørsmålene og svaralternativene for elevene.

## 2.4. Ung i Oslo

For å ha en referansegruppe når det gjelder helsestatus, psykososiale faktorer og fritidsaktiviteter, inngikk HEL-KOBO en avtale med Norsk institutt for velferdsforskning, NOVA, om bruk av utvalgte variabler fra Ung i Oslo 2018 (Bakken, 2019). Ung i Oslo er Oslo kommunes del av Ungdata, en nå velkjent undersøkelse som gjennomføres blant elever på ungdomstrinnet og i videregående skoler over hele landet hvert tredje år. Undersøkelsen er helt anonym, og elevene besvarer elektroniske spørreskjemaer i løpet av skoletiden. Ung i Oslo 2018 ble gjennomført på 84 skoler i 1. kvartal 2018, og omfatter 25.348 elever, som utgjorde en svarprosent på 74, men svarprosenten var betydelig høyere på ungdomsskolene enn på videregående, hhv. 83 og 65 %.

### *Ung i Oslo-utvalget*

Vi viser til rapporten fra Ung i Oslo for lesere som er interessert i detaljer om undersøkelsen og utvalget (Bakken, 2018). I HEL-KOBO benyttet vi data fra elever i videregående skole. Vi inkluderte data fra 5227 elever med to norskfødte foreldre (etnisk norske elever), og 3376 elever med to utenlands-fødte foreldre (ungdom / elever med innvandrerbakgrunn). Den siste gruppen omfatter både ungdom som selv er født i utlandet, og ungdom som er født i Norge av to utenlands-fødte foreldre. For å få en gruppe som i størst mulig grad liknet på utvalget i HEL-KOBO, kategoriserte vi de utenlands-fødte elevene ut fra hvor gamle de var da de kom til Norge. Elever som var 13 år eller mer ved ankomst, ble kategorisert som NOVA-kort botid (n = 473). Elever som var yngre enn 13 år ved ankomst ble kategorisert som NOVA-lang botid (n = 704). Norsk-fødte med to utenlands-fødte foreldre ble betegnet 2.generasjon innvandrere

(n = 2199), og ungdom som var født i Norge med to norsk-fødte foreldre fikk betegnelsen etnisk norske (n = 5227).

## 2.5. Måleinstrumenter

Mange spørsmål i spørreskjema fra helseundersøkelsen var identiske med spørsmålene fra “Ung i Oslo 2018”, for eksempel spørsmål om angst, depresjon, mestring, selvbilde, helseatferd, familie og vennerelasjoner. I tillegg til NOVA-spørsmål utviklet den utøvende prosjektgruppen i tett samarbeid med skolens ansatte og elever, andre spørsmål basert på erfaring fra arbeidet med elever med kort botid. De fleste spørsmålene i spørreskjemaet var typiske avkrysningsspørsmål hvor eleven krysset av for en eller flere alternativer som passet best. Noen spørsmål hadde et åpent felt hvor eleven kunne kommentere eller skrive fritt. For spørsmål med svaralternativer med smiley-skala var det laget et laminert hjelpekort som eleven kunne ha foran seg i denne situasjonen (Se vedlegg). Til slutt ble det også inkludert en del spørsmål som er rutinespørsmål i helsesamtaler i skolehelsetjenesten, samt målinger av syn, hørsel, vekt og høyde.

## 2.6. Sammenlikning HEL-KOBO og Ung i Oslo

Det er flere betydningsfulle forskjeller i måten HEL-KOBO og Ung i Oslo ble gjennomført på, som gjør at man må være svært forsiktig med en direkte sammenlikning av resultatene. Vi har likevel valgt å inkludere resultatene fra Ung i Oslo som en referanseramme. Vi håper dette kan bidra til diskusjoner om psykisk helse blant ungdom generelt, hvordan forskningsmetoder kan påvirke resultater, og om hvor viktig læringsmiljøet kan være for elevenes helse og trivsel. NOVA-kort botid-elevene er ikke helt sammenliknbare med elevene på Prosjektskolen. Hvis en elev f.eks. var 13 år ved ankomst, og nå går i 3 videregående, er det sannsynlig at vedkommende har minst seks års oppholdstid i Norge, altså betydelig lengre enn «våre» elever.

### Intervjusituasjonen

Ved siden av forskjellen mellom utvalgene, var det andre sider ved undersøkelsene som også kan virke inn på ungdommenes svar. Ung i Oslo 2018 er en helt anonym undersøkelse som benytter elektroniske spørreskjemaer som elevene besvarer klassevis i løpet av skoledagen. NOVA sine UngData-undersøkelser er etter hvert godt kjent i befolkningen, og resultatene har fått mye oppmerksomhet i media. Det er gode rutiner for gjennomføringen av undersøkelsen, som finner sted hvert tredje år.

HEL-KOBO var i mye større grad enn Ung i Oslo en integrert del av skolens aktiviteter høsten 2019. Viktige begreper om forskning og psykisk helse inngikk som en del av norskopplæringen, det utøvende forskningsteamet var synlig og etter hvert gjenkjennelig i gangene og på lærerværelset, og det var et godt samarbeid mellom teamet og skolen. Disse faktorene kan være av betydning både for rekrutteringen til prosjektet og kanskje også for resultatene.

Av hensyn til variasjonene i elevenes norskspråklige kompetanse, valgte vi å innhente data ved hjelp av strukturerte individuelle intervjuer, med tolk til stede. Ved å legge intervjuene til elevenes «hjemmearena»; skolen, samt at prosjektmedarbeidere var synlige på skolen, ble det lagt til rette for at elevene ville kunne oppleve trygghet i intervjusituasjonen. Forskning har vist variasjoner i kvaliteten på data er avhengig av hvilken måte de er samlet inn på. Personlig intervju kan ha noen fordeler som f.eks. at de fleste spørsmålene blir besvart, og det er ikke så kognitivt belastende som selvutfyllings-metoder (Bowling, 2005). På den andre siden er risikoen for at respondenten svarer slik vedkommende oppfatter at det er forventet (social desirability), større enn ved selvutfyllingsmetoder, og det kan være vanskeligere å svare ærlig på personlige spørsmål (Bowling, 2005). Dette er også viktig å ta hensyn til i tolkning av resultatene, både fra HEL-KOBO og fra Ung i Oslo.

### **Deltakelse**

Deltakelsesprosent er en av de viktigste kildene til at det kan være svakheter ved informasjonen som samles inn, eller sagt på en annen måte: at resultatene ikke er representative for hele gruppen det gjelder. Deltakelsesprosenten er lav, og utvalget lite. Det er ikke så store forskjeller i deltakelsesprosent mellom HEL-KOBO og Ung i Oslo 67 % vs 65 %). Men systematisk frafall pga. for eksempel språkvansker eller mye psykiske plager får større betydning i en undersøkelse med svært få deltakere.

### **Bruk av tolk**

I forkant av intervjuet med elevene ble tolkene informert om at spørsmålsstilling og ordlegging skulle være mest mulig likt for alle elever, på tvers av språk. Bruk av tolk er likevel en utfordring når det er mange forskjellige språk involvert, med stor variasjon i uttrykksmåter og ulik betydning av samme ord i ulike språk.

Forskningsassistentene i HEL-KOBO hadde før oppstart av helseundersøkelsen en gjennomgang av alle spørsmålene i spørreskjemaet, for å avklare mulige misforståelser og sikre at eventuelle oppfølgingsspørsmål ble så like som mulig. Dette

var ikke mulig å få gjennomført med tolkene i forkant av intervjuet, men ved gjentatt bruk av samme tolk, og ved at tolkene ba intervjuerne om utdypende forklaring underveis i stedet for å utdype eller gi eksempler selv, skal mest mulig lik forståelse og formulering av spørsmålene blitt ivarettatt.

Tolken som var tilstede under intervjuet kan i teorien ha hatt innflytelse på hva eleven har svart, både ved uttalelser, bifall eller andre reaksjoner, eller kun ved å være til stede. Sensitive temaer som ble tatt opp i helseintervjuet var på forhånd antatt å kunne oppleves flaut eller vanskelig å svare på for elevene, særlig med en tolk med samme språk og kulturbakgrunn til stede. Selv om mange av elevene ble litt forlegne, lo litt eller ble stille og svarte ekstra raskt på spørsmålene, var det få elever som ikke besvarte de enkelte spørsmålene. Ifølge skriftlige notater fra forskningsassistentene, opplevde de at elevene anstrengte seg for å finne svar som passet for dem, også på sensitive spørsmål.

Vi kan med andre ord ikke se bort fra at det var flere elever med mye psykiske plager blant ikke-deltakerne enn blant deltakerne i HEL-KOBO. Dette, i tillegg til mulighetene for at intervju-situasjonen medførte underrapportering av psykiske plager, kan ha påvirket resultatene i en positiv retning, slik at nivået av psykisk helse, psykiske plager og psykososial tilpasning ikke er helt representative for alle elevene på Prosjektskolen. Dette blir en viktig diskusjon når resultatene fra undersøkelsen skal gjennomgås.

### 3. Resultater

I det følgende gjengir vi resultater fra HEL-KOBO som er knyttet til problemstillingene i oppdraget fra Byrådsavdelingen for eldre, helse og arbeid:

1. Få kunnskap om elevenes fysiske, psykiske og psykososiale helse.
2. Få kunnskap om elevenes deltakelse i fritidsaktiviteter.
3. Fremme kunnskap og bevissthet om psykisk helse.
4. Fremme elevenes kunnskap om norsk helsevesen generelt, og om psykiske helsetjenester spesielt.

Resultatene som gjelder de to første problemstillingene er basert på data samlet inn gjennom helseundersøkelsen og spørreundersøkelsen om fritidsaktiviteter, mens resultatene som gjelder problemstilling tre og fire er basert på informasjon som er kommet frem i forbindelse med utviklingen av tilpasset undervisning om psykisk helse.

#### 3.1. "Sunn Start – psykisk helse for ungdom"

*Det var ikke mulig innenfor rammene av HEL-KOBO å undersøke om prosjektet faktisk bidro til å «fremme kunnskap og bevissthet om psykisk helse» eller til å «fremme elevenes kunnskap om norsk helsevesen generelt, og om psykiske helsetjenester spesielt».*

*Det hadde krevd at vi hadde samlet inn data om elevenes kunnskap og bevissthet om psykisk helse og kjennskap til helsevesenet før prosjektet startet, og så igjen etter at de tre delene av HEL-KOBO (helseundersøkelsen, kartlegging av fritidsaktiviteter, utvikling av Sunn Start psykisk helse for ungdom), noe det hverken var tid eller økonomi til. I prosjektperioden har vi i stedet utviklet et undervisningsprogram, «Sunn Start, psykisk helse for ungdom», som har dette som målsetting, og som nå er klart til å evalueres. Likevel, gjennom utviklingen av Sunn Start, men også gjennom helseundersøkelsen, har vi fått et innblikk i potensialet undervisningsmaterialet og en helseundersøkelse har, til å øke kunnskap om psykisk helse og norsk helsevesen. Kapittelet om Sunn Start må leses med dette for øyet.*

Undervisningsmaterialet som skulle utvikles i HEL-KOBO hadde som målgruppe ungdom i alderen 16- 19 år, med svake norskferdigheter og kort botid i

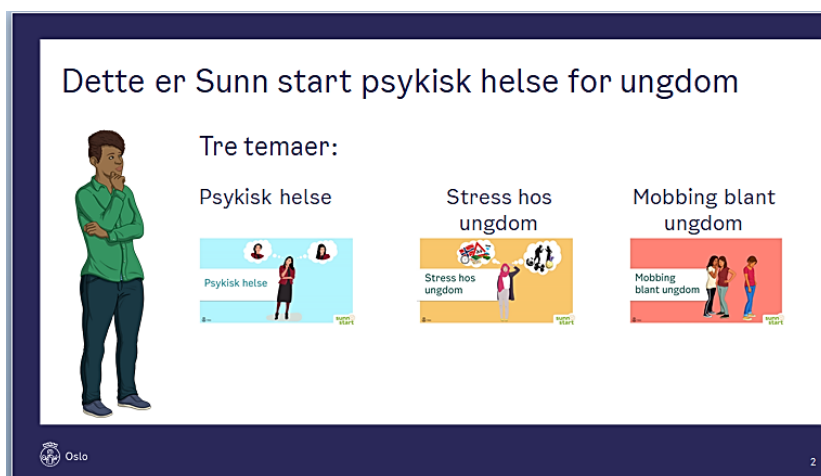
Norge. Materialet tok utgangspunkt i Helseetatens tidligere utviklede materiell, «Sunn Start». «Sunn Start» er et undervisningsmateriell med ulike helsetema utviklet for voksne personer med innvandrerbakgrunn med lave norskkunnskaper. Det nye materialet skulle inneholde temaer som opptok målgruppen, og illustrasjoner og bilder skulle være representative slik at ungdommene skulle kunne kjenne seg igjen i dem. Det nyutviklede materialet fikk navn «Sunn Start – psykisk helse for ungdom».

Følgende målsettinger ble utarbeidet for undervisningsmaterialet:

- Elevene får tilpasset informasjon om psykisk helse
- Elevene får økt bevissthet og kunnskap om sin psykiske helse
- Elevene får enkle verktøy som styrker egenmestring
- Elevene får tilpasset informasjon om ungdomsvennlig helsetilbud

Materialet gir generell og alminneliggjort informasjon om psykisk helse. Det gir en grunnleggende forståelse av hva psykisk helse er og hvordan man kan ivareta sin helse gjennom å ta positive helsevalg i hverdagen. I undervisningen ble elevene invitert til dialog og oppfordret til å reflektere om ulike tema innen psykisk helse. Elevene fikk mulighet til å øke sitt ordforråd i forhold til følelser og atferd, slik at de lettere kunne uttrykke seg og formidle sin indre verden i møte med helsevesenet i sitt nye vertsland. Det nye materialet består av PDF-presentasjoner (foiler) for hver modul og en lærerveiledning. Modulene har visuelt blitt tilpasset målgruppen og har egen stil og layout, illustrert i figur 3.1. :

Figur 3.1.: Illustrasjon av 3 moduler i Sunn Start- psykisk helse for ungdom



«Sunn Start – psykisk helse for ungdom» ble utformet på en slik måte at det ikke nødvendig å ha en helsefaglig bakgrunn for å kunne undervise i det.

## 3.2. Utvikling av tilpasset undervisningsmaterieil om psykisk helse

### *Behovskartlegging*

For å kartlegge hva elevene ønsket å lære om psykisk helse, samt på hvilke måter og i hvilke sammenhenger de ønsket kunnskapen formidlet, ble det utført 3 fokusgruppeintervjuer med til sammen 15 elever (9 jenter og 6 gutter) med forskjellig skolebakgrunn og norskkunnskaper. Det ble utarbeidet en kort intervjuguide til dette formålet. I tillegg deltok samtlige lærere på skolen i et felles fokusgruppeintervju med formål om å kartlegge ansattes forventninger til materialet. Intervjuene med elevene og lærere ble gjennomført av prosjektmedarbeider og forsker tilknyttet prosjektet. Informasjon fra intervjuene ble notert ned og satt sammen i ulike teamtiske bolker i etterkant.

Elevene kom frem til at følgende tema burde tas opp i undervisningen:

- Forståelse og normalisering av psykisk helse
- Søvn
- Stress
- Mobbing
- Ensomhet
- Sammenhengen mellom kropp og psyke
- Bevissthet om egne ressurser
- Hvordan man kan ivareta egen psykisk helse?
- Hvor man kan søke råd og veiledning?

Det var viktig for elevene at undervisningen skulle være aktiv og engasjerende, og at de skulle ha diskusjonsoppgaver og Kahoot. Utover dette uttrykte de behov for å involvere foresatte i undervisningsopplegget på skolen. En av elevene sa :«Det hjelper ikke at bare vi lærer om psykisk helse!». Grunnet korte tidsfrister i prosjektet og oppdragets manglende fokus på foresatte, valgte prosjektet å ikke inkludere denne målgruppen i sitt arbeid.

Lærerne var samlet om følgende tema som de opplevde at ungdom etterlyste på skolen:

- Eksiltilværelsen
- Tilhørighet og identitetskriser

Lærerne opplevde også at ungdommene trengte:

- Språk for å uttrykke seg rundt sine tanker og følelser

- Verktøy til å sette ord på det de opplever

### *Samarbeid og erfaringsutveksling*

For å kunne utvikle et godt tilpasset undervisningsmaterieell om psykisk helse for elever i målgruppen hentet HEL-KOBO inn relevante erfaringer og gode eksempler fra Skoleprogram VIP - Vestre Viken. VIP står for Veiledning og Informasjon om Psykisk helse i skolen og omtales som et helsefremmende og forebyggende tiltak. Målgruppen til VIP-programmet er Vg1-elever, lærere og lokalt helsepersonell. VIPs hovedmål er å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på sin psykiske helse ved å øke skolens og elevers kunnskap om temaet, samt å gi informasjon om hvilken hjelp man kan få. Erfaringer med å utvikle et undervisningsmaterieell om psykisk helse for ungdom fra Skoleprogrammet -ViP var svært nyttige i arbeidet med å utvikle Sunn Start.

### *Arbeidsgruppen og medvirkningsgruppen*

Undervisningsmateriellet ble utviklet i tett samarbeid mellom prosjektets arbeidsgruppe og skolens medvirkningsgruppe. Medvirkningsgruppen besto av 3 elever og 2 lærere som frivillig meldte seg til dette arbeidet. Elevgrupper besto av to gutter og en jente, fra ulike spor og med forskjellig skolebakgrunn fra hjemlandet. Elevenes rolle var å delta i møter og komme med innspill til materiellet. Elevene og lærere deltok i 4 arbeidsmøter hvor de har gikk gjennom ulike utkast av materiellet, ga konkrete innspill til innhold, og kom med forslag til tilpassing av kursmaterieell til ungdomsgruppen. Lærerens rolle var å gi råd og innspill slikt at materiellet kunne utformes på en pedagogisk måte. Etter felles gjennomgang av materiellet ble det gjort flere endringer og nye versjoner ble utarbeidet.

### *SAM – Suitability assessment of materials*

Verktøyet SAM - Suitability assessment of materials (Doak, Doak & Root, 1996) har tidligere blitt benyttet til å utvikle «Sunn start»-materieell for personer med lave norskkunnskaper og kort botid i Norge. Verktøyet ble benyttet gjennom hele prosessen, både når det gjaldt tekst, innhold og illustrasjoner som ble utviklet for det nye undervisningsmateriellet. Ved å benytte SAM verktøyet kan man tilpasse informasjonsmaterieell slikt at den blir enkelt å forstå for målgruppen. SAM har strenge krav til innhold, bildebruk og språk i helseinformasjon. SAM regnes som en stimulerende og motiverende måte å formidle kultursensitiv helseinformasjon på. SAM-metoden brukes til å kartlegge skriftlig helseinformasjon når det gjelder format og innhold, samt til å evaluere brukervennlighet. Ved hjelp av SAM er det mulig å anslå om materiellet er visuelt og skriftlig tilpasset målgruppen. For å bekrefte dette måtte materiellet prøves ut i praksis, noe som ble gjennomført i HEL-KOBO

### 3.3. Utprøving av Sunn Start –psykisk helse for ungdom

En del av utviklingsprosessen i HEL-KOBO var å prøve ut det nye undervisningsmaterialet i klassene på Prosjektskolen. Første utkast til undervisningsmaterialet og lærerveiledningen ble utviklet sommer 2019. Utover høsten ble flere reviderte utkast utviklet fram til siste utkast ble klart for utprøving i oktober 2019.

Undervisningsmaterialet besto av 3 moduler med følgende tema:

- Hva er psykisk helse?
- Stress hos ungdom
- Mobbing blant ungdom

Under utprøvingen ble undervisningsmaterialet testet av lærere i samtlige klasser. Elevene i klassene med lav progresjon i norsk og de som var helt nye ble gruppert i grupper etter språktilhørighet. Disse gruppene fikk bistand fra tolk som tolket ukjente begreper.

#### *Opplæring av ansatte*

I forkant av utprøvingen i klassene gjennomgikk arbeidsgruppen for Sunn Start undervisningsmaterialet med alle ansatte ved Prosjektskolen. Opplæringen ble gjennomført i løpet av to skoletimer. Både ledelsen, lærere, minoritetsrådgiver, miljøarbeider og ansatte fra skolehelsetjenesten møtte opp. Forsker og prosjektmedarbeider gjennomgikk materialet og svarte på kommentarer og spørsmål fra de ansatte.

I løpet av opplæringen kom ansatte med følgende tilbakemeldinger:

- Lærere var bekymret for at materialet skulle bli vanskelig for elever med svak norsk kompetanse. De mente at det var behov for tolk i klassene med svak progresjon.
- Utprøving av materialet skulle foregå etter markering for Verdensdagen for psykisk helse i oktober
- For at det skulle være en viss kontinuitet i undervisningen foreslo lærerne at utprøving skulle organiseres over to skoletimer for hver modul.

I utgangspunktet hadde ikke HEL-KOBO lagt opp til bruk av tolk i undervisning i Sunn Start – psykisk helse, men dette ble endret etter lærerens innspill.

### Utpøving og tilbakemeldinger

For å få informasjon om hvordan Sunn Start-undervisningen ble gjennomført, var arbeidsgruppen til stede i klassene under utpøving. Det ble gjort observasjoner ved hjelp av standardisert observasjonsskjema utviklet av utøvende prosjektteam. Etter endt undervisning fikk alle elevene utdelt et enkelt spørreskjema, hvor de ved hjelp av 'smileys' skulle vurdere undervisningsmaterialet. Spørreskjemaene ble oversatt til 7 mest brukte språkene blant elevene på skolen. Formålet med å innhente tilbakemeldinger fra elevene ble grundig forklart både i informasjonsmøter og i informasjonsskrivet elevene fikk utdelt i forkant. Etter undervisningen fikk samtlige lærere tilbud om å svare på spørsmål om materialets innhold, brukervennlighet og evne til å skape engasjement hos elevene. Spørreskjemaet ble sendt ut til lærerne som en elektronisk questback.

### Tilbakemeldinger fra elevene

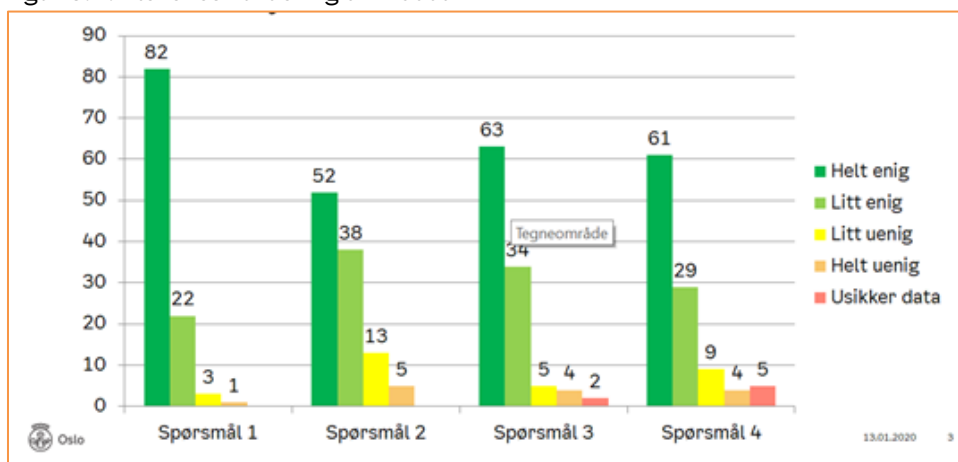
#### Modul1 - Psykisk helse

«Modul 1 - Psykisk helse» er den mest omfattende modulen i materialet. Samtlige klasser fikk undervisning i modul 1, og totalt svarte 108 av 109 elever på spørreundersøkelsen.

Elevene fikk følgende spørsmål:

1. «Jeg har fått informasjon om psykisk helse og hvordan man tenker om psykisk helse i Norge.»
2. «Jeg tror at det blir lettere å snakke om psykisk helse med familie eller venner etter undervisningen.»
3. «Jeg vet mer om hva jeg kan gjøre for å føle meg bedre.»
4. «Jeg vet hvem jeg skal ta kontakt med hvis jeg har det vanskelig.»

Figur 3.1: Elevenes vurdering av modul 1

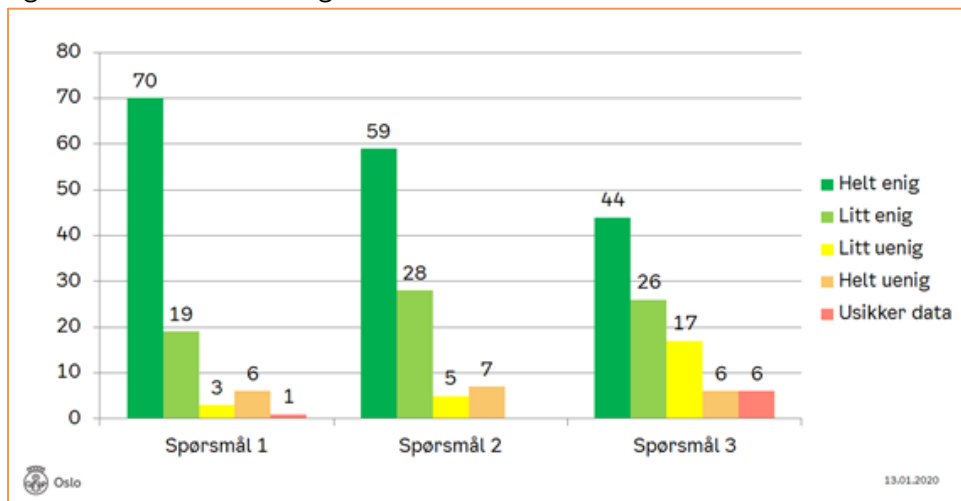


## Modul 2 – Stress hos ungdom

Alle klassene fikk undervisning i modul 2 – Stress hos ungdom. 102 av totalt 115 elever svarte på spørreskjema. Elevene fikk følgende spørsmål:

1. «Jeg har lært mer om hva stress er»
2. «Jeg har lært mer om hva jeg kan gjøre hvis jeg er stresset»
3. «Jeg tror at det blir lettere å snakke om stress med familie eller venner etter undervisningen.»

Figur 1.2.: Elevers vurdering av modul 2



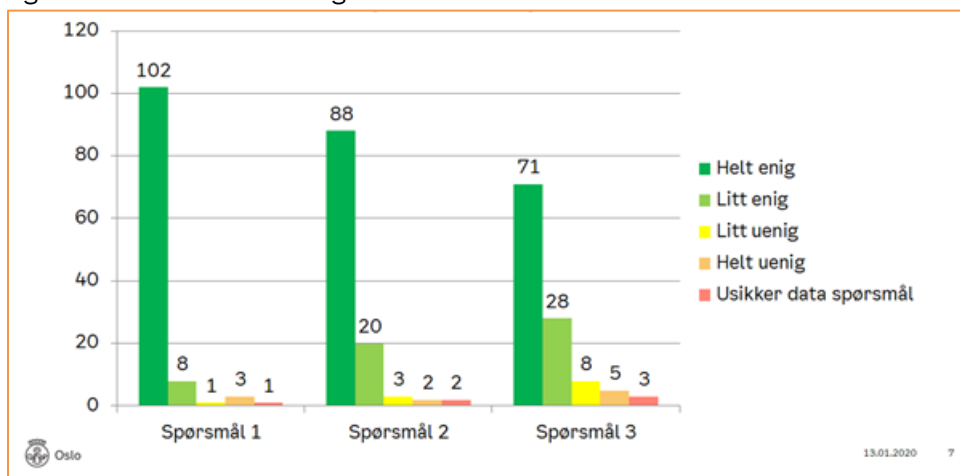
## Modul 3 – Mobbing blant ungdom

Mobbing var et tema som var kjent for flere elever fra før hovedsakelig gjennom skolens arbeid for en mobbefri skole. 115 av totalt 120 elever svarte på spørreundersøkelsen.

Følgende spørsmål ble stilt til elevene:

1. «Jeg har lært hva mobbing er.»
2. «Jeg vet hva jeg skal gjøre hvis jeg eller andre blir mobbet.»
3. «Jeg tror at det blir lettere å snakke om mobbing med familie, venner eller skolen etter undervisningen.»

Figur 3.3.: Elevenes vurdering av modul 3



Et gjennomgående inntrykk etter gjennomgang av spørreskjemaene var at en stor andel av elevene ga materiellet høy score og at de var veldig fornøyde etter undervisningen. En stor andel elever (104) svarte at de hadde lært mer om hva psykisk helse, stress og mobbing var. En stor andel av elevene svarte også bekreftende på at de har lært mer om hva de kunne gjøre for å føle seg bedre, stresse mindre eller hva de kunne gjøre hvis de opplevde at de selv eller andre ble mobbet.

Samtidig svarte en mindre andel av elever at de trodde at det ville bli lettere å snakke om psykisk helse, stress og mobbing med sine familiemedlemmene. Færre elever svarte «helt enig», og flere krysset på alternativene «litt enig», «litt uenig» eller «helt uenig». Dette gjelder for samtlige moduler. En mindre andel av elevene svarte i tillegg at de er litt eller helt uenige om hvorvidt de har lært hvem de skal ta kontakt med hvis de trenger hjelp. Dette er ikke overaskende med tanke på at elevene kun hadde undervisning om psykisk helse en gang, og at en derfor heller ikke kan forvente store endringer i atferd. Det er likevel et viktig funn for prosjektet som vi tar med oss videre. Noen få elever leverte blanke spørreskjema uten å svare på spørsmålene og disse ser vi som «usikre data» i figurene over.

### Tilbakemeldinger fra lærere

Prosjektet gjennomførte en questbackundersøkelse via mail til lærere, en uke etter gjennomføringen av testmateriellet. 9 lærere besvarte undersøkelsen.

De aller fleste lærerne (80%) opplevde at materiellet var lett å bruke og samtlige mente at de hadde tilgjengelige ressurser når de skulle undervise. Majoriteten av lærerne (90%) mente at innholdet i lysbildepresentasjonene og i lærerveilederen var lett å forstå og undervise i. En lærer kommenterte: «Relevant innhold, knyttet an til allmennmenneskelige erfaringer, engasjerende». Samtidig rapporterte samtlige lærere om elevenes utfordringer til å utnytte materiellets fulle potensial, på grunn av

deres varierende og ofte lave språkkunnskaper i norsk. De tre klassene som hadde elever med kortest botid ble derfor undervist i grupper med tolk til stede. I klassene som skolen vurderte som språklig sterke foregikk en del av undervisningen på engelsk. En lærer kommenterte: «Jeg synes at elevene presterte veldig bra ut fra det språknivået de har tilegnet seg på så kort tid».

Lærere var opptatt av at materiellet skulle klare å engasjere elevene i ulike klasser, med mangfoldig skolebakgrunn og tidligere erfaringer. En lærer fra en klasse med elever med rask progresjon beskriver sitt inntrykk slikt: «Jeg tror elevene opplevde de fleste illustrasjonene som forståelige. Men, illustrasjonene opplevdes som litt «barnslige» av mange i en elevgruppe som har god kjennskap til temaet psykisk helse fra tidligere».

De fleste lærere var meget engasjerte og ga konstruktive og nyttige tilbakemeldinger til prosjektet om hvordan undervisningsmateriellet kan tilpasses målgruppen og skolen på en bedre måte. En mindre andel kan ha opplevd materiellet og testingen som stress og påkjenning i en allerede fullpakket timeplan. En generell tilbakemelding fra lærere var at tema psykisk helse var viktig å introdusere for målgruppen mens de var elever på Prosjektskolen og fortsatt var «ferske» i Norge. Flere poengterte at det var viktig å jobbe med å normalisere begrepet psykisk helse blant elevene og informere om at deres reaksjoner og tanker som ny i Norge er felles med andre elever. En lærer sa: «Mange elever har stort savn etter sitt gamle liv og de tror de er alene i verden».

I klassene som hadde bistand fra tolk brukte lærere generelt lengere tid på å gå gjennom undervisningsmateriellet. For noen opplevdes klasesetting utfordrende med flere språkgrupper med tolk som tolket høyt og samtidig. For noen lærere var det uvant å undervise i tolkegrupper. Fordi de måtte vente til tolken har tolket ferdig ble en mindretall ikke helt ferdige med undervisningen.

Likevel virket det som om elevene satte pris på at det var tolk til stedet og at de fikk mulighet til å delta på lik linje med andre.

### *Tilbakemeldinger fra observatører*

Observasjonsskjemaene ble lest gjennom flere ganger og etter hvert ble kommentarene kategorisert som positive, negative eller nøytrale. Det samme observasjonsskjemaet ble brukt for alle modulene. Dette ga prosjektet mulighet til å sammenligne resultatene fra de ulike modulene. Observatørene bidro med verdifull informasjon om hvordan undervisningsopplegget fungerte i praksis.

### *Engasjement*

Mange elever viste stort engasjement for undervisningen i alle klasser. Graden av engasjement varierte derimot fra klasse til klasse.. En observatør skriver «Tema ny i

Norge engasjerer elevene mest – kommer med eksempler på positiv og negativ stress. Temaer knyttet til psykisk helse og erfaringer med kort botid virket høyst relevant for elevene».

### *Tid*

«Sunn start - psykisk helse for ungdom» er et stort materialet og flere av observasjonene opplevde at det var utfordrende for lærerne å avslutte til oppsatt tid. Dette gjaldt særlig for de to første modulene, som omhandlet psykisk helse og stress. Elevene var stort sett engasjerte i materialet, men undervisningen ble for lang for flere da skolen valgte å organisere undervisningen i to lange økter a 45 minutter.

### *Norskkunnskap*

I klassene som hadde elever med kortest botid ble det vanskelig å delta i alle diskusjoner. Observasjonsskjemaene viste også til flere tilfeller hvor elevene hadde vanskeligheter med visse ord og begrep. Disse tilfellene ble skrevet opp og samlet opp til en ordliste. I modulen om mobbing var det inkludert to korte filmsnutter. For noen elever var det vanskelig å diskutere rundt disse filmene på grunn av lav språkforståelse.

### *Lærerrollen*

Lærerne var trygge i sin rolle og opptatt av å få med seg alle elever i klassen. De fleste valgte å fokusere på for eksempel det å være ny i Norge som noe felles for hele gruppen, ikke bare for enkelte elever. Lærerne var gode til å stille elevene spørsmål om hvordan psykisk helse ble sett på i hjemlandet deres, eller på elevenes gamle skole. Én observatør beskrev hvordan en lærer spør elevene om de kunne snakke med lærer i hjemlandet dersom de hadde vanskelig og “elevene svarer høyt og tydelig: No!”. I noen situasjoner ønsket elever å dele noe privat, men lærer fortalte at eleven kan snakke med vedkommende på tomannshånd etter undervisning, slik det også var anbefalt i veilederen. Lærerne var gode til å stille undrende spørsmål om hvordan psykisk helse blir sett på i hjemlandet eller på elevenes gamle skole.

Observasjonsskjemaene viste at i de fleste tilfeller gikk lærer gjennom undervisningen slik det er tenkt, med en del variasjoner i tidsbruk på ulike punkter og tilfeller hvor tema ble fjernet. Lærerne tilpasset undervisningen til språknivået i sin klasse og tilpasset også materialet til sin egen elevgruppe. Det var imidlertid store forskjeller i bruken av veiledningsheftet og bruken av hjelpespørsmål og oppgaver. Noen av lærerne brukte lærerveiledningen aktivt, mens andre gjorde det ikke.

### 3.4 Revidering av undervisningsmaterialet

I etterkant av utprøvingen ble følgende justeringer og endringer gjennomført:

#### *Revidering av lysbilder*

Teksten i lysbildene ble språkvasket og justert. Enkelte lysbilder ble omskrevet og ytterligere tilpasset målgruppens norskkunnskaper. For å unngå gjentakelser ble enkelte lysbilder slått sammen, mens andre ble fjernet helt på grunn av sammenfallende tema. Dette gjaldt særlig modul 1 “Psykisk helse” og modul 2 “Stress hos ungdom”, som flere lærere og observatører opplevde som store og tunge. De av lysbildene som elevene hadde vanskeligheter med å forstå, ble fjernet. Samtlige lysbilder ble oppdatert med kildehenvisninger til illustrasjoner eller bilder.

#### *Revidering av veiledningsheftet for lærere*

Teksten i veiledningsheftet ble språkvasket og forenklet, slik at den skulle fremstå som mer forståelig og “rett på sak”. Teksten fikk også en fast struktur med tre deler: hensikt, hoveddel og budskap. Oppgavene som elevene skulle jobbe med ble videreutviklet fra kun “diskuter” eller “snakk sammen” til også å inneholde “gjør oppgaven”. Det ble utviklet flere forskjellige oppgaver som skulle engasjere elevene i større grad. Utprøvingen viste også at det var behov for å utvide antallet hjelpespørsmål og dette ble derfor satt inn. Informasjon om ulike frivillige- og bruker organisasjoner, hjelpetelefoner og nettsider ble også lagt inn bakerst i veiledningsheftet. Denne oversikten ble lagt til der slik at den lett kunne skrives ut og gis ut til elevene i forbindelse med undervisningen.

Det ble også utarbeidet og lagt inn en ordliste i veiledningsheftet der vanskelige ord, som psykisk helse, plager, lidelser osv., ble forklart på en enkel måte. Hensikten med listen er å tydeliggjøre og sikre at visse begreper som blir brukt i undervisningen blir forstått. Det anbefales å bruke veiledningsheftet aktivt både før og under undervisning. Heftet har flere oppgaver, refleksjoner og diskusjoner som kan aktivisere elevene. I noen moduler er det også film og Kahoot som elevene skal se/gjøre. Lærere bør sette seg inn i innholdet, særlig hvis de har lite kjentskap til tema fra før.

Det foreligger en revidert utgave av undervisningsmaterialet «Sunn Start - psykisk helse for ungdom». Hele undervisningsmaterialet vil kunne lastes ned gratis fra hjemmesiden til Sunn Start: [www.sunnstartnorge.no](http://www.sunnstartnorge.no)

### 3.5 Behov for evaluering av materialet

I HEL-KOBO ble det tydelig at det eksisterte et stort behov for et tilpasset materiell om psykisk helse, elevene var motiverte for å lære om tema og lærere ga uttrykk for at materialet var nyttig og enkelt å bruke. Behovskartleggingene viste at det var et stort spekter med tema som elevene hadde lyst og behov å lære mer om. Kartleggingene viste også at en stor andel av elever mente at foresatte bør inkluderes i undervisning om psykisk helse.

HEL KOBO utviklet og testet et undervisningsmateriell, men vi har ikke evaluert det i en større skala. Hensikten med undervisningsmaterialet er å alminneliggjøre tema knyttet til psykisk helse og at elevene skal lære å gjenkjenne stress, mobbing og ulike psykiske plager, og gi tro på at det er mulig å mestre disse. Imidlertid er det ikke realistisk å forvente at undervisning om psykisk helse, som gjennomføres én gang i løpet av skoleåret, skal skape store endringer i elevenes helseoppsøkende atferd over tid. Erfaringene fra VIP-programmet fra ulike videregående skoler i landet støtter dette. Det er derfor viktig å finne ut om Sunn Start psykisk helse kan ha slikt effekt.

Undervisningsmaterialet har et stort potensiale for videre forskning.

Et større forskningsprosjekt kan bidra til å undersøke i hvilken grad dette materialet har en forebyggende effekt gjennom påvirkning av elevenes hjelpesøkingssatferd og generelle velvære. Dette kan måles både før og etter undervisningen. Det kan også være hensiktsmessig å anvende undervisningsmaterialet i mottaksklasser på ulike skoler i Oslo.

## 4. Resultater fra helseundersøkelsen

I dette kapittelet presenterer vi noen viktige funn fra helseundersøkelsen som ble gjennomført som en del av HEL-KOBO. Der det er naturlig og mulig, sammenlikner vi resultatene fra Prosjektskolen med resultater fra andre elever fra Oslo som deltok i NOVAs Ung i Oslo 2018 –undersøkelse. Vi har redusert informasjon fra de statistiske analysene til kun å vise resultater av de viktigste signifikanstestene. Lesere som skulle ønske mer informasjon om analysene, kan henvende seg til B. Oppedal i Folkehelseinstituttet.

### 4.1. Livskvalitet

*Elevene på Prosjektskolen rapporterer bedre livskvalitet enn utenlands-fødte elever både med kort og lang botid i Ung i Oslo 2018. Forskjellene er signifikante, men små. Men 16 % av elevene oppgir at livskvaliteten deres er dårlig.*

Elevene besvarte spørsmålet «Hvor fornøyd er du med livet ditt akkurat nå» på en skala fra 0 til 10, der 0 er det verst mulige livet og 10 det beste livet man kan ha. Dette måle-instrumentet, Cantril stigen, benyttes i mange internasjonale undersøkelser både blant ungdom og voksne (Cantril, 1965). Flere ungdoms-studier benytter en skåre på 6 eller mer for å skille mellom god og medium/dårlig livskvalitet (Due et al., 2019).

Tabell 4.1. Gjennomsnitt i Livskvalitet i de ulike elev-gruppene

|                      | <b>Prosjekt-<br/>skolen</b> | <b>Nova-kort<br/>botid</b> | <b>Nova-lang<br/>botid</b> | <b>2.<br/>generasjon<br/>innvandrere</b> | <b>Etnisk<br/>norske</b> |
|----------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Gjennomsnitt</b>  | 7.35                        | 6.78                       | 6.77                       | 6.87                                     | 6.95                     |
| <b>Standardavvik</b> | 1.82                        | 2.04                       | 1.99                       | 2.03                                     | 1.73                     |

Som det fremgår av Tabell 4.1, er gjennomsnittet i livskvalitet over grenseverdien på 6 for god livskvalitet i alle gruppene. Elevene på Prosjektskolen rapporterte best livskvalitet, en kontrast til Ung i Oslo-elevene med kort botid som hadde dårligst livskvalitet, men som tabellen viser, er forskjellene svært små. Elevene på Prosjektskolen var signifikant mer fornøyd med livet enn 1. generasjon innvandrere som deltok i Ung i Oslo, både de med kort botid og resten. ( $F(4,7617) = 3.38$ ,  $p < .01$ ). Forskjellene mellom elevene på Prosjektskolen og de øvrige deltakerne i Ung i Oslo var ikke signifikante.

Blant elevene på Prosjektskolen var det ikke signifikante forskjeller i livskvalitet mellom elever som hadde mindre og mer enn ett års oppholdstid. Det var heller ikke forskjeller mellom de ulike sporene.

Tabell 4.2 Gjennomsnitt (SD) i Livskvalitet blant jenter og gutter i de ulike elev-gruppene

|               | <b>Prosjekt-<br/>skolen</b> | <b>Nova-kort<br/>botid</b> | <b>Nova-lang<br/>botid</b> | <b>2.<br/>generasjon<br/>innvandrere</b> | <b>Etnisk<br/>norske</b> |
|---------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Gutter</b> | 7.42<br>(1.96)              | 6.87<br>(2.07)             | 7.07*<br>(1.88)            | 7.20*<br>(2.01)                          | 7.21*<br>(1.74)          |
| <b>Jenter</b> | 7.25<br>(1.64)              | 6.69<br>(2.02)             | 6.53<br>(2.05)             | 6.61<br>(2.01)                           | 6.72<br>(1.69)           |

\*: signifikante kjønnsforskjeller

Det var betydelige variasjoner i mønsteret av kjønnsforskjeller mellom de ulike elevgruppene: Blant elevene med kort botid på Prosjektskolen og i Ung i Oslo, er kjønnsforskjellene ikke signifikante. Det betyr at jenter og gutter har like god livskvalitet. Derimot rapporterer 1. generasjon gutter med lang botid, 2. generasjon og etnisk norske gutter signifikant høyere livskvalitet enn jentene i de samme gruppene. (Tabell 4.2)

Blant elevene på Prosjektskolen rapporterte 84 % at livskvaliteten deres var over grenseverdien på 6 som indikerer god livskvalitet. Blant Ung i Oslo-elevene var denne prosentandelen hhv. 72.5, 73, 75.3 og 81.8 for 1. generasjon innvandrere med kort og lang botid, 2.generasjon innvandrere og etnisk norske.

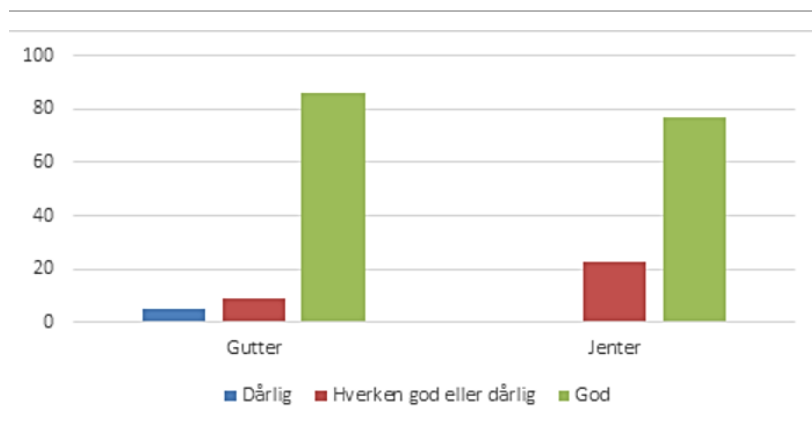
Det er svært positivt at så stor andel av elevene rapporterer at de synes livet deres generelt er bra. Det er likevel viktig å være oppmerksom på de 16 % av elevene på Prosjektskolen som IKKE er særlig fornøyd med hvordan de har det.

## 4.2. Opplevd helsetilstand

*De fleste elevene vurderte at helsen deres var generelt god, og det var ikke alvorlige sykdommer blant dem.*

På spørsmålet «Hva tenker du om din egen helse»? på en skala fra 1 (svært dårlig) til 5 (svært god) skåret elevene i gjennomsnitt 4.13 (SD 0.77). Bare 5 % av guttene og ingen jenter vurderte helsen sin å være generelt dårlig.

Figur 4.1 Opplevd helsetilstand blant gutter og jenter på Prosjektskolen.  
Prosentandel som vurderte helsen som dårlig / hverken – eller / god



Det var ikke signifikante forskjeller i egen-rapportert helsetilstand mellom gutter og jenter, heller ikke mellom spor 1, 2 og 3.

Det var generelt lav forekomst av sykdom og bruk av medisiner blant elevene. 10 gutter og 4 jenter oppga at de hadde sykdommer som de fikk hjelp for. Dette dreide seg for det meste om astma, allergier og vitaminmangel, men én oppga også migrene, og en annen ryggsmarter.

Sju elever oppga at å ha medfødt sykdom eller skade, og 19 elever svarte bekreftende på at de hadde sykdom eller skade som har vart i mer enn seks måneder. Svarene på oppfølgingsspørsmålene viste at også disse sykdommene / skadene for det meste dreide seg om plager som astma, allergier, vitaminmangel.

#### 4.3. Psykosomatiske plager

*Elevene på Prosjektskolen hadde signifikant færre psykosomatiske symptomer enn de ulike gruppene som deltok i Ung i Oslo. Men 15 % hadde hatt mye magesmerter den siste måneden.*

Smerter i hodet, nakke- skuldre, mage, ledd og muskler omtales gjerne som psykosomatiske symptomer, fordi de ofte er reaksjoner på vedvarende stress og problemer. Elevene ble spurt om å angi *hvor ofte* de hadde hatt seks ulike psykosomatiske symptomer den siste måneden (Tabell 4.3).

Tabell 4.3 Andel av elevene som oppgir å ha hatt hvert symptom «mange ganger» eller «daglig» den siste måneden (%)

|                           | <b>Prosjekt-<br/>skolen</b> | <b>Nova-kort<br/>botid</b> | <b>Resten 1.<br/>generasjon</b> | <b>2.<br/>generasjon<br/>innvandrere</b> | <b>Etnisk<br/>norske</b> |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Hodepine</b>           | 7                           | 31                         | 33                              | 34                                       | 33                       |
| <b>Nakke-<br/>skulder</b> | 8                           | 18                         | 27                              | 28                                       | 30                       |
| <b>Ledd/muskler</b>       | 5                           | 16                         | 19                              | 18                                       | 17                       |
| <b>Magesmerter</b>        | 15                          | 17                         | 23                              | 25                                       | 23                       |
| <b>Kvalme</b>             | 1                           | 15                         | 19                              | 20                                       | 17                       |
| <b>Hjertebank</b>         | 10                          | 8                          | 13                              | 13                                       | 13                       |

Det symptomet som elevene på Prosjektskolen rapportert sjeldnest å ha, var kvalme. Bare 1 % oppga at de var plaget med kvalme mange ganger eller daglig, en betydelig lavere prosentandel enn alle elevene i Ung i Oslo. Det var også relativt få elever på Prosjektskolen, sammenliknet med deltakerne i Ung i Oslo som var plaget med hodepine.

Det psykosomatiske symptomet som var vanligst på Prosjektskolen, var magesmerter, hele 15 % oppga at de var plaget av dette mange ganger eller daglig, omtrent like mange som Ung i Oslo-elevene med kort botid, men mindre enn de øvrige Ung i Oslo-elevene.

Flere jenter enn gutter oppga at de var mange ganger eller daglig var plaget av hodepine, nakke- og skuldersmerter og magesmerter. Det var ikke signifikante forskjeller mellom spor 1, 2 og 3 i andelen som var plaget av de ulike psykosomatiske symptomene.

#### 4.4. Depressive symptomer og plager

I ungdomsårene skjer det en økning i symptomer på angst og depresjon, særlig blant jentene. NOVA sine Ungdata-undersøkelser finner at jentene har mer depressive plager enn guttene, men at det er en økning i symptomer gjennom ungdomstrinnet og videregående skole både blant jentene og guttene.

Enkelte studier finner imidlertid ikke kjønnsforskjeller i depressive plager blant ungdom med innvandrerbakgrunn (Alves, Roysamb, Oppedal, & Zachrisson, 2011; Oppedal & Roysamb, 2004).

Resultatene fra NOVAs Ungdata undersøkelser tyder videre på at det har vært en betydelig økning i depressive plager blant ungdom i Norge de siste årene, både blant jenter og gutter (Bakken, 2019). I følge rapporten fra Ung i Oslo 2018, rapporterer

elevene i Oslo høyere nivå av symptomer på depresjon enn elevene ellers i landet gjør. Det er ikke forskjeller mellom elever med norskfødte foreldre og elever med innvandrerbakgrunn i forekomst av symptomer på depresjon. Men i gruppene med svakere (lavt og middels nivå) sosioøkonomisk status var det færre elever med innvandrerbakgrunn enn med norskfødte foreldre som slet med mye psykiske plager (Ung i Oslo rapport, s.51).

Utover inndelingen i forhold til foreldrenes sosio-økonomiske status, differensierer ikke Ung i Oslo- mellom ulike grupper elever med innvandrerbakgrunn, slik vi gjør her. Det betyr at vi vet svært lite om nivå og forekomst av psykiske plager i disse gruppene.

### *Symptomer på depresjon*

*Betydelig færre jenter og gutter på Prosjektskolen enn i Ung i Oslo, rapporterer at de er «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av hvert av de seks symptomene på depresjon. Men 30 % av jentene oppga at de bekymret seg for mye, og 20 % av guttene sa at de hadde hatt mye søvnproblemer den siste uken.*

Det er seks symptomkategorier som inngår i måleinstrumentet for depresjon. Elevene krysser av for hvor plaget de har vært den siste uken av følgende:

1. Følt at alt er et slit
2. Hatt søvnproblemer
3. Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert
4. Følt håpløshet med tanke på framtida
5. Følt deg stiv eller anspent
6. Bekymret deg for mye for ting

I Tabell 4.4 og 4.5 viser vi andelen jenter og gutter i hver gruppe som var «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av hvert symptom. I Tabellene har vi markert med rød skrift for hver gruppe det symptomet som har høyest forekomst. I tillegg har vi markert med gult den gruppen som hadde høyest forekomst av hvert symptom. Tabellene viser at det er store variasjoner i hvilke symptomer de ulike gruppene rapporterer mye og lite av. Men elevene på Prosjektskolen har lavest forekomst av alle symptomene.

Tabell 4.4. Prosentandel av jentene i hver gruppe som rapporterer at de er «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av 6 symptomer på depresjon

|                | Alt er slit | Søvn-problemer | Trist eller deprimert | Håpløshet | Stiv eller anspent | For mye bekymring |
|----------------|-------------|----------------|-----------------------|-----------|--------------------|-------------------|
| Prosjektskolen | 20.9        | 15.2           | 18.1                  | 13.7      | 7.0                | 29.6              |
| Nova-kort      | 32.9        | 30.2           | 40.4                  | 39.2      | 30.0               | 60.0              |
| Nova-lang      | 48.3        | 40.8           | 43.9                  | 47.0      | 37.9               | 66.2              |
| 2. generasjon  | 52.4        | 43.9           | 40.1                  | 47.3      | 35.3               | 64.0              |
| Etnisk norske  | 60.1        | 39.8           | 36.8                  | 41.2      | 49.8               | 68.4              |

I likhet med jentene i alle gruppene, var det symptomet «bekymret deg for mye for ting» som hadde høyest forekomst blant jentene på Prosjektskolen, hele 29.6 % oppga at de var «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av bekymringer. Blant jentene i de andre gruppene var forekomsten likevel betydelig høyere, så mye som 68.4 % blant elevene med to norskfødte foreldre (etnisk norske) i Ung i Oslo.

Over 20 % av jentene på Prosjektskolen var også mye plaget av at de føler at alt er et slit, nesten like mange var triste eller deprimerte. Til forskjell rapporterte 60 % av etnisk norske jenter at de var «ganske eller veldig mye» plaget av at alt er et slit. Derimot var det bare 7 % som rapporterte at de var plaget av å være stive eller anspente, sammenliknet med 50 % av de etnisk norske.

Forskjellene er så store, at det er naturlig å spørre seg om ungdommene på Prosjektskolen legger noe annet i ord som for eksempel «slit», «stiv og anspent» eller «svært mye plaget» enn Ung i Oslo-elevene.

Det kan skyldes at deres norskspråklige kompetanse er svak. Det kan også være at de har en annen referanseramme, og at ungdom som for eksempel kommer fra et land med krig, fattigdom, eller dårlig oppfølging på skolen, ikke opplever hverdagen i Norge så slitsom som den var før de migrerte, eller at det ikke er så mye å bekymre seg om i Norge som i hjemlandene. Selv om vi kan anta at forekomsten av depressive plager virkelig var lavere på Prosjektskolen enn den var i Ung i Oslo, må vi tolke de konkrete prosentandelene med forsiktighet.

Som det fremgår av Tabell 4.5, var det blant guttene på Prosjektskolen søvnvansker de fleste oppga å være plaget av, nesten 1/5. Det var også mange, 16 %, som oppga at de hadde vært ofte plaget av stivhet og anspenhet, eller at triste eller deprimerte. Blant guttene i Ung i Oslo, var det, som blant jentene, høyest forekomst av at de «bekymret seg for mye om ting».

Tabell 4.5. Prosentandel av guttene i hver gruppe som rapporterer at de er ganske eller veldig mye plaget av 6 symptomer på depresjon

|                | Alt er slit | Søvn-problemer | Trist eller depriment | Håpløshet | Stiv eller anspent | For mye bekymring |
|----------------|-------------|----------------|-----------------------|-----------|--------------------|-------------------|
| Prosjektskolen | 14.3        | 19.7           | 16.0                  | 8.9       | 16.1               | 16.0              |
| Nova-kort      | 24.8        | 32.4           | 28.4                  | 29.2      | 19.9               | 37.5              |
| Nova-lang      | 33.1        | 35.0           | 27.2                  | 29.4      | 22.0               | 43.2              |
| 2. generasjon  | 32.8        | 35.8           | 22.2                  | 29.0      | 17.5               | 40.5              |
| Etnisk norske  | 33.7        | 31.9           | 21.1                  | 23.8      | 21.6               | 38.2              |

Selv om ungdommene på Prosjektskolen rapporterte betydelig mindre symptomer på depresjon enn Ung i Oslo-elevene, utgjør prosentandeler på 20 – 30 % ganske mange elever. Dersom 30 % av elevene i en klasse med 25 elever oppgir at bekymrer seg for mye, gjelder dette 8 elever i den klassen. Og hvis 18 % av elevene i en klasse på med 25 elever sier at de siste uke har vært «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av følelser av tristhet og depresjon, betyr det at 4 – 5 elever i den klassen har det slik.

### Total forekomst av depressive plager

Slår vi sammen skårene for hver elev på alle de seks depresjons-symptomene og dividerer med seks, får vi et gjennomsnitt i symptomnivå for vedkommende elev. Elevene kan altså ha et gjennomsnitt fra 1 (lite depressive plager) til 4 (mye depressive plager). NOVA setter en grenseverdi på 3 for å kategorisere elever som er mye plaget med depressive symptomer.

Åtte prosent av elevene på Prosjektskolen rapporterte et symptomnivå over grenseverdien på tre som NOVA benytter, sammenliknet med 24 % blant Ung i Oslo-elevene. [ $X^2(1, 7908) = 12.67, p < .001$ ]. Det er først og fremst blant jentene på Prosjektskolen at forekomsten av depressive plager er svært lavt i forhold til Ung i Oslo, bare 6.8 % var mye plaget mot 31.1. % av jentene som deltok i Ung i Oslo [ $X^2(1, 4263) = 12.05, p = .001$ ] (Figur 4.2). Blant guttene var forekomsten 8.9 % på Prosjektskolen og 13.4% i Ung i Oslo, denne forskjellen er ikke signifikant [ $X^2(1, 3619) = 0.96, p = .33$ ] (Figur 4.2).

Figur 4.2 viser forekomsten av depressive plager blant gutter og jenter på Prosjektskolen i forhold til de ulike gruppene i Ung i Oslo. Legg merke til at Ung i Oslo elevene med kort botid hadde lavere forekomst av depressive plager enn de øvrige gruppene, men likevel høyere enn på Prosjektskolen.

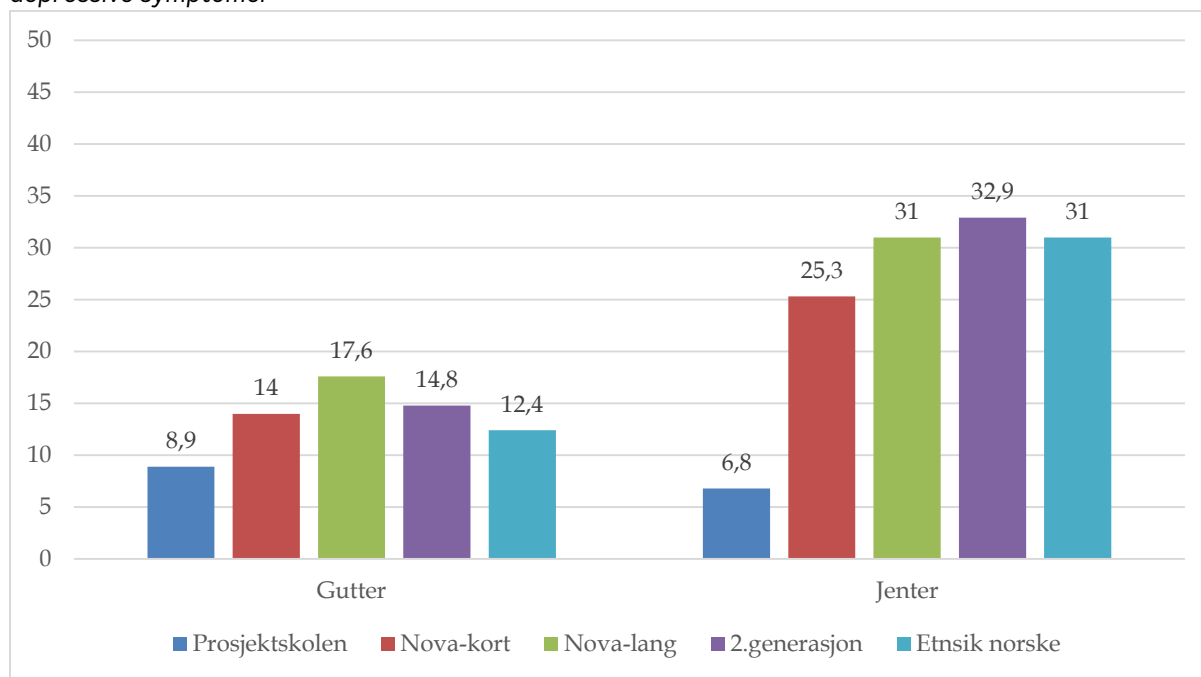
Av Figur 4.2. kan vi også se at det er tydelige kjønnsforskjeller i forekomst av depressive plager: guttene rapporterte signifikant lavere forekomst enn jentene i alle

gruppene, slik vi forventer i disse aldersgruppene, bortsett fra på Prosjektskolen. Vi kan bare spekulere i hva disse manglende kjønnsforskjellene i enkelte innvandrergupper betyr. En mulighet er at gutter med kort botid, men ikke jentene, har relativt mer depressive plager enn forventet ut fra deres alder.

En tidligere studie blant yngre elever med innvandrerbakgrunn, viste heller ikke den forventete kjønnsforskjellen i symptomer på depresjon. Men guttene hadde mer belastninger knyttet til skolearbeidet enn jentene. Det var en nær sammenheng mellom skolerelaterte problemer og depressive plager som forklarte det relativt høyere nivået av depressive symptomer blant guttene. Når guttene og jentene hadde like mye skolerelaterte belastninger, hadde jentene mer depressive plager enn guttene (Alves et al., 2011).

Det er utfordrende å tolke resultatene blant elevene på Prosjektskolen, fordi utvalget er lite og forekomsten av depressive plager er lav. Mer informasjon fra et større utvalg elever med kort botid, kan kaste mer lys over funnene fra Prosjektskolen.

Figur 4.2. Prosentandel gutter og jenter på Prosjektskolen og i Ung i Oslo som er mye plaget av depressive symptomer



Det er verdt å merke seg at selv om den totale forekomsten av depressive plager på Prosjektskolen var svært lav i forhold til forekomsten blant Ung i Oslo-elevne, så rapporterte elevene en betydelig forekomst av enkelte symptomer som at de ofte hadde følt seg triste eller deprimerte, bekymret seg for mye, eller følte at alt var et slit (Tabell 4.4 og 4.5). Disse symptomene kan i seg selv gå ut over elevenes fungering i hverdagen, og kan være noe av bakgrunnen for at lærerne ved Prosjektskolen opplevde nivået av psykiske helseplager blant elevene deres som bekymringsfullt.

## 4.5. Traumatiske opplevelser før ankomst til Norge

*Over halvparten av elevene i HEL-KOBO hadde vært utsatt for minst én traumatisk hendelse før de kom til Norge.*

Personer som har vært utsatt for så alvorlige og faretruende opplevelser at de var redde for at deres eget eller andres liv var i fare, kan utvikle post-traumatiske stresslidelser (PTSD). Helseundersøkelsen på Prosjektskolen inkluderte derfor en sjekkliste med åtte kategorier av traumatiske hendelsene som flyktning-ungdommer oftest hadde rapportert i en annen undersøkelse (Oppedal, Solhaug, Friborg, & Biele, 2019).

Elevene ble spurt om hvilke at traumene de hadde opplevd før de kom til Norge, altså i hjemlandet, eller under flukt/reis til Norge. Som Tabell 4.6 viser, var det først og fremst krigs- og katastrofe-relaterte opplevelser vi undersøkte. Men alvorlige ulykker, fysiske og psykiske overgrep, dekkes kanskje av kategoriene «*andre farlige eller dramatiske situasjoner enn de som er nevnt her*» og «*har du opplevd noe du ikke orker å snakke om med noen*». Forskning viser at mange barn og unge på flukt også opplever slike traumer, men de rammer dessverre også mange barn og unge som ikke er på flukt. Et flertall av barn og unge som utsettes for én enkeltstående traumatisk hendelse, får ikke nødvendigvis varige psykiske reaksjoner. En akkumulering av ulike traumatiske opplevelser, eller en vedvarende eksponering for enkelt-hendelser, kan derimot ha sterkt negative konsekvenser for psykisk helse og fungering gjennom livsløpet (Bonanno & Mancini, 2008; Evans, Li, & Whipple, 2013).

Tabell 4.6. viser hvor mange elever på Prosjektskolen som hadde opplevd hver av de 8 kategoriene av traumatiske hendelser. Den viser at relativt mange elever (23 %) oppga at de hadde vært utsatt for ulike naturkatastrofer som f.eks. orkan, jordskjelv, og / eller tornadoer. Mange elever hadde også opplevd ulike krigsrelaterte traumer; f.eks. var det 19 % av deltakerne i helseundersøkelsen som hadde opplevd at noen hadde slått eller sparket dem, skutt på dem, eller på andre måter hadde forsøkt å skade dem fysisk. Åtte prosent hadde opplevd ekstrem sult og fattigdom på grunn av krig, militær konflikt, i flyktningleir, eller mens de var på flukt. Så mye som 14 % rapporterte at de mange ganger hadde vært livredde mens de var på vei til Norge.

Tabell 4.6. Antall som har vært utsatt for åtte forskjellige traumatiske hendelser

| Har du opplevd ..                                                                                                       | Antall |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| ..væpnet kamp på nært hold (som skyting, flyangrep, bombe-eksplosjoner eller liknende)                                  | 16     |
| .. at noen i familien din ble alvorlig skadet under krigen (f.eks. av bombe-eksplosjoner.. , i væpnet kamp, i fengsel)? | 7      |
| .. at noen slo eller sparket deg, skjøt på deg eller på andre måter forsøkte å skade deg fysisk?                        | 19     |
| .. ekstrem sult og fattigdom på grunn av krig, militær konflikt, i flyktningleir, eller mens du var på flukt?           | 8      |
| .. at du på vei til Norge mange ganger var livredd?                                                                     | 14     |
| .. en naturkatastrofe (f.eks. orkan, tornado, jordskjelv eller liknende)?                                               | 23     |
| .. andre farlige eller dramatiske situasjoner enn de som er nevnt her?                                                  | 17     |
| .. har du opplevd noe du ikke orker å snakke om med noen?                                                               | 25     |

Av Tabell 4.6. fremgår det at 25 av deltakerne i HEL-KOBO oppgir at de har opplevd noe de ikke orker å prate med noen om. Vi har ingen indikasjoner på hva disse opplevelsene innebærer, eller hvorfor det er uaktuelt å fortelle andre om opplevelsene. Men det betyr at en ganske stor andel av elevene på Prosjektskolen er plaget av opplevelser de ikke får til å dele med noen. For å få et bedre inntrykk av hva slike opplevelser kan bety for ungdommene, undersøkte vi forskjellene i depressive plager, symptomer på PTSD og livskvalitet mellom de som har svart ja og nei på dette spørsmålet. De elevene som svarte ja på spørsmålet hadde signifikant dårligere psykisk helse på disse tre indikatorene enn de som svarte nei.

I alt 54 av de 100 elevene som deltok i helseundersøkelsen hadde vært utsatt for minst én traumatisk opplevelse. I gjennomsnitt hadde de opplevd 2.39 (SD 1.64) traumatiske hendelser. Vi har ikke informasjon om hvor mange ganger elevene opplevde hvert enkelt traume, hvor gamle de var ved eksponering, hvem de var sammen med, og hva slags støtte de fikk etter at hendelsene hadde inntruffet. Alle disse faktorene kan spille inn på hvordan de reagerte på de dramatiske hendelser. NOVA undersøker ikke traumatiske opplevelser eller traume-relaterte stressreaksjoner i sine undersøkelser. Vi kan derfor ikke konkludere at elevene i HEL-KOBO var spesielt utsatt for traumatiske hendelser, sammenliknet med andre elever med og uten innvandrerbakgrunn. Uansett er det oppsiktsvekkende at mer enn

halvparten av de som deltok i HEL-KOBO hadde vært utsatt for én eller flere potensielt svært angst-provoserende erfaringer, i mange tilfeller hvor de var redde for sitt eget eller andres liv.

#### 4.6. Psykiske reaksjoner på traumatiske opplevelser, PTSD

*19 % av elevene på Prosjektskolen hadde klinisk relevant nivå av symptomer på PTSD.*

Måleinstrumentet vi benyttet i HEL-KOBO (CRIES-8) for å undersøke mulige symptomer på PTSD, inkluderer to av tre vanlige PTSD-symptomgrupper.

Påtrengende minner gjelder bilder, lyder, lukter osv. som personen opplevde under den traumatiske hendelsen, som dukker opp tilsynelatende uten forvarsel, og som kan lamme personen helt fordi vedkommende gjenopplever den samme angsten som under selve hendelsen, uten å ha noen kontroll. Unngåelsesatferd innebærer at man unngår å utsette seg for situasjoner som minner om den traumatiske opplevelsen. Det kan få store konsekvenser for fungeringen i dagliglivet. En ungdom som deltok i en tidligere undersøkelse fortalte f.eks. at hun hadde opplevd at en fullstappet buss eksploderte bare meter ifra der hun oppholdt seg før flukten. Etter at hun hadde fått opphold og var bosatt i Norge, torde hun fremdeles ikke å nærme seg en buss. Skoleveien var lang, hun var helt avhengig av skyss, og konsekvensen var at hun unnlot å dra til skolen (Oppedal et al., 2019)].

På bakgrunn av hvor dramatiske de psykiske reaksjonene på traumatiske erfaringer kan være, og virkningene disse reaksjonene kan ha, er det svært viktig å identifisere elever som sliter med mange symptomer på PTSD etter store traumatiske opplevelser.

På CRIES-8 kan man skåre fra 0 (ingen symptomer) til 40 (alle symptomene oppleves svært ofte). En skåre  $\geq 17$  indikerer et symptomnivå som sannsynliggjør en PTSD-diagnose.

Av de elevene som deltok i HEL-KOBO som rapporterte at de hadde vært utsatt for ett eller flere traumer, hadde 34.5 % CRIES-8-skåre på 17 eller høyere. De utgjør 19 % av de 100 HEL-KOBO elevene som gjennomførte helseundersøkelsen. Det er m.a.o. en større andel av elevene som sliter med høyt nivå av symptomer på PTSD, sammenliknet med depressive plager.

Det var en klar tendens til at jo flere traumer en elev hadde opplevd, jo flere symptomer rapporterte de både på påtrengende minner, unngåelsesatferd og totalt (korrelasjonene,  $r$  var hhv. .37,  $p = .008$ ; .40,  $p < .001$  og .43,  $p < .001$ ). Men det var store variasjoner. Nitten av de 22 elevene som oppga at de hadde vært utsatt for én traumatisk hendelse, hadde CRIES-8-skåre mellom 0 og 16, mens skåren for de øvrige tre elevene som rapporterte ett traume lå mellom 21 – 26, altså betydelig over

grenseverdien på 17. De tre elevene som hadde opplevd fire traumatiske hendelser hadde CRIES-8-skårer fra 18 – 34. Av de fire elevene som rapporterte seks traumatiske hendelser, hadde to symptomskårer under grenseverdien, mens de to siste slet med svært nøye nivåer av PTSD-symptomer.

Det er m.a.o. store variasjoner i hvordan ungdommene reagerer på de traumene de har vært utsatt for. Faktorene vi nevnte ovenfor, som gjentatt eksponering for traumene, alder ved eksponering, opplevd støtte under og etter eksponering kan spille inn både på symptom-nivå og varighet av de psykiske plagene. Forskning har også vist at de aller fleste kommer over de umiddelbare psykiske reaksjonene de har på traumatiske hendelser de utsettes for, mens andre trenger ulike psykososiale støttetiltak eller terapi (Bonanno & Diminich, 2013). Hvis ikke slike tiltak iverksettes, kan de psykiske reaksjonene bli langvarige, og i verste fall kroniske, med de store konsekvensene dette har for fungering sosialt, akademisk og senere i arbeidslivet. I et forebyggingsperspektiv er det derfor av stor betydning å identifisere elever som har vært utsatt for krigs- og katastrofe-relaterte traumatiske opplevelser, og som sliter med psykiske plager knyttet til disse.

#### **4.7. Oppsummering psykisk helse**

Elevene på Prosjektskolen rapporterte betydelig bedre livskvalitet og mindre psykiske helseplager enn sammenligningsgruppene i Ung i Oslo 2018. Dette betyr ikke at omfanget på Prosjektskolen er uvesentlig. Halvparten av elevene hadde vært utsatt for ett eller flere voldsomme, traumatiske opplevelser, 19 % var mye plaget med PTSD-symptomer og opptil 30 % var mye plaget av ulike symptomer på depresjon. Selv om flertallet har god helse, er det også atskillige elever som har så mye plager at det antakeligvis går ut over fungeringen deres i hverdagen, og de har behov for oppfølging og støttetiltak.

## 4.8. Bruk av helsetjenester

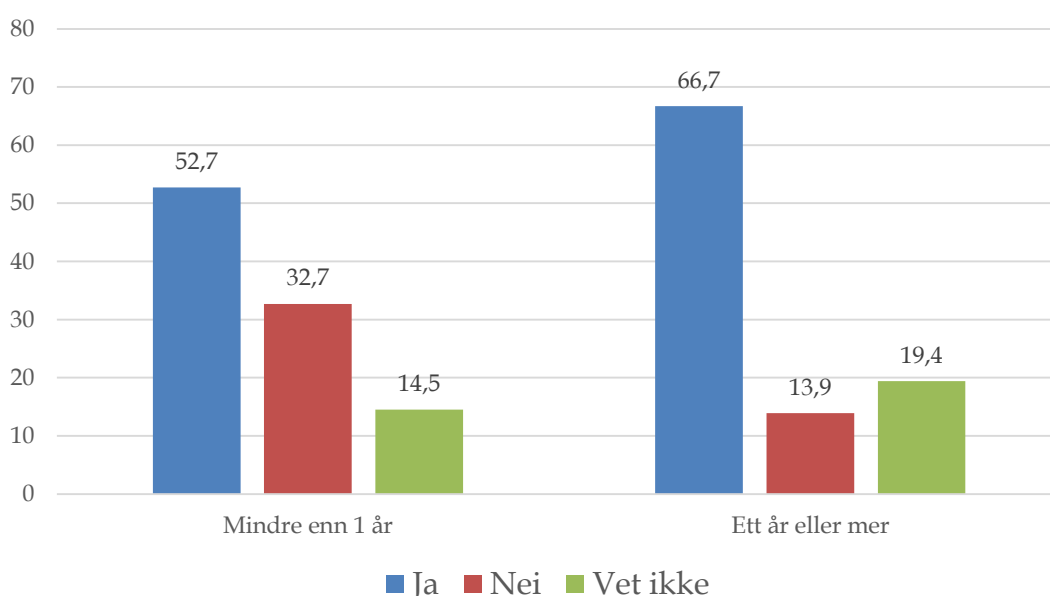
En viktig del av oppdraget fra byrådsavdelingen var å få informasjon om elevenes kjennskap til og bruk av helsetjenestene. En nasjonal registerstudie har vist at innvandrere i mindre grad kontakter fastlege for hjelp med psykiske plager, benytter spesialisthelsetjenesten i mindre grad og kommer senere i behandling for psykiske plager (FHI, 2018). Dette gjelder både for voksne og for barn. Når det gjelder barn og ungdom viser forskning at tilbudet i psykisk helsevern for barn og unge benyttes sjeldnere av etniske minoriteter enn av barn med norskfødte foreldre (OsloMet, 2017). Samtidig er variasjonen innen gruppen stor og enkelte grupper skiller seg ut på begge ender av skalaen. Enkelte grupper med fluktbakgrunn rapporterer dårligere helse og flere kontakter med helsetjenesten enn andre grupper innvandrere, for eksempel arbeidsinnvandrere.

### Fastlege

Fastlegen har ansvar for den helhetlige oppfølgingen av klientenes helse, og alle personer som i folkeregisteret har status som bosatt i en norsk kommune, har rett til fastlege. Bare litt over halvparten av elevene på Prosjektskolen hadde fastlege. Femten prosent visste ikke om de hadde fastlege eller ei.

Figur 4.3. viser hvor stor andel av elevene som hadde fastlege i forhold til hvor lang oppholdstid de hadde i Norge. Figuren viser at bare 32,7 % av elevene som hadde under ett års opphold i Norge hadde fastlege, sammenliknet med 13,9 % av elevene som hadde vært i Norge ett år eller lengre. Forskjellene mellom de to gruppene var ikke signifikante [ $X^2(2, 91) = 4,10, p = .13$ ].

Figur 4.3. Prosentandel av elever med mindre eller mer enn et års opphold i Norge som har fastlege



## Tannlege

Bare 38 % av elevene som deltok i Helseundersøkelsen svarte bekreftende på at de hadde vært hos tannlegen i Norge. Det var først og fremst blant elevene som kom til Norge i 2019, og hadde under et års oppholdstid på tidspunktet for Helseundersøkelsen, som ikke hadde vært hos tannlegen, dette var tilfellet for 72.2 % av dem, mot 44.4 % av elevene som hadde lengre oppholdstid [ $X^2(1, 90) = 7.01, p = .008$ ].

## Andre helsetjenester

Elevene svarte også på spørsmål om hvor ofte de i løpet av det siste året hadde benyttet 6 ulike tjenester: Helsesykepleier på skolen, helsestasjon for ungdom, fastlege, psykolog, legevakt, sykehus.

Av tabell 6.1. går det frem at det store flertallet av elevene ikke hadde benyttet noen av disse tjenestene. Psykolog og helsestasjon for ungdom var de tjenestene som hadde vært benyttet minst, hhv 91 % og 89 % av elevene hadde aldri benyttet disse.

Helsesykepleieren på skolen var den instansen som flest hadde vært i kontakt med, 34 % av elevene hadde oppsøkt henne én eller flere ganger.

Det var en signifikant større andel elever med mindre enn ett års opphold i Norge som hadde hatt kontakt med helsesykepleier (76.4 %) enn det var blant elevene med lengre opphold (50 %), [ $X^2(1, 91) = 6.73, p = .009$ ]. Vi vet ikke hvem som tar initiativet til denne kontakten, om det er helsesykepleierens rutiner å innkalle elever som nylig har kommet, om de blir henvist av andre på skolen, eller om de selv tar kontakt.

Når det gjelder bruken av fastlege, var situasjonen omvendt: En betydelig mindre andel av elevene med kortest oppholdstid enn de med lengre oppholdstid, hadde brukt denne tjenesten, hhv. 20 % og 41.7 % [ $X^2(1, 91) = 5.01, p = .025$ ]. Det er ikke så overraskende tatt i betraktning at mange ikke hadde en fastlege.

Forskjellene mellom elever med mindre vs. mer enn ett års opphold i Norge i bruk av de øvrige helsetjenestene (helsestasjon, psykolog, legevakt og sykehus), var ikke signifikante.

Tabell 4.7. Bruk av ulike helsetjenester «de siste 12 månedene». Alle elevene på Prosjektskolen

|                                    | <b>Ingen<br/>ganger</b> | <b>1-2 ganger</b> | <b>3-5 ganger</b> | <b>6 ganger<br/>eller mer</b> |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|
| <b>Helsesykepleier</b>             | <b>66</b>               | <b>29</b>         | <b>4</b>          | <b>1</b>                      |
| <b>Helsestasjon for<br/>ungdom</b> | <b>89</b>               | <b>8</b>          | <b>1</b>          | <b>1</b>                      |
| <b>Fastlege</b>                    | <b>72</b>               | <b>20</b>         | <b>7</b>          | <b>1</b>                      |
| <b>Psykolog</b>                    | <b>91</b>               | <b>4</b>          | <b>3</b>          | <b>2</b>                      |
| <b>Legevakt</b>                    | <b>86</b>               | <b>12</b>         | <b>2</b>          |                               |
| <b>Sykehus</b>                     | <b>74</b>               | <b>23</b>         | <b>2</b>          |                               |

Sammenliknet med elevene som deltok i Ung i Oslo, benyttet elevene på Prosjektskolen helsetjenestene i mye mindre grad. Tabell 4.7. viser at det var særlig store forskjeller mellom elevene på Prosjektskolen og i Ung i Oslo i bruk av fastlege og legevakt. At så få elever på Prosjektskolen hadde fastlege forklarer sannsynligvis noe av disse forskjellene. En annen årsak er antakeligvis at elevene på Prosjektskolen, som vi har sett, generelt er ved god helse, både fysisk og psykisk. Men en del av forklaringen er kanskje også at de ikke kjenner så godt til det norske helsevesenet.

Tabell 4.8. Prosentandel av elevene i de ulike gruppene som aldri hadde benyttet helsetjenestene de siste 12 månedene

|                         | <b>Prosjekt-<br/>skolen</b> | <b>Nova-<br/>kort<br/>botid</b> | <b>Nova-<br/>lang<br/>botid</b> | <b>2.<br/>generasjo<br/>n<br/>innvandre<br/>re</b> | <b>Etnisk<br/>norske</b> |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|
| Helsesykepleier         | 66                          | 61                              | 56                              | 62                                                 | 63                       |
| Helsestasjon for ungdom | 89                          | 82                              | 84                              | 87                                                 | 80                       |
| Fastlege                | 72                          | 46                              | 32                              | 31                                                 | 25                       |
| Psykolog                | 91                          | 87                              | 87                              | 90                                                 | 86                       |
| Legevakt                | 86                          | 65                              | 63                              | 65                                                 | 64                       |
| Sykehus                 | 74                          | 78                              | 80                              | 82                                                 | 83                       |

### Nødnummer og oppfølging i bydelen

Av alle elevene, oppga 57 % at de ikke kunne nødnummeret til ambulansen, og andelen var like høy blant elevene med under og over et års oppholdstid i Norge, [ $X^2(1,91) = .00$ ,  $p = .999$ ].

Trettito prosent av elevene bekreftet at de hadde hatt en helseundersøkelse i bydelen de bodde i før de begynte på Prosjektskolen, 5 % visste ikke om de hadde hatt en slik undersøkelse. Heller ikke her var det forskjeller i forhold til hvor lenge elevene hadde bodd i Norge [ $X^2(1, 91) = 1.16$ ,  $p = .56$ ]. Nyankomne personer i Norge som enten er asylsøkere, flyktninger eller familiegjenforente har rett til en frivillig og gratis helseundersøkelse i løpet av tre måneder etter ankomst (Helsedirektoratet, IS-2011). Undersøkelsen omfatter både barn og voksne og består av en helsekartlegging av fysisk og psykisk helse, blodprøvetaking og generell informasjon om helsesystemet i Norge. Alle bydelene i Oslo har et tilbud om helseundersøkelse. Tilbudet er organisert på ulike måter, for eksempel hos en fastlege, hos smitteverntjeneste eller ved en helsestasjon.

Det er en stor utfordring å fange opp alle personer i målgruppen som bosetter seg i Oslo da informasjonen om bosetting ofte kommer for sent til de ansvarlige, som regel

fra politiet eller fra Folkeregisteret. I tillegg er tilbudet frivillig. Rapportene fra bydelene til Helseetaten peker på at ulik organisering og bruk av ulike journalsystemer ofte fører til en manglende oversikt over hvem som har fått tilbud hos hvem, hva som er gjort og hvordan en skal sikre videre oppfølging av pasienter. Videre viser rapportene at personer i målgruppen som deltar i bydelens introduksjonsprogram, for eksempel overføringsflyktninger, får tilbud om helseundersøkelse. Det er derimot de som kommer på egen hånd, for eksempel barn og ektefelle som kommer til familiegjenforening, som ofte ikke får et tilbud da de er avhengig av at den herboende person er informert at familiemedlemmene har en rett til denne undersøkelsen. Det er viktig å merke seg at arbeidsinnvandrere og deres familiemedlemmer ikke har rett til helseundersøkelsen. Dette kan være en forklaring på at flere av elevene i Prosjektskolen ikke har hatt en helseundersøkelse i sin bydel.

#### 4.9. Psykiske plager og bruk av helsetjenestene

Som vi har sett, er det relativt få elever på Prosjektskolen hadde benyttet ulike helsetjenester, men når vi sammenliknet med Ung i Oslo-deltakerne, fant vi størst forskjell i bruken av helsestasjon for ungdom og fastlegen.

I dette avsnittet undersøker vi hvor stor andel av elevene med svært mye depressive symptomer, dvs. en gjennomsnittsskåre  $\geq 3$  på de seks depresjons-symptomene, som hadde hatt kontakt med skolens helsesykepleier, fastlegen eller psykolog én eller flere ganger.

Tabell 4.9. Prosentandel elever med svært mye depressive symptomer som har hatt kontakt med helsetjenestene én gang eller mer

|                              | <b>Prosjekt-<br/>skolen</b> | <b>Nova-kort<br/>botid</b> | <b>Nova-lang<br/>botid</b> | <b>2.<br/>generasjon<br/>innvandrere</b> | <b>Etnisk<br/>norske</b> |
|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Helse-<br/>sykepleier</b> | 62.5                        | 53.5                       | 51.5                       | 47.1                                     | 51                       |
| <b>Fastlegen</b>             | 25                          | 63.4                       | 70.5                       | 71.8                                     | 79.3                     |
| <b>Psykolog</b>              | 12.5                        | 29.6                       | 22.1                       | 21.3                                     | 32.0                     |

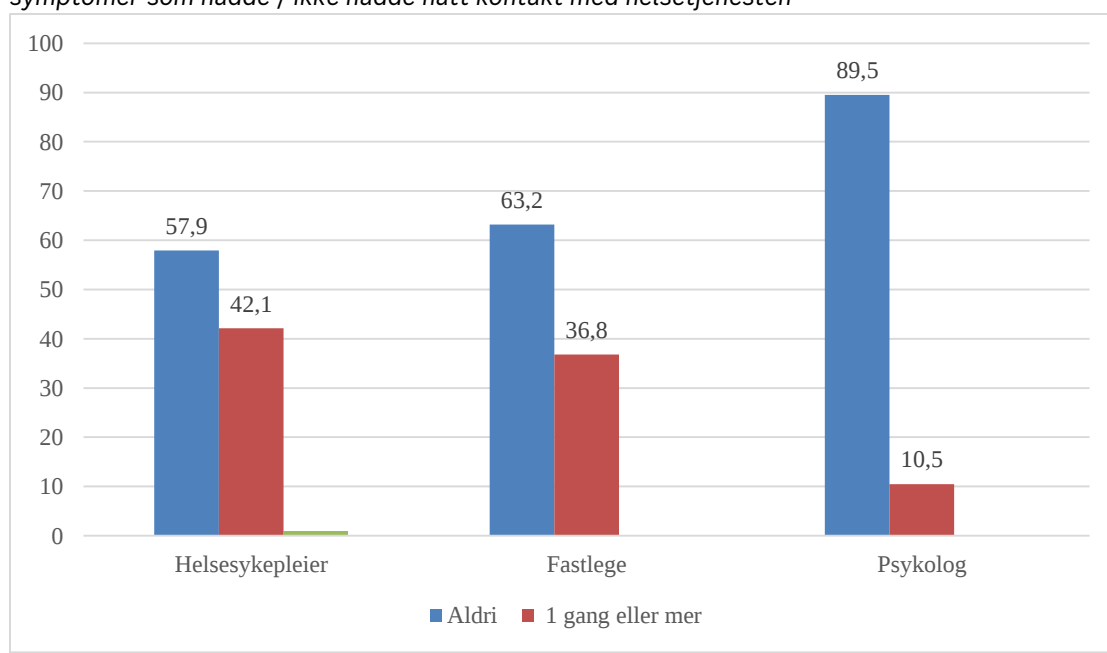
Tabell 4.9. viser at det var relativt større andel elever med mye depressive symptomer på Prosjektskolen som hadde kontakt med skolens helsesykepleier, (62.5 %) enn blant elevene i Ung i Oslo (47.1 – 53.5 %). Derimot var situasjonen motsatt når det gjaldt kontakt med fastlege og psykolog. Bare 25 % av ungdommene som oppga å slite med mye depressive plager hadde hatt kontakt med fastlege. Til sammenlikning

hadde 79.3 % av de etnisk norske elevene vært hos fastlegen minst én gang i løpet av det siste året. Det var også en høyere andel av elevene i Ung i Oslo som hadde vært hos psykolog, der varierte andelen fra 21 til 32 %, mot bare 12.5 % på Prosjektskolen.

Informasjonen vi har sier ikke noe om hva bakgrunnen er for kontakten elevene har med helsesykepleier og fastlege, det trenger ikke nødvendigvis være de psykiske plagene.

Figur 4.4. viser at heller ikke elever med høyt nivå av PTSD-symptomer har hatt kontakt med fastlege, og spesielt ikke med psykolog. Til sammen understreker tallene i Tabell 4.9. og Figur 4.4. hvor viktig skolens helsetjeneste er for elever med kort botid. I fravær av en etablert kontakt med fastlege, får helsesykepleier mange viktige funksjoner. Det kan være mange grunner til at elevene som synes å trenge det, ikke har kontakt med en psykolog. Det kan være at problemene deres ikke er lette å identifisere, og at de derfor ikke blir henvist. Det kan også være at ungdommene selv motsetter seg kontakt med psykologen, på grunn av stigma de opplever er forbundet med å ha psykiske helseplager. Det kan også skyldes kapasitets-mangel i psykolog-tjenesten, både den som er tilknyttet skolehelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten.

Figur 4.4. Prosentandel av elevene på Prosjektskolen med skåre over den kliniske grenseverdien på PTSD-symptomer som hadde / ikke hadde hatt kontakt med helsetjenesten



På Prosjektskolen var helsesykepleieren en del av et større team som samarbeidet tett med lærerne om å fremme elevenes psykososiale utvikling og tilpasning. Henvvisning til helsesykepleieren kunne komme fra lærerne, eller via andre fagpersoner i teamet. Elevene ble også tidlig gjort kjent med denne tjenesten, og at de selv kunne ta kontakt dersom de har behov.

Selv om ikke helsesykepleierne diagnostiserte og behandlet psykiske plager, hadde de mulighet til å hjelpe elevene med forhold som kan være årsak til plagene, bidrar til å opprettholde dem, eller forsterker dem, slik som konflikter og kriser i familien eller i forhold til venner, økonomiske vansker, og problemer med å etablere seg i en ny kultur. Helsesykepleierne kunne også bistå med henvisning til spesialisthelsetjeneste (via skolelegen eller skolepsykologen), dersom dette skulle være nødvendig f.eks. for elever som har vært utsatt for mange traumatiske hendelser.

Funnene fra HEL-KOBO indikerer at psykologtjenesten på skolen bør etableres på permanent basis, slik at flere elever som sliter med psykiske plager kan få nødvendig hjelp.

#### 4.10. Behov for informasjon og videre oppfølging

På bakgrunn av de allerede presenterte funnene er det ikke overraskende at 59 % av elevene svarte bekreftende på at de hadde behov for mer informasjon om helsesystemet i Norge. Det var ikke forskjeller mellom elevene som kom til Norge i 2019, og de som hadde kommet tidligere [ $X^2(1, 91) = .48, p = .487$ ]. På spørsmål om hva de ønsket informasjon om, svarte de aller fleste at de ville ha generell informasjon om helsevesenet.

Avslutningsvis i Helseundersøkelsen ble elevene informert om hvordan og hvor elevene kunne få hjelp videre:

- Skolehelsetjenesten: sykepleier og psykolog hver dag, lege en dag i uka, og at SHT kan hjelpe med kontakt videre (fastlege, henvisning til spesialisthelsetjeneste, informasjon osv.)
- Helsestasjon for ungdom
- Optiker
- Skolens ansatte; rådgiver, miljøarbeider, minoritetsrådgiver, kontaktlærer

På denne bakgrunnen ble elevene så spurt om de ønsket hjelp eller videre oppfølging «enten for noe vi har snakket om nå, eller for noe vi ikke har snakket om, og som har med helsen din å gjøre». Dette svarte 25 % av deltakerne ja på, 20 % av de som ankom i 2019, og 31 % av de som var kommet tidligere. Forskjellene mellom gruppene var ikke signifikant [ $X^2(1, 91) = 1.32, p = .25$ ].

Det var store variasjoner i hva elevene ønsket hjelp til: å komme til tannlegen, kontakt med gynekolog, hjelp til å komme i kontakt med fastlege, hjelp med psykiske plager, øreplager og hjertebank, hjelp til å ta kontakt med optiker, for å nevne noen.

Det viste seg altså at det var et stort udekket behov for helsetjenester, ikke bare psykiske, men også for oppfølging av fysiske problemer. De elevene som ønsket hjelp

til videre oppfølging hadde flere psykiske plager i form av symptomer på depresjon og post-traumatisk stresslidelse, enn de som ikke ønsket videre oppfølging. Det var ikke forskjell i nivået av psykosomatiske plager.

#### 4.11. Følgeeffekter av prosjektet - Økt pågang hos skolehelsetjenesten

Det kan se ut som om et resultat av HEL-KOBO var økt bruk av skolehelsetjenesten. Økningen var markant og gir indikasjoner på et udekket behov, både for kunnskap om helse og helsetjenester, og for tilgjengelighet av helsetjenester.

Elevene som deltok i HEL-KOBO prosjektet høsten 2019 fikk informasjon om helsetjenester på skolen, om ulike helsetilbud i Oslo, og de fikk tilpasset undervisning om psykisk helse. Utover høsten 2019 har pågangen av elever som søker helsehjelp, råd og informasjon hos skolehelsetjenesten på prosjektskolen økt betydelig.. Tabell 4.9.1. illustrerer denne økningen:

Tabell 4.11.1. Antall konsultasjoner og elevkonsultasjoner hos skolehelsetjenesten

|                                             | Totalt høsten 2018 | September 2019 | Oktober 2019 (høstferie uke 40) | November 2019 | Desember tom 19.12.19 | Totalt høsten 2019 |
|---------------------------------------------|--------------------|----------------|---------------------------------|---------------|-----------------------|--------------------|
| Totalt antall konsultasjoner hos sykepleier | 50                 | 56             | 50                              | 61            | 33                    | 200                |
| Antall elevkonsultasjoner hos sykepleier    | 33                 | 35             | 32                              | 41            | 30                    | 138                |
| Totalt antall konsultasjoner hos psykolog   |                    | 42             | 39                              | 84            | 38                    | 203                |
| Antall elevkonsultasjoner hos psykolog      | 30                 | 10             | 13                              | 43            | 21                    | 87                 |
| Antall elevkonsultasjoner hos lege          |                    |                | 3                               | 12            | 7                     | 22                 |
| Antall henvisninger til psykisk helsevern   |                    |                | 1                               | 3             |                       | 4                  |
| Antall bekymringsmeldinger til barnevern    |                    | 1              |                                 | 1             |                       | 2                  |

I tabellen skiller vi mellom *totalt antall konsultasjoner*, som inkluderer henvendelser fra elevene, sms, e-poster, telefonsamtaler og henvendelser fra andre tjenester vedrørende elever, og mellom *antall elevkonsultasjoner*, som er personlige elevkonsultasjoner som ansatte hadde med elevene. Høsten 2018 hadde skolehelsetjenesten på Prosjektskolen to ansatte i hele stillinger og tilnærmet lik antall elever som i 2019. Sykepleier og psykologen rapporterte da om h.vv 33 og 30 elevkonsultasjoner i denne perioden. Det er viktig å ta hensyn til at

skolehelsetjenesten ikke hadde et fungerende journalføringssystem i starten av skoleåret i 2018, og at tallene kan være feilregistrert av denne grunnen.

Tabell 4.9.1. viser at antall elevkonsultasjoner økte til totalt 138 hos sykepleier og 203 hos psykologen høsten 2019. Totalt antall konsultasjoner økte hhv til 200 hos sykepleier og 203 hos psykologen. For det meste kontaktet elevene skolehelsetjenesten på egen hånd, og i enkelte tilfeller ba de om bistand fra prosjektmedarbeidere til å opprette kontakt med sykepleier og/eller psykolog. Ansatte fra skolehelsetjenesten rapporterte at problemstillingene elevene søkte hjelp for for det meste var generelle og kjente problemstillinger hos ungdom, som for eksempel skader oppstått i gym eller friminutt, seksuell helse/prevensjon, vanskelige familieforhold, søvnutfordringer og konsentrasjonsvansker, menstruasjonssmerter, tannhelse og hodepine. Samtidig søkte en stor andel av elever hjelp og råd for migrasjonsspesifikke problemstillinger, som for eksempel nedstemthet på grunn av overgang til nytt land (savn av venner, lite aktiviteter på fritid), plager på grunn av tidligere negative erfaringer fra opprinnelsesland eller immigrasjonsreisen, stress relatert til økonomi og oppholdstillatelse, ensomhet, depresjonsplager, stress og andre følelsesmessige reaksjoner knyttet til innvandring og utfordringer det byr på (lære seg et nytt språk, få nye venner, savn til hjemlandet, tilpasse seg ny kultur, endret framtidsplan) og lite eller ingen kjentskap til norsk helsesystem. I flere av sakene skolehelsetjenesten jobber med, var også rådgivere, miljøarbeider og/eller minoritetsrådgiver koblet på.

Legen som var innleid som ekstraressurs i prosjektperioden, rapporterte en god del henvendelser for bl. annet hodepine, funn av nedsatt hørsel, tidligere hodeskader som ikke hadde blitt undersøkt, søvnvansker, halsbrann/oppkast og magesmerte. Flere fortalte om traumatiske hendelser i hjemlandet eller på reisen til Norge. Generelt for flere av konsultasjonene hos legen var at elevene ikke enda hadde fått fastlege, eller at de ikke visste hvem fastlegen var. De av elevene som hadde fastlege trengte hjelp til å komme i kontakt med denne. Flere rapporterte også om at fastlegene ikke hadde bestilt tolk til konsultasjoner og at det var vanskelig å kommunisere av denne grunn. Flere elever trengte også hjelp med å forstå informasjon de hadde fått fra fastlege eller sykehus, for eksempel innkallelse til undersøkelse. Antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten økte i prosjektperioden.

## 5. Aktiviteter etter skoletid

Siste del av oppdraget fra byrådsavdelingen var å kartlegge elevenes deltakelse i organiserte og delvis organiserte aktiviteter etter skoletid. For ungdom er deltakelse i ulike organiserte aktiviteter utenom skoletid viktige sosiale arenaer, som også gir mulighet til annen læring enn den mer akademiske som skolen tilbyr. For barn og unge med innvandrerbakgrunn, er deltakelse i slike aktiviteter i sammen med etnisk norske ungdommer og ungdommer fra andre kulturer enn deres egen, også en viktig arena for integrering og for å tilegne seg interkulturell kompetanse.

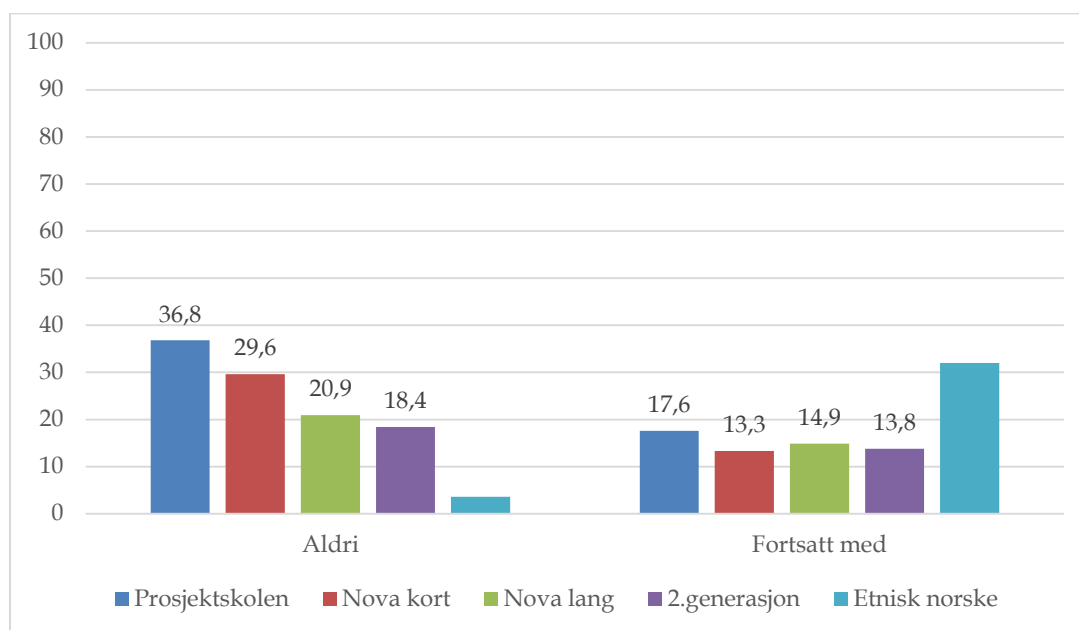
### 5.1. Idrettslag

På Prosjektskolen svarte 136 elever, 81 gutter og 55 jenter, på ulike spørsmål om deltakelse i organiserte fritids-aktiviteter, og annen fritidsaktivitet etter skoletid.

Figur 5.1. viser at det er en større andel av elevene på Prosjektskolen som aldri har vært med i et idrettslag eller i en idrettsklubb, enn det var blant Ung i Oslo-elevenene. Figuren viser at det i Ung i Oslo var en synkende tendens til deltakelse i forhold til hvor lenge de hadde bodd i Norge. Svært få etnisk norske ungdommer oppga at de aldri hadde deltatt i organisert idrett, bare 3.6 %, i motsetning til 36,8 % på Prosjektskolen, og 29.6 % i Ung i Oslo-utvalget med kort botid.

Mange ungdommer slutter med sportslige aktiviteter i løpet av barne- og ungdomsskolen. Som vi ser av Figur 5.1. var det mindre forskjeller mellom gruppene i andelen som oppga at de fortsatt drev med organisert idrett, enn de som aldri hadde gjort det. Men også her var det et markant skille mellom elever med og uten innvandrerbakgrunn. I Ung i Oslo-utvalget drev 32 % de etnisk norske fremdeles med idrett, sammenliknet med 13 – 14 % av de ulike gruppene elever med innvandrerbakgrunn. Det var noe flere ungdommer på Prosjektskolen, 17.6 % som fremdeles var med i en idrettsklubb.

Figur 5.1. Prosentandel elever på Prosjektskolen og i Ung i Oslo som aldri har vært med i idrettslag, og som fortsatt er med i et idrettslag



Det var signifikante kjønnsforskjeller i alle gruppene når det gjaldt deltakelse i organisert idrett. Det var flere jenter som aldri hadde deltatt, og færre jenter som fortsatt var med i noe idrettslag.

## 5.2. Deltakelse i organiserte aktiviteter før ankomst til Norge

Elevene på Prosjektskolen ble også spurt om de hadde vært medlemmer i en eller flere av sju forskjellige organisasjoner, klubber eller foreninger før de kom til Norge. En stor andel av elevene, 32.1 % av guttene og 56.4 % av jentene hadde ikke vært medlem i noen organiserte klubber eller foreninger før de kom til Norge. Men det var også mange som hadde deltatt i én aktivitet, 50.6 og 32.7 % av hhv. guttene og jentene. Det var kjønnsforskjeller i hvor mange aktiviteter elevene hadde deltatt i. På en skala fra 0 (ikke vært medlem i noen organisasjon) til 7 (vært medlem i alle nevnte organisasjoner) hadde guttene i gjennomsnitt deltatt i 0.94 (SD .90) og jentene i 0.58 (SD .79) organisasjoner [ $t(134) = 2.39, p < .05$ ].

Tabell 5.1. viser at det var særlig i forbindelse med fotball at kjønnsforskjellene viste seg, over halvparten av guttene, og bare 14.5 % av jentene hadde vært medlem av et fotballag før de kom til Norge. Noe flere jenter hadde drevet med volleyball, 16.4 %. Men, man kan spørre seg om en slik liste er dekkende for de aktivitetene elever med så forskjellig kulturell bakgrunn, fra så mange forskjellige land, driver med på fritiden.

Tabell 5.1. Prosentandel elever på Prosjektskolen som var medlem i ulike fritidsorganisasjoner før de kom til Norge

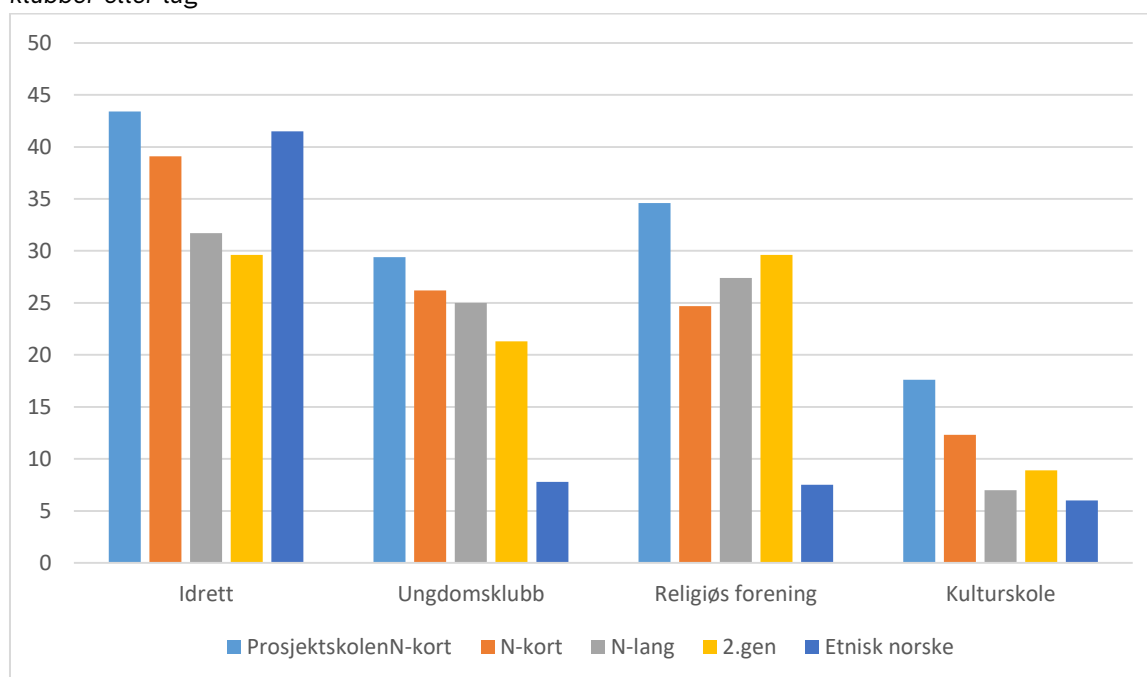
|                        | Alle (n = 136) | Gutter (n = 81) | Jenter (n = 55) |
|------------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Fotball                | 38.2           | 54.3            | 14.5            |
| Volleyball             | 14.0           | 12.3            | 16.4            |
| Basketball             | 14.7           | 16.0            | 12.7            |
| Korps                  | 0.7            | 1.2             | 0               |
| Kor                    | 2.9            | 1.2             | 5.5             |
| Politisk organisasjon  | 2.2            | 2.5             | 1.8             |
| Frivillig organisasjon | 6.6            | 6.2             | 7.3             |

### 5.3. Organisasjoner, klubber eller lag

For å få et bilde av hvor aktive elevene på Prosjektskolen er i hverdagen i Norge, og om de er med i organisasjoner, klubber eller lag, ble de bedt om å svare på «*hvor mange ganger den siste måneden de hadde vært med på aktiviteter, møter eller øvelser i følgende organisasjoner, klubber eller lag*». Listen refererer til aktiviteter som mange ungdommer i Norge deltar i.

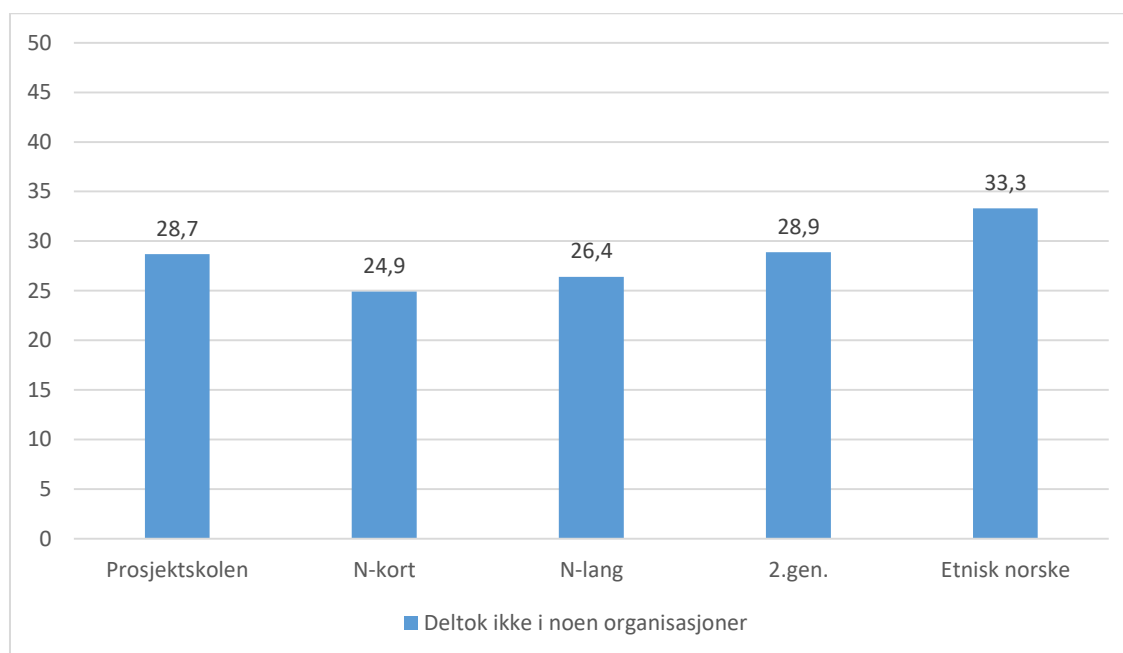
De organisasjonene flest ungdommer hadde deltatt i, var idrettslag, ungdomsklubber eller religiøse møter. En stor andel av ungdommene i alle gruppene hadde også deltatt i møter i «andre organisasjoner», uten at vi har informasjon hva slags organisasjoner dette dreier seg om. Bortsett fra «andre organisasjoner», var det signifikante forskjeller mellom gruppene i hvor ofte de hadde deltatt i de ulike aktivitetene. Men disse forskjellene skilte først og fremst mellom de etnisk norske elevene og alle grupper elever med innvandrerbakgrunn, både på Prosjektskolen og i Ung i Oslo. Det var ikke forskjeller mellom elevene på Prosjektskolen og Ung i Oslo i hvor ofte de hadde deltatt i idrettslag, korps eller kor. Men elevene på Prosjektskolen deltok oftere enn de etnisk norske i ungdomsklubber, religiøse foreninger og kultur/musikkskoler. De etnisk norske elevene deltok sjeldnere enn alle elevene med innvandrerbakgrunn i ungdomsklubber og religiøse foreninger (Figur 5.2).

Figur 5.2. Andelen elever som har deltatt mer enn én gang den siste måneden i fire ulike organisasjoner, klubber eller lag



Det var også forskjell i hvor mange ulike organisasjoner ungdommene hadde deltatt i. Det var vanligere for elever med innvandrerbakgrunn å delta i flere organisasjoner, klubber eller lag, enn det var for de etnisk norske. Figur 5.3. viser at 33,3 % av de etnisk norske elevene ikke hadde deltatt i noen type aktiviteter, høyere andel enn i noen av de andre gruppene.

Figur 5.3. Prosentandel elever som ikke deltar i noen av de seks organiserte aktivitetene



Det var altså relativt mange av elevene på Prosjektskolen som hadde deltatt i minst én organisert aktivitet den siste måneden. Det er tankevekkende tatt i betraktning hvor kort tid de hadde bodd i Norge. Det var ikke signifikante forskjeller i gjennomsnitt av antall organisasjoner de hadde deltatt i mellom elever som hadde vært i Norge mindre enn et år ( $n = 45$ ,  $X = 1.58$ ,  $SD = 1.42$ ) og elever som hadde vært lengre. ( $n = 32$ ,  $X = 1.97$ ,  $SD = 1.56$ ), [ $t(75) = -1.14$ ,  $p = .26$ ].

## 5.4. Oppsummering fritid

Mange, særlig av guttene på Prosjektskolen, rapporterte at de deltok i ulike idretter og organisasjoner. Likevel oppga mange av elevene at de trenger informasjon, både om hvordan de skal komme i kontakt med ulike organisasjoner, og om hva slags fritidstilbud som finnes i Oslo

Av dataene fra NOVA ser vi at det var betydelige forskjeller mellom innvandrere- og ikke-innvandrerelver i hva slags aktiviteter de driver med. Elever med innvandrerbakgrunn deltar i større grad i fritids / ungdomsklubber, kulturskoler og religiøse organisasjoner, noe som understreker betydningen av at slike er tilgjengelige i bydelene der ungdommene bor.

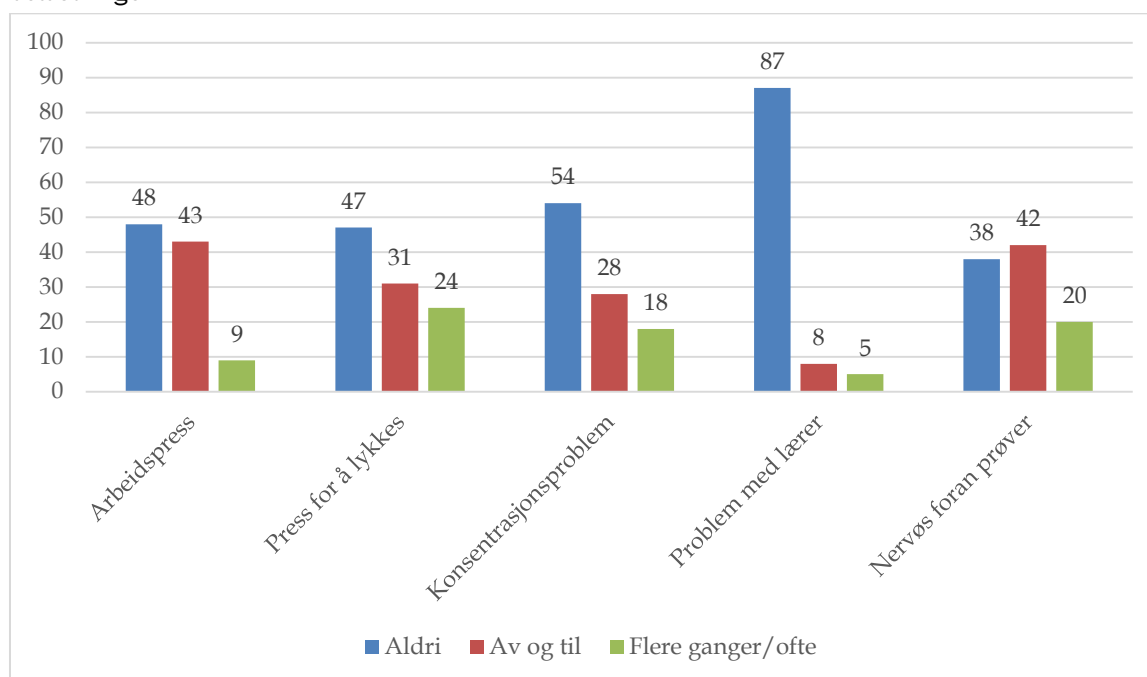
## 5.5. Skoletilhørighet og skolerelatert stress og belastninger

Elevene på Prosjektskolen var svært fornøyd med skolen sin, til sammen 91 % oppga at de var litt fornøyd eller svært fornøyd «med skolen du går på». Det var ikke forskjeller mellom gutter og jenter, mellom sporene, eller i forhold til alder.

### Skolerelaterte belastninger

En del elever opplever stress når det gjelder skolearbeidet (Tabell 5.2.). Tatt i betraktning at undervisningen foregår på et språk de foreløpig ikke mestrer særlig godt, og sammenliknet med andre ungdommer med innvandrerbakgrunn, både ungdom som har kommet som enslige mindreårige asylsøkere, og 1. og 2. generasjon innvandrere, er nivået av skolerelaterte belastninger svært lavt

Figur 5.2. Prosentandel elever som aldri, av og til, mange ganger / ofte opplever 5 ulike skolerelaterte belastninger



På Prosjektskolen var det f.eks. 9 % av elevene som rapporterte at de «flere ganger» eller «ofte» opplevde stort arbeidspress (Tabell 7.2). I en tidligere undersøkelse blant elever med innvandrerbakgrunn i videregående skole i samme aldersgruppe, var det 40 % som oppga at de ofte opplevde stort arbeidspress. Og mens 24 % av ungdommene på Prosjektskolen rapporterte at de opplevde stort press fra familien for å lykkes og gjøre det bra på skolen, var det 36 % av 1. og 2. generasjon innvandrerungdom i den refererte undersøkelsen som rapporterte dette (Oppedal, Seglem, & Jensen, 2009). Figur 5.2 viser videre at 20 % av elevene på Prosjektskolen informerte at de flere ganger eller ofte hadde problemer fordi de var nervøse foran prøver. Selv om prosentandelen er lavere enn i andre studier, er det likevel et betydelig antall av elevene som opplever belastninger knyttet til skolearbeidet. Det var ikke forskjell i nivå av skolerelaterte belastninger mellom spor 1, 2 og 3, og heller ikke forskjeller forbundet med alder. Den eneste belastningen som jentene opplevde signifikant oftere enn guttene, var at de ble oftere nervøse foran prøver [ $X = 1.73$  ( $SD = .80$ ) for guttene og  $X = 2.14$  ( $SD = 1.03$ ) for jentene,  $t(98) = 2.22$ ,  $p < .05$ ].

Opplevelse av belastninger og stress er nært forbundet med hvor mye støtte man opplever fra betydningsfulle personer i omgivelsene (Cohen & Wills, 1985). Vår opplevelse av Prosjektskolen er at hele staben er engasjert i elevene, og at det blir lagt til rette for mye individuell oppfølging. Denne oppfatningen forsterkes av at til sammen 95 % av elevene sier at de aldri eller av og til opplever problemer i forhold til lærere på skolen (Figur 5.2.). Hvis vårt inntrykk stemmer overens med elevenes

opplevelser, kan det være noe av grunnen til at nivået av skolerelaterte belastninger er lavt.

### **Tilhørighet og støtte fra klassekameratene**

Som nevnt i innledningen er sosialt støttende relasjoner til voksne og jevnaldrende en av de viktigste ressursene for positiv psykososial tilpasning og utvikling. Støttende sosiale relasjoner er også avgjørende for innvandreres muligheter til å tilpasse seg og bli integrert i majoritetssamfunnet, og også i forhold til sin egen opprinnelige kulturgruppe (Oppedal & Idsoe, 2015). Elevene på Prosjektskolen rapporterte at de opplevde klassekameratene som svært støttende og at de trivdes meget godt i klassen sin. Dette komplementerer informasjonen fra elevene om at de var svært fornøyd med skolen de går på. Heller ikke når det gjelder støtte fra klassen var det signifikante forskjeller mellom sporene, relaterte til alder, eller mellom gutter og jenter.

Det var svært lite variasjon i svarene fra elevene i alle spørsmålene som omhandlet sosial støtte fra klassekameratene. Bare mellom 3 og 6 % oppga at de var 'helt uenig' eller 'delvis uenig' i spørsmål som «Elevene i klassen er hyggelige mot meg» og «Elevene i klassen hjelper meg med skolearbeidet når jeg trenger det». En viktig indikator på opplevd sosial støtte, er at vi føler at folk liker oss og respekterer oss slik vi er. Også på dette spørsmålet svarte nesten 90 % av elevene at de var delvis eller helt enige.

## **5.6. Oppsummering skole**

Resultatene fra helseundersøkelsen viser at elevene på Prosjektskolen er svært fornøyd med skolen sin, at de relativt sjeldent opplever skolerelaterte belastninger og at de trives i klassen sin og føler at klassekameratene er støttende. Disse positive resultatene er antakeligvis noe av bakgrunnen for at vi finner relativt lavt nivå av depressive plager på Prosjektskolen.

## 6. Diskusjon

Dette er den første forskningsprosjektet som undersøker helse, helseatferd og fritidsaktiviteter blant en gruppe elever i videregående skolealder, med kort botid i Norge, som antas å være en sårbar elevgruppe med tanke på psykososial tilpasning og utvikling. Resultatene tyder på at når læringsmiljøet preges av trygghet, tett oppfølging og god voksenkontakt, så minker risikoen for redusert livskvalitet og psykiske helseplager.

Elevene på Prosjektskolen rapporterer lavere forekomst av depressive symptomer og plager enn det som var forventet på bakgrunn av bekymringsmeldinger om elevene. På et generelt grunnlag kan vi derfor si at resultatene fra HEL-KOBO ikke fullt ut støtter bekymringene som var utgangspunkt for oppdraget, at elevene på Prosjektskolen har høyere risiko for uhelse, psykiske plager og psykososiale tilpasningsproblemer enn annen ungdom. Det kommer frem at elevene trives svært godt på Prosjektskolen, opplever god støtte fra klassen sin, og at mange er opptatt med ulike aktiviteter på fritiden. Basert på elevenes korte botid i landet, stort kulturelt, sosialt og økonomisk mangfold og mange brokete familiesituasjoner, kunne man forventet at elevene var i en mer sårbar situasjon.

Fenomenet kan ses i lyset av «The healthy migrant effect» som beskriver at innvandrere generelt vil være sunnere og sterkere enn andre, siden det hovedsakelig er friske folk som velger å migrere. Dette gjelder særlig dersom årsaken til forflytningen har vært frivillig og er knyttet til utdanning eller arbeid (SSB, 2016). Men denne forklaringsmodellen passer ikke på elevene som deltok i Ung i Oslo, hvor det ikke synes å være systematiske forskjeller mellom elever med kort og lang botid. Det har også vært spekulert i hvorvidt endringen i elevgruppen på Prosjektskolen over de siste årene, fra hovedsakelig elever med fluktbakgrunn til dagens situasjon hvor det også er en stor andel av barn av arbeidsinnvandrere fra EU/EØS og familiegjenforente, kan påvirke resultatene om psykisk helse og psykososial tilpasning i elevgruppen. Tidligere forskning viser imidlertid at det er signifikante variasjoner i psykisk helse mellom ulike flyktninggrupper på samme måte som det er variasjoner mellom barn av arbeidsinnvandrere. Noen grupper har god psykisk helse, andre grupper har mye symptomer på psykiske plager. Forskjellene synes med andre ord ikke å følge dimensjonen flyktning / arbeidsinnvandrer (Oppedal, Roysamb, & Heyerdahl, 2005), men andre kulturelle, sosiale og økonomiske faktorer.

Selv om resultatene fra HEL-KOBO ikke direkte bekrefter bekymringer om at elevene på Prosjektskolen var en høyrisikogruppe i forhold til psykisk helse og psykososial tilpasning, viser resultatene at ca 20 % av elevene sliter i hverdagen sin, både med ulike depressive symptomer og med sterke reaksjoner på tidligere krigs- og

katastroferelaterte opplevelser. Økningen i bruk av helsetjenester i kjølvannet av HEL-KOBO understøtter våre antakelser om at det utover de plagene vi har identifisert, kan ha vært helseproblemer som ikke er blitt avdekket gjennom undersøkelsen, og at forekomsten av psykiske helseplager kan være noe underrapportert. I tillegg til en viss underrapportering må vi spørre oss om elevene på Prosjektskolen har forstått begrepene som ble brukt på samme måte som elevene i Ung i Oslo-undersøkelsen. Vi støtter bekymringene til de ansatte på skolen og fra skolehelsetjenesten når det gjelder at denne elevgruppen har behov for bedre organiserte helsetjenester enn det de tilbys i dag. Fokuset på psykisk helse i løpet av prosjektperioden, informasjon og undervisningen som ble gitt om helsetjenester, og muligheten til å diskutere henvisning til videre oppfølging med forskningsassistentene (som hadde bakgrunn som helsesykepleiere), har antakeligvis satt flere av elevene som trenger det bedre i stand til å håndtere sine egne helseplager ved å søke om profesjonell hjelp. At hjelpen var lett tilgjengelig på skolen, synes å ha vært en viktig faktor i dette bildet.

Vi antar at mange elever opplever det trygge og kompetente læringsmiljøet på Prosjektskolen som «en trygg havn» i det ukjente nye, hvor de møter venner og trygge voksne som de kan stole på (Bowlby, 1977). Som illustrert i Figur 1.4 er støttende nære relasjoner en forutsetning for psykisk helse, og dermed en grunnmur i psykososial tilpasning og integrering i nye sosiale miljøer. Denne trygge og støttende atmosfæren antas å være av stor betydning for elevene, og å bidra til bedre livskvalitet og psykiske helse enn det som elevene i Ung i Oslo har rapportert. Et tankekors er det derfor at flertallet av elevene oppholder seg på Prosjektskolen i cirka ett år, før de sluses videre til nye undervisningstilbud. Dette innebærer nye brutte relasjoner og nødvendiggjør etablering av ny tilhørighet og tilknytning, som kan være anstrengende for mange ungdommer som allerede har mange oppbrudd i historien sin og som sliter med mye psykiske plager. Dette kan øke risikoen for at ungdommene utvikler nye psykiske helseproblemer i en sårbar overgangsfase, eller for at psykiske plager blir vedvarende og kroniske, med de store konsekvensene dette kan ha.

En utfordring som var ett av utgangspunktene for oppdraget HEL-KOBO, er at det er stort frafall fra videregående opplæring blant innvandrerungdom som kommer til Norge etter 12 – 13 årsalder. Resultatene fra HEL-KOBO kan ikke gi noen indikasjoner på hva årsakene til dette er, det ville kreve et helt annet forskningsdesign, der man følger elevene over tid, gjennom ulike faser i akkulturasjons- og tilpasningsprosessen, for å få detaljert og systematisk informasjon om faktorer som påvirker deres psykososiale tilpasnings- og integreringsprosess.

HEL-KOBO har bidratt med en øyeblikks beskrivelse av innvandrerungdom med kort botid i Norge. Resultatene fra prosjektet kan ikke brukes for å trekke konklusjoner om årsaker, eller til å forutsi hvordan det vil gå med elevene i det videre utdanningsforløpet. Det er derfor behov for en undersøkelse som kan følge denne elevgruppen over tid, for å få kunnskap om hvilke faktorer som hemmer og fremmer læring, gode skolerresultater, psykisk helse og tilhørighet til det norske samfunnet.

## **6.1. Anbefalinger**

### ***Styrke skolehelsetjenesten***

Både sykepleier, psykolog og lege på Prosjektskolen opplevde en markant økning i henvendelser fra elever i prosjektperioden, som avdekker et stort behov. Med bakgrunn i resultatene fra HEL-KOBO anbefaler vi derfor en styrking av skolehelsetjenesten på Prosjektskolen. Det bør undersøkes om elever med kort botid på andre skoler bruker helsetjenestene i tilsvarende lite grad som elevene på Prosjektskolen. Et samlet inntrykk etter gjennomføring av prosjektet peker på at skolehelsetjenesten har en sentral rolle i det forebyggende arbeidet rettet mot elevene, og en viktig støtterolle for skolens ansatte. Sammenlignet med andre helsetjenester, viser svarene fra elevene at skolehelsetjenesten brukes i betydelig større grad. Elevene på Prosjektskolen hadde også mer kontakt med helsesykepleier enn ungdommene i Ung i Oslo. Skolehelsetjenesten fungerer også som et bindeledd til det øvrige helsesystemet. Det sistnevnte er en viktig oppgave da elevene bør bruke de ordinære helsetjenestene i større grad, for eksempel fastlegen. Ansatte bør hjelpe ungdommen til å skaffe seg en fastlege som de liker og kan ha et forhold til over tid, også etter at de har sluttet på skolen. For å kunne ivareta elevene på en god måte og yte helsehjelp med kontinuitet bør tjenesten ha en fast bemanning bestående av sykepleier/helsesykepleier og psykolog på heltid.

### ***Kartlegge elevenes helse ved skolestart***

En kort og generell kartlegging av alle nye elevenes helse, inkludert psykisk helse og kjennskap til helsetjenester, bør gjennomføres av ansatte fra skolehelsetjenesten ved skolestart. Kartleggingen bør være en fast rutine ved inntak av nye elever. På denne måten kan man etablere en første kontakt med eleven og informere om tilgjengelighet og tilbud på skolen. En får da en mulighet til å danne seg en oversikt over elever som har helseutfordringer og trenger oppfølging, samt de som bare ønsker informasjon og bistand til å navigere i et komplisert helsesystem.

## **Fritid**

Selv om mange av elevene på Prosjektskolen var involvert i fritidsaktiviteter etter skoletid, var mangel på kunnskap om hvilke tilbud som finnes, og hvordan man kan ta kontakt, en viktig årsak til at elevene ikke var med i organiserte tilbud. Vi anbefaler derfor at det gjøres tilgjengelig en oversikt over tilbudet på flere språk for denne elevgruppen, og at en gjennomgang av denne oversikten integreres i skolens undervisning tidlig i undervisningsåret. Utvalgte frivillige- og fritidsorganisasjoner bør tilknyttes Prosjektskolen, for å informere om tilbud og for å oppmuntre elevene til å ta kontakt. En del flerkulturelle skoler har iverksatt rutiner med mentor-virksomhet for elevene sine. For eksempel kunne en mentor- ordning for elever på Prosjektskolen, før og etter overgang til ordinær videregående skole etter modell fra Glasgow i Skottland, utredes. I Glasgow har kommunen en ordning hvor elever på ungdomstrinnet og i videregående, som selv ønsker det, har sin egen mentor de kan snakke med om livsutfordringer og karriereveier, utover det som tilbys gjennom skolens rådgivningstjeneste.

## **Undervisning i psykisk helse**

I oppdraget fra byrådsavdelingen ligger det en forventning om at undervisning i «Sunn Start – psykisk helse» skal kunne gjennomføres for nye elevkull på Prosjektskolen, og blant andre nyankomne elever. Det er derfor av betydning å få kunnskap om programmet har den tilsiktede effekten, dvs. om elevene får mer kunnskap om psykisk helse og psykiske helsetjenester, om det fører til større åpenhet om psykisk helse og til økt bruk av psykiske helsetjenester, og hvilken rolle et slik program kan i skolens mestrings- og psykisk helsefremmende arbeid. Gjennom HEL-KOBO kom det frem at det er behov for et lavterskeltilbud som kan gi nyankomne elever mer informasjon om psykisk helse og helsetjenester i Norge. Slik undervisning bør gjøres til et fast tilbud i skolens årshjul. Sunn Start har potensiale for å bli et slikt tilbud, og vi anbefaler videre utprøving av undervisningsprogrammet med mer strikt evalueringsdesign for å oppnå dette.

Undervisningen bør gjennomføres av lærere da de er elevens nærmeste voksne person på skolen. Samtidig bør ansatte i skolehelsetjenesten involveres i informasjonsarbeid og i oppfølging av elever i etterkant av undervisningen. Det anbefales å undervise elevene om psykisk helse på vårparten av skoleåret. Når elevene har lært en del norsk på høsten, får de større mulighet til å delta aktivt i undervisningen.

Erfaringene med tolk i undervisningen om psykisk helse viste at en slik undervisning godt lar seg gjennomføre med tolk. Derfor anbefaler vi å bruke tolk som minimum i de nyeste klassene, gjerne i språkgrupper med flere elever. Samtidig erkjenner prosjektet at det ikke er like lett for skolen å organisere undervisningen med tolk da

dette strider med skolens policy om å bruke norsk som undervisningsspråk og uten ekstra midler.

### **Kompetanseheving for ansatte**

Det bør undersøkes om det er behov hos ansatte om mer kompetanse om psykisk helse for ungdom og hvordan undervise om dette. Det bør også undersøkes om det er behov for kursing av ansatte om flere relevante tema for eksempel interkulturell kompetanse og helsekompetanse. Når "Sunn Start – psykisk helse for ungdom" er grundig evaluert og vi har evidens for at undervisningen har den ønskede effekten så anbefaler prosjektet at skolen bør ha 1-2 superbrukere av "Sunn Start – psykisk helse" som kan ha ansvar for kursing av nye ansatte og for oppfriskning av stoffet for de gamle. Sammen med superbrukere kan Helsetaten også tilby opplæring i bruk av undervisningsmateriellet for de som er interessert.

### **Behov for opplæring av foresatte**

Elevene ga uttrykk for at det ville få bedre utbytte av undervisningen om psykisk helse, dersom deres foresatte også hadde deltatt i slik opplæring. Både lærerne på Prosjektskolen og HEL-KOBOs prosjektledelse støtter dette forslaget. Undervisningen kunne integreres i norskopplæringen for innvandrere, i Introduksjonsprogrammet for flyktninger, eller inngå som en del av skole-hjem samarbeidet på ungdommenes skoler. Vi anbefaler en modell der elevene og de foresatte får opplæring parallelt, slik at de kan prate om disse temaene og utveksle erfaringer sammen. Det kan være et viktig tiltak for å fremme psykisk helse og integrering blant elever 16 – 19 år med kort botid i Norge.

### **Behov for mer kunnskap**

For å få kunnskap om årsaker til det høyere frafallet fra skolen blant ungdom i denne elevgruppen, anbefaler vi at det gjennomføres en studie som følger nyankomne elever med ulike undervisningstilbud gjennom hele skoleforløpet. Det bør legges vekt på å få informasjon både om hva som karakteriserer ungdommer som klarer seg godt og fullfører skolegangen, og om de som sliter og bryter ut, og læringsmiljøet deres. Slik kunnskap kan være av stor betydning for å utvikle nye tiltak for å fremme mestring og øke andelen i denne ungdomsgruppen som fullfører skolegangen sin, og hindre at de havner på utsiden av arbeidslivet. Det er god samfunnsøkonomi.

## **Avsluttende kommentar**

Vi har forstått at det er en diskusjon omkring Prosjektskolens videre eksistens og virksomhet. På grunn av lavere ankomster av flyktninger og asylsøkere og strengere krav til innvandrere, har antallet nye ankomster blitt redusert betydelig de siste årene. Skolen har allerede måttet starte en nedbemanningsprosess og flere lærere er blitt overført til andre skoler. En slik nedbemanning betyr en oppsplitting av felles erfaring og synergieffekter av kompetanse, som er større enn summen av enkeltindividene. Hvis denne prosessen fortsetter, bør det vurderes hvordan man kan ivareta den samlede kompetansen som finnes blant de ansatte på Prosjektskolen, på en måte som kommer elever 16 – 19 år med kort botid best til nytte.

Et forslag kan være å opprette et ressursteam med ansatte fra Prosjektskolen som kan ha oppgave å gi råd og veiledning til andre skoler med mottaksklasser i Oslo. Ressursteamet bør også involvere ansatte fra Prosjektskolens skolehelsetjeneste da de innehar unik erfaring med oppfølging av elevenes helse og deres behov for informasjon.

I tillegg har vi forstått at det er en diskusjon om hvorvidt denne organiseringen av undervisning for ungdom med kort botid er bærekraftig. Det oppleves som et stort dilemma om hvorvidt et segregert tilbud, slikt som Prosjektskolen, bidrar til positivt integrering av elevene. Til tross for at skolen deler en felles skolegård med to andre videregående skoler, er det tilnærmet ingen kontakt med elevene på de andre skolene. Overgangen til videre utdanningsløp har vist seg å være utfordrende for elevene fra lignende tilbud (Jama 2019), og møtet med ordinær skolehverdag kan være et sjokk. På den ene siden opplever elevene på Prosjektskolen trygghet og støtte fra lærere og medelevene som kan se ut til å bidra til et positivt start i et nytt land. På den andre siden må elevene etter et år igjen gjennom nye brudd i relasjoner, som de opplever ved overgang til ofte mye større skoler, med mindre kapasitet til oppfølging.

## Begreper

### **Innvandrere – 1. generasjonseinnvandrere**

Personer som fysisk har "vandret inn" til Norge, er født i utlandet av to utenlandsfødte foreldre og fire utenlandsfødte besteforeldre betegnes som innvandrere .

### **Norskfødte med innvandrerforeldre – 2. generasjon innvandrere**

Barn født i Norge av to innvandrere kalles "norskfødte med innvandrerforeldre".

Personer med innvandrerbakgrunn – innvandrerbefolkningen: innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre

**Etnisk norske:** Personer med to norsk-fødte foreldre og fire norskfødte besteforeldre

### **Ungdom med kort botid**

Ungdom mellom 16 til 19 år som har nylig innvandret til Norge og har en botid i landet under 4 år. Omtales i rapporten som minoritetsungdom med kort botid og/eller innvandrerungdom med kort botid

**Arbeidsinnvandrer:** En arbeidsinnvandrer er en person som har lovlig opphold i Norge for å jobbe.

### **Flyktning**

Flyktninger er ifølge FNs flyktningekonvensjon «enhver person som befinner seg utenfor det land han er borger av på grunn av velbegrunnet frykt for å bli forfulgt på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en spesiell sosial gruppe». FNs konvensjon om flyktningenes rettigheter fra 1951 med tillegg av 1967, artikkel 1 A.

### **Asylsøker**

Asylsøker, også kalt asylant, er betegnelsen på en person som søker asyl (beskyttelse). Personen er kun asylsøker inntil søknaden deres er avgjort av UDI.

**Enslig mindreårig asylsøker:** Asylsøker som er under 18 år og som kommer til landet uten følge av formelle foresatte.

### **Familieinnvandring**

Familieinnvandring er en fellesbetegnelse på utenlandske personer som får opphold i Norge fordi de enten har familie som bor lovlig i Norge, eller de er gift med en norsk statsborger. Familieinnvandring blir først og fremst gitt til nære familiemedlemmer som ektefeller, registrerte partnere, samboere i minimum to år og barn under 18 år.

**Akkulturasjon:** utviklings- og tilpasningsprosesser i kulturelt mangfoldige oppvekstmiljøer

Integrering: tilpasningsprosessen som finner sted mellom innvandrere og samfunnet de kommer til. Viktig å se på integreringsprosessene i et utviklingspsykologisk perspektiv, der gjensidige krav og forventninger som stilles, må vurderes ut fra både den utviklingsfase barnet befinner seg i, og stadiet i integreringsprosessen (U-kurven)

### **Mottaksklasse/innføringsklasse**

Et undervisningstilbud til elever i barne- og ungdomsskolen som er i en tidlig innlæringsfase av det norske språket og har behov for tilpasset opplæring gjennom individuelle tilpasninger som nivådifferensiering.

### **Ung i Oslo-2018**

Ung i Oslo er en del av UNGDATA, og gjennomføres som en anonym skolebasert spørreskjemaundersøkelse hvert tredje år av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Oslo Met. I Ung i Oslo 2018 omfattet 25 348 elever fra 8. trinn i ungdomsskolen til Vg3 på videregående på 84 Oslo-skoler. Elevene svarte på undersøkelsen i første kvartal av 2018. Siktemålet er å gi et bredt og oppdatert bilde av hvordan ungdom i Oslo har det og hva de driver med i framtiden. I HEL-KOBO har vi benyttet data fra elever som gikk på videregående skole i 2018.

### **Signifikant verdi**

Når en verdi er signifikant betyr det at den sannsynligvis ikke skyldes tilfeldige variasjoner.

## Referanser

1. Abebe, Dawit Shawel; Lien, Lars; Elstad, Jon Ivar, "Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017, 1-9
2. Alves, D. E., Roysamb, E., Oppedal, B., & Zachrisson, H. D. (2011). Emotional problems in preadolescents in Norway: the role of gender, ethnic minority status, and home- and school-related hassles. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 1-10. doi:10.1186/1753-2000-5-37
3. Andersen, Bror Just, «Elevenes Evaluering av VIP-programmet ved videregående skoler skoleåret 2008-2009», SAB HF/FHI Divisjon for psykisk helse, 2009
4. Ayaanle Daha Gobdoon & Langkaas, "Etniske minoriteter i videregående skole. En studie om frafall i videregående skole blant etniske minoriteter» Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialfag, Mastergradsavhandling i Forebyggende arbeid med barn og unge, 2017
5. Bakken & Hyggen, «Trivsel og utdanningsdriv blant minoritets elever i videregående. Hvordan forstå karakterforskjeller mellom elever med ulik innvandrerbakgrunn?», Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA, Rapport 1/2018
6. Bakken A., "Ung i Oslo 2018", Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) Rapport 6/18
7. Bakken, A. (2018). Ung i Oslo. NOVA-rapport 6:18. Oslo: NOVA.
8. Bakken, A. (2019). Ungdata. Nasjonale resultater 2019. NOVA rapport 9/19. Oslo: NOVA, Oslo Met.
9. Bang-Olsen, Tina, «SUKSESS ELLER FAGLIGE NEDERLAG? En empirisk undersøkelse av minoritetsungdom i videregående skole med kort botid», Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet, 2008
10. Bergsli, Heidi, «Helse og frafall i videregående opplæring. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt» Sosialforsk, Høgskolen i Oslo og Akershus, 2013
11. Berry, J. W. (2006). Stress perspectives on acculturation. In D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 43 - 57). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
12. Biseth og Haug Changezi, «Her har vi masse muligheter!
13. Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity – trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 378-401. doi:doi:10.1111/jcpp.12021

14. Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The Human Capacity to Thrive in the Face of Potential Trauma. *Pediatrics*, 121(2), 369-375.  
doi:10.1542/peds.2007-1648
15. Dagsavisen, <https://www.dagsavisen.no/oslo/oslo-starter-mentorordning-i-skolen-for-a-hjelpe-flere-til-a-fullfore-videregaende-1.1575910>
16. Dahl, Øyvind, "Møter mellom mennesker – interkulturell kommunikasjon", 2003
17. Det kongelige helse- og omsorgs departementet, «Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn», Meld. St. 19, (2018 – 2019)
18. Doak, Doak, Root, "SAM Suitability Assessment of Materials", 1996
19. Elstad, Jon Ivar, m,fl, "Health Care Utilization among Immigrants in Norway", OsloMet 2017
20. ERIKSEN, AABOEN SLETTEN, BAKKEN, VON SOEST , "Stress og press blant ungdom. Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager", Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), Rapport 6/2017
21. Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1342-1396.  
doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0031808
22. Folkehelseinstituttet, «Helse blant innvandrere i Norge. Levekårsundersøkelse blant innvandrere 2016, FHI, 2019
23. Friberg og Bjørnset, «Migrasjon, foreldreskap og sosial kontroll», Fafo-rapport 2019:01
24. Gjerustad, Smedsrud og Federici, «Systematisk arbeid med psykisk helse i skolen: Spredning, bruk og implementering av eksterne skoleprogram», Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) , 2019
25. Helsedirektoratet, «Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente – IS1020, 2019
26. Jama, Hibo, «Nyankomne elever i det norske utdanningssystemet. Overgangen fra innføringstilbud til ordinær undervisning», Masteroppgave i pedagogikk, Kunnskap, utdanning og læring, Instituttet for pedagogikk, Det utdanningsvitenskaplige fakultet, UNIVERSITETET I OSLO, 2018
27. Jareg, Kirsti, «Ungdom med etnisk minoritetsbakgrunn– muligheter og utfordringer. Erfaringer og refleksjoner fra kurset FLEXid», NAKMI – Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, 2009
28. Kunnskapsdepartementet, «Integrering gjennom kunnskap. Regjeringens integreringsstrategi 2019–2022»
29. Kunnskapsdepartementet, «Kartlegging av strukturelle rammebetingelser for opplæring av minoritetsspråklig ungdom med kort botid i Norge, Innspill til tverrdepartemental arbeidsgruppe», 2008
30. Lauglo, Jon, «Unge fra innvandrerfamilier og sosial kapital for utdanning», NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2010
31. Marcussen E., "Frafall i utdanningen for 16-20 åringer i Norden", Tema Nord 2010/517, Nordisk Ministerråd

32. Masten, A. S., & Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. In B. M. Lester, A. Masten, & B. McEwen (Eds.), *Resilience in children* (Vol. 1094, pp. 13-27). New York: Annals of the New York Academy of Sciences.
33. Minja Tea Dzamarija, "DEFINISJONER OG BETEGNELSER I INNVANDRERSTATISTIKKEN, Hva skal «innvandreren» hete?", *Samfunnsspeilet*, 2008/4
34. Motti-Stefanidi, F. (2018). Resilience among immigrant youth: The role of culture, development and acculturation. *Developmental Review*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.04.002>
35. Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(2), 203-211. doi:10.1111/sjop.12194
36. Oppedal, B., & Roysamb, E. (2004). Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(2), 131-144. doi:10.1111/j.1467-9450.2004.00388.x
37. Oppedal, B., Solhaug, A. K., Friborg, O., & Biele, G. (2019). *Mestring i mottak og kommuner. Implementering og evaluering av "Teaching Recovery Techniques" i asylmottak og bosettingskommuner*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
38. Oppland fylkeskommune, «Minoritetsspråklige i videregående opplæring- En oversikt over gjeldende regelverk og muligheter for tilpassing», 2018
39. Oslo kommune, «OSLO KOMMUNES INNSATS KNYTTET TIL MOTTAK AV ASYLSØKERE OG INTEGRERING AV NYANKOMNE FLYKTNINGER», byrådssak 5/17
40. Oslo kommune, Statistikkbanken, <http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/index.jsp?catalog=http%3A%2F%2Fstatistikkbanken.oslo.kommune.no%3A80%2Fobj%2FfCatalog%2FCatalog51&submode=catalog&mode=documentation&top=yes>
41. Pilaipon Kristoffersen, «Hvilke faktorer påvirker integrering av thailandske elever i møte med det norske samfunnet?», VID vitenskapelige høyskole, Stavanger, Masteroppgave, 2018
42. Reneflot, Aarø, Aase, Reichborn-Kjennerud, Tambs, Øverland, "Psykisk helse i Norge" Folkehelseinstituttet, Område for psykisk og fysisk helse, Januar 2018
43. Sandnes, Toril, "Innvandrere i Norge 2017", Statistiske analyser 155, SSB, 2017
44. Schwartz, S. J., Unger, J. B., Zamboanga, B. L., & Szapocznik, J. (2010). Rethinking the concept of acculturation: Implications for theory and research. *American Psychologist*, 65(4), 237-251. doi:10.1037/a0019330
45. «Sluttrapport. Likeverdig opplæring i praksis! Veien videre», Nasjonalt senter for flerkulturell opplæring, 2009
46. «Ungdom med kort botid i Norge. Sluttrapport fra prosjektene i Telemark», Nasjonalt Senter for Flerspråklig Opplæring og i samarbeid med Høgskolen i Telemark, 2015

47. Sletten og Bakken, «Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer. En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA, Notat 4/2016
48. Smette og Grønli Rosten, «Et iaktatt foreldreskap. Om å være foreldre og minoritet i Norge», Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA, Rapport 3/2019
49. SSB, <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/darligere-levekar-men-likevel-hoy-tillit-og-sterk-tilhorighet>
50. Strand og Takvam Kindt, »Unge i utsatte boområder – en kunnskapsoversikt. Delrapport», Fafo-notat 2019:24
51. Størksen, Eli, «Et lærerperspektiv på asylsøkerbarns møte med skolen. Med utgangspunkt i mottaksklasser» Masteroppgave i spesialpedagogikk ved Det utdanningsvitenskapelige fakultet, Institutt for spesialpedagogikk, UNIVERSITETET I OSLO, 2010
52. Torgersen, Leila «Betydningen av innvandrerbakgrunn for psykiske vansker blant ungdom», Dr.psychol-avhandling, Psykologisk institutt, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo, 2005
53. Utdanningsdirektoratet, «Innføringstilbud til nyankomne minoritetsspråklige elever», Veileder, 2012
54. Utdanningsetaten. (2014). Elever med annet morsmål enn norsk og samisk i grunnskolen. Skoleåret 2013-2014. Retrieved from <http://www.utdanningsetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/utdanningsetaten%20%28UDE%29/Internett%20%28UDE%29/Tall%20og%20fakta/Minoritetspr%C3%A5klige%20elever%202013-2014%281%29.pdf>
55. VOX – Nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk, «Læreplan i norsk og samfunnskunnskap for voksne innvandrere», 2012
56. Warsame Ali og Ela Czapka, «Friluftsliv og innvandrere. En undersøkelse av holdninger og erfaringer blant innvandrerfamilier i Oslo», Nasjonal Kompetanseenhet for migrasjons- og minoritetshelse samarbeid med Norsk friluftsliv, NAKMI-rapport nr.1 2016

Mer detaljert informasjon om de statistiske analysene i kapittel 4 kan fås ved henvendelse til Brit Oppedal ved Folkehelseinstituttet.