

VID VITENSKAPELIGE HØGSKOLE, MISJONSHØGSKOLEN

ASYLBARNNS PSYKISKE HELSE: HVORDAN BLIR ASYLBARN MED
BEHOV FOR PSYKISK HELSEHJELP IVARETATT AV DET
OFFENTLIGE, MED HOVEDFOKUS PÅ HELSEVESENET?

EN TILNÆRMING MED PERSPEKTIVER FRA SOSIALANTROPOLOGI,
MEDISINSK ANTROPOLOGI OG TRANSKULTURELL PSYKIATRI

MASTEROPPGAVE I GLOBALE STUDIER

MGS-320

av

MARGRETHE BERG HEGGEBØ

STAVANGER

MAI 2016

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	VI
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave	1
1.2 Presentasjon, avgrensning og problemstilling.....	2
1.3 Definisjon av sentrale begreper	3
1.3.1 Fagdisipliner.....	3
1.3.2 Asylbarn	4
1.3.3 Kulturbegrepet og psykisk sykdom	4
1.4 Tidligere forskning	5
1.5 Forskningens relevans	7
1.6 Kontekstbeskrivelse om asylbarns situasjon og mål med dette bidraget	8
2 Metode.....	10
2.1 Valg av metode og valg av informanter	10
2.2 Utvalgskriterier.....	11
2.3 Rekruttering og tilgang til informantene	12
2.4 Intervjusituasjonene.....	12
2.5 Bearbeiding av datamateriale og studiets gyldighet.....	13
2.6 Ethiske refleksjoner	15
3 Teorikapittel	18
3.1 Hva er asylbarn utsatt for og hvordan påvirker dette deres psykiske helse.....	18
3.1.1 Migrasjonsstress og psykisk helse.....	18
3.1.2 Migrasjonsfaser	19
3.2 Kultur som tilnærming	20
3.2.1 Kulturkompetanse	20
3.2.2 Kulturell forståelse av sykdom, helse og behandling.....	21

3.3	Rettigheter, muligheter og begrensninger.....	25
4	Nært på barna	28
4.1	Hvordan har barna det? Symptomer og sykdomsbilde.....	28
4.2	Historien; hva har barna opplevd?.....	30
4.3	Livet som asylsøker; hva opplever barna her og nå?	30
4.3.1	Miljøet på mottak	31
4.3.2	Ventetiden påvirker	31
4.3.3	Barns hensyn i asylsakene	34
4.4	Å leve med traumatiserte foreldre	35
4.5	Møte med nytt samfunn; barrierer til helsevesenet	36
4.5.1	Barrierer ved å søke hjelp og å bli forstått	37
4.5.2	Utfordringer ved å følge opp asylbarn med behov for psykisk helsetilbud innen psykiatri.....	37
4.6	Når hjelpen når fram.....	38
4.7	Rett til helsehjelp.....	39
4.8	Behov for helsehjelp og behov for metodeutvikling	41
4.9	Kompetanse	43
4.10	Kulturelt aspekt ved helse, sykdom og behandling	45
4.11	Å bygge allianse og trygghet.....	47
4.12	Hva rører seg hos de ansatte?	50
5	Analyse.....	52
5.1	Migrasjonsstress og mangel på kontroll over egne livsbetingelser	52
5.2	Kulturkompetanse.....	57
5.2.1	Kulturkompetanse; Sensitivitet overfor pasientenes kultur.....	57
5.2.2	Kulturkompetanse; tilgang og kvalitet ved helsetjenester.....	64
5.3	Rett til helsehjelp i praksis	67
5.3.1	Foreldrenes manglende rett til helsehjelp, påvirker barna.....	68

5.3.2	Rettssikkerhet knyttet til asylsaken	71
5.3.3	Makt og ulikhet	73
6	Konklusjon	76
7	Referanseliste	80

”Mot til å se, evne til å handle.”

Aina Basilier Vaage, barnepsykiater med doktoravhandling om flyktningbarn.

FORORD

Oppgaven hadde ikke blitt som den er uten viktige støttespillere. Jeg vil takke min veileder ved Misjonshøgskolen, Marianne Skjortnes for god og tydelig veiledning. Hun har med sin faglige dyktighet i kulturfag og forskning lært meg mye både i undervisning og veiledning. Misjonshøgskolen som utdanningsinstitusjon fortjener takk for stor innsats for sine studenter på mange plan og for god og dyptgående undervisning. Fagene jeg har tatt der, og det jeg har fått med meg derfra har virkelig bidratt til mer enn økt kunnskap. Det har også lært meg noe om forståelse av verden og hvordan ens refleksjoner må ta mange perspektiver i betraktning for stadig å øke sin forståelse.

For å få tid til en god fordypning i studiene samtidig med familieliv har jeg fått god hjelp av min mann og min mor. Takk til mor, Marit Berg, for en fantastisk støtte med barnepass der vårt barn har fått være trygg i de beste hender. Takk til min gode ektemann Lars Kristian Heggebø for middager, oppmuntringer, pappatid med de små, og for god støtte. Han har også vært en god støtte innen teknisk assistanse og samtalepartner innen akademia og metode.

Jeg har også lyst å takke informantene for all den innsikt i feltet de har gitt meg. Takk for all tid ved intervjuene og all den interesse informantene viste for oppgaven.

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Bakgrunnen for valg av oppgave er hva jeg har sett av utfordringer og av vellykket arbeid tilknyttet fysisk og psykisk helse i arbeid i Norge og i noen afrikanske land jeg har vært i. Fra ung alder var jeg opptatt av forskjellige utfordringer og livsbetingelser mennesker levde under, globalt sett. Jeg fikk anledning til å bidra på flere reiser i frivillig korttidsarbeid, type bistandsrettede arbeider blant fattige, syke og utstøtte i land som Kongo, Etiopia og Gambia. I mye av dette arbeidet var barns situasjon i fokus. I arbeid ved kvinneklinikk og barneavdeling ved norske sykehus har jeg også fått møtt på mange flotte mennesker med andre kulturelle erfaringer enn min egen, noe som har hjulpet meg å få innsikt i sykdom og helse i en global kontekst. På nyfødtavdeling i Norge fikk jeg mange fine møter med mennesker som var glade i de nyfødte barna sine. Familieroller og oppfattelse av hva som var en god sykdomsforståelse og behandling kunne variere fra de norske helsearbeidernes forståelse. Likevel, med interesse for de familiene en stod overfor kunne en lære mye av det underliggende som gjorde at en forstod at de ville sine barns beste, tross ulik tro og praksis. På en reise til et bistandsarbeid i Kongo fikk jeg møte barn rammet av krig. Da var dette området det stedet i verden som FN hadde erklært som det farligste stedet for barn å bo i. Der møtte jeg barn som var foreldreløse, lemlestet av soldater, hadde flyktet for livet, barn og kvinner som var seksuelt misbrukt av soldater. Noen av dem var utstøtt fra samfunnet og fattige uten egne midler til å klare å betale hverken livsopphold eller behandling av sykdom og skade de hadde som ofre for krig. Jeg fikk stadig mer innsyn i at denne verden ikke ser lik ut for alle kulturelt sett, men heller ikke med tanke på rettferdighet. Det er en ulikhet som ikke alltid lar seg pynte på når en skal fortelle om menneskers liv og historie slik det faktisk er. Før mitt opphold i Kongo, hadde jeg lest mye fra universitetsbibliotekets utvalg av litteratur om barn og traumer fra krig, barn og sorg, det å miste sine foreldre og det å leve med syke foreldre. Senere tok jeg fag som fattigdom og utvikling, helse og utvikling, menneskerettigheter og utvikling, i tillegg til fag som ga innsikt i kultur og kommunikasjon. Min bacheloroppgave handlet om betydningen av at bistandsaktører arbeider for å ivareta barns psykiske helse. I arbeidet med denne masteren i globale studier fikk jeg en vekket interesse for å se på hva som skjer med barn som har opplevd krig og andre traumatiske forhold, etter at de har ankommet mine egne landegrenser. Hvordan ivaretar vi disse barnas psykiske helse når de lever og oppholder seg i vårt land? Jeg

hadde lært betydningen av, og sett på flere organisasjoners innsats for å ivareta barns psykiske helse i bistandsarbeidet. Hvilken innsats blir lagt ned for å ivareta barna som kommer hit til Norge, og hvordan ivaretas de i det offentlige helsevesenet spesielt? Etter at feltarbeidet var gjennomført var jeg ansatt i en sykepleierstilling med ansvar for helsefaglig oppfølging av voksne asylanter med uttalte helseproblemer, mest innenfor psykisk helse. Mye av arbeidet gjaldt oppfølging og kommunikasjon med helsevesenet som asylantene var tilknyttet, der de selv hadde vansker for å følge opp på grunn av et ukjent helse- og omsorgssystem, ukjent språk og kultur. Noen fikk ikke tilgang til helsetjenester innen psykiatri, andre ventet i lange køer mens deres helsetilstand var kritisk. I mellomtiden hadde jeg ansvar for oppfølging med støttesamtaler spesielt hos dem hvis psykisk helsetilstand var svært dårlig eller kritisk. Mange slet med konsentrasjonsvansker, mareritt og søvnevansker og var urolige som ettervirkninger av traumatiske hendelser fra hjemlandet. Mange fryktet for livet og helsen til gjenværende familie i hjemlandet, og flere slet med selvmordstanker. Dette arbeidet bidro til mer innsikt i situasjonen til asyløkere og innsikt i hvordan helsetjenester for asyløkere kan være i praksis.

1.2 Presentasjon, avgrensning og problemstilling

Tema for denne masteroppgaven er hvordan asylbarn som har behov for psykisk helsehjelp ivaretas av det offentlige, med hovedfokus på helsevesenet. Det er et omfattende tema og det har derfor vært nødvendig å avgrense både i dybde og bredde. En viktig avgrensning er at alle kilder i feltstudiet, som er en del av dette prosjektet, er fra informanter som jobber med asylbarn og deres familier. Det er avgrenset til å være ansatte som møter barna og familiene deres gjennom helsevesenet, barnevernet, kompetansesentre innen asyl- og flyktninghelse samt i barnehage og skole som har spesielt omsorgsansvar for asylbarn. Oppgaven er hovedsakelig rettet mot barnas psykiske helse og det har vært ønskelig å konsentrere forskningen rundt helsevesenet. Øvrige offentlige sektorer har imidlertid vist seg å ha stor betydning for hvordan asylbarn med behov for psykisk helsehjelp ivaretas av det offentlige. Det er derfor tatt med noe om offentlig sektor for å gi en mer helhetlig besvarelse. Det har ikke vært mulig å være innom alle offentlige sektorer av hensyn til plass i oppgaven. Jeg har tatt med det som har virket mest påtrengende for asylbarn med behov for psykisk helsehjelp, ut fra de funn jeg har gjort i mine feltstudier, sett opp mot tidligere forskning og litteratur. Oppgaven er en besvarelse basert på en sosialantropologisk tilnærming med anvendelse av medisinsk antropologi og med perspektiver fra transkulturell psykiatri. Hovedfokuset er lagt på asylbarn som har behov for psykisk helsehjelp. Fokus på å forstå og imøtekomme historie,

bakgrunn og kulturelle forskjeller på en adekvat måte er vektlagt i besvarelsen. Jeg har forsøkt å la besvarelsen vise til et mikronivå, der det vises til pasient- og helsearbeider eksempelvis. På et makronivå er eksempelvis tema rundt lovgivning og rettigheter i praksis belyst. Perspektiver som rommer både mikro og makronivå bidrar til dypere innsikt i hvordan asylbarn med behov for psykisk helsehjelp blir ivaretatt av det offentlige med hovedfokus på helsevesenet. Oppgaven er ment å være et bidrag til innsikt i hva som har vært med på å fremme asylbarns psykiske helse, samt å se på utfordringer helsevesenet og det offentlige måtte ha med å ivareta asylbarn med behov for psykisk helsehjelp. Problemstillingen er: hvordan blir asylbarn med behov for psykisk helsehjelp ivaretatt av det offentlige med hovedfokus på helsevesenet? Jeg ønsker å gi et bidrag til svar på dette i denne studien.

1.3 Definisjon av sentrale begreper

Begreper vil hovedsakelig presenteres der de brukes i oppgaven, men jeg vil presentere noen av begrepene på forhånd.

1.3.1 Fagdisipliner

Sosialantropologi er et fag innen samfunnsvitenskapen som studerer de sosiale og kulturelle sidene ved menneskelige samfunn. Sentralt i antropologien står begrepene samfunn, kultur og symboler. Til forskjell fra for eksempel sosiologi baserer faget seg i stor grad på kvalitativ metode, feltarbeid, deltakende observasjon og etnisk perspektiv. (Wikipedia 2015b)

Medisinsk antropologi er «...en underretning av sosialantropologi som studerer sosiale prosesser og kulturelle forestillinger om og representasjoner av helse og sykdom, og praksiser for å kurere sykdom.» (SNL 2014). Jeg har også anvendt transkulturell psykiatri.

Transkulturell psykiatri, ..., er den delen av psykiatrien som konsentrerer seg om de kulturelle og etniske faktorer ved mentale lidelser og psykiatrisk helsetjeneste... Mulighetene ved å ta det kulturelle perspektiv inn i psykiatrien ligger først og fremst i å få påvist ubevisste antakelser – og begrensninger for overførbarhet av gjeldende psykiatrisk teori og praksis til mennesker som tilhører andre kulturelle grupper enn dem man tradisjonelt har arbeidet med. Dessuten er det av vesentlig betydning for utvikling av nye tilnærminger for behandling av stadig mer heterogene befolkningsgrupper verden over at man er seg det kulturelle aspekt bevisst.

En av innvendingene mot psykiatri er at mange av de diagnoser og lidelser den befatter seg med er kulturbetingede sosiale konstruksjoner. Diagnostiske kriterier, mestringsstrategier og sosial struktur er alle faktorer som spiller betydelig inn som grunnlag for å igangsette psykiatrisk behandling – derfor er det vesentlig at disse ses i lys av kulturelle betingelser. Det som kan være et symptom på en psykisk lidelse i en kultur trenger ikke nødvendigvis være det i en annen kultur. (Wikipedia 2015c)

1.3.2 Asylbarn

I denne oppgaven defineres asylbarn til barn 0- 18 år, nåværende eller avviste asylsøkere som oppholder seg i norske mottak, med eller uten følge av foreldrene. Begrepene asylsøkerbarn og asylbarn brukes ofte om hverandre i samfunnet vårt. Mitt inntrykk er at vi oftest bruker begrepet asylbarn. I denne oppgaven brukes asylbarn om barn som er asylsøkere. Enslige mindreårige (EM) nevnes spesielt dersom det gjelder asylbarn som kommer uten foreldrene. Muligheten til å søke asyl i et annet land er en menneskerettighet. Definisjon på en asylsøker er:

En asylsøker er en person som ankommer et annet land uten på forhånd å være anerkjent som flyktning og søker politisk asyl. Bakgrunnen for søknaden om asyl begrunnes oftest i politiske, etniske og religiøse årsaker. Dersom søknaden innvilges i mottakerlandet, får personen en av flere former for oppholdstillatelse, og unntaksvis politisk asyl. En vanlig form er oppholdstillatelse av humanitære årsaker, vedkommende har da ikke fylt kravene til asyl. Personer med slik tillatelse kan også tilstå arbeidstillatelse. Humanitærtillatelser gis gjerne i tilknytning til krig eller krigslignende tilstander på hjemstedet, og kan trekkes tilbake når situasjonen er bedret. Personer som har en velgrunnet frykt for forfølgelse har, ifølge Flyktningkonvensjonen av 1951, krav på status som flyktning (eller asyl), og kan ikke returneres til opprinnelseslandet mot sin vilje. Internasjonalt er det FNs flyktningekommissær som overvåker flyktnings rettigheter. (Wikipedia 2016).

1.3.3 Kulturbegrepet og psykisk sykdom

Rett til helse er en grunnleggende menneskelig rettighet og står i FNs Menneskerettigheter fra 1948. Artikkel 25 inneholder rett til helse, velbefinnende og helsetjenester. Videre vises til retten til best mulig psykisk og fysisk helse. Dette betyr at helse er en menneskerett for alle uavhengig av sosial status eller nasjonal tilhørighet (Bäärnhielm 2014: 43).

Kulturbegrepet brukes i forhold til psykisk sykdom, helse og omsorg. Det handler om å forstå pasientens måte å beskrive sine psykiske problemer for å kunne stille rett diagnose, og det anvendes for å forstå pasientenes forventninger om hjelp og behandling. Ut fra kultur og tradisjoner kan mennesker ha ulike oppfatninger av hva som er friskt og hva som er sykt.

Jeg har valgt å bruke det dynamiske kulturbegrepet. Hylland Eriksen, en norsk anerkjent professor i sosialantropologi og forfatter definerer det slik: ”Kultur er det omskiftelige meningsfellesskapet som gang på gang etableres og forandres når mennesker gjør noe sammen” (Eriksen 1998: 25). Dahl og Befring sier i sin omtale av det dynamiske kulturbegrepet at forskere som bruker det er stort sett enige om følgende:

Kulturer er ikke lukkede, ensartede (homogene) enheter. Kulturene kan ikke avgrenses til et geografisk sted. Kultur er ikke noe man har, men noe man gjør. Kultur er noe som skapes mellom menneskene når de kommuniserer med hverandre. Derfor er den alltid i forandring. Kulturer er arenaer hvor konkurrerende oppfatninger møtes og strides. Menneskenes handlinger og oppførsel kan ikke forutsies nøyaktig. En må undersøke konkret hvilke elementer menneskene gjør gjeldende i en gitt situasjon. (Dahl og Befring (ukjent år))

Den amerikanske antropologen og psykiateren Arthur Kleinman (Kleinman 1980), som er en av de mest kjente teoretikerne innen medisinsk antropologi og videre innen forgreningen transkulturell psykiatri, anvender også en dynamisk forståelse av kultur. Kleinman er preget av den velkjente amerikanske antropologen Clifford Geertz som også ser på kultur som dynamisk og meningsskapende (Bäärnhielm 2014). Kleinman (1980 i Bäärnhielm 2014) beskriver to sentrale aspekter i medisinsk antropologi der han bruker de engelske begrepene ”disease” og ”illness”. Disease omhandler sykdom som fysiologisk, biologisk eller psykologisk feil. Det handler mer objektivt om skader eller forandringer. Illness derimot, omhandler mer subjektive opplevelser av sykdom og meningsaspektet i dette. Det omhandler også hvordan de sosiale omgivelsene reagerer på personenes nedsatte funksjonsnivå. Kleinman mener illness formes av biologiske faktorer, samt sosiale vilkår (Lewis-Fermàndez og Kleinman, 1995 i Bäärnhielm 2014). Vi har ingen gode begreper i vårt språk for å oversette disease og illness direkte til norsk. Oppgaven har størst fokus på illness som her knyttes til det kulturelle aspekt. Dette vil bli beskrevet underveis med hjelp av teorier.

1.4 Tidligere forskning

Bäärnhielm (2014) sier at migrasjonsforskning har vist at ulikheten i helsetilstand mellom migranter og den innfødte befolkningen i Europa har økt (Mladovsky et.al. 2013 i Bäärnhielm 2014). Vi vet derimot for lite om asylsøkere og papirløse, sier Bäärnhielm. Kunnskapen om den psykiske helsen til migranter i Europa er utilstrekkelig og asylsøkere og papirløse har ofte falt utenfor den offentlige omsorg (Lindert et.al. 2008 i Bäärnhielm 2014).

På World Congress of Transcultural Psychiatry, London 2012, fikk jeg med meg presentasjoner av forskning og møtte fagmiljøer fra forskningsinstitusjoner som studerer forskjellige forhold rundt asylbarn, deres livssituasjon og psykiske helse. Det blir likevel uttrykt av flere som jobber innen feltet at det er stor mangel på forskning. Vitus og Nielsen(2011: 19) skriver at det finnes kun begrenset internasjonal forskning vedrørende asylbarn.

I nyere forskning om asylbarns livssituasjon og psykiske helse er det mye fokus på det psykososiale. Det er fokus på hvordan en kan fremme god psykisk helse hos asylbarna blant annet gjennom arbeidet på mottakene, på skolene og i barnehagene. Jeg støtter meg til betydningen av dette og det kommer til uttrykk for eksempel gjennom valg av informanter, der også personell fra barnehage og skole som har ansvar for asylbarn er representert. Likevel har jeg hovedfokus på helsevesenet og deres psykiatrifaglige oppfølging av asylbarn. Som det kommer fram i mine funn er noen ved så dårlig psykisk helse at de sliter med å fungere i det daglige. Oppfølging fra helsevesenet er da av avgjørende betydning for at også psykososiale tiltak eksempelvis i skolen skal være mer effektive. Jeg oppfatter også at det er viktig med en god balanse av samfunnsforskning og psykiatrifaglig innsikt. Noe samfunnsfaglig forskning som er gjort på feltet synes for meg å ha ivaretatt for lite av psykiatrifaglig innsikt, spesielt i forhold til valg av informanter. Forskning som studerer asylbarns psykiske helse og bruker kun ledere på mottak som informanter, synes for meg kritikkverdig å miste noe innsikt i virkelige og underliggende forhold rundt asylbarns psykiske helse. Mine funn underbygger samfunnsfaglig forskning som har brukt psykologer og psykiatere i forskningsprosjektene, og teoretikere der overvekten har både kulturfaglig og psykiatrifaglig bakgrunn og tilnærming. Dette synes for meg å gi en bedre tyngde, vise til mer underliggende og faktiske forhold vedrørende asylbarns psykiske helse og videre hvordan asylbarn med behov for psykisk helsehjelp blir ivaretatt av det offentlige med hovedfokus på helsevesenet.

Av nye og aktuell forskning jeg har funnet på feltet er et forskningsoppdrag som er utført av Senter for Interkulturell kommunikasjon (SIK (2014)). Norske myndigheter har blitt anbefalt av FNs Barnekomite om å foreta en grundig vurdering av tiltak vedrørende rehabiliteringstilbud og sosial reintegrering som gis til asylsøkende barn som har vært offer for, deltatt i eller vært vitne til krigshandlinger eller andre overgrep. Dette er bakgrunn for prosjektet og SIK har i denne anledning fått i oppdrag fra UDI og Helsedirektoratet å gjennomføre en kartlegging. Kartleggingen skal gi en oversikt over hvilke tilbud denne gruppen får i andre utvalgte europeiske land. Oppdraget skal videre resultere i konkrete

anbefalinger til norske helse- og utlendingsmyndigheter om hvilke tilbud som bør implementeres i Norge, skriver SIK. UDI opplyser videre om dette tema, som også vedrører flere av barna som feltstudiet mitt omfatter:

Barnekonvensjonen forplikter Norge til å iverksette hensiktsmessige tiltak for å sikre rehabilitering og sosial reintegrering av asylsøkende barn som har vært offer for, deltatt i eller vært vitne til krigshandlinger eller andre overgrep. Norske myndigheter mangler i dag tilbud om rehabilitering og sosial reintegrering til disse barna. Asylsøkende barn rammet av krigshandlinger blir heller ikke systematisk identifisert.” (UDI 2015)

Forskningen fra SIK viser til funn om behov for kulturelt adekvat helsehjelp, og at en transkulturell sensitiv terapeutisk helsehjelp må gis til disse barna eller deres foreldre, som er traumatiserte eller lider av andre typer mentale helseproblemer relatert til erfaringer med krig (UDI 2015). Dette samsvarer med både hva oppgaven min handler om og funn fra feltstudien, som vil bli presentert senere.

Av tidligere forskning har jeg ikke funnet noe som er gjort i det geografiske området jeg har hatt de fleste informanter fra. Der er det opprettet et bredt tverrfaglig samarbeid på tvers av instanser, som tiltak blant annet for å øke tilgang til helsehjelp for asylbarn med behov for psykisk helsehjelp. Dette prosjektet anses for spesielt i henhold til fagutvikling og som tiltak for tilgang til helsetjenester, og skal være av det eneste på landsbasis. Samarbeid er generelt en faktor som er fokusert på i en del nyere forskning på området.

1.5 Forskningens relevans

Globalisering og økt migrasjon har ført til behov for ny kunnskap om kultur og globale forhold. I vår tid er en stor mengde mennesker på flukt i og utenfor sin nasjonalstats grenser. FN oppfordrer stadig land til å bidra i krisen med den store mengden flyktninger. Det er en menneskerett å søke asyl. Da jeg valgte tema, begynte forarbeid og samlet inn data, var asylbarnas sak mye diskutert i det offentlige rom. Da var fokuset ofte på de enslige mindreårige. Den tids barneminister Audun Lysbakken mottok sterk kritikk fra Menneskerettighetsrådet for en uholdbar behandling av enslige mindreårige asylbarn i Norge. De siste årene har asylbarna i økt grad blitt satt på dagsorden i media og politikk. Politikere, lærere, klassekamerater, helsepersonell med flere har stått fram med hva de har sett av asylbarnas situasjon, om deres avslag på asyl, tilknytning i skolemiljøet, om hvilke forhold de bor under på mottak eller i dårlig stilte husstander ved desentralisering av mottak. De mest

omtalte sakene i det offentlige rom har i det siste vært saker som tilknytning og lengeværende asylbarn som ikke får opphold og blir returnert til et land de ikke kjenner. Og så kom den store flyktingestrømmen med stor mediedekning om båtflyktingene over Middelhavet. En forsker må være bevisst sin påvirkning fra samfunnsdiskurser og påvirkning fra media, og særlig når saker blir så ”brennbare” som vi har sett i de siste år om utsendelse av lengeværende asylbarn med tilknytning, der saken har vært av høy relevans for politikernes diskusjoner og til og med spørsmål om allianser parti imellom. Også flyktingestrømmen fra Syria og generelt båtflyktingene over Middelhavet har ført til en opphetet diskusjon i det politiske rom og samfunnsdebatt. Mitt feltarbeid var utført og mye av oppgaven har vært utviklet før disse sistnevnte sakene ble så aktuelle i samfunnsdebatten som vi har sett i det siste. Oppgaven er ikke ment som et svar på en politisk debatt, men som en søken etter kunnskap om asylbarnas psykiske helsetilstand, om hvordan asylbarn med behov for psykisk helsehjelp blir ivaretatt av det offentlige med hovedfokus på helsevesenet.

1.6 Kontekstbeskrivelse om asylbarns situasjon og mål med dette bidraget

En tekst fra Barnelegeforeningen gir en god kortfattet kontekstbeskrivelse om asylbarns situasjon i Norge, og teksten formidler mye av det denne oppgaven handler om:

Asylbarna utsettes daglig for store belastninger, både fysisk og psykisk helseskade, stress, sult og vold. De har ikke anledning til å velge sin livssituasjon og påvirke sine muligheter og vi barneleger har et spesielt ansvar for å hjelpe dem til god helse, bli sett og gi nødvendig beskyttelse. Det finnes ingen eksakte tall på hvor mange papirløse som bor i Norge i dag, men Statistisk Sentralbyrå har estimert at det er ca. 18 000 uregistrerte personer her. I tillegg til dette kommer de som aldri har søkt asyl og de barn som blir født i Norge med papirløse foreldre. Det er mange veier til Norge uten oppholdstillatelse; blant annet familiegjennforening, FN flyktinger, politisk asyl, og via menneskesmugling. Det bor mange barn blant asylsøkere, og noen er enslige mindreårige ungdommer. Ifølge barnekonvensjonen og norsk lov, har alle barn og ungdommer, uavhengig av asylstatus, de samme rettigheter til helsehjelp som norske barn (Norsk Barnelegeforening 2012).

Redaktøren skrev at målet med dette nummeret av barnelegeforeningens tidsskrift, Paidos, var å bidra til å øke kunnskapen hos norske barneleger om asylbarna i Norge og å vise omverdenen at Norsk Barnelegeforening engasjerer seg i disse barnas situasjon.

Barnelegeforeningen fattet stor interesse for asylbarna, og tema jeg har vært opptatt av og skrevet om problematiseres også hos dem. Noe av målet med denne oppgaven er å øke innsikt

og kunnskap om asylbarnas psykiske helse og livssituasjon, belyse deres muligheter og se på om de i praksis har samme rettigheter til helsehjelp som norske barn har, med grunnfeste i norsk lov og barnekonvensjonen. Jeg har forsøkt å gi innsikt på områder der jeg har funnet risiko for at lovverk ikke utføres i praksis, der tilgangen til helsetjenester synes redusert i praksis og der asylbarns psykiske helse synes å være i risiko for å ikke ivaretas tilstrekkelig. Videre har det vært av interesse å se på det hele med et kulturfaglig perspektiv til bruk i analysen. For hvordan kan behandling og deres helsetilbud fungere uten sensitivitet for kulturen til de menneskene man møter i sin praksis?

2 METODE

2.1 Valg av metode og valg av informanter

Jeg har i tråd med mye samfunnsforskning i vår tid anvendt kvalitativ metode som er: «en metode for generering av kunnskap hvor man undersøker hvilken mening hendelser og erfaringer har for de som opplever dem, og hvordan de kan fortolkes eller forstås også av andre.» (Wikipedia 2015a) De vanlige verktøy for innsamling av data i kvalitativ metode er deltagende observasjon, tekstanalyse og ustrukturerte intervjuer (Hammersley og Atkinson 2004). Det empiriske datamaterialet mitt består av ti kvalitative intervjuer av ansatte som arbeider med asylbarn i alt fra helseinstitusjoner for asylsøkere og psykiatriske helseinstitusjoner, til barnehage, skole, barnevern og kompetansesentre relatert til asylsøkeres og flyktningers helse. Noen av dem har også oppdrag som sakkyndig i asylsaker, og i barnevernssaker som angår asylsøkere. Mitt eget arbeid som sykepleier på forsterket avdeling ved et asylmottak ga meg også mye innsikt i asylsøkeres psykiske helse, historie og etterreaksjoner på traumatiske hendelser, samt asylsøkeres tilgang og møte med helsevesenet. I tillegg har jeg kommet i gode samtaler med asylsøkere i situasjoner som på bussen og på kafé, der de har vært åpne og gitt meg innsikt i sin livssituasjon. Støttesamtaler i jobbsammenheng og sistnevnte type samtaler er ikke brukt i feltstudien direkte, men dette har vært med på å øke innsikt, og det har vært med å fylle ut noe av det bildet ansatte ga meg i intervjuene. Det at jeg selv har fulgt asylsøkere i samtaler med psykiater, hatt støttesamtaler imens de stod i kø til psykisk helsetjeneste eller om de ikke fikk tilgang til helsetjenester innen psykiatrien, har vært med å gi et bakgrunnsbilde for det jeg her studerer.

Kvalitativ metode har vært en styrke i denne studien. Med denne metoden har jeg kunnet finne en del av det mer underliggende ved problemstillingen om hvordan asylbarn med behov for psykisk helsehjelp blir ivaretatt av det offentlige med hovedfokus på helsevesenet.

Lovverk viser til hvilke rettigheter asylbarn har, men hvilke rettigheter har de i praksis? De har tilgang til helsetjenester, men hvordan utarter dette seg i praksis? Det å ikke bare se på hva asylbarna har opplevd, men også finne hva som egentlig er de største utfordringene for deres psykiske helse når de har ankommet mottak, er eksempel på spørsmål som har vært mulig å belyse mer med hjelp av kvalitativ metode. Metoden har bidratt til å belyse mye som er viktig i forskning på asylbarns psykiske helse, om hvordan asylbarn med behov for psykisk helsehjelp ivaretas av det offentlige, med hovedfokus på helsevesenet.

2.2 Utvalgskriterier

Jeg har gjort et strategisk utvalg av informanter til kvalitative intervjuer. Informantene er valgt etter viktige kriterier i forhold til forskningsprosjektets innhold. De er alle ansatt innen helsevesenet eller annen offentlighet, med unntak av en ansatt ved en privat barnehage drevet av et asylmottak. Mottakene drives etter oppdrag fra UDI, der driftsaktør velges etter anbudsrunder som UDI har. UDI er ansvarlig for tilsyn ved mottakene. Et kriterium for utvalget av informanter var at de måtte ha erfaring med å møte asylbarn og deres foreldre, i sitt arbeide. En av dem hadde mye relevant erfaring og jobbet nå relatert til asylbarns foreldre med psykiske problemer. Alle informantene hadde høyere utdanning og var således vant til å dokumentere det de observerer i sitt arbeid. Jeg ønsket å få informasjon fra fagfolk som hadde både teoretisk og erfaringsmessig kompetanse i å bygge sine observasjoner på, og som kunne formidle det i intervju. Det var interessant å ha et utvalg bestående av ansatte i lederposisjon, samt ikke-ledere, da dette var med å vise til forskjellige utfordringer, ga flere perspektiver og bidrog til en bredere og dypere forståelse. Det var nøye uttenkt at jeg ønsket et utvalg der alle ikke jobbet innen helsevesenet, selv om studien fokuserer på hvordan helsevesenet imøtekommer asylbarn med behov for psykisk helsehjelp. Ved å velge informanter som jobber på forskjellige steder fikk jeg samlet data fra ansatte som forholder seg til asylbarn i forskjellige kontekster. Noen så barna til en samtale ved avsatte tidspunkt på sitt kontor i en helseinstitusjon, mens andre så dem i en kanskje mer naturlig kontekst, som i skole og barnehage, der de så barna hver dag. Dette førte til at jeg fikk mer informasjon og det var et strategisk bevisst valg for å få bredde i utvalg av informanter. I tillegg vies det offentlige utenfor helsevesenet oppmerksomhet i et begrenset omfang, der hovedvekten er lagt til lovgivning og juridiske forhold. Det var en styrke for mitt materiale at noen av informantene hadde erfaring som sakkyndig i både saker i barnevernet og i forhold til asylsaker. Det var og en styrke med å ha med informanter som også hadde erfaring som veiledere og rådgivere for forskjellig personell som jobbet tilknyttet helse og omsorg for asylbarn, fordi de hadde mye innsikt i hva som ofte opplevdes som store utfordringer i feltet. De kunne ha fortrolig informasjon, som i intervjuene var anonymisert overfor meg som forsker, men som ga innsikt i hva som opptok ansatte, hva de så og erfarte og hva de opplevde å lykkes med, eller hva som var ekstra utfordrende. De aller fleste informantene hadde selv valgt å jobbe med asylbarn spesielt, men utvalget har også med enkelte som jobber bredere, med flere grupper pasienter eller elever, der det ikke har vært et eget valg å jobbe med asylbarn spesielt. Dette var også nyttig informasjon å ha med i utvalget. Dette var også viktig med tanke på at asylbarn som har

behov for psykisk helsehjelp vil møte begge kategorier av ansatte, både de som har valgt å jobbe med denne gruppen og har spesielle interesser og kompetanse til det, samt de ansatte som forholder seg til asylbarn som en av flere grupper i jobben sin, uten å ha en spesiell interesse eller kompetanse i forhold til asylbarn. Vurderingen av hvordan asylbarna blir ivaretatt må således ses fra flere perspektiver.

2.3 Rekruttering og tilgang til informantene

Det har vært svært lett å få tilgang til kvalitative intervjuer med ansatte. Alle informantene sa umiddelbart ja. I telefon til ansatte presenterte jeg meg som sykepleier, nå under utdanning i master i globale studier, og jeg ga videre en kort presentasjon av feltstudiet. De var spurt om å sette av en time til intervju, men flere hadde satt av mer tid. Ut fra prosjektets rammer er jeg veldig fornøyd med utvalget av grunner som nevnt tidligere. I en kvalitativ undersøkelse utført av en person kan ikke utvalget være for stort dersom det skal være mulig å håndtere den store mengden datamateriale som kommer ved bruk av en metode som gir så mye personlig kontakt mellom forsker og informant som kvalitativ metode gir mulighet for.

2.4 Intervjusituasjonene

Intervjuene foregikk på informantenes eget kontor. Det var naturlig da jeg møtte dem i arbeidstid og i deres jobbsammenheng. Jeg tenker også at det kan ha virket positivt at informantene var ”på hjemmebane”. Da er det trygge omgivelser for informanten å forholde seg til, noe som gir grunn til å tro at det kan fremme trygghet som igjen kan gi åpenhet. Det er tenkelig at maktforhold også kan spille en rolle her, at det å møte informanten på dens ”hjemmebane” kan redusere en mulig utfordring med maktrelasjon, forsker- informant. Jeg tenker at dette med maktrelasjon kan snus på ved å gi informantene en ekspertrolle og selv innta en rolle som lærling, som er interessert i det de har å si. Samtidig var informantene erfarne og kunnskapsrike på sine felt, noe som også ga dem en maktposisjon i relasjonen på en positiv måte.

Alle faktorer er viktige for at det skal bli åpenhet og god kommunikasjon i et kvalitativt intervju. Alle informantene pratet tydelig norsk. I de fleste intervjuene fikk samtalen god flyt og flere av dem varte i halvannen time. Informantene ble spurt om det var greit at jeg gjorde lydopptak med tanke på senere transkribering og behandling av data. Alle samtykket så lenge jeg holdt lydopptakene beskyttet for andres tilgang, noe jeg har vært forpliktet til overfor

NSD. Før jeg begynte selve intervjusamtalen opplyste jeg om mine plikter som forsker med hensyn til anonymisering og lagring av materiale. Jeg spurte dem om i hvilken grad de ønsket at deres deltakelse skulle bli anonymisert, om det var greit å presentere dem ved tittel eller om de ønsket å være anonyme. De fleste syntes det var greit å bli presentert med tittel i forskningen, men jeg bestemte meg likevel for å anonymisere alle for å være sikker på at informantene ble ivaretatt, da flere sensitive opplysninger ble gitt. Jeg orienterte at de når som helst hadde lov å trekke seg fra prosjektet. Jeg begynte å stille spørsmål og i de fleste intervjuene var det lett å komme inn i et fint kvalitativt intervju, som på mange måter var som en samtale. Åpenhet og tillit var dominerende faktorer. Jeg tror kanskje at det har med felles faglig plattform fra helsefag og en felles interesse for temaet. Kulturfaglige utfordringer var de vant til å forholde seg til og de fleste hadde refleksjoner rundt det. Det virket som disse felles plattformene var av stor betydning for å få en god samtale. De ansatte som hadde jobbet lengst og hadde mye erfaring med asylbarn, var gjerne de som hadde lettest for å raskt komme inn i en samtale utenfor en ren intervjuform med spørsmål og svar. Noen kom lettere i gang ved å bli spurt om deres egne følelser og opplevelser som eksempelvis frustrasjoner og gleder ved arbeidet med asylbarn. Det fikk dem til å huske på hva de hadde sett, reagert på og erfart. Andre ble heller litt mer lukkede av slike spørsmål og mindre personlige spørsmål fungerte bedre. Etter intervjuene kommenterte mange at de hadde hatt en positiv opplevelse av å få snakke om tanker de bærer på i jobben og flere sa at de opplevde det som en god mulighet til å få tenke over hva de driver med. De fleste fortalte ivrig og mye og virket til å ha stor interesse for asylbarna.

2.5 Bearbeiding av datamateriale og studiets gyldighet

Etter intervjuene tok jeg umiddelbart feltnotater. Det var mye data, inntrykk, og refleksjoner. Videre i arbeidet gjorde jeg transkripsjoner av alle intervjuene. Det var en stor mengde data, for de fleste hadde vært ivrige og fortalt mye. Samtidig hadde flere av dem satt av mye tid til dette, da de sa det også opplevdes godt, og at det dessuten var noe mange mente det var viktig at det foregikk forskning på. Tross den store mengden data, valgte jeg å transkribere alt. Det var for tidlig i prosessen å velge ut noe. I kapittelet hvor funn fra feltet beskrives (kap 4) har jeg hatt som mål å vektlegge informantens stemme, ikke min egen, medias eller andre teoretikers stemme. Jeg har ønsket å fremheve hva de ansatte som jobbet med asylbarna selv så, erfarte og reagerte på i henhold til tema. Jeg har forsøkt å tydeliggjøre informantens stemme ved å ta med en del direkte sitater, noe jeg syns forfatterne Hammersley og Atkinson

(2004) viser hensikten med i sin egen litteratur om feltforskning. Ved lesning av deres utdrag fra forskning med mye anvendelse av sitater viser de hvor godt redskap direkte sitater kan være for å sette leseren inn i forskningsfeltet. Det er med på å bevare en nærhet til feltet, og nettopp dette er det jeg som forsker har søkt å fremme i beskrivelsen fra feltarbeidet. Hva er det egentlig informantene ser, sier, oppfatter, reagerer på, opplever at fungerer bra, eller ikke fungerer. For å sikre validitet var det viktig for meg å bevare sensitivitet for at informantenes egen stemme ble tydeliggjort, med minst mulig påvirkning fra andre stemmer.

Annen forskning og teori brukes i teorikapittel (kap 3) og analyse (kap 5), og dette opplevde jeg som en viktig del av prosessen med å velge ut datamateriale. Det kreves stor bevissthet og refleksjon fra forsker å velge ut noe fra datasamlingen. Man kan raskt havne i en situasjon der man selv definerer hva som er viktig og ikke. Her kreves igjen en sensitivitet overfor at en ivaretar informasjonen fra informantene og gjengir med en god helhet, at det man tar med ikke bare presenterer deler av sannheten men et mest helhetlig bilde. Bildet jeg har gitt av helsetilbud for asylbarn med behov for psykisk helsehjelp i kapittelet med feltfunn (kap 4) kan for noen virke vel negativt. Etter refleksjon poengterte jeg mer det som er positivt, men bestemte meg for først og fremst å være tro mot det jeg har sett og hørt i felten. Hvis det er en verden som av mange oppfattes tøff, utfordrende, krevende og urettferdig, så kom jeg til at det er det jeg må gjengi når jeg beskriver funn fra feltet. Om jeg skulle streve med å veie opp med nok positivt for å få det hele til å virke mer balansert og nyansert, ville min egen stemme være det som styrte forskningen mer enn de faktiske feltfunn og informantenes egen stemme. Og i det deskriptive kapittel (kap 4) var det deres stemme som skulle høres tydelig.

I analysekapittelet er feltfunnene belyst sammen med teorier og tidligere forskning som er relevant for forskningsprosjektet. Også her fant jeg utfordringer ved forskningen. Man velger selv hvilke teorier og forskning man vil belyse og det påvirker analyse og funn. Jeg har forsøkt å være reflektert i prosessen. Jeg har hele tiden søkt å forstå både teorier, annen forskning og beretningene fra informantene på en måte der jeg stadig bevisst måtte legge av mine egne ”briller” for å sikre god forståelse og validitet i arbeidet. Det har vært berikende å lære mer og den åpenheten jeg har forsøkt å ha overfor det jeg forsker på, har gitt meg ny innsikt i det jeg studerer. Å ”skifte briller”, ta nye perspektiver, teste eventuelle fordommer og stadig reflektere har gitt mye og har vært med å sikre validitet og reliabilitet i forskningen. Validitet eller gyldighet, har med om forskningen kan ses på som riktig og sann (Hammersley og Atkinson (2004)). Forfatterne viser til en mengde teori om styrke i forskningen, om validitet, og jeg har forsøkt å anvende deres teori for å sikre validitet gjennom hele prosessen.

Reliabilitet eller pålitelighet, er også en viktig faktor som påvirker samfunnsforskningen (Hammersley og Atkinson (2004). At forskningsfunnene er troverdige, og spørsmålet om andre ville fått andre svar enn det jeg fikk, er viktig her. Det er viktig med reliabilitet av funnene fra intervjuene for å hindre at man blir for subjektiv. Mine feltefunn synes i stor grad å underbygge teori, tidligere forskning og forøvrig min egen jobberfaring. At dette samsvarer kan i følge Hammersley og Atkinson (2004) ofte være et tegn på at forskningen er valid og gyldig.

Ifølge Hammersley og Atkinson (2004) vil intervjuerens evne til kommunikasjon, oppfølging av informantens ytringer og tilstedeværelse, påvirke reliabilitet. Det var derfor viktig for meg som forsker å være interessert i alle sider av det informantene fortalte. Jeg visste at variasjoner i svar ikke ville være noen trussel mot forskningen, men snarere kunne det gi nyanser og bredde i beskrivelsen av funnene i datainnsamlingen. Et eksempel på denne bredden er at en informant kunne fortelle at vedkommende syntes dette var en tung gruppe mennesker å jobbe med, at den faktisk ikke var så populær å velge i kollegagruppen og at helsearbeideren selv ikke hadde spesialisert erfaring eller kunnskap om gruppen, i motsetning til noen andre helsearbeidere. Jeg opplevde alle intervjuene som interessante og givende for forskningen, om enn forskjellige. Forskjellene har hjulpet meg til funn og en trolig mer gyldig og pålitelig forskning, med tanke på reliabilitet og validitet i forskningen.

2.6 Etiske refleksjoner

Forskningsprosjektet er godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (NSD). Jeg har oppfylt de kravene som er lagt til prosjektet. De etiske retningslinjene man som forsker forplikter seg til overfor NSD er å sikre informantene nødvendig personvern. Data er derfor oppbevart etter påkrevde retningslinjer. Informantene er informert om prosjektets formål, at deres deltakelse er frivillig og at de når som helst kan trekke seg fra prosjektet, og de har samtykket i forhold til dette.

I starten av prosjektet søkte jeg tilgang til intervju og deltakerobservasjon ved Barne- og Ungdomspsykiatrisk poliklinikk. NSD tillot ikke dette av etiske hensyn. Ved nærmere refleksjon og lesning kom jeg også frem til at det ville vært uetisk av meg å intervju asylbarn, eller deres foreldre selv. Et kvalitativt intervju av den art ville føre til at personene som ble intervjuet ville bringe opp i minnet eksempelvis svært traumatiske hendelser fra fortiden. I noen tilfeller ville det innebære at man som forsker gikk inn på områder selv en

psykiater ikke ville begynt med, litt etter situasjon, og uansett er jeg som forsker ingen terapeut som kunne hjelpe dem med det som eventuelt ville komme opp. Det ville være svært uetisk å gå fra en informant etter å ha oppbrakt mengder av dårlige minner og psykisk vanskelig håndterbare ting for så å etterlate dem uten hjelp til å håndtere dette. For meg ble det en enormt viktig etisk bevisstgjøring, og førte til en helt annerledes prosess i forhold til valg av informanter. Dersom jeg hadde vært i et forskningsprosjekt sammen med terapeuter kunne de ha brukt den metoden og jeg kunne bidratt med mine funn. Dette hadde gitt et enda mer interessant studie, men hadde krevd mer tid og flere ansatte. Dette har kanskje vært det som har lært meg mest om forskningsetikk, for det ble så tydelig for meg, og jeg syntes konsekvensene var så uttalte. Det har med at respekt for de mennesker man intervjuer må stå over iver for forskning.

Hammersley og Atkinson (2004: 46- 47) er opptatt av refleksivitet i forskningen, noe samfunnsforskningen har fokusert mye på de siste årene. Mens positivismen og naturalismen glemmer at forskeren faktisk er en del av den verden den studerer, og forsøker å eliminere forskerens innflytelse på datamaterialet, fremmer forfatterne at man i samfunnsforskningen søker en bevissthet om at forsker ikke er en nøytral bærer av kulturelle erfaringer og at man ikke kan isolere en mengde data fra forskerens påvirkning. Forfatterne hevder at forskernes påvirkes av deres sosiohistoriske plassering og de verdier og interesser denne plassering gir dem. Enhver forsker anses som deltaker i den sosiale verden en studerer, og en bevissthet rundt hvordan man deltar og påvirker den sosiale verden man studerer, blir viktig for de resultater man får, i følge forfatterne og i ifølge annen samfunnsforskning. Dette har innvirkning på hele forskningsprosessen, kanskje fra valg av prosjekt, til hvordan man gjør intervjuene, og hvordan man påvirker og tolker de, samt hvordan man tolker og analyserer sluttresultatet. I forhold til forskers påvirkning på det miljøet hun studerer, tror jeg det har vært viktig at jeg ikke hadde et kollegaforhold til noen av informantene. Det kan også ha vært en utfordring for informantene at de ikke kjente meg, for hva skulle de da tørre å si, hvilken tillit kunne de vise. Da ble det viktig å vise til at jeg var vel informert om de forskningsetiske krav jeg stod overfor, ved oppfølging fra NSD, med tanke på konfidensialitet i publikasjon og oppbevaring av data. Tidligere nevnte fokus på å vise interesse for alle sider av det informantene belyste, var også viktig med tanke på refleksivitet. Mine oppfattelser av det de informerte om måtte ikke gi utslag på hva informantene ville tørre å være åpne om, men snarere vise til respekt for informantene, uavhengig av deres meninger eller verdier. Tidligere omtale om maktrelasjoner har både med refleksivitet og forskningsetikk å gjøre, for det

påvirker hva informanten informerer om og det har med å vise respekt og verdighet overfor det mennesket man intervjuer. I forhold til den gruppen mennesker man snakket om, altså asylbarn og deres familier, opplevde jeg at informantene snakket om dem på en respektfull måte, og det var selvfølgelig også viktig for meg. Jeg oppdaget en viktig sak i forhold til konfidensialitet som ikke omhandlet informanten, men den gruppen vi omtalte, asylbarna. Fordi jeg som forsker hadde autorisasjon som sykepleier kunne det være misvisende og lett for noen informanter å ta feil om hva de kunne orientere meg om. Jeg informerte derfor om at selv om jeg er autorisert sykepleier, er jeg i dette tilfellet underlagt konfidensialitet som forsker, hvilken ikke gir tilgang til personlig data om de man snakker om, slik en autorisert helsearbeider har, innenfor gitte rammer i sitt arbeid. Jeg avklarte tidlig at de måtte anonymisere det de fortalte til meg, slik at taushetsplikten deres ble ivaretatt. Flere av informantene kommenterte at denne tidlige oppklaringen om konfidensialitet var bra for dem da mine ulike roller som sykepleier og forsker i dette tilfellet kunne være forvirrende og kunne ført til at deres lovpålagte taushetsplikt ble forsømt ved misforståelse.

Etiske refleksjoner har også vært viktig i forhold til at jeg har forsket på et felt jeg kjenner delvis fra før. På tross av egne erfaringer har det vært viktig å etterstrebe det å ha en kritisk distanse, særlig til det jeg selv har jobbet innenfor. Dette er en viktig bevissthet rundt forskerrollen.

Jeg vil si at dette prosjektet tilfredsstillende viktig krav og hensyn til personvern og god forskningsetikk.

3 TEORIKAPITTEL

3.1 Hva er asylbarn utsatt for og hvordan påvirker dette deres psykiske helse.

WHO, Verdens helseorganisasjon, definerer psykisk helse slik: «A state of complete physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease.» Det skrives videre: “It is related to the promotion of well-being, the prevention of mental disorders, and the treatment and rehabilitation of people affected by mental disorders.” (WHO 2015).

3.1.1 Migrasjonsstress og psykisk helse.

Forskning på migrasjonshelse sammenligner innvandreres helse med den innfødte befolkning sin helsetilstand. Sofie Bäärnhielm har doktorgrad i psykiatri og er enhetsleder ved et kunnskapssenter for transkulturell psykiatri, helse og omsorg for asylsøkere og flyktninger, samt helsekommunikasjon, i Stockholm. Hun sier om migrasjonshelse at på tross av at innvandrergupper er forskjellige, er det gjennomgående funn at migrantene har dårligere helse enn de innfødte. Ved ankomst viser flere studier at migrantene har hatt bedre helse enn de innfødte, men det er svært vanlig at helsen forverres etter en stund i vertslandet, og migrantene har i slike studier oftest dårligere helse enn de innfødte i vertslandet har. Stress er en av årsakene til en negativ utvikling av helsetilstand hos migranter, og stresset kan føre til depresjon (Lassetter & Callister 2009; Hovey 2000, i Bäärnhielm 2014: 44).

Flyktninger er en særlig utsatt gruppe, ifølge Bäärnhielm. Mange har erfaringer fra krig, vold, tortur, ufrivillig flukt, samt usikkerhet og overgrep i sammenheng med flukt og eksil. Det finnes en rekke studier og samlinger av et flertall studier som viser at flyktninger har en høy risiko for psykiske sykdommer. Ofte har de en påtagelig høy forekomst av posttraumatisk stressyndrom, PTSD (Fzel et.al. 2005, i Bäärnhielm 2014: 45). Forekomsten er også høy av depresjon, kroniske smerter og somatiske (fysiske, kroppslige) sykdommer (Kirmayer et.al. 2011b, i Bäärnhielm 2014: 45).

Asylsøkere og papirløse befinner seg i en særdeles ekstra utsatt situasjon, sier Bäärnhielm. Å leve som asylsøker over lang tid eller å leve som gjemt, innebærer en stor usikkerhet uten mulighet til å påvirke de mest basale vilkår i tilværelsen. En studie fra Nederland (Laban et.al. 2008, i Bäärnhielm 2014: 45) viste at en lang asylsøkerperiode har en negativ påvirkning på den psykiske helsen og livskvaliteten.

På et europeisk plan ser man en økning i ulikheten innen helse mellom migranter og den innfødte befolkningen (Mladosvky et.al. 2012, i Bäärnhielm 2014: 45). Men vi vet for lite om helsen til asylsøkere og papirløse. Kunnskapen om den psykiske helsen til migranter i Europa er utilstrekkelig og asylsøkere og papirløse har til nå ofte falt utenfor den offentlige omsorg (Lindert et.al. 2008, i Bäärnhielm 2014: 45).

I flere europeiske land anvender innvandrere helsetilbud innen psykiatrien mindre enn den innfødte befolkningen (Möske et.al. 2011 og 2012, i Bäärnhielm 2014: 45). EU kommisjonen har konstatert at migranter, eldre og mennesker med psykiske sykdommer tilhører de mest utsatte pasientgruppene, og at de har vanskelig for å få tilgang på helsevesenet (Huber et.al. 2008, i Bäärnhielm 2014: 45). For migranter kan manglende kunnskap om hvordan helsesystemet fungerer, språkvansker og dårlig økonomi være til hinder for at de benytter seg av helsehjelp.

Bäärnhielm (2014: 47-48) sier at selve migrasjonssituasjonen, og da særlig sammenhengende med ufrivillig flukt, kan innebære påføring av mye press som igjen påvirker helsen. I tillegg kan situasjonen før og etter migrasjonen også påvirke helsen (Bäärnhielm 2014: 47- 48).

Forskeren Michael Marmot (2006, i Bäärnhielm 2014: 48) har vist til hvordan menneskers helse påvirkes av hvordan samfunnet er organisert. Han viser hvordan kontroll over eget liv og mulighet til et fullverdig sosialt engasjement og deltakelse, er av avgjørende betydning for helse, velbefinnende og livslengde, samt hvordan langvarig stress er forbundet med lite kontroll over livsbetingelsene. Den som migrerer, og særlig den som flykter, kan ha vanskelig for å kontrollere sine livsbetingelser. Begrepet stress rettes mot kroppens fysiologiske, hormonelle og psykologiske anpassningsreaksjoner ved belastning og vanskelige situasjoner. Et langvarig stress innebærer at man bare har en ubetydelig kontroll over sine livsbetingelser (Marmot 2006, i Bäärnhielm 2014: 48).

3.1.2 Migrasjonsfaser

Ulike teoretiske modeller viser til sammenhengen mellom stress og migrasjon. Migrasjon deles ofte inn i tre ulike faser. Premigrasjonsfasen omhandler beslutningen om å flykte samt forberedelsene til flukten. Den andre fasen er Migrasjonen i seg selv, som innebærer flykt til et nytt sted og et nytt miljø. Den tredje fasen, post- migrasjonsfasen, omhandler integrasjon i det nye samfunnet (Bhuga et.al. 2011, i Bäärnhielm 2014: 49). Disse fasene går ofte i hverandre. Hver fase har sine utfordringer, men det er først og fremst i de to siste at den

psykiske helse står i fare for å svekkes. Beslutningen om å migrere kan være vanskelig, men for mange er det eneste mulige alternativ i en utsatt situasjon. Flyktninger savner ofte muligheten til å forberede seg for flukten. Selve migrasjonsfasen kan være lang, vanskelig, usikker og komplisert. Post migrasjonsfasen i det nye landet kan kjennes som en lettelse i begynnelsen, men kan bli komplisert senere. Tap av familie, nettverk og venner blir en betydelig utfordring. Krav om å lære seg et nytt språk, orientere seg i et nytt samfunn, og møte nye kulturelle normer, tradisjoner og referanserammer er krevende. Vanskeligheter med å få bosted og arbeid er påtagelige stressfaktorer, og rasisme og sosial ekskludering i det nye landet utgjør ytterligere press. Som følge av tap og ekskludering kan følelsen av mening svekkes og det kan bli behov for gjenskaping av dette i det nye miljøet (Bäärnhielm 2014: 49).

3.2 Kultur som tilnærming

3.2.1 Kulturkompetanse

Konseptet *kulturkompetanse* er i mange land blitt mer og mer anvendt av helsearbeidere. I hovedsak kommer det av en økt grad av forskjeller innen kultur og etnisitet i befolkningen, og det har videre vært behovet for å forbedre kommunikasjonen med migrasjons- og minoritetsgrupper, og forbedre kvaliteten ved deres helsetilbud. I følge de amerikanske myndigheters seksjon for minoritets helse (Office of Minority Health, OMH) innebærer kulturell og lingvistisk kompetanse en evne helsepersonell og organisasjoner kan anvende for å forstå og respondere effektivt på pasientenes lingvistiske og kulturelle behov (Helman 2007: 14- 15). 'Kulturkompetanse' har i følge Helman (2007: 15) forskjellige dimensjoner: 1. Forbedre sensitiviteten hos helsepersonell overfor pasientenes kultur, tro, praksis, forventninger og bakgrunn. 2. Forbedre tilgang til helsetjenester ved å eliminere strukturelle barrierer til en kvalitetsfull helsetjeneste for minoriteter. Her eksemplifiserer han med vanskeligheter minoritetene har med å møte allmennlege og videre barrierer med henvisning til spesialisthelsetjenesten (Betancourt et.al. 2003, i Helman 2007: 15). 3. Redusere organisatoriske barrierer (Betancourt et.al. 2003, i Helman 2007: 15).

I følge Helman er det en mengde fordeler med det å øke kulturkompetansen i helsevesenet. Det kan forbedre pasient- personell kommunikasjonen, også pasientenes tilfredshet og deres overholdelse av avtaler, eksempelvis at flere møter opp til timeavtaler de er tildelt i

helsevesenet. Det kan også få innvirkning på diagnostisering og behandlingen av dårlig helse og riktig bruk av medisinske resurser. På lang sikt kan det også være medvirkende på å redusere ulikhetene i helsetilstanden til minoritetsbefolkninger opp mot majoritetsbefolkning. Til tross for åpenbare fordeler ved konseptet kulturkompetanse, kan det aldri forstås som en erstatning for klinisk kompetanse, altså den kompetanse som en får i direkte samhandling med pasienten og ved observasjon av pasienten. Det er heller en supplerende egenskap alle i helsevesenet hadde hatt behov for, uavhengig av hvilken kontekst de jobber innenfor. I tillegg til det å forholde seg til en mangfoldig befolkning, er denne ferdigheten viktig for alle relasjoner mellom helsepersonell og deres pasienter, uansett bakgrunn (Helman 2007).

Generelt er ikke kulturkompetanse nok til å håndtere ulikheter i helsetilstandene i et samfunn. Helsearbeid befinner seg aldri i et vakuum. Alle bredere sosiale, kulturelle og økonomiske aspekter ved samfunnet, som eksempelvis maktforhold og ulikhet, må alltid tas i betraktning, i alle sektorer i samfunnet når helsearbeidet skal forbedres (Helman 2007).

Kulturkompetanse krever alltid refleksivitet fra helsepersonell. Det vil si evnen til å bli bevisst sin egen kulturelle "bagasje", slik som fordommer eller bestemt tro, som kan hindre en god og human utførelse av helsetjenester (Helman, 2007: 15- 16).

Begrepet Kulturkompetanse er brukt forskjellig. En kritikk som er rettet mot det er at det ofte er brukt om en kunnskap om avgrensede kulturer (Bäärnhielm, 2014: 28). Tanken på at noen besitter en særskilt kulturkompetanse er problematisk fordi en da regner kultur som et mer statisk fenomen av avgrensede tradisjoner. Kultur risikerer da å bli begrenset til en teknisk ferdighet (Kleinman og Benson, 2006, i Bäärnhielm, 2014: 28). Noen har sett faren for at kulturkompetanse kan stimulere til å kulturisere det som egentlig handler om sosiale vilkår og holde oss adskilt fra mennesker som er annerledes fra oss selv (Bäärnhielm, 2014: 28).

3.2.2 Kulturell forståelse av sykdom, helse og behandling

Oppfatninger av kropp og helse er ikke universell og naturgitt, men består i aller høyeste grad av kulturelle konstruksjoner.

I følge Bäärnhielm er det i mange deler av verden vanlig med somatisering som uttrykk for psykiske plager. Med dette menes at de psykiske plagene forklares med kroppslig ubehag eller smerte. Emosjonelt ubehagelige tilstander, eller erfaringer med sosialt stress, blir hovedsakelig uttrykt i form av fysiske symptomer. Et barn som vokser opp i en kultur, lærer

hvordan å respondere på, og gi uttrykk for fysiske eller følelsesmessige symptomer eller sosialt stress ut fra et kulturelt mønster. Barn ser andre lide av en tilstand og lærer seg gradvis å identifisere karakteristiske trekk både hos seg selv og andre. Menneskers opplevelse av sykdom formes av kulturelle og sosiale krefter så vel som dominant ideologi og sosial organisering av det samfunnet de lever i. Det er i betydning at helsepersonell i hvilken som helst kultur eller samfunn er bevisst hvordan sykdom genereres, erverves og synliggjøres, og hvordan dette påvirker pasientens atferd og diagnose.

Eriksen og Sørheim sier at vestlig tankegang preges fortsatt en del av et atskilt forhold mellom kropp og sjel. Når diagnosene er psykosomatiske, altså at de kroppslige plagene virker til å ha sin årsak på det sjelelige, følelsesmessige plan, får man ofte ikke behandling, eventuelt noen medikamenter som skal virke beroligende eller søvndyssende. Noen får hjelp av psykolog eller innen psykiatrien, men det er fortsatt knyttet stor skam til dette både i Norge og mange andre land (Eriksen og Sørheim, 2006: 198-99). Kroppslige feil anses som mer sosialt akseptabelt enn sjelelige smerter. Synet på kropp og sjel som atskilt er ikke universelt. I de fleste ikke- vestlige samfunn ser man på kropp og sjel som en helhet. Ut fra en slik tankegang blir det meningsløst å omtale psykisk sykdom eller helse, og fysisk sykdom eller helse som adskilt, for alt henger sammen (Råheim 1997 i Eriksen og Sørheim 2006: 199). Kroppen kan også ses på som et sosialt og ikke personlig anliggende. Antropologen og psykiateren Arthur Kleinman (1986 i Eriksen og Sørheim 2006: 200) gir et eksempel der han sier at man i tradisjonell konfusiansk tenkning ser på kroppen som en del av et udødelig redskap som knytter forfedrene til fremtidige generasjoner av familiemedlemmer, og at kroppen derfor ikke må misbrukes av personen som er en midlertidig okkupant. Tanken om enhet mellom kropp - sjel kan vise seg på mange måter. Sørheim (2000, 2006 i Eriksen og Sørheim 2006: 200) viser til to asiatiske mødre som oppsøkte lege og klaget på ”vondt i hele kroppen” og ”hjertesykdom”. Legen konstaterte at hjertet var fint og begge kvinnene fikk beskjed at helsetilstanden var fin, på grunnlag av så som blodprøvetaking. Spørsmålet er hva det betydde for kvinnene å ha vondt i hjertet og ha vondt i hele kroppen. De mente selv at smertene kom av at de levde under konstant press som mødre til kronisk syke barn, som ensomme omsorgspersoner, isolerte kvinner og lignende.

Det er metaforer knyttet til kulturelle forståelser av sykdom, helse og behandling.

Eksempelvis smerte som metafor handler om at symptom får mening i en spesifikk bestemt sammenheng og at kroppslige symptom kan formidle mange betydninger. Smerte kan være en metafor for en lidelse underliggende den kroppslige smerten. Eksempelvis kan pasienters

uttrykk for hjertebeviser betyr forskjellig i ulike kulturer, alt fra å være et sentrum for det fysiologiske til å være et sentrum for følelser. Beskrivelser av hjertebeviser er også ofte forbundet med nedstemthet og angst. I noen kulturer er hjertebeviser en måte å formidle problem koblet til kvinnelig seksualitet, kvinnelig reproduksjon eller personlige problem og fattigdom (Bäärnhielm 2014: 237- 38). Et eksempel er en pakistansk mann som hadde mye angst, men som ble henvist kroppslige undersøkelser av hjertet (EEG). Legene fikk aldri vite om denne angsten. Ikke fordi den ikke ble presentert av pasienten, men fordi legene ikke forstod uttrykksformen ”hjertesmerter” (Eriksen og Sørheim 2006: 198). En psykiater hadde et møte med en kvinne som hadde anvendt smerte som metafor og hun hadde fått diagnose i forhold til fysiske smerter. I nærmere samtale med kvinnen fikk psykiater utredet mer og fant ut at kvinnens beskrivelse av smerter ikke viste til hennes fysiske tilstand. Verk og smerte var i følge kvinnen de eneste ordene hun klarte å forklare sin lidelse med. Kvinnen anvendte ordet smerte som en metafor for en dypere lidelse enn fysisk verk og sykdom. Hennes lidelse handlet egentlig om sorg og depresjon over en ufrivillig migrasjon (Bäärnhielm 2014: 237- 38 og Bäärnhielm 2012).

Andre forklaringer på sykdom og lidelse kan også brukes for å klare å håndtere sin lokale verden. Det handler om at en persons livssituasjon kan påvirkes av lidelse og smerte. For kvinner som lever i en svært begrenset sosial situasjon kan somatiske symptomer være den eneste sosialt aksepterte måten de kan formidle at noe er galt og få hjelp. (Bäärnhielm 2014: 239).

Somatiske eller kroppslige plager kan også være en reaksjon på, eller en protest mot sosiale vilkår. Det er i situasjoner der kroppslige symptom blir siste utvei til å håndtere vanskelige livssituasjoner og sosiale vilkår. Det betyr ikke at beviset er bevisst eller har blitt manipulativt fremkalt. Symptomer kan være en måte å reagere på en svært tøff og krevende ytre omstendighet (Bäärnhielm 2014. 241).

Eriksen og Sørheim sier at vestlig biomedisin bygger på en forståelse av at sykdom er universelt. Dette forutsetter en tolkning av at meningsaspektet ved sykdom er det samme verden over, men folk har ulike fortolkninger på sykdom. Meningsaspektet ved sykdom er svært forskjellig fra kultur til kultur. En viktig problemstilling blir da hvordan sykdom og avvik er kulturelt konstruerte kategorier. Oppfatninger av sykdom og avvik må ses i sammenheng med de sosiokulturelle, religiøse, økonomiske og politiske kontekster de opptrer i. Sykdomsforklaringer er også beskrivelser av verden slik den oppfattes og tolkes av den syke

og de pårørende. Migranter har med seg måter å se virkeligheten og definere sykdom og avvik på. Likevel kan både migrantene og vertsbefolkningen endre oppfatninger i møte med andre menneskers måte å tenke om sykdom og behandlingsformer. Oppfatninger av sykdom og helse er likevel svært grunnleggende og vanskelig å endre i et kort tidsperspektiv. Når innvandrere kommer til Norge, kan de ha svært ulik erfaring med behandling og sykdom, avhengig av kjønn, alder, religion, økonomi, og hvor og hvordan de har levd. I Norge kan de møte andre måter å tolke symptomer, uttrykke og forklare sykdom på. De møter også helt andre type sykdommer som kan være helt ukjente for dem, samt vanskelige å integrere i tidligere forklaringsmodeller. Det er da viktig for helsearbeidere å vite noe om hvordan man får kjennskap til pasientenes egne forklaringsmodeller eller "trossystem", hvordan det enkelte mennesket tenker omkring sykdom og behandling. Kunnskap om religion, medisinske systemer og behandlingsformer i de landene de kommer fra, kan brukes som utgangspunkt for å komme inn i en konstruktiv dialog. Ved å vise at man kan noe om pasientens bakgrunn viser man samtidig interesse, noe som er en fordel for kommunikasjonen. Bakgrunnskunnskap gir ikke svar på individnivå, men generell kunnskap kan bidra til at helsearbeidere stiller nye spørsmål og undre seg (Eriksen og Sørheim 2006: 215-24).

Mange innvandrere i Norge er tilbakeholdne med å fortelle helsearbeidere om sine plager fordi de opplever at både tolk og helsearbeidere ser på dem som "dumme og uskolerte" når de gir sine egne forklaringer til sykdom, sier Eriksen og Sørheim (2006: 228-29). Vanlige uttalelser fra helsearbeidere kan være så som "de ser ikke sammenhenger" eller "de forstår ikke". For dem har plagen sammenheng med deres totale oppfatning av sykdom og plager som menneske og i en kulturell sammenheng, ikke bare plager i en kroppsdel. Et språklig og kulturelt problem oppstår gjerne når lege og pasient bruker samme ord for to forskjellige tilstander uten å være klar over det. Uttrykket kan være det samme, men innholdet så forskjellig. Dersom legen ikke forsøker å finne ut av hva pasienten egentlig sier, hva uttrykket betyr for pasienten, kan misforståelsen mellom dem vedvare. Disse forskerne mener også at helsearbeidere i langt større grad bør fortelle sine pasienter hva deres syn på sykdom er, og begrunne deres oppfatninger og behandlingsforslag, slik at pasienten får mulighet til å lære om det. Viser man samtidig interesse for pasientens egen oppfatning, vil det kunne gi et bedre utgangspunkt for pasientenes mulighet til oppfølging og egenomsorg. I følge disse forfatterne fungerer det nå slik i Norge at mange pasienter av annen kulturbakgrunn i stedet bruker tid på å oppsøke flere leger gjentatte ganger, til alles frustrasjon. Det blir en ond sirkel og pasientene

kan gå i mange år før de får en bekreftelse på sine egentlige plager (Eriksen og Sørheim, 2006:228- 29).

3.3 Rettigheter, muligheter og begrensninger.

Både innvandringspolitisk og helse- og sosialpolitisk sier myndighetene at alle har rett til helsetjenester. Lovverket er også formet slik, ifølge Lov om pasientrettigheter 1999 og IS- 22/ 2004, men mulighetene kan likevel begrenses i praksis (Eriksen og Sørheim, 2006: 229). Språkforskjeller og kulturforskjeller omtales gjerne som de begrensende faktorene, men disse forskerne mener at språkkunnskap ikke løser alt. Når møtet med norsk helsevesen innebærer at innvandrerpasienter ikke blir forstått, kan deres rettssikkerhet trues, mener forfatterne. Maktdimensjon har også en stor betydning her. Forholdet mellom eksempelvis lege og pasient med innvandrerbakgrunn, er et forhold mellom ekspert og ikke – ekspert, mellom etnisk majoritet og minoritet, og ofte mellom to kjønn. Maktdimensjonen får stor betydning i relasjonene. De som har makt og autoritet kan definere både problem, hvilken diagnose og hvilken behandling som skal tilbys. Noen leger har en oppfatning av at innvandrere har ”uspesifikke” smerter eller ”bare nerver”, som legen ikke kan gjøre noe med utover smertestillende eller beroligende medikamenter. Kulturforklaringer kan også bli brukt som unnskyldning for at leger ikke setter inn tiltak de ville forsøkt overfor andre. Men makt og autoritet kan også brukes bevisst konstruktivt, hevder disse forskerne (Eriksen og Sørheim 2006:229- 30). Dette ved at helsepersonell med den posisjon de er i og taushetsplikten de har, dersom pasienten kjenner betydningen av den, gjør at om de ønsker det, kan de få innblikk i andre menneskers liv og til dels tabubelagte områder. Med profesjonell autoritet kan helsepersonell stille spørsmål til pasienten om deres tanker, hva de mener med det de sier, hvilke konsekvenser de ser, med mer. Disse forskerne sier at helsepersonell faktisk har en fantastisk mulighet til å formidle de medisinske måtene å tenke på og forholde seg til sykdom, og samtidig gi begrunnelser for handlinger og råd som de gir pasientene. Men forskerne mener at dette skjer i altfor liten grad, for pasientene vet ikke nødvendigvis hva de feiler, hvilket organ som er operert bort eller hvem den hvitkledde faktisk er. Portøren kan eksempelvis oppfattes som legen. Dette er relatert til flere faktorer, så som pasientens tidligere erfaringer, og hvilken informasjon pasienten har tilgang til utover selve møtet. Pasienter generelt skaffer seg mer informasjon enn tidligere og stiller dermed andre krav til behandlingsapparatet, men enkelte svake grupper har ikke samme tilgang til informasjon ifølge Eriksen og Sørheim. Dersom helsearbeiderne er tydelig i sine forklaringer overfor disse

pasientene, vil det øke mulighetene til å komme inn i en gjensidig læringsprosess. Pasientens forventninger kan justeres fortløpende dersom personellet synliggjør både muligheter og begrensinger som ligger i helsevesenet. En større gjensidighet vil dessuten være viktig for å kunne utvikle et tillitsforhold (Eriksen og Sørheim 2006: 230).

Et alvorlig, og dessuten aktuelt spørsmål, er i hvor stor grad pasienter med innvandrerbakgrunn kan få likeverdig og optimal behandling uten fullstendig norsk medisinsk assimilering. Ved assimilasjon forlades den opprinnelige kulturelle identiteten til fordel for den nye gruppen eller vertslandets. Personen eller gruppen smelter helt inn i det nye samfunnet de har fått rundt seg. (Berry & Kim 1988, i Bäärnhielm 2014: 49- 50). Et annet viktig etisk spørsmål må stilles i sammenheng med at helsepersonell ikke informerer om sitt syn på sykdom og heller ikke forsøker å påvirke, eksempelvis foreldres oppfatninger om sine barns funksjonshemninger, med begrunnelsen at man ikke skal prakke sine oppfatninger på innvandrere. De argumenterer med at de må få ”beholde sin kultur”. Med det tankesettet tar man utgangspunkt i at kultur er uforanderlig. I kort tid kan dette oppfattes som behagelig for helsepersonellet, men alle typer pasienter har behov for ny kunnskap og innsikt, og ønsker å få muligheter til å få stille spørsmål og få svar (Eriksen og Sørheim, 2006: 230-31).

De som ikke kan lese på sitt eget språk eller på norsk står i en særlig vanskelig situasjon når det gjelder tilgang til informasjon om sykdom, interesseorganisasjoner, trygdeordninger med mer. De blir kontinuerlig avhengige av andre og deres tolkninger. Da blir den informasjonen de får muntlig i hjelpeapparatet av svært stor verdi, og kanskje blir det den eneste informasjonen de får tilgang til. Forholdene må derfor legges til rette for dialog, med gjensidig informasjonsutveksling, slik at alle pasienter reelt sett får samme tilgang til helseinformasjon og helsetjenester (Eriksen og Sørheim 2006 230- 31).

Eriksen og Sørheim (2006: 254- 55) viser til at det kreves en ganske spesialisert kulturell kompetanse for innvandrere i forhold til stat og byråkrati.. Man må for det første vite *når* man kan henvende seg til det offentlige. Av grunner som språkproblemer og manglende integrasjon i det norske samfunn, vet innvandrere generelt mindre enn nordmenn om sine rettigheter i forhold til myndighetene. Det kan lett føre til at innvandrere bruker offentlige støttemidler langt sjeldnere enn de hadde kunnet. For det andre må man vite *hvor* man skal henvende seg i en bestemt sak. Forskning viser at innvandrere vet mye mindre enn nordmenn om forskjellen mellom ulike offentlige instanser, statlige og kommunale og om hvordan de fungerer. Byråkratiet har en mengde institusjoner som kan se ganske like ut og kan være

umulig å få klare svar fra. For det tredje må man ha kunnskap om *Hvordan* man skal gå fram for å føre en sak i forhold til det offentlige. Språkproblemer kan være avgjørende når innvandrere ikke er effektive i å fremme krav overfor myndighetene. I mange tilfeller kreves utfylling av kompliserte skjemaer og det kan ta lang tid før man får svar. Det finnes også kulturelle konvensjoner som må læres for hvordan å skrive en god søknad (Eriksen og Sørheim 2006: 254-55).

I tillegg må en forholde seg til det offentlige på en universalistisk måte, altså i henhold til en moral som er bundet i allmenne regler. Dersom man forsøker å oppnå lojalitetsbaserte relasjoner til en byråkrat i Norge, vil man trolig ikke få gjennomslag. Det rapporteres til stadighet ubekvemme situasjoner som oppstår i asylmottak, på sosialkontor og andre offentlige institusjoner, hvilke skyldes manglende avklaring på dette området. En typisk flyktning kommer fra et land der det kan være effektivt, og noen ganger helt nødvendig, å etablere en personlig relasjon til byråkratiet eller bestikke byråkraten, om man ønsker å få gjennomslag for et krav. Ved forskjellige måter å gjøre dette på kan de søke å oppnå sympati og gehør. I Norge virker dette ofte mot sin hensikt. Byråkraten skal vise at han ikke lar seg friste og ikke vil bryte reglene og plasserer dermed den hjelpetrengendes søknad nederst i bunken. Innvandreren mister således muligheter. Her kan det være vesentlig å drive folkeopplysning for å orientere innvandreren om hvordan følge reglene for hvordan å fremme en sak i det norske demokrati, og offentlige ansatte trenger innsikt i kulturelle forhold for å forstå innvandreren (Eriksen og Sørheim 2006: 255).

4 NÆRT PÅ BARNA

I dette kapittelet vil jeg gi en beskrivelse av funn fra feltintervjuene. Det handler om ansattes møte med asylbarn; hva de har sett, hørt, erfart og opplevd. Hvordan er asylbarnas psykiske helse og hvordan blir asylbarn med behov for psykisk helsehjelp ivaretatt av det offentlige, med hovedfokus på helsevesenet? I neste kapittel vil disse feltfunn drøftes og analyseres opp mot teori på feltet.

4.1 Hvordan har barna det? Symptomer og sykdomsbilde

Flere av helsearbeiderne gir et bilde av asylbarna de møter i sitt arbeid, at det typiske for asylbarna er at de har kliniske tilstandsbilder som er veldig mye mer sammensatte og komplekse enn det som er vanlig med norske barn. Dette er barn som har vært vitne til at foreldrene ble forfulgt, at det har kommet soldater inn i huset og skremt dem og truet foreldrene på ulike måter. Flere helsearbeidere forteller at dette er skadelig for barna. De forteller om traumatiseringen barna er rammet av fra hjemland og flukt. En helsearbeider forteller om traumene asylbarna gjennomgår i ventetiden på mottak, en såkalt trippel traumatisering. De tre ekstreme belastningsfaktorene på barna er for det første deres egen opplevelse, enten at de har opplevd noe selv eller at foreldrene har det. En andre faktor er at de vokser opp med foreldre som er traumatisert, og som er ekstremt stresset og bekymret for om de blir sendt ut av landet. Noen ansatte forteller at det å leve med foreldre som er traumatisert er verre enn selv å bli traumatisert. En tredje faktor, som utgjør en trippel traumatisering, er at asylbarn i asyltilværelsen vokser opp under livsbetingelser som er svært marginale og særdeles belastende for barn. Flere av helsearbeiderne var inne på disse forskjellige måtene et asylbarn kan være traumatisert på. Disse faktorene, trippel traumatisering, gjør veldig mye med barna, forteller flere helsearbeidere. Det gjør at i tillegg til vanlige barnepsykiatriske diagnoser, har flere asylbarn også skadevirkninger av at de er traumatiserte, forteller noen av helsearbeiderne fra psykiatrien. Mange har Post Traumatisk Stressyndrom; PTSD, som samtidig er for snevert til å si noe om asylbarn og alt de er rammet av. De største problemene er kanskje ekstrem angst, depresjon, søvnvansker, de klarer ikke å finne ro og er overalt i hodene sine på en gang fordi de skal sjekke om det er farlig eller trygt. De tre belastningsfaktorene ved trippel traumatisering gjør noe med barns utvikling. En helsearbeider fra psykiatrien forteller at asylbarna i de møter ofte har hele det vanlige norske

diagnoseperspektivet i tillegg til ekstreme traumer og pågående traumer da de lever i en traumatisk situasjon så lenge de ikke vet noe om livene sine. Barns hjerne er i utvikling og langvarig stress medfører hjerneorganiske forandringer. Dette gjør at man ofte ser bilder som ligner autisme, ADHD og annet, fordi barnas hjerne er belastet med ekstremt stress under utviklingen. Nyere hjerneforskning sier noe om hvordan dette påvirker utviklingsperspektivet til barna på sikt, de får problemer som ofte kan vedvare. Dette er et nytt stort og viktig forskningsfelt, forteller en helsearbeider. Mange av barna følges opp i BUP, barne- og ungdomspsykiatrien.

Flere av helsearbeiderne problematiserer at mange av asylbarna de møter har fysiske plager, innen helsefag kalt somatiske plager. Disse plagene er ofte en følge av de psykiske problemene barna har. De somatiske plagene de ser kan være eksempelvis mage og tarmproblemer. Ofte henvises barna til en rekke spesialister innenfor somatiske felt før de kommer til psykiater, forteller en helsearbeider innenfor psykiatrien. Hos et barn ble det diagnostisk sett vurdert autisme, og en fant at det var barnets psykiske problemer som hadde ført til store utviklingsskader hos barnet og førte til mistanke om autisme.

Asylbarna som gruppe er mer sårbare og i forskjellig grad avspeiles barnas traumer i atferden, uro og testing, og de trenger mer trygghet, støtte, oppmerksomhet og grensesetting. Asylbarna sliter med så som søvnevansker, mareritt og sengevæte. I barnehage, SFO og skole har ansatte sett barn dissosiere, de er ikke kontaktbare. De har reaksjoner som objektivt sett ikke stemmer med hva de opplever, det er overdimensjonert, fortelles det fra helsestasjon, skole og barnehage. Det brukes ekstra bemanning for å støtte og imøtekomme asylbarnas behov i skolen og barnehagen.

Hos de enslige mindreårige ser man savn av familiemedlemmer og uro for dem. Mange vet ikke hva som har skjedd med familien, de forsøker å oppspore familien og finne ut om de i det hele tatt lever. Barn som er i kontinuerlig kontakt med foreldrene får gjerne angst når de ikke får kontakt på telefonen, de frykter hva som kan ha hendt dem. De har angst og søvnevansker, hvilke fører til konsentrasjonsvansker i skolen. Barna sliter generelt med minner fra traumatiske hendelser, flere disassosierer (er ikke kontaktbare), og de sliter med selvmordstanker.

4.2 Historien; hva har barna opplevd?

BUP følger opp mange av barna og har et kartleggingssystem som også brukes på helsestasjon ved et mottak. I kartleggingen står barnas historie sentralt. De ansatte ved helsestasjonen får ofte fort vite at barna har opplevd mye i hjemlandet. Barna, eller i det minste foreldrene deres, har ofte vært nødt til å flukte fra krig eller andre vanskeligheter og dette anses som en belastning for barna. Barnas behov avhenger av hvilken bakgrunn de kommer fra, deres historie. Barn fra krigsområder kan være veldig skvetne, de kan være redde og trenge ekstra trygghet. På skolen har de sett barn som har opplevd krig løpe å gjemme seg under pulten når klokken ringte. Noen barn har opplevd at familiemedlemmer har blitt drept eller forsvunnet, og flere enslige mindreårige har sett foreldrene bli drept. Noen av dem har også vært utsatt for krig som barnesoldater. Barns egne tegninger fra et gruppeterapiopplegg for barn som hadde opplevd krig vitnet om hva som opptok dem, hva de hadde opplevd. De tegnet barndomsminner som da de ble født, men tegningene viste også slåsskamp, noen som besvimte, og en kjeller en hadde bodd i. ”Jeg synes det er ganske voldsomt å se på disse tegningene her”, sier en ansatt som ledet gruppen, og så viser hun tegninger med fly som kommer, en som skyter og en bil som eksploderer. Der er tanks og der er hoder som ligger her og der. Tegningene har mange detaljer. En av tegningene er farget bare i rødt. Helsearbeideren forteller historien bak en tegning der barnet har tegnet huset i hjemlandet og familien sin, med noen som står og skyter mellom familien og huset. Den ansatte forteller om lydnivået da barna skulle tegne dette, det var påtagelig høyt, sier hun. Barna lagde lyder til biler, fly og alt mulig mens de tegnet. «De levde seg sånn inn i det,» forklarer helsearbeideren. En annen oppgave barna fikk var å tegne hvor på kroppen de får vondt når de er redde. En gutt viste til ørene og helsearbeideren mener det må ha med de sterke lydene som var ved de vanskelige hendelsene han har opplevd. Helsearbeideres kartlegging viser at barna ofte har opplevd mye under flukten også, og mange av de enslige mindreårige har vært utsatt for menneskehandel.

4.3 Livet som asylsøker; hva opplever barna her og nå?

Hvordan det å leve i en ventesituasjon på asylmottak med en usikker framtid påvirker barna og foreldrene deres psykisk, var noe som i svært stor grad opptok de ansatte. I intervjuene ble dette omtalt uoppfordret av de fleste. Som nevnt tidligere, fortalte en helsearbeider fra psykiatrien at det å leve i asylmottak, med alt det fører med seg, er en av de tre faktorene av sterk belastning for barnets psykiske helse, det er en del av en trippel traumatisering (kap.4.1).

4.3.1 Miljøet på mottak

Hvordan asylbarna bor er også noe som opptar de ansatte. En pedagog ved en skole som har hatt spesielt ansvar for asylbarn uttrykker bekymring for barnas psykiske helse. En ting er hva de kommer med til mottaket, en helt annen ting er at de tydelig får det verre av å bo der, sier hun, samstemt med mange i utvalget. En helsearbeider forteller: ”De lever i en ekstremt marginalisert tilværelse. Man blir deprimert av å se hvordan de bor der!” Hun forteller om familier som bor fem stykker på et rom og der skal alt skje. Der skal de voksne leve sitt liv, og barna skal leve sitt. Der skal de lage mat og innta måltider, de skal krangle, elske, utvikle seg og leve livet under forhold som er helt ekstreme, og med stor angst. Hun har bedt noen foreldre om å skjerme barnet sitt. Foreldrene rettet da spørsmål om hvordan de kan gjøre det når en familie på fem personer har et rom å bo på. Flere av pedagogene og helsearbeiderne kommenterer at det er dårlig lukt og atmosfære på mottaket, og at mottaket er fysisk dårlig holdt. At det ikke er barn som leker ute, til tross for hvor mange barn som bor der, går inn på flere av de ansatte. Foreldrene holder barna inne i frykt fordi det er så mange etniske konflikter mellom mennesker som bor på mottaket, det oppleves ikke som et trygt sted å sende barna ut i lek. Det er et forgiftet miljø, forteller en ansatt.

4.3.2 Ventetiden påvirker

Hvor lenge barna må bo på mottaket påvirker deres psykiske helse, forteller flere. Noen barn har bodd der i ett år, andre i ni år. En helsearbeider viser til en gruppe hun ledet hvor barna selv fikk velge tema, og ville snakke om hvordan det påvirket dem å bo så lenge i mottak. Helsearbeideren forteller: ”Mange av barna ser ikke noe lys i forhold til dette, men en sa: `Vi kan jo gå ut i naturen og plukke bjørnebær!` Og da sa en som hadde vært der i snart ni år: `Natur og bjørnebær? Hva hjelper det for å få positivt og kommune?` Det er slikt de snakker om!” En helsearbeider forteller om en fireåring som hadde fortalt sin mor at noen hadde blitt tvangsutsendt, eller lignende ord. Barnas vokabular røper hvilken verden de lever i og hva som opptar dem, forteller flere av helsearbeiderne og pedagogene. ”Har du fått kommune, har du fått positiv?” Med positiv menes oppholdstillatelse. Etter at de har fått oppholdstillatelse følger en ny prosess der de må vente på å få tildelt en kommune som vil være vertskap og ta imot dem. Dette er vanlige spørsmål som barna er veldig opptatt av, det er de første ordene mange barn lærer og en kan høre dem prate med hverandre om det. Barna prater om så som politiet, ”the port” og mange av dem er redde. Redde for framtiden og redde for at politiet

plutselig vil dukke opp og hente dem. Norske barn ville aldri skjønt hva disse barna prater om, sier flere av de ansatte. Denne uroen og uvissheten for framtiden og redselen for at politiet kommer og henter dem, beskriver en helsearbeider som en konstant angst som barna lever under når de er på mottaket.

En sosialantropolog i utvalget var ansatt ved en helseinstitusjon og brukte sin kulturelle kompetanse i samarbeidet med helsearbeidere for å styrke innsikt og forståelse i møte med asylbarn og flyktninger. Hun poengterte at lovverket tilknyttet asylbarn har med menneskerettighetene å gjøre, at et hvert barn, også i eksil, har bestemte rettigheter, så som rett på helsehjelp, inntil saken deres blir vurdert. En sak om ungdommer har irritert henne mest. De venter med å behandle saken til barna er myndige, så de kan sende dem hjem, og det er helt planlagt mener hun. Barna bruker da mange år av sitt liv på å sitte her i asyl, for så å sendes tilbake til en usikret tilværelse. ”Dette er en inhuman måte å behandle barna på!”, sier sosialantropologen med økt stemmevolum. Loven bør endres slik at barn som oppholder seg som asylsøkere i Norge før fylte atten år, må få automatisk opphold i Norge, så lenge de er her uten foreldre, mener hun. Dette er noe av det politiske som har vært vanskelig for henne og mange rundt henne å forstå, forteller hun. En ansatt på en skole som har ansvar for asylbarn, sier:

”Man kan jo bare selv tenke seg hva det gjør med en å bo der og hva det gjør med en å ikke bli trodd av norske myndigheter eksempelvis! Det å gå i år etter år og ikke få vite noe om sin framtid! Selv om barna er et levende bevis på hva familien har opplevd, blir mange ikke trodd av myndighetene!”

Hun forteller at ved skolen ser de mye uvisshet og redsel for å måtte reise tilbake til hjemlandet. En familie hadde fått opphold og viste stor glede over det. Siden anket UNE saken. De kunne se uro i atferden til barnet. En ansatt bekrefter dette flere har sagt om at Norge må ha en politikk som hindrer dette tidsaspektet der barnas sak drar ut år etter år, og hun forteller: ”Vi har snakket mye om dette at Norge som stat må jo ha en politikk som, altså dette med tidsaspektet, det er helt umenneskelig!”

En helsearbeider påpeker at barn snakker et atferdspråk og når barna begynner å endre atferd må man spørre seg om hvor mye som handler om barna, og hvor mye som handler om omgivelsene. Helsearbeiderne ser barn med en blanding av ADHD og utviklingsforstyrrelser og forsinkelser, barn som utagerer, er aggressive og har tilknytningsvansker. Det er ofte et veldig kompleks bilde ved asylbarna. En helsearbeider forteller: ”De største og viktigste behovene asylbarna har er å trygge rammene rundt livet sitt. Det vil si å ha trygge foreldre, og

det har de ikke, så lenge de lever papirløse eller er asylsøkere og ikke vet hva framtiden blir.” Hun mener derfor at barn ikke kan være lenge i Norge før de blir sendt til der de skal være for det er skadelig for deres utvikling. I tillegg mister de troen på at mennesker er noe å stole på, troen på at noe er vits i, de ser ikke mening i å gå på skole å lære noe, og mange er deprimerte. ”Det er forferdelig at vi har en politikk som skaper en sånn underklasse av deprimerte barn, synes jeg er så alvorlig! Det er en skam! Det er et brudd med konvensjonen og alt,” forteller helsearbeideren fra psykiatrien.

Politikk gjeldende for de ikke returnerbare asylsøkere, de med hjemland hvis ikke har returavtale med Norge, slik som det har vært med Etiopia og Eritrea, er også svært problematisk, mener flere av informantene. En sier hun ser at ikke alle kan få opphold, men det problematiske i disse tilfellene er at asylsøkerne blir igjen i Norge, selv når de ikke får opphold og får da ikke støtte av staten. De får heller ikke lov til å bidra i arbeidsliv selv om de ønsker det, de nektes arbeidstillatelse. Hvordan kan de leve, om du støtter ditt svar på Menneskerettighetene og barnekonvensjonen, spør hun. Hun mener de i alle fall må få arbeidstillatelse, slik at de kan tjene og betale skatt som alle andre. Det er en minste forutsetning til å skulle kunne klare seg, mener hun.

En pedagog som har jobbet både i flyktningbarnehage og barnehage i asylmottak forteller om foreldre og trygghet under eksiltilværelsen. Hun opplever at det er mer trygghet i hjemmene hos flyktningene enn hos asylsøkerne. Hun mener det kan ses i sammenheng med at foreldrene som er flyktninger har en mer stabil livssituasjon enn asylsøkere. Flyktningene har kommet vekk fra det vanskelige, og de har fått leilighet, skoletilbud og mer. Blant asylsøkere er foreldre som ikke har noen ting. Noen av dem har skole, andre har det ikke. Flere har fått avslag og går og venter på at politiet kan komme og hente dem på døren for å returnere dem. Denne usikkerheten smitter over på barna, mener pedagogen, og hun sier. ”Du merker på en helt annen måte at de ikke har tryggheten, fordi foreldrene har den ikke! Foreldrene viser stor omsorg for ungene, men de er preget av at de ikke vet hva som skal skje i morgen!” En helsearbeider i psykiatrien sier at det er vanlig med mye angst og usikkerhet hos barna, i forhold til hvordan ting vil bli. Mye er knyttet til oppholdstillatelse, hvor de skal bo og hvem de skal bo med, en kaotisk situasjon.

En helsearbeider som arbeider med flere asylbarns foreldre innen psykiatrien, forteller at mange er svært dårlige når de kommer til sykehuset for behandling. Årsaken til det er kompleks, mener han og sier: ”Mange blir dårlige av å bo i asylmottak i årevis uten å få vite

om de får opphold. Det er også sykdomsgenererende!” Han forteller at mange har problemer fra før og i tillegg blir de utsatt for ventesituasjonen i Norge.

Det å være lenge i en slik situasjon at du ikke vet hvordan det går med ditt livsprosjekt er ekstremt destruktivt, også i forhold til rollen som foreldre. Usikkerheten i forhold til livsprosjektet fører til mindre trygghet og framtid å presentere for barna sine også ... Mange er fortvilet fordi de ikke synes de fungerer godt nok som foreldre!

En helsearbeider fra psykiatrien forteller om traumatisering grunnet statusfall i eksiltilværelsen. ”Det er ingenting på mottaket som signaliserer at de er velkomne eller at de betyr noe, er viktige eller at noen bryr seg! Disse signalene er traumatiserende!” Han mener det står i kontrast til hvordan sykehuset ved nybygging av lokaler til psykiatriavdelingene la vekt på at folk skulle føle seg verdige når de kom inn dit. Helsearbeideren får også ofte høre asylsøkerne, at de føler seg sett ned på i samfunnet.

4.3.3 Barns hensyn i asylsakene

Ansatte vektlegger deres syn på at barnets psykiske helse må tas med i vurderingen av søknad om opphold. Sakkyndig psykiatrisk kompetanse etterlyses så vel som kulturell kompetanse vedrørende avgjørelser av asylsaker og i intervjuene. En helsearbeider mener det er lite sakkyndig vurdering i forhold til dette nå og sier at hvis det gjelder psykose blir det tatt opp litt angående foreldre- barn relasjonen. Helsearbeideren har selv skrevet helseerklæringer gjeldende asylbarns psykiske helse. Disse brukes til dokumentasjon i asylsaken. Man kan søke asyl på ny dersom man har nye opplysninger, og det er dette hun har jobbet med i dokumentasjonen av barnas psykiske helsetilstand. I noen tilfeller har disse helseerklæringene ført til at familiene fikk oppholdstillatelse. Men generelt spør de ikke etter barnas helsetilstand i det hele tatt, meddeler hun. Foreldrene er for engstelige til å komme på det i begynnelsen, så dette må vi huske å spørre om, seier hun. Hun uttrykker sterk misnøye med at barn på syv år kan høres i asylsaken. Det er vel ingen som tror at et barn på syv år som blir hørt av en fremmed instans vil si sannheten. Hvis barna sier noe annet enn foreldrene kan det føre til at foreldrene blir utvist. Det kan ødelegge troverdigheten at barna har en annen historie. Dette er veldig komplekst. Det er ingen psykiater med i disse intervjuene, meddeler hun.

En helsearbeider forteller om en sak der far ble utvist av landet. Familien hadde bodd i Norge lenge og barna hadde gått på skole i Norge i mange år. De var født i Norge. På tross av dette ble barna utvist fra landet på grunn av fars sak. Helsearbeideren mener at barnets beste ikke ble vurdert i saken i det hele tatt, men at det var vurderingen av foreldrene som styrte hele

saken til barnet. Den ansatte legger vekt på at politikken må preges av at barnas sak blir sett og hørt i asylsaker.

Flere pedagoger og helsearbeidere forteller at de har sett mange barn som har bodd i mottak i mange år bli hentet og returnert til hjemlandet. Mange av dem har hatt store deler av, eller hele oppveksten sin i Norge. Barna har da etablert seg i skole og annet, i kanskje det eneste landet de har bodd i. Det er opprivende for barn som er født i Norge, når familien tvinges til å flytte til et land barnet ikke kjenner. Politisk hold bør legge vekt på barn som er født i Norge når de vurderer asylsaken. Det er noe flere av de ansatte tok opp i intervjuene.

”Systemet i Norge tar ikke hensyn til mennesket!” Det forteller en av de ansatte som jobber spesielt med asyl og flyktningsbarn. Hun fortsetter med en historie som et eksempel på det hun her uttaler. En jente hadde blitt ført til Norge via menneskehandel. Politiet og KRIPOS jobbet med saken, sammen med barnevernet. Mot egen vilje ble jenten tvangsplassert, søkt via fylkesnemnda som tok omsorg for henne og oppnevnte en hjelpeverge. De hadde ikke engang tenkt å søke opphold for henne. Siden fikk hun avslag på søknad om oppholdstillatelse. Etter seks år var sakens tilstand for denne jenten slik at hun ikke hadde fått opphold og stod for tur til å bli sendt tilbake. ”Det er områder som en norsk unge ikke ville ha opplevd i det hele tatt! Mennesker bak, enkeltpersoner, disse barna blir behandlet som en gruppe, ikke som personer. Jeg synes ikke UDI gjør menneskelige hensyn! Det er så dumt, det er så dumt at det går ikke an!” Hun fortsetter med en historie som angår noe av det samme. En annen jente kom til landet på falsk pass, men UDI ga opphold. Når denne jenten hadde slått seg til ro, oppga hun at hun hadde oppgitt feil identitet, som fødselsdato og navn. Hun søkte UDI om å forandre til riktig navn. UDI svarte at hun måtte ha det navnet hun hadde søkt opphold på. Senere søkte hun statsborgerskap, noe man kan få etter fem år, men jenten fikk avslag med begrunnelse at hun hadde en uklar identitet. ”Det skulle ikke vært lov! Jenta var tolv år når hun kom til Norge! Hvilken tolvåring, hvem norsk tolvåring som kommer med et utsagn, er nødt til å bli fulgt av det for resten av livet?! Det er forskjellsbehandling! Det er håpløst! Sånne ting syns jeg er håpløst!”

4.4 Å leve med traumatiserte foreldre

Barnas næreste sosiale nettverk er foreldrene, om de ikke er enslige mindreårige. Den påvirkning foreldrenes psyke har på barna ble til stadighet poengtert i intervjuene i dette

prosjektet. De ansatte var svært opptatt av at å hjelpe barna måtte i ytterste konsekvens innebære å hjelpe deres foreldre.

Mange av foreldrene er selv traumatiserte. Foreldre forteller om egen psykisk helse at de har søvnevansker og mareritt, posttraumatiske lidelser. Mange har posttraumatiske stresslidelser komplisert med depresjon og angst i tillegg. De lever med minner. Noen har mistet alt i krig, hus og jord, naboer og familie. For noen er jorden viktig fordi de knytter troen på forfedre til den, og de kan oppleve stor frykt fordi de lever så langt fra sine forfedre. Noen av dem har opplevd at ektemannen er blitt skutt og sett barnet sitt bli drept. Det å leve med traumer fra fortiden, og det pågående traumet som er ved å leve som asylsøker i mottak uten å vite om en selv og sine barn er trygg for fremtiden, det kan få foreldre som i utgangspunktet er gode og omsorgsfulle til å ikke lenger være trygge nok foreldre. Mange av barna har symptomer som ligner tilknytningsforstyrrelser. De får en generasjonsoverført traumatisering. Dersom foreldrene er traumatisert så innebærer det en risiko for barnas psykiske helse. Lider foreldrene psykisk, lider barna. Det er vanskelig å være forelder når en sliter med psykisk helse. En av de viktigste oppgavene foreldre har er å skape trygge rammer og trygge omgivelser for barna sine, det er vanskelig hvis en er asylsøker over lang tid, forteller en helsearbeider fra psykiatrien. Mange foreldre er så slitne at de ikke ser hvordan barna har det, forteller flere. Noen foreldre er ikke til stede i konsultasjonene hos helsevesenet i det hele tatt og de sliter med å følge opp i skolen. Noen tar opp ting med helsevesenet eller barnevernet selv, mens andre dekker over at de sliter tross store vanskeligheter i familien. En av helsearbeiderne forteller at det er mye psykisk vold i disse familiene. En pedagog i barnehagen ved mottaket opplever at der foreldrene sliter psykisk blir barna mer søkende etter oppmerksomhet, anerkjennelse og søker fysisk anerkjennende kontakt. Sliter foreldrene mer, så utagerer ungene mer, sier hun. Andre blir mer innesluttet. De merker ofte på barna når hjemmesituasjonen blir tøff. Flere av de ansatte knyttet til asylbarn er fokuserte på å hjelpe og støtte foreldrene i foreldrerollen slik at de kan fungere godt, og at det ikke skal bli nødvendig at barnevernet må ta barna fra dem. Dette ser flere av de ansatte som en svært viktig faktor for at barna skal få bedret psykisk helse.

4.5 Møte med nytt samfunn; barrierer til helsevesenet

Det er mange flere barrierer for en innvanderer for å nå det norske helsevesen enn det er for nordmenn generelt. Asylsøkerne kommer til et nytt samfunn der de hverken kjenner helsetjenesten eller hjelpeapparatet. Dette forteller en av helsearbeiderne og sier videre "Det

skal være like muligheter og lik tilgang til å få hjelp, men det er det ikke nå. Det er derfor viktig at helsevesenet jobber med å få tak i dette!”

4.5.1 Barrierer ved å søke hjelp og å bli forstått

Fordi asylsøkerne ikke er kjent med helsevesenet, hvordan det fungerer og er organisert, skal det mye til for at de sier i fra at de har problemer og trenger hjelp. På mottak får noen av asylbarna og deres foreldre hjelp til å se at de trenger mer hjelp og kan hjelpes inn i systemet. Ellers kreves det at de selv vet at de har et problem, at de trenger hjelp, og at helsevesenet har noe å tilby dem. Dette krever kompetanse om det norske samfunn, sier flere av helsearbeiderne. Etter et vanlig henvisningsløp må pasienter kontakte fastlege og forklare seg for så å bli henvist til psykiater. Det er lett for at fastlegen tolker ut fra sin egen forståelse, og da kan det se normalt ut. Her kreves det at fastlegen kan se det underliggende for å i det hele tatt forstå at dette har med psykiatri å gjøre. Første barriere er å søke hjelp, andre er barrieren at fastlegen må forstå det egentlige problemet og for asylsøkerne å få det fram for legen. Videre kan det være en barriere hvorvidt fastlegen sender henvisning videre, og hva han/hun informerer om. Neste instans er barnepsykiatrien som skal gjøre sin vurdering ut fra fastlegens informasjon i henvisningen og beslutte om det er noe de kan gjøre noe med. Og i konsultasjonen barnet får i møte med BUP blir det en ny barriere, om barnepsykiater eller psykolog mestrer å forstå hva problemet egentlig handler om, ut fra et kulturelt perspektiv. En ansatt i BUP sier at de ser enda flere barrierer før barna får hjelp. Som tiltak for å slippe en del av barrierene har noen ansatte begynt et samarbeid der en barnepsykiater reiser til mottaket der barna og familiene deres er, samt ha mye tettere samarbeid med skolen barna går på og helsestasjon for asylsøkere.

4.5.2 Utfordringer ved å følge opp asylbarn med behov for psykisk helsetilbud innen psykiatri

En utfordring er at flere ikke møter til avtaler i helsevesenet, forteller flere helsearbeidere. De har et annet forhold til tid, fra sin kultur. De er heller ikke geografisk kjent. Det som kom mest fram og ble mest omtalt i intervjuene var likevel at mange ikke har krefter til å følge opp på grunn av belastning fra traumer og på grunn av en svært vanskelig livssituasjon. Helsestasjonen ved mottaket har et veldig bra tilbud, men ser at de som ikke kommer ofte er de mest utkjørte. Mange foreldre orker ikke eller husker ikke avtaler de har der barnet er henvist fordi de selv er så slitne. Dette gjelder oppfølging i helsevesen så vel som i skole og i

barnevernssaker. Disse må man være oppmerksom på og gjøre noe aktivt for å få tak i, uttaler flere. En sosialantropologisk veileder i utvalget har fulgt flere barnevernssaker og forteller om saksgangen at foreldrene ofte har mindre menneskelige resurser da de er slitne på grunn av fortiden og har lite overskudd til å kjempe i et nytt samfunn. Der er avgjørende for en god saksgang at de kan forklare seg og gjøre seg forstått. Noen foreldre blir oppgitt fordi de ikke vet veien å gå, de klager ikke, de blir handlingslammet. Dette er komplikasjoner som medvirker til en vanskelig og ofte urettferdig saksgang, mener sosialantropologen.

4.6 Når hjelpen når fram

Enslige mindreårige asylsøkere har samme tilbud på helsestasjonen for asylsøkere som norske barn har på ungdomshelsestasjon. De har rett på samme helsehjelp som norsk ungdom, men hva som er "nødvendig helsehjelp" er noe alle vil diskutere, sier en av de ansatte som jobber med ungdommene. Rett til helsehjelp omtales i neste underkapittel.

Flere ansatte ved helsestasjonen synes de får gitt mange et godt helsetilbud, men behovene er også store og mange. De er komplekse. De har flere konsultasjoner med familiene enn det som er vanlig på helsestasjoner. En helsearbeider mener det er et lavterskeltilbud, som hun tror er viktig for trygghetsfølelsen til familiene, det at de er tilgjengelige. Men det er mange ganger hun undrer seg over om det kommer til å gå bra med barna, i tilfeller der barna er henvist til barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) eller andre instanser, og hun lurer på hvordan oppveksten deres vil bli. Generelt oppfatter helsearbeideren ved helsestasjonen at barna får hjelp i BUP. Hun forteller at mange barn som har hatt problemer har fått synlige resultater på språk og aggresjonsnivå. Det er utrolig meningsfylt at det hjelper, sier hun.

En av de ansatte på helsestasjonen ved mottaket forteller om flere lysglimt som gjør at det er godt å jobbe der også. For de ser at barn under deres omsorg utvikler seg og får bedre psykisk helse. Hun sier: "Mange familier må bo på mottaket i flere år, og det skulle man tro var veldig traume i seg selv, men vi ser også at en del familier fungerer faktisk ganske bra til tross for en veldig vanskelig situasjon, og det har med at det er hjelp å få!" Hun forteller om tilbud i barnehagen ved mottaket, om hjelp på helsestasjonen ved mottaket og hjelp i deres nære samarbeid med BUP.

4.7 Rett til helsehjelp

Det bred enighet i utvalget at asylsøkere ikke får de helsetjenestene de har rettigheter til er, og mange ansatte meddelte en sterk frustrasjon over dette. Det er forskjellige faktorer som gjør at de i praksis ikke får det de har rett på. Noen årsaksforklaringer de ansatte møter er mangel på nok rammer og manglende økonomi. Stykkprisen blir høyere da dette er pasienter som tar lenger tid i behandling, mange møter ikke til avtalt tid, og det må leies inn og betales for tolk. Det er mange asylsøkere som ikke får den behandling de trenger både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. En psykiater forteller: "Undersøkelser viser at disse pasientene blir sjeldnere innlagt og at de er sykere når de blir innlagt!" Dette er sammenlignet med ordinær befolkning. Dette gjelder i voksenpsykiatrien, der mange av foreldrene har behov for hjelp i følge flere av helsearbeiderne. Det påvirker barna hvilken helsehjelp foreldrene får med sin psykiske helse.

Noen av helsearbeiderne informerer om en poliklinikk innen transkulturell psykiatri. Den er nylig oppstartet etter mange års prosess. Det er den første poliklinikken i landet innenfor transkulturell psykiatri. Poliklinikken skal drive forskning, veiledning og undervisning for første og andre linjetjeneste. På grunn av store kliniske behov må de jobbe nøye med selektering, hvilke problemstillinger de skal jobbe med. Mer satsning på organisering av veiledning, på sengepostene på sykehuset, på distriktpsikiatriske enheter og på poliklinikkene, vil gjøre at de kan nå flere med bedre tilbud og kvalitet. Men poliklinikken vil ikke klare å møte alle behov, forteller helsearbeideren.

Om man henviser foreldre til eksempelvis psykiatrisk poliklinikk, så har de kun rett på øyeblikkelig hjelp, men definisjonen på dette er uklar og blir lett overlatt til den enkelte avdelingen eller saksbehandler å avklare, forteller flere av helsearbeiderne. Øyeblikkelig hjelp innen psykiatrien kan være komplisert. For om du har foreldre som er veldig deprimerte, men ikke holder på å ta livet av seg, er det øyeblikkelig hjelp? For barna blir det øyeblikkelig hjelp, påpeker en av helsearbeiderne i psykiatrien

I forhold til barnekonvensjonen og norsk lov er det inkorporert at barn har alle mulige rettigheter til hjelp i helsevesenet, uavhengig av asylstatus. Men det har ikke foreldrene. Da ser vi ofte at barna kan få hjelp, men ikke foreldrene, og det viktigste barna trenger er nettopp det å ha oppegående foreldre, forteller en helsearbeider. Hun mener at egentlig skulle det at barn har krav på alle rettigheter også bety at foreldrene også hadde rett til det og sier "Det blir for meg helt absurd å skille det!"

Mange av de ansatte opplever at asylbarna ikke prioriteres nok når offentlige midler skal fordeles, det være seg prioriteringer i psykiatrien, ekstra støtte ved spesielle behov i skolen, og så som støtte til kurs og kompetanseheving i et fagfelt som krever mer spesialkompetanse enn flere av de ansatte sitter på fra sine utdanningsløp. Økonomiske midler og budsjettprioriteringer er noe som opptar ansatte ved skolen som har ansvar for asylbarna. De er bekymret for hvordan de skal kunne følge asylbarna opp på en god måte etter nytt budsjettforslag fra rådmannen som ikke inneholder midler til miljøterapeut. En skole med spesielt ansvar for asylbarn har likevel valgt å sette inn ekstra personell på egen, men begrenset regning. Det gjelder spesielt med tanke på de barna som faller utenfor paragrafene og har store behov innenfor psykisk helse. En helsearbeider foreller fra samarbeid med barnehage at det er et problem at det kreves en ferdigstilt diagnose før ekstra innsats settes inn for asylbarn med spesielle behov. Dette er problematisk nettopp fordi det er så mange barrierer til helsevesenet for asylsøkere og fordi det generelt kan ta tid å komme fram til en diagnose. Barnet kan ha behov for hjelp lenge før det. Et resultat av dette, et tiltak, har ført til nærere samarbeid mellom barnepsykiatrien og barnehage, der førstnevnte har gjort seg mer tilgjengelig slik at det blir mulig å stille diagnoser tidligere og barnet således kan få mulighet til å få bevilget et bedre støtteapparat i barnehagen.

En helsearbeider med ansvar for asylbarn og flyktninger sier om sin plass i fagmiljøet:

Det er livsfarlig når det blir en person som får så mye makt og betydning i forhold til dette feltet, fordi at vi alle har så mange blinde flekker. Dette er et felt vi må gjøre i fellesskap fordi det er så tverrfaglig, ... jeg har måttet gå en lang vei og slåss for å få gehør om dette ... og jeg har sagt at dette er så slitsomt, og det er så mange oppgaver at jeg må få med meg noen. Jeg har ikke fått med meg noen ... Noen sier at vi ikke har kapasitet til å jobbe med dette!

En helsearbeider forteller om en alvorlig traumatisert gutt, trolig også med noe hjerneorganisk problematikk, som hadde behov for en bred utredning ved BUP. Saken ble vurdert slik at ingen hadde kapasitet til å ta ham. I stedet ble det prioritert å hjelpe en jente i en fosterfamilie hvis fosterforeldre var bekymret fordi jenten ikke var glad nok i å gå tur i skogen. ”Det syntes jeg var så vanskelig å akseptere! ... sånn går det ikke an å gjøre det!” Helsearbeideren etterlyser både erfaring og kunnskap i forhold til denne pasientgruppen og mener begge deler er mangelfulle i norsk helsevesen.

Flere ansatte ved helsestasjon for asylsøkere føler de tar på seg mer enn de burde, at de ikke får asylbarna inn der de skulle hatt hjelp. En av dem forteller at en av ungdommene på mottaket var en av dem som opplevde Utøya 22.juli. Han fikk vesentlig mer oppfølging av sin

traume enn det de andre ungdommene på mottaket får for sine traumer. De har store traumer de sliter med uten å få hjelp. Hun unner dem mer oppfølging.

Utover helsevesenet har en sosialantropolog og en ansatt i barnevernet uttrykt seg om rettigheter og ulikheter som vedrører asylbarns psykiske helse. En sosialantropolog med ansvar for asylsøkere og flyktninger som et av sine spesialfelt, forteller om barnevernssaker blant asylsøkere at det er utfordringer ved at de ikke har råd til advokat utenom det som følger Fri rettshjelp. Det innebærer at advokatene har svært begrenset tid per sak, samtidig med at asylsøkerne har begrenset språk og får kanskje ikke gjort seg forstått. Asylsøkerne kjenner ikke systemet, har problemer som tynger dem fra før og ender opp med å bli handlingslammet. En ansatt med kjennskap til barnevernet forteller om tilbud til enslige mindreårige asylbarn som har fått opphold:

”Vi skulle ha blitt bedre ... Vi ønsker at fosterbarn, norske fosterbarn, skal få bo hjemme like lenge som andre unger gjør, at de på en måte skal få nyte godt av det. Men jeg føler ikke at vi gjør det samme med de enslige mindreårige, men jeg tenker at de kanskje i enda større grad har behov for det.”

4.8 Behov for helsehjelp og behov for metodeutvikling

Mange av barnas foreldre blir henvist innen psykiatrien, distriktspsykiatrisk og på sykehuset. Om henvisninger til sykehuset forteller ansatte ved helsestasjon ved mottak at det er vanskelig å få hjelp i psykiatrien. ”Men det som ikke er enkelt, det er dette med å henvise, for veldig mange kommer veldig fort ut fordi det står at de ikke blir tatt inn på grunn av at tilstanden er situasjonsbetinget!” Begrunnelsen var at de lever i vanskeligheter her og nå som asylsøkere på asylmottak, da kunne ikke psykiatrien hjelpe. For få år siden, før denne helsestasjonen for asylsøkere hadde knyttet nært samarbeid med barnepsykiater i BUP som har engasjert seg for asylbarn og flyktningbarn, var det ikke lett å få barna inn i BUP, sier ansatt ved helsestasjon. Hun legger til at barnepsykiateren som her omtales er en entusiastisk person som forsøker å hjelpe disse barna. I tiden før denne samarbeidspartneren kom, hadde de på helsestasjonen en jente som tydelig slet med selvmordstanker. Svar på henvisning fra BUP var at det å ta imot henne var kontraindisert. «Kontraindikasjon er et forhold som i et spesielt tilfelle taler imot en viss handlemåte, eksempelvis en behandlingsmetode.» (SML 2015). Jentens mangel på oppholdstillatelse ble sett på som en kontraindikasjon, og var det som ble lagt til grunn for å avslå behandlingstilbud. ”Da ble vi helt sjokkerte!” Helsearbeideren ved helsestasjonen forteller at de brukte barnekonvensjonen i en klage, og søkte igjen. Da kom jenten inn og fikk

skikkelig hjelp fra BUP, familien fikk opphold og hun kom seg. ”Men det var forferdelig for oss å få det svaret!” Dette forteller helsestasjonsansatt som tok på seg å ha samtaler daglig eller annenhver dag for å holde jenten oppe til hun fikk profesjonell hjelp.

I psykiatrien er det et omdiskutert tema om asylbarn skal behandles mens de lever under pågående traumer i en usikker situasjon i mottak. Dette forteller flere helsearbeidere og en av dem etterlyser at denne debatten blir mer åpenlys enn den er nå. Traumene barna og foreldrene har fra før regnes som en indikasjon for behandling, med det menes at det er en grunn for at de trenger behandling. Derimot regnes de pågående traumene som følger det å være asylsøker av flere fagpersoner som en kontraindikasjon, et forhold som taler imot behandling. En helsearbeider fra psykiatrien mener dette er en helt feil debatt, at spørsmålet ikke er enten eller, men hvordan man kan hjelpe med begge deler, de pågående traumene, og de fra historien. Hun mener det har med hva slags terapibegrep man har. Hvis en tenker at pasienten skal ligge på benken og assosiere frykt vedrørende sine traumer, så er det ikke kulturelt adekvat terapi for disse menneskene, men det er ofte det den norske fagligheten kommer med, mener hun. Vi tilbyr våre vestlige metoder, hvilke blir skjeve i forhold til denne populasjonen, mener hun. Men hun er enig i at det er et faglig dilemma hvor mye en kan gjøre for et barn og en familie som lever i traumene. En kan ikke begynne å bearbeide pågående traumer, som det å leve med uavklart fremtid i henhold til asylsaken. Personen må være trygg, den må ha kommet ut av den traumatiske situasjonen, rammene må være trygge før en kan starte med tilnærming.

En helsearbeider mener at vi i Norge, Europa og USA tror at det vi gjør gjelder for hele verden. Vi har i norsk psykiatri en ide om at vi skal bearbeide traumer og at dette er det viktigste. Hun viser til traumeindustrien, det at vestlige traumespesialister reiser rundt og tror det er sånn det er i hele verden, men det er det jo ikke, sier hun. Nå viser forskning at i Norge gjør man feil med å skulle debriefe og snakke mye om dette. Forskningen viser at det kan være smartere å ikke gjøre det i følge helsearbeideren. Man bør i stedet vektlegge støttesamtaler i begynnelsen. I forhold til meninger om at psykiatrien ikke kan gjøre noe for disse menneskene før de har fått oppholdstillatelse, mener hun at man kanskje ikke skal gjøre de tradisjonelle tingene man har pleid å gjøre, men at man kanskje må gjøre noe nytt. Det innebærer at vi må utvikle våre metoder. Hun mener man må jobbe med de voksne rundt barna, i mottakene og i skolen, for å gjøre livssituasjonen trygg i en helt desperat vanskelig situasjon. Hun viser til en undersøkelse gjort på Stavanger Universitetssykehus, på barnepsykiatrisk, blant annet blant flyktningbarn som mottok behandling for PTSD,

posttraumatisk stressyndrom. Her var det foreldre som hadde uttrykt at de ikke orket og ikke var i stand til å gå inn å forholde seg til traumene de hadde opplevd, det var for vanskelig for dem sa de. Barnepsykiatrisk sitt svar på problemet var at de avsluttet saken. Helsearbeideren stiller spørsmål ved om man kunne løst dette på en annen måte og hvilke metoder man kunne brukt til det. Flere av de ansatte poengterer dette med behovet for nye og tilpassede metoder, samt behovet for å se på dette tverrfaglig, og løse det i fellesskap. Helsevesenet og psykiatrien kan ikke gjøre det alene, de kan ikke skaffe bolig og trygge rammer, men de kan gå inn og se på om det er noe vedrørende barnas problemer de har metoder til å hjelpe dem med.

En annen helsearbeider fortalte at for mange er det viktigere å gå på skole enn til psykiater. Han mener også at undervisning om norsk språk og levesett er helt elementært også i forhold til hvordan deres psykiske helse utvikler seg. Det å holde på med noe meningsfullt og utfordrende fremmer god psykisk helse. Denne helsearbeideren mener likevel at noen er så syke at det er viktig for dem å få behandling, og at de må behandles før de kan komme i gang med skole eller jobb, fungere i familieliv, eller noen som helst sosial aktivitet. Andre kan vente med behandling og noen kan ha behandling og aktivitet parallelt. ”Jeg tenker at noen av dem har alvorlige posttraumatiske forstyrrelser som hemmer dem veldig både i forhold til å fungere i familie, lære seg norsk, vansker for å konsentrere seg. Altså en del av funksjonene som egentlig skal gjøre at du klarer å mestre tilværelsen som asylsøker.” Denne helsearbeideren er også uenig i at en må vente med behandling til situasjonen med oppholdstillatelse er løst. Han mener det er behov for forbedringer i det å hjelpe mennesker i en ustabil livsfase. Kognitiv terapi er en metode som blir mye brukt, og her har det vært en standard at man ikke skal drive terapi til mennesker i ustabile situasjoner. Det er helt urealistisk for denne gruppen sier helsearbeideren og legger til:

Jeg tenker at vi må utvikle tilnærminger som tar høyde for at folk er i en usikker situasjon, og gjøre det vi kan for å bistå dem der helt grunnleggende ting ikke er på plass, der folk ikke vet om de blir sendt tilbake eller om de får bli. Så jeg synes ikke vi kan avvise asylsøkere for at de må vente til de får oppholdstillatelse for å få behandling, det synes jeg blir feil. Jeg tenker at noen av asylsøkerne er folk som i aller høyeste grad trenger behandling og støtte, selv om det er risiko for å bli sendt ut i morgen.

4.9 Kompetanse

De fleste av de ansatte føler seg ofte alene i sin sammenheng, noe de fleste fortalte i intervjuene i dette prosjektet. Det er ofte lite forståelse og kunnskap å hente fra kollegaer i de instansene eller rammene de jobber innenfor, både kompetanse innen psykiatri i forhold til

asylsøkere, og kultur. Samarbeid på tvers av fag og instanser har derfor vært viktig for mange, for å øke kompetanse. De opplever et enormt behov for spesialkompetanse på området og savner mer satsing på kompetanseheving fra det offentlige. Det er ikke nok fokus på problemstillingene de møter i arbeidet med asylbarn, mener mange. Det er vanskelig å få det inn som obligatorisk stoff i utdanningen for barnepsykiatri og i vanlige kurs og utdanningsløp under sykehuset er det ingenting om slike tema. Flere savner å få mer støtte til kurs. Det finnes fagmiljøer i Norge som jobber med noen av disse problemstillingene, men dette er det mest av internasjonalt. De ansatte opplever liten eller ingen støtte fra arbeidsgiver når det gjelder kompetanseutvikling på feltet. Det er helt opp til dem selv å finne ut av dette og bygge egen kompetanse. En barnepsykiater blir nevnt av mange som en god og viktig samarbeidspartner som de diskuterer saker med og lærer mye av.

En del BUP-avdelinger rundt i landet driver veiledning for enslige mindreårige som bor i mottak. ”Men noen ganger lurer jeg på hvor mye de kan veilede på det som går på det kulturspesifikke, hvor er kompetansen i forhold til det?” Denne kulturspesifikke kompetansen etterspørres av en helsearbeider i studien. Hun etterlyser både erfaring og kunnskap i forhold til denne pasientgruppen og mener begge deler er mangelvare i norsk helsevesen.

De fleste av de ansatte i studien som jobber spesielt med asylsøkere i feltarbeidet har kompetanse fra tidligere relevante jobber, ekstra utdanning eller utenlands erfaringer, som gir dem kunnskap og videre mestringsfølelse. De påpekte til stadighet viktigheten av kulturkompetanse i arbeidet med asylbarn. En forteller: ”Mange uten denne kompetansen med det flerkulturelle kan lett få flere frustrasjoner over kulturforskjeller... det blir ganske mange hinder i veien dersom du ikke har kulturkunnskap på forhånd.” Denne helsearbeideren forteller at de har mye bra opplegg på hennes arbeidsfelt generelt, men: ”vi blir nøtt til å se utover det for å dekke behovene vi møter her.” Hun kunne tenkt seg å lære metode for samtale med disse barna.

Behovet for kulturkompetanse i helse og sosialvesenet har økt kraftig i takt med et atskillig høyere antall saker der kompetansen er av betydelig relevans for en god sakkyndig faglig vurdering, og mye feil blir gjort om man ikke inkluderer kulturell kompetanse. Ikke bare gjelder det rett diagnostisering i helsevesenet, men også så som saksgang i barnevernet. Flere i utvalget har anvendt sin kompetanse ved å være sakkyndig i kulturkunnskap eller psykiatri i rettssaker under barnevernet, der retten har fremmet en annen forståelse av saken og asylsøkerne som var anklaget har fått medhold i saken.

4.10 Kulturelt aspekt ved helse, sykdom og behandling

Flere av de ansatte opplever at disse pasientene somatiserer sine plager, at de fokuserer på det kroppslige når det gjelder deres følelsesmessige plager. Vondt i magen og vondt i hodet kan være stresssymptomer i en somatisk uttrykksform. Dette er vanlig med barn generelt, men i helsevesenet kan man ofte høre det som en klage på ikke vestlige innvandrere, på voksne også. I vår norske forståelse og måte å se det på ligger det ofte noe mindreverdige, noe nedlatende i det, de blir tolket som om de ikke er i stand til å sette ord på egne følelser. Man glemmer at i mange kulturer er kroppen det mest sentrale og det blir således naturlig å uttrykke seg om de kroppslige plagene. Det er på denne måten de kjenner og forstår verden, forteller flere helsearbeidere.

Innenfor psykiatrien er det mange forskjellige tolkninger, erfaringer og forståelse der mye er kulturelt betinget. Flere helsearbeidere forteller at de stadig må ta høyde for at psykiatri er et svært stigmatisert begrep og det å motta psykiatrisk behandling kan være en vei ut av det sosiale nettverket. Det oppleves derfor for mange som et nederlag å skulle si til noen at man har vært hos psykiater. Nederlag er for mange knyttet til at det ligger kulturelt betingede forventninger om at familien skal ha en rolle med å løse problemer, og nederlaget faller derfor på familien dersom psykiatrisk hjelp blir anvendt. I noen av landene asylsøkere kommer fra blir psykiatri forbundet med galskap, mennesker med psykiske lidelser bures inn. Mange kan tenke at de ikke er gale og dermed får ordne opp selv. Og mange har ikke en kulturell analog til en psykiater eller psykoterapeutisk måte å jobbe på. Det er mange virkelighetsforståelser. En av helsearbeiderne mener man burde jobbe mer med dette med forståelse av pasienten. Hans erfaringer er at om man jobber utenlands går dette mer av seg selv fordi hele systemet man jobber i er preget av et annet verdensbilde enn man har selv. Da må han jobbe med å finne metoder som fungerer i forhold til dette. Han tror mange vegrer seg for å fortelle helsepersonell sin forståelse fordi de tror at norsk personell ikke har interesse eller forståelse for det. Helsearbeideren mener dette er en større utfordring enn vi tar inn over oss. Han mener at helsearbeidere må spørre etter og søke å forstå pasienten ut fra pasienten selv, hans kultur og verdensbilde. Helsearbeidere må fremstå så åpne som mulig, slik at man ikke tvinger pasientene til å ha vår forståelse. Det er mange virksomme elementer i deres kultur som vi ikke kjenner til. Helsearbeideren mener at det å etterspørre pasientens forståelse, så som årsaksforklaring og hva de har tro på, bedrer helsehjelpen. Helsearbeideren mener disse utfordringene må problematiseres mer i helsevesenet.

Noen har aldri pratet om psykisk helse før de møter norsk helsevesen. Assosiasjonene deres til psykisk helse er så annerledes. Bare ved å høre begrepet psykisk helse nevnt, får de gjerne lett opp bilder av anstalter med gittervinduer, for det er slik det er mange steder. De ansatte må derfor være svært bevisste på hvordan de møter dette. I mange land er psykiatri forbundet med skam, erfarer mange av de ansatte.

En helsestasjon ved et mottak har gjort tiltak i forhold til det kulturelle aspekt ved psykiatri, og forståelse, med å fortelle asylsøkerne hvordan man i det norske samfunn ser på dette med psykisk helse. På flere av Verdensdagene for psykisk helse er det gjort tiltak for barna på mottak der barna får lære mer om psykisk helse. Foreldrene får bli med. En ansatt påpeker at det har vært bra tiltak.

Kultur påvirker alle aspekter ved mental helse; forekomst, diagnostikk, behandling, mestringsmekanismer med mer, forteller en helsearbeider. Hun mener det derfor er viktig å få tak i deres egen kulturelle forståelse, for å forstå hva vi holder på med. Fordi man har lett for å tenke at alle tenker som oss, opplever hun ofte at foreldre ikke kjenner igjen den beskrivelsen henvisende lege har gitt. Foreldrene opplever at henvisende lege beskriver et annet problem enn det de har, slik de selv identifiserer det. Et eksempel fortelles om en jente som ble henvist til barnepsykiatrien på grunn av en rekke somatiske, fysiske, problemer. Det gjaldt hodesmerter og magesmerter. Foreldrene derimot lurte på om datteren hadde en hjerneskade og fortalte at hun hadde besvimt og slått hodet sitt noen ganger. Helsearbeideren fra psykiatrien valgte å møte foreldrene der de var, med fokus på de fysiske plagene, og hun henviste til videre utredelse rettet mot det. Ettersom det ikke var noen funn av hjerneskade, fortsatte behandleren å holde litt kontakt med dem. Da jenten senere opplevde en retraumatiserende hendelse, som vitne til alvorlig uttalt vold på mottaket, fortalte hun en del av hennes historie som hun hadde fått beskjed om å aldri si noe om. Senere fortalte mor hva datteren hadde vært vitne til, og røpet en stor familiehemmelighet. Det kunne bety veien ut av det sosiale nettverk for dem. Det forble fortrolig mellom helsearbeideren og barn, der behandler fikk lov av mor å fortelle datteren at hun visste hva det var og at det var greit for mor at hun pratet med behandler om det. I dette tilfellet gikk det lang tid fra jenten ble henvist til man fikk tak i problemet. Foreldrene var ikke der henvisende lege var, da han fokuserte på traumene og de på de fysiske plagene. Her kommer det kulturelle inn, for hvilke traumer er det lov å snakke om, sier helsearbeideren. Som i denne historien ser man egentlig generelt at kvinner fra en muslimsk kultur kan ha traumer som det ikke er akseptabelt å prate om av hensyn til familien. Om de forteller at de er voldtatt kan det være slutt på ekteskap og

tilknytning, for det er så stigmatiserende. Helsearbeideren sier det er derfor voldtekt brukes som våpen mot de sivile i krig, for det er den sterkeste måten å ta mennene på, å voldta kvinnene deres. Dette er en type traumehistorie som ikke kan fortelles om på en sånn måte som vi gjør det i Norge, selv om det er mye tabu knyttet til dette i Norge også. Man må ta inn kulturelle perspektiver på hva som er traumatisk. Henvisningene Barne- og Ungdomspsykiatrien får, inneholder beskrivelser som bygger på hva som er normalt eller unormalt i forhold til norske normer om atferd. Da blir det viktig å spørre seg hvordan man kan bygge en relasjon til foreldrene som er så trygg at de kan komme med sin egen forklaring, mener en helsearbeider. Hun mener en må spørre foreldrene hva de selv tenker om det henvisende lege beskriver. Hva ville de kalt det for i hjemland, hva slags hjelp ville de fått der. Hva vet de om norsk helsevesen, tenker de at vi kan bidra med noe. Hva tror de er årsaken, hvilken hjelp ville de fått om de var i hjemlandet sitt. Helsearbeideren bruker en kulturmanual som hjelp til å kartlegge i forhold til disse perspektivene. Kulturmanualen er en manual som hjelper helsearbeidere å forstå pasienten ut fra et kulturelt perspektiv. Hun mener man glipper dersom behandler ikke tar tak i det kulturelle aspektet. Hun viser til forskning i Sverige der man først forsket i forhold til vanlige manualer innen helsefag, så ved bruk av Kulturmanualen og bruk av det kulturelle aspekt. Funnene viste til endring av diagnostikken i mange sammenhenger fordi man fikk en annen breddeforklaring og opplevelse av problemene. Å skape allianse med foreldrene er det som gir oss tilgang på barna sier helsearbeideren. Det er utfordrende, for hva er psykiatri for dem? Det er det mest stigmatiserende og det mest grusomme som de galeste av de gale blir utsatt for. Det er de som blir lenket fast i skogen og som ingen vil forholde seg til. Det å være psykiatrisk pasient er noe helt annet for mange enn det er for oss, mener hun. Foreldrene i historien som er nevnt var ikke der da fastlegen henviste. Traume var ikke foreldrenes fokus. Psykiatrien som spesialistinstusjon har en utfordring der, mener helsearbeideren, som mener en må begynne der pasienten er, og ikke der vi skulle ønske at de var. Helsearbeideren fra psykiatrien trodde i nevnte tilfelle også at jenten var traumatisert, men hun vektlegger viktigheten av å skape tillit overfor foreldrene slik at de opplever at helsearbeiderne er til å stole på. Da vil de kanskje fortelle sine historier.

4.11 Å bygge allianse og trygghet

De ansatte, både pedagoger og helsearbeidere, var opptatt av betydningen av å bygge tillit til asylsøkerne, men det ble gjerne sett på som en stor utfordring.

Flere av de ansatte har møtt stigmatisering og tabu rundt psykiatri med å bruke andre ord for samme innhold og meddeler at det har åpnet for mer forståelse og at flere har tatt imot hjelp for barna sine. Barnepsykiateren som er nært knyttet til mottaket blir presentert som en som jobber med barns følelser og prater med dem om hvordan de har det. En må bruke slike ord for å forklare hva dette er, ikke ordet psykiater for da blir mange redd. Det er ikke for å lyve, men å åpne for forståelse hva psykiatri egentlig handler om og er i Norge. Dersom de får møtt barnepsykiater i mottak på denne måten, er det ikke problem for henne å invitere til samtaler ved kontoret hennes på BUP senere. Da har de fått en person å forholde seg til framfor et begrep de har mange assosiasjoner til som ofte ikke stemmer. Da skal de møte en person de har et trygghetsforhold til, ikke et system de ikke kjenner.

En ansatt ved helsestasjonen forteller et eksempel på dette, om en mor som ble svært fornærmet da barnet ble henvist til barnepsykiater. Hennes gutt var ikke psykisk syk, mente mor, og mente det ikke var behov for psykiater selv om barnet hadde problemer. Skolen hadde vært bekymret for barnet og kontaktet BUP uten å informere mor godt nok om dette. Mor nektet så BUP å ha kontakt med sitt barn. De ansatte tenkte ikke nødvendigvis at gutten var psykisk syk, men det var slik mor så det da psykiater var innblandet. I dette tilfellet lærte de ansatte mye om hvordan de formulerte seg i forhold til dette med psykiater og psykiatri, slik at foreldrene og barna vet hva de er med på, forteller ansatt ved helsestasjonen som har et nært samarbeid med en skole med spesielt ansvar for asylbarn.

En helsestasjonsansatt hadde en positiv opplevelse der hun jobbet bevisst med kommunikasjonen. En forelder i en familie var innlagt psykiatrisk. Helsesøster ville ta med barna på besøk, men den hjemmeværende forelderen ville ikke dette i frykt for hvilke assosiasjoner barna ville få. Helsearbeideren jobbet med dette i samtale med forelderen hvilket endte med et besøk som forelderen var svært fornøyd med.

En helsearbeider forteller om en familie som hadde flere barn der et av dem fikk oppfølging i BUP. Familien hadde store problemer. Foreldrene pratet nesten ikke sammen. Far var en stresset pappa. Han var opptatt av å vise sine arr fra granater og kuler i konsultasjonen helsearbeideren hadde med barnet og foreldrene sine. Han så aldri helsearbeideren i øynene. Helsearbeideren hjalp foreldrene med å få opplyst en advokat om tilstanden deres, da hun fant ut at advokaten ikke visste noe om det. Advokaten ba så helsearbeideren om å skrive en helseerklæring om barnet, som advokaten ville bruke i en ankesøknad til UNE, med tanke på at en kan søke asyl på ny om en har nye opplysninger i saken. Familiefaren var generelt

stresset og opptatt av å ikke bli misforstått i det norske samfunnet. Han var livredd for å dø dersom han ble returnert til hjemlandet. Han hadde fått avslag, familien levde som papirløse. Helsearbeideren innkalte til tolkesamtale for å gjennomgå helseerklæringen og se om hun hadde skjønnet det riktig. Familiefaren hadde nå sett på helsearbeideren for første gang og sagt noe om at hun hadde virkelig skjønnet hvordan de hadde det. Etter det opplevde helsearbeideren å ha et helt annet samarbeidsforhold med dem. Hun mener det har med troverdighet å gjøre. Hun hadde bekreftet historien deres. Psykiatri handler om relasjonen mellom mennesker. Det å bli sett, hørt og speilet er basisen. Noen må være villig til å lytte, se og være villige til å forstå, til å si at ting må være vanskelig, selv om det ikke nødvendigvis endrer på deres situasjon hvorvidt de får oppholdstillatelse eller ei. Dette må være en del av helsehjelpen de må få, mener helsearbeideren.

Flere av de ansatte er opptatt av å begynne med det som oppleves trygt for familiene, å møte dem der de er. En gutt som var henvist for depresjon og psykose hadde gitt beskjed til behandler at hun ikke fikk spør ham hva han hadde opplevd i hjemlandet, for det var så forferdelig. Behandler bekreftet ham, og møtte ham likevel ukentlig til samtale. Hun begynte med her og nå, om livsbetingelsene, hvordan det var å bo på mottak og uten foreldre der. Det kunne han prate om. Behandler forteller at det tok et halvt år før gutten erklærte: "Nå kan du spørre, for nå stoler jeg på deg!" Dette med å snakke om traumer er så kulturelt betinget, sier hun. For dem handler det ofte om en livsviktig mestringsmekanisme som de ikke forteller om, og den vil de bruke i behandlingssammenheng også. Dette må ikke forstås som at de ikke er traumatisert, såret og har det vanskelig. Det betyr heller ikke at de ikke kan snakke om det. Behandler erfarer det motsatte, dersom de får en trygg relasjon og kontekst. Hun legger til at man ikke må ta som utgangspunkt at de synes det er fint å snakke om det. De har en helt annen modell på hvordan verden er og hvordan følelser er.

Den tradisjonelle og vestlige behandlingsmodellen i psykiatri handler om relasjon. Derfor er det relevant å spørre seg hvilken relasjonserfaring disse menneskene har, sier en helsearbeider fra psykiatrien. Har de erfart at det er trygt å forholde seg til et annet menneske? Det krever trygghet å kunne jobbe terapeutisk. Hvordan kan man gjøre det i møte med mennesker som har kommet hit ved å ikke stole på noen ting, i frykt for livene sine?

Flere av de ansatte fortalte at mange av asylsøkerne opplever det veldig trygt å komme til helsestasjonen. Derfor er det opprettet et samarbeid der barnpsykiater kommer til helsestasjonen ved mottaket for å prate med barn og familier i begynnelsen. De bruker således

en bevisst overføring av tryggheten som allerede finnes til de ansatte på helsestasjonen ved mottaket, og forsøker å overføre tryggheten i møte med psykiater, siden psykiatri er forbundet med så mye urovekkende. Siden kan de jobbe med en mer formell henvisning. Dette også for å lette på barrierene til helsevesenet. Barnepsykiateren mener hun gjør en bedre jobb når hun møter familiene på mottaket og ser hverdagen deres. Dette fordi her og nå situasjonen blir da mye mer påtrengende og viktig.

En ansatt mener at det å begynne med å bygge tillit, å være en tillitsperson, er noe av det viktigste de gjør.

4.12 Hva rører seg hos de ansatte?

De ansatte ble spurt om de hadde følelser av mestring, glede, frustrasjon, maktesløshet, nærhet eller distanse i møte med familiene. Da var det gjennomgående i svarene at det var mye følelse av maktesløshet og dette med maktesløshet var noe som stadig ble tatt opp i veiledning av personell også. Maktesløshet fordi de ikke kunne påvirke situasjonen til dem de hjelper, i forhold til oppholdstillatelse. ”Vi ser hvordan det påvirker både barn og foreldre å være i denne situasjonen.” En helsearbeider forteller:

Så her ligger det en enorm maktesløshet, når du har jobbet med folk i årevis og de så får avslag, så er det ganske forferdelig. Særlig hvis du kjenner dem og du syns behandlingen til UDI er urettferdig. Ja, du blir faktisk flau av å være norsk! Det er noe av det som er vanskelig med å jobbe her, for du har ikke lyst å identifisere deg med systemet. Du har heller ikke lyst at de skal identifisere deg med UDI og hvordan de faktisk behandler folk!

Hun synes tøffe sider ved jobben er å se hvordan en del saksbehandlinger går. Det er tøft når barn er involvert, og de har bodd på mottaket og fått tilknytning til Norge gjennom mange år før de sendes ut. En annen helsearbeider forteller at han kjenner noen ganger på maktesløshet og det dreier seg ofte om folk som har bodd lenge i mottak, men får avslag, eller andre som får avslag og ”går under jorden.” Møtet med papirløse bringer også fram maktesløshet. Helsearbeideren fokuserer da på å prate med dem og trøste dem, tross at han ikke kan gi dem den trygge livssituasjonen de trenger i forhold til oppholdstillatelse. Flere av personellet som ble intervjuet sa at de finner det viktig å stå sammen med andre som jobber med disse barna. ”Du opplever så mye i denne jobben, bare i samtaler med folk som har så enorm bagasje, at vi må lufte det ut på et eller annet vis!” På pauserommet på en helsestasjon ved et mottak

snakkes det sjeldent om privatliv, men samtalen avspeiler engasjement i det de jobber med, forteller en helsearbeider. Det har vært mye snakket om urettferdighet der. Det er vanskelig å få vite at familier skal uttransporteres, og når tid de skal det, når du vet hvordan familiene har det og hvordan de vil ta det, sier en av helsearbeiderne. ”Du føler deg nesten som en forræder og har i alle fall ikke lyst å vise deg i den sammenhengen! Sånne ting er opprørende! Det er vel kanskje det som er aller mest opprørende tror jeg. Alt vi ikke kan gjøre noe med er opprørende! Alt som har med UDI å gjøre, alt som vi opplever som urettferdig behandling.”

En annen helsearbeider som veileder mange ansatte som jobber med asylbarn, innen forskjellige instanser, og tverrfaglig, forteller om hva som rører seg, hva de ansatte snakker mest om i veiledningen og hva som opptar dem mest:

”Men det er klart, at det som rører seg som et gjennomgående tema er at det her er galskap! Det politiske systemet vårt skader mennesker i to generasjoner, det sier jeg høyt i alle sammenhenger! Vi har et politisk system og et asylsystem som skader mennesker, som tar fra dem håp og livsmot, og som gjør mestrende flinke mennesker til fortvilede, fattige! Ja, de har jo ikke sosialhjelp som nordmenn en gang når de er papirløse og ikke returnerbare! Da skal de leve på halvparten av sosialhjelpsordningen! De rammeforholdene er helt grusomme!”

En helsearbeider forteller om hva som opptar henne:

Hvis jeg kan bidra på noen som helst måte til at situasjonen til disse barna og disse familiene vil bli belyst, slik at det blir et større fokus og at de får større tilgang på hjelpetiltak, og at det er noen som ser det med litt andre øyne, så skal jeg være lykkelig! Det må jeg si, for jeg synes det er så sjokkerende hva jeg har sett! Og det er så stor grad av lidelse, og det er en sånn hjelpeløshet fra hjelperne, og jeg tenker at her må vi bare stå sammen å se hva det går an å gjøre!

En pedagog i barnehage for asylbarn sier noe om hva hun opplever vanskelig i jobben sin og hva som rører seg i personalgruppen:

Problemet er jo om du får for mye og ikke kommer deg opp igjen. Vi er veldig flinke til å snakke sammen og blåse ut i personellet, det er vi flinke til. Det kan gjelde ting en ikke kan gjøre noe med, men får si at en er trist for, at en opplever ting vanskelig, det er viktig, for eksempel hvis en familie blir sendt hjem.

5 ANALYSE

5.1 Migrasjonsstress og mangel på kontroll over egne livsbetingelser

Bäärnhielm (2014) sier at forskning på migrasjonshelse sammenligner innvandreres helse med den innfødte befolkningens helsetilstand og at det er gjennomgående funn at migrantene har dårligere helse enn de innfødte. Likevel har flere studier av migranters helse ved ankomst, vist at migrantene har bedre helse enn de innfødte når de ankommer vertslandet. I motsetning har studier som har sett på migranters helse etter en stund i vertslandet vist at deres helsetilstand oftere er dårligere enn helsetilstanden til de innfødte i vertslandet. Bäärnhielm sier at det er vanlig at migrantenes helsetilstand blir dårligere etter en stund i vertslandet. Dette stemmer overens med funn fra studier avgrenset til asylsøkeres helseutvikling etter en stund i vertslandet. Det er funnet at asylbarn har en negativ utvikling av psykisk helse i tiden i vertslandet (Vitus og Nielsen 2011). Bäärnhielm viser til Lassetter og Callister (2009 i Bäärnhielm (2014)), som hevder at stress er en av årsakene til negativ utvikling av helsetilstanden hos migrantene. Stresset kan føre til depresjon. Bäärnhielm (2014) viser til noen mekanismer sett i sammenheng med migrasjonsstress. Disse mekanismene viser til hvorfor asylbarn regnes som en sårbar gruppe som kan være ekstra utsatt for migrasjonsstress og en negativ utvikling av psykisk helsetilstand.

Bäärnhielm (2014) sier at blant migrantene regnes flyktninger som en ekstra utsatt gruppe for en negativ utvikling av helsetilstand. Det kan ses i sammenheng med det de har blitt utsatt for traumatiske hendelser i hjemlandet, ufrivillig flukt, usikkerhet og overgrep i sammenheng med flukt og eksil. Bäärnhielm sier at det finnes en rekke studier som viser at flyktninger har en høy risiko for psykiske sykdommer og det er funnet at de ofte har en påtagelig høy forekomst av posttraumatisk stressyndrom (Fzel et.al. 2005 i Bäärnhielm 2014). Forekomsten av kroniske smerter, somatiske (fysiske) sykdommer og depresjon er også høy (Kirmayer et.al. 2011 b i Bäärnhielm 2014: 45). Dette kan ses i sammenheng med funn fra dette feltstudiet. Flere av de ansatte omtalte at mange av asylbarna hadde vært vitne til vanskelige hendelser i hjemland og på flukt. På flukten hadde flere blitt utsatt for menneskehandel. En av helsearbeiderne viste til barnas opplevelser av traumatiske hendelser i hjemland, når hun omtalte hva barna uttrykket i et terapiprojekt som ble holdt ved et mottak. Magne Raundalen, erfaren med barn fra områder rammet av krig og traumatiske hendelser, var leder av

terapigruppen. Da barna fikk uttrykke hva de hadde opplevd kom deres vanskelige opplevelser fram i så som tegninger av et ødelagt hjem, hoder som var kappet av, og tegning av fly som bombet. Lydene barna laget var med på å understreke at de hadde vært utsatt for mange traumatiske hendelser. Følelser som sinne ble uttrykt og knyttet til det traumatiske som barna hadde opplevd. Terapigruppen jobbet målrettet med bearbeidelser av barnas ettervirkninger fra traumene de var utsatt for. Disse funn fra empirien understreker det Bäärnhielm (2014) sier, at vanskelige opplevelser fra hjemland, ufrivillig flukt og usikkerhet og overgrep i sammenheng med flukt gjør personene som opplever dette sårbare for en negativ utvikling av helse. Funn fra empirien understreker også det Bäärnhielm sier om hvorfor asylsøkere spesielt befinner seg i en ytterst sårbar situasjon.

Bäärnhielm (2014) sier at asylsøkere er i en enda mer utsatt situasjon enn flyktninger og migranter generelt. I tillegg til traumer knyttet til hendelser i hjemland, en ufrivillig og vanskelig flukt, og utfordringer ved å leve i vertslandet, er asylsøkere utsatt for enda en stor psykisk belastning. Det å leve som asylsøker i lang tid innebærer en stor usikkerhet uten mulighet til å påvirke de mest basale vilkår i tilværelsen. Studier fra både Nederland (Laban et.al. 2008 i Bäärnhielm 2014: 45) og fra Danmark (Vitus og Nielsen 2011) har vist at en lang asylsøkerperiode har negativ påvirkning på livskvalitet og psykisk helse. Montgomery (Montgomery og Linnet 2012), spesialist i psykoterapi og barnepsykologi, ansatt ved rehabiliterings- og forskningscenter for torturofre i Danmark, har forsket på flyktningbarn og asylbarn. Hun underbygger det Laban et. al og Vitus og Nielsen sier, da hun sier at den høye forekomsten av psykiske problemer hos asylsøkende barn må ses i sammenheng med lengden av oppholdet i asylmottak.

Litteratur og forskning som her er nevnt, identifiserer altså langvarig ventetid i asylmottak som betydelig sammenhengende med asylbarns sårbarhet overfor psykisk stress. Dette samsvarer med mine funn fra denne studien. Funn fra alle kildene, både tidligere forskning, litteratur og fra studiets feltarbeid, samsvarer i at langvarig ventetid i asylmottak har en betydelig negativ påvirkning på asylbarnas psykiske helse, at dette må problematiseres.

Forskeren Marmot (2006 i Bäärnhielm 2014: 48) sier noe interessant som kan være med å peke på hvorfor ventetiden gjør asylsøkeren sårbar. Marmot hevder at kontroll over eget liv og mulighet til et fullverdig sosialt engasjement og deltakelse, er av avgjørende betydning for helse, velbefinnende og livslengde. Det kan være vanskelig for migranter, og særlig for de som flykter, å kontrollere sine livsbetingelser. Begrepet stress brukes om kroppens

fysiologiske, hormonelle og psykologiske tilpasningsreaksjoner ved belastning og vanskelige situasjoner. Et langvarig stress innebærer at personen kun har en ubetydelig liten kontroll over sine livsbetingelser, i følge Marmot.

Vi vet at mange asylsøkere har måttet vente lenge i asylmottak før asylsaken endelig er blitt vedtatt. Mange oppholder seg også i asylmottakene etter endelig avslag på søknaden, og Bäärnhielm sier at for mange skyldes det frykt for å returnere til hjemlandet tross for at myndighetene ikke regner det som farlig å returnere. Flere som har returnert har levd under livstruende omstendigheter, på tross av at deres retur ble sett på som trygg nok (Bäärnhielm 2014). Ut fra Marmots teori kan vi se at et langvarig asylopphold disponerer for en negativ utvikling av psykisk helsetilstand. Dette fordi de forutsetninger Marmot regner som avgjørende for helse, velbefinnende og livslengde, ikke er særlig tilgjengelig i livssituasjonen asylsøkere og deres barn har. Et fullverdig sosialt engasjement og deltakelse er vanskelig for en asylsøker å etablere ut fra de forholdene som beskrives i min empiri. Det er forhold som isolasjon, dårlig stemning på mottaket, at barn lever blant mange deprimerte voksne, og det at barna ikke leker ute fordi foreldrene mener miljøet er for farlig og barna må beskyttes. Den ene helsearbeideren kalte den sosiale kontekst som barna vokser opp i på mottaket for et forgiftet miljø. Flere helsearbeidere og pedagoger jeg intervjuet, var bekymret for barna på grunn av miljøet. De så på det som positivt at barna hadde et miljø utenom, i skole og i barnehage, der de hadde kontakt med andre voksne og barn og asylbarna fikk dekket en del av sine sosiale behov. En ansatt ved en lokal skole med spesielt ansvar for asylbarn fortalte at noen asylbarn blir hentet til bursdager av klassekamerater, men ellers er de ofte forhindret til å ha sosial kontakt med andre elever på fritiden av grunner som at foreldrene er fattigere, de har ikke råd til leker og til bil som de kan frakte barna i og mottaket er lokalisert avsides. Med disse empiriske funn, sett sammen med Marmots teori, synes det som at asylbarna er fratatt en betydelig del av muligheter til å oppfylle det som Marmot ser som betingelser for en god helse, velvære og livslengde. Ut fra informasjonen fra kildene i feltstudien synes de å være fratatt muligheter til et fullverdig engasjement og deltakelse. Dersom foreldrene isolerer seg og er psykisk nedbrutt med avgrenset kapasitet til barna sine, slik det er kommet fram i empirien at mange foreldre strever med, da vil dette også være en faktor som påvirker barnas mulighet til et fullverdig sosialt engasjement og deltakelse. Foreldrene som barnas nærmeste sosiale kontekst og videre påvirkning på barna vil bli omtalt mer senere.

Kilder fra helsearbeidere i feltstudien synes å underbygge Marmots teori når de hevder at den psykiske helsen er negativt rammet av det stresset både barna og foreldrene deres har ved å

leve i usikkerhet om fremtiden, om den er trygg, og med lite mulighet til å påvirke og ha kontroll over sine livsbetingelser. Helsearbeidere i empirien uttalte at det er sykdomsgenererende å bo lenge i asylmottak uten å vite om en får opphold. Foreldre har beskrevet situasjonen som destruktiv overfor helsearbeidere, og de har sagt at de opplever det destruktivt i rollen som foreldre også. De opplever å ha mindre trygghet, og ingen sikker framtid å presentere for barna sine. En pedagog fra feltarbeidet, som har jobbet både i barnehage for asylbarn og i en barnehage for flyktningbarn, sa at hun opplever at flyktningfamiliene har merkbart mer trygghet enn familiene som søker asyl. Hun mener det er en sammenheng med mangel på trygghet og dette at asylsøkerne ikke har fått avklart hverken morgendag eller framtid. Foreldrenes utrygghet overføres til barna. En helsearbeider i feltstudien påpekte at de største og viktigste behovene asylbarna har er å trygge rammene rundt livet sitt. Det vil si å ha trygge foreldre, og det har de ikke så lenge de er asylsøkere og ikke vet hva fremtiden blir, sier hun. Barnas psyke kan altså påvirkes indirekte av migrasjonsstress ved at de lever med foreldre som lever under vanskelige livsbetingelser som de har lite mulighet til å påvirke, lite kontroll over. I tillegg til at barnas psykiske helse rammes indirekte ved at foreldrenes psykiske helse påvirkes av langvarige opphold i asylmottak med manglende kontroll over eget liv og livsbetingelser, påvirkes også barna direkte av dette.

Flere av pedagogene og helsearbeiderne i studien hevdet at asylbarnas psykiske helse helt klart ble dårligere under langvarig opphold i mottak. Dette samsvarer med funn fra forskere som Laban et. al (2008 i Bäärnhielm 2014), Vitus og Nielsen(2011) og Montgomery og Linnet (2012) som fant at et langvarig asylopphold har sammenheng med psykisk stress og psykiske sykdommer. Mange av barna ser ikke lys i forhold til dette med å mestre den vanskelige tilværelse i mottak, og når det gjelder fremtiden, forteller en helsearbeider i de empiriske studiene. Mange av barna er redde, redde for fremtiden og for at politiet plutselig skal hente dem for å sende dem hjem. Uro, uvisshet og redsel for fremtiden, for å bli returnert, og redselen for at politiet skal komme og hente dem, er som en konstant angst barna lever under forteller helsearbeideren. Barnas vokabular avslører hva de er opptatt av, hva de har fått innsikt i fra de voksnes verden og hvilken verden de faktisk lever i. Ord som ”the port”, ”kommune”, ”opphold” og politi er å høre i barnas hverdagstale. Asylbarna bruker ord, eller gir en mening til ord, som norske barn aldri ville forstått, mener flere som ble intervjuet i feltstudiet. Vokabularet asylbarna bruker viser til psykisk stress, med blant annet usikkerhet og frykt for overgrep. Vi har sett at Bäärnhielm (2014) også forbinder migrasjonsstress med

blant annet usikkerhet og frykt for overgrep under flukten og i eksil. Et fire år gammelt asylbarn fortalte sin mor om en tvangsutsendelse, i følge en helsearbeider i studien. Det er et eksempel som viser til at disse barna lever og utsettes for en verden som er preget av store belastninger på barna. Dette er beskrivelser der empirien gir innsikt i asylbarnas situasjon, der man kan se at det er mange psykiske utfordringer for barna både å leve lenge i asylmottak og at de rammes av at de og foreldrene deres har lite kontroll over eget liv og livsbetingelser. I følge Marmots teori har barna da manglende muligheter til utvikling av en god helse og velbefinnende. Det samstemmer med helsearbeiderne fra feltstudien sine nevnte observasjoner av hva som kan hindre utvikling av en god psykisk helse hos asylbarna. Funnene fra empirien, underbygger gjentatte ganger at et langvarig opphold i asylmottak er en negativ faktor for asylbarnas psykiske helseutvikling, slik også forskerne som ble presentert tidligere så denne sammenhengen (Montgomery og Linnet 2012, Laban et.al. i Bäärnhielm 2014 og Vitus og Nielsen 2011). Barna får psykiske vansker som overgår det som det norske helsevesen er vant til å forholde seg til, i følge helsearbeidere i min studie, og Montgomery og Linnet (2012) sier at den høye forekomsten av psykiske helseproblemer hos asylbarn må ses i sammenheng med lengden på ventetiden i asylmottak.

Funn fra empirien så langt underbygger mye av tidligere forskning og teori, slik det er beskrevet underveis i denne studien. Men for å oppsummere vil jeg si at den underbygger og samsvarer med Bäärnhielm (2014) som sier at migranters helse ofte blir verre etter en stund i vertslandet. Empirien underbygger Lasetter og Callister i Bäärnhielm (2014) sine funn om at stress er en av årsakene til en negativ helseutvikling hos migrantene etter opphold i vertslandet. Den underbygger Vitus og Nielsen(2011) sine funn om at asylbarns psykiske helse har en dårlig utvikling ved langvarig opphold i asylmottak. Den underbygger Montgomery og Linnet (2012) sin teori om at høy forekomst av psykiske problemer hos asylbarn må ses i sammenheng med lengden av ventetiden i mottak. Empirien samsvarer med Laban et. al (2008 i Bäärnhielm 2014) som også viser til sammenhengen med psykisk stress og et langvarig opphold i asylmottak. Empirien underbygger også det Bäärnhielm (2014) sier om at usikkerhet og lite kontroll over sine livsbetingelser i asyltilværelsen er en av grunnene til at asylsøkere befinner seg i en ekstra utsatt situasjon, sårbare og utsatt for en negativ utvikling av psykisk helsetilstand. Jeg har også fremstilt Marmot i Bäärnhielm (2014) sine funn som viser at muligheter til et fullverdig sosialt engasjement og deltakelse, samt egen kontroll over sitt liv og sine livsbetingelser, er avgjørende for en god helse og velbefinnende, og at migranter som flykter er spesielt utsatte i forhold til dette. Jeg har ved Marmots teori vist

hvordan den er sammenhengende med funn fra empirien i feltstudiet. Jeg har ikke funnet noen motsetninger fra feltstudien, med forskning og teori som allerede foreligger. Funnene fra feltarbeidet er med å underbygge litteratur og det som er funnet i tidligere forskning. På grunnlag av omtalte funn om migrasjonsstress og sårbar gruppe som er utsatt for betydelige belastninger for psykisk helse, sett i sammenheng med langvarig ventetid i asylmottak, er det behov for å problematisere og se på hvordan asylbarna blir ivaretatt. Jeg vil videre belyse funn om hvordan asylbarn med psykiske vansker blir møtt og ivaretatt i helsevesenet og øvrig offentlig sektor.

5.2 Kulturkompetanse

Cecil Helman, professor i Medisinsk antropologi, er velkjent for sine teorier innen denne faglige disiplin. Helman (2007) sier at konseptet kulturkompetanse har blitt stadig mer anvendt av helsearbeidere i mange land på grunn av en økt grad av forskjellig kultur og etnisitet i befolkningen. Dette har i følge Helman ført til behov for forbedring i kommunikasjonen med migrasjons og minoritetsgrupper, og behov for å forbedre kvaliteten ved deres helsetilbud. Helman viser til amerikanske myndigheters seksjon for minoritetshelse (Office of Minority Health, OMH) som sier at kulturell kompetanse innebærer en evne helsepersonell og organisasjoner kan anvende for å forstå og respondere effektivt på pasientens kulturelle behov (Helman 2007: 15). Helman omtaler at kulturkompetanse med flere dimensjoner. En dimensjon omhandler hvordan kulturkompetansen kan brukes til å forbedre helsepersonell sin sensitivitet overfor pasientens kultur, tro, praksis, forventninger og bakgrunn. En annen dimensjon omhandler hvordan kulturkompetanse kan anvendes for å forbedre tilgang til helsetjenester ved å eliminere strukturelle barrierer som hindrer en kvalitetsfull helsetjeneste for minoriteter. En dimensjon omhandler også å eliminere organisatoriske barrierer. Jeg vil ut fra funn fra feltarbeidet se på hvordan disse dimensjonene ved kulturkompetanse brukes for å imøtekomme asylbarnas behov, eventuelt om det er manglende bruk av denne.

5.2.1 Kulturkompetanse; Sensitivitet overfor pasientenes kultur.

Helman peker på hvordan helsepersonell kan bruke kulturkompetanse til å forbedre sin sensitivitet overfor pasientenes kultur, tro, praksis, forventninger og bakgrunn. Relevant til denne dimensjonen ved kulturkompetanse som Helman beskriver, er også hans teori der han

sier at oppfatninger av kropp og helse ikke er universell og naturgitt. Han mener dette i aller høyeste grad består av kulturelle konstruksjoner. I mange deler av verden er det vanlig med mer somatisering som uttrykk for psykiske plager. Med dette menes at de psykiske plagene forklares med kroppslige ubehag eller smerte. Helman sier at et barn som vokser opp i en kultur, vil ut fra et kulturelt mønster, lære hvordan å respondere på, og gi uttrykk for følelsesmessige eller psykiske symptomer. Menneskers opplevelse av sykdom formes av kulturelle og sosiale krefter, dominant ideologi og sosial organisering av det samfunnet de lever i. Helman hevder derfor at helsepersonell i en hvilken som helst kultur eller samfunn bør være bevisst hvordan sykdom genereres, og hvordan dette påvirker pasientens atferd og diagnose (Helman 2007).

Eriksen og Sørheim (2006) skriver at den vestlige medisinske tankegang fortsatt preges en del av et adskilt forhold mellom kropp og sjel. Dersom diagnosene som settes er psykosomatiske, det vil si at de kroppslige eller somatiske plagene virker til å ha sin årsak på det følelsesmessige plan, da får pasienten ofte ikke behandling. Eventuelt får pasientene noen medikamenter som skal virke beroligende eller søvndyssende. Noen får hjelp til dette i psykiatrien, eller av psykolog, men det er fortsatt knyttet stor skam til dette i Norge og mange andre land, skriver Eriksen og Sørheim (2006). Videre sier de at kroppslige feil anses som mer sosialt akseptabelt enn sjelelige smerter. Men synet på kropp og sjel som adskilt er ikke universelt. I de fleste ikke-vestlige samfunn ser man på kropp og sjel som en helhet. Ut fra en slik tankegang blir det i følge Råheim i Eriksen og Sørheim (2006: 199) meningsløst å omtale psykisk sykdom eller helse og fysisk sykdom som adskilt, for alt henger sammen. Eriksen og Sørheim mener et viktig spørsmål i forhold til somatisering er hva det betyr for pasienten å ha vondt et bestemt sted. De viser til et eksempel der to pasienter klaget på smerter i hjertet, og ved videre utredning kunne en finne at for kvinnene selv var smerter i hjertet en måte å uttrykke psykiske lidelser som for dem var verre enn smerter i hjertet rent fysisk. Kvinnene oppga senere sosial isolering og det å leve under et konstant press som noen av årsakene til problemene de hadde (Eriksen og Sørheim 2006: 200).

Flere av de helsearbeiderne i feltarbeidet som arbeidet spesielt med asylbarn sa med ulike ord at det er viktig at en ikke ser på vår vestlig medisinske tankegang som universell. Uten kulturaspektet vil dette innebære en risiko for at pasienten ikke blir forstått og ikke får behandling eller de får feil diagnose og feilbehandles. Helsearbeiderne gjentok ofte hvor viktig de syntes det var å spørre pasienten om deres forståelse av sykdommen eller plagen de hadde. Det var spørsmål som hvilken behandling de ville søkt i hjemlandet, hva de selv og

deres nære nettverk søkte av hjelp ved sykdom og plager, eller hvis de trengte noen å snakke med i hjemlandet, samt hva de hadde tro på av behandling. En av helsearbeiderne fortalte også at hun spurte hva de trodde at norsk helsevesen kunne hjelpe dem med. Helsearbeiderne oppfattet at slike spørsmål var viktige og en forutsetning for å søke å fremme en god kommunikasjon og en dypere forståelse mellom pasient og helsearbeider.

Helsepersonellet viser ved dette en forståelse av at forholdet til helse har en sammenheng med kulturelt konstruerte oppfatninger. De deler således Helman's syn på dette. Helsepersonellet viser til kulturkompetanse og den dimensjon som Helman beskriver der kulturkompetanse kan øke sensitivitet hos helsepersonell overfor pasientenes kultur, tro, praksis, forventninger og bakgrunn. Personellet viser til sensitivitet overfor pasientenes kultur når de bruker kulturkompetanse ved å stille pasienten spørsmål som omhandler nettopp pasientens kultur, tro, praksis, bakgrunn og hvilke forventninger de har. Helsearbeidernes oppfattelse av at den kulturelle kompetansen er viktig for å forstå pasienten og for at pasienten skal få riktig diagnose og behandling synes å samsvare med Helman's teori der han sier at helsearbeidere må være seg bevisst hvordan diagnose påvirkes med tanke på det kulturelle aspekt.

I forhold til somatisering, som både Helman og Eriksen og Sørheim omtaler, har jeg gjort empiriske funn. Flere av helsearbeiderne oppga at de ofte opplevde at pasientene somatiserte, at foreldre oppsøkte helsevesenet med kroppslige symptomer hos barnet eller seg selv som uttrykk for deres plager, og som grunnlag for å oppsøke helsehjelp. Noen av helsearbeiderne uttrykte at de ikke alltid opplever at foreldrene observerer psykiske plager hos barnet utover de kroppslige forklaringer som foreldrene gir, at de fokuserer på det kroppslige når det gjelder barnets følelsesmessige plager. Flere helsearbeidere erfarte at slikt som vondt i magen og vondt i hodet kunne være stressymptomer i en somatisk uttrykksform. En helsearbeider fortalte at somatisering er vanlig med barn generelt, men i helsevesenet kan man ofte høre det som en klage på ikke vestlige innvandrere, på voksne også. I vår norske forståelse og måte å se det på ligger det ofte noe mindreverdige, noe nedlatende i det, de blir tolket som om de ikke er i stand til å sette ord på egne følelser, fortalte en helsearbeider. Han fortsatte med å si at man da glemmer at i mange kulturer er kroppen det mest sentrale og det blir således naturlig å uttrykke seg om de kroppslige plagene. Det er på denne måten, gjennom det kroppslige, at de kjenner og forstår verden, forteller helsearbeidere.

Helsearbeiderne synes gjennom dette å dele Eriksen og Sørheim, og Helman sin oppfatning om somatisering som et reelt fenomen blant ikke-vestlige innvandrere. At fenomenet

somatisering innebærer en kroppslig forklaring på noe som egentlig er av følelsesmessig karakter, synes å oppfattes likt av helsearbeiderne, Helman, og av Eriksen og Sørheim. I sin fortolkning av pasientens plager ved somatisering synes helsearbeiderne å anvende et tankesystem der de skiller kropp og sjel, når de vurderer om plagene er kroppslige fysiske plager eller om de er psykiske. Dette er det som Eriksen og Sørheim påpeker som en typisk vestlig medisinsk forståelse, at kropp og sjel er adskilt. Helsearbeiderne viser til forståelsen av at dette er kulturelt konstruert fordi de bevisst spør pasientene spørsmål, som tidligere er nevnt, som omhandler pasientenes egne forklaringsmodeller i forhold til deres tro, praksis, forventninger og bakgrunn. Noen av helsearbeiderne fortalte om holdninger og oppfatninger i kollegagrupper der somatiseringen lett blir tolket som at de ikke kan sette ord på egne følelser. Det blir ofte noe mindreverdige og nedlatende over det når man tolker det med vår norske forståelse, mente flere helsearbeidere. Her fremtrer en forskjell i kulturkompetanse hos helsearbeiderne som ble intervjuet og jobbet spesielt med asylsøkere, i motsetning til den kulturkompetanse, eller snarere mangel på kulturkompetanse, som kommer fram av det som ble fortalt om en ofte mer generell oppfattelse i helsevesenet, der helsepersonell ikke syntes å forstå det underliggende bak somatisering og det kulturelle aspekt ved det. Helsearbeiderne som jobbet spesielt med asylsøkere syntes å både ha og anvende kulturkompetanse i sin praksis. De viser i motsetning til kollegagruppen, at de har utviklet en kulturkompetanse overfor den pasientgruppe som de også jobber spesielt med da de viser til sensitivitet overfor pasientenes kultur, tro, praksis og bakgrunn, slik Helman påpeker at kulturkompetanse kan brukes.

En av helsearbeiderne som ble intervjuet jobbet spesielt med asylbarn og kunne fortelle en historie fra sin praksis som er relevant i forhold Helmans teori om somatisering, og oppfattelser omkring helse som ikke-universell. Historien er også i samsvar med Eriksen og Sørheims teori om oppfattelsen av et adskilt forhold mellom kropp og sjel som ikke universelt, men kulturelt konstruert fenomen. Historien fra praksis begynte med at en familie kom til samtale da datteren var henvist på grunn av somatiske plager. I samtale med foreldrene fant helsearbeideren en egen forklaring hos dem, annerledes enn henvisende leges forklaring. Foreldrene fortalte at datteren ofte besvimte og de var bekymret for om hun hadde hjerneskade. Helsearbeideren møtte foreldrenes egen forståelse og tok utgangspunkt i den ved å henvise til relevant spesialist for å utrede de fysiske plagene foreldrenes bekymring kretset rundt. Det ble ikke funnet noen hjerneskade slik barnets foreldre hadde uttrykt bekymring for. Helsearbeideren forsøkte å opprettholde kontakten med familien likevel og forsøkte å

opparbeide tillit i relasjonen til dem. Helsearbeideren forteller at de fikk en åpnere samtale etter at jenten var utsatt for en ny traumatisering ved å være vitne til voldelige hendelser på mottaket. I en samtale fikk helsearbeideren vite mer om det underliggende for jentens fysiske plager. Jenten kunne fortelle om hva hun var utsatt for, at hun var misbrukt seksuelt innen familien. Moren sa at helsearbeideren kunne få vite om dette som egentlig var en familiehemmelighet ingen skulle nevne høyt av hensyn til familiens ære. Helsearbeideren fikk jobbe videre med jenten i samtaler og nå visste hun mer hva hun skulle jobbe ut fra. Hun hadde fått vite mer av det underliggende for de fysiske kroppslige plagene til jenten og kunne samtale og hjelpe jenten med det som var det egentlige problemet.

Historien bevitner en innsikt fra helsearbeideren i at oppfatninger om helse ikke er universelle, slik Helman sier. At helsearbeideren er sensitiv overfor pasientens kultur, slik Helman mener kulturkompetanse kan brukes, kan også ses i at hun handler ut fra en bevissthet om at oppfatningen av kropp og sjel som adskilt ikke er universelt, i tråd med Eriksen og Sørheim. Denne bevisstheten viser helsearbeideren ved at hun ikke avslutter pasientkontakten når mulige fysiske plager er utredet. Snarere fortsetter hun med å jobbe bevisst med å bygge tillit, slik at det åpnes en større mulighet for at det underliggende kan åpnes opp for. Hun fortalte at hun hadde vært bevisst at denne pasienten kunne ha traumer bakenforliggende for de fysiske plager som ble uttrykt. Hun hadde også vært bevisst sin kunnskap om det kulturelle aspekt rundt slike familiehemmeligheter slik at hun var forberedt på å både kunne finne fram til det og forstå det bedre. Kulturell sensitivitet var et viktig verktøy for helsearbeideren.

Eriksen og Sørheims (2006) sier at en grunn til somatisering også kan være at det er mye skam knyttet til psykiatri og at det derfor ofte synes mer kulturelt akseptabelt å gi uttrykk for fysiske plager. Historien fra helsearbeiderens praksis synes å være et eksempel på dette. Det var lettere for foreldrene å gi uttrykk for barnets fysiske plager enn å fortelle om de vanskelige hendelser barnet var utsatt for ved seksuelt misbruk. Historien som helsearbeideren fortalte fra sin praksis, og Eriksen og Sørheims teori, synes også å være i samsvar med Bäärnhielm (2014), som sier at andre forklaringer på sykdom og lidelse noen ganger anvendes for å klare å håndtere sin lokale verden. Hun sier at for kvinner som lever i en svært begrenset sosial situasjon, kan somatiske symptomer være den eneste sosialt aksepterte måten de kan formidle at noe er galt og få hjelp.

Helsearbeiderens sensitivitet overfor pasienten og pårørendes kultur, tro, praksis og forventninger synes å være en viktig dimensjon av kulturkompetansen helsearbeideren

anvendte. Kulturkompetanse bidro til en forbedret kommunikasjon mellom minoritetsgruppe og helsepersonell, og til bedre kvalitet over helsetjenesten for minoriteter, i samsvar med Helmans teori (2007).

Historien fra mine empiriske funn underbygger også Helmans teori om hvordan kulturaspektet påvirker diagnose. I historien fra praksis fikk helsearbeideren i pasientrelasjonen bevegde seg fra det å utrede bare fysiske symptomer til å utrede og finne psykiske plager, noe som ville påvirke hvilken diagnose og behandling jenta fikk, i tillegg til hvilken tilgang hun i praksis ville få til helsetjenester, her innen barnepsykiatrien.

Bäärnhielm (2014) omtaler helsepersonells kommunikasjon med migranter og peker på et element ved kulturaspektet som er viktig for å forstå pasienter med annen kulturbakgrunn, nemlig forståelsen av hvordan en bruker metaforer ulikt. Hun sier at metaforer anvendes forskjellig i forskjellige kulturer, og at eksempelvis smerte som metafor omhandler at symptom får mening i en spesifikk sammenheng, og at kroppslige symptomer kan formidle mange betydninger. Smerte kan i følge Bäärnhielm være en metafor for en lidelse underliggende den kroppslige smerten. Pasienters ulike uttrykk for hjertebeviser kan ha forskjellig betydning i ulike kulturer. Det kan være alt fra et sentrum for det fysiologiske eller det kan være sentrum for det følelsesmessige. Eriksen og Sørheim (2006) sier at pasientens måte å uttrykke eksempelvis hjertesmerter på, kan føre til at behandler ikke oppfatter pasientens egentlige problem, dersom han/hun ikke oppfatter det underliggende for hva pasienten uttrykker. Hjertesmerter, slik Eriksen og Sørheim eksemplifiserer, er knyttet til det Bäärnhielm sier om at det er ulike kulturelle metaforer, der symptom får mening i en spesifikk bestemt sammenheng og at kroppslige symptomer kan formidle mange betydninger. I funn fra feltstudien kan en se helsearbeidere anvende en kulturell forståelse av metaforer, der meningsaspektet søkes å forstås, i samsvar med Bäärnhielms teori. Helsearbeiderne viser til forståelse for at det er kulturelt betinget hvordan man forstår en metafor. Noen av metaforene helsearbeiderne i denne studien forholdt seg kulturelt adekvat til var psykiatri og psykiater. De visste at psykiatri og psykiater var assosiert med helt andre ting i pasientgruppens kulturelle sammenhenger, at det var mye stigma og utestenging knyttet til psykiatrien kulturelt sett, og at behandling eller innleggelse ved psykiatrisk kunne innebære utestengning bak gitter eller annen inhuman form for utestenging. Kulturkompetansen viser seg både i denne bevissthet helsearbeiderne bærer med kjennskap til både egen og pasientens kultur og de forskjeller der er, og videre at de iverksetter tiltak for å fremme mer gjensidig forståelse overfor pasienten fra annen kulturbakgrunn. De valgte nemlig å kommunisere bevisst og

kulturelt adekvat i forhold til meningsaspektet ved metaforen psykiater. Fordi helsearbeiderne visste om de nevnte negative oppfattelsene pasientene kunne ha omkring psykiater og psykiatri som metaforer, valgte de å bruke andre ord som det kunne knyttes en ny mening til. Ved å heller si noe som ”en lege som bryr seg spesielt om barn som har det vanskelig kan hjelpe med dette” oppnådde helsepersonell å bruke ord som hadde et meningsaspekt som ikke var knyttet opp mot utestengning og andre forhold pasientene og pårørende hadde dårlige assosiasjoner med fra hjemlandet. På denne måten viste helsearbeiderne til kulturkompetanse med en kulturell sensitivitet overfor pasientens kultur (tro, praksis, forventning og bakgrunn) som bidro til å bedre kommunikasjonen med minoritetsgruppen, i samsvar med Helmans teori. Helsepersonellet fikk på denne måten lettere tillit og åpning for at asylbarna kunne få tilgang til helsetjenester fordi foreldrenes skepsis til psykiatrien ikke ble et hinder.

Kunnskapen helsearbeiderne viser om forskjellige kulturelle oppfatninger og praksis rundt behandlingsformer knyttet til psykiatrien, synes å være et eksempel som underbygger noe av Eriksen og Sørheims (2006) sine perspektiver. De sier at kunnskap om religion, medisinske systemer og behandlingssystemer i de landene de kommer fra, kan brukes til å komme inn i en konstruktiv dialog. Og ved å vise til at man kan noe om pasientens bakgrunn viser man samtidig interesse, til fordel for en god kommunikasjon, ifølge teorien jeg har anvendt fra Eriksen og Sørheim.

Tillit ble av flere helsearbeidere ansett som ekstra viktig med denne pasientgruppen hvis tillit kunne være krenket fra både myndigheter og andre maktpersoner i hjemland og under flukt. Mange av familiene som søker asyl har kommet fram til vertslandet nettopp fordi de har tvilt på andre mennesker, og det med rette, forteller helsepersonell i feltstudiet. Tilliten til andre er ofte brutt. Det kreves derfor ekstra mye og er likedan ekstra viktig å bygge tillit til denne pasientgruppen, mente flere helsearbeidere. De mente at dersom det ikke ble etablert tillit, ble det vanskelig for pasienten og dens pårørende å meddele behandler eller øvrig helsevesen sine egentlige problemer. Flere mente at tillit kan fremme en mer felles forståelse for barnets egentlige behov, og det kan øke samarbeidsallianse mellom helsepersonell og asylbarn og foreldrene deres. I følge helsepersonell fra feltstudiet kan tillit ses i sammenheng med i hvilken grad gjensidig forståelse utvikles og videre hvor godt utredet barnet blir og hvor tilstrekkelig behandling barnet får. Øyvind Dahl, professor i kulturkunnskap, sier om interkulturelle møter i helsevesenet (Hugaas, Hummelvoll og Solli red. 2004), at hemmeligheten bak kommunikasjon er tillit og empati. Han anvender teori fra den danske filosofen og teologen K.E. Løgstrup som sier at det sentrale i kommunikasjon er tillit.

Helsearbeiderne nevnt over viste kulturkompetanse ved å være sensitive overfor pasientens kultur og bakgrunn, spesielt den bakgrunn mange i pasientgruppen har som har ført til økt grad av mistillit. Helsepersonellet brukte sin kulturelle sensitivitet til å bedre kommunikasjonen med minoritetsgruppen. De fremmer også det Helman kaller bedre kvalitet over helsetjenestene for minoritetsgrupper ved at de fremmer en bedre gjensidig forståelse og tillit slik at pasienten og dens pårørende kan fortelle om det egentlige og underliggende.

5.2.2 Kulturkompetanse; tilgang og kvalitet ved helsetjenester

Helman (2007) sier at helsepersonell kan anvende kulturkompetanse for å forbedre minoriteters tilgang til helsetjenester og for å gi dem en kvalitetsfull helsetjeneste. Dette mener han kan gjøres ved at en eliminerer strukturelle og organisatoriske barrierer som hindrer at minoriteter får en kvalitetsfull helsetjeneste. Dette inngår i to av dimensjonene Helman omtaler vedrørende kulturkompetanse og anvendelse av den i helsevesenet. (Se kap 5.2) Eksempler Helman bruker er vanskelighetene minoriteter har med å møte allmennlege, og barrierer med henvisning til spesialisthelsetjenesten. Teorien er aktuell i forhold til funn fra feltstudiene om at asylsøkere står overfor barrierer som preger tilgang og kvalitet på helsetjenester.

Bäärnhielm (2014) sier at på europeisk plan ser man en økning i ulikhet i helsetilstand mellom migranter og den innfødte befolkningen, men hun hevder at vi vet for lite om helsen til asylsøkere. Hun mener kunnskapen om den psykiske helsen til migranter i Europa er utilstrekkelig og at asylsøkere ofte har falt utenfor den offentlige omsorg. I flere europeiske land anvender innvandrere psykiatriske helsetilbud mindre enn den innfødte befolkningen (Möske et.al. 2011 i Bäärnhielm 2014: 45). EU kommisjonen har konstatert at migranter, eldre og mennesker med psykiske sykdommer tilhører de mest utsatte pasientgruppene, og at de har vanskelig for å få tilgang til helsevesenet (Huber et .al. 2008 i Bäärnhielm 2014: 45). I følge Bäärnhielm kan manglende kunnskap om hvordan helsevesenet fungerer være hinder for tilgang til helsevesenet. Hun sier også om migrasjonsstress og post migrasjonsfasen at det å orientere seg i et nytt samfunn, møte nye kulturelle normer, tradisjoner og referanserammer er krevende.

Eriksen og Sørheim (2006) sier om innvandrere og helsevesenet at ikke alle får tilgang til de helsetjenestene en har rett på, at tross rettigheter kan mulighetene likevel begrenses i praksis. Forfatterne sier at språkforskjeller og kulturforskjeller gjerne omtales som de begrensende

faktorene, men de mener at språkkunnskap ikke løser alt. Forfatterne etterlyser også mer tilgang til informasjon for denne pasientgruppen. De sier at pasienter generelt skaffer seg mer informasjon enn tidligere og stiller dermed andre krav til behandlingsapparatet, men enkelte svake grupper har ikke samme tilgang til informasjon, hevder de. Eriksen og Sørheim mener at dersom helsevesenet er tydelige i sine forklaringer overfor disse pasientene, vil det øke mulighetene for å komme inn i en gjensidig læringsprosess, noe som igjen vil være viktig for å utvikle et tillitsforhold. De som ikke kan lese på eget språk eller på norsk er særlig utsatt i forhold til tilgang til informasjon. Det kan gjelde informasjon om sykdom, interesseorganisasjoner, trygdeordninger med mer. Disse pasientene blir derfor avhengige av andre og deres tolkninger. Informasjonen hjelpeapparatet gir dem muntlig er således av stor verdi, og kanskje blir det den eneste informasjonen de får tilgang til. Det blir derfor viktig at forholdene legges til rette for dialog, med gjensidig informasjonsutveksling, slik at alle pasienter reelt sett kan få samme tilgang til helseinformasjon og helsetjenester (Eriksen og Sørheim (2006: 229- 31).

Mine funn er i tråd med det Helman, Bäärnhielm og Eriksen og Sørheims teorier omhandler. Noen helsearbeidere fra intervjuene sa at det er mange flere barrierer for en innvandrer for å nå det norske helsevesen enn det er for nordmenn generelt. Asylsøkerne har kommet til et nytt samfunn der de hverken kjenner helsetjenesten eller hjelpeapparatet. En helsearbeider sa: ”Det skal være like muligheter og lik tilgang til å få hjelp, men det er det ikke nå. Det er derfor viktig at helsevesenet jobber med å få tak i dette!” Helsearbeideren fortalte at fordi asylsøkerne ikke er kjent med helsevesenet, hvordan det fungerer og hvordan det er organisert, skal det mye til for at de sier fra at de har problemer og at de trenger hjelp. En helsearbeider i studien fortalte at den første barrieren er å søke hjelp. Helsearbeidere fra flere forskjellige institusjoner fortalte at ved en helsestasjon for asylsøkere får flere av asylsøkerne hjelp til å se at de eller barna deres har problemer og trenger hjelp, og de hjelpes så inn i systemet. Ellers krever systemet at de selv må vite om at de har et problem, at de trenger hjelp med det og at norsk helsevesen har noe å tilby dem. Dette er krav om høy kompetanse til det norske samfunnet, mente en helsearbeider. En helsearbeider mente at en barriere handler om i hvilken grad asylsøkeren klarer å uttrykke seg for fastlegen og videre at fastlegen må forstå det egentlige problemet. Etter et vanlig henvisningsløp må foreldrene kontakte fastlege og forklare seg for å bli henvist til psykiater. Her er det lett for at fastlegen tolker ut fra sin egen forståelse. Det kan føre til at behov for psykiater ikke oppdages. Det kreves at fastlegen kan se det underliggende for å i det hele tatt å forstå at dette har med psykiatri å gjøre. Enda en

barriere er hvilken informasjon fastlegen gir når han henviser videre. Det er ut fra dette at neste instans, som barnepsykiatrien, skal gjøre sin vurdering om det er en pasient de bør kalle inn og tilby hjelp. I konsultasjonen med barnepsykiater blir det i følge helsearbeidere en ny barriere, nemlig om barnepsykiateren mestrer å forstå hva problemet til barnet egentlig handler om, med tanke på en kulturell tilnærming.

Flere helsearbeidere fortalte at det i det siste var opprettet stadig mer samarbeid mellom instanser som har ansvar for asylbarn med psykiske helseproblemer i et område mange av de ansatte i jobbet i. Det gjaldt helseinstanser som barnepsykiatrien og helsestasjon for asylsøkere, i tillegg til samarbeid med skolen asylbarna har vært elever ved, barnehagen på mottaket og barnevernet. Et konkret tiltak var en nærmere kontakt med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Et team fra dem reiser nå rundt til nevnte samarbeidsinstanser. Dette gjør det mye lettere enn før å få hjulpet barn inn i barnepsykiatrien, fortalte ansatte i barnepsykiatrien, ved skolen, helsestasjonen og i barnevernet. Barnepsykiater selv opplevde å få mye mer innsikt i sakene og situasjonen til barna ved å lokalisere seg mer i et slikt organisert samarbeid. Disse tiltakene bidrog altså til å eliminere barrierer tilknyttet henvisninger, der man unngikk barrierer for å komme til fastlege og barrierer tilknyttet å få plass i barnepsykiatrien. På denne måten fikk asylbarna som ble ivaretatt i dette samarbeidet en kortere henvisningsvei, der det var mye lettere å få tilgang på helsetjenester i barne- og ungdomspsykiatrien, enn slik det hadde vært tidligere.

Helsearbeidere forteller at det tidligere hadde vært lenger ventetid og at mange ble avvist med svar at Barne- og ungdomspsykiatrien ikke kunne hjelpe dem. Mange av de som ble intervjuet i feltstudiet refererte ofte til hvilken stor ressurs tilrettelegging for å minske barrierene syntes å være i praksis. Det syntes faktisk også å være sammenheng med trivsel og mestringsfølelse i arbeidet for dem selv som ansatte. Tiltak for å bryte barrierene ble ofte fortalt i sammenheng med barn som fikk en god helsefremmende utvikling av psykisk helse. De hadde fått tilgang til helsetjenester og fått utbytte av tjenestene.

Ut fra feltefunn kan en se at det fortsatt er mange barrierer og manglende tilgang til helsetjenester som kan føre til at asylbarn med behov for psykisk helsehjelp ikke får de helsetjenestene de faktisk har rett til. Dette samsvarer med det Eriksen og Sørheim (2006) sier om at innvandrere ikke alltid får de helsetjenestene de har rett til fordi mulighetene kan begrenses i praksis. Den økte mengden barrierer som denne analysen har vist til at asylbarn har, ut fra både teorier og funn fra mine feltstudier, mener jeg er et eksempel der muligheter blir begrenset i praksis. Dersom barrierene ikke elimineres vil de være en begrensning for at

asylbarn med behov for psykisk helsehjelp kan få tilgang til de helsetjenestene de har rettigheter til. Der det er gjort konkrete tiltak for å eliminere barrierer har det derimot ført til økt tilgang og kvalitet over helsetjenesten for asylbarn med behov for psykisk helsehjelp. Jeg vil analysere mer om dette med rettigheter, om muligheter som kan begrenses i praksis, i det neste underkapittelet.

5.3 Rett til helsehjelp i praksis

Helmans teori er overfor anvendt i forhold til analyse av gjeldende bruk av kulturkompetanse i helsevesenet, men Helman sier også at kulturkompetanse likevel ofte ikke er nok til å klare å håndtere ulikheter i helsetilstanden i et samfunn. Helsearbeid befinner seg ikke i et vakuum. Alle bredere spekter av sosiale, kulturelle og økonomiske aspekt ved samfunnet må alltid tas i betraktning når ulikheter i helsetilstanden, tilgang til helsetjenester og kvaliteten ved dem skal forbedres. Helman mener at maktforhold og ulikhet også må tas i betraktning når helsearbeidet skal forbedres gjennom alle sektorer i samfunnet (Helman 2007:16).

Eriksen og Sørheim (2006) sier om innvandrere og helsevesenet at ikke alle får tilgang til de helsetjenestene en har rett på, at tross rettigheter kan mulighetene likevel begrenses i praksis. Forfatterne sier at språkforskjeller og kulturforskjeller gjerne omtales som de begrensende faktorene, men de mener at språkkunnskap ikke løser alt. Når møtet med norsk helsevesen innebærer at innvandrepassienter ikke blir forstått, kan deres rettssikkerhet trues, sier de. Maktdimensjon har en stor betydning i forhold til dette, mener de. Forholdet mellom eksempelvis lege og en pasient med innvandringsbakgrunn er et forhold mellom ekspert og ikke- ekspert, mellom etnisk majoritet og minoritet, og ofte mellom to kjønn. I følge forfatterne får denne maktdimensjonen stor betydning i relasjonene. De som har makt og autoritet kan definere både problem, hvilken diagnose og hvilken behandling som skal tilbys. Noen leger har oppfatning av at innvandrere har ”uspesifikke” smerter eller ”bare nerver”, som legen ikke kan gjøre noe med utover smerter eller beroligende medikamenter.

Disse forfatterne sier også at det settes krav til en ganske spesialisert kulturell kompetanse for innvandrere i forhold til stat og demokrati. Innvandrere vet generelt mindre om sine rettigheter i forhold til myndighetene enn hva nordmenn gjør, på grunn av så som språkproblemer og manglende integrasjon i det norske samfunn. Dette kan medføre at innvandrere bruker offentlige støttemidler langt sjeldnere enn de hadde kunnet. I følge forfatterne viser forskning at innvandrere vet mye mindre enn nordmenn om forskjellen

mellom ulike offentlige instanser, statlige og kommunale og hvordan de fungerer. Byråkratiet, og en mengde institusjoner, kan se like ut og være umulig å få klare svar fra. Det kreves av innvandrere en kunnskap om når, hvor og hvordan man skal gå fram for å føre en sak i det offentlige. I mange tilfeller kreves utfylling av kompliserte skjema og det kan ta lang tid før en får svar. For å skrive en god søknad kreves det kunnskap om kulturelle konvensjoner. I slike tilfeller mister innvandreren muligheter. Forfatterne mener at offentlige ansatte trenger innsikt i kulturelle forhold for å forstå innvandreren (Eriksen og Sørheim 2006: 254- 55).

Jeg vil i videre forsøke å drøfte noen funn fra mitt feltarbeid. Disse funnene retter seg ikke bare mot helsevesenet, men i samsvar med Helmans teori, viser de til behov for å belyse et bredere aspekt av samfunnet når ulikheter i helsetilstanden skal elimineres og når tilgang til helsetjenester, og kvaliteten ved helsetjenestene skal forbedres for migranter eller minoritetsbefolkningen, her asylbarn med behov for psykisk helsehjelp.

5.3.1 Foreldrenes manglende rett til helsehjelp, påvirker barna

Et av de funnene som stadig kom fram i intervjuene i feltstudiet var hvordan asylbarns psykiske helse og oppfølging av denne i stor grad påvirkes av foreldrenes helsetilstand. Helsearbeidere ved helsestasjon for asylsøkere mente det var et veldig godt helsetilbud ved denne helsestasjonen som var lokalisert ved mottak, men til tross for lavterskel tilbud så helsearbeiderne likevel at mange foreldre ikke kom til avtaler med barna sine. De mente det ofte er de mest utkjørte foreldrene som ikke møter opp. Mange foreldre husker ikke eller har ikke krefter til å følge opp avtaler der barnet er henvist på grunn av belastning fra egne traumer og livssituasjon. Dette kom også fram når det gjaldt oppfølging av avtaler med barnevernet og med skolen. Flere av de som ble intervjuet i feltstudien uttrykte behov for at det må bli gjort noe aktivt for å nå disse foreldrene. En sosialantropologisk veileder for barnevernsansatte som jobber med asylbarn, fortalte i et intervju at hun har fulgt flere barnevernssaker og forteller at asylbarns foreldre ofte har mindre resurser da de er slitne fra fortiden og har lite overskudd til å kjempe i et nytt samfunn. Det er avgjørende for en god saksgang at en kan forklare seg og gjøre seg forstått. Noen blir handlingslammet, forteller sosialantropologen.

Foreldrene er barnas nærmeste omsorgspersoner og har derfor stor innvirkning på barnet. Å leve med traumatiserte foreldre kan for barna være en større traumatisk belastning enn de traumene de bærer med seg fra hjemland og flukt, i følge flere helsearbeidere i feltstudiet.

Mange av helsearbeiderne i feltstudiet var svært opptatt av at det å hjelpe asylbarn med deres psykiske helse i ytterste konsekvens ville innebære å hjelpe deres foreldre med deres psykiske helse. Flere helsearbeidere sa at foreldrene er utsatt for traumer fra fortiden, at de har opplevd ekstreme traumatiske hendelser. Flere helsearbeidere mente at det å leve med traumer fra fortiden og under så vanskelige livsbetingelser som en lever under som asylsøker, det kan få foreldre som i utgangspunktet er gode omsorgspersoner til ikke lenger å være trygge nok foreldre. Helsearbeidere i feltstudiet fortalte at mange asylbarn har symptomer som ligner tilknytningsforstyrrelser. I følge noen av helsearbeiderne får barna en generasjonsoverført traumatisering. Det at foreldrene er traumatisert innebærer en risiko for barnas psykiske helse, mente de. En av de viktigste oppgavene foreldrene har er å skape trygge rammer og omgivelser rundt barna sine, men det er vanskelig hvis en er asylsøker over lengre tid, mente noen av helsearbeiderne. Mange av foreldrene er så slitne at de ikke ser hvordan barna har det, hevder flere av helsearbeiderne. En pedagog som jobber med asylbarn fortalte i intervju i feltstudien at de som jobber med barna i hverdagen ofte merker på barna når hjemmesituasjonen er tøff. Hun mente at når foreldrene har det vanskelig psykisk, søker barna mer oppmerksomhet og anerkjennelse. Når foreldrene sliter mer, utagerer barna mer, eller andre blir mer innesluttet, fortalte pedagogen. Flere av de ansatte som ble intervjuet fra flere sektorer, oppga at de vektla å forsøke å gi hjelp og støtte til asylbarnas foreldre, angående foreldrerollen, slik at de kan fungere godt som foreldre og at det ikke blir nødvendig at barnevernet må ta barna fra dem. Hjelp og støtte til foreldrene ble sett på som en svært viktig faktor for at barna skulle kunne få en bedret psykisk helse.

I sammenheng med hvilken innflytelse foreldrenes psykiske helse har på barnas psykiske helse, er det aktuelt å problematisere hvilke helsetjenester foreldrene gis tilgang til. Når foreldrene kun har rett til øyeblikkelig hjelp og en alvorlig depresjon ikke inngår i det, vil det fortsatt være øyeblikkelig hjelp for barnet, hevdet en av helsearbeiderne. En helsearbeider i voksenpsykiatrien har møtt flere av asylbarnas foreldre. Han mener at det er mange av disse som ikke får den behandling de trenger både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Han forteller: ”Undersøkelser viser at disse pasientene blir sjeldnere innlagt og at de er sykere når de blir innlagt!” Undersøkelsen helsearbeideren viste til var gjort i sammenligning med ordinærbefolkningen.

En omfattende studie gjort av en rekke danske forskere vedrørende asylbarn er relevant og mye er sammenlignbart med mine feltefunn. Vitus og Nielsen(2011) sier om foreldrenes påvirkning på barnas psykiske helse at internasjonale undersøkelser av barn bekrefter at det

sjeldent er en entydig sammenheng mellom voldssomme hendelser og psykiske vanskeligheter hos et barn. Derimot inngår oppvekstvilkår, barnets utvikling, sosiale relasjoner og voldssomme hendelser i et komplekst samspill, som har betydning for hvordan barn reagerer og utvikler seg. Vurderingen av hvem som har behov for støtte avhenger derfor av en avveining av en mengde forhold og reaksjoner, og her spiller foreldrenes ressurser og psykiske velbefinnende en vesentlig rolle. Etter psykologisk screening av nyankomne asylbarn i den danske undersøkelsen ble halvparten av barna vurdert til å enten å ha psykiske problemer, være i høy risiko for å utvikle psykiske problemer eller til å være i risiko for omsorgssvikt som følge av foreldrenes psykiske problemer. Femtiseks prosent av barna ble gitt spesielle tiltak innenfor det psykososiale, tverrfaglig, ofte fordi den ene forelderen var traumatisert. Den gjenstående gruppen fra undersøkelsen ble vurdert til ikke å ha behov for oppfølging. Det kan skyldes at de er blitt skånet fra voldssomme hendelser og tap, eller at foreldrene vurderes til å være i stand til å støtte barna sine og håndtere deres psykiske reaksjoner adekvat, hevder forskerne bak studien. Dette med betydningen av foreldrenes ressurser, viser seg ved at nære og pålitelige omsorgspersoner som støtter et barn under og etter en voldssom hendelse, har større betydning for barnets trivsel enn omfanget av de voldssomme hendelsene har i seg selv (Betancourt og Khan 2008 i Vitus og Nielsen 2011: 53). Eksemplene er mange og forskerne fant at 62 % av barna hadde minst en forelder som har vært utsatt for vold og 37 % av barna hadde minst en forelder som opplyste at de hadde vært utsatt for tortur. Torturoverlevende er i høyere grad enn andre traumatiserte flyktninger preget av veldige fysiske og psykiske men og utvikler i langt høyere grad alvorlige psykiske lidelser som posttraumatisk stressyndrom (PTSD), angst og depresjon (Amnesty Internationals danske legegruppe 2009 i Vitus og Nielsen 2011: 46). Å ha blitt utsatt for tortur utgjør en svært viktig risikofaktor for foreldre og deres barns psykiske helbred fant Lund et. al (2008 i Vitus og Nielsen: 46). Foreldrenes psykiske helbred har avgjørende betydning for deres forutsetninger for å kunne være nærværende og omsorgsfulle overfor sine barn. Manglende støtte fra foreldre kan svekke et barns muligheter til å utvikle seg og få fotfeste i et fremmed land. (Vitus og Nielsen 2011). Torturoverlevende utgjør en ytterst sårbar gruppe, og de negative effektene av tortur kan bli ytterligere forsterket av uvissheten om fremtiden når man er asylsøker (Amnesty Internationals danske legegruppe, 2009 i Vitus og Nielsen(red) 2011: 55). Fordi mange asylbarn er berørt av følgene av tortur, er det behov for å styrke ressurser og motstandskraften hos foreldre som har vært utsatt for tortur, mener de danske forskerne (Shapiro og Christiansen i Vitus og Nielsen(red) 2011: 55-56).

Denne omfattende danske undersøkelsen synes å bekrefte funn fra feltarbeidet, med at mange asylbarn har en psykisk helse som påvirkes av foreldrenes psykiske helsetilstand. Forskerne mener det er behov for en innsats for foreldrene. Dette synet delte også flere av helsearbeiderne i mitt feltarbeid. Ut fra funn både i den danske studien og fra min studies empiriske funn om at asylbarns psykiske helse påvirkes av foreldrenes psykiske helse, blir det vanskelig å se at barnet kan få tilstrekkelig og kvalitetsfull helsehjelp når deres nærmeste omsorgspersoner, nærmeste sosiale kontekst, ikke har tilgang til den helsehjelp de har behov for, fordi de bare har rett på øyeblikkelig hjelp.

Foreldrenes manglende rett til helsehjelp, utover øyeblikkelig hjelp, kan ses i sammenheng med barrierer og tilgang på helsetjenester for barna. Dersom foreldrene ikke gis samme muligheter som andre voksne i vertsbefolkningen vil deres evner og ansvar som omsorgspersoner kunne svekkes. I tillegg til å påvirke barnas psykiske helse kan dette også påvirke barrierer, som har med om foreldrene er i stand til å se barnas negative helseutvikling og om foreldrene makter å søke opp, og følge dem inn i, et ukjent helse- og omsorgssystem. Barnas rett til helsetjenester vises igjen å kunne ha svekkede muligheter i praksis, sett i sammenheng med foreldrenes begrensede rett til helsehjelp. Den tidligere nevnte Eriksen og Sørheims teori om at selv om en har rett til helsehjelp, kan mulighetene være begrenset i praksis, bygger opp om disse empiriske funn.

Denne utfordringen kan ikke ses på i helsevesenet alene, men må også vurderes fra høyere politisk hold der lovverket om at foreldrene kun har rett til øyeblikkelig hjelp nå synes å hindre en kvalitetsfull helsetjeneste for asylbarna. Helman skriver at flere sektorer må inn om helsearbeidet skal forbedres i et samfunn og dette synes å være et eksempel på det.

Bäärnhelm (2014) sier at asylsøkere i Europa ofte har falt utenfor den offentlige omsorg. Funn fra mitt feltarbeid synes å bekrefte dette. Asylbarnas foreldre har ikke fått samme rettigheter til helsetjenester som andre, og det synes å få en konsekvens for asylbarns psykiske helse, og hvilken helsehjelp asylbarn med behov for psykisk helsehjelp får i praksis. Om foreldrene faller utenfor den offentlige omsorg synes også barna å ha en økt risiko for å falle utenfor den offentlige omsorg, og mine feltefunn underbygger på den måten Bäärnhelms teori.

5.3.2 Rettsikkerhet knyttet til asylsaken

Mange av helsearbeiderne og pedagogene som ble intervjuet i min feltstudie mente at asylbarna behandles på en inhuman måte av norske myndigheter når det gjelder praksis rundt

asylsaken, og søknad om oppholdstillatelse. Flere av de som ble intervjuet mente at Norge styres av en politikk som er umenneskelig når det gjelder lengeværende asylbarn. De mente at barna er levende bevis på hva familiene har gjennomgått, men mange opplever likevel ikke å bli trodd. Flere av helsearbeiderne og pedagogene jeg intervjuet, og som møtte barna i sin praksis, mener en må ta inn over seg hva det gjør med et menneske å ikke bli trodd når en søker asyl. De ser ofte uro hos barnet sammenhengende med status i oppholds-saken. Mange asylbarn mister troen på at noen er til å stole på, at noe er vits i, de er deprimerte og ser ikke meningen med å gå på skole og lære. En helsearbeider fra feltstudien som jobbet spesielt med asylbarn mente at norsk asylpolitikk, slik den har vært, har ført til en underklasse av deprimerte barn. Mange av de ansatte som ble intervjuet uttrykte bekymring for at barnas sak ikke tas tilstrekkelig med i vurderingen av asylsakene og de fortalte historier som eksempler på dette. Asylbarnas rettigheter til å bli vurdert med hensyn til psykisk helsetilstand synes å være på utrygg grunn når praksis gjennomføres, mener flere av de intervjuede. En av faktorene som påvirker, i følge funn fra mitt feltarbeid, er mangel på sakkyndig behandling av sakene, både innenfor psykiatri og kultur. Dette vanskeliggjør en god forståelse og videre en god rettslig behandling og vurdering av saken. En helsearbeider mener at det ikke spørres etter barnas helsetilstander i det hele tatt. Om de fra helsevesenet sender helseerklæringer som vedlegg til asylsaken, fordi nye opplysninger i saken kan endre status, er det kun noen ganger det fører til oppholdstillatelse, tross at flere barn har hatt en dårlig psykisk helsetilstand. Helsearbeideren mener barnas helsetilstand må spørres om i asylsaken, fordi foreldrene ofte er for bekymret til å se eller komme på det. Flere mener også at barnet blir vurdert ut fra foreldrenes sak, at eksempelvis det i praksis legges mer vekt på om en familiefar oppgir feil identitet enn om barnet kun har tilknytning i Norge og befinner seg i en svært dårlig tilstand av psykisk helse, og at utviklingen til barnet er truet. Et spørsmål fra en av dem jeg intervjuet var: Hvem av norske barn ville blitt juridisk straffet for at deres foreldre har gjort noe ulovlig? Flere ansatte i feltstudien påpekte også hvor urettferdige og tilfeldige behandlingene av asylsakene til familiene syntes å være. Ofte så de barn som var sterkt tilknyttet Norge bli utsendt, på tross av at asylbarns tilknytning skal stå sterkt i den juridiske vurderingen av asylsaken, i følge norsk lov.

Funn fra min feltstudie viser at det som påvirker personellet som jobber med asylbarn mest, følelsesmessig, er at de opplever at mange asylbarn behandles urettferdig og ikke får den beskyttelse og hjelp som de trenger og har krav på. Personellet hadde følelser av maktesløshet i forhold til dette. De opplevde at det politiske systemet ikke ivaretar asylbarn med dårlig

psykisk helse tilstrekkelig og at barnas rettigheter i forhold til dette og i forhold til tilknytning ikke ble ivaretatt i praksis. Det mest positive de opplevde var å se at det gikk bedre med barn som det var satt inn tiltak for, og det mest negative var når asylbarn med store lidelser ikke ble ivaretatt og tatt hensyn til av det offentlige, når asylsaken ble vurdert. De opplevde å se mye urettferdig behandling, ikke hensyn til barnet og mye tilfeldig praksis når asylsakene ble vurdert. De fleste av de som ble intervjuet syntes å ha en sterk mistillit til de juridiske vurderinger som ble gjort i asylsakene vedrørende asylbarn, og spesielt med tanke på asylbarn med behov for psykisk helsehjelp.

Her er utfordringer som rettes mot det politiske system og mot praksis knyttet til det juridiske system som behandler asylsaker, og viser at helsevesenet alene ikke kan besvare alle utfordringer som ses i sammenheng med asylbarns psykiske helse, slik det kommer til uttrykk i Helmans teori. Om barnas sak og psykiske helsetilstand ivaretas i juridisk praksis, påvirker hvilken rett barna kan få til helsetjenester videre, avhengig av om de får oppholdstillatelse. Tiden saksgangen tar påvirker asylbarns psykiske helse, slik jeg tidligere har beskrevet et hovedfunn i denne studien, samsvarig med tidligere forskning. Dette er også en utfordring som må tilskrives og løses innenfor politikk og juridisk praksis, dersom asylbarns psykiske helse skal bli ivaretatt. Det underbygger igjen Helmans teori at helsevesenet ikke kan stå alene om utfordringene med å legge til rette for tilgang til helsetjenester og utjevne ulikheter i helsetilstanden til minoritetsbefolkningen, opp mot majoritetsbefolkningen.

I følge Eriksen og Sørheims teori er det ikke bare i helsevesenet det stilles krav til innvandrere om kompetanse til systemet. Forfatterne sier at det også stilles en del krav til kompetanse om systemet i forhold til stat og demokrati. I denne sammenheng viser det seg eksempelvis ved at foreldrene selv ikke klarer å møte de store utfordringene som systemet krever når det gjelder barnas rettigheter og det å gi viktige opplysninger om barnas psykiske helsetilstand i møte med rettsvesenet som saksbehandler asylsaken.

5.3.3 Makt og ulikhet

I forhold til både Helmans og Eriksen og Sørheims tidligere nevnte vektlegging av maktdimensjon, har jeg også funn fra min feltstudie som er i samsvar med disse teoriene. Jeg har tidligere beskrevet hvordan anvendelse av interkulturell kompetanse i helsevesenet kan føre til en bedre forståelse av asylsøkere som pasienter, av deres egentlige behov, og at dette kan føre til en kvalitetssikring ved diagnostisering. Jeg har også vist hvilken innvirkning

interkulturell kompetanse kan få når det gjelder tilgang til helsetjenester og forbedring av disse. I eksemplene som er nevnt i den sammenheng kan en se at leger har ofte hatt definisjonsmakt. For eksempel kom det fram i mine feltefunn at hvordan leger forstår eller ikke forstår asylbarn og deres foreldre, preger hvilken diagnose og behandling de får, og i hvilken grad de blir henvist og tatt imot videre i systemet. Det preger om de får tilgang til helsetjenester. Det er også funn fra feltstudiet som viser til maktdimensjon i forhold til at helsearbeidere etterlyser behovet for utvikling av metoder. Flere av dem har sett en del tilfeller der asylbarn ikke får tilgang til helsetjenester innenfor barnepsykiatrien, at de blir avvist fordi de har en ustabil livstilværelse. I metoden som ofte anvendes i psykiatrien nå, er dette med ustabil livssituasjon sett på som et hinder for behandling. Flere av helsearbeiderne som ble intervjuet i min feltstudie hevder at det trengs en utvikling av en metode som gjør at pasientene kan få behandling og støtte imens det vanskelige pågår, og de mener at asylbarna og deres foreldre i mange tilfeller har store behov for det. I funn fra feltstudien kan en se hvordan en lege med definisjonsmakt har kunnet avvise asylbarn og hindret dem tilgang til helsetjenester i barnepsykiatrien selv om de hadde behov for og rettigheter til helsetjenester. Det er eksempler på tilfeller der maktforhold kan brukes slik at asylbarna som pasienter mister muligheter og rettssikkerheten deres trues fordi de ikke får tilgang til helsetjenester de har behov for. Mye av funnene adresseres helsevesenet direkte, men også i sammenheng med det som er beskrevet om behandling av asylsakene, synes maktdimensjonen å være viktig å problematisere, i tråd med Helmans oppfatning. Dersom sakkyndig kompetanse innenfor kultur og barnepsykiatri ikke anvendes i asylbarnas juridiske saker vedrørende barnevern og oppholdstillatelse, har en ikke kvalitetssikret at asylbarna og deres foreldre blir forstått, vil jeg hevde med tanke på disse funn. Eriksen og Sørheim underbygger dette når de sier at innvandreres rettssikkerhet kan være truet dersom de ikke blir riktig forstått. Hensyn til barnas psykiske helse blir bare ivaretatt i en ubetydelig eller utilstrekkelig grad i vurderingen av barnas asylsaker dersom helseerklæringer fra fagkyndige ikke vektlegges. Definisjonsmakten over hvilke behov barnet har, hvilke hensyn som må tas og hvilke rettigheter barnet har, blir da værende hos saksbehandler som ikke besitter den kulturelle og barnepsykiatriske kompetanse som i følge feltefunn er avgjørende for at barnets situasjon skal bli forstått fullt ut. Flere av de som ble intervjuet i min studie fortalte om ulikheter i hva man gir asylbarn tilgang til av hjelp fra det offentlige når det gjelder deres psykiske helse, sammenlignet med barn fra vertsbefolkningen. Dersom et asylbarn får opphold og får et fosterhjem ved hjelp av barnevernet eksempelvis, kan de i praksis behandles ulikt i forhold til norske barn. Der norske

barn rådes av barnevernet til å bli i fosterhjemmene noen år utover myndighetsalder, slik mange andre norske barn bor hjemme hos sine foreldre flere år, får asylbarna i barnevernet ikke samme tilbud om hjelp i fosterhjem utover myndighetsalder, fortalte en som arbeidet tilknyttet barnevernet. Innenfor psykisk helse ble ulikheter nevnt i flere sammenhenger i feltstudien, og et tydelig eksempel er et asylbarn, en ungdom, som opplevde traumene ved 22.juli på Utøya. Denne ungdommen fikk en langt bedre oppfølging og tilgang til helsetjenester innenfor psykiatrien enn det de andre ungdommene på samme mottak fikk. Dette på tross av at de andre gjerne hadde like store utfordringer med psykisk helse både knyttet til deres historie fra hjemland og flukt og vanskelighetene ved å være asylsøker i asylmottak. Dette oppga flere av helsearbeiderne i min feltstudie som eksempel på ulik behandling som de reagerte på. Disse beskrivelser av ulikheter fra feltarbeidet, er med å underbygge Helmans teori om at ulikhet må tas i betraktning når helsearbeidet skal forbedres. Dette både i helsevesenet og i andre offentlige sektorer.

Ulikheten viser seg også som nevnt når rettspraksis setter foreldrenes sak over hensyn til barnet og dets psykiske helsetilstand. Dette må i ytterste konsekvens ses på som en sterk ulikhet asylbarn behandles etter, til sammenligning med norske barn, der barnets psykiske helse vil ivaretas uavhengig og kanskje snarere på tross av foreldres ulovlige handlinger.

6 KONKLUSJON

Problemstillingen jeg har forsøkt å svare på er hvordan asylbarn med behov for psykisk helsehjelp blir ivaretatt av det offentlige, med hovedfokus på helsevesenet.

Jeg har funnet at ansatte som jobber med asylbarn observerer at mange asylbarn er preget av traumer fra konflikt i hjemland og fra flukt. Pedagoger og helsearbeidere har observert dette i barnehager, i skole, på helsestasjon og i barne- og ungdomspsykiatrien. Barna reagerer på forskjellig som minner dem om vanskelige hendelser. Det ses frykt og uro hos barna. Dette underbygges av tidligere forskning og litteratur som er vist til i oppgaven. Asylbarna lever i et såkalt pågående traume i eksiltilværelse uten å vite noe om framtiden, om deres liv er i sikkerhet. Det barna opplever i ventetiden på mottak er funnet å ha en sterk sammenheng med asylbarns psykiske helse i denne studien og i tidligere forskning vist til i oppgaven. Livet på mottak er forbundet med isolasjon og asylbarn lever blant mange voksne som er preget av psykisk stress. Foreldre holder barna inne fordi de mener miljøet på mottaket er for farlig og barna må beskyttes fra det. Asylbarn frykter gjerne for å bli sendt til et hjemland forbundet med fare for liv og helse og de frykter at politiet skal komme uventet og hente dem om natten. Mange må vente lenge i asylmottak for å få oppholdstillatelse og videre å få bosted i en kommune. Det å bo i asylmottak med usikkerhet for framtiden virker sykdomsgenererende på mange asylsøkere, asylbarn og foreldre. Mange opplever livet i eksil som destruktivt i rollen som foreldre, de har ingen sikker framtid å presentere barna for. Barnas og foreldrenes psykiske helse er preget av stress fordi de lever med manglende kontroll over eget liv, og mulighet til et fullverdig sosialt engasjement og deltakelse. Flere helsearbeidere i min feltstudie oppfattet helsetilstanden til mange asylbarn som betydelig mer sammensatt og omfattende enn det helsearbeiderne er vant til å forholde seg til blant norske barn.

Kulturkompetanse er i denne studien funnet viktig i sammenheng med hvordan asylbarn med behov for psykisk helsehjelp ivaretas av det offentlige med hovedfokus på helsevesenet. Kulturkompetanse vil i mange tilfeller være avgjørende for at asylbarn som pasienter blir forstått, får riktig diagnose og behandling, og får tilgang til helsetjenester de har rettigheter på. Kulturkompetanse har bidratt til at helsearbeidere har sett behov for å utvikle nye metoder i psykiatrien, metoder som er mer adekvate for asylbarn som pasientgruppe og som kan bidra til at asylbarn får den behandling de har rettigheter til. Feltstudien viser til et fagmiljø som i

nært tverrfaglig samarbeid har utviklet metoder på grunnlag av kulturkompetanse. Dette har gitt resultater ved å eliminere barrierer for tilgang til helsetjenester for asylbarn.

Kulturkompetanse er anvendt for å eliminere ulikhet i helsetilstand og for å fremme tilgang til helsetjenester for asylbarn.

Kulturelle forskjeller i forhold til psykisk helse og behandling i kulturen til asylbarn og deres foreldre versus helsearbeider, er eksempel på en barriere som kan føre til utfordringer for at asylbarn skal få riktig diagnose, behandling og tilbud om helsetjeneste de har rettigheter til. Somatisering, at psykiske plager uttrykkes ved kroppslig ubehag, er noe mange vestlige helsearbeidere oppfatter som en manglende evne til å uttrykke seg. Med kulturkompetanse har helsearbeidere funnet at dette er en nedlatende holdning som ikke tar høyde for at forhold til kropp og sjel, og til sykdom og helse, er kulturelt konstruert. Med kulturkompetanse kan helsearbeidere være mer sensitive overfor asylbarna og deres familie og helsearbeideren får bedre mulighet til å forstå dem. Med bruk av kulturkompetanse kan en helsearbeider se at somatisering er et uttrykk for noe annet enn det helsearbeideren oppfattet ut fra sin egen kulturelle kontekst. Kulturkompetanse kan hjelpe helsearbeideren å forstå hva pasienten egentlig sier, eller ikke sier, noe som kan være avgjørende for riktig diagnostisering og videre behandlingsforløp. Helsearbeideres tolkning preges av deres egen kulturelle kontekst. Ved anvendelse av kulturkompetanse kan helsearbeideren bli mer sensitiv for hva asylbarn og deres foreldre egentlig forsøker å formidle. Det kan føre til at helsepersonell kan forstå forklaringer på psykisk helse som uttrykkes i form av fysisk smerte og det kan hjelpe å forstå hvis det er fenomener som er kulturelt tabubelagt som berører psykisk helse som forklares med fysisk smerte i noen kulturer. Tillit er i denne studien, og anvendt litteratur, funnet i sammenheng med god kommunikasjon og gjensidig forståelse mellom helsearbeidere og asylbarn med foreldre. Dette har vist seg ekstra viktig da tilliten til asylbarn og deres foreldre ofte er sterkt svekket med tanke på vanskelige hendelser mange har opplevd i hjemland og på flukt, der tilliten kan ha blitt svekket til både enkeltpersoner og offentlig tjenesteapparat. Frykten for politiet er et eksempel på det. Helsearbeidere må gi ord som politi og psykiatri en ny mening, slik at meningsaspektet knyttes til kulturell kontekst. Politiet i Norge har andre metoder, hensikter og rammer å jobbe etter enn de har i mange av asylbarnas hjemland. Likeledes er meningsaspektet knyttet til psykiatri og psykiater dynamisk med tanke på kultur og kontekst. Helsearbeidere kan anvende kulturkompetanse til å finne asylbarns og deres foreldres assosiasjoner til disse begrepene, for så å vise til hva de er forbundet med i kulturen i vertslandet.

Funn fra feltarbeidet samsvarer med Helmans teori, som er anvendt i studien, om at kulturkompetanse hos helsevesenet ikke løser alle utfordringer ved ulikhet i forhold til helsetilstand og helsetilbud i et vertsland. Ulikhet og makt må tas i betraktning og flere sektorer trengs, dersom befolkningens helsetilstand og tilgang til helsetjenester skal være mindre preget av ulikhet enn det migrasjonsforskning viser til. Flere helsearbeidere i denne feltstudien opplevde at asylbarns helsetilstand ikke blir spurt etter eller vurdert i søknaden om oppholdstillatelse. Sakkyndige innen psykiatri opplever at de ikke blir hørt når helsefaglige vurderinger sendes med tilleggsopplysninger de opplever viktige for behandlingen av asylsaken, søknaden om oppholdstillatelse.

Asylbarn har samme rettighet til helsehjelp som innfødte barn har. Det er imidlertid en del momenter som utfordrer om retten til helsehjelp fungerer i praksis. Eriksen og Sørheim, som er anvendt i oppgaven, sier at rettsikkerheten kan være truet dersom møtet mellom innvandrerpasienter og norsk helsevesen innebærer at de ikke blir forstått. Jeg har vist til funn fra feltarbeidet som underbygger dette. Når asylbarn som pasienter ikke forstås påvirker det hvilken diagnose og hvilken tilgang de gis eller snarere ikke tilbys i helsevesenet.

En annen faktor som viser seg å kunne true asylbarns rett til helsehjelp i praksis er at foreldrene mangler de samme rettighetene som barna og vertsbefolkningen har innen psykisk helsehjelp. Når foreldrenes psykiske helse er truet må det regnes som akutt psykisk helsehjelp for at de skal få tilgang til helsetjenester. Det vil si at foreldre med tunge depresjoner og angst ikke nødvendigvis får behandling. Feltpunn og tidligere forskning viser til at voksne asylsøkere kommer sjeldnere til helsetjenester og helsen deres er verre enn de innfødtes når de oppsøker hjelp. Mange foreldre av asylbarn er deprimerte og preges av traumer fra hjemland og flukt som de ikke får hjelp til å bearbeide. I tillegg har de det pågående traumet ved å leve under forholdene på mottak uten å vite om framtiden er trygg for dem. Mange foreldre sliter så mye selv at de ikke klarer å se sine barns behov eller ikke har overskudd til å oppsøke helsehjelp for barna. Flere foreldre sliter med å følge opp i helsevesenet dersom de har fått tilgang til helsetjenester for barna sine. Når foreldrene faller utenfor den offentlige omsorg uten rettigheter til de helsetjenester de har behov for, rammes barna. I bearbeidelsene av traumer fra hjemland og flukt, og traumene ved å bo på mottak uten å vite om sin sikkerhet for framtiden, har barna behov for å ha trygge voksne rundt seg. Barna har ikke trygge voksne rundt seg når foreldrene ikke får hjelp med de traumene de har. Dette preger i stor grad asylbarns psykiske helse. Selv om asylbarn har rett til helsetjenester på samme nivå som

norske barn, vil de ikke få det i praksis når foreldrene ikke har samme rettigheter til psykisk helsehjelp som norske foreldre har, vertsbefolkningen.

Helsearbeidere og pedagoger fra feltstudiet, som jobbet med asylbarn, var preget av sterk mistillit til det juridiske system vedrørende behandling av asylbarns søknad om oppholdstillatelse. Denne misnøyen var knyttet opp mot mangel på sakkyndig vurdering innen kultur og psykiatri, noe de mente svekket en god forståelse. En manglende forståelse kan true rettssikkerheten i praksis. Flere av de ansatte mente at i tillegg til at barnets psykiske helsetilstand i praksis synes å bli lite ivaretatt når saksyndige meldte fra, var også barnets tilknytning lite tatt i vare i asylsaken, i praksis. Misnøyen til det juridiske system gjaldt et inntrykk mange av de ansatte hadde av at det ble gjort mange tilfeldige vurderinger av asylbarns søknad om oppholdstillatelse. Flere av de ansatte opplevde dette som en svikt fra det offentlige, og det var det som fikk dem til å føle mest maktesløshet i arbeidet med asylbarna. Dette underbygger Helmans teori som er anvendt i oppgaven, om at helsevesenet ikke kan stå alene om utfordringene ved å minske ulikhet i forskjellene i helsetilstand og tilgang på helsetjenester. Disse politiske og juridiske vurderinger og retningslinjer gjeldende asylsaken er omdiskutert. Jeg har likevel valgt å gi et bidrag med perspektiv fra de som opplever barna på nært hold og har kompetanse om barnets psykiske helse og kultur. Det mener jeg er et viktig perspektiv å ta i betraktning for forståelse av hvordan asylbarn med behov for psykisk helsehjelp ivaretas av det offentlige med hovedfokus på helsevesenet.

7 REFERANSELISTE

- Bäärnhielm, Sofie. 2014. *Transkulturell Psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahl, Øyvind, Jensen, Iben og Nynäs, Peter (red). 2006. *Bridges of Understanding: Perspectives on Intercultural Communication*. Oslo: Unipub Forlag/Oslo Academic Press.
- Dahl, Øyvind. 2007. *Møter mellom mennesker. Interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dahl, Øyvind og Befring, Eirik (ukjent år). "Det dynamiske kulturbegrepet;" Tilgjengelig på <http://ndla.no/nb/node/15156>; besøkt 15.mars 2016.
- Dyregrov, Atle. 2000. *Barn og traumer. En håndbok for foreldre og hjelpere*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eriksen, Thomas Hylland. 1998 (2.utgave). *Små steder - store spørsmål: Innføring i sosialantropologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, Thomas Hylland og Sørheim, Torunn Arntsen. 2006 (4.utgave). *Kulturforskjeller i praksis: Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hammersley, Martyn og Atkinson, Paul. 2004. *Feltmetodikk: Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helman, Cecil G. 2007. (5.utgave) *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold.
- Hugaas, Jon Vegar; Hummelvoll, Jon Vegar og Solli, Hans Magnus. 2004. *Helse og helhet. Etske og tverrfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis. Festskrift til António Barbosa da Silva*. Oslo: Unipub Forlag.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkley, Los Angeles og London: University of California Press.
- Montgomery, Edith og Linnet, Sidsel. 2012. *Børn og unge med flytningebaggrund: Anbefalinger til profesjonelle*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Norsk Barnelegeforening 2012. "Rehabilitering og sosial reintegrering av asylsøkende barn utsatt for krig og væpnet konflikt"; Tilgjengelig på <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barnelegeforening/Nyheter/2012/Paidos-med-temanummer-om-asylbarna/>; besøkt 24.juni 2015..
- Senter for Interkulturell Kommunikasjon (SIK). 2014. "Rehabilitering og sosial reintegrering av asylsøkende barn utsatt for krig og væpnet konflikt"; Tilgjengelig på <http://www.sik.no/project?102>; besøkt 17.juni 2015.
- Store Medisinske Leksikon (SML) 2015. "Kontraindikasjon"; Tilgjengelig på <https://sml.snl.no/kontraindikasjon>; besøkt 12.februar 2016.
- Store Norske Leksikon (SNL) 2014. "Medisinsk antropologi"; Tilgjengelig på https://snl.no/medisinsk_antropologi; besøkt 21.mars 2016.
- UDI 2015. "Rehabilitering og sosial reintegrering av asylsøkende barn utsatt for krig og væpnet konflikt"; Tilgjengelig på <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/forsknings-og-utviklingsrapporter/rehabilitation-and-social-reintegration-of-asylum-seeking-children-affected-by-war-and-armed-conflict-2015/>; besøkt 11.februar 2016.
- Vitus, Kathrine og Nielsen, Signe Smith (red). 2011. *Asylbørn i Danmark: En barndom i undtagelsestilstand*. København: Hans Reitzels Forlag.

- WHO 2015. "Mental Health"; Tilgjengelig på http://www.who.int/topics/mental_health/en/; besøkt 25.november 2015.
- Wikipedia 2015a. "Kvalitativ metode"; Tilgjengelig på https://no.wikipedia.org/wiki/Kvalitativ_metode; besøkt 21.mars 2016.
- Wikipedia 2015b. "Sosialantropologi"; Tilgjengelig på <https://no.wikipedia.org/wiki/Sosialantropologi>; besøkt 21.mars 2016.
- Wikipedia 2015c. "Transkulturell Psykiatri"; Tilgjengelig på https://no.wikipedia.org/wiki/Transkulturell_psykiatri; besøkt 21.mars 2016.
- Wikipedia 2016. "Asylsøker"; Tilgjengelig på <https://no.wikipedia.org/wiki/Asylsøker>; besøkt 11.februar 2016.