2006

Psykososialt arbeid med flyktningbarn – Introduksjon og fagveileder

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge
Psykososialt team for flyktninger i Nord-Norge

Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress a/s

www.nkvts.no

Psykososialt arbeid med flyktningbarn

Introduksjon og fagveileder

Sissel M. Neumayer, Arve Skreslett,
Marit C. Borchgrevink, Solveig Gravråkmo m.fl.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge
Psykososialt team for flyktninger i Nord-Norge

NKVTS, Oslo 2006

Omslag: KOBOLT

Trykk: Unipub AS

ISBN: 82-8122-007-4, 978-82-8122-007-2

Forord

Denne veilederen er utviklet i samarbeid mellom Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge og i Nord-Norge. Det er erfarne fagpersoner fra disse og andre instanser som har bidratt med viktig informasjon, innsikt og erfaringer om ulike temaer vedrørende psykososialt arbeid med flyktningbarn. En presentasjon av alle bidragsyterne og en oversikt over forfatterne av de enkelte bidrag befinner seg bakerst i veilederen. Prosjektet har blitt mulig gjennom økonomisk støtte fra Sosial- og helsedirektoratet og NKVTS.

Redaksjonskomitéen har bestått av Sissel M. Neumayer ved NKVTS (redaksjonsleder), Solveig Gravråkmo og Arve Skreslett ved Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge og Marit C. Borchgrevink ved Psykososialt team for flyktninger i Nord-Norge. Hildegun Selle ved Psykososialt Team Sør har deltatt under deler av prosessen.[1]

Vi vil her benytte anledningen til både å takke alle som har forfattet større eller mindre bidrag til veilederen, og de som har bidratt på andre måter. Takk til Geir Ludvigsen ved Universitetet i Tromsø og Tina Mouritsen ved RCT i København for nyttige faglige innspill. Takk også til ansatte ved NKVTS for kommentarer, bibliotekfaglig og teknisk assistanse samt korrektur.

Veilederen er skrevet av bidragsytere med ulikt faglig ståsted og erfaringsbakgrunn. De enkelte delene vil derfor kunne variere noe i språk, stil og form. Dette gjenspeiler bredden både i veilederens målgrupper og tematikk. Flyktningbarnas[2] situasjon generelt og det psykososiale arbeidet spesielt, påvirkes av mange forhold og en helhetlig tilnærming er nødvendig for å kunne lykkes i det viktige, men utfordrende arbeidet med målgruppen.

Vi håper at leserne vil komme med tilbakemeldinger vedrørende veilederens innhold og form. Dette vil være nyttig med tanke på en eventuell revidering av førsteutkastet. Tilbakemeldinger kan derfor gis til sisselne@nkvts.unirand.no.

---

[1] Teamene er under omorganisering og vil fremover inngå i regionale ressurssentre med fokus på vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Tiittelen på det enkelte regionsenter er ikke fastlagt ennå.

[2] Når vi her bruker termen ”flyktningbarn” omfatter dette – dersom ikke annet oppgis – også asylsøkerbarn.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning og bakgrunn 8
Mål, målgrupper og tilnærminger 9
Kort om oppbyggingen av veilederen 10
2. Om asyl- og flyktningprosessen 11
Overføringsflyktninger 12
Asylsøkere og saksgangen i asylsaker 12
Mottak for enslige mindreårige asylsøkere 14
Oppholdstillatelse på humanitært grunnlag 14
Avslag 14
Plassering i kommune og introduksjonsprogram 15
Familiegjenforening/innvandring 15
Familiegjenforening for barn under 18 år som befinner seg i utlandet 16
Familiegjenforening for barn under 18 år som befinner seg i Norge 16
3. Flyktningbarns påkjenninger og reaksjoner 17
Om flyktningbarn 17
Traumatisering 17
Tilknytningsbrudd 18
Reaksjoner på tilknytningsbrudd 19
Tilværelsen i det nye landet 20
4. Familier i eksil 22
Tilpasningen til et nytt samfunn 22
Når foreldrene er traumatiserte 24
Traumatisering og tilpasning 25
Hjelperne i møte med flyktningfamilien 26
Behandlingsbehov og hjelpetiltak 26
Når barn mangler foreldre 27
FNs vektlegging av familiegjenforening 27
Betydningen av familiegjenforening 27
Vern av familien – hva kan helsearbeidere gjøre? 29
5. Barn i asylmottak 32
Asylmottak og psykisk helse 32
Krav til mottak 33
Ventingen 34
Å bo tett sammen 34
Meningsfulle aktiviteter 35
Helse- og sosialfaglig kompetanse og samarbeid med helsetjenestene 35
Samarbeid med BUP og barnevern 36
Hvordan kan mottaket tilrettelegge situasjonen best mulig for barna? 37
6. Enslige mindreårige asylsøkere 40
Om enslige mindreårige asylsøkere (EMA) 40
Hvem er de enslige mindreårige? 41
Hva trenger barna? 42
Spesielle forhold 42

7. Om perspektiver i det psykososiale arbeidet med flyktningbarn og unge 45
Grunnleggende temaer 45
Valg av metoder 45
Bør man snakke om traumene eller ”glemme” dem? 46
Beskyttelsesfaktorer i forhold til psykososiale vansker 47
Resiliens 49
8. Kulturelle dimensjoner ved psykososialt arbeid med flyktningbarn 53
Kultur og kulturelle variasjoner 53
Sammenhenger mellom kultur og definisjoner av sykdom 53
Ulike typer hjelpere 54
Sykdomsforklaringer, normalitet og avvik 54
Psykiske problemer og tabuer 55
9. Arbeid med tolk 57
Hvorfor bruke tolk? 58
Hvem kan være tolk? 58
Profesjonelt samarbeid 58
Spesielle utfordringer 59
Tolkemetoder 60
10. Praktisk psykososialt arbeid innen førstelinjetjenestene 62
Førstegangs helseundersøkelse 62
Psykososiale tiltak i regi av helsestasjonen 63
Flyktninghelsesøsters arbeid 64
Erfaringer fra Tromsø 64
Tilrettelegging for den enkelte familie 64
Kartlegging av flyktningers helse 65
Koordinering av helsetjenestetilbud 66
Veiledning til nyankomne/foreldreveiledning 66
Grupper i regi av helsestasjonen 67
Grupper for barn og ungdom 68
Grupper for enslige mødre 68
Arbeid med tolk under grupper 69
Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid 69
STOP-modellen 70
Barnehagen 70
Barneskole, ungdomsskole og skolefritidsordning (sfo) 71
Barnevern 71
Legetjeneste 71
Frivillige organisasjoner 72
Arbeid knyttet til omskjæring (kjønnslemlestelse) av jenter 72
11. Skolen som psykososial arena 76
Prosjektet ”Mine muligheter med flere kulturer” 77
Opplegg for kursene 79
12. Henvisning, utredning og behandling innen psykisk helsevern for barn og unge 82
Utredning av flyktningbarn 82
To dilemmaer 83
Organisering av psykologisk/psykiatriske helsetjenester for barn – barne- og ungdomspsykiatriens (BUPs) rolle og ansvar 84
Henvisning til BUP 85

Hvilke barn bør henvises? 87
Forebyggende arbeid 90
Det første møte med det henviste flyktningbarnet/familien og valg av arena 90
Utredning av flyktningbarn 92
Tverrfaglighet i utredningen 94
Diagnostikk 95
Formidling av diagnose/forståelse av problemet 95
Behandling 96
Bruk av ”culture-broker” i utredning og behandling 97
Medikamentell behandling av flyktningbarn/unge – generelle betraktninger ved medisinering 99
Medisinering og retur til hjemlandet 99
Indikasjoner 101
Psykologisk utredning / kognitiv testing av flyktningbarn 101
Innledning 101
Valide testopptak med flyktningbarn 102
Språklige utfordringer 103
Arbeid med tolk ved testing 103
Nonverbale tester 104
Tolkning av testresultater 104
Formidling i flerkulturell sammenheng 105
Aktuelle tester 106
13. Eksempler på behandlingstilbud og tilnærminger 107
Kunstterapeutiske tilnærminger 107
Opplegg for kunstterapisesjoner 108
Kroppsorientert arbeid 111
EMDR som metode ved behandling av traumer 113
EMDR i arbeid med flyktningbarn 114
Narrativ Eksponeringsterapi for barn (KidNET) 116
Metodebeskrivelse 116
Erfaringer med metoden 117
14. Gruppe som metode i arbeid med flyktningbarn 118
Om gruppebehandling 118
Fokus på resiliens eller traumebearbeiding? 120
Hva er resiliensfremmende tiltak? 120
Erfaringer fra resiliensfremmende grupper 121
Rekruttering til samlingene/gruppene 123
Deltakere med ulik grad av traumatisering 123
Innholdet i samlingene 124
Kreative aktiviteter 124
Kontroll over egen livssituasjon 127
Traumegrupper med flyktningbarn og deres familier 129
Hvordan velges familiene ut? 129
Hva skjer i barnegruppene? 130
Bruk av musikk 131
Hospitanter i gruppene 131
Hvem kan benytte metoden? 132
Bruk av tolk 133
Oppfølging 133
Barnas tilbakemelding 133
Viktige vurderinger underveis 134

Foreldrenes reaksjoner 134
Dramaterapi og parallelle foreldregrupper 135
Hvorfor foreldregrupper? 137
Samtalegruppe for enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere 137
Deltakere i gruppene 138
Samarbeidspartnere 139
Opplegg og temaer for gruppene 139
Kort om erfaringer 140
15. Psykososialt arbeid med flyktningbarn – reaksjoner hos hjelper 141
Sekundærtraumatisering 141
Vikarierende traumatisering 141
Mottiltak 142
16. Etiske problemstillinger i arbeid med flyktningbarn og -familier 143
Å arbeide etisk 145
17. Helseerklæringer i utlendingssaker 147
I hvilke forbindelser blir man spurt om å skrive helseerklæring? 148
Når skal vi skrive erklæringer? 150
Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer 151
18. Barnevernsarbeid – regelverk og praksis 154
Hvem gjelder Lov om barneverntjenester for? 154
Ad Lov om barneverntjenester 154
Forebyggende virksomhet 155
Hensynet til barnets beste, uttalerett og barnets talsperson 155
Melding til barneverntjenesten 156
Underrapportering av meldinger om flyktningbarn? 158
Metoder i barnevernet 158
Enslige mindreårige asylsøkere 160
Tvangsekteskap 160
Barne- og ungdomskriminalitet 161
Vold 162
Akuttvedtak 162
Barneverntjenestens adgang til å formidle opplysninger i samarbeid med andre 163
Anonymisering 164
Adgang til å gi tilbakemelding til den som har gitt melding 165
Adgang til å legge frem saker for faste tverrfaglige team 165
19. Juridiske aspekter ved flyktningbarns livssituasjon 166
Barnets rettigheter – innledning 166
Generelt 167
Noen problemstillinger vedr. utenlandske barns rettigheter 167
Barn og foreldre 168
Barnet og de offentlige myndigheter 168
Barneverntjenesten 170
Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid til barnets beste 171
Hvem har skrevet de enkelte bidragene? 173
Presentasjon av forfatterne/bidragsyterne 175

1. Innledning og bakgrunn

På verdensbasis var 12 millioner mennesker registrert som flyktninger i 2005. I tillegg var 23,7 millioner internt fordrevne, det vil si flyktninger innad i eget land. Landene som mottok flest flyktninger var Palestina (1,7 millioner), Pakistan (1,1 millioner), Iran (994 000), Syria (866 300) og Jordan (609 500 mennesker). Til Norge kom det 5401 asylsøkere i 2005. I tillegg mottok man 749 overføringsflyktninger. De fleste asylsøkerne kom fra Somalia, Irak, Russland, Serbia og Montenegro og Afghanistan. Overføringsflyktningene kom i hovedsak fra Burma og DR Kongo. Mange av asylsøkerne var barn. 322 av dem var enslige mindreårige asylsøkere, det vil si barn som kom uten sine foreldre og som heller ikke hadde andre voksne med foreldreansvar i Norge. (Mer fakta om flyktningsituasjonen i verden eller i Norge kan leses i Flyktningregnskapet 2006 fra Flyktninghjelpen).

Barns møte med og tilpasning til nye kulturelle omgivelser fortoner seg ofte annerledes enn det gjør for voksne. Samtidig kan ikke barn forstås løsrevet fra familie, og familiens samlede behov må være fokus for hjelperes støtte og veiledning. Foreldrerollen og foreldres omsorgsevne trues når stressnivået blir stort, og de voksnes psykiske fungering og tilpasningsevne har vesentlig betydning for barns mentale helse og trivsel. Dette er ikke minst tydelig i flyktningfamilier, hvor alle i større eller mindre grad står overfor personlige og relasjonelle utfordringer i et liv i eksil.

Tidligere undersøkelser har vist at mange fagpersoner opplever usikkerhet i møtet med flyktningbarn- og familier. Usikkerheten dreier seg blant annet om kulturelle faktorer i møtet med flyktningene, hensiktsmessighet av tidligere innlærte arbeidsmetoder, muligheter for god kommunikasjon, asylsøkeres rett til helsehjelp, muligheter for å gi behandling eller annen hjelp under så usikre rammebetingelser som under en asylsøknadsprosess. Ikke minst opplever mange usikkerhet fordi flyktningbarn- og familiers problemer kan være så sammensatte og omfatte alt fra reaksjoner etter traumatiske hendelser i hjemlandet, familieproblemer etter lang atskillelse, generasjons-, og parkonflikter ved ulik tilpasning til et nytt samfunn, språklige og kulturelle vanskeligheter, manglende sosialt nettverk og integrasjon, dårlig økonomi, utrygg og ustabil livssituasjon både som asylsøker og som bosatt flyktning, problemer med utestengning og diskriminering og mye mer. Veilederen omhandler alle disse temaene og viser at det går an å gi hjelp og støtte til tross for alle problemstillinger man møter som hjelper.

Mål, målgrupper og tilnærminger

Målgruppen for veilederen er helsearbeidere innen første- og annenlinjetjenestene samt helsepersonell under utdanning. Videre vil ansatte som arbeider med målgruppen innen barnevern, sosial- og flyktningsektor, mottaksapparat og skole ha nytte av denne.

Veilederen skal bidra både til å øke forståelsen for flyktningbarn- og familiers spesielle situasjon og behov, styrke det psykososiale arbeidet samt gi innspill og forslag til mer konkrete tilnærminger og arbeidsmåter med gruppen innen primær- og spesialisthelsetjenesten. Temaene er mange og målgruppen stor. Man har derfor ikke kunnet gå i dybden på alle teoretiske eller praktiske problemstillinger. Det er imidlertid utarbeidet lister over utvalgt litteratur for fordypelse etter de fleste temaene i veilederen.

Veilederen fremmer en helhetlig forståelse som inkluderer psykologiske, sosiale, kulturelle og biologiske perspektiver. Det finnes ingen fasit, verken for valg av behandlingsmetoder eller for utførelse av annet psykososialt arbeid med flyktningbarn. Flyktningbarn er ingen homogen gruppe, snarere tvert imot, og valg av fremgangsmåte må selvfølgelig også her avhenge av det enkelte barnets situasjon og behov.

Veilederen baserer seg på utgangspunktet om at fagpersoner kan kombinere egen kompetanse med sensitivitet for det enkelte flyktningbarns bakgrunn, historie og sosiokulturelle identitet. Man ønsker videre å bistå helsearbeidere i å utvikle retningslinjer for god praksis, og til å føle seg trygge på hva som er god nok omsorg i møte med flyktningbarn og -familier i en sårbar situasjon. Behovet for tverrfaglige og tverretatlige tilnærminger og samarbeid vektlegges her.

I veilederen fremheves betydningen av både gode behandlingsmetoder for traumatiserte barn og ungdommer, samt arbeid med styrking av barn og ungdoms ressurser og mestring, såkalt resiliensfremmende arbeid. Resiliensfremmende arbeid er et viktig supplement til direkte bearbeiding av traumer som middel for å skape helhet og helse og kan i seg selv også være traumebearbeidende på en mer indirekte måte.

Veilederen vektlegger kultursensitivitet. Kultur kan sammenlignes med et ”filter” som man ser verden gjennom, og som påvirker både tanker, følelser og atferd. Alt arbeid med mennesker i sårbare livssituasjoner krever sensitivitet for deres kulturelle ståsted. Utfordringene blir imidlertid mer synlige når man arbeider med flyktninger som kommer fra andre typer samfunn. Gjennom veilederen ønsker man å oppmuntre den enkelte hjelper til å utvikle kultursensitivitet og refleksjoner i forhold til egne holdninger og arbeidsmåter i møtet med flyktningbarn og deres familier. En kultursensitiv hjelper, terapeut, lærer,

saksbehandler vil i større grad evne å bygge bro og rettlede flyktninger i det virvar av systemer og informasjon som flyktningene møtes av. Man bør tilstrebe både å se verden fra eget og den andres ståsted. Dette gir muligheter for å utøve fleksibilitet innen rammene som er gitt i de enkelte systemene.

Kort om oppbyggingen av veilederen

I første del av veilederen, kapitlene 1 – 6, fokuseres det på informasjon om flyktningbarn og -familiers situasjon. Veilederen tar spesielt for seg reaksjoner etter traumatiske opplevelser, tilknytningsbrudd og tilpasning til nye kulturelle omgivelser ved et liv i eksil. Behovet for familiegjenforening, utfordringer ved tilværelsen i asylmottak og enslige mindreåriges spesielle situasjon fremheves også. Kapitlene 7 og 8 omtaler forholdet mellom mer ”traumefokuserte” og ”resiliensorienterte” tilnærminger ved psykososialt arbeid med flyktningbarn samt kulturelle aspekter ved dette arbeidet. Kapittel 9 gir innsikt i arbeid med tolk.

Den andre delen av veilederen tar for seg arbeidsmåter ved psykososialt arbeid med flyktningbarn innen primær- og sekundærhelsetjenesten. Kapitlene 10 og 11 fokuserer på tverretatlig forebyggende helsearbeid i regi av helsestasjon og skole. Konkrete eksempler belyser noen fremgangsmåter for denne type arbeid. Kapittel 12 tar for seg henvisning, utredning og behandling av flyktningbarn innen barne- og ungdomspsykiatrien. Deretter presenteres utvalgte eksempler på behandlingstilbud og tilnærminger i kapittel 13 samt eksempler på gruppetilnærminger i kapittel 14. Kapittel 15 tar for seg påkjenninger og reaksjoner hos hjelpere som arbeider psykososialt med flyktningbarn. I kapittel 16 presenteres etiske problemstillinger ved denne type arbeid. Det neste kapittelet dreier seg om helseerklæringer i utlendingssaker mens kapitlene 18 og 19 tar for seg barnevernsarbeid og juridiske aspekter ved flyktningbarns situasjon. Til sist følger en oversikt over bidragsyterne i veilederen.

Litteratur

Brand-Wilhelmy, B., Irmler, D., Adam, H., Lucas, T., Möller, B. & Riedesser, P. (2002). *Child refugees in Europe: Guidelines on the psychosocial context, assessment of and interventions for traumatised children and adolescents.* London: European Council on Refugees and Exiles.

Brunvatne, R. (2006). *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dahl, S., Sveaass, N. & Varvin, S., (Red). (2006). *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder.* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (Se www.nkvts.no/Bibliotek/Publikasjoner/Publikasjonsliste.htm).

Flyktninghjelpen (2006). *Flyktningregnskapet 2006: Alt om mennesker på flukt over hele verden.* Oslo: Flyktninghjelpen.

2. Om asyl- og flyktningprosessen

Flyktninger ankommer Norge på ulike måter og med forskjellig type status ved ankomst. I det følgende presenteres en kort oversikt over begreper og saksgang i forbindelse med søknader om asyl og vurdering av beskyttelsesbehov. Informasjonen i det følgende bygger i stor grad på opplysninger som er å finne på Utlendingdirektoratets (UDIs) hjemmesider.

Asyl er et fristed i et fremmed land for en flyktning.

Asylsøker: Person som på egen hånd og uanmeldt ber myndighetene i Norge om beskyttelse og anerkjennelse som flyktning. Personen kalles asylsøker inntil søknaden er avgjort.

Flyktning: I dagligtale brukes begrepet om en person på flukt fra for eksempel krig, borgerkrig eller menneskerettighetsovergrep. I juridisk forstand (definert i FNs flyktning-konvensjon), er en flyktning en person som med rette frykter forfølgelse på grunn av sin rase, religion, nasjonalitet, politiske overbevisning eller tilhørighet til en spesiell sosial gruppe.

Overføringsflyktning: Person som får komme til Norge etter et organisert uttak av UDI og FNs Høykommissær for flyktninger (UNHCR). Den årlige kvoten fastsettes av Stortinget, etter forslag fra Regjeringen. Også omtalt som kvoteflyktning eller FN-flyktning. Norges kvote for overføringsflyktninger er for tiden på 1000 flyktninger pr. år.

Overføringsflyktninger

Overføringsflyktninger har flyktet fra sitt hjemland og er anerkjent som flyktninger av FNs Høykommisær for flyktninger. Det er Høykommissæren som ber land om å ta imot overføringsflyktninger. Enkeltpersoner kan også presenteres av internasjonale organisasjoner og norske ambassader.

UNHCR intervjuer flyktningene og vurderer om de kan få flyktningstatus. Videre blir det gjort en vurdering av hvorvidt de kan bo i det landet de har flyktet til eller om de kan returnere. Hvis bosetting i et nytt land vurderes som beste løsning, blir flyktningens sak sendt til et av de landene som UNHCR har en gjenbosettingsavtale med.

Når en overføringsflyktning er innvilget tillatelse av UDI sentralt sendes saken til et av lokalkontorene til Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). De kontakter aktuelle kommuner med anmodning om å bosette flyktningen. Det er et mål at kommunen skal ha et godt tilbud tilpasset den enkelte flyktning og at den skal ha en viss erfaring som bosettingskommune. Når en kommune har samtykket i å bosette en flyktning, tar UDI kontakt med International Organization for Migration (IOM) som arrangerer reisen til Norge.

Før flyktningene kommer til Norge, gjennomgår de fleste et fire dagers kurs om Norge og norske forhold. Når de kommer til Norge, blir flyktningene bosatt direkte i norske kommuner uten opphold i asylmottak. De tas i mot av representanter for bosettingskommunen som da har klargjort boligen. Målet er at alle overføringsflyktninger skal være bosatt i en kommune senest seks måneder etter innreisetillatelse (innvilgelse).

Asylsøkere og saksgangen i asylsaker

Alle utlendinger som kommer til Norge har rett til å søke om asyl. De vil da bli vurdert etter utlendingsloven som angir kriteriene for hvem som kan få asyl og hvem som ikke får det. § 16 definerer hvem som er ”flyktning” i utlendingslovens forstand, og § 15 kan gi oppholdsrett også til dem som ikke kan defineres som ”flyktning.” § 8, annet ledd gir rett til opphold på humanitært grunnlag.

Før det fattes vedtak om opphold eller avslag, må asylsøkerne gjennom en prosess som i prinsippet kan ta fra 48 timer til flere måneder. Denne starter med at man blir registrert hos politiets utlendingsenhet. Dette skjer alltid i Christian Krogs gate i Oslo, også for asylsøkere som kommer til landet andre steder. Det blir tatt fingeravtrykk og gjort undersøkelser i EURODAC blant annet som forsøk på identifisering. Ettersom mange av

asylsøkerne mangler identifikasjonspapirer blir identifiseringen i en del tilfeller en møysommelig prosess.

Deretter blir man plassert på et *transittmottak* (midlertidig asylmottak). Det finnes for tiden 5 transittmottak. Den nasjonale hovedankomsttransittmottaket heter Tanum og ligger i Bærum. På mottaket skal asylsøkeren fylle ut en egenerklæring om sin asylsak. Man blir deretter innkalt til et asylintervju som kan vare i mange timer og foretas av representanter for UDI. UDI skaffer tolk dersom det er nødvendig. Intervjuet vil inneholde spørsmål om personens familie og hjemland, begrunnelsen for flukt og asylsøknad og reiseruten. Intervjuet foregår i UDIs lokaler eller på transittmottaket. Hvis asylsøkeren er under 18 år, har kommet til Norge uten foreldre eller andre som har foreldreansvar for vedkommende, regnes søker som en enslig mindreårig asylsøker (EMA). Overformynderiet skal da oppnevne en hjelpeverge som har som oppgave å hjelpe de ordinære vergene (foreldrene) til å ivareta den mindreåriges interesser i den perioden vedkommende oppholder seg i Norge. Hvis man vet at foreldrene er døde oppnevnes i stedet en verge.

Asylintervjuet er i realiteten selve asylsøknaden. Det er derfor svært viktig å få frem alle relevante opplysninger her og gjerne fremlegge dokumentasjon for opplysninger som gis. Det er UDI som avgjør utfallet av søknaden.

Asylsøkere, med unntak av enslige mindreårige, har ikke rett til advokathjelp før ved en eventuell anke på vedtak om avslag. Norsk Organisasjon for Asylsøkere (NOAS) bistår alle søkerne i søknadsfasen med informasjon om hva det betyr å søke asyl, relevant regelverk, sjanser for å få innvilget søknaden og andre vesentlige forhold.

Dersom en søker sier at han eller hun er under 18 år, men fremstår som eldre, kan det gjennomføres en aldersundersøkelse av søkeren. Dette er en frivillig undersøkelse og samtykke må hentes inn fra søker for å gjennomføre undersøkelsen.

Med unntak av enslige mindreårige asylsøkere foretas det i liten utstrekning intervjuer av asylsøkerbarn. Det foreligger i dag tilbud om at barn kan intervjues, men barna avgir ikke egen forklaring dersom foreldrene ikke ønsker det.

I transittmottaket gjennomgår asylsøkerne også en helseundersøkelse. Her foretas rutinemessig undersøkelse av tuberkulose og andre sykdommer, det tas blodprøver og avføringsprøver.

Vanligvis er det 10 dagers botid i transitt. Dersom man ikke anses for å ha en klart uholdbar asylsøknad, blir man snart flyttet til et ordinært asylmottak. Hvis man derimot har

det myndighetene oppfatter som en klart grunnløs asylsøknad, kan vedtak treffes innen 48 timer. Man blir sendt til en ventetransitt for utsendelse uten at saken blir individuelt behandlet. Deretter blir man sendt ut av landet.

Mottak for enslige mindreårige asylsøkere

Hvalstad i Asker er ankomststed for enslige mindreårige mellom 15 og 18 år. De unge oppholder seg vanligvis der i 4 - 6 uker før de sendes videre til ett av de for tiden 6 mottakene som er opprettet for denne kategorien asylsøkere; Salangen, Dale, Vardåsen, Leira, Vårli og Sjøvegan. Vårli i Moss er et mottak for barn under 15 år. I tillegg har barnevernet etablert ”safehouses” etter at enkelte barn har forsvunnet fra mottak.

På mottakene får ungene en primærkontakt som tar seg spesielt og individuelt av dem. Mens ungene er på mottaket foregår det flere parallelle saksbehandlingsprosesser. De skal vurderes for aktuelle bosetningsalternativer i tilfelle positivt utfall på søknaden, for eksempel fosterfamilie eller kollektive løsninger som boenhet sammen med andre ungdommer.

Barn under 12 år har automatisk rett til en fosterhjemsplassering. Men ettersom det er vanskelig å finne fosterhjem kan det ta lengre tid å få til boligplassering for de små enn for de som er noen år eldre. Det er meningen at barna skal være boligplassert 3 måneder etter at vedtak om opphold er fattet, men for de yngste tar det gjerne lengre tid. Det er viktig at barna går på skole i denne tiden og har muligheter til å delta i fritidsaktiviteter.

Oppholdstillatelse på humanitært grunnlag

Dersom søker ikke får asyl, vurderer norske myndigheter om søker likevel kan få oppholdstillatelse på humanitært grunnlag. Det må da foreligge sterke menneskelige hensyn.

Avslag

Dersom norske myndigheter avslår søknaden om asyl, og det heller ikke er grunnlag for å gi oppholdstillatelse av beskyttelsesgrunner eller på humanitært grunnlag, må søker forlate landet. Søker har rett til å klage på avslaget og rett til å bli tildelt en advokat. Klagen sendes til UDI som vurderer om det er fremkommet noe i klagen (for eksempel nye opplysninger) som gjør at de vil ombestemme seg og innvilge søknaden allikevel. Dette forekommer, men ikke ofte. Langt vanligere er det at UDI står fast ved det negative

vedtaket og oversender saken til klageinstansen Utlendingsnemnda (UNE) som fatter den endelige avgjørelsen.

Søkeren får ved avslag oppgitt to frister som ikke behøver å være like lange, utreisefrist og klagefrist. Noen ganger er utreisefristen kortere enn klagefristen. Advokaten eller asylsøkeren selv kan da begjære utsatt iverksettelse, noe som betyr at han/hun søker om å få være i Norge mens klagen blir behandlet. Dette kan man også be om dersom klagefrist og utreisefrist faller på samme dag. Det er nemlig ikke noen selvfølge at man får oppholde seg i Norge mens klagen behandles.

Plassering i kommune og introduksjonsprogram

Når asylsøkeren får positivt vedtak på sin søknad, skal vedkommende bosettes i en kommune. Dette har av og til kunnet ta tid fordi noen kommuner tar imot få eller ingen flyktninger, eller stiller spesielle krav. Vedkommende nybosatte flyktning skal så inn i et introduksjonsprogram. Følgende personer har anledning til å delta i dette programmet:

- Overføringsflyktninger
- Personer med asylstatus
- Personer med opphold på humanitært grunnlag etter asylsøknad
- Personer med kollektiv beskyttelse
- Personer som blir familiegjenforent med sin herboende familie.

Alle som deltar på introduksjonsprogrammet, som varer i minst 2 år, har krav på introduksjonsstønad. Programmet er helårig og inneholder norskopplæring, samfunnskunnskap og tiltak som forbereder til videre opplæring eller tilknytning til arbeidslivet. Den som uteblir uten gyldig grunn får fratrekk i lønn. Målet er å bidra til å gjøre integreringen lettere.

Familiegjenforening/innvandring

Den i utlandet som vil familiegjenforenes med sitt barn, en forelder, et søsken i Norge må levere søknad til nærmeste norske utenriksstasjon. Bare helt ekstraordinært kan det gjøres unntak fra denne regelen.

Personer med flyktningstatus i Norge har etter søknad rett til å få innvilget familiegjenforening med sine nærmeste familiemedlemmer. Dette gjelder ektefelle/registrerte partnere eller samboere som har bodd sammen i minst to år og barn

under 18 år. Det er også noen unntak som gjelder helsøsken under 18 år og enslige foreldre over 60 år - når sterke menneskelige hensyn taler for det.

Det stilles ikke krav til at flyktningen skal kunne forsørge familiemedlemmene dersom det dreier seg om et familieforhold som var etablert før flyktningen kom til Norge. Dersom man får opphold på humanitært grunnlag, må man for tiden (som hovedprinsipp) kunne forsørge familiemedlemmer med minimum bruttoinntekt på NOK 169 000.

Reglene om familieinnvandring er mer liberale for flyktninger enn for mennesker med annet oppholdsgrunnlag fordi myndighetene tenker at de som blir definert som flyktninger ikke kan reise tilbake til hjemlandet og forenes med familien der.

Familiegjenforening for barn under 18 år som befinner seg i utlandet

Barn under 18 år har rett til familiegjenforening med foreldre i Norge når begge foreldre har eller får lovlig opphold her. Dersom bare en av foreldrene er bosatt i Norge er det en forutsetning for familiegjenforening at herboende forelder har forelderansvaret alene, eller at den andre av foreldrene samtykker dersom forelderansvaret er delt.

Noen ganger søker ungdommer som er eldre enn 18 år, og derfor har UDI begynt å aldersteste i tvilssaker. Det foretas alderstesting i Addis Abeba, Nairobi og i Islamabad.

Familiegjenforening for barn under 18 år som befinner seg i Norge

Barn i Norge som enten er overføringsflyktning eller har asylstatus har rett til familiegjenforening med foreldre og søsken under 18 år.

Barn i Norge som har opphold på humanitært grunnlag har ikke automatisk rett til familiegjenforening.

Advokathjelp i familiegjenforeningssaker dekkes ikke av det offentlige. I saker med spesielle omstendigheter kan man søke Fylkesmannen om støtte til juridisk bistand. Ellers kan man forsøke å henvende seg til jusstudentenes rådgivningstjenester, Hjelp til selvhjelps-kontorer, Menneskerettighetshuset og lignende.

3. Flyktningbarns påkjenninger og reaksjoner

Om flyktningbarn

Flyktninger har økt risiko for psykiske lidelser. Dette betyr ikke at alle blir syke. De fleste klarer seg bra til tross for store påkjenninger som kan ha bestått i forfølgelse, langvarige fengselsopphold eller internering, tortur inkludert seksuelle overgrep, opplevelse av fare for eget eller nærståendes liv, krig, trakassering i hjemlandet, en strabasiøs flukt. Mange lever med vedvarende usikkerhet over lang tid i hjemland, under flukt og i asylmottak.

Flyktningbarn kan ha mistet familiemedlemmer, hjem og venner. De kan føle seg sveket av voksenverdenen fordi voksne har påført dem grusomheter, ikke har beskyttet dem eller har unnlatt å gi dem vital informasjon. Flere har hatt traumatiske opplevelser, blant annet organisert vold, heriblant tortur, og krigsopplevelser – som man vet er risikofaktorer og utgjør alvorlige trusler mot barns helse. En del har også vært utsatt for seksuelle overgrep, har måttet overvære/høre at nær familie eller andre har blitt utsatt for overgrep og kan også ha blitt truet med å bli drept. Enkelte flyktningbarn har vært barnesoldater og har selv utført overgrep, drap og andre voldelige handlinger.

En studie av flyktningbarn foretatt av Angel, Hjern og Ingleby (2001) viste at 35-50% hadde dårlig psykisk helse. Andre studier viser imidlertid andre tall, så forekomsten av psykiske problemer er noe usikker. Krupinski og Burrows (1986) presenterer blant annet en studie av flyktningbarn fra Sør-øst Asia som viser at flyktningbarna der generelt sett hadde bedre psykisk helse enn normalbefolkningen.

Traumatisering

En god del flyktningbarn har opplevd tap, svik og traumatiske hendelser og kan derfor bli *”traumatiserte”*. Med ”traumatisert” menes det at barnet er kronisk plaget av vansker som depresjon, angst, og/eller posttraumatiske stressreaksjoner. Posttraumatiske stressreaksjoner har gjerne form av 1) påtrengende minner blant annet gjennom mareritt, flashbacks og lek 2) unngåelsesreaksjoner – man forsøker å unngå å tenke på eller oppleve situasjoner som kan minne om hendelsen 3) at man er ”på vakt”/i ”alarmberedskap” og dermed blant annet er anspent, skvetten, har søvnproblemer og konsentrasjonsvansker. Hos noen dissosieres/spaltes vonde minner vekk og blir ikke integrert i den øvrige livshistorien, ”traumene lever sitt eget liv”. I tillegg får enkelte barn

utviklingsmessige forstyrrelser. Traumer kan også påvirke hukommelsen og medføre læringsvansker.

Utvikling av psykiske vansker etter ekstreme belastninger avhenger blant annet av *fortolkningen* av situasjonen, barnets *motstandskraft* og *kulturelle variasjoner* i hvordan man opplever og uttrykker lidelse. Det varierer blant annet hvorvidt reaksjonsmåter oppfattes som sykdomstegn eller mestringsstrategier. I blant annet Etiopia betraktes unngåelsesstrategier, ifølge Dag Nordanger (2006), som sunne måter for å håndtere vonde minner og sorg.

Det kan synes som om mange hjelpes av en kulturell og religiøs kontekst hvor man i større grad aksepterer lidelse som en del av livet, eksempler på dette har man for eksempel sett i Kambodsja og på Sri Lanka. Tamiler som har vært barnesoldater forteller at de ikke har behov for hjelp/behandling til tross for rapporterte posttraumatiske stress-symptomer. I følge Kanagaratnam (1998) skyldes dette at de knytter mening og også positive opplevelser til krigen og kampopplevelsene – blant annet et positivt selvbilde; ”jeg var flink”/”gjorde min plikt”. Det er viktig å være klar over at dette ikke nødvendigvis gjelder for alle med tilsvarende bakgrunn. At man oppgir å ikke ha behov for hjelp kan imidlertid også ha kulturelle årsaker som at det å motta psykologisk hjelp for enkelte grupper oppleves som skambelagt.

Til tross for kulturelle variasjoner, ser det ut til at de fleste reaksjonsmåter knyttet til traumatisk stress er like. Det finnes også universelle nevrofysiologiske responser etter traumatisering. Graden av PTSD[3] varierer sterkt blant personer som har opplevd organisert vold og krig, men reaksjonene henger gjerne sammen med traumets alvorlighetsgrad. Gjentatte, vedvarende traumatiske opplevelser har oftest større negative effekter enn enkelttilfeller. Med tanke på den kumulative effekten som traumer kan ha på barn kan man anta at en del flyktningbarn risikerer feilutvikling. I følge Silove (2005) vil PTSD imidlertid for de fleste – gitt trygge rammer – avta over tid.

Tilknytningsbrudd

En kontinuerlig relasjon til nære omsorgspersoner kan være en forutsetning for at et barn skal føle seg trygt, beskyttet, elsket, verdifullt og utvikle positiv selvoppfattelse. Allerede under annen verdenskrig beskrives det hvordan barn som ble igjen med sine foreldre

[3] Diagnosen Posttraumatic stress disorder (DSM IV) – Posttraumatisk stressforstyrrelse

under bombingen av London klarte seg bedre, selv i utrygge situasjoner, og viste færre symptomer enn barn som uten foreldrene ble fraktet til trygge omgivelser utenfor bombeområdene. Dette er spesielt overførbart til den situasjonen som mange enslige mindreårige flyktninger befinner seg i.

Å bli løsrevet fra primære omsorgspersoner er en av de verste påkjenninger et barn kan bli utsatt for. Mange flyktningbarn har nettopp opplevd et eller flere brudd i nære tilknytninger. En del har opplevd at foreldre eller andre viktige omsorgspersoner, for eksempel besteforeldre som kan ha fungert som psykologiske foreldre, har forsvunnet eller er døde. Barn som opplever flere omsorgsplasseringer med påfølgende brudd i relasjoner, og som får lite støtte, forståelse og/eller forklaring på hva som foregår er en utsatt gruppe. Barn som opplever overgrep, og samtidig er atskilt fra nære, beskyttende figurer, er enda mer utsatt.

Reaksjoner på tilknytningsbrudd

Winnicott (1986) hevder at barnet eller tenåringen vil bli fylt med angst ved opplevelse av tilknytningsbrudd. Rett etter tapet vil barnet kunne virke medgjørlig og resignert, noe som tilsynelatende gjør omsorgsfunksjonen lettere for den som overtar rollen etter foreldrene. Når tapet etter en stund blir virkelig, vil barnet kunne bli overveldet av angst og forvirring. Barnet vil etter hvert uttrykke tapet av foreldre, eller andre nære omsorgspersoner, med sinne og desperasjon. Dette kan gjøre det vanskelig å komme i en konstruktiv omsorgsposisjon. I blant kan barnet søke mot selvdestruktive aktiviteter, oppsøke farer, utføre selvmordforsøk eller være aggressiv mot andre. For voksne kan det være vanskelig å forstå at den unges sinne, apati eller destruktive handlinger henger sammen med tapet av foreldrene. Mange vil til og med tro at den unge er følelseskald siden han/hun ikke verbalt uttrykker sin tristhet og sitt savn.

Tap eller separasjon fra foreldre kan gi forskjellige reaksjoner på ulike alderstrinn. Tidlige separasjoner vil kunne prege barnets kognitive og/eller hjerneorganiske fungering. Yngre barn mister den fysiske og psykiske nærhet, omsorg og kontinuitet som er noen av forutsetningene for en positiv selvoppfatning. Tap av foreldrene i tenåringstiden vil kunne forstyrre og hindre den naturlige sorgen over tapet av selve barndommen som man nå legger ugjenkallelig bak seg. Før tenåringstiden er den moralske autoriteten overlatt og knyttet til de allmektige og sterke foreldrene. I puberteten, med seksualitetens oppvåkning, kreves det av den unge en indre håndtering av egne moralske grenser. Hvis denne overføringen av moralsk myndighet ikke finner sted, kan tenåringen "vokse inn i en

voksen kropp, men forbli stanset i en bevissthet og ha moralske mål som er typiske for et barn." (Kaplan 1995: 85, Carlis oversettelse i Carli 2003).

Tidspunktet for *når* bruddet skjer i barnets utviklingsprosess vil også påvirke mulighetene for å takle neste brudd. Når barnet blir plassert hos andre blir det lett oversett at den unge går gjennom en krevende tapsprosess, som sannsynligvis vil merke ham/henne for resten av livet. Selv der hvor barnet plasseres hos familiemedlemmer vil nye omsorgspersoner ikke alltid være nære eller kjente mennesker og heller ikke naturlige erstatningspersoner for barnets kjære. Dette blir ofte ikke forstått av omsorgspersonene. Dersom man feiler i å anerkjenne barnets tap, sorg og savn, er man imidlertid med på å benekte noen av de mest grunnleggende aspekter ved barnet.

Tilværelsen i det nye landet

Barn med foreldre som har svak stilling i samfunnet risikerer ekstrabelastninger i tillegg til eventuelle følger av traumatiske opplevelser. Familiene kan preges av arbeidsløshet, dårlig økonomi, stadige skifter av bolig, skole og ustabile sosiale kontakter og en del foresatte kan for lite om det norske systemet til å kunne nyttiggjøre seg – eller påvirke dette. I slike tilfeller kan man, som Carli (2003) uttrykker det, se at fattigdom, ensomhet, gjentatt traumatisering og en dyp fortvilelse legger seg i ”lag på lag” hos barn og voksne.

Litteratur

Angel, B., Hjern, A. & Ingleby, D. (2001). Effects of war and organized violence on children: A study of Bosnian refugees in Sweden. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 71, 4-15.

Bowlby, J. (1953). *Child care and the growth of maternal love*. London: Penguin Books.

Carli, A. (2003). *Multitraumatiserte barn og familier: Bearbeidelse av et konsultasjonsmateriale* (PSSF- rapport nr. 11). Oslo: Universitetet i Oslo.

Christie, H.J. (1994). Traumeforståelse: En drøftelse av teoretiske modeller. In: K. Langaard, H.J. Christie & V. Holdhus, *Interkulturell behandling : erfaringer fra møte med innvandrer- og flyktningefamilier i barne- og ungdomspsykiatrien.* Oslo: Nic Waals institutt.

Dyregrov, A. (200). *Barn og traumer: En håndbok for foreldre og hjelpere*. Bergen: Fagbokforlaget.

Fahlberg, V.I. (1991). *A child`s journey through placement*. Indianapolis: Perspective Press.

Freud, A. & Burlingham, D.T. (1943). *War and children*. New York: Medical War Books.

Garmezy, N. (1981). Children under stress: Perspectives on anecdotes and correlates of vulnerability and resistance to psychopathology. In: A.I. Rabin, A.M. Barclay & R.A. Zucker (eds.), *Further exploring in personality* (pp. 196-270). New York: Wiley.

Holmes, J. (1993). *John Bowlby and attachment theory*. London: Routledge.

Kanagaratnam, P. (1998). Making sense of trauma: A search for meaning among former tamil child soldiers. I: *12. nordiske konferanse for psykoterapeuter som arbeider med traumatiserte flyktninger, Sjamanisme, folkelig visdom og behandling - Strategier for gjenvinning av håp.* Tromsø: Psykososialt team for flyktningar.

Kaplan, L. (1995). *Lost children*. London: Pandora.

Krupinski, J. & Burrows, G. (1986). Psychiatric disorders in adolescents and young adults. In: Krupinski, J. (ed.), *The price of freedom*. Sydney: Pergamon Press.

McGoldrich, M. (1982). Ethnicity & family therapy: An overview. In: M. McGoldrick, J. Pearce & J. Giordano, *Ethnicity & family therapy* (pp. 3-30). New York: Guilford Press.

Nordanger, D.Ø. (2006). *Psychosocial discourses and response to political violence in post-war Tigray, Ethiophia.* Bergen: Department of Education and Health Promotion, Faculty of Psychology, University of Bergen.

Psykososialt senter for flyktninger (1996). A) *Flukt og psykisk helse*. B) *Flyktningebarn og familier*. C) *Tortur*. Kompendier. Oslo: Universitetet i Oslo.

Pynoos, R. & Nader, K. (1990). Children`s exposure to violence and traumatic death. *Psychiatric annals*, vol. 20, 334-344.

Pynoos, R.S, Steinberg, A.M. & Goenjian, A.K. (1996). Traumatic stress in childhood and adolescents, recent developments and current controversies. In: B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 331-358). New York: Guilford Press.

Shalev, A.Y. (2003). Psychobiological perspectives on early reactions to traumatic events. In: R. Ørner & U. Schnyder (eds.), *Reconstructing early intervention after trauma: Innovations in the care of survivors.* Oxford: Oxford University Press.

Silove, D. (2005). Foredrag. India: International Society for Health and Human Rights.

Sveaass, N. & Hauff, E. (eds.) (1997). *Flukt og fremtid: Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Terr, L. (1991). Childhood and traumas: An outline and an overview. *American Journal of Psychiatry*, vol. 148, 10-20.

Varvin, S. (2003). *Flukt og eksil: Traume, identitet og mestring.* Oslo: Universitetsforlaget.

Winnicott, D. (1986). *Home is where we start from: Essays by a psychoanalyst*. London: Penguin Books.

4. Familier i eksil

Opplevelsen av tilhørighet til egen familie, ens sosiale nettverk, til jorda og landskapet der man er vokst opp betyr mye for et menneskes identitet. Mennesker er sårbare for tap og atskillelse og blir ofte sterkt berørt av forflytning og nyetableringer. Slike erfaringer kan forsterke den direkte effekten av traumatiske hendelser og forlenge perioden med sorg og reorientering etter opplevelsene.

Grunner til flukt kan være mange, men håpet om en bedre fremtid for familien er ofte felles. Samtidig kan flukt aktivere skyldfølelse for å ha forlatt hjemland og resterende familie. Etablering i Norge innebærer trygghet fra krig og flukt, men representerer samtidig utrygghet med tanke på det å finne sin plass som annerledes og som en del av en (kanskje uønsket) minoritet. Eksiltilværelsen innebærer ofte dramatiske endringer i roller for familien og for det enkelte familiemedlem.

Tilpasningen til et nytt samfunn

Barna skal restrukturere sin forståelse av hvem de selv er, hvor de hører hjemme og forhandle med ulike kulturelle koder i og utenfor hjemmet. Store verdimessige forskjeller kan for eksempel komme til syne i ulike oppfatninger av kjønnsroller, familiemønstre og barneoppdragelse. For mange foreldre er det utfordrende å kunne håndtere forskjellene på en slik måte at familiesamhold og -strukturer ikke trues av møtet med det nye og ukjente. Familiens nyetablering i eksil er i mange tilfeller en vel så stor utfordring for psykologisk tilpasning som håndtering av traumer etter krig og flukt. Eksiltilværelsen

skaper nye og forsterker ofte naturlige spenningsforhold mellom hjem – samfunn, minoritet – majoritet, foreldre – ungdom.

Flyktningfamilier takler tilpasningsprosessen forskjellig. Dette kan gjenspeiles i hvordan familiene organiserer sine ulike roller, grad av kontakt med storsamfunnet og på hvilken måte man forholder seg til pendling mellom egne kulturelle tradisjoner og verdier, og de som representeres av storsamfunnet. Det å tilhøre en minoritet kan påvirke ens selvforståelse i negativ retning. Majoritetsgruppen gir signaler om hvordan man skal forstå sin familie, samfunnet og om hvordan man skal tolke livsendringer, helse og heling. Familiene i en minoritetsgruppe vil alltid kunne bli minnet på sin egenart gjennom kontrastene mellom egne tradisjoner og verdier og storsamfunnet/majoritetens. Behovet for å styrke sin identitet og holde fast i sine etablerte verdier øker ofte når påvirkning utenfra utgjør en trussel mot opprettholdelsen av disse verdiene. Noen foreldre kan derfor bli mer markerte i sine krav til barnas konformitet og tåle mindre fleksibilitet i utøvelsen av egne kulturelle tradisjoner. Sterke generasjonskonflikter innen innvandrer- og flyktninggrupper har således blitt tydeliggjort gjennom fokus på tvangsekteskap, omskjæring av kvinner og jenters deltagelse i skole, arbeidsliv og fritidssysler.

Mange barn forholder seg mer aktivt til de nye kulturelle kodene enn foreldrene. Undersøkelser av etnisk minoritetsungdom har vist at de familier som best klarer utfordringene ofte kjennetegnes av foreldrenes støtte og en gjensidig varme og romslighet mellom foreldre og ungdom. Dette uttrykkes for eksempel i at foreldrene har tillit til og tillater barna å ha kontakt med majoritetskultur, skole og utdanningssystem. Ungdom i disse familiene evner å finne tilhørighet til majoritetskulturen, samtidig som de utviser aksept for foreldrenes normer og for eksempel deltar i religiøse og sosiale begivenheter med familien.

Tilpasning til nye kulturelle omgivelser er en pågående prosess som ikke avsluttes på et gitt tidspunkt. De individuelle forskjellene i tilpasning innad i en familie kan som sagt være store. Men det vil kunne innvirke på hele familien dersom foreldrene idylliserer hjemlandet og devaluerer det nye landet.

Siden barn ofte tilegner seg språklige og kulturspesifikke ferdigheter raskere, kan de bli voksnes bindeledd til samfunnet utenfor. Dette kan få konsekvenser for familiens indre liv. Barna kan i for stor grad ta over ansvar for foreldrene og det kan også oppstå flere konflikter mellom ektefellene. Når barn på denne måten overlates oppgaver som foreldrene skulle ha, kan det gå utover barnets utvikling og psykologiske tilpasning til aldersrelaterte utfordringer.

Når foreldrene er traumatiserte

Mange har forlatt familiemedlemmer i hjemlandet eller i et transittland. Dersom familiemedlemmer har blitt atskilt før, under eller etter flukt kan familien oppleve å bli desorganisert. Foreldrene kan ha hatt problemer med å skaffe mat, husly, skolegang og tilfredsstillende sanitære forhold eller å kunne ivareta barnas helse på andre måter. Flyktningbarn vil kunne bli preget av å ha opplevd sult og deprivasjon gjennom viktige perioder av livet. Foreldrene vil også kunne oppleve dette som stressende og føle seg avmektige. Foreldre som har klart seg under langvarige påkjenninger, kan etter ankomsten til Norge oppleve avmakt og bli mindre i stand til å takle utfordringene. Mange kan oppleve asylprosedyrer og møtet med sosial-, helse- og skolemyndigheter som forvirrende og i blant krenkende. Alt dette kan gi seg både fysiske og psykiske utslag hos den enkelte og kan gi opphav til forskjellige former for psykiske vansker og lidelser av reaktiv så vel som kronisk art, for eksempel depressive lidelser, posttraumatiske stresslidelser (PTSD) og psykosomatiske plager.

Oftest klarer foreldrene å ivareta sin omsorgsfunksjon. Men barn kan også bli maktesløse vitner til foreldrenes fortvilelse og oppleve manglende omsorg. Foreldre kan bli overveldet med depressive eller paranoide tilstander, de kan være utagerende eller begå selvmordsforsøk. I noen tilfeller kan fysisk eller psykisk nedbrutte foreldre bli ekstra engstelige og overbeskyttende og i slike tilfeller kan barna påta seg en omsorgsfunksjon overfor foreldrene.

Det å være foreldre innebærer mange utfordringer med til dels store krav og uforutsigbare situasjoner. Men mange flyktningforeldre er både utslitte og utbrente etter lange perioder med belastninger på mange nivåer. Foreldre med alvorlige posttraumatiske tilstander kan være overfølsomme for nye utfordringer og slite med lav stresstoleranse. Blant annet kan det bli vanskelig å tåle krav og støy, og de kan lett komme til å reagere sterkt på barns viltre lek og høye lyder, eller på situasjoner hvor foreldremyndighet og kontroll blir utfordret. Barna kan oppleve reaksjonene som uforutsigbare og/eller urimelige. En del foreldre vil ha redusert evne til omsorg og empati som følge av sine opplevelser. Smerteplager og søvnproblemer kan innskrenke deres muligheter for å fungere i studie- og arbeidsliv, i familiesammenheng og sosialt sett generelt – noe som vil påvirke barnas livskvalitet. Det er viktig at hjelpeapparatet rundt familiene kan se og forstå foreldres reaksjoner i denne konteksten, og at den hjelpen de yter baserer seg på en forståelse av familienes spesielle situasjon.

Enkelte flyktningforeldre har en psykisk lidelse med seg i bagasjen. Det kan være vanskelig å skille mellom symptomer på psykisk lidelse og reaktive uttrykk etter store

påkjenninger. Reaksjonene kan være forbigående eller gjentagende episoder. Mange barn har foreldre som ikke defineres som psykisk syke, men som både er fysisk og psykisk preget av situasjonen. Barna tar da ofte først og fremst hensyn til foreldrenes følelser, bærer et stort ansvar for dem og unngår å belaste dem med egne bekymringer. Flyktningbarn mangler ofte nettverk som kan tre inn i krisesituasjoner. Det er imidlertid viktig å vurdere nøye eventuelle omsorgspersoner som kan erstatte foresatte i perioder, for eksempel ved innleggelser. Selv om et utvidet religiøst eller etnisk nettverk kan ønske å bistå familien, bør man bruke de samme kriterier for å kunne fastslå omsorgskompetanse hos midlertidige omsorgspersoner for flyktningbarn som for andre. For barnet er det viktigst å få ro, forklaring på det som skjer, samt sikkerhet og kontinuitet i omsorgen. Dersom barnet plasseres på barnehjem eller hos en norsk familie, er det imidlertid viktig å sørge for at barnet har kontakt med noen som det kan identifisere seg med og snakke morsmålet sitt med.

Traumatisering og tilpasning

Traumatiske opplevelser kan også innvirke på tilpasningsprosessen. Dersom en eller begge foreldre har store og smertefulle gjenopplevelser fra fortiden, kan dette påvirke deres evne til å være tilstede for barna her og nå eller til å formidle fremtidshåp. Mange traumatiserte foreldre sliter som nevnt med å takle lyd og bevegelser som følger av barns lek. De kan også ha nedsatt evne til interaksjon med barna gjennom lek, empatisk respons og samtale.

Barns tilpasning henger også sterkt sammen med deres egne traumereaksjoner. Dersom barns daglige fungering preges av gjenopplevelser fra krig og flukt, nedstemthet, søvnvansker og mareritt, vil dette naturlig gå utover deres evne til å knytte sosiale kontakter og delta i skolearbeid. Undersøkelser av flyktningbarns traumereaksjoner viser at foreldrenes psykiske helse samt evne til å trygge barna i etterkant av dramatiske hendelser er det som i sterkest grad påvirker barnas egne posttraumatiske reaksjoner. Undersøkelser har blant annet vist at barns angstnivå er høyere når foreldrene reagerer med ekstrem frykt og ved tvungen atskillelse. I den sårbare situasjonen som flyktningfamilier befinner seg i, kan barnas behov for tilknytning og kontakt med foreldrene øke, mens foreldrenes kapasitet til å møte disse behovene kan bli mer begrenset. At foreldre viser at de takler situasjonen og utviser selvkontroll i forhold til egne sterke emosjonelle uttrykk har mye å si for barns fungering etter påkjenningene. I påvente av at livet skal normaliseres, for eksempel på asylmottaket, har foreldrene ofte få meningsfulle sysler. De voksnes opplevelse av ikke å være til nytte, det å føle seg verdiløse og

hjelpeløse i forhold til å kunne påvirke sin egen situasjon påvirker også deres utøvelse av foreldrefunksjonen.

Hjelperne i møte med flyktningfamilien

Det er viktig at hjelpere ikke generaliserer flyktningfamiliers erfaringer i så stor grad at man mister hver enkelt families særegne historie og omstendigheter av syne. Hva som skaper traumatisk stress vil kunne variere innen og mellom ulike familier. Familiens historie og fungering forut for og etter krig og flukt er blant de faktorer som påvirker familiens tilpasning til et nytt land. Krig og/eller voldsomme traumatiske opplevelser vil for mange representere et brudd med et tidligere liv som var preget av omsorg, kjærlighet og trygghet. Det er vår rolle å hjelpe familiene tilbake til et godt funksjonsnivå, som er mer likt livet før traumatisering, eksil og usikkerhet.

Behandlingsbehov og hjelpetiltak

Kunnskap om hva som hjelper mennesker til å reise seg etter kriser og katastrofer kan lede oss i jakten på de ”gode tiltakene” rundt flyktningfamiliene. Tiltakene kan bestå i at man samarbeider på tvers av instanser og muliggjør familienes aktive deltagelse i sitt nye miljø. Tiltak bør ikke begrenses til enkelte helseinstanser, men bør involvere barnas barnehage- eller skolemiljø, PPT, norskopplæringen og andre relevante instanser.

Det er viktig at skole og hjelpeapparat evner å fange opp barna som sliter med posttraumatiske reaksjoner. Studier viser at lærere rapporterer mindre behov hos barna enn foreldrene gjør, og at begge gruppene rapporterer mindre symptombelastning hos barna enn barna selv gjør, når de blir spurt. Dette antyder at langt flere barn enn vi er klar over til daglig er plaget av symptomer som de ikke får hjelp med.

Behandlingstilbud til flyktningfamilier handler både om normalisering av stress som følge av tidligere belastninger og nåtidige tilpasningskrav, anerkjennelse av de utfordringer som følger med eksiltilværelsen, aktivering av familiens resiliensfremmende krefter og muligheter for bearbeiding av traumatiske minner. Litteratur om menneskers respons på traumatiske hendelser peker på fire viktige faktorer som påvirker heling og utvikling av symptomer: opplevelse av ytre trussel, omgivelsenes reaksjoner, fysisk skade og grad av omsorg i miljøet rundt. Dette bør være veiledende for tilrettelegging i lokalmiljøer som tar i mot nye flyktningfamilier. Å gi husly, god informasjon, mulighet til å orientere seg i sitt nye miljø, varme og håp er faktorer som kan virke direkte inn på den enkeltes fysiologiske og psykologiske fungering og på flyktningfamiliens helhetlige fungering i det nye samfunnet.

Når barn mangler foreldre

Barn og ungdom som kommer alene til Norge, er i en spesiell sårbar situasjon, og sliter ofte med tapsopplevelser, sorg og savn. Mange lever med uvisshet om hvor familien er og om de er i live, noe som blant annet gjør det vanskelig å bearbeide sorgen og å kunne planlegge framtiden. Den voksne autoritet som de enslige mindreårige forholder seg til i vertslandet er ofte hjelpere og offentlig ansatte, slik som mottaksansatte, bofelleskapsledere, hjelpeverger, lærere osv.

Mangelen på voksen, nær autoritet fører ofte til manglende egen kulturell identitet hos ungdom. Primært gjelder dette for enslige mindreårige. Det kan imidlertid også gjelde ungdom hvis foreldre er lite i stand til å fungere som myndighetspersoner, for eksempel fordi de ikke klarer å bli integrert eller formidle noen av vertslandets verdier. Disse ungdommene får dermed ikke formidlet hvilke normer og verdier som er viktige å forholde seg til for å kunne skape en god fremtid i det nye vertslandet. På denne måten kan ungdommene bli marginaliserte og normløse. I følge sosiologen Diaz (1996) kan dette medføre at ungdommene lager egne normer og ny identitet, som kan gå på tvers av både vertslandets og foreldrekulturens normer og verdier. Et mye omdiskutert tema er gjengdannelser og kriminalitet blant innvandrer- og flyktningungdom. Fravær av autoritetspersoner i enkelte ungdomsmiljøer kan føre til at grupper beskytter seg selv ved å angripe andre. Se mer om enslige mindreårige asylsøkere i kapittel 6.

FNs vektlegging av familiegjenforening

FNs målsetning med familiegjenforening er "barnets beste og familiens enhet". Flere land, deriblant Norge, har ratifisert FNs barnekonvensjon om barns rettigheter som retter spesiell oppmerksomhet mot flyktningbarn. Barnekonvensjonens artikkel 10 sier at familiegjenforeningssaker skal behandles "positivt, humant og raskt". I Artikkel 22 heter det at "Staten skal gi flyktningbarn beskyttelse og humanitær støtte. Barn skal blant annet bli hjulpet til gjenforening med foresatte eller andre familiemedlemmer."

Betydningen av familiegjenforening

I klinisk arbeid kan man møte på denne type problemstillinger:

**En 19 år gammel ungdom fra krigsherjet land bor i Norge. Foreldrene er døde. Får ikke sine mindreårige søsken til Norge.*

** Et åtte år gammelt barn savner sin mor, har alvorlige følelsesmessige problemer og er alene i Norge, men det norske regelverket hindrer ham i å få henne til Norge.*

** To barn under 10 år bor i Norge hos tante. Avslag på familiegjenforening med foreldrene fordi tilknytningen til dem anses som "liten". Norske myndigheter mener de har det godt hos tanten og at de har vært "lite" sammen med foreldrene.*

** Mor får gjenforening med mann og tre av fire barn. Det fjerde barn anses ikke som ektefødt, og må følgelig bli igjen.*

Det er ikke alltid mulig for en familie å flykte sammen. Mange barn eller unge voksne hører til i familier som er blitt splittet på grunn av krig, nød, etnisk rensing og forfølgelse. Voksne flyktninger oppgir ofte at en hovedgrunn for flukt er at de vil redde sine barn og gi dem muligheten til en (ny) framtid. Noen kommer i den situasjonen at de må redde barna sine ved å sende dem på flukt alene.

Som helsearbeidere ser man at familiegjenforening er et grunnleggende tema for flyktningene man møter. Norge har satset på å ta i mot flyktninger i form av familier. Blant annet har det vist seg lettere å lykkes med integreringen av familier framfor enslige. De fleste flyktninger har vært og er utsatt for store påkjenninger. Fordi alt annet er usikkert og utrygt blir familiene deres eneste ankerfeste i tilværelsen. Også fra våre egne liv med sorg og kriser vet vi hvor betydningsfull familien kan være i kritiske situasjoner. Forskning viser at nærvær av familie har stor betydning for psykisk helse hos flyktninger i Norge. Internasjonale erfaringer viser også at det er avgjørende for flyktningene at familiene kan holdes samlet. Familien representerer den mest nærliggende, effektive og ønskede støtte og trygghet i en vanskelig situasjon. Flyktninger mestrer i tillegg både den nye tilværelsen i eksil og psykiske problemer bedre dersom de kan delta i et sosialt fellesskap der man kan opprettholde ritualer og tradisjoner. Familien kan i stor grad ivareta denne funksjonen.

Behovet for å ha de nærmeste rundt seg i en utrygg livssituasjon er spesielt tydelig når det gjelder barn. Forskning fra krigs- og katastrofeområder viser at nærvær av foreldre er avgjørende for om barn vil utvikle emosjonelle problemer. Foreldre (eller voksne nære omsorgspersoner) er barnets viktigste utviklingsstøtte og "beskyttelsesskjold" mot ytre trusler og farer.

En god del flyktninger plages av selvmordstanker. Vissheten om at de har barn eller annen nær familie som trenger dem – enten her eller i hjemlandet – holder dem oppe. Håpet om å se igjen barn, søsken eller ektefelle blir det som gir livet mening.

Vern av familien – hva kan helsearbeidere gjøre?

Det å få til familiegjenforening vil ofte kunne ta lang tid og innebære lange perioder med venting og spenning. Behandlere blir ofte bedt om erklæringer i gjenforeningssaker. I arbeidet med å få til familiegjenforening, og med utgangspunkt i de vanskelighetene familiene opplever i denne perioden, er det viktig at familien opplever støtte i prosessen og at hjelpere kan følge dem tett i en slik periode.

Det er også viktig å hjelpe familien til å forberede ankomsten av flere familiemedlemmer, blant annet gjennom å skape realistiske forventninger til hvordan gjenforeningen vil bli og hvilke problemer som kan oppstå. Familiemedlemmene kan ha opplevd en lang periode med atskillelse og det kan ta tid før de blir en familie igjen. De først ankomne i familien har gjerne kommet lengre i integreringsprosessen enn den/de senere ankomne. Dette kan være kilde både til styrke og til motsetninger. I noen tilfeller kan den lange atskillelsen skape eller forverre tildels sosial mistilpassning og/eller psykiske problemer, i andre tilfeller er det at den ene part kjenner de lokale forholdene en kilde til trygghet. I et parforhold er lang atskillelse nesten alltid problematisk. Partene har utviklet seg, kanskje i ulik retning, og det tar tid å bli kjent på nytt – eller finne tilbake til det gamle. Det er gjerne knyttet store forventninger til gjenforeningen – og i en del tilfeller vil skuffelsene kunne bli mange og bidra til konflikter, skilsmisse og splittelse innen familien. Det er viktig å gi veiledning både om parforhold og om rollen som foreldre. Foreldre som har vært atskilt fra barn over lengre tid, vil som oftest trenge støtte til å forholde seg til kulturforskjeller, til det barna kan ha opplevd i mellomtiden samt til å få forståelse for barnas eventuelle påfølgende reaksjoner. I det hele tatt er arbeidet med familiegjenforeninger, både mens de forberedes og når de har funnet sted, en stor og viktig oppgave for hjelpeapparatet og fordrer både tett samarbeid med familien, både når det gjelder de praktiske sidene og de psykologiske og relasjonelle.

For dem som venter på familiegjenforening eller er i Norge uten familie er det viktig å innlemme den manglende familien i samtalene. Det er også viktig å bidra med direkte praktisk støtte til dem som søker om familiegjenforening, blant annet gjennom oppsporing av familiemedlemmer gjennom Røde Kors.

Det er viktig at flyktninger snarest mulig kommer i gang med sin integreringsprosess. Flyktninger som savner eller venter på sin familie blir imidlertid ofte så opptatt med dette at de hemmes i å komme i gang med integreringen. De bruker mesteparten av sin energi, tid og penger til å arbeide med gjenforeningen. Noen barn og unge får problemer med å konsentrere seg om skolearbeidet fordi hodet blir for fullt av bekymring. Flyktningene bindes opp til fortiden og traumene i stedet for å se framover mot framtiden og

gjenoppbygging av tilværelsen. Utfordringen for de lokale hjelperne blir å hjelpe familien til å holde på to prosjekter på en gang – få dem som er i Norge i gang med integreringsprosessen, samtidig som en holder kontakten med dem som er igjen. Et viktig argument overfor familien vil alltid være at desto bedre integrert og i "havn" den herboende familien er, desto lettere vil det være for den som kommer og opplever at viktige forberedelser er blitt gjort.

Litteratur

Arenas, J.G. (ed.) (1997). *Interkulturel psykologi*. København: Reitzel.

Berry, J.W., Poortinga, Y.H, Segall, M.H. & Dasen, P.R. (1996). *Cross cultural psychology: Research & applications*. Cambridge University Press.

Carli, A. (1995). Foreldreskap i et nytt samfunn – utfordringer og muligheter: Noen erfaringer fra møter med innvandrere og deres barn*. Linjer*, vol. 5, 18-21.

Carli, A. (1998). Splittede familier som gjenforenes i Norge: Erfaringer fra klinisk arbeid og konsultasjon. *Linjer*, vol 8, 12-18.

Carli, A. & Ruud, A.K. (2003). Barn av psykisk syke asylsøkere og flyktninger: Noen refleksjoner. *Linjer,* vol. 13, 9-15.

Dahl, S., Sveaass, N. & Varvin, S., (Red) . (2006). *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder.* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (Se www.nkvts.no/Bibliotek/Publikasjoner/Publikasjonsliste.htm).

Diaz, J.A. (1996). *2. generasjons integrasjon og sosiale problemer.* Foredrag ved seminar om andregenerasjonsflyktninger i Bergen, arrangert av Psykososialt team for flyktninger på Vestlandet 28.3.1996.

Dyregrov, A. (1983). Katastrofepsykologi 1: Psykososiale konsekvenser etter katastrofer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, vol. 20, 136-145.

Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.

Freud, A. & Burlingham, D.T. (1943). *War and children.* New York: Medical War Books.

Høgmo, A. (1998). *Fremmed i det norske hus: Innvandreres møte med bygdesamfunn, småby og storby*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Lavik, N.J. (1999). *Flyktningers psykiske helse*. Oslo: Universitetet i Oslo, Psykososialt senter for flyktninger.

Lie, B., Sveaass, N. & Eilertsen, D.E. (2004). Family, activity and stress reactions in exile. *Community, Work & Family*, vol. 7, 327-350.

Macksoud, M.S. (1992). Assessing war trauma in children: A case study of Lebanese children. *Journal of Refugee Studies*, vol. 5, 1-15.

Malt, U. (1982). Mestring ved store legemlige og psykiske påkjenninger. In: N. Retterstøl, A. Sund, A. Fossum & A.N. Heiberg (eds.), *"og livet går videre...": Ekstreme påkjenninger, menneskets reaksjoner.* (pp. 132-148). Oslo: Universitetsforlaget.

McFarlane A.C. (1987). Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 26, 764-769.

Perrin, S. (2003). Learning theory perspectives on early reactions to traumatic events. In: R. Ørner, R. & U. Schnyder (eds.), *Reconstructing early intervention after trauma : innovations in the care of survivors.* Oxford: Oxford University Press.

Redd Barna (1993). *Barnekonvensjonen: Rettigheter for barn i Norge*. Oslo: TANO.

Richman, N (2000). Culture in exile. In: L. van Wittigen (ed.*), Health hazards of organized violence in children (II): coping and protective factors* (pp. 185–195). Utrecht.

Schanche, V.A. (1995). *Alene: Mellom sikkerhet og usikkerhet: Enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere: Historier om bakgrunn, flukt og første tiden i eksil*. Sjøvegan: Psykiatrisk poliklinikk for Indre Sør–Troms.

Serenius, M. (2002). The silent cry: Childhood separation and its long term consequences from the perspective of former Finnish war children*. Linjer*, vol. 12, 37-41.

Shalev, A.Y. (2003). Psychosocial perspectives on early reactions to traumatic events. In: R. Ørner & U. Schnyder (eds.), *Reconstructing early intervention after trauma, innovations in the care of survivors.* Oxford: Oxford University Press.

Singla, R. (2004). *Youth relationships and ethnicity: A social psychological study and implications for psychosocial interventions.* New Delhi: Books Plus.

Sveaass, N. (2000). *Restructuring meaning after uprooting and violence: Psychosocial interventions in refugee receiving and in post-conflict societies.* Oslo: Institute of Psychology, University of Oslo.

Walter, J. & Bala, J. (2004). Where meanings, sorrow and hope have a resident permit : treatment of families and children. In: J.P. Wilson & B. Drosdek (eds.), *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims.* New York: Brunner-Routledge.

Zivcic, I. (1993). Emotional reactions of children to war stress in Croatia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 32, 709-713.

5. Barn i asylmottak

Ved utgangen av 2005 bodde det 2352 barn i norske asylmottak. 119 av barna var enslige mindreårige bosatt på egne mottak. Beboerne kom fra svært mange nasjonaliteter, de største gruppene i 2005 kom fra Somalia, Russland, Irak, Afghanistan, Serbia og Montenegro, Iran, Burundi, Eritrea, statsløse, Etiopia og Nigeria. Mange av barna hadde oppholdt seg i mottak i mer enn 1,5 år. Pr. 01. juni 2005 hadde 254 barn oppholdt seg i mottak i mer enn tre år, 200 av disse hadde fått endelig avslag på asylsøknaden. I juni hadde myndighetene kjennskap til totalt 21 barn som var etterlatt av foreldrene, hovedsakelig etter endelig avslag på asylsøknadene. 12 av disse var bosatt i mottak for enslige mindreårige.

Under beskrives forhold i *ordinære* mottak, ikke *transittmottak* der asylsøkerne oppholder seg over et kortere tidsrom etter ankomst i påvente av asylintervju, tuberkulosekontroll og helseundersøkelse som kan fange opp akutte behandlingstrengende sykdommer/tilstander. *Forsterkede* mottak og *ventemottak* for asylsøkere med endelig avslag på asylsøknaden omtales heller ikke her, mer informasjon om dette finnes imidlertid på Utlendingsdirektoratets (UDIs) hjemmesider, se http://www.udi.no .

Asylmottak og psykisk helse

Kommunal- og regionaldepartementet (2005) skriver i en rapport at ca. 0,05 % av alle asylsøkerbarn den 01. oktober 2004 var innlagt i barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner. Omlag 3,3 % mottok behandling hos BUP på samme tid. I en undersøkelse om psykisk helse i mottak (Berg og Sveaass m.fl. 2005) kom det frem at 42 % av mottakene som deltok i undersøkelsen hadde beboere med behov for psykiatrisk

behandling, men som ikke hadde fått dette. Undersøkelsen skilte ikke mellom barn og voksne. Ingolf Fosse (2004) ved Jessheim-klinikken har imidlertid beskrevet store behov for psykologisk/psykiatrisk oppfølging blant asylsøkerbarn. Klinikken mottok ca. 20 % av asylsøkerbarna mellom syv og atten år ved et tidligere mottak til behandling.

Mange forhold ved asylsøkerprosessen bidrar til å øke stress og usikkerhet hos familiene. Blant dem er lang ventetid og usikkerhet rundt utfallet av asylsøknaden, manglende tilbakemelding på søknadsprosessen og manglende begrunnelse for et eventuelt avslag. Frykt for å bli sendt tilbake, bekymring for etterlatte og dårlige nyheter hjemmefra virker også negativt inn. En rekke andre faktorer er også av betydning; blant annet isolasjon, langvarig passivitet og mangel på aktivitet, manglende kontroll og innflytelse over egen hverdag, dårlige boforhold, trangboddhet, uro på mottaket, mangel på tolker og muligheter for å kunne kommunisere med omverdenen.

Krav til mottak

Det er store forskjeller mellom mottak både med hensyn til rammebetingelser slik som størrelse, geografisk beliggenhet, avstand til kommunesenter og aktivitetstilbud, intern organisering, personalsammensetting, aktivitetstilbud, samarbeid med kommune/nærmiljø og også avstand til spesialiserte helsetjenester.

UDI fremhever at mottaket ”skal være et mest mulig normalt bosted for personer i en unormal livssituasjon. Mottaket skal ivareta og gi vekstmuligheter for beboernes individualitet, tilhørighet og mestringsevne. Tilbudene skal ha en nøktern, men forsvarlig standard. Utlendingsdirektoratet kan gi retningslinjer om reduserte tilbud til personer med antatt grunnløse søknader og personer med avslag på asylsøknad.” Videre heter det at ”Boligtilbudet skal ivareta beboernes behov for trygghet og skal differensieres i forhold til deres behov” (Reglement for drift av statlig mottak 2004:3). De ansatte skal i første rekke opptre som veiledere og tilretteleggere for beboerne.

Mottakene skal ha særlig fokus på barns og ungdoms rettigheter og behov. Man skal tilrettelegge for at foresatte kan ivareta sitt omsorgsansvar og ha skriftlige rutiner for håndtering av antatt eller faktisk omsorgssvikt, vold og misbruk og for kontakt med barnevernet. Mottakene har opplysningsplikt til barnevernet ved mistanke om at barnet er utsatt for overgrep eller manglende omsorg. Håndhevelse av dette forutsetter imidlertid at mottakene og opplæringen av de mottaksansatte organiseres slik at ansatte gis mulighet for å oppdage dette.

Mottaket skal disponere egnede lokaler for barnebase, ha utstyr til barnebase og til barn og ungdoms lek og fritidsaktiviteter. Mottakene har mulighet til å tilby 4- og 5-åringer halvdags barnehageplass med utgiftsdekning fra UDI. En del mottak velger derfor å dekke utgifter til barnehageplass også for de minste barna fremfor å organisere egen barnebase. Dette gir sannsynligvis barna et bedre pedagogisk tilbud enn det mange av mottakene selv kan iverksette. Barnebaser omfattes ikke av samme krav til areal, antall ansatte pr. barn og kompetanse blant personalet/de ansvarlige som barnehager gjør. Et fåtall mottak driver selv offentlig godkjente barnehager.

Mottaket skal ha en person med minimum toårig barnefaglig utdanning eller tilsvarende kompetanse i stilling med ansvar for arbeidet med barn og ungdom, deriblant ansvar for en eventuell barnebase. Mottak med plasser for enslige mindreårige skal ha en fagansvarlig med relevant barnefaglig utdanning på høyskolenivå. Alle enslige mindreårige skal ha en fast kontaktperson blant de ansatte. Mottaket skal også tilrettelegge for at hjelpevergen skal kunne ivareta sitt ansvar overfor den enslige mindreårige.

Asylmottakene er utformet for å være midlertidige bosteder. Dette gjenspeiles i vektleggingen av mottakenes nøkterne standard, og i at det vil kunne være begrenset tilgang til arbeid eller andre meningsfulle aktiviteter. Beboernes opplevelse av mottakstilværelsen varierer imidlertid. En del er både fornøyde med forholdene på mottaket og med tilbudene for barna. Andre opplever mottakstilværelsen som vanskelig.

Ventingen

For mange preges hverdagen av venting og usikkerhet om hva framtiden vil bringe. Botiden varierer, men det er ikke uvanlig å oppholde seg i mottak gjennom flere år. Også for barna er det store og avgjørende spørsmålet om de får bli i Norge. Spørsmålet påvirker hverdagen, skolemotivasjon, aktiviteter og forhold til venner og kjente. Dersom uforutsigbarheten varer over tid leder dette ofte til dårlig læring. Mange barn tenker at alt vil ordne seg dersom familien får oppholdstillatelse. Foreldrenes situasjon og deres syn på mulighetene for å få oppholdstillatelse påvirker også barna.

Å bo tett sammen

Det å bo tett sammen med andre beboere, som også er i en vanskelig livssituasjon kan være en utfordring, særlig på bakgrunn av det asylsøkere ofte har opplevd forut for ankomst. Toleransen for barns utfoldelse varierer også. Ingolf Fosse beskriver situasjonen

ved et tidligere mottak slik: ”Konflikter fra hjemlandet ble gjenspeilet i asylmottaket, slik at barna ble vitner til krangler, trusler og voldelige episoder. Nyhetssendinger om krigens gang dominerte alle oppholdsrom, og var det vanligste samtaleemnet. Mange hadde grusomme opplevelser som de fortalte om. Faren for såkalt stedfortredende traumatisering var stor både for voksne og barn.” (Fosse 2003:867). Faren for dette kan være spesielt stor i *sentraliserte mottak* der den enkelte familie ofte bor trangt og deler oppholdsrom med andre. Utformingen av de sentraliserte mottakene varierer imidlertid. En del er nettopp utformet slik at den enkelte familie opplever å bo selvstendig, ha nødvendige fasiliteter for seg selv og i større grad kunne skjerme sitt privatliv. Ved helt eller delvis *desentraliserte mottak* ligger boenhetene mer spredd og kan bestå av vanlige leiligheter eller hus.

Meningsfulle aktiviteter

Det er viktig med meningsfulle aktiviteter i mottak. De fleste barn i skolepliktig alder går på skolen. Mange steder går barna i ordinære klasser, andre steder i mottaksklasser eller i kombinasjoner av dette. Noen steder får de imidlertid kun språkopplæring. Det er viktig å påse at barna, også de enslige mindreårige, får den ordinære undervisning som de har krav på og i tillegg påse at de følges opp med spesialpedagogiske tiltak hvis dette anbefales (se Kommunal- og regionaldepartementet 2005).

Mange av de mindre barna har enten hel- eller deltidsplass i barnehage eller de deltar i barnebase internt på mottakene. Etter skoletid og i helger varierer det i hvilken grad barna kan delta på organiserte aktiviteter på eller utenfor mottaket. Asylsøkerfamilier har vanligvis stram økonomi, noe som setter grenser for hva slags aktiviteter barna kan delta i. En del mottak finansierer derfor noe deltakelse i aktiviteter utenfor mottaket. I følge UDIs regionale tilstandsrapport deltok barn ved mindre enn en tredjedel av mottakene i region nord på fritidsaktiviteter sammen med norske barn i 2003. Mange mottak er allikevel flinke både til å organisere egne aktiviteter og til å integrere barna i aktiviteter utenfor mottaket. Mer om dette kan leses i rapporten ”Det hainnle om å leve” Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak (se litteraturlisten).

Helse- og sosialfaglig kompetanse og samarbeid med helsetjenestene

En god del mottak har helsefaglig, sosialfaglig og pedagogisk kompetanse blant personalet. En undersøkelse viser at svært mange mottak i november 2004 hadde fast samarbeid med helsefaglig personale. 43 % av mottakene i undersøkelsen hadde helsefaglig ansatt ved mottaket og 45 % oppgav at kommunehelsetjenesten hadde fast

kontortid på mottaket. Stillingsandelene her varierte fra 40 – 100 % stilling (Berg & Sveaass m.fl. 2005).

Enkelte kommuner har ansatt en asylhelsesøster eller flyktinghelsesøster som koordinerer og følger opp helsehjelp for den enkelte asylsøker (se mer om dette i kapittel 10). Ofte fungerer en sykepleier eller helsesøster tilknyttet mottaket, eller den mottaksansatte som er helseansvarlig, som koordinerende instans for beboerne vis á vis resten av hjelpeapparatet. Det kan også være tilfeller der foreldre ikke er i stand til å gi barn tilstrekkelig omsorg og hvor det i praksis er mottaket som følger opp barnet. Det er derfor viktig med et godt samarbeid mellom mottak og den lokale helsetjenesten.

Mottaksansatte har først og fremst oppgaven med å drive mottaket. Men det forventes ofte av dem at de har inngående kjennskap til den enkelte asylsøkers liv, historie, helse og asylsak, eller at de skal kunne fylle rollen som omsorgsarbeidere. Og når barns situasjon på mottak beskrives som dårlig i pressen eller andre fora, føler en del ansatte seg mistenkeliggjort og stigmatisert som uforstående til beboernes lidelser. Mottaksansatte prøver ofte å observere, informere, og hjelpe foreldre og barn, og melde fra til andre instanser dersom situasjonen vurderes som akutt. Deres rolle er i første rekke definert som veiledere og tilretteleggere. Det er derfor av stor betydning at helsearbeidere som arbeider med asylsøkere setter seg inn i hva et mottak er og de eksisterende rammer for beboeres tilværelse og ansattes rolleutforming. Bare på denne måten kan andre instanser komme inn, iverksette og styrke tiltak og bidra til at barna får den hjelp og oppfølging som de trenger.

Samarbeid med BUP og barnevern

Det kan være vanskelig å mobilisere instanser innen barnevern eller psykiatri til innsats ved mottak. Mottaksansatte har ofte rapportert at barna ikke får tilstrekkelig behandlingstilbud fra BUP og at det er problematisk med lang ventetid for å få hjelp. Det er også store variasjoner hva gjelder barnevernets oppfølging. Noen steder rapporteres det om regelmessig samarbeid og stor villighet til å yte forebyggende støtte til familier, som for eksempel støttekontakt, besøkshjem, foreldreveiledning, dekning av utgifter til barnehageplass, skolefritidsordning eller fritidsaktiviteter. Andre steder er dette mer problematisk. Kommunal- og regionaldepartementet (2005) beskriver at barnevernsansatte også kan finne det utfordrende å gå inn i familier der man opplever at søknadsprosess og langvarig mottakstilværelse, psykiske problemer og vansker med å godta endelig avslag som medfører utreise, har bidratt til å gjøre foreldrene ute av stand til å ivareta omsorgen for barna.

I noen tilfeller vil BUP vegre seg for å ta i mot barn i mottak til behandling fordi en ikke vet om behandlingen kan gjennomføres (se mer om BUPs arbeid og muligheter i kapittel 12). I andre tilfeller anses manglende flerkulturell kompetanse eller problemer knyttet til bruk av tolk å være hindringer. Kommunal- og regionaldepartementet (2005) beskriver at spesialisthelsetjenestene opplever det som spesielt vanskelig å gi asylsøkerbarn behandling når asylsøknadene enten ikke er ferdig behandlet eller det er gitt avslag.

Mottakene blir på denne måten sittende igjen med ansvar for å gjennomføre tiltak som de ansatte verken har kompetanse eller kapasitet til, for eksempel i forhold til å håndtere barn med psykiske problemer.

Hvordan kan mottaket tilrettelegge situasjonen best mulig for barna?

Mottakene har to hovedgrupper av oppgaver:

A. Informasjon til og samarbeid med personer, instanser og myndigheter
B. Spesielle tiltak for barn og familier i mottaket

Punkt A handler på mange måter om kvalitetsutvikling i et samfunn som fortsatt har mye ugjort med hensyn til integrering i eksempelvis skole, barnehage og helsevesen. Stikkordsmessig kan det dreie seg om:

- Dialog med skole/barnehage i forhold til samarbeidet mellom hjem og skole/barnehage.
- Foreslå tilrettelagte foreldremøter.
- Være konsekvente i forhold til at barn ikke brukes som tolk for foreldrene
- Invitere helseinstanser, barne- og ungdomspsykiatrien eller andre på studiebesøk for å bli kjent med barnas situasjon.

Denne pådriverrollen er viktig og nødvendig, og vil ha ulikt innhold avhengig av lokale forhold ved det enkelte mottak.

Punkt B er likevel det viktigste for hverdagen i mottaket. Mottakene skal tilrettelegge for en så god livssituasjon som mulig, men uten å ta over ansvaret fra den enkelte familie. Mottaksansatte bør derfor finne en balansegang i nivået på tiltak. For mye hjelp skaper avhengighet og for lite hjelp skaper avmakt. Tiltakene kan for eksempel være:

- *Informasjon*. Foreldrenes trivsel og mestring er det viktigste for barna, deriblant mestring av boligforhold, personlig økonomi, helseforhold og aktivitetsbehov.

Informasjon til barn og foreldre både om praktiske ting i hverdagen, men også om vanlige problemer som familier får dersom det eksempelvis blir avslag på asylsøknaden kan øke mestringen. En erfaring er at de større barna behøver spesiell informasjon for sin egen del om dette. Temaet er imidlertid følsomt og må behandles med varsomhet.

- *Aktiviteter* (turer, svømmehallbesøk, uteleker, sirkus, felles måltid eller annet). Gjennom aktivitetene kan barna få følelsesavlastning og gode opplevelser og minner.
- *Tilretteleggelse for et mest mulig normalt liv*. En del mottak leier boliger rundt om i kommunene, slik at de som behøver det mest får bo under mer normale forhold i et vanlig bomiljø. Dette er en god hjelp for enkelte, men andre synes det er bedre å bo i hovedmottaket der de for eksempel kan føle seg mindre isolerte. Det finnes også mottak der de aller fleste bosettes i egne boliger.

  At barna går på skole og i barnehage er svært viktig for å normalisere livssituasjonen. Her er barna på arenaer som ligger utenfor mottaket, i vanlige miljøer som forhåpentligvis er tilpasset barnas alder og utvikling. Barna har muligheter for å kompensere for noe av det som eventuelt mangler ellers, de treffer jevnaldrende og får utfolde seg i regi av et pedagogisk system. Det er imidlertid viktig at skolen klarer å tilpasse læringsmiljøet for barn med annen kulturell bakgrunn. Arbeid for å integrere barna i aktiviteter utenfor mottaket er også viktig. Utlån av utstyr slik som leker, sykler og sportsutstyr gir muligheter for normal utfoldelse og kan redusere følelsen av forskjellighet fra andre barn på skolen og i lokalsamfunnet.
- *Opptreden og holdninger – god dialog med beboerne.* Overfor mennesker som kan ha opplevd krenkelser og overgrep og som nå befinner seg i en usikker situasjon, er det å få til gode dialoger, samt vise en høflig og respektfull opptreden både viktig og selvsagt. Gjennom dialog og samarbeid med beboere kan ansatte ha som siktemål å få til flere aktiviteter og også egeninitierte tiltak fra beboernes side. Dette styrker selvfølelse og selvrespekt samtidig som det kan bidra til at ventetiden gjøres mindre belastende.

Litteratur

Ahmadi, N. (2005). *Asylsökande barn med uppgivenhetssymptom: Kunskapsöversikt och kartlägging.* Stockholm: Rapport frän den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom 2005:1.

Berg, B., Dalby, L. & Fladstad, T. (2002). *Jeg kom for å redde livet: Om mottak og integrering av overføringsflyktninger*. Trondheim: SINTEF.

Berg, B. & Sveaass, N. m.fl. (2005). ”*Det hainnle om å leve”: Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak*.Trondheim: SINTEF IFIM.

Bodegård, G. (2004). Fallbeskrivning av depressiv devitalisering. Asylsøkande flyktningbarn utveklar livshotande funktionsbortfall*. Läkartidningen*, vol. 101, 1696-1699.

Dybvig, I. & Schøyen, L. (2001). *Ventetid: Barn i asylprosessen*. Oslo: Redd Barna.

Fladstad, T. (1994). *Hvis jeg hadde vært en fugl: Asylsøker- og flyktningbarn i statlige mottak*. Bergen: Institutt for sosialantropologi, Universitetet i Bergen.

Fladstad, T. (1998). *Eksilets stoppesteder: Aasylsøker- og flyktningbarn: Fra statlig mottak til kommune*. Bergen: Universitetet i Bergen.

Fosse, I. (2003). Barn i asylmottak: Erfaringer fra arbeid med å gi et psykisk helseverntilbud. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 40, 866-871.

Ingebrigtsen, K., Berger, T. & Thorsen, L. (2004). *”Ingen her vet at jeg ikke tør sove”: Rapport med tilrådning om tilsynsordningen for enslige mindreårige asylsøkere i asylmottak*. Oslo: Redd Barna.

Knudsen, J.C. (1990). ”*De trodde jeg var fattig”: Enslige mindreårige asylsøkere i Norge*. Bergen: MiCo.

Kommunal - og regionaldepartementet (2005). *Psykisk helse for barn i asylmottak*. *Anbefalinger fra en interdepartemental arbeidsgruppe.*

Krogh, H. (ed.) (2000). *Møter i mottak: Erfaringer fra prosjektet ”Mestring i mottak”*. Oslo: Redd Barna, Norsk Folkehjelp & NOAS.

Lauritsen, K. & Berg, B. (1999). *Mellom håp og lengsel: å leve i asylmottak*. Trondheim: SINTEF.

Neumayer, S.M. (1994). *Kartlegging av psykososiale forhold i asylsøkermottak og behovet for undervisning og veiledning.* Oslo: Psykososialt senter for flyktinger, Universitetet i Oslo.

Statens offentliga utredningar. (2006). *Asylsõkande barn med uppgivenhetssymptom – trauma, kultur, asylprocess* (Rapport SOU 2006:49). Stockholm: Den nationella samordnaren fõr barn i asylprocessen med uppgivenhetssymptom.

Nyttig informasjon

http://www.udi.no under temaet ”Barn og unge,” her finnes også UDIs Kravspesifikasjon vedrørende mottakenes tilbud til barn og unge, Driftsreglement, Pengereglement og Føringsbrev for inneværende år.

http://www.flyktningbarn.no er barneombudets veiledningsportal vedrørende barn og unge i mottak.

6. Enslige mindreårige asylsøkere

Om enslige mindreårige asylsøkere (EMA)

En enslig mindreårig asylsøker er et barn eller ungdom under 18 år som kommer som asylsøker uten å være i følge med foreldre eller andre omsorgspersoner.

Til sammenligning kan man tenke seg et barn eller ungdom bosatt i Norge som plutselig melder seg for myndighetene og ber om bistand fordi vedkommende ikke kan ta vare på seg selv. I et slikt tenkt tilfelle ville barnevernet være forpliktet til å bistå vedkommende med et nødvendig omsorgstilbud. Det første man ville gjøre var å søke etter foreldrene. Hvis de ikke kunne oppspores, så ville barnevernet være forpliktet til å ta hånd om barnet/ungdommen, jfr. barnevernlovens § 6-1, 1. ledd.

I følge ny tekst i barnevernloven § 3-4 (trådt i kraft den 01.01.2006) skal kommunen foreta en vurdering av den enkelte enslige mindreårige asylsøkers behov med henblikk på bolig, og kommunen har ansvar for å skaffe barnet et tilpasset botilbud. At også asylsøkerbarna er barnevernets ansvar følger for øvrig av barnevernlovens § 1-2.

I tråd med regjeringens handlingsplan fra høsten 2005 legges det opp til at barnevernet skal sterkere inn i alle EMA-saker. Regjeringen har erklært at det skal arbeides for å

overføre omsorgsansvaret for enslige mindreårige asylsøkere fra utlendingsmyndighetene til barnevernet.

Til Norge kom det 322 enslige mindreårige asylsøkere i 2005. Disse barna lever uten sitt familiemiljø og har derfor behov for, og krav på, spesielle verne- og omsorgstiltak. For enslige mindreårige er det UDI, gjennom mottaket, som har den daglige omsorgen.

Etter den ensliges ankomst skal det umiddelbart oppnevnes verge/hjelpeverge som skal påse at barnets interesser blir ivaretatt. Vedkommende skal blant annet delta i asylavhøret. Mottakspersonellet må samarbeide med hjelpeverge/verge om å ivareta ansvaret for barna. Det bør skje en rask innkopling av barnevernet, og de enslige mindreårige bør ut av mottak og over i et fosterhjem eller tilsvarende omsorgssituasjon raskest mulig. *Håndbok for kommunene i arbeidet med EMA* (Barne- og familiedepartementet 2001) anbefaler at dette skjer innen tre måneder.

Hvem er de enslige mindreårige?

Kjønnsfordelingen ser ut til å være den samme over hele Europa – to av tre er gutter. Tilsvarende er to av tre over 16 år når de søker asyl, ca. 1/5 er under 12 år. De minste barna kommer ofte sammen med eldre søsken. I en undersøkelse av Wendy Ayotte (Redd Barna 2000) gjennomgås 218 ”EMA-tilfeller” fra hele Europa. Der framgår det at halvparten av barna kommer fra land preget av krig eller væpnet konflikt. Førti prosent har vært direkte utsatt for forfølgelse av etniske, religiøse eller andre grunner. Et av tre barn har mistet sine foreldre. Ett av åtte har vært innblandet i ”trafficking,” prostitusjon, narkotikahandel eller annet tvangsarbeid.

En del barn kan være sendt av andre, såkalte ”ankerbarn”. Dette gjør ikke barnas situasjon enklere. Mange opplever det å bli sendt som en sterk avvisning. Undersøkelser både i Sverige og Norge har dessuten avdekket at svært få av disse barna var forberedt på å skulle forflyttes. Det vanlige er at de har fått vite hva som skulle skje noen timer før transporten, og de har som regel ikke visst noe om landene de ble sendt til.

Alle disse faktorene kan naturlig nok gi grobunn for utvikling av psykiske eller atferdsmessige problemer over tid. Det er derfor viktig at vi tidligst mulig fanger opp signaler om hjelp/behandlingsbehov.

Hva trenger barna?

Enslige mindreårige asylsøkere har stort behov for vern og omsorg. Utvikling av helseplager er ofte lite synlig, og som ungdom flest har mange enslige mindreårige behov for å vise at de mestrer og ikke trenger hjelp. Det kan derfor ofte være vanskelig å komme dit at man kan snakke om ”svakhet,” om sårbarhet. I den grad problemene merkes i det daglige har de ofte karakter av søvnvansker, konsentrasjonsproblemer, lav frustrasjonsterskel eller lavt stemningsleie. Jentene kan fort bli tause og innesluttet, guttene tar det oftere ut og blir utagerende og bråkete.

I en undersøkelse fra Sverige fant barnepsykolog og forsker Marie Hessle ved Carlslunds transitenhet ut at over halvparten av i alt 100 EMAer (55 %) hadde behov for spesialisthjelp. Noen lå i faresonen for depresjon (49 %), 23 % fylte kriteriene for PTSD. Noen hadde hatt problemer hele livet – for eksempel i form av mishandling og 6% hadde forsøkt å begå selvmord. Hessle påpeker behovet for en mer systematisk dokumentasjon av torturskader og andre følger av overgrep både hos EMA og andre flyktningbarn, og slår også alarm når det gjelder fare for det hun kaller en ”kumulativ akselerering av traumatisering” etter ankomst – dersom hjelpen ikke blir gitt i tide.

Både helse- og barnevernsarbeidere må betrakte EMA som en risikogruppe, og arbeide både (sekundær)forebyggende og kurativt. ”Lavterskel” tilstedeværelse og tilbud er nøkkelbegreper i en tiltaksplan for denne gruppen. Helsearbeidere må være tilgjengelige. Tilbud som samtalegrupper for enslige mindreårige (se mer om dette i kapittel 14) eller ”søvngrupper” som Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge har organisert er eksempler på slike lavterskeltilbud.

Gjennom lavterskeltilbud kan hjelpere raskere komme i posisjon for å kunne gjøre en så grundig utredning/kartlegging som det er behov for. I dette arbeidet har hjelperen ingen anamnese eller komparentopplysninger å støtte seg til. På denne måten er det mulig å gi EMA med sterk traumebelastning en raskest mulig kvalifisert og traumerettet behandling.

Spesielle forhold

Enkelte ungdommer kommer med falske historier som i de fleste tilfeller viser seg å være ”gitt” dem av menneskesmuglerne som har stått bak flukten. Noen ganger handler det om falsk identitet, andre ganger er det spørsmål om alder.

Å være tvunget til å leve under falsk identitet i den perioden voksenidentiteten skal skapes er naturligvis veldig vanskelig, og kan gi store negative psykiske konsekvenser. Endrer de

historien, vil dette av utlendingsmyndighetene kunne bli brukt mot dem. Dette på tross av at det ofte viser seg at den ”sanne” historien om hva de har gjennomgått, er betydelig verre enn den ”falske” historien.

I 2003 innførte Kommunal- og regionaldepartementet alderstesting i Norge. Alle som fremstår som eldre enn 18 år, alderstestes ved hjelp av håndrot/håndleddsrøntgen og tannundersøkelse. Metodene er svært omdiskuterte (se Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2006). En klinisk erfaring er imidlertid at de enslige mindreårige som kommer hit ofte har mistet viktige sider av en normal utviklingshistorie og derfor har behov for tiltak som man normalt forbinder med yngre barn. Det ville derfor også vært ønskelig om flere av disse unge var blitt fulgt opp av barnevernet utover myndighetsalder.

Litteratur

Barne- og familiedepartementet (2001). *Håndbok for kommunene om arbeid med enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger.* Oslo: Barne- og familiedepartementet.

Barnpsykiatriskt arbete med asylsökande, Stockholms Läns Landsting. Skrifter från Barn- och Ungdomspsykiatrin nr 1 2005.

Barlindhaug, A. (2005). *Det betydelige og det ubetydelige. Etnografi fra et asylmottak for enslige mindreårige asylsøkere* (Hovedoppgave). Oslo: Sosialantropologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Berg, B. (2005). *En stein i elva: Evaluering av et kvalifiseringsprosjekt for ungdom med minoritetsbakgrunn*. Trondheim: SINTEF IFIM.

Eide, K. (2001). *Barn i bevegelse: Om oppvekst og levekår for enslige mindreårige flyktninger.* Porsgrunn: Høyskolen i Telemark, avd. for helse- og sosialfag.

Engebrigtsen, A. (2002). *Forlatte barn, ankerbarn, betrodde barn: Et transnasjonalt perspektiv på enslige, mindreårige asylsøkere*. Oslo: NOVA.

Frodlund, Å. (2000). *Ensamkommande barn med flyktingbakgrund*. Stockholm: Rädda Barnen.

Hjelde, K.H. (2004). *Diversity, liminality and silence: Integrating young unaccompanied refugees*. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo.

Ingebrigtsen, K., Berger, T. & Thorsen, L. (2004). *”Ingen her vet at jeg ikke tør sove”: Rapport med tilrådning om tilsynsmodell for enslige mindreårige i asylmottak*. Oslo: Redd Barna.

Justis- og politidepartementet (2004). *Vergemål.* NOU 2004:16. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Kommunal – og regionaldepartementet (2005). *Psykisk helse for barn i asylmottak. Anbefalinger fra en interdepartemental arbeidsgruppe*. Oslo.

Lauritsen, K., Berg, B. & Dalby, L. (2002). *Enslige flyktninger, kollektive utfordringer: Kommunens arbeid med enslige mindreårige flyktninger*. Trondheim: SINTEF IFIM.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). *Aldersvurdering av mindreårige asylsøkere.* Rapport fra Kunnskapssenteret 13:2006.

Ruud, L.M. (2000). *Enslige mindreårige på asylmottak*. Oslo: Rusmiddeletaten, Uteseksjonen.

Schanche, V.A. (1995). *Alene: Mellom sikkerhet og usikkerhet: Enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere: Historier om bakgrunn, flukt og første tiden i eksil*. Sjøvegan: Psykiatrisk poliklinikk for indre Sør–Troms.

Separated children seeking asylum in Europe, art. Nr. 9023.

Skagen, R. (1998). *Mestring og mottaksliv: Om mestringsstrategier for enslige mindreårige asylsøkere i flyktningemottak.* Fordypningsoppgave. Høgskolen i Sør-Trøndelag.

UNHCR, Committee on the rights of the child, thirty-ninth session. *Consideration of reports submitted by states parties under article 44 of the Convention. Concluding observations.* Norway. 03 juni 2005.

Utlendingsdirektoratet. (2005). *Kommunenes arbeid med enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger: Rapport fra 7 kommuner.* Oslo: UDI.

Utlendingsdirektoratet. (2004). *Retningslinjer for aldersundersøkelse av asylsøkere.* UDI 2004-028 ASA.

Utlendingsdirektoratet. (2005). *Retningslinjer for arbeidet med enslige mindreårige asylsøkere i ankomstfasen.* Rundskriv UDI 2005-049-ASA.

7. Om perspektiver i det psykososiale arbeidet med flyktningbarn og unge

Grunnleggende temaer

Det finnes tre gjennomgående temaer vedrørende psykososiale tiltak overfor mennesker som er berørt av krig: 1) om relevant kunnskap kan generaliseres på tvers av kulturelle kontekster 2) om man i så fall i størst grad vektlegger vestlige, tekniske eller tradisjonelle forståelsesmåter av traumer og belastninger framfor mer lokale forståelsesmåter 3) om tiltak er spisset mot en mindre, definert målgruppe versus generelle strategier mot større populasjoner.

Ager (1997) foreslår en tiltaksmodell i fire faser:

1) minimal inngripen i beskyttelsesfaktorer
2) gjenskaping av beskyttelsesfaktorer (hente fram iboende ressurser/tidligere mestringsstrategier)
3) tilrettelegging for kompensatorisk støtte (bygge opp/skape nye ressurser blant annet ved økt omsorgsinnsats)
4) målrettet/spisset terapeutisk intervensjon.

De første fasene vektlegger lokale nettverk og forståelsesmåter mer enn de siste fasene. Det å bevare og styrke naturlige helingsmekanismer og beskyttelsesfaktorer må, ifølge Ager, være første skritt i psykososial assistanse. Kun når de første tiltak er igangsatt og prøvd, og en del behov ser ut til ikke å ha blitt møtt, bør man vurdere en mer målrettet terapeutisk intervensjon.

Graca Machel (1996) mener man ikke bør fokusere på emosjonelle sår, men støtte helende prosesser og reetablere en følelse av normalitet som inkluderer daglige rutiner i familien og nærmiljøet, muligheter for å uttrykke seg og strukturerte aktiviteter som skole, lek og idrett.

Valg av metoder

Valg av metoder for arbeid med flyktningbarn vil avhenge av livssituasjon og grad av traumatisering. Ved mottak av krigsflyktninger bør man forsøke å nå flest mulig snarest mulig, for å kunne kartlegge og eventuelt forebygge utvikling eller kronifisering av

symptomer. Tiltak bør være basert i og tilknyttet det lokale nettverket, og man bør arbeide både forebyggende og psykoedukativt. Blant annet bør både barn og foreldre gis informasjon om vanlige reaksjoner og selvhjelpstrategier. Kroppsorienterte tilnærminger kan benyttes for å redusere kroppslig hyperaktivering gjennom bevegelse og avslapning og for å kunne gjenkjenne følelser i kroppen. Det er nyttig med gruppetiltak som behandlingsmåte for flyktninger og asylsøkere, ikke minst fordi mange opplever isolasjon, tilbaketrekning og mistenksomhet.

Bør man snakke om traumene eller ”glemme” dem?

I følge Hjermann (2004) skal en ikke hjelpe flyktningbarn til å glemme, men til å leve bedre med tanken på hva som har skjedd, blant annet ved å sette ord på traumatiske minner. Dette kan fungere for en god del. Allikevel ser det ut til at flere håndterer traumer ved å bruke gode tanker til å fortrenge vonde minner, uten nødvendigvis å måtte snakke om minnene. En del opplever at man blir verre av å snakke om traumer, og vil ha hjelp til å ”glemme”. Noen forskere stiller derfor spørsmål ved om psykodynamiske prinsipper, som medfører at man oftest arbeider seg gjennom krigserfaringer ved hjelp av samtaler, bør brukes i program for flyktningbarn. Det å snakke om sine vansker er rotfestet i mer vestlig kulturell tankemåte. Selv om dette også er vanlig i flere ikke-vestlige sammenhenger, hevder mange altså at dette gjør vondt verre. I en studie av flyktningbarn fra Sør-Sudan beskriver for eksempel Jeppson (1997) hvordan gjetergutter fra Dinka-stammen allerede fra barnsben av læres opp til å undertrykke frykt og engstelse. I Mosambik er det å glemme den vanligste måten å håndtere traumatiske hendelser på. Etiopiere kaller dette ”active forgetting.” Bonanno (2004) refererer til såkalt ”repressive coping” som en sunn reaksjonsmåte.

Angel m.fl. (2001) viser i en studie av bosniske barn i Sverige at det virket beskyttende på barna at foreldrene ikke snakket om traumatiske hendelser som skjedde i hjemlandet. I følge Angel & Hjern (2004) kan det være viktig at foreldrene i en utrygg livssituasjon unngår å snakke om skremmende ting når barna er tilstede. Samtidig kan man komme til å overse barnas behov for en eventuell bearbeiding og spesiell forståelse.

Noen forskere hevder at ritualer kan ha bedre effekt enn terapitilnærminger basert på moderne traumeteori. Krig og flukt kan imidlertid medføre at man ikke har tilgang på eller kan anvende vante helende ritualer, og en må kanskje lage nye samfunnsmessige ritualer. Elsass’ studie (1998) om ettervirkninger av vold viser at folk i Colombia opplevde det som viktig å arbeide seg gjennom traumene og finne en mening bak hendelsene, mens folk i Peru ville legge fortidens hendelser bak seg og prøve å glemme dem. Han

konkluderte med at tradisjonell psykoterapeutisk praksis kanskje kan være mindre viktig i samfunn med sterk lokal gruppetilhørighet, og at man oftere kunne benytte mer kollektive intervensjoner.

Som vestlige hjelpere bør man ta høyde for forannevnte og respektere at flyktningbarn og familier kan ha svært ulike kulturelle og individuelle mestringsstrategier. Samtidig kan mange nyttiggjøre seg vestlige behandlingsformer, gjerne koblet med informasjon som ufarliggjør psykiske lidelser. Flere vil også oppleve det som en lettelse å kunne fortelle om sine traumer til personer som en stoler på.

Det kan imidlertid være fare for retraumatisering ved nye påminnelser om tidligere traumatiske hendelser. Traumatiserte barn trenger hjelp til å skille mellom ting som minner om den opprinnelige faren og det som faktisk er farlig nå. For å forebygge retraumatisering bør man forsikre seg om at barnet/ungdommen er sterkt nok og har et støttende nettverk før man åpner opp for ”det verste.” For å kunne lage en trygg nok ramme for traumebearbeiding, kan det være lurt at for eksempel foreldre eller andre nære hjelpere er tilstede. Det er viktig å avlære overbetingede spor og aktivere andre deler av hjernen og kroppen enn det som er traumatisert, slik at traumet etter hvert kan slippe taket.

Unngåelsesatferd kan være en hensiktsmessig mestringsstrategi for mange, spesielt i en utrygg livssituasjon. Hvis man som hjelper spør og snakker inngående om traumer med foreldre og barn uten at det finnes en mulighet til bearbeiding – enten fordi situasjonen er for presset, opplevelsene er så vanskelige at de ikke kan integreres og/eller man ikke kan følge opp samtalene, er det fare for at dette kan gjøre vondt verre. Enslige mindreårige er for eksempel ofte svært sårbare, og det trengs kompetente og tilgjengelige fagfolk som kan gi oppfølging etter at barna har fortalt om traumatiske hendelser. Enslige mindreårige har ofte en usikker og utrygg livssituasjon. Mange har lite kontakt med trygge, nære voksne. En god del mangler kontakt med foreldrene. Enslige mindreårige må ofte holde ting skjult og lever derfor med flere historier. De strever med å ha kontroll og man må derfor være spesielt varsom, og bruke god tid til å lukke igjen hvis man åpner opp for deres traumatiske minner.

Beskyttelsesfaktorer i forhold til psykososiale vansker

Forskning tilsier at rundt en tredjedel av barn i risiko, blant annet barn som har opplevd krig, klarer seg godt. Andre trenger tilrettelegging av aktiviteter, kognitiv støtte og

informasjon for å kunne mestre erfaringene. For barn med mer alvorlige emosjonelle problemer er dette ikke nok. Disse trenger psykologisk/psykiatrisk behandling.

Mange barn kommer seg igjen etter psykiske vansker uten spesiell hjelp. Det er imidlertid grunn til å anta at egen helbredelse avhenger av at barnet befinner seg i en trygg situasjon. Likeledes antar man at flere utvikler kroniske symptomer dersom de fortsetter å leve i utrygghet etter de traumatiske opplevelsene.

Beskyttelsesfaktorer, evne til mestring og naturlige helingsmekanismer er viktige aspekter i forhold til å forebygge eller overvinne emosjonelle problemer etter traumatiske opplevelser.

- **Beskyttelsesfaktorer**: Antonovsky (1998) beskriver én viktig beskyttelsesfaktor som ”*sense of coherence*” – opplevelse av sammenheng. Han understreker videre betydningen av at *verden fremstår som forståelig, håndterbar og emosjonelt meningsfull.* Det er viktig å oppleve at man kan planlegge, at tilværelsen inneholder forutsigbarhet og struktur og å oppleve seg selv og de nærmeste som samme person(er) som før til tross for ytre hendelser. Det er også viktig å knytte mening til traumatiske hendelser og til egne reaksjoner. Andre beskyttelsesfaktorer er ”*beskyttelsesskjold;*” foreldre/omsorgspersoner som trygger barnet i en truende situasjon, s*osial støtte, oppgaver, religiøs tro, ideologi og spiritualitet*.

- **Mestring**: Mestringsbegrepet dekker flere områder, blant annet kompetanse innen *ferdigheter* (som sport, aktiviteter, hobbyer), *stressmestring* – emosjonell regulering og aktiv problemløsning, *mestring gjennom sosial kompetanse* samt *planleggingskompetanse*. I følge Christie (1994) er det sentralt hva slags lekeevne barn har. Barn som leker ikke-voldelig, selvhevdende forsvarsstrategi (for eksempel lek om å bli hjelper) eller aggressiv, konfronterende og vinnende lek (”supermann”) har lite symptomer. De som leker hevngjerrig gjengjeldeseslek eller offerposisjon og håpløshet trenger som oftest psykologisk hjelp. De som ikke leker overhodet trenger ytterligere hjelp.

- **Naturlige helingsmekanismer**: Ritualer, lek og drømmer er naturlige helingsmekanismer og områder der psyken gir seg selv mulighet til symbolsk bearbeiding av det man har opplevd. Felles for drømmer, lek og ritualer er at de gir mulighet både for å tolke og finne mening i erfaringen, moderere følelsesintensiteten og utvikle mestringsfølelse overfor omgivelsene.

Resiliens

Resiliens handler om god psykososial fungering til tross for opplevelse av risikosituasjoner. ”Motstandskraft” er et nærliggende begrep, men ikke helt dekkende, da det for mye fremhever resiliens som en egenskap ”i” personen. Mange av faktorene som har vist seg avgjørende for om barn klarer seg, er utenforliggende forhold, blant annet spesifikke kjennetegn ved belastningen eller ved omgivelsene for øvrig.

Resiliensbegrepet er nært beslektet med begrepene beskyttelsesfaktorer, mestring og naturlige helingsmekanismer. Disse kan sies å bidra til resiliens. Beskyttelsesfaktorer handler om moderering av effekt fra belastninger, mens resiliens dreier seg om utvikling av menneskelig styrke og positiv mestring, og omfatter videre og mer helhetlige prosesser. Begrepet mestring er i større grad enn resiliens basert på læring. Man trenger ikke å være utsatt for risiko for å vise mestring, mens resiliens er knyttet til risiko.

Resiliensbegrepet rommer de samme faktorer som er nødvendige for barns normalutvikling. *Individuelle faktorer* er blant annet konstitusjonell robusthet, temperament, intelligens, mestring, følelse av egenverd og selvstendighet, ”self-efficacy”[4] og talent. Opplevelse av sammenheng og mening i livet samt kreativitet er også sentrale faktorer. Det å ha en selvhevdende atferd, kunne undertrykke negative følelser, men kunne uttrykke positive følelser og latter, bidrar til resiliens. Vitale *familiefaktorer* er god foreldrefunksjon hos minst en forelder – eller adekvat og stabil omsorgsfunksjon ivaretatt av andre, faste strukturer, felles verdioppfatninger og foreldre som tillater hjelp fra andre. Støttende jevnaldrende og et ikke-straffende, aksepterende miljø er blant viktige *nettverksfaktorer*.

Hva som bidrar til resiliens kan blant annet avhenge av kulturell og sosial kontekst. Resiliensstudier blant palestinske barn utsatt for vold og krig, viser for eksempel at plikter, aktivitet, kreativitet, oppfatning av familien som trygg samt politisk ideologi er sentrale aspekter. I Sør-Afrika har man funnet at mening og overnaturlig beskyttelse mot det onde er sentralt. Blant kambodsjanske barn som har flyktet til USA har man funnet at religiøse verdier om å akseptere livet og vektlegging av utdanning har bidratt til resiliens.

Hovedtyngden av resiliensforskningen er gjort i vestlige samfunn. En må derfor være forsiktig med å generalisere til andre sammenhenger. Man prøver imidlertid nå å kartlegge

---

[4] Opplevelsen av at man klarer å nå de mål man setter seg på egen hånd (Bandura 1989).

resiliens i ulike kulturelle sammenhenger/i ulike områder av verden[5]. Det synes altså som om faktorer som bidrar til resiliens avhenger av kontekst; det som i én sammenheng kan være en god mestringsstrategi (for eksempel selvhevdelse), kan i andre omgivelser være tegn på dårlig tilpasning. Det samme barnet kan være resilient overfor én type risiko, men ikke en annen, og man er ikke nødvendigvis resilient overfor samme risikofaktorer gjennom hele livet.

Man må ikke la være å hjelpe barn fordi man tenker at ”de klarer seg jo likevel”, eller moralsk fordømme barn som ikke synes å ha stor grad av resiliens. Ved kun å fokusere på resiliens står en også i fare for ikke å ta på alvor alvorlige psykiske vansker som mange krigsbarn opplever. Likevel innebærer fokus på resiliens mindre opptatthet av patologi og mangler, og en større grad av søkelys på „friskhet“ og ressurser. Med resiliens som innfallsvinkel har man mulighet til å spore uante ressurser og forhåpentligvis styrke barns iboende krefter.

Litteratur

Ager, A. (1997*).* Balancing skills' transmission and indigenous understandings: A conceptual framework for planning support for trauma. In: D. Ajdukovic (ed.), *Trauma recovery training.* Zagreb: Society for psychological assistance.

Angel, B. & Hjern, A. (2004). *Att möta flyktingar*. Lund: studentlitteratur.

Angel, B., Hjern, A. & Ingleby, D. (2001). Effects of war and organized violence on children: A study of Bosnian refugees in Sweden*. American Journal of Orthopsychiatry,* vol. 71, 4-15.

Anthony, E.J. & Cohler, B.J. (1987). *The invulnerable child*. New York: Guilford Press.

Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist,* vol. 44, 1175–1184.

Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, vol. 59, 20-28.

[5] www.resilienceproject.org

Bonanno, G.A., Papa, A. & O´Neill, K. (2001). Loss and human resilience. *Applied and Preventive Psychology*, vol. 10, 193-206.

Borge, A.I.H. (2003). *Resiliens: Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal.

Christie, H.J. (1994). Traumeforståelse - en drøftelse av teoretiske modeller. I: K. Langaard, H.J. Christie & V. Holdhus, *Interkulturell behandling: Erfaringer fra møte med innvandrer- og flyktningefamilier i barne- og ungdomspsykiatrien*. Oslo: Nic Waals institutt.

Christie, H.J. (1998). Barn i krig – den pinefulle repetisjonen og de uavvendelige bruddene versus de gode ritualene og den nye begynnelsen. I: B. Gjærum, B. Grøholt & H. Sommerschild (eds.), *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug.

Elsass, P. (1998). *Different faces of violencia: trauma stories from Colombia and Peru.* Paper ved ICAP, San Francisco 9 – 14. august.

Friedman, M.J. & Marsella, A.J. (1996). Posttraumatic stress disorder: An overview of the concept. In: A.J. Marsella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity & R.M. Scurfield (eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications* (pp. 11-32). Washington D.C.: American psychological association.

Hjermann, R.K. (2004). Psykologisk rehabilitering av ungdom med krigsopplevelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 41, 907-913.

Jeppsson, O. (1997). *Unaccompanied minors: Child refugees of southern Sudan.* Huddinge: Centrum för Barn & Ungdomshälsa.

Machel, G. (1996). *Impact of armed conflict on children*. New York: UNICEF.

Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (eds.), *Handbook of early childhood intervention.* 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press.

Waaktaar, T. (2004). *Stability and change in youth's behaviour: An exploration of stress and resilience processes*. Oslo: Nic Waals Institute, Lovisenberg Diakonale Hospital : Regional Centre for Child and Adolescent Mental Health, Region East and South: Department of Psychology, University of Oslo.

Waaktaar, T. & Christie, H.J. (2000). *Styrk sterke sider: Håndbok i resiliencebyggende grupper for barn med psykososiale belastninge*r. Oslo: Kommuneforlaget.

Wellenkamp, J. (1997). Cultural similarities and differences regarding emotional disclosure: Some examples from Indonesia and the Pacific. In: J. Pennebaker (ed.), *Opening up: The healing power of expressing emotions*. New York: Guilford Press.

Øverland, G. & Yenn, V. (forthcoming 2006). Resilience and Generosity: Studies in Survival. In: *Refuge*.

8. Kulturelle dimensjoner ved psykososialt arbeid med flyktningbarn

Kultur og kulturelle variasjoner

I psykososialt arbeid med flyktningbarn, ungdom eller familier er det viktig å utvise kultursensitivitet. Det er lett å ha et ureflektert forhold til i hvilken grad *eget* kulturelt ståsted påvirker samhandlingsforløpet. Samtidig er man ofte lite flink til å undersøke den andres kulturelle orientering. Når det gjelder flyktningbarn/ungdom, kan de være født og oppvokst i Norge, eller de kan være nylig ankomne. De kan også ha oppholdt seg i andre land enn foreldrenes fødeland, i flyktningleire eller krig i hjemlandet der livet kan ha artet som en unntakstilstand. I tillegg er kulturelle forskjeller vanlig mellom ulike generasjoner, utfra kjønn, klasse, geografisk tilknytning, tilhørighet til by eller landsbygd, religiøs orientering med mer. Dessuten kan barna påvirkes ulikt her. Noen ungdommer eller barn opplever å være ”mellom to kulturer,” med nærmest uforenlige krav fra familie/egen etnisk gruppe og det norske samfunnet. Andre ser det som en styrke å være såkalte ”bindestreksbarn” og opplever selv at de mestrer pendlingen mellom ulike verdi- og normsett. Man kan også snakke om å tilegne seg såkalt ”tredjekultur” som en sammensmelting mellom ulike kulturelle uttrykk (såkalt hybridkultur). Selv om man tidligere har arbeidet med barn eller voksne fra samme etnisk-nasjonale bakgrunn, behøver deres kulturelle orientering altså ikke å være lik. Det er svært viktig å være bevisst på at det finnes kulturelle forskjeller og nyanser innen *alle* nasjonale grupper når man presenteres for overforenklede kategoriseringer eller framstillinger av hvordan for eksempel somaliere tenker om et bestemt fenomen eller oppfører seg.

Alle mennesker har kulturelt pregede forestillinger om virkeligheten; med ideer om verden, om mennesket, om normer for atferd og samhandling, syn på hva som er viktig og etterstrebbart og hvordan man skal oppnå dette. Nedenfor følger eksempler på hvordan kulturell bakgrunn påvirker helse og sykdom.

Sammenhenger mellom kultur og definisjoner av sykdom

Hva som defineres som sykdom av den enkelte er kulturelt betinget. Sykdom har altså en kulturell dimensjon som vil påvirke hvorvidt man henvender seg til noen for å få hjelp eller støtte. Pasientens *presentasjon av sin lidelse* kan være uttrykk for en tillært *sykerolle*, som man inntar og utfører slik at plagene skal bli forstått av omgivelsene. Sykerollen vil kunne påvirke hvordan man uttrykker sin smerte. Sykerollen vil også påvirke hvordan man

oppfører seg vis-à-vis hjelperen, og hvordan man generelt sett oppfører seg som syk – hvorvidt man går til sengs eller til skole når man har feber, hva man spiser, hva som skal til for at man søker hjelp for problemene etc. Ulike samfunn har forskjellige standarder for dette.

Ulike typer hjelpere

Hvem henvender man seg til når man er syk? Familie, slektninger, venner, naboer og andre bekjente gir gode råd om store og små plager. "Tradisjonelle hjelpere," "kloke koner," "shamaner," "trollmenn," religiøse ledere, religiøse eller ikke-religiøse healere benyttes i forhold til det vi ville kalle somatiske plager, men også ved psykiske eller psykosomatiske lidelser. Det er ikke lenge siden de såkalte "signekonene" opererte i det norske samfunnet. Helbredelser gjennom håndspåleggelser finner også stadig sted i Norge. Mange nordmenn velger i dag å oppsøke healere for å få hjelp – selv om dette ikke kan sies å være en del av deres "tradisjon." Innvandrere og flyktninger vil på samme måte kunne ”shoppe” ulike typer hjelpere. Og det kommer stadig flere typer tradisjonelle hjelpere fra ulike medisinske tradisjoner til Norge.

Det kan være slik at tradisjonelle hjelpere oppsøkes før man kontakter såkalte autoriserte utøvere (for eksempel leger eller utøvere av andre medisinske tradisjoner som eksempelvis ayurvedisk, unani eller kinesisk medisin.) I mange tilfeller kombinerer man ulike typer hjelpere. Pasienten (eller familien) kan tenke at hjelperne har kunnskap om forskjellige tilstander, eller ønske å være på den "sikre siden," ved ikke å la noe være uprøvd. Pasienten kan derfor, selv om dette ikke blir fortalt til legen, innta urtemedisiner fra en behandler, parallelt med legens medisiner. I enkelte tilfeller får man stilt diagnose hos én type hjelper, men velger å motta behandling fra en annen.

Sykdomsforklaringer, normalitet og avvik

Våre forklaringer av sykdom henger nøye sammen med vårt øvrige verdensbilde. I mange samfunn vet man at andre døde/levende mennesker, eller åndelige vesener, bevisst eller ubevisst kan påvirke helbreden gjennom magi, hekseri etc. Misunnelse fra en annen person kan således føre til sykdom, lidelse og død slik det for eksempel uttrykkes i forestillinger om "det onde øyet." Det å forklare sykdom ut fra egen atferd er også vanlig i mange samfunn. Man kan for eksempel bli syk, få en lidelse eller bli utsatt for en ulykke fordi man har sviktet sine plikter i forhold til omgivelsene, det være seg levende eller døde medlemmer av samfunnet, guder eller åndevesener. Forestillinger om å bli straffet av Gud er ikke uvanlig.

Hva som defineres som "normalt" eller "avvikende" varierer kulturelt. Samme atferd vil følgelig kunne bli tolket ulikt i forskjellige miljøer og samfunn. Det kan for eksempel nevnes at atferd som vi forbinder med sykdommen epilepsi enkelte andre steder kan bli betraktet som tegn på at man er utvalgt, altså som uttrykk for noe opphøyet og guddommelig.

Innen psykologisk tenkning vektlegger man ofte "selvstendighet" som tegn på psykisk "sunnhet." Det er viktig å være klar over at selvstendighet i denne forstand ikke betraktes som like verdifullt og etterstrebbart av alle, men av enkelte kan bli betraktet som noe "unormalt" dersom dette for eksempel innebærer løsrivelse fra familien eller kollektivet.

Undersøkelser viser også at det finnes ulike kulturelle oppfatninger av det ideelle barn og den ideelle omsorg for å påvirke barnet i ønsket retning. Man kan finne klare forskjeller i omsorgs- og samspillpraksis både mellom ulike samfunn og mellom grupper i et samfunn. Ofte har man operert med dikotomiene ”tradisjonelle” og ”moderne”[6] oppdragelsesformer som vektlegger ulike verdier. Såkalte ”moderne” oppdragelsesformer knyttes ofte opp til vestlige bysamfunn og vil vektlegge og forsøke å fremelske den enkeltes selvhevdelse, selvstendighet, selvrealisering og en aktiv og utforskende holdning der barna oppfordres til å for eksempel stille spørsmål til læreren. I motsetning til dette vil ”tradisjonelle” oppdragelsesformer vektlegge forpliktelse og lojalitet overfor fellesskapet, lydighet og respekt overfor autoriteter. En moralsk og konform atferd vektlegges her i større grad enn det å hevde og utmerke seg i forhold til andre barn.

Hundeide (1995) hevder at terapeuter med et vanlig vestlig bilde av psykisk sunnhet, som nettopp samsvarer med verdier i ”moderne” oppdragelsesformer, kan risikere å tolke mennesker med annen kulturell bakgrunn, der lojalitet og familiesolidaritet vektlegges, som overdrevent avhengige og at verdier som underkastelse og beskjedenhet kan bli oppfattet som sviktende selvrepresentasjon og ”aggresjonshemning.” Atferd som vil kunne fortone seg som selvfølgelig og ”naturlig” for noen vil kunne bli stemplet som avvikende og kanskje uønsket av terapeuten.

Psykiske problemer og tabuer

Det kan også være nyttig å reflektere over hva pasient og behandler forbinder med begrepene "psykiske forstyrrelser eller -problemer." Hvordan kommuniserer man om dette i pasientens hjemland eller miljø? Psykiske problemer kan bli betraktet som tegn på

---

[6] Dikotomiene ”tradisjonell” og ”moderne” er svært problematiske, men det fører for langt å gå inn i problematiseringen av dette her.

svakhet – noe som for eksempel er uforenlig med en mannsrolle som innebærer at man skal ordne opp for – og beskytte sin familie. I en del samfunn er psykiske lidelser svært tabubelagt og noe man i liten grad snakker om, men tvert imot forsøker å skjule. I mange samfunn har man heller ikke psykiatriske institusjoner eller -hjelpeapparat som her. Det er de "virkelig gale" som der blir tatt hånd om, og som ofte blir isolert fra omverdenen på institusjoner der de tilbys minimal behandling. Dersom dette er pasientens eller familiens referanseramme, er det ikke rart om vedkommende har problemer med å snakke om sine psykiske problemer.

Det er heller ikke sikkert at pasienten er vant til systemer med såkalt upersonlige hjelpere. I mange samfunn deler man problemer med familie eller andre som man har et personlig forhold til. Det kan for enkelte være vanskelig (kanskje også ydmykende) å snakke om svært private (gjerne tabubelagte) temaer med utenforstående.

Litteratur

Ahlberg, N., Aambø, A. & Gihle, I. (eds.) (2005). *Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter: Tilbakeblikk og erfaringer*. Oslo: NAKMI.

Austveg, B. (1989). *Helsearbeid og innvandrere: Mangfold, sunnhet og sykdom*. Oslo: TANO.

Eidheim, H. & Stordahl, V. (1998). *Kulturmøte og terapi i Sápmi*. Karasjok: Davvi Girji OS

Eriksen, T.H. & Sørheim, T.A. (1994*). Kulturforskjeller i praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Fuglerud, Ø. (ed.) (2004). *Andre bilder av "de andre.": Transnasjonale liv i Norge***.** Oslo: Pax.

Hundeide, K. (1995). Kulturell variasjon og oppdragelse av barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 32, 745-754.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Magelssen, R. (2002). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe forlag.

Norman, K. (1996). *Kulturella föreställningar om barn: Ett socialantropologisk perspektiv*. Stockholm: Rädda Barnen.

Psykososialt senter for flyktninger (1996). *Kultur, helse og kommunikasjon*. Kompendium. Oslo: Universitetet i Oslo.

Sam, D.L. (1995). *Flyktningers psykiske helse: En sosial og forebyggende tilnærming*. Bergen: Hemil-senteret.

Sørheim, T.A. (2000). *Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Woon, L.L. (ed.) (1992). *Fellesskap til besvær?: Om nyere innvandring til Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.

Øverland, G. & Yenn, V. (forthcoming 2006). Resilience and Generosity – Studies in Survival. *Refuge*.

Aambø, A. & Ahlberg, N. (2005). *"Legekofferten": En verktøykasse for helsepersonell til bruk i den krysskulturelle konsultasjonen*. Omarbeidet versjon av en artikkel i Utposten nr. 2/05. Oslo: NAKMI. (se www.nakmi.no)

9. Arbeid med tolk

Alle samtaler med tolk blir *litt* annerledes enn andre samtaler, men i utgangspunktet bør man forsøke å gjøre den så lik en vanlig samtale som mulig. Dette betyr at partene i samtalen tar ansvaret for det som sies og for måten det blir sagt på. Samtalepartene henvender seg til hverandre, ikke til tolken. Tolken trekkes ikke inn i samtalen. Tolken tolker direkte, det vil si at når en person sier "jeg", sier også tolken "jeg" på det andre språket. Tolken er upartisk og tar ikke stilling til innholdet. Det er *ikke* tolkens oppgave å forenkle språket hvis man snakker med barn eller analfabeter. *Fagpersonen* må tilpasse språket etter samtalepartneren.

En samtale med tolk tar omtrent dobbel så lang tid, så det må settes av nok tid. Fagpersonen må også vurdere om det er nødvendig å ta spesielle hensyn ved bestilling av tolk, for eksempel når det gjelder tolkens kjønn, etnisitet eller annet. Små barn snakker ofte bare morsmålet sitt, ikke nasjonalspråket slik foreldrene ofte kan. Eksempelvis behersker mange voksne kurdere arabisk, tyrkisk eller persisk fordi de har studert på nasjonalspråket. Barna derimot har ikke lært dette språket gjennom skolegang og trenger tolk på morsmålet. Hvis både tolk og fagperson følger grunnreglene for samtale gjennom

tolk**,** er det ikke mye som skiller en tolket samtale med barn fra en tilsvarende samtale med voksne.

Hvorfor bruke tolk?

Hvis en arbeider med barn som har et annet morsmål enn norsk, må en tenke over *når* det kan være behov for å bestille tolk. Mange barn lærer det nye språket relativt fort, men faktorer som funksjonsnivå, alder, hvor godt de behersker morsmålet og botid i Norge vil virke inn på språkforståelsen. Selv om mange barn uttalemessig snakker flytende, kan de ha begrenset begrepsforståelse. Både hos barn og voksne er følelsene nærmere knyttet til morsmålet. Større barn og enslig mindreårige kan være opptatt av å skulle klare seg på egen hånd, også språklig. De ønsker å mestre situasjonen og tror at det innebærer at de må kommunisere uten tolk. Da er det viktig at fagpersonen ser behovet og tar ansvar for å skaffe tolk.

Hvem kan være tolk?

Tolkens kompetanse er avgjørende for å få til god kommunikasjon. Tolken må kunne begge språkene godt, men dette er ikke tilstrekkelig for å være en kompetent tolk. Det er viktig at tolken har tolkeutdanning. Tolken må kjenne begge språks samfunn og kultur, ha tolketekniske ferdigheter, forstå sin rolle i samhandlingen og opptre profesjonelt, yrkesetisk reflektert og ansvarlig. Foruten gode språkkunnskaper i vanlig forstand må tolken også vite noe om språkinnlæring, tospråklighet og barns språkutvikling. Tolken må forstå barnespråk, se hvordan barnet uttrykker seg og være i stand til å gjengi dette på samme måte på det andre språket**.** Det er en fordel at tolken har generell kunnskap om barn og barns utvikling, og tolken må framfor alt like å arbeide med barn. Barnet må kunne fatte tillit til tolken, og derfor må både tolk og fagperson vurdere tolkens habilitet i forhold til eventuelle andre tilknytningspunkter til barnet og familien. Hvis fagpersonen vurderer det som ønskelig kan familiemedlemmer selvfølgelig være med barnet, men ikke som tolk. Og husk at *barn aldri skal opptre som tolk.*

Profesjonelt samarbeid

Tolken må forstå konteksten, situasjonsbildet og hensikten med samtalen for å få til gode samtaler med barn. Dette krever et godt samarbeid mellom tolk og fagperson. Fagpersonen har en plan for samtalene og arbeidet sitt, og er i mange situasjoner prisgitt tolkens kompetanse for at arbeidet skal følge intensjonene. En fagperson kan for

eksempel bevisst stille åpne spørsmål, men hvis tolken ikke skjønner at dette har en helt bestemt hensikt og kanskje er avgjørende for fagpersonens opplegg, kan tolken komme i skade for å ødelegge mye ved å gjøre små endringer i spørsmålsstillingen. Fagpersonen må på sin side vise forståelse for tolkens arbeid; forstå at tolken har behov for forhåndsinformasjon, tid til å forberede seg og pauser underveis hvis øktene blir lange. Tolking er svært konsentrasjonskrevende. Dessuten snakker tolken dobbelt så mye som de andre i en samtale mellom to.

Hvis tolken og fagpersonen ikke har samarbeidet før, kan det være nødvendig med en ansvars- og rolleavklaring. Tolken er nødvendig for at fagpersonen skal kunne kommunisere med barnet, men det er fagpersonen som har det hele og fulle ansvar for innhold og framdrift. Fagpersonen må derfor selv ta ansvar for å skaffe seg tilstrekkelig kunnskap og kulturforståelse for å kunne kommunisere med flyktningbarn og -familier. Tolken bør være *tillitvekkende,* men det er fagpersonens oppgave å være *tillitskapende.*

Før samtalen bør man tenke gjennom plasseringen av partene**.** Hvordan er det mest hensiktsmessig å sitte? Med tolken får man en ekstra voksenperson i rommet. Hvordan vil det påvirke situasjonen? Hvis det dreier seg om terapi eller samtaler som vil gå over et lengre tidsrom, kan det også være lurt å forsikre seg om at tolken har anledning til å stille som tolk i hele den ønskede perioden. Som regel bør man benytte samme tolk til slike samtaler.

Tolk og fagperson må også i fellesskap klargjøre den enkeltes rolle og taushetsplikt overfor barnet. Avhengig av barnets alder og funksjonsnivå, kan det være vanskelig å få barnet til å forstå hvem som egentlig snakker og hva taushetsplikten innebærer. Det kan i tillegg være vanskelig å styre lengden på mindre barns tale. I enkelte sammenhenger vil det kunne være viktig at barn får føre en lengre, flytende monolog eller dialog med foreldrene. I slike sammenhenger må tolken enten tolke simultant eller ta notater og gjengi monologen/dialogen i etterkant.

Spesielle utfordringer

Når en fagperson vurderer det som aktuelt å benytte tolk i samtaler med barn, kan det være helt spesielle årsaker til dette. Tolk kan bli tilkalt når man er usikker på barnets funksjonsevne. Ofte dreier dette seg om barn med spesielle problemer, lærevansker eller for eksempel mistanke om at barnet er utviklingshemmet. Et barn som ikke kommuniserer aldersadekvat eller av ulike årsaker har vansker med å uttrykke seg verbalt, kan være en stor utfordring for både tolk og fagperson. Det blir avgjørende at tolken forstår hva som er

viktig og klarer å overføre barnets uttrykksmåte til det andre språket. Av og til snakker barnet en blanding av norsk og morsmål. I andre tilfeller er det kanskje bare foreldrene som forstår barnets språk, enten fordi det dreier seg om et svært lite barn eller av andre årsaker.

Det kan også være aktuelt for fagpersonen å benytte seg av tester og annet kartleggingsmateriale. Disse er nøye gjennomarbeidet, men for at tolkingen skal bli god, må tolken få informasjon om testene og testprosedyrene i forkant av samtalen. Enkelte kartleggingsredskaper bør oversettes av profesjonelle oversettere på forhånd. Under testingen/kartleggingen er det viktig at det er fagpersonen som foretar testen med tolken som språklig medhjelper. Tolken må som i alle andre situasjoner, tydeliggjøre sin rolle gjennom handling. I praksis vil dette si at tolken *ikke* gir barnet fargeblyantene eller hjelper til med påkledning, men tolker samtalen mellom fagpersonen og barnet mens dette foregår.

En del fagpersoner knytter til seg tolker som fungerer som co-terapeuter. Dette er ikke tilrådelig. Tolkens rolle er i seg selv veldig kompleks og krevende, og en rolleblanding innebærer at tolkens oppgave blir vanskeligere. Tolker er ikke utdannet som terapeuter og mange vil oppleve det som yrkesetisk betenkelig å gå inn i andre roller enn tolkerollen. Det er viktig at fagpersonen respekterer dette og ikke legger press på tolken. Hvis tolken tildeles en co-terapeutrolle, vil dette kunne skape urimelige forventninger til tolken. Det kan også føre til at barnet binder seg sterkt følelsesmessig til tolken i stedet for å utvikle en relasjon til terapeuten. Tolken kan ikke være ”vikar” for terapeuten, selv om terapeuten kanskje føler at det er vanskelig å få kontakt med barnet eller føler seg hjelpeløs som behandler. Hvis det er nødvendig med co-terapeut, bør man i stedet bruke tospråklige fagpersoner.

Tolkemetoder

Som regel er tolken til stede i samme rom som dem det tolkes for, det vil si *frammøtetolking*. Dette gir gode lyd- og lytteforhold. Fordi tolken ser partene, kan tolken i stor grad oppfatte kroppsspråk og små signaler som kan være viktige for budskapet og dermed avgjørende for at tolkingen skal bli korrekt. Når tolken sitter i samme rom, er det lettere for tolken å kjenne når det passer å komme inn med tolkesekvensene og dermed skape flyt i samtalen. Det kan også være behov for å skifte mellom konsekutiv (etterfølgende) og simultan (samtidig) tolking. Frammøtetolking gjør dette mulig.

Hvis man benytter seg av videokonferanseutstyr, kan tolkingen foregå som fjerntolking via skjerm, det vil si *skjermtolking*. Da kan tolken sitte ett sted og samtalepartene et annet. Alle kan se hverandre og tolken kan til en viss grad fange opp kroppsspråk, men det kan være vanskelig å få til god flyt i samtalen. Det er heller ikke mulig å skifte mellom tolkeformer. En samtale med skjermtolk krever at samtalen struktureres og styres.

Av og til benyttes *telefontolk.* Da har tolken bare stemmen og ordet å forholde seg til. Det er veldig konsentrasjonskrevende å tolke via telefon. Telefontolking kan benyttes til korte samtaler som når hensikten med samtalen er informasjonsformidling. Samtaleformen krever god struktur og den som benytter telefontolk må forsikre seg om at tolken sitter alene i et lydskjermet rom. Erfaringsmessig har barn problemer med å forstå hvem ”stemmen” er og hvor den kommer fra. Telefontolking vil heller ikke fange opp følelser og bidra til å skape tillit og kontakt i samme grad som frammøtetolking.

Nyttig informasjon

Hvor finner jeg kvalifiserte tolker?

www.udi.no/tolking har mye relevant informasjon om tolk/tolking og samtaler via tolk

Her finnes oversikt over:

- offentlige tolketjenester
- statsautoriserte tolker
- nasjonalt tolkeregister (www.tolkeportalen.no)

Hvordan bestille tolk og forholde seg i tolkesituasjonen?

Følgende publikasjoner fra UDI sier noe om dette:

- Å samtale via tolk (brosjyre som er oversatt til flere språk)
- Veiledning i bruk av tolk i statlige mottak
- Kommunikasjon via tolk. Temahefte 11

Hvem betaler tolken?

Utlendingsdirektoratet: Rundskriv UDI 23/1994 Veiledende retningslinjer for dekking av utgifter ved bruk av tolk

Litteratur

Jareg, K. & Pettersen, Z. (2006). *Tolk og tolkebruker – to sider av samme sak*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røkenes, O.H. & Hanssen, P.H. (2002). *Bære eller briste: Kkommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker.* Bergen: Fagbokforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet: Rundskriv IS-1/2005 (til kommunene).

Sosial- og helsedirektoratet: Rundskriv 1-2/2005 (til de regionale helseforetakene).

Wadensjö, C. (1998). *Kontakt genom tolk*. Stockholm: Dialogos.

10. Praktisk psykososialt arbeid innen førstelinjetjenestene

Førstegangs helseundersøkelse

Kommunen har ansvar for å gi asylsøkere og flyktninger nødvendige helsetjenester samt sikre at informasjonen gis på en slik måte at den blir forstått av brukerne.

I transittmottak skal det foretas tuberkulosekontroll samt undersøkelse for å fange opp umiddelbart behandlingstrengende sykdommer/tilstander. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at helsepersonell snarest mulig etter asylsøkeres ankomst til ordinære mottak oppretter kontakt, foretar en første vurdering av somatisk og psykisk helsetilstand og behov for tjenester. I veilederen ”Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger (IS-1022) er det vedlagt et skjema som kan benyttes som utgangspunkt for førstegangs helseundersøkelse av flyktninger/asylsøkere. Direktoratet presiserer imidlertid i rundskrivet ”Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger” (IS – 22/2004:4) at i konsultasjoner med barn eller voksne som ”har vært utsatt for tortur, krig, flukt eller annen nedverdigende behandling er det viktig å skape trygghet og tillit ved å

- sette av god tid til førstegangsundersøkelsen

- vise forståelse overfor pasientens situasjon og bidra til at pasienten har kontroll over situasjonen ved å være høflig og vise respekt på en måte som pasienten forstår
- være varsom ved spørsmål om traumatiske erfaringer, særlig seksuelle
- være varsom med å bruke utstyr som kan virke skremmende
- være tydelig og gi fortløpende informasjon om alt som skjer og som skal skje
- bruke en god tolk"

Flyktninger som bosettes direkte i kommunen uten opphold i asylmottak, for eksempel overføringsflyktninger og familiegjenforente, skal tilbys helseundersøkelse tilsvarende det som gis i mottak. Tilbud om fastlege skal gis umiddelbart etter bosetting. Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter gav i 2004 ut brosjyren "Flyktningpasienten – allmennpraktikerens møte med pasienter som har opplevd ekstreme påkjenninger. Undersøkelse og diagnose." Både denne, legeforeningens hefte "Flyktninger i primærhelsetjenesten" og artikkelen "Legekofferten – en verktøykasse for helsepersonell til bruk i den krysskulturelle konsultasjonen" (NAKMI 2005) gir verdifulle innspill til primærlegers møte med flyktningpasienter. Ingen av dem fokuserer imidlertid i særlig grad på barn. Det kan også nevnes at kommunelege II i Stokke, Reidun Brunvatne, som er primærlege for asylsøkere i tre kommuner i Vestfold, våren 2006 har utgitt en aktuell bok med tittelen "Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten" som også tar for seg arbeid med flyktningbarn.

Psykososiale tiltak i regi av helsestasjonen

Sosial- og helsedirektoratet fremhever helsestasjonen som en ressurs både i det forebyggende og helsefremmende arbeidet med flyktninger, spesielt i forhold til muligheter for tidlig identifisering og oppfølging av barn og familier med spesielle behov. Direktoratet fremhever at helsestasjonen kan sikre at familier med psykososiale problemer får et utvidet tilbud om støtte og veiledning. Helsestasjonen kan blant annet organisere gruppeveiledning, danne selvhjelpsgrupper, men også organisere samtalegrupper om vanlige psykiske reaksjoner på eksiltilværelsen.

Helsesøsters arbeid er forankret i Lov om kommunehelsetjenester og i veilederen "Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten" (2003). Tjenesten har som mål å fremme god helse blant barn og unge. Dette oppnås gjennom helseopplysning, foreldre- og elevveiledning,

helseundersøkelser og vaksinasjon, samt ved å iverksette tilbud om utvidet støtte og hjelp ved behov.

Helsestasjonen spiller en sentral rolle i forebyggende arbeid med barn og unge, og tilbudet skal være universelt og lett tilgjengelig. Det har vært – og er fortsatt – viktig å oppdage og identifisere sykdom og funksjonshemninger tidlig, men i de siste årene har man fokusert stadig mer på helsefremmende tiltak og trivsel, og på å ta i bruk familiens og nærmiljøets ressurser.

Flyktninghelsesøsters arbeid

Kommuner med asylmottak eller bosatte flyktninger kan velge å gi en eller flere fagpersoner spisskompetanse for å arbeide med flyktningfeltet. Arbeidet er ofte mer tidkrevende og omfattende enn vanlig. Det bør derfor sikres ressurser som kan gå til målrettede tiltak, utvidet arbeidstid og -kapasitet samt kompetanseheving, og/eller til en egen stilling som flyktninghelsesøster.

I noen kommuner, som for eksempel Tromsø, har man valgt å organisere helsetilbudet gjennom å ansette en egen helsesøster og lege som tar imot nyankomne flyktninger og som gir et første tilbud om kontakt. Andre byer, eksempelvis Trondheim, kan i tillegg ha andre faggrupper – fysioterapeut, jordmor, psykiatrisk sykepleier, psykolog tilknyttet sin flyktninghelsetjeneste.

Erfaringer fra Tromsø

Flyktninghelsesøster skal gi tilbud til flyktninger og asylsøkeres familier som er likeverdig med tilbudet til andre brukere av helsestasjonen. Hun\han er ofte den første helsearbeideren som møter både barna og de voksne flyktningene og asylsøkerne. Tjenesten har ofte enten vært knyttet til flyktningkontorer eller den ordinære helsestasjonen. Fordelen med å organisere dette som en spesialtjeneste på helsestasjonen er at flyktningfamiliene da lettere blir sett som en del av brukergruppen og det er lettere å integrere dem inn i øvrige tilbud til gravide og småbarnsforeldre.

Tilrettelegging for den enkelte familie

Ved arbeid med flyktninger bør man jobbe familierettet, og møte familien både samlet og individuelt etter behov. Flyktninger kan ofte ikke språket og kjenner heller ikke norsk kultur eller helsevesen. Man må derfor sette av mer tid til konsultasjonene enn med

norskspråklige familier. Man bør bestrebe seg på å utvikle kultursensitivitet. Det kan også være en fordel med noe kunnskap om samfunnsforhold, menneskerettighetssituasjon og kultur i flyktningfamiliens hjemland. Mange spørsmål er like, men det er også forskjeller mellom nybakte foreldres forventninger til barn og familieliv hos par med henholdsvis norsk, somalisk eller afghansk bakgrunn. Foreldrenes tenkemåte, kunnskap om spedbarn og erfaringer med småsøsken kan også være vidt forskjellige. Det er derfor viktig å bruke tid på å finne ut hvordan *den enkelte familie* tenker og hvilke kunnskaper foreldrene har som man kan bygge videre på – slik at man også kan gi støtte på det foreldrene gjør som er bra. Det er familien selv som til sist må velge gode løsninger som passer for dem. Dersom noe må endres, er det viktig å skape forståelse for hvorfor – hva som er bra og hva som ikke fungerer. Man må også huske at det tar tid å endre gamle vaner og holdninger. Hele tiden handler det om å holde en god dialog, sette familien eller enkeltpersoner i stand til å foreta valg og bidra til følelse av mestring.

En eller begge foreldre kan være preget av vonde opplevelser som påvirker samspillet med- eller forholdet til barna. Det å være foreldre i en usikker ventesituasjon på asylmottak skaper også spesielle problemstillinger i forhold til å ta ivareta omsorg for barn. Situasjonen gjør dessuten at barna får helt andre livserfaringer og eksistensielle spørsmål å hanskes med enn norske jevnaldrende.

Kartlegging av flyktningers helse

Flyktninger har varierende erfaringer med representanter for helsevesenet i hjemlandet. Det kan derfor ta tid før en del stoler på at taushetsplikten overholdes og at helsearbeideren ikke er ute etter å skade vedkommende. Flyktninger kan ha med seg sykdommer og plager som er vanlige i hjemlandet. De kan ha manglet behandlingstilbud, være ubehandlet til tross for tilgang på helsestell, være mangelfullt eller feil behandlet. I mange land er psykiske plager skambelagt og det kan derfor gå lang tid før personer som opplever normale reaksjoner etter unormale påkjenninger tør erkjenne dette og motta hjelp.

Møtet med slike store variasjoner krever at helsearbeidere foretar en grundig kartlegging og skaffer seg oversikt over familiens og det enkelte medlems tilstand og belastning. Det kan være helsesøsters oppgave å foreta en første kartlegging av helse. Til dette brukes ofte det ovennevnte skjemaet fra Sosial- og helsedirektoratets veileder. Man må imidlertid regne med at det tar tid før helsesøster (og lege) får en god eller fullstendig oversikt over flyktningens behov for helsehjelp.

I denne ”bli-kjent fasen,” der det fortsatt foregår en kartlegging også etter det første møtet, er det nyttig å benytte muligheten til å informere om hvordan man tenker omkring helsespørsmål i Norge og hvorfor helsesøster stiller de spørsmål hun gjør. God og pålitelig tolketjeneste er nødvendig både i samtale med barn og voksne.

Koordinering av helsetjenestetilbud

Helsesøster kan ofte bli flyktningens bindeledd til somatisk og psykiatrisk helsetjeneste. Hun/ han er ofte den som har en samlet oversikt over familien og får rollen med å formidle kontakt og koordinere helsetjenestetilbud for nyankomne inntil de selv er blitt kjent og kan følge opp behandlingen på egen hånd. Forutsigbarhet og tilgjengelighet for brukeren er viktig. I begynnelsen må man ofte påta seg et utvidet ansvar for å sikre at flyktninger får hjelpen de trenger; at de kommer seg av gårde til avtaler og at de finner fram, følge dem til avtaler hos andre behandlingsinstanser, noen ganger være talsmann eller bare moralsk støtte. Ved at flyktningen/flyktningfamilien opplever seg ivaretatt, kommer tilliten og grunnlaget for et godt samarbeid.

Hvor lang tid som går før den enkelte føler seg trygg nok til å klare seg i det norske samfunnet på egen hånd varierer. Inntil da bør flyktningen kunne ha et åpent tilbud om bistand fra flyktninghelsesøster. Det viser seg mange ganger at foreldre som får god hjelp i starten, klarer seg fortere på egen hånd. Likevel må man forvente en overgangsperiode på et par år eller mer ettersom familien møter nye problemstillinger. Erfaring viser at integrering tar lengre tid enn vi tror.

Veiledning til nyankomne/foreldreveiledning

Det er viktig å styrke foreldrene slik at de blir bedre i stand til å veilede sine barn i det norske samfunnet samt hjelpe dem til å forstå norske forventninger til stimulering av barn og oppfølging i forhold til barnehage, skole og fritid. Metoder for grensesetting kan også være annerledes. Enkelte er vant til fysisk avstraffelse og må gis kjennskap til alternative metoder for å lære barna respekt. Det er viktig å formidle til hele familien hvordan man setter grenser, og synliggjøre at barn faktisk også har oppgaver i norske familier. Dialog, åpenhet og respekt for hverandre og hverandres erfaringsbakgrunn er viktig her. Gruppesamtaler med mødre er én konkret metode for å diskutere grensesetting og barneoppdragelse. Dette blir nærmere beskrevet under neste avsnitt.

Andre aktuelle temaer i regi av helsestasjonen:

- påkledning
- kosthold
- døgnrytme
- svingninger i årstid og hva det betyr for helsen
- fritidstilbud og fysisk aktivitet: barns behov og tilbud som finnes
- barneleker og stimulering av barn
- morsmål og språklæring
- forventninger til foreldrene om hvordan de skal følge opp barna i Norge
- barns reaksjoner etter psykiske påkjenninger og hvordan foreldre kan hjelpe barna sine med dette
- asylsøkerbarns spesielle situasjon og behov i påvente av svar på asylsøknaden

Grupper i regi av helsestasjonen

Informasjon og erfaringsutveksling i grupper har gitt nyttige erfaringer til gruppeledere så vel som deltakere. Dette er en metode hvor man når flere på en gang. Deltakerne kan gjenkjenne egne problemer i problemstillinger som andre tar opp. De erfarer dermed at problemer kan være allmenne og blir bedre i stand til å finne mulige løsninger. Grupper kan drives med forskjellige deltakere og over forskjellige temaer. Det kan være grupper for barn i ulike aldre, for vordende foreldre, mødregrupper for spedbarn, grupper som skal styrke mødrenes mestring, grupper i forhold til graviditet og fødsel etc.

Før man setter i gang en gruppe må hensikt, innhold og varighet være klart. Man må ha tenkt igjennom hvem som er målgruppen og ønskelig antall deltakere. Det er en fordel å være to gruppeledere og ha fast møtested og møtetid. Grupper for skolebarn kan for eksempel legges i forbindelse med skoletiden/sfo. Hovedpoenget er at man må tenke praktisk på hva som passer best for deltakerne. Det er også best hvis utstyr kan lagres og være tilgjengelig på møteplassen. Dette kan være male- og tegneutstyr for kunstterapigrupper, tilgang til video eller andre hjelpemidler, eller litt mat og drikke.

Grupper for barn og ungdom

De foresatte bør informeres i god tid på forhånd, gjerne både muntlig og skriftlig på sitt eget språk. Det er lettere for foreldre å si ja til barnas deltakelse dersom de kjenner gruppeleder fra før og har tillit til denne. Både for barn og ungdom faller det noen ganger lettere å snakke dersom de holder på med en aktivitet, for eksempel tegning eller maling, mens samtalen pågår. Kunstterapigrupper, som beskrevet i kapittel 13, har vist seg som en god metode. Eksempler på andre vellykkede samlinger er teatergrupper, ungdomsgrupper med ulike temaer som nettverksbygging og friluftsaktiviteter, leirskolesamlinger, samtalegrupper om livet i Norge, bevegelsesgrupper, og grupper med emner som sorg og krise, seksualliv, prevensjon og arbeid mot kvinnelig omskjæring.

I etterkant av samtalegrupper for barn og ungdom har man opplevd at foreldre også har bedt om at det startes grupper der de selv kan delta.

Grupper for enslige mødre

For nybosatte foreldre er det ikke alltid lett å nyttiggjøre seg helsestasjonens ulike gruppetilbud. I Tromsø har Sosial- og helsedirektoratet finansiert et prosjekt med mødregrupper etter mal fra psykolog Ragnhild Dybdahls arbeid i Bosnia (se litteraturlisten). Flyktninghelsesøster og vekselvis psykolog eller førskolelærer har vært gruppeledere. Lederne var kjent for deltakerne på forhånd.

Temaer har vært barns utvikling, behov for ivaretakelse, barneoppdragelse og grensesetting. Mødrene har også utvekslet erfaringer om det å oppdra barn/ungdom i det norske samfunnet. Ved at mødrene selv formulerte sine problemstillinger, fikk gruppelederne en helt annen innsikt i hva familiene strevde med enn det man ellers ville fått. Blant annet var mødrene opptatt av å diskutere nordmenns forventninger til sine barn, eller hva norske barn vanligvis har av leker og utstyr hjemme. Siden barn og ungdom gjerne lærer å beherske norsk raskere enn foreldrene, hadde mange opplevd at barna fremmet sterke krav til foreldrene om å skaffe ting, og at det var vanskelig å sette grenser for pengebruk, innetider etc. Slikt kan lett bli kilde til konflikter i familien og senere være medvirkende årsak til at noen ungdommer bryter ut.

Under samtalene kom det også fram mange spørsmål som gikk utover temaene, ting ved det norske samfunnet som mødrene lurte på. For eksempel var noen redde for barnevernet fordi de trodde at barnevernet tok barna fra familien. Andre var redde for BUP og PPT fordi de trodde at disse instansene dopet ned og paralyserte barna. Slike triste misforståelser er det greit å få ryddet unna.

Mødregruppen har gitt utgangspunkt for å utvikle andre typer kvinnegrupper som kan motvirke isolasjon, gi sosiale nettverk og oppmuntre kvinner til å støtte hverandre og definere hva de ønsker å få ut av livet i Norge. Fokus i slike grupper har vært mestring og medbestemmelse i eget liv. I noen kommuner, blant annet i Bærum og i Tromsø, er det også organisert grupper for menn der deltakerne har diskutert utfordringer ved livet i Norge.

Arbeid med tolk under grupper

Det er en fordel at det ikke tolkes til for mange språk under sammenkomstene da dette stjeler tid og konsentrasjon, og gjør relasjonsbygging vanskeligere. Man kan lett sette sammen en gruppe med deltakere fra for eksempel Afghanistan og Iran, der språkene er like nok til at man forstår hverandre, eller organisere grupper der deltakere har et fellesspråk som arabisk, spansk og så videre. For å organisere grupper der deltakerne har flere ulike språk, kreves det gode tolker og at det er avsatt god tid. Vi må huske at barna også trenger tolketjeneste for å få uttrykt seg, selv om vi kanskje synes at de snakker godt norsk.

Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid

Flyktninghelsesøsters oppgaver spenner over områder som helsestasjonsvirksomhet, skolehelsetjeneste og samarbeid med andre deler av helsetjenesten. Han/hun har den naturlige kontakten med asylmottak og flyktningtjeneste, og får ofte en koordinerende rolle for å bringe partene sammen i møte omkring familien og den enkelte flyktning, for eksempel gjennom ansvarsgrupper eller gjennom å motta eller gi veiledning og konsultasjon. I utgangspunktet kan man bruke eksisterende fora og samme type samarbeid/samarbeidsmøter som i arbeidet med andre klienter.

Enkelte kommuner har opprettet samarbeidsråd som møtes regelmessig med deltakere fra asylmottak/flyktningtjeneste, helse, barnevern, psykologtjeneste/barnepsykolog der dette er tilgjengelig, og eventuelt andre instanser etter behov. Her kan man søke anonym veiledning eller – med klientens samtykke – koordinere tiltak. Slike møter kan holdes som en fastsatt rutine og bør ha faste, sentrale deltakere. Tromsø kommune har for eksempel et ”Helseforum” som har bestått i 15 år. Her er det flyktninghelsesøster som er koordinator, setter opp saksliste og kaller inn. På denne måten fastholdes rytmen og hun har oversikt over nye personer eller institusjoner som kan bidra i samarbeidet. Poenget er imidlertid at det er en fast pådriver, uansett hvem det er som gjør denne oppgaven.

STOP-modellen

STOP-modellen som er utviklet av barnelegen Lars H. Gustafsson, kan brukes i arbeid med traumatiserte flyktningbarn. Modellen sikter mot å stoppe en kaotisk prosess i og omkring barnet, kunne støtte de eksisterende ressurser hos barnet og erstatte kaoset med struktur. S står for struktur som skal hindre barnet i å bli overveldet. T står for tid og tale. Traumatiserte barn kan ha behov for å snakke om opplevelsene og hvordan de har det. O står for organisert lek. Dette er viktig siden en del traumatiserte barn har redusert evne til naturlig lek og må lære dette på ny. P står for pårørendestøtte. Foreldrene kan ha behov for støtte til å mestre egne traumer og slik kunne bli like kompetente foreldre som før. Samtidig trenger de informasjon om barnas symptomer og behov.

I hverdagen kan faste voksne stille seg til rådighet for barnet og tilrettelegge dagen i forhold til barnets behov og ut fra disse prinsippene. Modellen kan brukes som ramme og tilpasses den institusjonen som er i kontakt med barna. Ellers er det viktig at fagpersoner har tid og mulighet for å snakke med barna her og nå, hvis de kommer inn på vanskelige emner. Det er også viktig at barna merker at de blir ivaretatt og møtt av de voksne i forhold til de følelser og handlinger som de uttrykker sig med. Her kan det hjelpe hvis de voksne kan lytte, kan sette ord på vanskelige temaer og følge barna i deres tempo.

Barnehagen

Barn som bor i mottak er ofte i mottaksdrevne barnebaser. En del går imidlertid i ordinære barnehager. Barn som bosettes tilbys gjerne plass i barnehage for å få tilgang til et lekemiljø og stimuleres til norsk språklæring. Barna er ofte i barnehagen hele dagen og over tid. Personalet har derfor utmerket anledning til å bli kjent med barnet og familien på en grundigere måte enn det som er mulig under konsultasjoner på helsestasjonen. Personalet ser hvordan barnet utvikler seg sosialt og intellektuelt, hvilken stimulans barnet får hjemmefra og kan raskere oppdage problemer som flyktningfamilien strever med. Dette gjør barnehagen til en viktig samarbeidspartner for helsesøster. Barnehagens foreldremøter kan være en god anledning for å treffe foreldrene på en annen arena eller kunne ta opp/informere om et tema. Helsesøster kan for eksempel være en god støttespiller når foreldre skal lære om barns påkledning eller snakke om barns utendørs aktiviteter ved forskjellige årstider.

Tromsø har, som en del andre kommuner, opprettet en flyktningbarnehage der barna går det første året. Deretter får barna prioritert plass i vanlig barnehage sammen med norske barn. Flyktningbarnehagen har hatt økt bemanning og bedre anledning til å ta inn morsmålslærere enn andre barnehager. Barnehagen har også hatt færre barn, et mer

oversiktlig miljø og personalet har hatt bedre tid, også til foreldrenes mange spørsmål og behov. Dette skaper trygghet og har medvirket til at barnehagen i mange tilfeller har fungert som et utvidet nettverk for familiene.

Barneskole, ungdomsskole og skolefritidsordning (sfo)

Skolen og sfo vet også mye om elevenes psykososiale utvikling og kan tidlig merke det dersom eleven har ekstra behov. Barn med en annen kulturell bakgrunn og et annet språk kan ha behov for hjelp med å knekke ”lekekoden” eller til å få en god sosial start. Deres læringsnivå matcher heller ikke alltid aldersnivået til barn som begynte sin skolegang i Norge. Det er derfor greit for helsesøster å ha en åpen linje til lærerne og ha innarbeidet rutinemessige samarbeidsmøter slik at spesialtiltak kan settes inn tidligst mulig.

Barnevern

Nybosatte familier strever ofte med å finne seg til rette i et nytt samfunn med andre familiemønstre og ofte med en annen balanse mellom familiemedlemmene. Kanskje er familiemedlemmenes fysiske og/eller psykiske helse påvirket av tidligere opplevelser. De kan møte forventninger om suksess og økonomisk hjelp fra familie i hjemlandet. Knappe økonomiske rammer i møte med slike høye forventninger kan også påvirke livet her.

Barns fritidsaktiviteter kan være et viktig virkemiddel i integreringsprosessen, men krever både foreldres innsats og penger. Barnevernet kan gå inn med forebyggende tiltak som hjelper familien i en startfase. Det kan for eksempel være nyttig at barn får en besøksfamilie, eller at flyktningfamilien blir kjent med en norsk familie med barn i samme alder. For helsesøster er det nyttig å ha kontakt med barnevernet når tiltak skal settes i gang. Dersom én kurator har spesielt ansvar for flyktninger, gjør dette samarbeidet lettere enn hvis helsesøster må forholde seg til forskjellige kuratorer fra sak til sak. Også for barnevernet er det slik at problemstillinger i møtet med flyktningfamilier kan være annerledes eller mer komplekse enn hva man ellers støter på. Et felles veiledningstilbud eller diskusjonsforum kan her være et nyttig hjelpemiddel.

Legetjeneste

Som tidligere nevnt kommer en del flyktninger til landet med gamle skader eller uoppdagete/ubehandlete/feilbehandlede medisinske tilstander som har innflytelse på deres fungering i dagliglivet. Pasientene kan være psykisk preget av flukt og et liv i usikkerhet. Noen vil også ha fysiske skader etter tortur og andre overgrep. En del vil lide av sykdommer og tilstander som er vanlige i hjemlandet. Legen vil derfor kunne møte på

oppgaver som ikke er like vanlig her, eller tilstander der han/hun må ta i betraktning hva som er vanlig i flyktningens hjemland. Pasientene kan ha vært gjennom alt fra tradisjonell folkemedisin til vestlig medisinsk behandling tidligere.

I mange land blir legen betraktet som allvitende. Dette er langt fra den vanlige leges hverdag i Norge - der mange norske pasienter stiller med helt andre forventninger, og gjør at det kreves et godt og nært samarbeid mellom helsesøster og lege. Hyppige og varierte erfaringer med medisin fra mange forskjellige land er ikke like daglig kost for enhver fastlege.

Det er viktig at pasienten får hjelp til å orientere seg i helsevesenet og til å kunne nyttiggjøre seg behandlingstilbudet. Å følge opp dette faller ofte på flyktninghelsesøster. Et tett og godt samarbeid er nødvendig. Hjemmetjenesten kan/bør koples inn der det er naturlig. Også her forenkler det arbeidet dersom hjelpepersonene kjenner hverandre og lett kan ta kontakt.

Mer om tverretatlig samarbeid ved psykososialt arbeid med flyktninger kan leses i rapporten ”Det hainnle om å leve. Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak” (se under).

Frivillige organisasjoner

Å delta i fritidsaktiviteter kan bidra til å danne vennskap og slik forebygge ensomhet og isolasjon både for voksne og barn. Her kan leksehjelptilbud, kulturskole, idrettsorganisasjoner og andre frivillige organisasjoner som for eksempel Kirkens Bymisjon og Røde Kors være fine støttespillere.

I mange kommuner har Røde Kors organisert Flyktningguideprosjekt der man bringer en flyktning/flyktningfamilie sammen med en lokal person. Dette skaper medmenneskelig kontakt, nettverk og kan hjelpe flyktningen til å bli kjent i lokalmiljøet, men også med mer av det norske samfunnet. Noen steder drives det også ”Home Start program,” både i regi av Kirkens Bymisjon og andre, der en frivillig bistår en familie ved å støtte foreldrefunksjonen. Programmet er beregnet på familier med barn i førskolealder.

Arbeid knyttet til omskjæring (kjønnslemlestelse) av jenter

Kvinnelig omskjæring er en tusenårig tradisjon som først og fremst har vært uført i et belte tvers over det afrikanske kontinentet i bredde fra Sahara til Sentral-Afrika, men også på den sørlige kysten av den arabiske halvøy og blant muslimer i Sørøst-Asia. Kvinnelig

kjønnslemlestelse praktiseres både blant kristne, muslimer og tilhengere av lokale trosretninger.

Arbeid mot kvinnelig omskjæring må gjøres på flere nivåer, både for å ivareta helse og funksjon til den omskårne kvinnen, men også for å forebygge at jenter blir omskåret. Det er nødvendig at aktuelle flyktninggrupper forstår at det finnes en lov mot kvinnelig omskjæring. Informasjon om omskjæring skal dokumenteres i pasientjournalen når dette tas opp.

Ikke alle kvinner forbinder underlivsplager med omskjæring, og ikke alle kvinner har like mye plager etter omskjæring. Individuell kartlegging er derfor viktig. Den fortrolige samtalen er en utmerket anledning til også å undervise om komplikasjoner i forbindelse med omskjæring. Best effekt for den enkelte ser man kanskje når temaet tas opp i en naturlig sammenheng som i forbindelse med kartlegging av kvinners – og jenters – helse. Et annet naturlig tidspunkt er når kvinnen er gravid.

Omskjæring er et tema for både kvinnens lege, jordmor og helsesøster. Det er ønskelig at kvinner som ikke er åpnet rekonstrueres i løpet av de første par trimester av svangerskapet slik at fødselskomplikasjoner og unødvendige keisersnitt kan unngås. De fleste kvinnene er vant til at man i hjemlandet åpner under fødselen og har ikke tradisjon for å gjøre inngrep på forhånd. Mange kan derfor være engstelige for at man ikke vet hvordan omskårne kvinner skal behandles i Norge. God fødselsforberedelse er viktig for å gjøre kvinnen trygg. Virkemidler her kan være å samtale med kvinnen, planlegge fødselen i god tid på forhånd, og sørge for at kvinnen får bli kjent med jordmor og fødeavdelingen før fødsel. Dette kan ordnes gjennom samarbeid mellom helsesøster, jordmor og fødeavdelingen.

I Tromsø har man i tillegg hatt samarbeid mellom somalisk kvinnegruppe og fødeavdelingen ved Universitetssykehuset. Kvinnegruppen ble invitert til sykehuset og fikk undervisning i gruppe om omskjæring og fødsel. En film, ”Så langt er vi kommet”, om kommunikasjon mellom mennesker med ulik kulturell bakgrunn er senere laget i samarbeid mellom den somaliske kvinnegruppen, Kirkens Bymisjon og helsepersonell i Tromsø.

Å integrere undervisning om omskjæring med informasjon om seksualitet, prevensjon og annet til jenter i ungdomsskolen er også mulig. Siden omskjæring kan være et sensitivt tema for dem det gjelder, må man imidlertid tenke nøye gjennom sammensetningen og størrelsen på gruppen.

Dersom helsepersonell har en åpen, fordomsfri kommunikasjon med den det gjelder, kommer man langt. Det er viktig at dialogen holdes åpen, at kvinnen/jenta kan komme tilbake når hun ønsker det for mer informasjon og hjelp, og at hun faktisk opplever at hjelpen er lett tilgjengelig. Da er det en fordel at helsearbeideren er kjent, stabil og tilgjengelig. Ved noen av de store sentralsykehusene, blant annet ved Ullevål Universitetssykehus, Universitetssykehuset i Nord-Norge og St. Olav Hospital i Trondheim, er det dessuten opprettet en spesiell støttetjeneste for å ivareta omskårne kvinner. Dit kan både helsepersonell og kvinnen selv ringe direkte for å gjøre avtaler eller få veiledning.

Litteratur

Ahlberg, N., Aambø, A. & Gihle, I. (eds.) (2005). *Utfordringer inne helse og omsorg blant minoriteter: Tilbakeblikk og erfaringer.* Oslo: NAKMI.

Austveg, B. (1989). *Helsearbeid og innvandrere: Mangfold, sunnhet og sykdom*. Oslo: TANO.

Berg, B. & Sveaass, N. m.fl. (2005). *Det hainnle om å leve: Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak*. Trondheim: SINTEF IFIM.

Brunvatne, R. (2006). *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brunvatne, R., Lysgård, K.H. & Hjortdahl, P. (1995). *Flyktninger i primærhelsetjenesten: Psykososialt forebyggende arbeid.* Lysaker: Den norske lægeforening.

Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter (2004). *Flyktningepasienten: Allmennpraktikerens møte med pasienter som har opplevd ekstreme påkjenninger. Undersøkelse og diagnose.* Oslo.

Djesa, R.I. (2004). *Så langt har vi kommet… : Dialog rundt kvinnelig omskjæring*. Video fra OK-prosjektet. Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Dybdahl, R. (1999). *Child development and the impact and stress of young children: An intervention programme for mothers*. Manual utarbeidet for UNICEF. Bergen: Senter for Krisepsykologi.

Eriksen, T.H. & Sørheim, T.A. (1994). *Kulturforskjeller i praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Fuglerud, Ø. (red.) (2004). *Andre bilder av "de andre.": Transnasjonale liv i Norge*. Oslo: Pax.

Gustafsson, L.H., Lindkvist, A. & Böhm, B. (1989). *Krigens barn*. Oslo: Kommuneforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982.* Oslo.

Jagmann, K. (2002). Gruppetiltak for barn og unge med flyktningbakgrunn i Bærum kommune. *Linjer*, vol. 12, 16-21.

Jareg, K. (1998). *Flyktningeungdom i risikosonen: Een case management modell*. Oslo: Psykososialt senter for flyktinger, Universitetet i Oslo.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Lersbryggen, A.B. (2001). 6000 kosovoflyktninger i mottak – hva har vi lært?: Noen erfaringer fra et prosjekt ved Psykososialt senter for flyktninger. *Linjer*, vol. 10, 28-30.

Magelssen, R. (2002). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe forlag.

Neumayer, S.M. (1996). Førstelinjetjenestene og det psykososiale arbeidet med flyktninger: En kartlegging av behovet for faglig styrking. *Linjer*, vol. 6, 4-7.

Psykososialt senter for flyktninger (1996). *Kultur, helse og kommunikasjon*. Kompendium. Oslo: Universitetet i Oslo.

Raundalen, M., Lorentzen, G. & Dyregrov, A. (2005). *Gruppearbeid i flyktningfamilier: Barnegrupper og foreldreveiledning*. Oslo: Pedagogisk forum.

Sam, D.L. (1995). *Flyktningers psykiske helse: En sosial og forebyggende tilnærming.* Bergen: Hemil-senteret.

Sosialdepartementet (1993*). Om lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven).* Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedepartementet (1995). *Om lov om forbud mot kjønnslemlestelse (omskjæring av kvinner).* Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Helsetjenestetilbud til asylsøkere og flyktninger. Veileder* (IS-1022) 08/2003.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Helsetjenester til asylsøkere og flyktninger - faglige råd og en påminning om gjeldende lov- og regelverk - med særlig vekt på psykisk helse* (IS-22/2004).

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450.* Oslo: Direktoratet.

Sørheim, T.A. (2000). *Innvandrere med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tingvold, L. (2003). *Forebyggende helsearbeid blant barn og unge med flyktning- og innvandrerbakgrunn: En forundersøkelse*. Trondheim: SINTEF Unimed.

Toubia, N. (1999). *Caring for women with circumcision*. New York: Rainbo.

Valenta, M., Berg, B. & Henriksen, L. (2003). *Gjensidighet, nysgjerrighet, likeverd: Evaluering av Flyktningeguiden i Trondheim*. Trondheim: SINTEF.

Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. IK-2723, 5-2000.

Aambø, A. & Ahlberg, N. (2005). *"Legekofferten": En verktøykasse for helsepersonell til bruk i den krysskulturelle konsultasjonen*. Omarbeidet versjon av en artikkel i Utposten nr. 2/05. Oslo: NAKMI. Se http://www.nakmi.no

11. Skolen som psykososial arena

Skolen har i mange tilfeller vist seg å være en effektiv arena for å gi barn og familier mental assistanse etter krig og katastrofer. Lærere er derfor en viktig ressurs ved planlegging av tiltak som tilrettelegger for flyktningbarns integrering og gir muligheter for posttraumatisk vekst og utvikling.

Barn og ungdom tilbringer mesteparten av sin hverdag på skolen. Skolen bør følgelig trekkes inn i arbeidet med å planlegge hvordan dagligdagse rutiner, holdninger og tiltak kan bidra til å gjøre overgangen til norsk skole så smidig, trygg og ivaretakende som mulig for hele familien. Undersøkelser viser at barnets aller første møte med skolen i et nytt land er avgjørende for tilpasning i et lengre perspektiv.

Psykologisk forskning lærer oss at frykt bidrar til å skape, forsterke og opprettholde reaksjoner på belastende hendelser Det er derfor avgjørende at det miljøet som barnet befinner seg i mesteparten av tiden tilstreber å ha en slik kvalitet at barnet har mulighet til å gjøre bruk av sine ressurser og falle til ro.

Skolen kan gjennom sin måte å møte familien på forsterke eller lege sår som krig og flukt har påført. I Australia har denne innsikten ført til at enkelte skoler bevisst har satset på det de kaller ”God start for alle.” Gjennom pedagogiske tiltak integrert i skolehverdagen og i samarbeid med andre etater har man satt fokus på hele flyktningbarnets livsverden, slik at barnet opplever både sin fortid, nåtid og fremtid som forstått og anerkjent. Dette gir mulighet for gode utviklingssirkler og forebygger behandlingsbehov som følge av tilpasningsvansker og fastlåste traumereaksjoner. I Norge finnes flotte eksempler på at slike tiltak er mulig. Ett eksempel er Norskskolen i Larvik kommune, som har utviklet og etablert et tilbud til unge flyktninger med fokus på identitet og muligheter med tilhørighet til flere kulturer.

Prosjektet ”Mine muligheter med flere kulturer”

Ungdommer med minoritetsspråklig bakgrunn vokser opp både med sin ”hjemme-kultur” og den norske majoritetskulturen. I sin daglige ”kulturpendling” må de forholde seg til mange ulike situasjoner og faktorer som de fleste jevnaldrene slipper å møte på samme måte. Negativ medieomtale, manglende følelse av mestring (ikke minst på skolen)

samt foreldre som sliter med å få jobb, tilpasning til et nytt samfunn og lignende gjør at mange sliter med lav selvfølelse, noe som igjen gir seg forskjellige utslag.

Norskskolen i Larvik har siden år 2000 arrangert et kurs for ungdommer i alderen 15 – 20 år (fra 9. klasse til ut videregående skole) som har en eller begge foreldre med minoritetsspråklig bakgrunn. Noen er født og oppvokst i Norge, mens andre har bodd i ett eller flere land før de kom hit. Gjennom kurset ønsker vi å fokusere på mulighetene og de personlige ressursene som ungdommene har, samtidig som vi tar deres utfordringer på alvor. Noen gjennomgående fellestrekk er:

- manglende bevissthet om sin egen identitet og bakgrunn
- rotløshet
- daglig pendling mellom ulike kulturelle arenaer og roller

Mange har flere flyttinger bak seg, mellom ulike land og etter at de kom til Norge. Dette er ofte erfaringer som de ikke har satt ord på. Noen har vokst opp i Norge, og for dem vil

flyttingene være mer en del av familiehistorien enn noe selvopplevd. Uavhengig av etnisk bakgrunn finner man ofte de samme identitetserfaringene og spørsmålene: hvem er jeg egentlig? På hvilke måter har flere flyttinger påvirket meg og/eller familien min?

I internasjonal litteratur er det innført et begrep på en oppvekst og identitet hvor en vokser opp i et annet land eller en annen kultur enn foreldrenes; Third Culture Kids (TCK) eller Tredje Kulturs Barn (TKB).

Third Culture Kids / Tredje Kulturs Barn

- Barn som har tilbrakt en vesentlig del av utviklingsårene utenfor foreldrenes hjemland/kultur
- Barna har et forhold til begge (alle) kulturene uten å ha full tilhørighet til noen av dem
- Barna føler tilhørighet til andre mennesker med lignende bakgrunn

Tilpasningsvansker ved et kulturskifte kan utfordre ens selvbilde. Dette kan bli særskilt forsterket når en er på leting etter en mer selvstendig identitet i en tenåringsfase. Et av målene med kurset er at ungdommene skal oppleve seg selv med en fullverdig identitet – en ”både-og-identitet”.

Barna lever mellom kulturene, med forventninger, krav og spørsmål fra begge sider. Foreldrene vet ofte lite om barnas hverdag og virkelighet, og har lett for å forvente det samme som om de vokste opp i deres hjemland. Deres norske venner og miljø har også forventninger, og vet lite om hvordan det er å leve slik som minoritetsungdom ofte gjør. Denne ”forventningsklemma” kan oppleves som vanskelig. Men å bevege seg mellom ulike kulturer og miljøer gir også mye viktig erfaring, ressurser og kunnskap. Derfor har vi kalt kurset ”Mine *muligheter* med flere kulturer”.

Målet med kurset er:

- Å bevisstgjøre og gi trygghet på flerkulturell identitet, personlige ressurser og kompetansen som det å vokse opp med flere kulturer gir
- Bevisstgjøre på utfordringer som det å være i minoritet kan gi, og gi trygghet på å møte og takle disse utfordringene
- Bevisstgjøre og skape forståelse for hva som skjer når familien bytter land
- Bidra til økt forståelse for foreldrenes situasjon
- Bevisstgjøre på mulighetene ungdommene har som ”brobyggere”
- Konfliktforebygging
- Styrke ungdommenes selvbilde og gi dem verktøy og strategier til å møte og mestre hverdagen

Ungdommene trenger økt bevisstgjøring rundt egen kompetanse. Mange har en følelse av at det de *kan* ikke er relevant i Norge – ingen etterspør det. Medias fokus er ofte på det negative, og de opplever mange hindre på veien. Mye av deres kunnskap og erfaring kan imidlertid gjøres relevant gjennom bevisstgjøring og fokus på mulighetene. Deres kjennskap til ulike kulturer, språk, tradisjoner og tenkemåter gir dem et unikt utgangspunkt og potensial til å bygge broer mellom mennesker. Men kunnskapen og erfaringen må bevisstgjøres for å kunne bli nyttiggjort.

Opplegg for kursene

I Larvik arrangeres kurset over 2 skoleår, med tre samlinger hvert år. På høsten er det en overnattingstur fra fredag ettermiddag til lørdag kveld (jenter og gutter har hver sin helg), i februar har vi en felles dagsamling med vinteraktiviteter og i juni har vi en felles dagsamling med sommer/vannaktiviteter. Når ungdommene har fullført ett år får de kursbevis som viser hva de har gjennomgått, antall timer og kursholdere. Etter det første året får ungdommene tilbud om å gå et kurs til med samme progresjon, men med påbyggende temaer og nytt kursbevis for det andre året. Det er ønskelig at det legges til rette for at bevisstgjøringen blir en prosess som går over tid.

De som har gått to år på kurs får tilbud om å ta et lederutviklingskurs (åtte kvelder á to timer) over ett skoleår. Der får de grunnleggende ledertrening, opplæring i presentasjonsteknikk, gruppeledelse osv. Lederkurset inneholder også et todagers MOD-kurs (Mangfold og dialog). Alle som går lederutviklingskurs må ha praksis på de vanlige ungdomskursene og ha ansvar for aktiviteter, gruppearbeid og rollespill til kurstemaene. Ungdomslederne får kursbevis og attest etter fullført kurs.

Temaene i kursene:

- Hvem er jeg – egentlig?
    - Å vokse opp med flere kulturer.
- TCK/TKB (Third culture kids/ Tredje kulturs barn).
- Hvor er hjemme? (Savn og rotløshet)
- Flerkulturelle ressurser og kompetanse.
- Om å være brobygger mellom mennesker.
- Flytteprosessen. Hva skjer i meg og med de rundt meg når familien bytter land?
- Fordommer og rasisme (egne og andres).
- Respekt for forskjellighet.
- Språk og konflikter (”Morra di” og banneord på norsk).
- Konfliktforebygging og konfliktløsning.
- Hva er ”norsk”? Hvordan er ”norsk ungdomskultur”?
- Når forventninger ”krasjer” (hjem/minoritetsmiljø og venner/samfunn).
- Strategier i møte med andre: Fra ”selvutslettelse” til ”hovmod”.
- Stor sak og liten sak – om integritet og kompromisser i møte med andre.

Kurset er en blanding av undervisning og aktiviteter. Mange innvandrerungdommer mangler en del fellesopplevelser som andre norske ungdommer har, blant annet overnattingsturer, båt og kanoturer, vinteraktiviteter m.m. Derfor ønsker vi å kombinere dette med kursdelen. Gjennom aktivitetene får vi mulighet til å bli bedre kjent med deltakerne, ha dialog rundt det vi har snakket om på kursene – noe som vi anser som en viktig del av bevisstgjøringsprosessen – og til å prøve ut aktiviteter i trygge omgivelser.

Lederne på kurset er personer som jobber i forskjellige enheter i Larvik kommune (Introduksjonssenteret, barnevernet, Trygg Oppvekst, helsetjenesten, Norskskolen, et asylmottak, skoler) og de fleste av dem har selv utenlandsk bakgrunn. I tillegg deltar ungdommer som har gjennomført et toårig kursløp som hjelpeledere. Det er viktig for barna å ha rollemodeller som forstår deres dilemmaer, og som de lettere kan snakke med om temaene som blir tatt opp. I noen tilfeller fungerer disse lederne også som

språkstøtter/tolker. Lederne er også viktige i rekrutteringsprosessen, både i forhold til ungdommene og foreldrene. I tillegg oppnår vi med dette en felles kompetanseheving i enheter som jobber med familier med utenlandsk bakgrunn og vi blir kjent med mange ungdommer i kommunen.

Hvert år arrangerer vi også foreldremøte der vi både presenterer innholdet i temaene og bilder fra kursene. Når ungdommene får kunnskap og blir bevisstgjort om disse temaene, er det viktig at foreldrene også har mulighet til å få tilgang på det samme, slik at gapet ikke vokser mellom dem.

Erfaringer og tilbakemeldinger fra ungdommer, ledere, foreldre og skoler viser at dette er en nyttig modell i integreringsarbeidet i Larvik kommune. Som to av ungdommene uttrykte det:

> ”*Kursene har hjulpet oss til å sette ord på følelser og opplevelser vi kjente inni oss, men som vi ikke visste hva var.”* (Albansk jente 18 år)
>
> ”*Vet du hva, mamma, for første gang vet jeg hvem jeg er – og det er så deilig*” (Kurdisk gutt 16 år)

Litteratur

Ali, M.R. (1997). *Den sure virkeligheten*. Oslo: Tiden.

Fuglerud, Ø. (ed.) (2004). *Andre bilder av ”de andre”: Transnasjonale liv i Norge*. Oslo: Pax.

Hussain, K. (1986). *Pakkis*. Oslo: Tiden.

Kumar, L. (1997). *Mulighetenes barn: Å vokse opp med to kulturer*. Oslo: Cappelen.

Langaard, K. (2002). *Psykososial hjelp til unge jenter i et flerkulturelt miljø. Et samarbeidsprosjekt mellom helsetjenesten ved Sogn videregående skole og Nic Waals Institutt.* Sluttrapport til Helse og Rehabilitering. Oslo: Nic Waals Institutt.

Odland, G. & Nesse, M. (2005). *Når tanker kan tenkes – kan bomber bli til brød. Gruppetilbud til tsjetsjenske elever i samarbeid med PPT-kontoret i Haugesund og Breidablik læringsenter.* Haugesund: Haugesund kommune, Pedagogisk psykologisk tjeneste.

Pihl, J. (2002). Teoretiske refleksjoner over konstruksjon av normalitet og avvik i den flerkulturelle skolen. *Linjer*, vol. 12, 31-37.

Pollock, D.C. & Van Reken, R.E. (2003). *Hvor er hjemme?: Med røtter i flere kulturer.* Oslo: Lunde.

Øia, T. (1993). *Mellom moské og McDonald's: Ung og innvandrer i Oslo*. Oslo: UNG-forsk.

12. Henvisning, utredning og behandling innen psykisk helsevern for barn og unge

Utredning av flyktningbarn

Barn er de mest sårbare flyktningene. De kan være direkte ofre for vold og andre typer overgrep eller være indirekte traumatisert ved å være vitne til eller høre om traumatisering av mennesker som er viktige for deres sikkerhet og omsorg. En trussel mot foreldrene er for barnet som en trussel mot det selv, siden det setter i fare den beskyttelse og trygghet barnet trenger for å utvikle seg. Studier viser at traumatiserte barn viser mer symptomer på posttraumatisk stress når foreldrene er truet som del av traumet. Den doble sårbarhet som barn og flyktning, med mulighet for å kunne bli traumatisert og å stå uten beskyttelse, gjør at det er stor risiko for at barnet utvikler ulike problemer når det forsøker å takle påkjenninger forbundet med oppbrudd, flukt og eksil. Birgit Lies avhandling fra 2003 om voksne bosniske flyktninger i Norge har betegnende nok tittelen: "The tripple burden of trauma, uprooting and settlement". For barn kan man kanskje tilføye en fjerde byrde som handler om bekymring knyttet til foreldrene eller omsorgspersonene.

Situasjonen som flyktningbarn uten foreldre eller andre nære omsorgspersoner er spesielt komplisert. Samtidig vet vi at en oppvekst med foreldre som strever med egne traumer også kan gjøre at barnet opplever situasjonen som ensom og ubeskyttet. Traumatiserte foreldre har i blant mer enn nok med sin egen overlevelse både fysisk og mentalt. For barnet medfører dette en dobbel oppgave. De skal ivareta seg selv uten den vanlige støtte av foreldrene og samtidig hjelpe foreldrene i deres tilpasning. Dette er en gedigen oppgave for et barn!

Helsemessige faktorer er av stor betydning for barnets tilpasning i en ny livssituasjon. Hendelser og faktorer før og under flukt innebærer ofte helserisiko. Flyktningbarn har blant annet økt sårbarhet for ulike sykdommer som de kan ha gjennomlevd før de kom til

Norge. Infeksjonssykdommer og fysiske traumer, som hodeskader, kan resultere i hjerneskader. Under- og feilernæring kan føre til utviklingsforstyrrelser og mentale helseproblemer, noe som reduserer barnets evne til å takle nye situasjoner. Vekst- og utviklingsforsinkelser sees ofte hos førskolebarn, som feilaktig kan bli vurdert som psykisk utviklingshemmede når de vurderes av førskolelærere i det nye landet.

Når vi skal vurdere et barns tilpasning til en ny kultur er det nødvendig å ha et tydelig perspektiv på både *tid* og *utvikling*. Barnets alder ved oppbrudd fra sitt hjemland er viktig for vurdering av utviklingsoppgaver på de ulike alderstrinn. Traumer og flukt, sykdom, tap av mennesker de er glad i og avhengige av, tap av språk og kultur/tradisjoner representerer forstyrrelser i utviklingsprosessen. Mange barn tilbringer år av sine liv på flukt, mens de reiser fra ett land til et annet. Samtidig går viktig tid, tid som skulle vært brukt til utvikling og kreativitet innen trygge rammer. Barnet utvikler seg uansett, men det ekstra stress som de utsettes for under flukten gjør at barnet er i høy risiko for å utvikle mistilpasning og mentale helseproblemer, noe som eventuelt kan komme til syne senere i livet. De mer ekstreme konsekvenser av disse påkjenningene kan innebære alvorlige skader mht barnets personlighetsutvikling og for eksempel medføre at barnet settes tilbake utviklingsmessig ved at det mister språkferdigheter eller lignende.

Problemer som oppstår ved at foreldre og barn tilpasser seg en ny kultur med ulik fart kan også medvirke til å sette barnets utviklingsprosess i fare. Den frihet foreldrene søkte representerer nå et problem, for de vet ikke hvordan de skal forholde seg til en frihet de ikke kjenner. De ønsker at barna skal tilpasse seg den nye kulturen, men kan ikke de nye kodene selv og vet ikke hvordan de skal hjelpe barna sine med dette. Barna møter fra foreldrene motsetningsfulle budskap om å tilpasse seg det nye landet og å holde på sin opprinnelseskultur, men det er vanskelig for foreldrene å vite hvordan de skal hjelpe barna med dette. Igjen blir barna stående i en ensom posisjon – i forhandlinger med den nye kulturen og de nye forventningene. Muligheten for parentifisering av barnet, at det påtar seg en foreldrerolle eller en rolle som er for voksen i forhold til alder, er derfor et viktig moment å ha med seg i vurderingen av flyktningbarn og ungdom.

To dilemmaer

Henvisning, utredning og behandling av flyktningbarn og ungdom med psykiske vansker innebærer to viktige dilemmaer. Det ene dreier seg om hvilket tilbud barna skal ha. Det andre dreier seg om forståelsen av kulturelle faktorer i de problemer som har oppstått.

På den ene siden skal flyktningbarn ha samme tilbud om utredning og behandling som norske barn. Det er i all hovedsak ikke avgjørende om barnet er født i Norge eller ikke,

hvilken kulturell bakgrunn barnet har, for god barnepsykiatrisk utredning og hjelp innebærer et helhetsperspektiv på barnets situasjon.

På den annen side må barnas spesielle livssituasjon tas i betraktning. De er spesielt utsatte og må prioriteres for hjelp, selv om det kan være mer komplisert å forstå deres symptomer og ulike problemer. Det kreves med andre ord en bevisst åpenhet for å se alle faktorer som påvirker et flyktningbarns utvikling og eventuelle problemer. Det er følgelig to fallgruver i arbeid med flyktningbarn:

1. å behandle barna som andre norske barn
2. å behandle barna som annerledes enn norske barn.

Man må ha begge perspektiv i hodet samtidig. De skal ha samme tilbud som norske barn, men trenger ”noe mer;” en utvidet forståelse, innsikt og tilrettelegging er nødvendig.

Det andre dilemmaet dreier seg om forståelsen av kultur i forhold til barnas problemer. De kulturelle faktorene kan bli forklaringen på alt barnet strever med, uten at man gjør en adekvat utredning av andre viktige faktorer. I vår opptatthet av å gi barna et likeverdig tilbud kan vi imidlertid komme til å overse viktige kulturelle aspekter ved symptomutforming og familiens respons på våre forslag til tiltak. Barnets kulturelle bakgrunn kan med andre ord komme til å forklare alt – eller ingen ting.

Disse to hensynene er altså nødvendige i barne- og ungdomspsykiatrisk arbeid med flyktningbarn:

- De skal ha det samme tilbudet som norske barn, men likevel noe mer,
- Kulturens rolle er viktig, men sjelden den eneste forklaring på det barnet strever med.

Organisering av psykologisk/psykiatriske helsetjenester for barn – barne- og ungdomspsykiatriens (BUPs) rolle og ansvar

Helsetjenester for barn organiseres på to nivåer. Førstelinjetjenesten er, som ordet antyder, det første nivået for helsehjelp og består av allmennpraktiserende leger/fastleger og helsestasjoner med helsesøstere. Barn med ulike psykiske vansker (problemer knyttet til tanker, følelser og atferd) vil i blant ha kontakt med barneverntjenesten eller PPT, som også er organisert som en del av førstelinjetjenesten. Andrelinjetjenesten, også kalt spesialisthelsetjenesten, består av poliklinikker, der barn og familier kan få timeavtaler/konsultasjoner, og sykehusavdelinger; som barneavdelinger og barne- og ungdomspsykiatriske sengeposter/avdelinger for innleggelse. BUP er en del av

spesialisthelsetjenesten, selv om det er noen lokale forskjeller i hvordan tjenesten er organisert i de ulike kommuner og fylker. Arbeidet i BUP omfatter utredning, diagnostikk og behandling samt forebygging og rehabilitering av psykiske lidelser hos barn og unge i alderen 0 – 18 år. Arbeidet skjer i tett samarbeid med henvisende instanser.

Barne- og ungdomspsykiatri bygger på forståelse både av barnets utvikling generelt og av årsakssammenhenger ved utvikling av psykiske vansker. En integrert forståelse av psykologiske, biologiske, sosiale og kulturelle forhold står sentralt i dette. Forebygging vil først og fremst være aktuelt i forhold til barn i utsatte livssituasjoner, som ved omsorgssvikt, mishandling og overgrep, og i forbindelse med påkjenninger i krise- eller katastrofesituasjoner. Flyktningbarn er en gruppe barn med en utsatt livssituasjon og vil derfor komme i betraktning både i kurativ og forebyggende sammenheng.

Henvisning til BUP

Henvisning til BUP kan gjøres av lege, psykolog eller av barneverntjenesten. Ofte skjer det som et samarbeid mellom de instanser som ønsker et barn henvist for videre utredning og behandling. Det er både viktig og ofte nødvendig at utredning og behandling skjer i samarbeid med de andre instansene som kjenner barnet, for eksempel barnehage og skole, PPT, barnevern, lege og helsesøster/barneavdelinger. Flyktningbarn kan ha generelle helseproblemer og det vil derfor være viktig at fastlegen eller lege på mottaket har undersøkt barnet i forbindelse med henvisningen.

Det er dessverre fortsatt en betydelig underdekning av barne- og ungdomspsykiatriske tjenester i Norge, og man ser store geografiske forskjeller. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2000) har som formål å bedre dette. Det tar imidlertid tid å bygge opp et tjenestetilbud med det nødvendige antall spesialister. Den faktiske underkapasitet nødvendiggjør en tydelig prioritering av de barna som henvises med problemer, siden bare de med de mest alvorlige tilstandene kan få hjelp. BUPs muligheter til å møte barn med forebyggende tilbud er derfor ofte svært begrenset og avhengig av hvor i landet barnet bor.

Henvisningen bør inneholde så fullstendige opplysninger som mulig slik at BUP skal kunne foreta en riktig prioritering. Dette dreier seg særlig om faktorer som til sammen kan gi et bilde av barnet som muliggjør vurdering av behovet for utredning og en eventuell behandling. Et kartleggingsverktøy som kalles ”Firfotmodellen” tas i økende grad i bruk. Modellens fire føtter (SUPO) er følgende:

1. fot: S for Symptomer. Hvilke(t) symptomer har barnet som i utgangspunktet gjør at vi er bekymret? Når oppsto de? Varighet? I hvor stor grad påvirker de barnets daglige liv og gjøremål? Viser symptomene seg på en eller flere ”arenaer”? (Skole/barnehage, hjemme, fritid). Varselsymptomer – vær særlig på vakt hvis ett eller flere av følgende foreligger: Alvorlige konsentrasjonsvansker, gjennomgående hyperaktivitet/uro, oppmerksomhetssøkende atferd, dårlig forhold til jevnaldrende generelt, uttalt tristhet/tilbaketrekning, mistanke om psykose, mistanke om rus. Flyktningbarn som lever i en usikker situasjon kan vise flere av varselsymptomene, som derfor må vurderes i lys av barnets totale livssituasjon. Varselsymptom hos flyktningbarn kan også være repetitiv lek med traumeinnhold, uten at leken synes å bringe løsning på problemet, eventuelt en manglende evne til lek.

2. fot: U for Utvikling. Har barnet utviklet seg normalt, er det forsinket utvikling eller er det tvil? Utvikling i forhold til følgende vurderes: Motorikk, språk, sosiale evner, lek, kognitive ferdigheter/skoleprestasjoner, utviklingsnivå nå. Tidligere forsinkelser som er tatt igjen? Flyktningbarn har ofte vært på flukt under større eller mindre deler av sitt liv. Hvordan har det kunnet påvirke barnets utvikling? Faktorer forut for flukt? Alvorlige sykdommer som kan ha påvirket utviklingen?

3. fot: P for Personlighet. Hvordan vil du beskrive barnet? Tre faktorer er viktig:

Kontaktevne (relasjon til voksne og andre barn/unge, vennskap over tid?), selvbilde, problemløsningsevne (evnen til å uttrykke sorg og glede, bearbeide opplevelser i lek eller sammen med andre, lek – stereotyp eller variert, eventuelt fiksert til et tema. Kan barnet fortelle om det som er vanskelig?)

4. fot: O for Oppvekstmiljø.

Hjem og familiesituasjon – Hvem bor barnet sammen med, viktige hendelser i familien (brudd eller tap, flukt, traumatisering)? Foreldre og søskens helse? Sosiale forhold? Bor barnet på et asylmottak, er det en enslig mindreårig flyktning som bor i kollektiv? Skole/barnehage – trivsel, forhold til jevnaldrende, mistanke om mobbing, plager barnet andre? Hvis ikke barnet går på skole, hvordan ser hverdagen ut? Fritid – omgang med jevnaldrende, viktige andre, fritidsaktiviteter og hobbyer. Barn på mottak er i en spesiell situasjon, hva gjør barn på mottak når de ikke er i barnehage/skole? I hvor stor grad er de sammen med voksne og involveres i de voksnes verden, problemer og konflikter? Mulighet til adekvat sysselsetting?

Opplysninger om disse fire faktorer til sammen vil kunne beskrive barnet slik at BUP vil kunne gjøre nødvendige prioriteringer ved inntak. En gjennomgang av SUPO vil også

kunne klargjøre for henviser hvor sammensatt barnets situasjon er. Barn og ungdom med alvorlige psykiske lidelser eller vansker har høyeste prioritet ved inntak, og jo yngre barnet er, jo viktigere er det å komme inn tidlig med tiltak.

Hvilke barn bør henvises?

Bruk av kartleggingsverktøy som ”Firfotmodellen” vil kunne klargjøre for instanser som har kontakt med flyktningbarn man er bekymret for om det er behov for videre henvisning til BUP.

Undersøkelser viser at flyktningbarn henvises i mindre utstrekning enn det man kunne forvente ut fra antallet i befolkningen. Man snakker iblant om de tre filtre som er mellom flyktningbarnets psykiske vansker/lidelser og henvisning til den psykiatriske spesialisthelsetjenesten. Det første filteret er ”sykdomsatferd” – forståelse av symptomer og sykdom vil påvirkes av omgivelsenes oppfatning, tilgang til behandlere fra egen kulturelle gruppe, familiestruktur og tilgang på helsetjenester. Det andre filteret er primærhelsetjenestens forståelse av problemet, noe som igjen avhenger av barnets/familiens forklaring av symptomene. Ofte vil dette være å understreke det somatiske mer enn det psykologiske, noe som kan gi fortolkningsproblemer. Det tredje filteret, som dreier seg om henvisning til psykiatrien, vil være påvirket av familiens holdning overfor psykiske vansker/lidelser og behandling.

Henvisning av flyktningbarn preges ofte av henviserens antakelser om kulturelle faktorer, diskriminering eller opplevde traumer som bakgrunn for barnets problemer. Diagnosen PTSD gis iblant ut fra opplysninger om at barnet har flyktningbakgrunn, uten at denne kartlegges nærmere. Det synes som om informasjon om at barn og familier kan retraumatiseres ved uklok utspørring om flukt og traumebakgrunn kan føre til handlingslammelse mht avklaring av slike forhold. Barns sårbarhet og deres resiliens må imidlertid sees i sammenheng. En kartlegging av faktiske forhold vil kunne fungere utviklingsstøttende ved å bidra til å hjelpe det enkelte barn i prosessen med å forholde seg til og eventuelt etter hvert kunne integrere det som har skjedd.

Ser man på diagnoser for flyktningbarn henvist til BUP viser det seg at flyktningbarn representerer hele spekteret av psykiske vansker og barne- og ungdomspsykiatriske lidelser, i tillegg til påkjenninger og traumer i forbindelse med flukt og eksil.

Generelt bør det være samme vurdering av flyktningbarns behov for henvisning til BUP som for norske barn. Erfaring viser imidlertid at terskelen for henvisning av flyktningbarn er høyere enn for norske barn. Dette har flere årsaker.

- Mange flyktningbarn og familier kommer fra en kulturell bakgrunn der det knapt finnes noe offentlig tilbud til voksne med psykiske vansker, langt mindre til barn. Hva representerer vårt psykiatritilbud for disse menneskene? Psykiske lidelser kan være stigmatiserende og et utrednings- og behandlingstilbud i psykiatrien vil for enkelte kunne medføre utstøtelse av deres egen kulturelle gruppe. Dette kan medvirke til vansker med å få foreldrene med på henvisning av sine barn. Valg av arena for vårt tilbud blir derfor avgjørende for mange (se under).
- Videre kan man tenke at barnets problemer er forståelige ut fra deres konkrete livssituasjon. Ikke sjelden blir barn med hjerneorganiske vansker som autisme eller spesifikke språkvansker gående uten tilbud om hjelp fordi årsakene til problemene misforståes. ”Det er ikke rart at han snakker så dårlig, han som ikke har vært i Norge så lenge,” tenker mange.
- Dessverre hender det også at barn i asylmottak avvises fra hjelpeapparatet, som finner det vanskelig å tilby behandling i en så usikker livssituasjon som på asylmottak. Det er usikkert hvor lenge barnet og familien blir boende der og igangsettelse av langvarige tilbud er i mange tilfeller kontraindisert. Det er viktig at BUP har et differensiert tilbud til flyktningbarn, og ofte vil en samtale med familie og mottakspersonell kunne avklare problematikken og føre til konkrete tiltak som vil kunne avhjelpe situasjonen for barnet og de nærmeste. Vegring for å gå inn i langvarige, kompliserte behandlingstilbud til flyktningbarn er ofte velbegrunnet, men det må ikke føre til en vegring for avklaring av problemet og eventuell rådgiving til de som ser barnet og dets problemer, heller ikke til at man unnlater å gjøre en mer kortvarig innsats for barnet.

Psykologspesialist Nomfundo Walaza, som er leder av Traumesenteret i Cape Town i Sør-Afrika, pleier å si at i arbeid med flyktninger og mennesker i krise må hver time legges opp med tanke på at det kanskje er den siste gangen vi ser familien og/eller barnet. Dette er en god huskeregel i forhold til hva en konsultasjon skal inneholde. Hvert møte med familien må avsluttes på en måte som gir barnet og familien noe å gå videre med, uansett om de kommer tilbake til oss eller ikke.

Selv om mange flyktningbarn har vært utsatt for traumatiske hendelser betyr ikke det at de nødvendigvis er traumatiserte og trenger et tilbud i BUP. Det er imidlertid noen problemstillinger som bør føre til vurderinger av om henvisning vil kunne være nødvendig.

Flyktningbarn som bør vurderes henvist til BUP*:*

- Barn som har opplevd tap, atskillelser, forfølgelse og trusler.
- Barn med personlige opplevelser av vold og som har mistet nære slektninger på grunn av vold, siden disse har økt risiko for psykiske vansker.
- Barn som viser tegn til å være traumatiserte; barn som ikke leker eller som viser repetitiv lek med innhold som handler om opplevde traumer, barn som sover dårlig på grunn av mareritt.
- Barn med kompliserte tilstandsbilder, der emosjonelle/atferdsmessige vansker sees sammen med somatiske tilstander, som infeksjonssykdommer (for eksempel malaria, Hepatitt, HIV-AIDS, mageinfeksjoner), mistanke om hjerneskader på grunn av under- og feilernæring. Nevrologisk og annen fysisk skade forårsaket av deprivasjon, sykdom og skade etter kuler, granater og landminer må avklares. Slike skader er en integrert del av tvungen migrasjon og flytting, forfølgelse og flukt, men kommer kanskje ikke til syne før flere år senere.
- Barn som er uttalt engstelige og deprimerte, som har stoppet opp i sin utvikling og har problemer i forhold til sitt dagligliv, i barnehage/skole, i forhold til familie og fritid.
- Barn med uklare tilstandsbilder der et helhetsperspektiv er nødvendig for å forstå hva barnet strever med.
- Enslige mindreårige flyktninger er i risikosonen for utvikling av psykiske vansker, vær obs ved tegn på mistilpasning, tilbaketrekning eller atferdsforstyrrelser.
- Barn/ungdom som får problemer på grunn av store familiekonflikter. Dette handler ofte om den ulike posisjon som barn og foreldre inntar i forhold til de nye kulturelle omgivelsene. Her er det viktig å tenke helhetlig. Gjennom psyko-edukasjon og psykologisk støtte til hele familien, kan man skape forståelse for prosessen som familien er i og den ulike takt som preger generasjonene. Den samme forståelse er det viktig å overføre til barnevernsinstitusjoner og andre som forholder seg til flyktningfamilier. Ved å fokusere på ”de vanskelige foreldrene” vil man undergrave foreldrenes kraft, noe som igjen vil virke forstyrrende på ungdommenes identitetsutvikling.

Forebyggende arbeid

BUP kan arbeide forebyggende med barn direkte, eller gjennom konsultasjon og veiledning til andre som jobber med barna. Eksempel på utadrettet forebyggende arbeid som BUP kan delta i er hjemmebesøk til familier i tidlig fase etter bosetting og senere. Dette gir mulighet til informasjon og tillitbygging. Samtalegrupper for enslige mindreårige flyktninger (se eksempel i kapittel 14), barnegrupper i samarbeid med førstelinjetjenesten, foreldreveiledning til barn i gruppe eller deltakelse i ansvarsgrupper for barn i behandling, er andre mulige tiltak. Flyktningfaglig undervisning til førstelinjen og skoler samt andre relevante institusjoner, og deltakelse i tverrfaglige samarbeidsmøter der flyktningbarn/familier er involvert er forebyggende tiltak som vil kunne være av stor betydning. Foreldreveiledning og informasjon om normale reaksjoner i vanskelige livssituasjoner, kriser og traumer, kan bety mye for tilrettelegging av livssituasjonen for mange flyktningbarn og kan også forebygge mer uttalte problemer. Her ville man være tjent med mer kreativitet i å tenke felles ansvar og tilrettelegging for barnefamilier. Det er ikke lett å komme som flyktningforeldre til Norge og skulle lære de sosiale kodene som er nødvendige for være gode foreldre i det norske samfunnet. Medias framstilling av foreldres situasjon og barneoppdragelse er ofte foreldrenes eneste informasjon, og vi vet at dette er utilstrekkelig. Hvordan hjelpe foreldrene til å forstå de muntlige kodene som er så stor del av vanlig barneoppdragelse? Hvordan øke deres forståelse for barn i krise? Dette må også sees sammen med foreldrenes behov for hjelp til forståelse av sin egen situasjon og er et stort tema.

Det første møte med det henviste flyktningbarnet/familien og valg av arena

Hvordan kan man gjøre barnepsykiatri forståelig for barn og familier som ikke har noe forhold til barnepsykiatri, og som kan se det å få hjelp med følelsesmessige vansker som et nederlag?

Allerede på henvisningstidspunktet kan det være hensiktsmessig å vurdere valg av arena for utredning og eventuelt behandling. Av erfaring vet vi at mange flyktningfamilier vegrer seg for kontakt med den psykiatriske helsetjenesten/BUP. Kan utredningen like gjerne finne sted et annet sted? I samarbeid med fastlege/helsesøster/lærer kan man bli enige om at utredning og behandling av barnet kanskje bør finne sted på legekontoret, på helsestasjonen eller på et rom på skolen der barnet går. Det avgjørende er hvor barnet/familien allerede er kjent og føler seg trygg. Erfaringsmessig kan utredning og behandling med stor grad av hensiktsmessighet finne sted alle disse steder. Familiens

trygghet og mulighet for å inngå i et samarbeid via en for dem allerede kjent person må være avgjørende ved vurdering av arena.

I sitt arbeid anbefaler Sveaass og Reichelt (2001) at den første kontakten med den henviste pasient finner sted med henviser til stede. Slik kan man sikre at henviserens forståelse av problemet og ønsker for utredning er avklart med den henviste familien. ”Bestillingen” må klargjøres. I blant vil den som henviser være bekymret for aspekter ved barnets liv, uten at dette er klart formidlet til familien selv. BUP-arbeideren vil kunne ha store problemer med å kartlegge et problem som familien kanskje stiller seg uforstående til. Åpen og klar kommunikasjon er spesielt viktig i disse sakene. Foreldrene er vår viktigste innfallsvinkel til utredningen og til kontakten med barnet. Å etablere et grunnlag for samarbeid med dem er derfor helt avgjørende for et godt resultat.

Noen spørsmålsstillinger er nødvendige i kontaktetableringen og ved oppstart av en sak:

Hvem sitt problem er det? – skolens? – barnets? – foreldrenes? – naboenes?

Hva tror familien selv at problemet handler om?

Hva kaller de problemet?

Hvordan er deres egen problemforståelse?

Hva ønsker de hjelp med?

Hva tenker de om henvisningen til BUP?

Hva ville de ha gjort om de var i hjemlandet?

Hva slags gode ritualer kan gjenskapes her?

Hvilken type hjelp/behandling har de allerede prøvd?

Alternative behandlere/religiøse ledere, eventuelt andre, eventuelt samarbeid?

Dette er egentlig ikke annerledes enn det vi gjør med norske familier, men det må gjøres enda tydeligere når vi ikke kan gå ut fra en felles forståelsesramme for BUPs arbeid. Birgit Lie ved Psykososialt Team Sør utrykte det en gang slik: ”Arbeid med flyktninger setter lupen på vår kliniske praksis.”

I den første samtalen er det også viktig å fortelle noe om hvordan vi jobber i BUP, hvilke mennesker familien vil møte, hva utredningen vil innebære. Vi må ”løpe langsomt” så vi ikke mister familiene underveis! Taushetsplikt er også et ukjent begrep for mange. Det er derfor viktig å forklare hva dette betyr.

Utredning av flyktningbarn

I utredning av barn generelt og av flyktningbarn spesielt er det viktig å forholde seg til en helhetsforståelse av barnets situasjon og psykiske vansker; det bio-psyko-sosio-kulturelle perspektiv. Problematikken er ofte sammensatt og en kombinasjon av følgende faktorer:

- *biologiske faktorer* (genetikk, medfødt sårbarhet, medfødte lidelser, fysiske skader i forbindelse med svangerskap, fødsel og senere; for eksempel hjerneskader, somatiske sykdommer med konsekvenser for barns utvikling, under- og feilernæring, infeksjonssykdommer, utviklingsforsinkelser/forstyrrelser med mer)
- *psykiske faktorer* (tilknytningsvansker, emosjonelle vansker, forholdet til nære personer, sårbarhet, selvbilde, selvtillit, mestringsstrategier, traumer, stress, påkjenninger, eksistensielle forhold, trygghet)
- *sosiale faktorer* (som ytre livssituasjon, boligforhold, økonomisk status, familieforhold, nettverk med familie og venner, sosial støtte, barnehage/skole/arbeidssituasjon, traumatiske opplevelser, flyktningstatus, oppholdslengde i Norge, flyttinger/oppbrudd før/i Norge)
- *kulturelle faktorer* (barnet/familiens kulturelle bakgrunn, språk, etnisk og religiøs bakgrunn, kontakt med egen kulturelle gruppe, hvordan uttrykkes og forstås symptomene i kulturell kontekst, opplevd diskriminering og rasisme). Kulturelle faktorer vil påvirke forståelsen av de andre tre faktorene.

På bakgrunn av den henviste problemstilling/symptomer planlegges utredningen av barnet. Den består ofte av flere elementer. En utdypende anamnese (eller sykehistorie) er ryggraden i enhver barnepsykiatrisk utredning. Anamnesen gir oss et helhetlig bilde og følgelig en mulig forståelse av barnets problemer. På bakgrunn av anamnesen planlegges den videre utredning og det utarbeides forslag til adekvate hjelpetiltak.

Det finnes mange oppskrifter på hva en god anamnese skal inneholde, og ofte har den enkelte BUP sin egen mal. Det bio-psyko-sosio-kulturelle perspektiv skal kartlegges, og det innebærer at man innhenter informasjon om følgende faktorer i tillegg til det som kommer inn under SUPO (se over):

- Tilknytningspersoner, bosituasjon og barnehage/skoletilbud nå og tidligere.
- For flyktningbarn er det også viktig å få klarhet i familiens asylstatus, kulturelle bakgrunn, språk, religion, foreldrenes utdanningsbakgrunn, arbeidssituasjon og ressurser. Mange journaler er beklagelig tynne når det gjelder denne type informasjon.

- Barnets tidlige utvikling, inklusiv svangerskap, fødsel og nyfødt/spedbarnsperioden.
- Senere utvikling: motorisk, språk/tale, kontakt, samspill, lek, fungering i barnehage, skole og fritid, eventuelle hjelpebehov.
- Helseforhold: anamnese i forhold til fysisk og psykisk sykdom i familien, barnets egen helsetilstand inklusive sykdommer og skader, helsestasjonskontroller, vaksinasjonsforhold, ernæringsforhold, kontakt med barneavdelinger og annet.
- Alvorlige opplevelser og traumatiske opplevelser; som flyttinger, sykdom og dødsfall, vold, ulykker, seksuelle overgrep, krigshandlinger, eventuelle traumatiske opplevelser hos foreldrene
- Barnets sterke sider, ressurser og mestringsstrategier.
- Det henviste problem, familiens forståelse av problemet og forsøk på å finne løsninger, kontakt med hjelpeapparatet. Kontakt med alternative behandlere?

Siden oppvekstsituasjonen kan ha vært omskiftelig, kan det erfaringsmessig være vanskelig å få kartlagt enkelte av disse faktorene tilfredsstillende.

Barn ”snakker” i et atferdsspråk, og det er vår oppgave å fortolke og forstå hva barnets atferd er uttrykk for. Dette gjør utredning og behandling av barn til en annerledes utfordring enn utredning og behandling av voksne, som oftere har sin egen oppfatning av bakgrunnen for sine problemer. Fortolkning av barns historier og atferd, når barn har en annen kulturell bakgrunn, kan by på spesielle utfordringer. Et barn fortalte hvordan familien ble plaget av apekatter inne i huset – hvordan forstår jeg hvor plagsomt det var?

Individuell utredning av barn kan, avhengig av barnets alder og modenhetsgrad, omfatte lekeobservasjon, samtaler og intervju, som for eksempel det strukturerte diagnostiske intervjuet Kiddie-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6-18 years)).

Videre kan utredningen omfatte et utvalg av spesielle undersøkelser og tester, som sammen med en løpende dialog med familien om deres ønsker og muligheter, danner grunnlaget for diagnostikk og forslag til behandling. For utdypende informasjon henvises det til Lærebok i barnepsykiatri (se litteraturlisten).

Tverrfaglighet i utredningen

En god barnepsykiatrisk/psykologisk utredning benytter seg av tverrfaglighetens muligheter. Det barnepsykiatriske team består tradisjonelt av flere faggrupper; med lege, psykolog, klinisk pedagog og klinisk sosionom. Ikke alle faggruppene er involvert i alle saker, men muligheten til å diskutere saker er tilstede og kan utnyttes til fordel for barnet. Siden flyktningbarn ofte har så vel fysiske som psykiske helseproblemer, er den somatiske legeundersøkelsen spesielt viktig for mange. Medisinske tilstandsbilder må ofte behandles i samarbeid med barneleger, ved et samarbeid mellom barneavdelinger/poliklinikker. Hvis det ikke er tilstrekkelig legedekning ved BUP, vil et tett samarbeid med fastlegen kunne sikre ivaretakelse av somatiske forhold.

Den barnepsykiatriske somatiske undersøkelsen finner sted etter at det er tatt en anamnese. Hvis det ikke er legen som har tatt opp anamnese, vil denne ha behov for utdyping av forhold knyttet til barnets utvikling og helse for øvrig. Undersøkelsen består av en generell somatisk undersøkelse av de ulike organsystemer, lik den som gjøres hos en allmennpraktiserende lege /fastlegen. I tillegg kommer en nevrologisk /nevromotorisk undersøkelse, som er mer eller mindre omfattende – avhengig av den aktuelle problemstilling. Den barnepsykiatriske undersøkelsen inkluderer imidlertid også en vurdering av barnets psykiske helse og av samspill med den eller de omsorgspersoner som er til stede under undersøkelsen.

De eldste barna vil nok undersøkes uten tilstedeværelse av omsorgspersoner, men da erstatter andre deler av utredningen denne vurderingen. I utredning av barnet får legen følgelig mulighet til å undersøke faktorer som går langt utover de fysiske forhold. Dette kan dreie seg om barnets språklige nivå og forståelse (med eller uten tolk), barnets evne til samarbeid, trygghet eller engstelse, hvordan barnet forholder seg til omsorgspersonen(e) og andre forhold. Konklusjonen vil være en vurdering av somatiske inkludert nevrologiske/ nevromotoriske forhold, psykiske forhold og samspill med omsorgspersonen.

Legeundersøkelsen er det elementet i utredningen som ofte er mer kjent og mindre skremmende for familien. En avklaring av de somatiske forhold vil ofte kunne åpne opp for en samtale om andre faktorer som kan forklare barnets problemer. I motsetning til hva mange tenker vil en legeundersøkelse derfor kunne motvirke en uhensiktsmessig opptatthet av kroppslige fenomener. Samtidig må man være oppmerksom på de kulturelle kroppslige uttrykksformer, som ikke nødvendigvis må forståes som ”somatisering” i betydningen opptatthet av kropp på bekostning av følelser. Det vil ofte være aktuelt å samarbeide med barnets fastlege for ivaretakelse og oppfølging av helsemessige

problemer etter avsluttet kontakt med BUP. Samarbeid med barnemedisin og habilitering kan være avgjørende i et helhetlig tilbud til barnet.

En viktig utfordring i barne- og ungdomspsykiatrien er imidlertid å kunne fokusere også på barnets sterke sider, å se etter salutogene (helsefremmende) faktorer som skaper mestring. ”Hva er du god til” er derfor et like viktig spørsmål som ”Hvilke problemer har du?” (se mer om dette i den tidligere omtalte læreboken.)

Diagnostikk

Konklusjonen på den barnepsykiatriske utredningen kan gis som en (eller flere) diagnose(r), som danner utgangspunkt for de tiltak og den behandling man finner nødvendig. Diagnosen settes i henhold til WHO’s diagnosesystem ICD-10 og er i hovedsak deskriptiv. Dette betyr at diagnosen settes på bakgrunn av en beskrivelse av tilstedeværelse av visse symptomer samt varighet av problemene. Diagnosen er ingen ”livstidsdom”, men en beskrivelse av problemene på utredningstidspunktet og kan senere endres eller fjernes. Diagnosens funksjon er å gi retningslinjer for behandling og fungere som kommunikasjon mellom fagfolk. Det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV har en tilleggsskala for vurdering av kulturelle faktorer som kan være nyttig å kjenne til ved diagnostiske vurderinger av barn fra ikke-norsk bakgrunn.

Formidling av diagnose/forståelse av problemet

En god formidling til barnet/familien om vår diagnostiske vurdering og forståelse av problemet er viktig. Forut for dette bør man få tak i familiens egen forståelse av problemet, hvilke ord de vil bruke på det, hvordan tilsvarende situasjoner beskrives i deres hjemland. Familiens utdannelsesbakgrunn vil kunne være av stor betydning. I norsk helsevesen er det vanlig at legen forklarer pasienten om sykdommen eller lidelsen og gir behandlingsalternativer som pasienten skal velge blant. Dette kan gjøres fordi befolkningen generelt har basiskunnskaper som muliggjør slike valg. For mange flyktningfamilier vil ikke dette fungere og man må gi mer konkret informasjon. Diagnosen må forklares ekstra godt og med best mulig forståelse for den aktuelle kulturelle bakgrunn. Det er varierende kunnskap om psykiske lidelser, det kan som nevnt være tabubelagt, det kan knytte seg redsel til diagnosen – også ut fra tidligere erfaring med psykiske lidelser i hjemlandet og behandling av disse. Ikke sjelden omtales mennesker med psykiske problemer som ”gale” og ekskluderes av samfunnet. En alternativ beskrivelse av problemet parallelt med en ICD-10-diagnose vil kunne være en løsning.

Behandling

Barnepsykiatrisk behandling dekker et stort spekter av tiltak som for en stor del er beskrevet andre steder i denne veilederen, for eksempel råd og veiledning av familie og samarbeidsinstanser, samtaler med barnet og / eller familien, individuell terapi, familie/gruppeterapi, medikamentell behandling. Iblant er det nødvendig å anbefale innleggelse i dag/døgnavsnitt/ungdomspsykiatrisk avdeling eller familieavdeling. Barnets alder vil ofte være av betydning for valg av behandlingsmåte.

BUP blir i blant kritisert for å utrede for mye på bekostning av behandling. Det er imidlertid mye bra behandling i en god utredning. En kartlegging av barnet med utgangspunkt i de bio-psyko-sosio-kulturelle perspektivene gir samtidig åpning for behandlingsforslag og løsninger av mange slag, fra ytre tiltak iverksatt av andre, som en støttekontakt eller et avlastningshjem, til mer individuelt pregede terapiformer. Ofte vil det være av betydning å kunne forklare omsorgspersonene at barnets problemer har sammenheng med de utfordringer barnet selv eller hele familien har opplevd, med råd om ivaretakelse av barnet i familiens ramme. Andre ganger må stor kløkt utøves ved anbefaling av medikamentell behandling av et barn, hvis foreldrene fastholder at ”slik er ALLE barn der vi kommer fra”.

Noen utfordringer man kan møte ved utredning og behandling:

- Kulturelle uttrykksformer for stress kan være annerledes enn det vi kjenner fra egen kultur.
- Vurdering av barn i familier der foreldrene er traumatisert, siden foreldrenes traumatisering kan få følger for deres mulighet til å gi barna nødvendig hjelp og støtte
- Barn av traumatiserte voksne, når det er ukjent hvorvidt barnet selv er traumatisert
- Barns lidelser ”brukt” i asylsøknad. Er barnets problemer ”påført” av de voksne i et desperat forsøk på å få innvilget asyl?
- Barn som oppgir som foreldre voksne som vi etter hvert forstår er ”fremmede”.
- Problemstillinger knyttet til omskjæring av jenter.
- Vurdering av barns omsorgssituasjon: Hva er ”godt nok”? Dette skjer i samarbeid med barneverntjenesten, men BUP utfordres i blant til å bidra med sin vurdering.

- Barn med devitaliseringssyndrom, flyktningbarn som har sluttet å leve, de bare eksisterer, må mates, stelles. Særlig har svenske barnepsykiatere/-psykologer rapportert om tilfeller av flyktningbarn som har flyktet fra seg selv eller inn i seg selv.

Bruk av ”culture-broker” i utredning og behandling

Begrepet ”culture-broker” har ennå ingen god norsk oversettelse. Det engelske ordet ”broker” betyr megler eller å formidle, og derfor er ”kulturformidler” kanskje det nærmeste vi kommer. Deltakelse av en kulturformidler i utredning og behandling er på vei inn i transkulturelt psykiatrisk arbeid. Kulturformidleren kan være som en deltaker i teamet rundt barnet og familien, og kan være den som kan formidle den kulturelle forståelse av familiens situasjon og opplevelse. Kulturformidleren vil kunne hjelpe BUP til å forstå hva symptomet/problemet betyr med utgangspunkt i barnets/familiens kulturelle bakgrunn. Tolkens oppgave er å oversette det som sies, men en del tolker brukes også som kulturformidlere. Rollen som formidler burde i så fall tydeliggjøres. Vi opplever iblant at familier vegrer seg når det blir spørsmål om bruk av tolk. Miljøene er små og taushetsplikt er ofte et ukjent begrep. Vi som behandlere trenger ofte tolken for vår egen del, for å få formidlet hva vi har funnet ved utredningen, hva vi foreslår av tiltak. Kulturformidleren kunne være en person som hjelper det tverrfaglige teamet til å forstå familiens utgangspunkt, kanskje uten selv å være i direkte kontakt med den familien det gjelder. Miljøets gjennomsiktighet og mulighetene for å bevare konfidensialitet er avgjørende for hvordan dette kan praktiseres.

Anbefalt lesning: romanen ”The Spirit Catches You and You Fall Down. A Hmong Child, her American Doctors and the Collision of two Cultures” (se litteraturlisten).

Avsluttende kommentarer

Ting tar tid, og iblant tar det ekstra lang tid når vi skal gå inn i et samarbeid med en familie som er svært annerledes enn den familien vi selv er oppvokst i. Det tar tid å oppnå gjensidig forståelse som bakgrunn for kartlegging av problemer og formidling av forslag om tiltak som familien i utgangspunktet kan ha vanskeligheter med å forstå og akseptere. Dette krever at vi må gå aktivt inn for å forstå hva det handler om i møtet med familier som strever, og ikke glemme at psykiatrien som helsefag og kulturell konstruksjon også kan gjøre oss blinde.

Litteratur

Fadiman, A. (1997). *The spirit catches you and you fall down: A Hmong child, her american doctors and the collision of two cultures*. New York: Farrar, Straus and Giroux.

Grøholt, B., Sommerschild, H. & Garløv, I. (2001). *Lærebok i barnepsykiatri*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Howard, M., Psych, M.R.C. & Hodes, M. (2000). Psychopathology, adversity, and service utilization of young refugees*. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 39, 368-377.

Lie, B. (2003). *The tripple burden of trauma, uprooting and settlement: A non-clinical longitudinal study of health and psychosocial functioning of refugees in Norway.* Oslo: University of Oslo.

Lustig, S.L., Kia-Keating, K., Knight, W.G., Geltman, P, Ellis, H., Kinzie, D., Keane, T. & Saxe, G.N. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 43, 24-36.

Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning: *Firfotmodellen. Kartleggingsverktøy til hjelp i daglig arbeid og samarbeid når vi er bekymret.* (se www.psykopp.no)

Sveaass, N. & Reichelt, S. (2001). Engaging refugee families in therapy: Exploring the benefits of including referring professionals in the first family interviews. *Family Process*, vol. 40, 95-114.

Westermeyer, J. & Wahmanholm, K. (1996). *Refugee children: Minefields in their hearts.* New Haven: Yale University Press.

Medikamentell behandling av flyktningbarn/unge – generelle betraktninger ved medisinering

Medikamentell behandling er ofte den behandlingsform som flyktninger har lettest for å akseptere. Det er ofte forventninger om at et legebesøk, enten hos fastlegen eller ved henvisning til BUP, er ensbetydende med å få medisiner. Kunnskapen om medikamenters effekt er imidlertid ofte lav både blant nordmenn og flyktninger, og nødvendigheten av konkret informasjon er derfor stor.

Selv om en del voksne flyktninger har forventninger til medikamentell behandling av mange typer problemer, er det ikke alltid så enkelt å foreslå medikamentell behandling til deres barn. Et viktig utgangspunkt er derfor i størst mulig grad å skape en felles forståelse av barnets problemer, som basis for forslag om medikamentell behandling. På den annen side er norsk barnepsykiatri svært moderat i anvendelse av medikamentell behandling, så foreldre kan kanskje reagere med skuffelse over at det utredete problemet ikke har denne konkrete behandlingsløsningen. Behandleren bør stille seg følgende spørsmål:

Hvordan kan man sikre et samarbeid om medisinering, såkalt ”compliance”, slik at medisineringen vil kunne gjennomføres korrekt? Hvem ønsker medisinering av problemet? Det hender at det forskrives medisiner til et barn, som så brukes til andre familiemedlemmer når problemer oppstår. Utsettes behandleren for press om å skrive ut medisiner, og hvem er det som presser? Medikamentell behandling er aldri det eneste behandlingsalternativet, men inngår alltid som et element i en helhet. Med helheten for øye må man vurdere nøye om det er grunnlag for en medikamentell behandling som kommer barnet til gode i tilstrekkelig grad, og om den vil kunne følges opp av omsorgspersonene slik det er nødvendig. Effekten av medikamentene må også følges nøye av behandler.

Selv om man har funnet at omsetting av legemidler i kroppen varierer noe med rase og etnisk gruppe, er det ingen data om dette når det gjelder barn. Dosering av legemidler må derfor, som alltid, individualiseres.

Medisinering og retur til hjemlandet

Det er også viktig å vurdere varigheten av den medikamentelle behandlingen. Hvis en ungdom med uavklart asylsøknad utredes og det igangsettes medikasjon av depresjon, må man ha klart for seg hvilke konsekvenser en akutt seponering kan få ved akutt utsending av landet. Behandling av ADHD (attention deficit hyperacitivity disorder) med

Concerta er mindre problematisk, da dette medikamentet i prinsippet kan seponeres uten andre problemer enn økning av oppmerksomhetsproblemer og hyperaktivitet.

Hvis det er mulig å planlegge retur til hjemlandet, vil det kunne være en fordel å oversende informasjon om behandlingen til helsepersonell der. Dette forutsetter samtykke fra barnet/foreldrene. Et alternativ er å sende med opplysninger som familien selv kan ta med til lege i hjemlandet. Det vil ofte være vanskelig å sikre kontinuitet i behandlingen ved hjemreise/utvisning. Mange asylsøkere kommer fra land med variabelt utbygget helsetjeneste, med andre behandlingsmuligheter og med usikkerhet knyttet til finansiering av helsetilbudet. Informasjonsutveksling om psykiske lidelser vil imidlertid også kunne være kontroversielt for mange.

Det er to hovedproblemstillinger som man bør være spesielt oppmerksom på ved medikamentell behandling av flyktningbarn. Den første dreier seg om ”compliance”, den andre handler om bivirkninger. Mange flyktninger er uvante med å ta medisiner over lang tid eller uvante med medisiner som kan ha plagsomme bivirkninger. Det er derfor helt nødvendig å gi barnet og foreldrene nøyaktig informasjon om disse forholdene.

Rutinemessig bør instruksjon om medikamentell behandling omfatte følgende punkter:

- Medisinen må ikke gis til søsken, slektninger eller venner. En del flyktninger er ukjente med psykofarmaka (medisiner som brukes til å påvirke psykiske vansker) og kan dele reseptbelagte medisiner med andre som har lignende problemer.
- Høyere doser må ikke taes uten at legen har bestemt dette. Noen mennesker fra den tredje verden, som hovedsakelig har erfaring med bruk av medisiner som penicillin, tror at hvis en liten dose gjør godt, vil en stor dose gjøre enda bedre.
- De fleste medisiner som påvirker psyken må taes i flere uker før man kan si noe sikkert om effekten, og noen medisiner må taes over lang tid. Flyktninger som har erfaring med bruk av smertestillende midler eller antibiotika forventer ofte rask effekt og kortvarig behandlingstid.
- Legen som forskriver medisiner må kjenne til hvilke andre medisiner som pasienten tar, inklusive folkemedisin / naturmedisin og rusmidler. Kan dette samvirke med medisineringen på en uheldig måte?
- Medisiner alene løser sjelden psykiske vansker. Det er en utfordring både for behandler og pasient å finne måter å jobbe sammen på. Medisiner medfører ikke

en magisk løsning på et problem. Annen innsats er også nødvendig. Dette er kanskje et spesielt stort problem der man i vesentlig grad opplever somatiske plager.

Indikasjoner

De vanligste barnepsykiatriske tilstandsbilder som behandles medikamentelt er:

- ADHD som fortrinnsvis behandles med sentralstimulerende midler som Concerta/Ritalin.
- Angst, depresjon og tvangslidelser behandles med antidepressiva, de såkalte SSRI-preparater (ulykkeligvis kalt ”lykkepillen”)
- Psykotiske tilstander og Tourette syndrom behandles med nevroleptica /antipsykotiske medikamenter.
- Søvnvansker behandles kortvarig med medikamenter som Melatonin (naturprodukt), Vallergan (allergimedisin, utnytter bivirkningen tretthet) og egne sovemedisiner.

For en oversikt over medikamentell behandling henvises til annen oppdatert litteratur.

Litteratur

Westermeyer, J. (1991): Psychiatric services for refugee children: An overview. In: F.L. Ahearn jr. & J.L. Athey (eds.), *Refugee children: Theory, research and services* (pp. 127-162). Baltimore: The John Hopkins University Press.

Psykologisk utredning / kognitiv testing av flyktningbarn

Innledning

I utgangspunktet bør det være de samme problemstillinger som ligger til grunn for psykologisk utredning av flyktningbarn, som for norske barn. Det vil si at utredning er aktuelt når flyktningbarnet avviker i kognitiv- eller språklig utvikling, og / eller har vedvarende atferdsmessige- og følelsesmessige problemer. Noen ganger har dette en

kjent medisinsk årsak, men i de fleste tilfeller er det atferds- og utviklingsavviket i seg selv som gir grunn til bekymring. Gjennom psykologisk utredning vil man ha svar på hva det er med barnet, hvorfor det er slik, hvordan det vil gå på sikt, og ikke minst hva man kan gjøre for å behandle eller hjelpe barnet.

For å utrede slike spørsmål bør psykologer bruke en blanding av kliniske intervjuer, observasjon, og standardiserte metoder – slik som tester og spørreskjemaer. I det kliniske intervjuet får man rede på det enkelte barns utvikling fram til undersøkelsestidspunktet, og barnets livssituasjon i dag, både i familien, på skolen og i fritiden. Man vil forsøke å kartlegge hva som er de viktigste problemene og ressursene både hos barnet og miljøet rundt, og hva slags hjelp som ønskes.

Kognitiv testing og spørreskjemaer er den formelle delen av utredningen. Her blir barnets atferd- og testprestasjoner sammenlignet med andre barn med tilsvarende alder. Man kan teste barnets generelle evnenivå eller spesifikke kognitive ferdigheter, og spørre etter deres ferdigheter i hverdagen. Man kan også finne ut av ulike atferds- og følelsesproblemer – og om disse svarer til kjente diagnoser. Testresultater, diagnoser og andre funn må formidles til dem det gjelder på en forståelig måte og settes i sammenheng med tiltak og tilrettelegging i barnets hverdag.

Så langt er formålet med psykologisk utredning likt, enten det gjelder norskfødte- eller flyktningbarn. Det er likevel noen ekstra utfordringer når man tester flyktningbarn, og det er disse som vil bli drøftet her.

Valide testopptak med flyktningbarn

Psykologisk testing, særlig intelligenstesting, har blitt beskyldt for å favorisere hvit middelklassekultur, og for at testene måler ferdigheter som særlig fremmes i dette samfunnslaget. Mange studier har vist at minoritetsgrupper skårer noe svakere enn ”hvite”, og lavere sosiale klasser svakere enn middelklassen. Denne forskjellen har minket de senere årene, men er fremdeles til stede i mange vestlige land. Det er ingen grunn til å tro at det er annerledes i Norge. Det kan også være forskjeller i hvordan barn med ulik kulturell bakgrunn opptrer i en fremmed situasjon, og i noen kulturer er det mer vanlig å ”holde tilbake” framfor å eksponere seg selv. Det kan derfor være vanskelig å vurdere om testene vi bruker er rettferdige overfor flyktningbarn. Psykologisk testing fordrer at barnet som testes prøver å prestere sitt beste – at man for eksempel jobber raskt, svarer logisk, abstraherer, og forstår de språklige instruksjonene. Flyktningbarn har ofte i mindre grad

vært eksponert for norsk kultur og språk, og vi kan ikke ta for gitt at de oppfatter testsituasjonen på samme måte som norske barn.

Språklige utfordringer

Språklige forskjeller er en utfordring. Dette gjelder særlig hvis flyktningbarnet har vært kort tid i Norge, og ikke har fått et norsk dagligspråk. Flyktningbarn som snakker norsk kan også ha store hull i sine norskspråklige begreper, selv om de tilsynelatende har fått god norsk dagligtale. De kan skåre helt normalt på enkle språklige tester, for eksempel hukommelsestester, men ha større vansker med mer avanserte begreps- og resonneringstester. Det er derfor viktig å få et inntrykk av flyktningbarnets språklige utvikling, både på morsmålet og på norsk. Språklige ferdigheter og -utvikling er for eksempel et godt prediktivt mål, særlig på læreevne og lærevansker i skolen, og bedre enn nonverbale tester. Man kan ikke la være å teste barnets språklige forutsetninger bare fordi det er et flyktningbarn, men man bør forsøke å gjøre det på en måte som sikrer at barnet får vist hva det kan.

Den viktigste faktor for å få til et godt testopptak med barn fra annen kulturell bakgrunn, er at testleder er dyktig i sin testadministrasjon. Man må strebe etter å få til et godt klima der barnet presterer sitt beste. Flere studier har vist at dersom man vektlegger dette, vil testopptakene bli mer valide.

Arbeid med tolk ved testing

Dersom barnet har vært i Norge i mindre enn 2 år, bør man primært forsøke å teste språklige ferdigheter på morsmålet. Da må man bruke tolk. Tolken må oversette hva som skal skje – og hensikten med utredningen, oversette testspørsmål, spørreskjemaer og barnets svar, og oversette når resultatene skal formidles. Man må sikre seg at tolken holder seg strengt til det man sier, og ikke lager egne versjoner av spørsmål eller svar. Man bør ha en tolk man kan samarbeide tett med, og som settes inn i de metoder som brukes. Tolken bør får en viss innsikt i hvordan testene er laget og reglene for administrasjon og skåring. Det er ikke helt uproblematisk med spontan oversettelse av norskspråklige tester og -testinstruksjoner. Ideelt sett bør derfor spørsmålene på forhånd oversettes til fremmedspråket og så tilbake til norsk. Dette for å være sikker på at det er de samme spørsmål og begreper det dreier seg om på begge språk. Dette er vanlig prosedyre når man standardiserer tester på andre språk enn der den opprinnelig er laget. Kan man finne en versjon av testen på barnets morsmål, er dette gjerne mer valid enn spontane oversettelser av norske testversjoner.

Wechslers intelligenstester (WPPSI, WISC, WAIS) er for eksempel oversatt til mange språk, og man bør undersøke om det finnes tilgjengelige versjoner på barnets morsmål. Når barnet har vært eksponert for norsk språk en periode, kan det være nyttig å teste språklige ferdigheter, *både* på morsmålet og på norsk. Eventuelle likheter eller forskjeller, kan gi bred vurdering av barnets språklige nivå. Man kan også få vurdert om barnet har en generell språkforstyrrelse, eller spesifikke problemer med læring av norsk språk.

Nonverbale tester

De fleste kognitive testbatterier inneholder også *nonverbale* tester. Disse måler barnets kognitive funksjoner gjennom visuelle og visuo-motoriske oppgaver. Der det hersker usikkerhet om flyktningbarnets språk reflekterer den kognitive utviklingen, vil slike nonverbale tester være særlig viktige. Det er imidlertid viktig å vite at nonverbale tester ikke er mer kulturuavhengige enn verbale tester, men bare mer uavhengige av språk. Det er faktisk funnet større forskjell mellom ulike etniske grupper på nonverbale enn på verbale tester.

For mange formål kan det også være nødvendig å teste andre funksjoner enn intelligens, slik som hukommelse / innlæring og oppmerksomhet, motoriske ferdigheter, skolefaglig nivå etc. Det samme prinsippet gjelder her; at testleder er særlig tydelig med å definere situasjonen, og anvender tester – og gir instruksjoner som barnet har en forutsetning for å forstå.

Tolkning av testresultater

Generelt skal man aldri tolke testresultater uavhengig av annen informasjon om barnet, og dette gjelder i særlig grad flyktningbarn. For denne gruppen er det spesielt utfordrende å vurdere diagnoser, årsaker og prognose dersom de fungerer avvikende på tester. Erfaringsmessig knytter det seg usikkerhet til hva som er konstitusjonelle årsaker til avviket, og hva som er resultat av traumer og deprivasjon. Selv ved store utviklingsavvik blir man ofte usikker på om dette primært skyldes de ekstreme miljøpåkjenningene barnet kan ha vært gjennom. Det er derfor også usikkerhet om videre forløp. Er avviket temporært, eller vil det vedvare i barnets utvikling? Et eksempel kan være dersom det er stor forskjell i flyktningbarnets resultater på verbale versus nonverbale tester. Den mest nærliggende tolkning er at resultatene på de nonverbale testene er det mest valide estimat for flyktningbarnets kognitive evner, og at skåren på verbale tester vil øke etter hvert som de får mer erfaring med norsk språk og utdanning. Det behøver imidlertid ikke å være slik. Flyktningbarn kan også ha store konstitusjonelle språklige vansker, som ikke

bare kan tolkes ut fra deres sosiale bakgrunn. De vil da ofte ha hatt sein språkutvikling på sitt morsmål, og har mer problemer med å lære norsk enn andre flyktningbarn.

For å kunne vurdere testresultater, må man vite noe om hvordan ulike faktorer, både arvelige forhold, sykdom og skader, traumer, deprivasjon, sosiale forhold etc. relativt sett virker inn på resultatene, og i hvilken grad omfattende endring i livsbetingelser kan påvirke barns utvikling over tid. Her må man søke i faglitteraturen, både i det som er skrevet om flyktningbarn og i andre relevante temaer. Samtidig må man skaffe seg kjennskap til *dette* barnets utvikling spesielt, og vekte ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer opp mot hverandre. Der det er mistanke om syndromer eller hjerneorganisk sykdom eller skade, bør dette vurderes gjennom medisinske undersøkelser. Ved store mentale avvik, sammen med utseendemessige eller somatiske forandringer, er det mer sannsynlig at barnet også har en medisinsk diagnose i form av et syndrom etc. Likevel må man ofte leve med at utredningen vil være noe mer usikker enn for barn med norsk kulturbakgrunn. Dette betyr at feilmarginene er større, ikke at utredningen er verdiløs. For å kunne gjøre en mer sikker diagnostisk og prognostisk vurdering må man i de fleste tilfellene teste barnet flere ganger over tid. Ideelt sett vil man også prøve ut ulike tiltak i mellomtiden, og kan gjøre en evaluering av hvordan tiltakene virker inn på barnets utvikling.

Formidling i flerkulturell sammenheng

Når psykologisk utredning skjer i en flerkulturell sammenheng, kan testresultater og diagnoser bli oppfattet annerledes enn man forventer. Flyktningfamilier kan ha andre oppfatninger av utviklingsavvik, både om hvordan de arter seg, og om hva som er årsaken til dette. De kan også ha andre tradisjoner og erfaringer med hvordan man håndterer og følger opp utviklingsavvik enn det vi er vant til i Norge, noe som kan medvirke til økt frykt for at deres barn skal være avvikende. Språklige barrierer kan også hindre at fagpersonene og familien forstår hverandres perspektiv.

Man må derfor legge mye vekt på *hvordan* man formidler resultatene fra utredningen. Det er viktig at familien tidlig får kjennskap til hensikten med utredningen, hvordan den skal skje, og hva som er mulige endepunkter. Formidlingen av resultater må skje så konkret som mulig, og med forståelige forslag til tiltak. Tolk er i de fleste tilfeller nødvendig. Samtidig skjer utredning av flyktningbarn også i sammenheng med krav og forventninger i det norske samfunnet. Barnet skal oftest gå på norsk skole, delta i norsk kulturliv, og mange vil ha en varig framtid i Norge. Å finne en balansegang mellom et norsk og et flerkulturelt perspektiv både på tester og formidling av diagnoser og tiltak er alltid sentralt i dette arbeidet.

Aktuelle tester

I utgangspunktet er det greit å bruke de samme standardiserte tester for flyktningbarn som for norske barn. Dette vil i praksis si at man oftest anvender Weschlers intelligenstester. Disse har vært mest brukt i Norge i over 30 år. I dag brukes WPPSI-R versjonen for førskolebarn, WISC III for skolebarn, og WAIS III for ungdom over 16 år. Dette er alle bredspektrede kognitive tester hvor man både kan utrede generelle evner og evneprofiler. Halvparten av testene er verbale og halvparten nonverbale. Det finnes også en egen 4-delt faktorskåre for tolkning av evneprofiler.

Det er over 1000 studier tilgjengelig på de store psykologiske og medisinske databasene med bruk av Weschlers tester for mange kliniske og etniske grupper. Man har dessverre i lengre tid ligget etter i normering av nyere versjoner av testen for norske forhold. I de senere år har man gjort norsk normering av WPPSI-R, samt at man anvender nyere svenske normer for WISC III og WAIS III. Det siste har ikke vært uproblematisk, men det vises til den pågående debatt om dette, blant annet i Tidsskrift for Norsk Psykologforening.

Det kan være nødvendig å anvende nonverbale tester der hvor man er usikker på hvor stor innflytelse språket har på flyktningbarnets testresultater. Leiter-R (1997) er et nonverbalt kognitivt testbatteri opprinnelig laget for døve, og administrasjonen kan gjennomføres med peking og miming. Barnet kan svare ved å peke eller legge bildekort på riktig plass. Leiter-R er et bredspektret nonverbalt testbatteri, med både generelle intelligensmål, og spesifikke tester som måler visuell abstraksjonsevne og -organisering, -hukommelse og - oppmerksomhet / tempo. Testen har amerikanske normer og dekker aldersgruppen 2 – 18 år. Leiter-R kan være et godt alternativ eller supplement til Weschlers tester der språkproblemene er store.

Det har ikke nedfelt seg noen klar norsk tradisjon med henblikk på valg av tester utover tradisjonelle intelligenstester. I en bred utredning vil man ofte supplere evnetester med mer spesifikke tester av for eksempel hukommelse, skriftspråklige ferdigheter, oppmerksomhet, og motoriske ferdigheter. Framfor å presentere en liste over aktuelle tester, anbefales det at psykologen setter seg grundig inn i bruken av hver enkelt test man anvender. Det vil si at man setter seg inn i hva den måler, hvem den er normert for og når, og hvilke eventuelle begrensninger testen har overfor barn med annerledes språk og kulturbakgrunn.

Litteratur

Murphy, K.R. & Davidshofer, C.O. (2001). *Psychological testing: Principles and applications*. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall.

13. Eksempler på behandlingstilbud og tilnærminger

Kunstterapeutiske tilnærminger

Kunstterapi kombinerer tradisjonelle psykoterapeutiske tilnærminger med kunst-uttrykk. Barnets følelser eller opplevelser blir symbolisert gjennom kunstprosessen og dette blir en måte å kommunisere ikke-verbalt om temaer som det er vanskelig å sette ord på. Utdannede kunstterapeuter har flere års trening med bruk av kunst som et terapeutisk kommunikasjonsmiddel. Hjelpere som jobber med flyktningbarn kan imidlertid låne eller ta i bruk mer begrensede kunstterapeutiske tilnærminger i arbeidet sitt, for eksempel for å hjelpe flyktningbarn med å bearbeide sine opplevelser.

Språk er ofte en stor utfordring i kommunikasjonen mellom hjelpere og flyktningbarn. Tegning og maling i en terapeutisk sammenheng gir mulighet for å kommunisere om opplevelser og følelser på en alternativ, ikke-verbal måte. Et bilde kan også på en mer presis måte gjenspeile eller avsløre det som rører seg inni barnet. Traumatiske opplevelser blir tatt opp, og gjenskapt som visuelle bilder. Slike ”*snapshots”* er kanskje vanskelig å beskrive gjennom ord alene. Å skape et bilde som snakker uten ord kan være en lettere og mer direkte måte å bearbeide opplevelsene sine på. I tillegg har barn rett og slett ofte ikke ord for å beskrive det de har opplevd. Å la et barn skape et bilde av opplevelser kan gjøre det lettere for barnet å uttrykke seg og kan fungere som en bro for å åpne kommunikasjonen.

Barna bruker gjerne symbolsk kunst for å representere opplevelser, tanker eller følelser de ikke klare å snakke om i virkeligheten. Det er svært positivt for barnet å uttrykke vanskelige tema uten at det snakkes om direkte. Sterke følelser uttrykkes uten at det oppleves som farlig. Barnet får bearbeide og mestre konflikter og angst uten at viktige forsvarsmekanismer brytes ned. På denne måten blir tegningen en slags ”*container*” for barnets følelser og står som et visuelt bevis for barnas tanker, følelser og opplevelser som både barn og hjelpere kan reflektere over. Bildet kan også vise kompliserte forhold eller

inneholde selvmotsigende elementer. Det er et multi-dimensjonalt uttrykk. Når oppmerksomhet i samtalen blir fokusert på bildet, er det lettere for barn eller ungdom å prate mer åpent om sine tanker og følelser.

Barnet er aktivt med i denne prosessen. Han eller hun er mobilisert og kan få utvikle og bruke kreativiteten sin, noe som kan være helbredende i seg selv. Å skape kunst kan øke positiv selvfølelse og selvsikkerhet. Det er med på å gi barnet ”empowerment.” Temaene er under symbolsk kontroll og gjør det mulig for barnet å skape verden på ny. Kreativ bruk av kunstmateriale er også avslappende og virker følelsesmessig og kroppslig avspennende.

For å støtte barnets uttrykk på en mest mulig effektiv og etisk måte, er det viktig å være åpen og godta det barnet tegner og uttrykker gjennom bildet. Det er også veldig viktig at en ikke tolker det som barnet tegner, men prøver å la barnet beskrive bildet selv. Spørsmål angående innhold bør være så åpne som mulig slik at barnet kan tolke bildet uten påvirkning fra voksne. Det er også viktig å være tilstede mens barnet tegner eller maler og være oppmerksom på kommentarer, ikke-verbale signaler, atferd, bevegelser, og lyder fra barnet. Dette kan avsløre konflikter eller temaer som har stor betydning for barnet.

Opplegg for kunstterapisesjoner

Det er viktig å ha faste rammer rundt timen for å skape tillit og trygghet. Man kan begynne og avslutte hver time med noen bestemte ritualer. For eksempel kan det være lurt å be barnet om å tegne et raskt bilde av "Hvordan har du det i dag?" i begynnelsen av hver time. Yngre barn kan bruke en mal med ansikter som viser fire forskjellige følelser (glad, sint, nøytral, og trist) som de får fargelegge for å vise hvordan de har det. Man kan bruke dans, sang, eller kort lek som oppvarming før hovedøvelsene/aktivitetene. Timen kan også avsluttes med sang, avspenning, eller enda en rask tegning.

Hovedøvelsene kan ta forskjellige form og fokusere på ulike tema. Eksempler på øvelser:

- Pynte en mappe for å holde alle tegninger/malerier til barnet samlet.
- Spontan tegning eller maling (uten tema). La barna prøve materialene som de vil. I mange tilfeller vil viktige tema som barnet trenger å bearbeide vise seg i spontan tegning/maling.

- Male til musikk: spill 3-4 slags typer musikk med forskjellig følelsesmessig stemning og spør barnet om å vise hvilken farge og form lyden har etter hvert innslag.
- Male 4 forskjellige følelser: få barnet til å tenke på det å være sint og få han eller henne til å vise hvordan dette ser ut i farge og form. Gjenta med trist, redd, og glad.
- Tegne et dyr: spør barnet om å velge et dyr det liker eller identifiserer seg med og tegne dette. Få barnet til å forklare hva dyret heter, hvor det bor, hva slags egenskaper det har, hvor det får mat fra og så videre, og spør om hvorfor barnet valgte dette dyret.
- Tegneserie om en reise: gi barnet et ark med 6 tegnede esker. Få barnet til å tegne en tegneserie som forteller en historie om en reise fra hjemlandet til et nytt sted. Noe skjer på veien, hva er det? Hovedkarakteren kan være det dyret som barnet tegnet tidligere. Første tegning bør være dyret i eller nær hjemmet sitt. Det siste bildet bør vise dyret på det nye stedet. Få barnet til å fortelle historien når han eller hun er ferdig. Det er ikke nødvendig å knytte det barnet forteller i historien til det barnet selv har opplevd. Gjennom å skape historien, får barnet bearbeidet mange av sine egne opplevelser uten å snakke om dette direkte.
- Tegne ”Meg på skole”
- Tegne liv i hjemlandet, liv i Norge
- Tegne eller male tre ønsker
- Tegne eller male framtidshåp
- For ungdom: tegne ”å være ungdom i hjemlandet” og ”å være ungdom i Norge”
- Male livets elv fra et fugleperspektiv som viser fortid, nåtid og framtid med silkemaling[7] eller vanlig maling.
- Male en blomst eller et tre med silkemaling eller vanlig maling. Diskusjonen kan inkludere hva en plante trenger for å vokse seg sunn og sterk. Hva trenger barna?

[7] Selv om silkemaling er dyrt, er det et veldig fint materiale å jobbe med. De nydelige, rike fargene sprer seg utover silken og de fleste barn blir fascinert og veldig engasjert ved bruk av dette materialet.

Dersom man ønsker å ta i bruk kunstterapeutiske tilnærminger, er det viktig å følge noen anbefalinger. Først og fremst bør en være forberedt før timen, velge et passelig arbeidsområde og tenke på alle mulige farer ved materialer og utstyr som skal brukes.

Det er viktig å oppmuntre barnets personlige uttrykk og unngå påleggelse av egne estetiske verdier på kunstverk. Husk at det er prosessen og betydningen for barnet som er viktigst. Målet er ikke å skape pene og fine bilder. Det er viktig å stille åpne spørsmål og få barnet til å forklare sin mening og sine inntrykk. Det er også viktig å unngå å analysere bildet, særlig uten kunstterapeutisk trening og utdannelse. Bruk bildet som en visuell bistand for å hjelpe barnet til å fortelle sin historie, som en katalysator for andre arbeidsmåter, eller for å bygge opp barnets styrke.

Litteratur

American Art Therapy Association (2000). *Informational pamphlet – Ethical considerations regarding the therapeutic use of art by disciplines outside the field of art therapy*.

Case, C. & Dalley, T. (eds.) (1982). *The handbook of art therapy.* London: Routeledge.

Case, C. & Dalley, T. (eds.) (1990). *Working with children in art therapy.* London: Routeledge.

Dalley, T. (ed.) (1984). *Art as therapy: An introduction to the use of art as a therapeutic technique.* London: Routeledge.

Johnson, D. (1987*).* The role of creative arts therapies in the diagnosis and treatment of psychological trauma*. The Arts in Psychotherapy*, vol. 14, 7-13.

Kozlowska, K. & Hanney, L. (2001). *An art therapy group for children traumatised by parental violence.* Clinical Child Psychology and Psychiatry, vol. 6, 49-78.

Malchiodi, C.A. (1998). *The art therapy sourcebook*. Los Angeles: Lowell House.

Malchiodi, C.A. (1997). *Breaking the silence: Art therapy with children from violent homes.* Bristol: Brunner/Mazel Inc.

Segal, R.M. (1984). Helping children express grief through symbolic communication*. Social Casework*, vol. 65, 590-599.

Kroppsorientert arbeid

Kroppsorienterte tilnærminger kan bidra til å skape et “bevegelsesrom” for å fremme naturlig psykologisk og fysiologisk utvikling for flyktningbarn under ”unormale” omstendigheter. Barn mestrer gjerne nye og vanskelige situasjoner gjennom lek. I lek ligger gleden i leken selv. Alle sansene brukes og er i bevegelse. Vi glemmer ofte at lek og fysiske aktiviteter også er kroppsterapi og at bevegelse både er forebyggende og rehabiliterende. Uten fysisk aktivitet kan ikke barnet utvikle en sterk kropp og psyke.

Mennesket kan betraktes som en energetisk enhet. Psykiateren og kroppsterapeuten John C. Pierrakos sier det slik: “There is no organic pathology without emotional disturbance; and there is no emotional illness without physiological consequences"(1987:198). Ved å anvende bevegelse og lek kan en hjelpe flyktningbarn ut av den fastlåste situasjonen og hjelpe dem til å gjenerobre sin ”normale” væremåte. Og gjennom å utvikle og styrke fysisk kondisjon, vil en også styrke den mentale siden hos individet.

Når vi er redde, puster vi fort inn og holder pusten. Når vi er anspente, puster vi overfladisk. Det motsatte kan også være tilfelle. Ved å puste dypt hjelper vi kroppen til å slappe av. “Armoring” (pansring) refererer til det totale mønsteret av kroniske muskelspenninger i kroppen som hjelper individet til å beskytte seg mot smertefulle og faretruende, emosjonelle erfaringer.

Spenningene verner individet mot farlige impulser i egen personlighet, like mye som mot angrep fra andre. Dr. William Reich observerte at pasientene hadde en felles tendens til å holde pusten og hindre utånding som en måte å kontrollere følelsene på. Han konkluderte med at det å holde pusten forminsket kroppens metabolske aktiviteter, noe som igjen forminsket organismens energi. På samme tid reduserte dette angsten.

En terapeutisk hensikt med lek og bevegelse er å åpne opp pusten. Etter å ha levd i flere måneder med frykt, blir musklene spente og kroppen trekker seg sammen. Et bål trenger oksygen hvis det skal fortsette å brenne, likedan trenger kroppen oksygen hvis den skal være energetisk og levende. En studie utført av Rossberg-Gempton med flere (1992) viser at det å holde en åpen kroppsholdning (hos vanlig befolkning) i 10, 20, og 30 sekunder vekket positive følelser, mens det å ha en lukket kroppsholdning i 10, 20, og 30 sekunder vekket negative følelser. Disse empiriske studiene bekrefter tidligere utsagn fra danseterapeuter og psykoanalytikere om at manipulasjon av den kroppslige holdningen kan ha innflytelse på den emosjonelle erfaringen. Underliggende er tesen om at kropp og “sinn” er funksjonelt identiske. Det som foregår i sinnet, reflekterer hva som foregår i

kroppen og motsatt. Hvis individet klarer å være til stede ”her og nå” og føler seg trygg, vil det føre til at han/hun klarer å bevege seg og klarer å ta initiativ.

Målet med en kroppsterapeutisk tilnærming er altså å:

- Øke følelsen av velvære i kroppen.
- Oppdage at pusten er knyttet til ens emosjonelle liv.
- Lære hvordan man kan mestre stress.
- Få kontakt med “gode” minner og ressurser.
- Puste sammen med andre og bevege kroppen i forskjellige posisjoner.

Litteratur

Callaghan, K. (1996). The body in conflict: The role of movement psychotherapy. In: M. Liebmann (ed.), *Arts approaches to conflict*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Levine, P.A. (1997). *Waking the tiger.* Berkeley: North Atlantic Books.

Meyer, M.A. (1995). Stressforebyggende tiltak i flyktningemottak. *Sykepleien*, vol. 83, 41-44.

Meyer, M.A. (1996). Når selvet blir ødelagt og nedbrutt av tortur. In: *Medicinsk Årbog*. København: Munksgaard.

Meyer, M.A. (1996) *I eksil fra kroppen.* (Video). Oslo: Norsk Institutt for Kunst og Utrykksterapi/Psykososialt senter for flyktninger, Universitetet i Oslo.

Pierrakos, J. (1987). *Core energetics.* Mendocino, California: Life Rhytm.

Reich, W. (1972). *Character analysis.* New York: Touchstone Book.

Rossberg-Gempton, I. & Poole, G. (1993). The effect of open and closed postures on pleasant and unpleasant emotions. *The Arts in Psychology*, vol. 20, 75-82.

EMDR som metode ved behandling av traumer

Eye Movement Desenzitisation and Reprocessing (EMDR) er en behandlingsmetode utviklet over de siste to tiår. Den amerikanske psykologen Francine Shapiro oppdaget at stimulering gjennom bevegelse av øynene fra side til side virket beroligende på emosjonell overveldelse. Med utgangspunkt i sin oppdagelse fortsatte hun i sitt faglige arbeid å undersøke hvordan øyebevegelsene og etter hvert flere typer bilateral stimulering kunne føre til integrering av traumatiske opplevelser, nedgang i PTSD-symptomer og bearbeiding av sorgreaksjoner. EMDR har utviklet seg fra å være en enkel teknikk til å utgjøre en integrert psykoterapeutisk tilnærming, hvor mange ulike teoretiske ståsteder ”finner igjen” sin tenkning i anvendelsen av EMDR. Metoden er derfor ikke å anse som en avgrenset disiplin innen terapeutiske tradisjoner, men som en integrert del av tradisjonelt sett ulike tilnærminger. Den brukes både av kognitivt-, kroppsorienterte- og psykodynamisk orienterte terapeuter, for å nevne noen.

I tillegg til den bilaterale stimuleringen via de auditive, visuelle og taktile sansemodaliteter (for eksempel gjennom øyebevegelser eller berøring), er både de kognitive, emosjonelle og kroppslige elementene i et traumeminne en viktig del av arbeidet med EMDR. Metoden har i lengre tid vært underbygget gjennom studier, og tross kritikk og påstander om metodens kontroversialitet, regnes den i dag som en anerkjent og velprøvd tilnærming i behandling av traumer. Fagpersoner og representanter for helsemyndighetene i flere land anerkjenner metoden på linje med kognitiv atferdsterapi, og betegner de to metodene som ”treatment of choice” ved traumetilstander. Metoden er i utvikling, og i mange fagmiljøer beskrives den som effektiv også i forhold til andre tilstander enn PTSD, som for eksempel ved tvangslidelser og fobier. EMDR som en integrert del av en helhetlig behandling benyttes også i forhold til mer komplekse traumetilstander.

På samme måte som kognitiv atferdsterapi, tar metoden utgangspunkt i en systematisk oppbygd ”protokoll” eller tilnærming, hvor ulike viktige elementer i behandlingen vektlegges og integreres. Metoden sees som en del av en faseorientert behandlingstilnærming og vektlegger betydningen av ikke å se EMDR som løsrevet fra de viktige elementene som inngår i relasjonen mellom pasient og terapeut, uavhengig av teoretisk forståelse eller tilnærming. En anbefaler stabiliserende terapeutiske teknikker som ressursutvikling, ”trygt sted” og avslapningsmetoder forut for bearbeiding av traumer. I den trygge rammen av tilknytning til terapeuten, går klienten gjennom traumeminnet ved hjelp av visuell forestilling av den traumatiske hendelsen der kognitive, emosjonelle og kroppslige elementer i minnet desensitiveres gjennom kontrollert gjenopplevelse og

restrukturering. Som i all bearbeiding av traumatiske minner er tilstedeværelsen av terapeutens person, anerkjennelse og tilknytning en vesentlig del av prosessen.

Det er svært viktig at EMDR kun benyttes av terapeuter med tilstrekkelig opplæring og trening. Opplæring i Norge gis gjennom et totrinns kursprogram. Opplæringen er åpen for psykiatere, psykologer og andre helsefaglige yrkesgrupper med tilstrekkelig terapeutisk kompetanse. Kursene annonseres i fagtidsskrifter og har vært arrangert av Senter for Krisepsykologi i Bergen.

Det diskuteres mye hvilke virkningsmekanismer som er til stede i EMDR. Ulike hypoteser er fremsatt, men det er ingen entydig forståelse av hva ved metoden som synes avgjørende, eller på hvilken konkret måte den innvirker på hjernens organisering av traumeminner. Bessel van der Kolk har i sin forskning benyttet hjernescanning før og etter EMDR hos traumatiserte personer, og indikerer med sine resultater fysiske endringer i hukommelsesstrukturer i hjernen etter behandling. Slik forskning er viktig og viser betydningen av at fagmiljøer ikke avviser nyere metoder, men er villige til å utvide sin forståelse og praksis for å hjelpe mennesker med belastende traumesymptomer.

EMDR i arbeid med flyktningbarn

For terapeuter som arbeider med barn, anbefales det å ta fordypningskurs i EMDR i arbeid med barn. For at metoden skal fungere, er det viktig at behandleren har erfaring og kunnskap i forhold til generelt terapeutisk arbeid med barn. Som i alt terapeutisk arbeid med denne gruppen, er utvikling av et trygt, psykologisk miljø avgjørende. Det spesielle i arbeid med barn, er at de befinner seg på ulike utviklingsmessige nivåer, noe som får betydning både for presentasjon, implementering av stimuleringsmåter og tidsaspekt for EMDR. Barn under en viss alder har problemer med å se over den visuelle midtlinjen, og må derfor stimuleres ved hjelp av alternative måter, eksempelvis gjennom taktil berøring. Barn har mindre utholdenhet og konsentrasjon enn voksne, og dette har implikasjoner for EMDR. Beskrivelser av EMDR i terapi med barn viser at terapeuten må bruke en god porsjon kreativitet innenfor rammen av metodens viktige oppbygning. Dette aspektet gjør kollegautveksling, veiledning og videre opplæring ekstra viktig.

Det er få beskrivelser av erfaringer med bruk av EMDR i forhold til flyktningbarn. I Sverige gav man imidlertid en kombinasjon av psykodynamisk terapi og EMDR til 13 sterkt traumatiserte asylsøkerbarn/ungdommer. Hvert barn/ungdom fikk mellom 5 – 25 psykoterapeutiske sesjoner som pågikk en til to ganger i uken, avhengig av motivasjon og individuelle behov. Antallet sesjoner der EMDR ble benyttet varierte fra 1 – 6 for hvert enkelt barn. Det viste seg her at ni av barna fikk et bedret funksjonsnivå og færre

symptomer (med spesielt mindre gjenopplevelse) etter fullført terapi. Syv av disse barna fikk imidlertid innvilget oppholdstillatelse i samme periode. Kliniske observasjoner viser at barns symptomer nettopp kan reduseres eller forsvinne når familien oppnår permanent oppholdstillatelse. Bedringen i funksjonsnivå/symptomer kan derfor ikke nødvendigvis forklares i lys av terapien. Metoden har også vært benyttet som del av gruppeterapi med barn i flyktningleire. I likhet med andre metoder er det imidlertid en utfordring å kunne tilpasse EMDR til spesielle forhold knyttet til arbeid med flyktninger, språk og kulturforskjeller.

Fagmiljøet i Norge som benytter EMDR er i liten grad organisert slik at det foreligger noen fullstendig oversikt over hvem som bruker metoden i sitt arbeid. Ettersom mange har gjennomgått opplæring, er det sannsynlig at flere benytter EMDR, også i arbeid med barn. Det arrangeres en årlig europeisk konferanse med fokus på erfaringsutveksling og forskning i tillegg til kunnskap om traumer og behandling generelt. Det finnes også informasjon på nettet for den som er interessert i en nærmere presentasjon av metoden (se http://www.emdr.com). For ytterligere informasjon om metode og kurstilbud, kontakt EMDR Norge v/ Hildegun Selle.

Litteratur

Greenwald, R. (1999). *Eye movement desensitization and reprocessing in child and adolescent psychotherapy.* New York: Jason Aronson.

Johnson, K. (1998). *Trauma in the lives of children.* Alemeda, CA: Hunter House.

Lovett, J. (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR.* New York: Free Press.

Oras, R., Cancela De Ezpeleta, S. & Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with eye movement desensitization and reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 58, 199-203.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures.* 2nd ed. New York: Guildford Press.

van der Kolk, B., Burbridge, J., & Suzuki, J. (1997). The psychobiology of traumatic memory: Clinical implications of neuroimaging studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 99-113.

Narrativ Eksponeringsterapi for barn (KidNET)

En spennende ny tilnærming til traumebehandling er utviklet av en gruppe fagpersoner i bistandsorganisasjonen VIVO, med sentrale personer som Frank Neuner og Maggie Schauer samt professor Thomas Elbert, alle tilknyttet universitetet i Konstanz i Tyskland.

Tilnærmingen tar utgangspunkt i nyere forskning om traumereaksjoner, og det at traumatiske opplevelser synes å bli lagret annerledes enn andre hendelser i hukommelsen. Gjennom bearbeiding av traumehendelsene, og ved å knytte hendelsene nærmere til resten av livshistorien, søker en å endre traumeminnenes representasjon i hjernen. Nyere forskning om PTSD og emosjonell prosessering indikerer videre at habituering av emosjonelle responser bare er en av mekanismene som reduserer symptomer. Én teori vektlegger at det skjer en forvrengning av det eksplisitte autobiografiske minnet ved traumatiske hendelser, noe som fører til fragmentering av traumeminnet. Traumeminnene blir således stående som usammenhengende enkeltminner og atskilt fra hendelser som skjedde før eller etter.

Metodebeskrivelse

KidNET kan beskrives som en standardisert korttidstilnærming basert på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi, hvor eksponeringen er forsøkt tilpasset barn innen flyktning/asylsøkerpopulasjonen. En av tilpasningene er at man i KidNET lettere kan forholde seg til at flyktningbarn som regel har opplevd gjentatte traumatiske hendelser, ikke en enkelt. I stedet for å definere en enkelthendelse å jobbe med, slik det er vanlig i eksponeringsrettet terapi, får en barnet til å utforme en fortelling om hele sin (memorerte) livshistorie fram til nåtid. Hovedfokus vil imidlertid hele tiden ligge på en bearbeiding av de traumatiske opplevelsene, blant annet via en detaljgjennomgang av alt som skjedde rundt hendelsene.

Det vektlegges en grundig diagnostisering før oppstart, blant annet gjennom rutinemessig bruk av utredningsskjemaer, eksempelvis CIDI. Ved oppstart gis det også noe psykoedukasjon om traumereaksjoner og om rasjonale for valg av metode, både til barn og foreldre.

Selve gjennomgangen av livshistorien skjer vanligvis ved et på forhånd avtalt antall sesjoner (oftest 6-10). Lengden på sesjonene kan variere noe, alt etter hvor lang tid det tar å komme til et sluttpunkt. Siktemålet for hver sesjon er, som ved generell eksponeringsbehandling, at barnet skal kjenne at grad av ubehag etter hvert avtar ved den gjentatte eksponeringen av det traumatiske i livshistorien. Behandlerens rolle i disse

gjennomgangene er blant annet å vekte hva man må mer i dybden på, og hva man kan gå raskere gjennom. I gjennomgangen søker behandler å få fram følelser og tanker knyttet til hendelsene, samt å sikre en beskrivelse slik at en sekvensielt kan følge det som skjedde. Narrativet noteres ned av behandler underveis, og etter hver sesjon renskrives dette slik at det kan leses opp og eventuelle feil kan korrigeres.

Når man er ferdig med livshistorien fram til nåtid, går en videre med tanker og ønsker om framtiden. Dette slås sammen med det som tidligere er skrevet og til sammen blir narrativet et dokument som barnet (familien) får en kopi av. Dokumentet kan deles med andre i familien, eventuelt brukes i en asylsak eller lignende.

I narrativet inngår både samtale, tegning, rollespill, og bruk av symboler (tråd for livslinje, steiner for vanskelige minner, blomster for gode minner).

Erfaringer med metoden

Organisasjonen VIVO har arbeidet i en rekke flyktningleire i Afrika og Asia, og ved sin egen poliklinikk i Konstanz, der metoden har vært spesielt utprøvd med tanke på å hjelpe asylsøkere i en livssituasjon der mange behandlere vegrer seg for å gi eksponeringsbehandling og heller velger mer støttepregete terapiformer. Utprøvingen har vist at det går an å ha et traumefokus også når en arbeider med flyktningbarn i mottak, men det krever en tilpasset og mer avgrenset behandlingstilnærming.

Metoden ble i utgangspunktet prøvd ut på voksne, og er for tiden også under utprøving i Norge gjennom et prosjekt i regi av Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge og i samarbeid med en rekke DPS-er i regionen. Metoden har de siste tre årene vært systematisk utprøvd og tilpasset barn og ungdom (ned til 10 år) både i flyktningleire og ved asylmottak i Europa, også her med positive resultater.

Litteratur

Onyut, P.L., Neuner F., Schauer E., Ertl V., Odenwald, M., Schauer, M., Elbert T. (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, 5:7. (Elektronisk utgave: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-5-7.pdf)

Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2005*). Narrative exposure therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror or torture.* Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.

For mer informasjon om Narrativ eksponeringsterapi se VIVOs hjemmeside: www.vivo.org

14. Gruppe som metode i arbeid med flyktningbarn

Om gruppebehandling

Gruppebehandling som metode har vært benyttet innen vårt psykiske helsevern i flere tiår. I begynnelsen ble dette mer betraktet som et supplement til tradisjonelle individualterapiformer, og bar ofte preg av den individualtenkningen som lå til grunn, eksempler er psykodynamisk gruppeterapi, gestaltgrupper eller encountergrupper. Etter hvert oppdaget man at gruppen ga en betydelig gevinst når det gjaldt å utnytte klienters egne ressurser, og at den skapte former for problemløsning som styrket selvfølelsen og motvirket passivitet (”offerrollen”).

Grunntanken er at gruppeprosessen gir deltakerne muligheter til å hjelpe seg selv og andre gjennom å dele følelser og informasjon. Den gir også den enkelte deltaker anledning til å sammenlikne holdninger og erfaringer, og til å utvikle relasjoner blant annet gjennom å lære/forstå sosiale koder. Gruppedeltakernes funksjon blir vesentlig forskjellig fra den tradisjonelle pasientrollen, og selve gruppeprosessen blir hovedressursen i arbeidet. Gruppen får på denne måten både en terapeutisk og en (sekundær)forebyggende effekt.

Når det gjelder flyktning/asylsøkerbarn har grupper i hovedsak vært drevet etter tre hovedprinsipper :

1. Resiliensbaserte grupper, der hovedvekten er lagt på styrking/oppbygging av barnas egne ressurser og nettverksressurser (for eksempel Christie/Waaktaar)
2. Mer traumefokuserte grupper (for eksempel Raundalen)
3. Uttrykksterapeutiske grupper (dramaterapi, bevegelses- og opplevelsesgrupper, kunstterapi, musikkterapeutiske grupper og lignende.)

Alle gruppeterapiformene berører barnas ressurser på en eller annen måte. Resiliens er derfor en felles faktor for de fleste. En forskjell ligger imidlertid i vektleggingen av relasjonsfaktorer som forholdet barn/foreldre. De som legger stor vekt på dette har gjerne et tilbud til foreldrene i form av parallelle foreldregrupper, alternativt grupper for foreldre og barn sammen. Man argumenterer ofte for at foreldrearbeidet ikke kan vektlegges nok i forhold til arbeid med krisepopulasjoner.

Litteratur

Breivik, M., Indredavik, M.S. & Aarseth, J. (1997). *Kan vi forstå?: Barnepsykiatriens arbeid i Bjugn-saken.* Oslo: Kommuneforlaget.

Odland, G. & Nesse, M. (2005). *Når tanker kan tenkes – kan bomber bli til brød. Gruppetilbud til tsjetsjenske elever i samarbeid med PPT-kontoret i Haugesund og Breidablik læringsenter.* Haugesund: Haugesund kommune, Pedagogisk psykologisk tjeneste.

Raundalen, M., Lorentzen, G. & Dyregrov, A. (2005). *Gruppearbeid i flyktningfamilier: Barnegrupper og foreldreveiledning*. Oslo: Pedagogisk forum.

Waaktaar, T. & Christie, H.J. (2000). *Styrk sterke sider: Håndbok i resiliencebyggende grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.

Fokus på resiliens eller traumebearbeiding?

Det er viktig å støtte naturlige helingsprosesser hos det enkelte barn og vektlegge barnets ressurser og mestring. Man kan blant annet etablere ”a safe place” i terapi, det vil si å forankre gode minner, før man eventuelt nærmer seg traumatisk materiale. Det er også nyttig å arbeide mer indirekte og kreativt, spesielt med mindre barn. Man bør imidlertid kartlegge barn og ungdom best mulig før man utvikler mer målrettede tiltak. Slik kan man finne ut hvem som kan få best hjelp gjennom traume- eller symptomreduserende terapi, eller som trenger spesialpedagogisk hjelp eller assistanse fra barnevernet. Man bør også unngå for mange deltagere med atferdsvansker i samme gruppe.

Noen av de største utfordringene ligger i både å forstå hvem som er så plaget av psykiske vansker at de trenger noe mer enn resiliensfremmende tiltak, samt å skape trygge nok rammer for- og god nok oppfølging etter en traumebearbeiding slik at man unngår retraumatisering eller kronifisering. Det er imidlertid glidende overganger mellom traumebearbeiding og resiliensfremmende tiltak. Vektlegging av det ene behøver derfor ikke å ekskludere det andre.

Hva er resiliensfremmende tiltak?

Målet med resiliensfremmende tiltak er å styrke barn og ungdom ved å hente fram iboende ressurser slik at de blir bedre i stand til å håndtere psykososiale vansker. Resiliensfremmende tiltak kan fungere som en indirekte bearbeiding fordi man får noen ”verktøy” og muligheter til å uttrykke og regulere tanker og følelser. Man bør arbeide med å styrke ressurser, individuelt hos barn/ungdom, i familien/hos omsorgsgivere og i nettverket/gruppen.

Waaktaar og Christie (2000) ledet et forskningsprosjekt med resiliensgrupper som pågikk over ett år. De fremhever at gode kriterier for slike grupper blant annet er: anbefaling via tillitsperson, lavterskel inntaksprosedyrer og ressursorientert fokus. Videre bør gruppene ha minst mulig preg av ”spesialtiltak” i negativ forstand, men gjøres attraktive/ha status, og bestå av jevnaldrende. Gruppen bør inneholde *prosesslæring* (å lære noe om sitt forhold til andre), samtidig som en utøver og lærer mer om en *ferdighet* som man er interessert i. Denne aktiviteten innehar et *kreativt element* som det å skape et produkt. Gruppa bør ledes av to-tre voksne; en terapeut som er ansvarlig for prosessdelen, en som er ansvarlig for produktdelen (for eksempel en kunstner), og i tillegg gjerne en person med tilknytning til deltakernes nærmiljø, slik som lærer eller helsesøster.

Resiliensgrupper kan benyttes overfor traumatiserte barn, blant annet der a) en direkte traumefokusert behandling oppleves som for truende. Ofte er resilienstiltak ikke tilstrekkelig for barn med stort behov for bearbeidning, men det kan være en forberedelse til en senere traumebearbeiding b) der det er behov for mer ressursbyggende tiltak i tillegg til eller for å lette en traumebearbeiding, slik at man motvirker overveldelse og retraumatisering.

Waaktaar og Christie skiller mellom *resiliensstøttende/stimulerende* og *resiliensbyggende grupper*. Det førstnevnte dreier seg om å motvirke risikofaktorer gjennom å forsterke eksisterende ressurser. Slike tiltak grenser opp mot det arbeid som drives innen ordinære aktivitets- og kulturtilbud for barn og ungdom. Traumatiserte barn kan imidlertid ha større behov for tilrettelegging enn andre. For denne målgruppen vil et resiliensfremmende tiltak fungere terapeutisk på to måter; både som ressursstøttende og traumebearbeidende og dermed også resiliensbyggende.

Resiliensforskere, som Rutter (2000), anbefaler også iverksetting av tiltak som igangsetter positive kjedereaksjoner og som tilrettelegger for nøytraliserende og kompensatoriske erfaringer i forhold til de vansker man tidligere har opplevd. Videre anbefales tiltak som fasiliterer kognitiv bearbeiding av tidligere erfaringer og som åpner opp for nye muligheter, samtidig som de minsker faren for ytterligere risiko og negative kjedereaksjoner. Rutter fremhever videre at man bør skjerme de mest sårbare barna, samt generelt arbeide for å øke mestringsrepertoar og toleranse for negativ affekt. Man må også bidra til å bedre barnas øvrige livssituasjon.

For traumatiserte barn er det, ifølge Waaktaar og Christie (2000), viktig å få nok distanse til traumet. Samtidig er det viktig å etablere en kobling mellom virkelighet og fantasi, fordi fantasien kan frigjøre helende krefter. Målet er at traumet verken får for stor eller for liten plass i barnets videre liv, men at det blir en smerte eller et sår som det er mulig å leve med.

Erfaringer fra resiliensfremmende grupper

Nedenfor beskrives erfaringer fra grupper og samlinger i regi av Psykososialt team for flyktninger i Nord-Norge. Samlingene og gruppene har hatt ulike mål, men det å styrke barns og ungdoms ressurser gjennom vektlegging av mestring, egenverd, fellesskap og kreativitet har vært fellesnevnere:

- To ukesamlinger[8] med ett års mellomrom for 25 bosniske og 5-10 norske ungdommer med blant annet vektlegging av erfaringer i eksil og mulig tilbakevending[9]. Samlingen besto av samtalegrupper, drama, dans og silkemaling m.m. Det var deltagere fra alle sidene i konflikten. På første samling var det heftige uenigheter, og på slutten laget deltagerne en paneldebatt, hvor de presenterte sine erfaringer og ønsker til fagfolk og politikere. Flere ungdommer ble fulgt opp mellom og etter samlingene. På andre samling fortalte tre av ungdommene, som hadde dratt tilbake til Bosnia, om sine erfaringer. På slutten presenterte ungdommene sine tanker gjennom rollespill og silkemalingsbilder på en åpen dag med inviterte fagfolk og andre interesserte. Vi så, og fikk på andre samling rapportert fra ungdommene (samt enkelte hjelpere og familiemedlemmer) en bedret psykososial fungering med mindre søvnvansker, tristhet og anspenthet, bedret konsentrasjon og livssituasjon.
- To ukesamlinger med tre kvart års mellomrom for 35 ungdommer, hovedsakelig enslige mindreårige fra ulike afrikanske land og Afghanistan, bosatt i fem ulike kommuner[10] og på enkelte mottak. Det ble blant annet vektlagt gode og utfordrende opplevelser, kreativ aktivitet (dans, drama, silkemaling), stolthet over egen bakgrunn og tilpasning i Norge. På første samling ble det laget en festforestilling på samfunnshuset. På andre samling vektla vi mer prosessorientert jobbing rundt temaet utestengning,[11] og vi observerte da færre atferdsproblemer og bedre konsentrasjon enn ved første samling. De fleste ble fulgt opp lokalt, individuelt eller i grupper.
- En ukes teaterverksted[12] for 18 kosovoalbanske asylsøkerbarn mellom 6-14 år i samarbeid med foreldrene. Aktiviteter var lek, maling og dramatisering av eventyret ”Snøhvit og de syv dvergene”[13]. Vi laget forestilling og fest for og sammen med foreldrene. Ved oppfølgingen etter tre måneder hadde noen familier reist tilbake til hjemlandet eller flyttet. Foreldrene rapporterte, og vi så, en bedret psykososial fungering hos de gjenværende barna.

---

[8] Samarbeid med Redd Barna, to terapeuter fra BUP Tromsø og Mosjøen og innleid skuespiller/danser.

[9] Nærmere beskrevet i Borchgrevink, M. C., Borgos, R. & Hansen, T. (1998).

[10] Samarbeid med lokale krefter (barnevern, flyktningkontor, helsesøstere, BUP Sjøvegan) og innleide personer med ansvar for drama, dans og silkemaling.

[11] Bl.a. som ledd i Redd Barna-prosjektet ”NO 1 OUT” v/M. Sanner, W. Quinteros og O. Tellefsen.

[12] Samarbeid med dramaterapeut, BUP Tromsø, Redd Barna, helsesøster i Storfjord, tolk og Brennfjell asylmottak.

[13] Nærmere beskrevet i Borchgrevink, M. C. (2000).

- Gruppe for 9 bosatte afghanske ungdommer, 8 ganger á to timer. Foreldrene ble informert på forhånd og var med på avslutningen, hvor ungdommene blant annet viste fram silkemalingsbilder. Fokus var kreativitet (gjennom for eksempel silkemaling og akvarell-maling etter relevante eventyr/historier), stolthet over egen bakgrunn, tilpasning i Norge med mer. Gruppeledere var to helsesøstere og en psykolog. Oppfølging ble gitt lokalt av helsesøstrene.

Ovennevnte tiltak har vist at samarbeid med og deltagelse fra lokale tilknytningspersoner/hjelpere, som kan gjøre situasjonen trygg og følge opp ungdommene i etterkant, er svært viktig.

Rekruttering til samlingene/gruppene

Samlingene/gruppene har i hovedsak vært åpne tilbud for ikke-henviste barn/ungdommer. Noen av deltagerne har enten selv, eller gjennom hjelpere, oppsøkt behandling underveis eller i etterkant. Enkelte deltagere var eller hadde tidligere vært i behandling. Av praktiske grunner har et kriterium for deltakelse i flere av tiltakene vært at man kan snakke norsk, og vi har prøvd å unngå tolk i tiltak med mange språkgrupper. En del har blitt tolket ved behov gjennom miljøarbeidere fra samme språkgruppe, eller ved at deltagerne har hjulpet hverandre.

Tiltakene har både vært rettet mot barn i asylsøkerfasen, barn med midlertidig beskyttelse og med permanent opphold. Det er spesielle utfordringer i arbeid med asylsøkerbarn, og vi har derfor stort sett valgt ikke å blande dem i grupper med barn som vet at de får bli. Det kan være vanskelig å bearbeide vonde minner og snakke om fremtiden, når barna fortsatt er i en usikker og kriselignende situasjon. Hjermann (2004) viser imidlertid at det finnes positive erfaringer med traumebearbeiding i grupper med asylsøkerungdom. Overfor denne gruppen er det imidlertid viktig å være tydelig på at deltagelse i gruppa ikke hjelper en til å få oppholdstillatelse.

Deltakere med ulik grad av traumatisering

Flere tiltak har vært rettet mot en naturlig gruppe og har ikke vært spesialtiltak. Det har variert sterkt hvor traumatisert og mestrende den enkelte deltager har vært. Man hadde ikke alltid nok kjennskap til deltagerne på forhånd og den enkelte kommunes forhåndskartlegging varierte. Det har likevel vært slående hvor ressurssterke mange av barna fremstår, til tross for at de har opplevd krig og/eller tap av nære personer og at flere for eksempel rapporterte om søvnproblemer og angst og var usikre på fremtiden. Barna

fremstod ofte som lærevillige, reflekterte, støttende overfor hverandre, kreative og de utstrålte glede, håp og optimisme.

Innholdet i samlingene

I flere tiltak har man tilrettelagt for en indirekte bearbeiding av traumatiske minner, med andre ord gitt muligheter for (symbolsk) å uttrykke tanker og følelser, uten at det å fortelle om virkelige hendelser har vært et eksplisitt tema. Noen av barna har nærmet seg vanskelige temaer, mens andre har vært mest opptatt av å utfolde seg. Dette har blant annet vært gjort gjennom rollespill, drama og silkemaling hvor man ikke har gått inn i deltagernes personlige erfaringer, men har arbeidet med symbolske eller parallelle tema (for eksempel eventyr), eller ved at barna fritt har fått uttrykke det de har ønsket.

På samlingene har man sett at deltagerne både trenger grenser, utfordringer og muligheter til å reflektere over valg og konsekvenser av valgene. Å delta i et fellesskap hvor man både kan få uttrykke seg og bli tatt på alvor, kan fungere som et vendepunkt. En samling hvor man tilrettelegger for prosessarbeid rundt aktuelle tema, kan bli et slags grupperitual hvor man både får tildelt og selv velger oppgaver og roller.

Flere deltagere har rapportert at fysiske aktiviteter har vært viktige for å få pause fra triste tanker. Både sosiale og fysiske aktiviteter har derfor alltid blitt inkludert på samlingene. Dette har både vært kjente aktiviteter som barna/ungdommen mestrer og liker; blant annet dans og fotball, men også mer ”norske” aktiviteter som isfiske og turgåing. Mer utfordrende aktiviteter som kan fungere stressmestrende, slik som rappellering og kanopadling i elvestryk har derfor også blitt vektlagt.

Kreative aktiviteter

Forskere har funnet en overhyppighet av kreativ aktivitet hos personer med stor grad av resiliens. Kreativitetsfaktoren kan inndeles i minst to underformer; kunstnerisk og systemskapende. I gruppene har det i størst grad blitt arbeidet med kunstnerisk kreativitet i gruppene/samlingene, blant annet gjennom tegning, drama, lek, bevegelser, musikk.

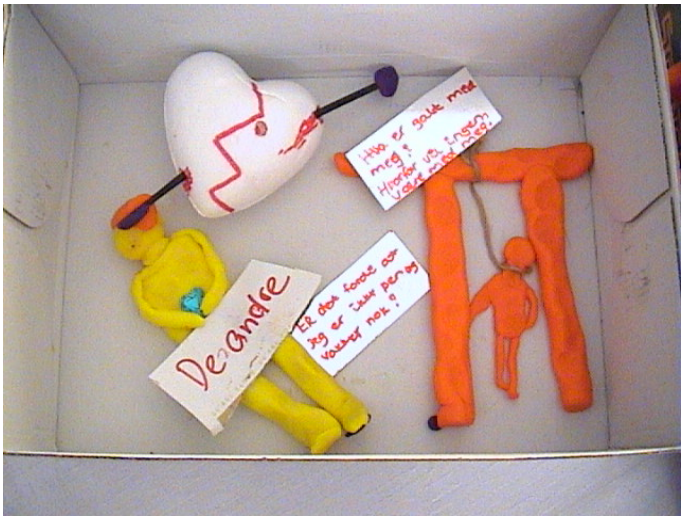
Kunstnerisk kreativitet kan være viktig i forhold til blant annet:

- å kommunisere

Man har sett at deltagerne har vært gode til spontant å møtes gjennom kreative aktiviteter som lek, musikk, dans og utfoldelse uten å kjenne hverandre så godt eller samtale noe særlig.

- å uttrykke seg

På en samling fikk man i gruppeoppgave å bruke skoesker til å lage innsiden og utsiden på en som blir stengt ute eller stenger andre ute[14]. Noen grupper brukte sterke uttrykksmidler om de som ble stengt ute (se bildet nedenfor). Det ble blant annet tegnet en som har hengt seg og har pigger på utsiden: *"kanskje ho tenker at ho ikke er vakker nok,"* sa en av ungdommene. Flere uttrykte forståelse for den som stenger andre ute. De laget et hjerte inni boksen – selv om utsiden var tøff. Man kan tenke seg at noen uttrykte, reflekterte over, og bearbeidet ubehagelige opplevelser eller reaksjonsmåter gjennom dette.



- å bearbeide traumatiske opplevelser

På flere samlinger har man hatt et eget silkemalingsrom. Mange brukte rommet flittig og malte for eksempel gode minner, appeller om hjelp til hjemlandet med mer. En ungdom malte nydelige bilder av hjembyen som nå lå i ruiner. Han fikk mye positiv respons på bildene, og var tydelig stolt. Han fremsto etter dette som mye mer deltagende. Det virket som om han klarte å uttrykke og symbolisere tap og sorg, og samtidig fikk styrket eget selvbilde. Til tross for at man ikke eksplisitt spurte om traumeerfaringer, kan man tenke seg at den kreative aktiviteten fungerte som en indirekte bearbeiding og eksponeringstrening.

- å stimulere fantasi og lekeevne

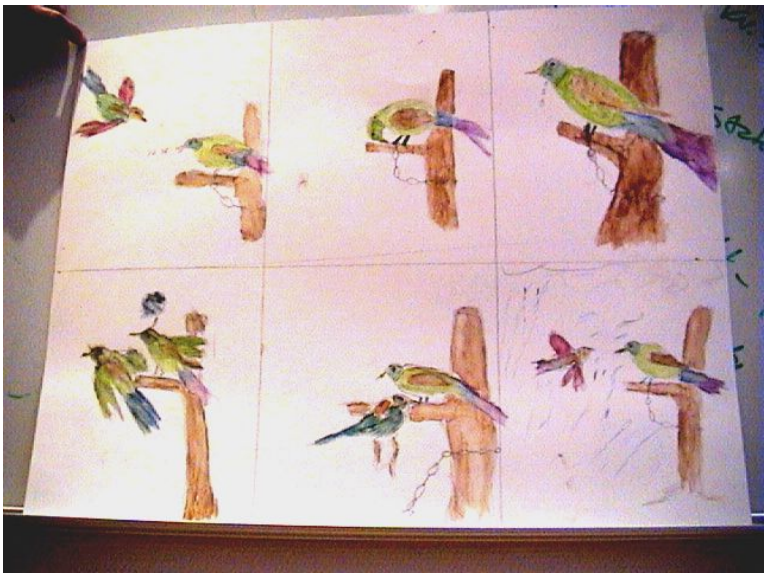
---

[14] Som brukt i NO 1 OUT-prosjektet, Redd Barna.

Eventyr kan stimulere barnets fantasi ved at ideer blir formidlet på en flertydig måte, og kan med sitt symbolspråk formidle en annen virkelighetsoppfatning enn barnets egen. Dette kan hjelpe barn til å lage nye historier som de kan leve etter, som kan gi dem bedre selvtillit, samt hjelpe dem til å forstå verden litt annerledes. På et teaterverksted[15] ble ”Snøhvit” brukt siden dette eventyret handler om kamp mellom det onde og det gode, der det gode seirer og det til slutt blir fest. Man tenkte at det å dramatisere redsel og sorg kunne virke som en indirekte bearbeiding av krigsopplevelser. Imidlertid virket det som om ungdommen primært brukte muligheten til utfoldelse og glede.

Det er også viktig å kunne stimulere barns ønsker og fremtidshåp, for eksempel å få mulighet til å silkemale sitt fremtidsønske, som det å bli verdensmester i fotball…

Et annet redskap er å få barn til å lage en historie ved å bruke ”a six-piece story.” Historien skal ha en helt med et oppdrag, noen hjelpere, en hindring, løsning og slutt. Her kan man få tak i og støtte barnets ressurser. Et eksempel er en fugl som sitter fanget, men som til slutt blir hjulpet av en annen fugl og så flyr av gårde til friheten. (Se bildet nedenfor. Historien starter øverst i høyre hjørne)



- å øke toleranse for negativ affekt

På en samling ble rollespill om tilbakevending brukt. Noen ville ikke være med – de sa at de aldri ville dra tilbake. Etter hvert ble de likevel aktivt med. På slutten av uka bestemte

[15] Se Borchgrevink, M. (2000). Det er også laget en undervisningsvideo (”Lille speil på veggen der…”).

flere seg for å reise tilbake en dag, blant annet for å se familiens gravsted, og ta farvel med hjembyen. Rollespillet gav muligheter for å nærme seg emosjonelt vanskelige temaer, og man kan tenke seg at dette fungerte som en slags eksponeringstrening. På samme tid kan man anta at dette bidro til å hjelpe ungdommen med å regulere vanskelige følelser.

Ved en annen anledning fokuserte man gjennom samtaler, drama, dans og maling på temaene samhold og kulturelle røtter. Det å være flyktning kan sammenlignes med et tre som har blitt rykket opp av jorda – med eller uten røtter. Det ble spurt – hvilke røtter har dere med dere, og hvilke nye røtter har dere fått i Norge? Ungdommene ble her introdusert for en metafor på dem selv, og fikk muligheten til å symbolisere egen identitet og tilhørighet.

Kontroll over egen livssituasjon

Det er viktig å oppleve kontroll og følelse av å kunne påvirke egen livssituasjon. Samtidig kan man lettere bære belastninger hvis man kan knytte en mening til det som har skjedd. Unges mulighet for politisk påvirkning anses av mange forskere som en svært sentral resiliensfaktor. I flere tiltak har ungdommen formidlet egne erfaringer og ønsker til politikere og fagfolk. Deres meninger har også blitt formidlet gjennom presse eller i rapporter. Dette ble brukt som redskap for å oppnå opplevelse av å kunne påvirke egen fremtid, og følelse av at traumeerfaringene kunne brukes til noe meningsfullt.

Det er viktig å etterspørre barn og ungdoms interesser og ferdigheter i slike samlinger. Noen har tatt med dikt fra hjemlandet som de hadde lyst til å dele med gruppen. Man har også vektlagt at deltakerne skulle vise sanger og danser fra sine respektive hjemland. På en åpen fest deltok afrikansk ungdom spontant i afghansk dans og omvendt. Det virker som om flere fikk styrket stolthet, identitet og mestring når deres kompetanse ble etterspurt og rost.

På flere samlinger har kjente sanger fra barnas hjemland blitt brukt for å lage bro til fortiden. Man har også sett betydningen av å arbeide mot et mål, en åpen dag eller festforestilling, der deltagerne har fått presentere sitt arbeid. Dette har skapt struktur og en viss forutsigbarhet under samlingene.

Litteratur

Borchgrevink, M.C. (2002). Styrke, glede og utfoldelse: Resiliencerettede tiltak for flyktningungdom. *Linjer*, vol. 12, 6-11

Borchgrevink, M.C., Borgos, R. & Hansen, T. (1998). *To land – en framtid: Samlinger med bosnisk ungdom med fokus på eksil og tilbakevending*. Oslo: Redd Barna.

Borchgrevink, M.C. (2000). ”Lille speil på veggen der”… : Teaterverksted som psykososialt forebyggende tiltak for flyktningbarn”. *Linjer*, vol 10, 14-16. Finnes også som undervisningsvideo.

Daniel, B. & Wassell, S. (2002). *Assessing and promoting resilience in vulnerable children.* London: Jessica Kingsley publishers.

Jagmann, K. (2002). Gruppetiltak for barn og unge med flyktningbakgrunn i Bærum kommune. I: *Linjer*, vol. 12, 16-21.

Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (eds.), *Handbook of early childhood intervention*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press.

Schancke, V. & Lukwago, M. (1997). *EM-prosjektet. Prosjekt enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere.* Rapport fra Statens helsetilsyn og Troms fylkeskommune v/BUP Sjøvegan.

Waaktaar, T. & Christie, H.J. (2000). *Styrk sterke sider: Håndbok i resilience-byggende grupper for barn med psykososiale belastninger.* Oslo: Kommuneforlaget

Waaktaar, T., Christie, H.J., Borge, A.I.H. & Torgersen, S. (2004). Building adolescent’s resilience within a psychiatric outpatient setting: Results from a pilot clinical intervention project. *Psychological Reports*, vol. 94, 363-370.

Waaktaar, T., Christie, H.J., Borge, A.I.H. & Torgersen, S. (2004). How can young people’s resilience be enhanced? Experiences from a clinical intervention project. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 9, 167-183.

Traumegrupper med flyktningbarn og deres familier

PTSD er en tilstand som påvirker barns hjernemessige utvikling. Barn med ubehandlet PTSD har forhøyet angstaktivering, som gjør at de konstant føler fare. Symptomene varierer og kan blant annet være søvnvansker, mareritt, nervøsitet og skvettenhet. Traumeminner utløses av sansemessig stimulering som minner dem om hendelsen, det være seg lukter, lyder, bevegelser eller spesielle situasjoner. Barna bruker enorme krefter på å unngå sine egne tanker og minner, og dermed også situasjoner som minner dem om disse. Dette har konsekvenser for deres livskvalitet, i form av redusert lek, færre interaksjoner med venner, ensomhet og dårligere læring, som følge av konsentrasjons- og hukommelsesvansker. Det viktigste er selvsagt at hverdagen raskest mulig normaliseres, at barna får god oppfølging av interesserte voksne med innlevelse og forståelse, og at de får mulighet til positive opplevelser i fellesskap med andre. Alle slike resiliensfremmende, eller styrkende faktorer vil i seg selv dempe symptomer. Det er imidlertid viktig at det også vurderes behov for ytterligere intervensjoner i form av fokusert behandling for deres traumerelaterte symptomer.

Psykososialt Team Sør etablerte i samarbeid med Kristiansand Barne- og ungdomspsykiatriske avdeling ved Sørlandet sykehus et behandlingstilbud til flyktningfamilier i form av intensiv gruppebehandling for traumatiserte flyktningbarn. I løpet av en 2-årsperiode har tilbudet blitt gitt til tsjetsjenske familier som i denne perioden har utgjort en stor gruppe av asylsøkere i Vest-Agder.

Traumegruppene bygger på en modell utarbeidet av Magne Raundalen med kolleger ved Senter for Krisepsykologi i Bergen, og er beskrevet i en nylig revidert håndbok for fagpersoner som ønsker å sette i gang tilsvarende grupper (se litteraturlisten). Vi vil her kort beskrive våre egne erfaringer med slike grupper og noen refleksjoner rundt metodens virkning, basert på evaluering.

Hvordan velges familiene ut?

Familiene rekrutteres i stor grad fra asylmottak som er gjort kjent med tilbudet. I noen tilfeller har andre BUPer i regionen henvist barn som de har i behandling. Helsesøstre er også i kontakt med de fleste av de aktuelle barna, og er viktige samarbeidspartnere for å vurdere barnas symptomer og fungering. Vanlige henvisningsprosedyrer til BUP følges. Ved hjelp av intervju og bruk av kartleggingsskjema for PTSD gjøres en vurdering i forkant av samlingene. Terapeutene bestreber seg på å gjøre dette selv, gjennom møter med hver enkelt familie.

Alle barn som får delta vurderes som behandlingstrengende og har klare symptomer på traumatisering. Gruppene skal være mest mulig homogene slik at barn uten traumereaksjoner ikke utsettes for å lytte til sterke historier – noe som ville kunne utløse symptomer som ikke allerede var tilstede. Det fins ikke noe fasitsvar på hvor mange barn som kan delta i en samling, men det er vår erfaring at jo flere barn, jo større utfordring er det å få tid til å gi alles historier plass, samt fortløpende å kunne vurdere barnas reaksjoner. Det er derfor satt en grense ved ca 8-10 barn. Vi tar inn hele familier, og bredden i alder kan derfor variere med søskengruppenes sammensetning. Antall barn er avgjørende, selv om dette skulle føre til at færre familier tas inn til hver enkelt samling.

Hva skjer i barnegruppene?

Samlingene går over tre dager, og har funnet sted på et leirsted, der familiene kommer til oppredde senger, navn på dørene og ferdige måltider. I løpet av de to årene samlingene har vært holdt, har metoden utviklet seg fra å bare bestå av barnegrupper, til å også omfatte parallelle foreldresamlinger. Her legges det vekt på kunnskapsformidling om PTSD, normalisering av familienes situasjon ut fra deres erfaringsbakgrunn, og muligheter for å stille spørsmål og ha dialog rundt det familiene strever med.

Samlingene følger samme opplegg:

Dag 1:

1. Fellessamling for alle familiene med informasjon om hvorfor vi er sammen, hvem terapeutene er og hva som skal skje i løpet av samlingen. Informasjonen gjøres enkel og vi tar i bruk bilder for at barna skal kunne danne seg en forståelse av hvorfor det er viktig å jobbe med de vonde minnene.
2. Foreldresamling med vekt på å spørre foreldrene om hvert enkelt barns historie, og i særdeleshet hva foreldrene tenker er det verste som barna har opplevd.
3. Barnegrupper med innlagte pauser
4. Avslutningssamling for alle familiene.

Dag 2 og 3:

1. Kort morgensamling med alle
2. Barnegrupper med innlagte pauser
3. Foreldresamling med vekt på progresjon, tilbakemelding fra barnas jobbing. Siste dag legges det mest vekt på generell kunnskapsformidling om hvordan foreldrene

kan videreføre arbeidet hjemme med å trygge, redusere angst og hjelpe barna til å overkomme sine symptomer. Vi informerer også om at vi skal ha en oppfølgingssamtale hvor vi evaluerer behov for videre intervensjoner.

Arbeidet i barnegruppene tar utgangspunkt i det Magne Raundalen refererer til som ”myke metoder.” Dette betyr at man tillater barnet å nærme seg sitt verste minne i sitt eget tempo, og med den avstand det trenger. Oppgaver som gis i form av tegning, skriving eller fortelling formuleres slik at barnet ikke tvinges til å svare direkte på spørsmål som vedrører deres minner. Spørsmålene tar heller utgangspunkt i deres følelser her og nå. Dette kan være å få frem barnas assosiasjoner til følelsesrelaterte ord, for eksempel: ”hva tenker du på når jeg sier ordet ”redd/trist/sint/forvirret”?” Barna lytter til hverandres historier og får selv anledning til å fortelle. Før pausene legges det gjerne inn avslapningsøvelser. Barna reiser i fantasien til et godt sted. Øvelsene vektlegger også pust og det å legge merke til egen avspenning når man fokuserer på at kroppen skal slappe av. Her benyttes det ofte elementer fra EMDR for å etablere et ”trygt sted” i barnas forestilling, for eksempel gjennom gruppeteknikken ”butterfly hug.” (Se mer om metoden EMDR i kapittel 13.) Vi er også opptatt av å fokusere på barnas ressurser og mestringsevne.

Bruk av musikk

Raundalen har jobbet nært sammen med musiker Lorentzen i sine barnegrupper. I vårt arbeid har vi ikke hatt anledning til et slikt samarbeid, men ser gruppene som et svært egnet sted for å bruke musikk, bevegelse og kreativitet i terapeutisk hensikt. Bruk av musikk har vært begrenset til et utvalg sanger som har hatt en viktig funksjon i overganger, oppstart og avslutning av arbeid, og for å bekrefte eller endre stemninger i gruppa. Vi har blant annet benyttet en tøysevise, kjent for de fleste som ”Aram sam sam”, som har virket godt i forhold til yngre barn. Men også eldre søsken har latt seg engasjere i denne. Den har vært brukt som en morgensang ”for å vekke alle som sover”. I ettertid har vi møtt barn fra gruppene på gata, som straks de ser oss begynner å synge ”aram sam sam”. Nettopp denne vekslingen mellom alvor og glede, og opplevelse av nærhet både gjennom latter og tristhet skaper en dynamikk som er viktig for prosessen gjennom de tre dagene.

Hospitanter i gruppene

Psykososialt Team Sør og BUP Kristiansand har, på samme måte som Magne Raundalen, vektlagt å invitere hospitanter som ønsker å lære metoden til å være tilstede

under samlingene. Dette har hatt en todelt funksjon. Hospitantene lærer ved å observere og får samtidig nyttig informasjon til sitt videre arbeid med familiene. For oss har det vært et kriterium at de enkelte mottak, kommuner eller BUPer selv må følge familiene med en kontaktperson under samlingene. Dette har, etter vår erfaring, lettet senere samarbeid og kommunikasjon.

Samlingene har vært ledet av to terapeuter og hospitantene har kun en observerende rolle. Unntaksvis har man bedt hospitanter om å sette seg ved siden av et barn når det kommer sterke reaksjoner med gråt, og den voksne kjenner barnet fra før. Hospitanten inngår ikke i samtalen, men blir en nærværende, trøstende voksen – samtidig som dialogen fortsetter med en av de to lederne. Etter vår erfaring har tilstedeværelse av hospitanter ikke virket negativt inn på samlingene. Hospitantene plasseres langs veggen bak ”hesteskoen” som barna er plassert i. Et avslutningsritual siste dag, som etter hvert har blitt fast innslag under samlingene, er å rydde vekk bord og materiale og å sitte i en ring rundt et lite lavt bord. Hvert barn får et telys, som de får lov til å tenne som symbol for det de ønsker eller drømmer om. I denne situasjonen har ofte noen barn gått spontant ut av gruppa og delt ut lys til hospitantene med oppfordringer om at de også skal tenne lys. Dette har vi sett som uttrykk for at barna opplever de voksne som et stille, men positivt nærvær i den prosessen som de jobber seg gjennom.

Hvem kan benytte metoden?

Til tross for metodens enkle oppbygging, mener vi at den i stor grad avhenger av god terapeutisk kompetanse for å kunne bli nyttiggjort. Veiledning av fagpersoner uten slik kompetanse har vist at ønsker om å hjelpe og det å ha observert på samlinger i mange tilfeller ikke er tilstrekkelig. I slike tilfeller opplever man oftere å stå fast der mer erfarne fagpersoner sannsynligvis med større letthet ville ha kunne hjulpet barna gjennom emosjonelt sterke opplevelser. En del har vært usikre i forhold til det å utløse barns følelsesmessige ubehag og å kunne greie å lukke igjen det de har åpnet for. Noe av det viktigste i møte med traumatiserte barn er nettopp at barna kjenner at terapeuten orker, tåler og vil ta i mot det de kommer med, uansett følelsesintensitet. Det er derfor vår oppfatning at denne metoden ikke uten videre skal benyttes som intensiv gruppeterapi, med mindre man er kjent med posttraumatiske tilstander og behandling av disse.

En del ressurspersoner tilknyttet mottak eller helsestasjoner har imidlertid fortalt at de har hatt enkeltsamlinger eller ukentlige grupper med barn hvor en del av materialet fra barnegruppene er benyttet, og hvor barna har fått anledning til å fortelle om sine opplevelser, men uten direkte påtrykk fra gruppeleder om å fokusere på det aller verste.

Uten kjennskap til alle slike grupper i vår region, har vi inntrykk av at slike gruppesamlinger, der størrelsen varierer fra en enkelt søskenflokk til en mindre gruppe barn, har vært viktig ”førstehjelp” for mange familier som ellers ville ha stått på ventelister i hjelpeapparatet, eller mest sannsynlig ikke ville blitt ha henvist.

Bruk av tolk

Samlingene er helt avhengig av at det benyttes tolker med gode ferdigheter. I våre samlinger har vi benyttet de samme to tolkene hver gang. Disse har derfor opparbeidet seg erfaring fra gang til gang. For- og etterarbeidet er viktige deler av kontakten med tolkene. Dette innebærer at tolkene gis mulighet til å sette seg inn i den spesielle rollen de har på samlingene, kan forberede seg mentalt på den emosjonelle intensiteten som gjerne oppstår, og oppmuntres til å ta vare på seg selv i forhold til den slitasje det er å formidle dramatiske historier fra krig og flukt gjennom flere timer. Vi har en jevn dialog med våre tolker og går da gjennom historier som har gjort spesielt sterkt inntrykk, anerkjenner reaksjoner hos oss som hjelpere, og fremhever jobben de gjør som våre kolleger.

Oppfølging

Gruppene er forsøkt evaluert i form av en oppfølging av familiene etter 3 måneder. Vi benyttet da samme kartleggingsskjema som ved starten. Siden vi ikke var fornøyde med skjemaet, ble dette etter hvert kun benyttet som veiledende for samtalen med familiene. Vi kan ikke trekke noen store konklusjoner, men oppfølgingen så langt har gitt oss klare indikasjoner på at ingen barn ble verre etter deltagelse. De aller fleste rapporterte markant nedgang i symptomer som mareritt og gjenopplevelser. Skoler ga tilbakemeldinger om endringer hos de fleste barna i form av økt interesse, initiativ og synlig glede gjennom mimikk, interaksjon og kontakt både med voksne og barn. De barna som har hatt behov for det, har blitt henvist til videre oppfølging på BUP, eventuelt ved Psykososialt Team Sør.

Barnas tilbakemelding

Svært mange av de større barna oppsummerer dagene med å trekke frem at de føler vi har kommet nær dem, og at de følte at noen virkelig brydde seg om det de hadde vært gjennom. Avskjeden siste dag har ofte vært preget av at de ikke ønsker å dra eller å miste kontakten. Vi har gitt dem informasjon om hvor de kan få tak i oss. Dette er spesielt viktig

siden barna, som følge av sin bakgrunn, kan ha opplevd mange relasjonsbrudd. Svært få har imidlertid benyttet muligheten til å ta spontant kontakt.

Viktige vurderinger underveis

Gruppenes sammensetning har krevd fleksibilitet i det terapeutiske arbeidet. Man har måttet gjøre fortløpende vurderinger av behov for å dele inn i mindre grupper, både etter alder og kjønn. Enkelte ganger har de yngre hatt behov for lengre pauser. En av terapeutene og en tolk har da tatt dem med ut til fotballspill eller annen lek. Denne tiden har for eksempel blitt brukt til å jobbe med ungdommene i gruppa under roligere omstendigheter.

Det gjøres også fortløpende vurderinger av innholdet i barnas traumehistorier. Spesielt ungdommene har mange sterke og dramatiske historier fra brutal krigføring, og enkelte ganger har man vurdert det som terapeutisk uforsvarlig å åpne for det aller verste med de andre som tilhørere. Dette kan for eksempel dreie seg om situasjoner der man er usikre på hva slags type overgrep de har vært utsatt for, og ut fra deres reaksjoner støtter behovet for avstand, kontroll og pauser fra gruppa underveis. Flere unge tenåringsgutter har vært tatt til fange, utsatt for vold og en del har opplevd tortur. Disse hendelsene har man vurdert som uforsvarlig å utsette hele gruppa for. Enkelte ganger har man derfor delt inn i mindre guttegrupper underveis, eller tilbudt individuell oppfølging.

Foreldrenes reaksjoner

Uten unntak har foreldre gitt tilbakemelding på at de er svært fornøyde med samlingene. De fremhever opplevelsen av bedre å forstå både barnas og egne symptomer, mer tro på at ting kan bedres og at de kan få hjelp med problemene. I svært mange tilfeller gir familiene uttrykk for å føle seg ivaretatt og forstått. At noen andre viser interesse for deres barns velvære, og at familien tilbys å komme til ferdig oppredd seng og mat betyr mye. Svært mange rapporterer at de tidligere ikke har snakket med noen andre om egne eller barnas vansker, men at de i løpet av samlingene har utviklet vennskap med andre familier, og delt både smerte og håp med disse.

Familiene har vært tydelige på at metoden forutsetter en åpenhet og direkthet som er i konflikt med det de beskriver som sin tsjetsjenske kultur. Like fullt har det hver gang vist seg mulig å reflektere rundt deres verdier og mulighetene for fleksible tilnærminger når de befinner seg i den situasjonen som krig og flukt har brakt dem i. Familiene har vist imponerende evne til å revurdere egen praksis, og til å prøve ut det vi inviterer dem til – å

være våre samarbeidspartnere for å hjelpe deres barn til bedre tilpasning. En av mødrenes uttalelser kan illustrere familienes smerte og styrke:

> *"Etter å ha hørt dere fortelle om virkningen av å sette ord på den aller verste opplevelsen barna hadde, bestemte vi mødre oss for å prøve dette ut selv. Om kvelden samlet vi oss i stua, og så fikk alle fortelle sin historie etter tur, om barna vi har mistet, all død og terror vi husker hver eneste dag. For de fleste av oss var dette første gang vi delte sorgen med noen, og vi gråt sammen i flere timer. Dette har gitt oss styrke til å hjelpe barna våre, og holde ut vår egen sorg."*

Litteratur

van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. & Weisæth, L. (eds.) (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press.

Raundalen, M., Lorentzen, G., & Dyregrov, A. (2005). *Gruppearbeid i flyktningfamilier: Barnegrupper og foreldreveiledning*. Oslo: Pedagogisk forum.

Shapiro, F. (2001). *Eyemovement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. 2nd ed. New York: Guilford Press.

Dramaterapi og parallelle foreldregrupper

Dramaterapi er en terapiform der drama og lek er de terapeutiske virkemidlene – til forskjell fra for eksempel samtale som middel i klassisk samtaleterapi. Dramaterapi er *ikke* det samme som psykodrama, som er en forholdsvis kjent terapiform i Norge.

Dramaterapi skal i all hovedsak være lystbetont, det skal imøtekomme barnets behov, også det behovet som mange asylsøkerbarn ikke får oppfylt – nemlig å få utfolde seg som *barn.* Dramaterapi tar utgangspunkt i barnets egne ressurser. Lek og utfoldelse er en av ressursene som barn på en naturlig måte tar i bruk for å bearbeide inntrykk. Det som for barnet oppleves som spennende, gøy og interessant, er det som gir nøkkelen til en terapeutisk prosess i dramaterapi. Gjennom å finne en form (roller og historier) som oppleves som meningsfull, er man på samme tid i gang med styrking av barnets sterke sider så vel som å berøre de mer følsomme og konfliktfylte temaene i barnets liv der og da.

Gjennom å spille roller og lytte til / skape historier, får barna utfolde seg i en ”som om-verden” der rollene de spiller og historiene de er med på å forme, tilsynelatende står fjernt fra deres egen hverdag og historie. Deres egen historie og hverdag er gjerne så tett forbundet med sårbare og konfliktfylte minner og følelser at det vil være for smertefullt å ta frem og snakke om dette. At det barna uttrykker tilsynelatende står fjernt fra deres egen hverdag og historie, gir dem den nødvendige trygghet til å utfolde seg. Når de selv er med på å forme og skape roller og historier, vil de indirekte berøre egne konfliktfylte, sårbare og blokkerte følelser og temaer. Det er ofte slik at i den grad de er medskapende i et kreativt uttrykk, vil de også berøre sitt indre følelsesliv, men uten at det føles truende, for de spiller jo noen helt andre! Eller historien handler jo om noe helt annet! At barna får mulighet til å berøre de sårbare, blokkerte og konfliktfylte følelsene og temaene som de bærer med seg bidrar i seg til å bearbeide disse og forebygge utvikling i retning av psykisk lidelse/skade.

Ved siden av arbeidet med drama og lek som uttrykksform vil dramaterapeuten i noen grad åpne opp for at barna skal få fortelle ”sin historie” hvis de selv ønsker det.

Ved Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge arbeider man for tiden med et prosjekt der barn på asylmottak tilbys dramaterapi i grupper. Foreldrene får også et gruppetilbud. Det er vanligvis ti-tolv samlinger over et semester for hver gruppe. Prosjektet innebærer samarbeid med BUP, barne- og familietjenesten og flyktninghelseteamet. Evalueringsrapport for prosjektet er utarbeidet av SINTEF våren 2006.

Hvorfor foreldregrupper?

Hovedmålsetningen med også å samle foreldrene i grupper har vært relasjonsbygging og samhandling omkring deres viktige fellesinteresse, nemlig ivaretakelsen av barna. Gjennomføringen baserer seg også her på nyere resiliens-tenkning, spesielt mobilisering av beskyttelsesfaktorer i familien og nettverket. Foreldregrupper kan drives på forskjellige måter, for eksempel som samtalegrupper med psykoedukative eller uttrykksterapeutiske innslag. Det viktige er å få foreldrene med i en prosess som motvirker passivitet ("offer-rollen") og styrker kompetansen i forhold til ivaretakelse av omsorg for barna i hverdagen.

Litteratur

Berg, B. (2006). *"Jeg glemmer å være trist". Evaluering av et gruppebehandlingsprosjekt for barn og foreldre i mottak*. Trondheim: SINTEF IFIM.

Breivik, M., Indredavik, M.S. & Aarseth, J. (1997). *Kan vi forstå?: Barnepsykiatriens arbeid i Bjugn-saken*. Oslo: Kommuneforlaget.

Jennings, S. (ed.) (1995). *Dramatherapy with children and adolecents.* London: Routledge.

Winn, L. (1994). *Post traumatic stress disorder and dramatherapy: Treatment and risk reduction*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Se for øvrig http://www.oslo.kommune.no/ under publikasjoner og Våghalsen nr. 2 – 2001 – "Lek deg bedre"

Samtalegruppe for enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere

Samtalegruppene i Salangen organiseres av BUP Indre Sør-Troms i nært samarbeid med videregående skole og Sjøvegan asylmottak. BUP Sjøvegan er siden 2001 forsterket med to stillinger øremerket flyktninger. Dette grunnet spesialmottak for enslige mindreårige asylsøkere (EMA), samt bosettinger av enslige mindreårige i to av BUPs inntakskommuner. Stillingene er primært tiltenkt klinisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. I tillegg til dette følger veilednings- og undervisningsansvar i forhold til første-

og annenlinjetjeneste i Troms fylke. Stillingene er besatt av en helsesøster/kunstterapeut og en klinisk sosionom.

Målsettingen med samtalegruppen er følgende:

”Gjennom verbal og nonverbal tilnærming, hjelpe ungdommene til kollektivt og individuelt å bearbeide krisereaksjoner, sorg, savn og kultursjokk”.

Deltakere i gruppene

Målgruppen er primært asylsøkere i tidlig fase. Gruppen kan likevel bestå av ungdom i ulike faser av asylsøknadsprosessen, avhengig av hvor raskt de får svar på søknaden. Grunnet behov for tolk, er det mest praktisk med en gruppe der deltagerne har samme morsmål. Vår erfaring er i hovedsak med guttegrupper, men vi har også hatt rene jentegrupper, samt blandede grupper. Gruppestørrelsen har variert fra 6 til 10-12 deltagere, alt etter hvor mange i språkgruppen som er i asylmottaket og i BUPs inntakskommuner i den aktuelle perioden.

Samtalegruppene organiseres som et fast tilbud, og fanger opp de aller fleste EM. I den grad ungdommene har større bistandsbehov fra psykiatrien, gis disse et individuelt tilbud. Denne seleksjonen skjer i tidlig fase, og i samarbeid med helsesøster og koordinator på asylmottaket. Dette skyldes dels hensyn til gruppeprosessen og dels ungdommenes ekstra behov for oppfølging og behandling. I tillegg er gruppens hovedfokus på mestring, og bare i liten grad på traumebearbeiding. Den traumebehandlingen som gis er indirekte via historielaging og tegninger. Vi vurderer enslige mindreårige asylsøkeres omsorgs- og livssituasjon som for usikker til å ha hovedfokus på traumer, spesielt i en samtalegruppe. En tilnærming i forhold til ungdommens mestring og egne ressurser gjør også at ungdommen ikke så lett blir skremt vekk – noe som har ført til at tidligere gruppemedlemmer gjerne anbefaler samtalegruppe til nye ungdommer.

Helsestasjonen og asylmottaket samarbeider om å henvise ungdommene til samtalegruppe. Lege signerer henvisningen og henvisningsgrunn er behov for deltakelse i samtalegruppe. Ordinært henviste ungdommer får vanligvis et gruppetilbud først, dersom dette passer i forhold til henvisningsbestilling og tidspunkt for oppstart av gruppe. *Samtalegruppen er imidlertid et lavterskeltilbud hvor det å være enslig mindreårig i seg selv er henvisningsårsak, ikke spesifikke psykiske problemer.*

Samarbeidspartnere

Videregående skole, mottak, helsestasjon og tolk er viktige samarbeidsparter. Gruppen ledes av en eller to BUP-behandlere samt koordinator fra asylmottakets avdeling for EMA. Når det gjelder samarbeidet med skolen, så blir denne orientert av asylmottaket om aktuelle gruppemedlemmer. Disse får skolens fullmakt til å delta i samtalegruppe i skoletiden uten fraværsføring. Skolen stiller dessuten med fast grupperom. Fordelen med å gjennomføre gruppene i skoletiden og i skolens lokaler er at dette er ”nøytral grunn”. Det er også praktisk med henblikk på oppmøte. I tillegg kan lærerne hjelpe til med å motivere elevene.

Opplegg og temaer for gruppene

Gruppen går over 8 uker á 3 skoletimer. I pausene har man en enkel servering med kjeks og juice. Siste møte markeres med kaker og brus.

Vi er kommet frem til at det er best å ha færrest mulig regler i gruppen. For å skape trygghet og tillit vektlegges det imidlertid at alle må vise respekt for hverandre, noe som blant annet innebærer at man oppfordres til ikke å snakke om andres problemer utenfor gruppen. Dette har fungert godt. I samtalegruppen benyttes ulike tilnærminger som for eksempel psykoedukasjon, samtaler, kunstterapi og ritualer.

Første dag introduseres gruppedeltakerne for en sang som berører følelser som sorg og savn. Vi leser også dikt med ulike temaer. Ungdommene arbeider videre med en historie som består av tekst og tegninger om en fiktiv enslig mindreårig i lignende situasjon som dem selv. Denne arbeides det med fra oppstart til siste dag – hvor historien blir opplest. Historien er bygd opp omkring den gode tiden i hjemlandet, problemtiden, flukten, møtet med det nye landet og fremtidsønsker.

Det foretas en enkel kartlegging som i en tidlig fase presenteres anonymt i gruppen. Dette gjør vi for å vise de unge at de ikke er alene om å ha det vanskelig.

Øvrige temaer som behandles i gruppen er møte med ny kultur og vanlige reaksjoner på sorg, savn, flukt og eksil. Videre arbeides det med temaet søvnvansker. Det gis også råd om ulike metoder som kan være til hjelp når livet oppleves som vanskelig. Vi har blant annet laget et sørgeritual hvor ungdommene tegner symboler, skriver tekst og tenner et lys for personer de savner. Vi åpner også for at ungdommene selv kan bidra med for eksempel sørgevers fra Koranen, Bibelen eller fra andre aktuelle religioner.

Temaene bearbeides via tegning, maling, sang, historielaging, samtale, deltakelse i ritualer og undervisning. Ungdommene blir også introdusert for enkle avspenningsmetoder, gjerne til musikk. Gruppen lager videre et maleri i fellesskap. Temaet for dette er fremtidshåp og ønsker. Bildet gis som gave til en spesielt innbudt person på avslutningsfesten. Gruppen blir også avsluttet med utdeling av diplom og arbeidsbok.

Kort om erfaringer

Vår erfaring er at enkelte ungdommer i etterkant av gruppemøtene tilkjennegir behov for bistand i forhold til pågående traumereaksjoner. Disse oppleves da som mer tillitsfulle og motiverte i behandlingskontakten enn ordinært henviste ungdommer.

Det er vår oppfatning at de ungdommene som har deltatt i samtalegruppe også blir bedre rustet til en vanskelig hverdag. Fra mottaket og skolen rapporteres det dessuten at ungdommer som har deltatt i samtalegruppe viser bedre trivsel og samspill.

Samtlige voksne opplever samtalegruppen som svært meningsfull. Forutsetningen for at gruppen skal lykkes er imidlertid godt samarbeid mellom alle involverte, god planlegging og gode rutiner i forhold til organiseringen.

15. Psykososialt arbeid med flyktningbarn – reaksjoner hos hjelper

Sekundærtraumatisering

Psykososialt arbeid med alvorlig traumatiserte flyktningbarn og -familier kan være svært krevende. Arbeidet kan lett mobilisere sterke følelsesmessige reaksjoner som fortvilelse og sinne. Det er lett å bli overveldet av avmaktsfølelse, ikke bare i forhold til hva som oppnåes i arbeidet eller behandlingen, men kanskje mer i forhold til flyktningbarnets vanskelige livssituasjon i mottak og etter bosetting. Innlevelse i barnets eller familiens erfaringer, smerte, vonde og negative følelser er viktige komponenter i et behandlingsforløp, men dette kan også føre til både psykisk og fysisk *medinnlevelsestretthet (compassion fatigue*). I tillegg kommer reaksjonene på innholdet i det barnet eller familiene har å fortelle, som ofte i stor grad viser en virkelighet som de fleste mennesker foretrekker å ikke få innblikk i. Reaksjoner på historier med sterkt traumatisk innhold kan komme uavhengig av en terapeutisk prosess; i et førstegangsintervju, i en veiledning, i forbindelse med en undervisning, eller en skriftlig beskrivelse. Oftest oppleves dette av hjelpere, behandlere eller forskere, samt nære nettverkspersoner. Slike reaksjoner kalles gjerne *sekundær traumatisering* og kan minne om posttraumatiske stress-symptomer. Man kan oppleve invaderende tanker og forestillinger om hendelser, ønsker om å unngå dette og man kan oppleve økt psykofysiologisk aktivering med for eksempel søvnvansker, konsentrasjonsvansker, økt muskulær spenning og så videre.

Vikarierende traumatisering

Reaksjonen på å høre om det grusomme kan også bestå i irritasjon og avvisning, både av historien (”dette tror jeg ikke på”) og av personen. Å arbeide psykososialt med traumatiserte over tid, kan i tillegg føre til kognitive forandringer i hvordan en opplever seg selv, andre mennesker og virkeligheten – på en slik måte at ens verdensbilde begynner å ligne på de traumatisertes. En kan bli preget av liten tro på at noe nytter, få et negativt menneskesyn, pessimisme når det gjelder menneskenes fremtid og få vanskeligheter med å finne mening med tilværelsen. Dette fenomenet blir gjerne kalt *vikarierende traumatisering***.**

Mottiltak

Det er viktig at både den enkelte hjelper/behandler og arbeidsledelse er klar over disse reaksjonene og gjør noe for å motvirke dem. *Arbeidsledelsen* må ha til oppgave å sørge for at den enkelte får variasjon i arbeidet og innflytelse over dette. I tillegg må ledelsen sørge for veiledningsmuligheter og stimuleringstiltak for eksempel i form av undervisning/kurs, presentasjon av eget arbeid og lignende. Ledelsen har også ansvar for å skape en atmosfære med åpenhet om reaksjoner og der slike reaksjoner behandles som noe naturlig.

Den enkelte medarbeider har ansvar for å ta imot tilbud om veiledning og undervisning. Det er viktig å identifisere og erkjenne reaksjoner hos seg selv og å kunne dele disse i veiledning eller med medarbeidere. Det er også viktig å finne et faglig fokus, en faglig interesse, som gjør at en for eksempel lytter til historier med dette fokuset i tankene. For noen kan det også bli meningsfullt å engasjere seg i aktiviteter/organisasjoner som for eksempel arbeider i forhold til menneskerettigheter/flyktningspørsmål/politisk undertrykking og lignende. Dessuten gjelder det selvfølgelig at man kjenner sin egen begrensning, ikke strekker seg lenger enn kreftene rekker og sørger for å ha et liv utenfor jobben med alt hva dette innebærer.

Litteratur

Berge, T. (2005). Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 42, 125-127.

Dahl, S. (1996). Hvordan takle egne reaksjoner og forebygge utbrenthet i arbeidet med flyktninger. *Linjer*, vol. 6, 8-10.

Nygård, M. (1995). ”Passiv” traumatisering – hvordan hjelper hjelperne seg selv? *Omsorg*, vol. 12, 26-28.

Stamm, B.H. (ed.) (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators*. Lutherville: Sidran Press.

16. Etiske problemstillinger i arbeid med flyktningbarn og -familier

De etiske rammene for vår virksomhet er nedfelt i

- lover og forskrifter (psykisk helsevernlov, barneloven, barnevernloven, lov om pasientrettigheter m.m.)
- internasjonale konvensjoner (menneskerettighetserklæringen, barnekonvensjonen, torturkonvensjonen m.fl.)
- fagetiske retningslinjer for de enkelte profesjonene

Når det gjelder helsetilbudet til barn står det i barnekonvensjonens retningslinjer (§ 24) at: ”Partene erkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og av tilbudene om behandling av sykdom og rehabilitering” og videre (§ 39): ”Slik rehabilitering skal finne sted i et miljø som fremmer barnets helse, selvrespekt og verdighet.” Dette kan være gode og veiledende formuleringer i det praktiske helsearbeidet med barn som er flyktninger og asylsøkere.

I den kliniske virksomheten med flyktningbarn og familier vil en behandler eller hjelper ofte stå overfor en rekke utfordringer og oppleve å stå overfor sammensatte og kompliserte oppgaver. Mange ganger vil det være mange ulike behov og hensyn som skal tas, og ikke sjelden vil barnet og hensynet til barnets beste være noe som settes litt på strekk mellom ulike bestemmelser og beslutningsprosesser. Målet med hjelpearbeidet er å yte støtte og sørge for at barnet får tilgang til nødvendige helsetjenester. Samtidig er det viktig å ha fokus på forebyggende tiltak, med andre ord, bidra til at forholdene legges best mulig til rette i en situasjon som ofte er preget av vanskeligheter og utrygghet. Det som preger barnets situasjon som asylsøker er som tidligere pekt på at asyltilværelsen i seg selv er usikker, midlertidig og ofte krisepreget, i hvert fall for barnets nære voksne. Flytting mellom mottak og begrenset kontinuitet i det daglige kan være erfaringer barnet gjør. Det er viktig å motvirke slik ustabilitet for barn som allerede ofte har opplevd store og vanskelige endringer.

Det å sørge for nødvendig helsemessig oppfølging vil ofte kreve en ekstra innsats fra de hjelperne som står barnet og familien nærmest. I noen tilfeller vil hjelpeapparatet, for eksempel BUP, kunne vurdere at rammevilkårene for å gi slik hjelp ikke er til stede, og at mangler knyttet til omsorgssituasjon, nettverk, stabilitet (blant annet med tanke på framtiden) gjør det vanskelig å igangsette behandling. Muligheten for at barnet og familien i prinsippet kan bli nødt til å forlate landet mens behandling pågår er ett av de momentene

som kan gjøre det vanskelig å etablere et nødvendig behandlingsforhold. Det er særlig i arbeidet med asylsøkende barn og deres familier at vanskelige etiske dilemmaer oppstår. Ett dilemma er knyttet til situasjoner der en vurderer at det er behov for behandling av barnet, men at det på grunn av usikkerhet omkring oppholdstid blir vanskelig å iverksette den form for behandling som ville være ønskelig. Et annet dilemma er det som oppstår i situasjoner der foreldre ikke anses som godt nok skikket til å ha omsorg for egne barn, men at de i mangel på opphold i landet sendes ut sammen. Et eksempel på en slik problemstilling belyses i følgende sak:

En familie med to små barn går i behandling. Mor har store psykiske vansker, er voldtatt flere ganger i sitt hjemland. Familien er utstøtt der. Far har en dom på fire år i hjemlandet. Barna viser utviklingsmessige/psykiske forstyrrelser. Familien har fått sitt tredje avslag og skal sendes til sitt hjemland. Helsepersonell mener at mor ikke vil klare omsorgsoppgaven alene uten far.

Dette betyr i praksis at hvis familien sendes tilbake vil den av foreldrene som kanskje kunne ivareta omsorgen, bli borte fra familien for en lengre periode og barna vil ha en mor som selv har mye å slite med som eneste voksne omsorgsperson, med mindre andre ordninger kan etableres i hjemlandet.

I andre saker kan faglige instanser kanskje ha vurdert at barnas omsorgssituasjon i det store og hele er problematisk, og at støttende og forebyggende tiltak overfor hele familien er påkrevd. Men i det øyeblikket familien eventuelt sendes ut av landet mister en muligheten til å følge opp det som kan anses for å være nødvendig hjelp til familien.

Likeledes vil det oppleves som et etisk dilemma der en vet at barnet vil være i behov for hjelp over lengre tid og at et tilsvarende hjelpetiltak ikke vil være mulig å iverksette i hjemlandet. I noen tilfeller vil det kunne gjøres forberedende arbeid i forbindelse med tilbakesending, men i mange av de situasjonene som hjelpere møter vil et forsvarlig helsemessig tilbud for barnet ikke la seg etablere. Ofte har dette å gjøre med at de land asylsøkere sendes tilbake til er lavinntektsland der helsevesen og særlig psykisk helsevern ikke er allment tilgjengelig.

I dette arbeidet er det viktig i å kunne gjøre slike etiske problemstillinger tydelige og ha muligheter til å drøfte med kolleger og andre hvordan en bør gå frem for på best mulig måte å ivareta bestemmelser og intensjoner i barnekonvensjonen og lignende. Med andre ord, at hensynet til barnets beste skal veie meget tungt og tas i betraktning i alle forhold som har med barnet å gjøre. Noen praktiske råd følger.

Å arbeide etisk

I all vår profesjonelle virksomhet kreves det at vi har en innebygd prosess som ivaretar vårt etiske grunnlag. Dette innebærer for det første at vi setter oss grundig inn i de fagetiske retningslinjer som forefinnes og i relevante lover og forskrifter. Videre må vi bidra til at etiske refleksjoner blir en prosess som foregår kontinuerlig, både individuelt og gjennom dialog i fagmiljøene, slik at betydningen av sentrale begreper i prinsippene videreutvikles.

Norsk psykologforening har utarbeidet veiledende prinsipper for bruk av de fagetiske retningslinjene. Her kan vi lese følgende: ”Etiske problemstillinger kan raskere identifiseres når det finnes tydelige retningslinjer eller standarder, eller når de er tydeliggjort gjennom refleksjon og dialog. Når det er konflikt mellom prinsippene (et etisk dilemma) kan vurderingene være mer tidkrevende og kompliserte” (se Etiske prinsipper for nordiske psykologer vedtatt av Landsmøtet 1998).

Følgende trinn beskrives som viktige i en etisk beslutningsprosess:

- Identifisering av etisk relevante temaer og problemstillinger.
- Utvikling av alternative fremgangsmåter.
- Vurdering av kortsiktige eller langsiktige fordeler og ulemper ved hver av framgangsmåtene i forhold til alle som er involvert eller kan bli berørt.
- Valg av framgangsmåte etter grundig vurdering ut fra verdier, prinsipper og retningslinjer.
- Handling, med forpliktelse til å ta ansvar for konsekvensene av handlingen.
- Evaluering av resultatet av framgangsmåten.
- Eventuelle negative konsekvenser rettes opp, eller ny vurderings- og beslutningsprosess igangsettes dersom de etiske problemstillinger er uløste.

Ved å bygge inn slike rutiner i det daglige arbeidet opprettholdes et høyt nivå av etisk bevissthet. Dette vil gjøre det lettere å identifisere etiske problemstillinger og tydeliggjøre videre handlingsalternativer, selv om det ikke nødvendigvis alltid vil føre til gode praktiske løsninger.

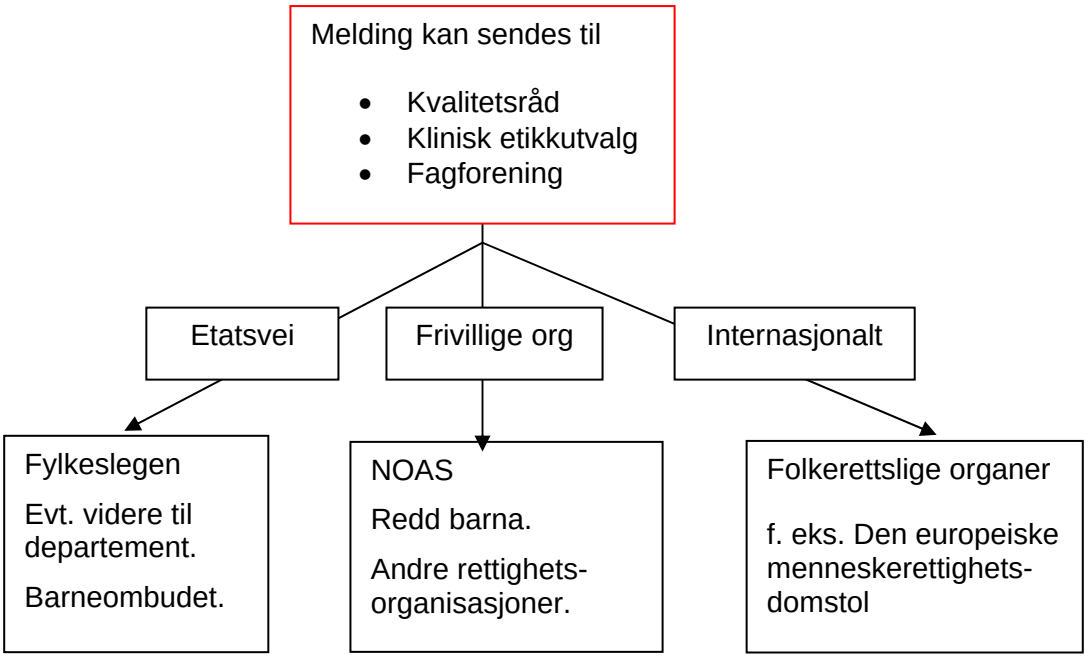
Samarbeid/konsultasjon omkring etiske problemstillinger

I enkelte saker vil det være behov for å søke ekspertise innen det fag-etiske feltet, enten gjennom drøftinger med samarbeidspartnere eller gjennom å søke hjelp hos personer/utvalg med spesiell kompetanse, alternativt også innen egen fagforening. Dette kan være saker der forskjellige verdier blir satt opp mot hverandre. Det kan være saker der man på tross av stor innsats på høyt spesialisert nivå over lengre tid opplever at barns helsetilstand forverres, der det kan være fare for kronifisering , forkortet livslengde eller livskvalitet.

Innen spesialisthelsetjenesten er det opprettet *kvalitetsråd*, der slike saker kan meldes. Videre er det bestemt (fra 2003) at alle norske helseforetak skal ha *kliniske etikkutvalg* som kan hjelpe til med råd og veiledning i slike saker.

Fylkeslege/fylkesmann, som er Helsetilsynets lokale forankring, bør ha melding i saker av mer generell eller prinsipiell karakter. Disse vil som regel bli videresendt til departementet/ Sosial- og helsedirektoratet. Barneombudet vil også være en viktig instans i arbeidet med slike saker, for eksempel der det kan være snakk om brudd på barnekonvensjonens bestemmelser (som jo er tuftet på etiske prinsipper) eller spørsmål som berører barns folkerettslige stilling, eksempelvis hvordan nødvendig kompetanse og/eller kontinuitet i behandling sikres ved utsendelse.

En grafisk framstilling av framgangsmåter ved melding om etiske problemstillinger kan se slik ut:



Mange kommuner vil ha opprettet fag-etiske råd, eller ha tilgang på personer som kan gi råd. Fagforeningene er alltid viktige samarbeidspartnere i slike saker, og ellers vil vanlig tjenestevei (helse og sosialsjef, skolesjef, kommunelege etc.) være den naturlige veien å gå. Erfaringene viser at det er svært viktig at alle nivåer innen administrasjonen har kjennskap til disse problemstillingene. Mange av dem krever tverretatlige samarbeidsløsninger, på forskjellige nivåer i det offentlige apparatet.

Noen nettreferanser

FN`s barnekonvensjon se http://www.barneombudet.no

Den norske lægeforening se http://www.legeforeningen.no gå derfra til ”Etikk”

(internasjonalt : http://www.wma.net)

Norsk psykologforening se http://www.psykologforeningen.no og gå derfra til ”Profesjon og fag”

Norsk sykepleierforbund se http://www.nosf.no og gå derfra til ”Yrkesetikk.”

Litteratur

Björn, G.J. & Björn, Å. (2004). Ethical aspects when treating traumatized refugee children and their families. *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 58, 193-198.

17. Helseerklæringer i utlendingssaker

Den største andelen av asylsøkerne som får opphold, får opphold av humanitære årsaker, deriblant helsemessige forhold. Det er derfor viktig for asylsøkerne at deres helsemessige forhold avklares i størst mulig utstrekning og så tidlig som mulig i prosessen. Helsemessige forhold er da også blant standardspørsmålene ved asylintervjuer. Det er imidlertid slik i en del tilfeller at mange asylsøkere, voksne som barn, ikke alltid gir oppriktige svar på spørsmål om helse, eller at de ikke forstår hva det spørres om. Noe av forklaringen kan være at man tenker at man fremstår som mer attraktiv for det norske samfunnet dersom man er frisk og arbeidsfør. I mange samfunn er det dessuten kulturelt sett lite akseptabelt å ha psykiske problemer, holdningen er at man enten er normal, eller så er man ”gal”.

Som helsepersonell har vi et etisk ansvar for å bidra til å forhindre nye menneskerettighetsbrudd eller stor menneskelig lidelse. Vi kan derfor oppleve det som problematisk at barn som har vært traumatisert sendes tilbake til hjemlandet med fare for nye traumatiserende opplevelser eller til forhold som kan virke negativt inn på barnets helsetilstand.

Retten til beskyttelse mot forfølgelse og retten til å bli vurdert med vektlegging av sterke menneskelige hensyn ved spørsmål om oppholdstillatelse er forankret i norsk lov. I mange tilfeller vil det være behov for dokumentasjon, også i form av helseerklæringer. Vår oppgave som helsepersonell er å foreta grundige, helsefaglige vurderinger av klienters helsetilstand og av vedkommendes behov for behandling og redegjøre for dette når slik informasjon etterspørres. Faglig gode og saklige helseerklæringer vektlegges ofte ved behandling av asylsøknader, ved anker på asylvedtak og ved omgjøringsbegjæringer.

Det naturlige utgangspunkt ville være at forespørselen om helseerklæring kommer fra barnets familie/asylsøkerbarnet, advokaten i ankeomgangen, Utlendingsdirektoratet (UDI) eller Utlendingsnemnda (UNE). Per i dag ser det imidlertid ikke ut til å eksistere et *fungerende* system som *konsekvent sikrer* at adekvate helseopplysninger blir fremlagt og dokumentert. Erfaringsmessig møter derfor helsepersonell en del asylsøkerbarn der adekvate helseopplysninger ikke er framkommet eller dokumentert i asylsøknaden. Når en som helsearbeider oppdager en slik mangel, vil det være naturlig at helsearbeideren tar initiativ til å undersøke behovet for helseerklæring, samt bidrar til at helseerklæring fremskaffes.

I hvilke forbindelser blir man spurt om å skrive helseerklæring?

1. Dokumentasjon i asylsøknader

Når det fremmes en asylsøknad vil denne bli vurdert både i forhold til retten til asyl og i forhold til opphold på humanitært grunnlag. Asylsøkere kan få oppholdstillatelse på grunnlag av henholdsvis beskyttelsesbehov eller sterke menneskelige hensyn. Dokumentasjon av helsemessige problemer eller skader kan være relevant i begge tilfeller. For asylsøkeren er det derfor viktig å fremlegge helseerklæring så tidlig så mulig i søknadsprosessen.

- **Beskyttelsesbehov.** Asylsøkere har behov for å fremlegge flest mulige bevis for at den forfølgelse de forteller om faktisk har funnet sted. Dette styrker troverdigheten av historien. Dokumentasjon av fysiske og/eller psykiske konsekvenser av forfølgelse, tortur, og lignende kan bidra til å underbygge asylhistorien og få konsekvenser for

utfallet av søknaden. Barn som lever i familier blir i liten grad vurdert på selvstendig grunnlag når det gjelder asyl eller opphold ut fra flyktninglignende grunner. Det er imidlertid viktig at også deres helsemessige problemer etter forfølgelse og flukt synliggjøres.

- **Sterke menneskelige hensyn.** Sterke menneskelige hensyn kan omhandle helsetilstand og/eller tilknytning til riket. Alvorlige helsetilstander og behovet for å fortsette igangsatt behandling kan være del av en helhetsvurdering av oppholdsgrunnlaget. Helseerklæringer bidrar til å dokumentere dette behovet og mangel på behandlingsmuligheter i hjemlandet kan her være relevant. Sterk tilknytning til riket, for eksempel ved å ha levd hele / mesteparten av livet på flukt eller som asylsøker i Norge, kan også ha betydning – både for barns psykiske helse og for vurderingen av søknaden.

2. **Utreiseudyktighet.** En person som har fått endelig avslag kan, grunnet helsemessige forhold, være ute av stand til å foreta retur-reisen på det aktuelle tidspunktet. Behov for utsettelse av retur må ofte underbygges av helseerklæring.

3. **Utsatt iverksettelse av utsendelse for å fullføre nødvendig behandling.** Noen asylsøkere er midt i et viktig behandlingsforløp når de får avslag og skal sendes ut av landet. Betydning og effekt av å fullføre behandlingen må dokumenteres av helsepersonell dersom utsatt iverksettelse av utsendelse skal kunne bli innvilget.

4. **Familiegjenforeningssaker.** Retten til familiegjenforening krever i utgangspunktet forsørgelse i tilfeller der herboende har fått avslag på søknad om asyl, men innvilget opphold på humanitært grunnlag. Krav om underhold endres etter bosettingstillatelse (som kan innvilges etter tre år med oppholdstillatelse). Dersom helsemessige forhold tilsier dette, kan man søke om unntak fra forsørgelsesplikten grunnet *særlig* sterke menneskelige hensyn, for eksempel helsemessige forhold. Helseerklæring er da nødvendig.

5. **Skilsmisse / brudd i samlivsforhold innen 3 år.** Noen kvinner/menn har oppholdstillatelse basert på familiegjenforening med ektefelle eller samboer i Norge. Dersom de blir skilt / det skjer brudd i samlivsforholdet før de har fått innvilget bosettingstillatelse (kan søkes etter tre års sammenhengende opphold med oppholdstillatelse i Norge), mister vedkommende oppholdstillatelsen. Dersom en kvinne eller eventuelle barn har blitt mishandlet i samlivsforholdet, har kvinnen likevel rett til fornyet oppholdstillatelse for seg og sine barn etter samlivsbruddet. Mishandlingens fysiske / psykiske konsekvenser må beskrives i helseerklæring.

6. **Flytting til annet mottak.** Grunnet sterke menneskelige hensyn, for eksempel helsemessige forhold, kan asylsøkere søke om overflytting til et annet asylmottak. Søknad om dette fremmes ofte i samarbeid mellom asylsøker og asylmottak og med vedlagt erklæring fra helsepersonell.

7. **Spesielle behov ved bosetting i kommune.** Dersom en person med oppholdstillatelse har svært store oppfølgingsbehov ved bosetting i kommune, vil UDI kunne bevilge ekstra midler til kommunen (se Rundskriv nr. 04/2005 INA fra UDI, Integreringsavdelingen). Dette er relevant i forhold til personer med kjente funksjonshemninger / kjente og særlig alvorlige funksjonshemninger, som også kan skyldes alvorlige psykiske lidelser. Tildeling av slike ekstratilskudd krever begrunnet søknad med dokumentasjon.

8. **Individuelt tilpasset introduksjonsprogram.** Flyktninger med oppholdstillatelse har rett til å delta på introduksjonsprogram / målrettet kvalifiseringsplan via flyktningtjenesten i kommunen. Dersom de har behov for behandling, kan dette planlegges som del av kvalifiseringsplanen. Helsemessige forhold kan også kreve individuell utforming av kvalifiseringsprogrammet, noe som fordrer samarbeid mellom flyktningtjeneste og helsepersonell. Her vil det også kunne være behov for helseerklæringer.

Når skal vi skrive erklæringer?

UNE har to dokumenter på sin hjemmeside med informasjon om deres vurdering av helseanførsler i forhold til behandling av ankesaker:

- Interne retningslinjer for UNE: ”Interne retningslinjer av 17.06.03 om behandling av asylsaker med anførsler om helsemessige forhold”
- Gjennomgang av egen praksis i UNE: ”Psykiske lidelser som oppholdsgrunnlag,” (se www.une.no)

I de interne retningslinjene heter det:

- ”Etter praksis må det normalt foreligge en alvorlig sinnslidelse for at den alene skal gi grunnlag for opphold i Norge. … Det vil typisk kunne omfatte alvorlige psykiatriske diagnoser som schizofreni, manisk depressivitet, paranoid psykose og alvorlig personlighetsforstyrrelse.”

- ”Mindre alvorlige lidelser som lette og moderate depresjoner, angst, tvangslidelser og vanlige former for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) gir etter praksis ikke alene grunnlag for opphold.”
- ”eksempler på lidelser som har gitt opphold i Norge, er tilfeller der klageren over flere år har lidd av PTSD og klart er i ferd med å utvikle en alvorlig personlighetsforstyrrelse eller annen alvorlig sinnslidelse.”
- ”Anførsler om selvmordsfare.. skal tillegges avgjørende vekt i en helhetsvurdering av om det bør innvilges opphold… (der) selvmordsfaren har sin årsak i en alvorlig psykisk lidelse, og at trusler om selvmord/selvmordsforsøk er knyttet til en slik lidelse. Anførsler om selvmordsfare er blitt tillagt særlig vekt der de har sammenheng med en lidelse som skyldes traumer fra krigs- eller flyktninglignende forhold i hjemlandet. Anførsler om selvmordsfare der det ikke foreligger dokumentert sammenheng med en alvorlig psykisk lidelse er blitt tillagt mindre vekt. Særlig gjelder dette når anførslene er knyttet til utfallet av saken eller fremsettes etter at klageren har fått avslag på opphold.”

Som vi ser understreker UNE at lidelsen skal være av høy alvorlighetsgrad for at den *alene* skal gi grunnlag for opphold. Mindre alvorlige lidelser vektlegges imidlertid også som moment i en helhetsvurdering når flere viktige faktorer taler for oppholdstillatelse. Terskelen for vektlegging av helsemessige forhold, påbegynt behandling og alvorlig funksjonshemming er, i følge UNE, lavere for barn enn for voksne. Dette ser særlig ut til å være tilfelle dersom det samtidig foreligger sterk tilknytning til riket.

Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer

Under følger utdrag fra Sosial- og helsedirektoratets retningslinjer for hvordan helseerklæringer i utlendingssaker skal skrives (”Retningslinjer for attester, helseerklæringer og lignende i utlendingssaker,” Rundskriv IS-3/2003). Her fremkommer det at krav til attester, helseerklæringer og lignende fremgår av Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64

§ 15, som lyder: "Den som utsteder attest, legeerklæring o.l. skal være varsom, nøyaktig og objektiv. Attest, legeerklæring o.l. skal være korrekte og bare inneholde opplysninger som er nødvendige for formålet. Helsepersonell som er inhabil etter forvaltningsloven § 6, skal ikke utstede attest, legeerklæring eller lignende.” Helsepersonell bør heller ikke utstede attest/helseerklæring dersom han/hun er i tvil om sin habilitet. Videre:

”Attester/helseerklæringer i utlendingssaker som er under behandling

1) Følgende bør fremgå av attester/helseerklæringer i *alle utlendingssaker*:

a. Hvem som er oppdragsgiver.

b. Hvem som eventuelt henviste pasienten til behandling.

c. Hva attesten/helseerklæringen skal benyttes til.

d. Hvilket kjennskap helsepersonellet har til pasienten og hvordan/om identiteten er dokumentert.

e. Når og hvor undersøkelsen(e) har foregått.

f. Hvem som var til stede under undersøkelsen.

g. Hvilke opplysninger som stammer fra pasienten selv og hvilke som kommer fra andre, med oppgitt kilde.

h. Om det er benyttet tolk ved undersøkelsen, og i så fall hvem som har skaffet tolken til veie.

i. Beskrivelse av når helseproblemet/sykdommen begynte. Dets karakter, om det er livstruende og eventuelle andre konsekvenser for liv og helbred.

j. Hvilke undersøkelser som har vært gjort og hva slags behandling pasienten har fått av norsk helsevesen.

k. Hva slags utredning, behandling og/eller oppfølging som er påkrevd, samt eventuelle konsekvenser av mangel på slike tiltak. Konsekvenser (for eksempel for transport innad i Norge, flyttinger, store forandringer i sosial situasjon) bør beskrives i et nøkternt språk.

2) I *asylsaker* kan pasienten opplyse at han/hun har vært utsatt for tortur eller har gjennomgått annen form for ekstrem belastning/traumatisering. I slike tilfeller bør følgende forhold belyses i attesten/helseerklæringen:

a. Hvilket kjennskap helsepersonellet har til asylsaken som sådan. Det bør fremgå om pasientens asylforklaring har vært en nødvendig betingelse for diagnosen.

b. Beskrivelse og tidfesting av hendelsene. Kilde for opplysningene oppgis.

c. Beskrivelse av pasientens fysiske og/eller psykiske symptomer.

d. Nøyaktig og systematisk beskrivelse av tegn til psykiske lidelser.

e. Nøyaktig og systematisk beskrivelse av fysiske skader. Slike funn bør dokumenteres med fotografi, alternativt tegning/skisse.

f. Vurdering av sammenhengen mellom traumene/plagene og de anførte overveldende/traumatiske hendelsene.

3) Attester/helseerklæringer skal *ikke* inneholde uttalelser om behandlingsmulighetene i hjemlandet eller om hva avgjørelsen i utlendingssaken bør bli.

Attester/helseerklæringer for utlendinger som etter vedtak må forlate riket

Dersom en attest/helseerklæring skal benyttes for å begrunne utsatt iverksettelse av et vedtak som innebærer at utlendingen må forlate riket, bør den inneholde:

a. Årsaken til reiseudyktighet.

b. Helsemessige konsekvenser av utreise *på det tidspunkt utlendingsmyndighetene har fastsatt.*

c. Når utreise tidligst kan skje ut fra et helsemessig synspunkt.

Underskrift m.v.

Attesten/helseerklæringen bør avsluttes med:

– Sted og tid for undersøkelsen.

– Helsepersonellets navn, stilling, adresse og telefonnummer.

– Underskrift og stempel.”

De Psykososiale teamene for flyktninger kan kontaktes for veiledning / diskusjon rundt helseerklæringer.

18. Barnevernsarbeid – regelverk og praksis

Barnevernet skal i første rekke hjelpe og støtte foreldrene slik at de selv kan gi barna god omsorg. Dersom hjelpetiltakene ikke er tilstrekkelige for å ivareta barnas behov, har barnevernet plikt til å gripe inn med ytterligere tiltak.

Hvem gjelder Lov om barneverntjenester for?

Lov om barneverntjenester gjelder for *alle* barn som *oppholder* seg i Norge, det kreves ikke at barnet er norsk statsborger eller er bosatt i landet. Det kreves heller ikke at oppholdet er av en viss varighet. Varigheten av et barns opphold i Norge vil imidlertid få betydning for hvilke tiltak som iverksettes. Utlendingsloven går foran barneloven – og det er utlendingsmyndighetene som avgjør om et barn får opphold i landet. Dette innebærer at barn som kommunen har overtatt omsorgen for, grunnet foreldrenes manglende omsorgsevne, blir sendt ut av landet sammen med foreldrene dersom familien ikke får opphold i landet.

Kommunen som barnet/ungdommen *oppholder seg i,* har ansvar for å yte nødvendig hjelp, herunder iverksette tiltak. Dette gjelder selv om barnet oppholder seg i kommunen rent midlertidig, og uavhengig av om barnet og/eller foreldrene har bosted i en annen kommune.

Oppholdskommunen har også ansvar for barn i mottak, enslige mindreårige og andre flyktningbarn.

Tiltak etter barnevernloven kan treffes overfor barn som ikke har fylt 18 år. Tiltak iverksatt før fylte 18 år kan, med ungdommens samtykke, opprettholdes/erstattes av andre tiltak frem til ungdommen fyller 23 år. Barneverntjenesten kan også, med samtykke fra den gravide, iverksette hjelpetiltak før et barn er født. Slik kan forholdene legges til rette for at moren kan klare omsorgen på en best mulig måte, eventuelt gi avkall på omsorgen.

Ad Lov om barneverntjenester

Barnevernloven vektlegger saksbehandling som i størst mulig grad skal ivareta den enkeltes rettssikkerhet. Avgjørelsesmyndigheten i tvangssaker ligger hos en fylkesnemnd under ledelse av en jurist. Både foreldre og kommune representeres her ved advokat. Nemndas avgjørelser kan overprøves av tingrett, lagmannsrett og Høyesterett. Det er innført en silingsregel som innebærer at anke til lagmannsretten bare kan skje unntaksvis.

Rettslig overprøving av fylkesnemndas vedtak skal fortsatt skje for tingretten. Advokat og behandling for fylkesnemnd og domstoler er kostnadsfritt for foreldrene, eventuelt barna selv når de har fylt 15 år. Juristene blir ofte bistått av sakkyndige, eksempelvis psykologer og psykiatere.

Forebyggende virksomhet

§ 3–1 omhandler barneverntjenestens *forebyggende virksomhet*. Kommunen har ansvar for å følge nøye med i de forhold som barn lever under. Barneverntjenesten har en dobbeltrolle som både hjelper og kontrollør, og har et spesielt ansvar for å avdekke omsorgssvikt, atferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, samt for å sette inn egnede tiltak. Kommunen skal finne frem til tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer. Kommunen og barneverntjenesten har altså en unik mulighet til å jobbe forebyggende – og med ”barnets beste” som rettesnor.

Barneverntjenesten har muligheter for å igangsette tiltak, som både kan virke forebyggende, og samtidig kunne hjelpe familier i vanskelige livssituasjoner. Dette kan være å gi familien støttekontakt, barnehageplass samt iverksettelse av ulike avlastningstiltak i hjemmet. I tillegg kan man yte økonomisk stønad til barnet, stimulere til deltakelse i fritidsaktiviteter eller bidra til at barnet får muligheter for utdanning, arbeid eller å kunne bo utenfor hjemmet.

Hensynet til barnets beste, uttalerett og barnets talsperson

§ 4-1 er en ”faneparagraf” i barnevernsloven og fremhever *hensynet til barnets beste.* Barneverntjenesten pålegges her å legge avgjørende vekt på å finne tiltak som er til beste for barnet. Hvis foreldre og barn har motstridende interesser, skal barneverntjenesten altså vektlegge barnets interesser. Ved tiltak som innebærer inngrep i familien vil det *biologiske prinsipp* være vesentlig. Egenverdien i det å vokse opp hos sine biologiske foreldre, selv om hjemmet har visse mangler, skal vektlegges. Foreldre sees som viktige, selv når de ikke er i stand til å ha omsorgen for barna. Dersom barn ikke kan bo hjemme hos sine biologiske foreldre og må plasseres i fosterhjem, *skal b*arneverntjenesten alltid vurdere om noen i barnets familie eller nettverk kan velges som fosterhjem.

Ved anvendelse av prinsippet om barnets beste skal man også ta hensyn til hva barnet eller ungdommen selv måtte mene. Barnevernloven § 6-3 fastsetter obligatorisk *uttalerett* fra og med *syv år* og *partsrettigheter* fra og med *15 år*. Ved inkorporering av FNs barnekonvensjon i norsk rett ble det foreslått i OT. prp. nr. 45 (2002-2003) at første ledd i

§ 6-3 skal lyde slik: ”Et barn som er fylt 7 år, og yngre barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal informeres og gis anledning til å uttale seg før det tas avgjørelser i sak som berører ham eller henne. Barnets mening skal tillegges vekt i samsvar med barnets alder og modenhet.”

En uttalerett er en rett for barnet til dets fordel, og ingen plikt. Barnet skal følgelig ikke presses til å ha en mening.

Ved lovendring av 11. juni 1993 ble *barnets talsperson,* i saker som skal behandles av fylkesnemnda, innført som en nyordning. Fylkesnemndas leder kan oppnevne en egen talsperson for barnet i saker som skal behandles i nemnda. Det skal som hovedregel ikke oppnevnes talsperson i tillegg til advokat når barna opptrer som part i saken og gjør partsrettigheter gjeldende. Talspersonen skal fremstille saken fra barnets synsvinkel og gi sin selvstendige vurdering. Det er svært viktig at talspersoner for flyktningbarn har kjennskap til barnets kulturelle bakgrunn for å kunne forstå barnet best mulig. Lærer på skolen der barnet går, tilsynsfører eller førskolelærer kan være eksempler på relevante talspersoner. Talsperson vil imidlertid først og fremst være aktuelt i saker som gjelder alvorlige inngrep; som omsorgsovertakelse og fratakelse av foreldreansvar.

Melding til barneverntjenesten

”Barneverntjenesten skal snarest, og senest innen en uke, gjennomgå innkomne meldinger og vurdere om meldingen skal følges opp med undersøkelse etter § 4-3.” En henvendelse til barneverntjenesten om bekymring for et barn er en melding i lovens forstand, uavhengig av form og hvem som er avgiver. Meldingen kan gis over telefon, ved personlig fremmøte, den kan være skriftlig i form av brev, telefaks eller e-mail. En melding kan komme fra en offentlig ansatt, en privatperson eller fra en anonym avgiver. Plikten til å gjennomgå meldingen gjelder også når melders identitet er ukjent for barneverntjenesten, men barneverntjenesten bør utvise aktsomhet da en melding kan være gitt i sjikanehensikt.

Lovens § 6-4 pålegger offentlige myndigheter og utøvere av bestemte yrker om å melde fra til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet, det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt eller et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker. Det er ikke noe krav om sikker viten om den alvorlige situasjonen barnet er i, men det må være en underbygd mistanke. Offentlig ansattes adgang til å gi opplysninger av eget tiltak uten hinder av taushetsplikt er begrenset til de alvorlige situasjonene som er nevnt ovenfor. For personer med forvaltningsmessig taushetsplikt er adgangen til å gi opplysninger av eget tiltak blitt vesentlig begrenset gjennom ny lov.

Tidligere hadde disse etter § 4 b både en plikt og adgang til å melde fra om ethvert forhold som kunne føre til barnevernstiltak. Ved endringslov 17. juni 2005 nr. 65 ble dette forandret. Opplysningsplikten til barneverntjenesten er utvidet. Offentlige myndigheter og yrkesgrupper med opplysningsplikt til barneverntjenesten har etter endringen også plikt til å gi opplysninger til barneverntjenesten i saker som fylkesnemnda skal avgjøre etter barnevernloven §§ 4-19 (samvær), § 4-20 (fratakelse av foreldreansvar og adopsjon) og § 4-21 (opphevelse av vedtak om omsorgsovertakelse). Opplysningsplikten gjelder så langt opplysningene er nødvendige for å kunne vurdere om en flytting tilbake til foreldrene eller samvær med dem vil kunne føre til risiko for barnet (§ 4-10, 4-11 eller 4-12). Opplysningsplikten gjelder i disse tilfeller bare etter pålegg fra barneverntjenesten.

Dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for barneverntiltak skal barneverntjenesten snarest undersøke forholdet (jfr. § 4-3). Undersøkelsen skal gjennomføres slik at den i minst mulig grad skader noen berørte, og den skal ikke gjøres mer omfattende enn det formålet tilsier. Foreldrene eller den barnet bor hos, kan ikke motsette seg at en undersøkelse blir gjennomført ved besøk i hjemmet. Og barneverntjenesten kan kreve å få samtale med barnet i enerom. Hvis det foreligger mistanke om at barnet blir mishandlet eller utsatt for alvorlige overgrep i hjemmet, kan barneverntjenesten gi pålegg om at barnet skal bringes til sykehus eller annet sted for undersøkelse.

Undersøkelsen skal gjennomføres straks og senest innen tre måneder. I særlige tilfeller kan fristen forlenges til seks måneder. Opplysninger skal så langt som mulig innhentes i samarbeid med den saken gjelder og slik at vedkommende har kjennskap til innhentingen. Det er pedagogisk og faglig utfordrende for barneverntjenesten å orientere foreldre/barn på en slik måte at deres rettssikkerhet ivaretas. Dette er spesielt utfordrende i forhold til flyktningbarn- og familier som ofte verken kjenner til lov om barneverntjenester eller barneverntjenestens virksomhet.

For noen foreldre vil tiltak fra barnevernet kunne føles som et lite hensiktsmessig inngrep i familiens private sfære. For andre vil hjelp/støtte fra det offentlige apparatet kunne oppleves som udelt positivt. For barneverntjenesten kan oppleves som motsetningsfullt at plassering av flyktningbarn på institusjon/i fosterhjem i enkelte tilfeller både oppleves som positivt av foreldre og barn. Dette kan skyldes at familien fra hjemlandet er vant til tvangsarbeid eller fysisk avstraffelse av barn som ikke oppfører seg slik de skal. Barnevernets tvangsaspekt blir i slike tilfeller ikke oppfattet på samme måte som av etnisk norske foreldre.

Det er viktig at barneverntjenesten orienterer flyktninger om sin virksomhet; roller og oppgaver – både i forhold til det forebyggende og det tvungne barnevernet. Man bør også informere om lov om barneverntjenester. Dette kan for eksempel gjøres i introduksjonsprogrammet for nyankomne flyktninger, der svært mange deltar.

Barneverntjenesten orienterer også i en veileder til ”Foreldreveiledningsprogrammet” (ICOPs program for foreldreveiledning, International Child Development Programs 1996) om barneverntjenestens rolle i forhold til såkalt etnisk norske og innvandrer/flyktningbarn.

Underrapportering av meldinger om flyktningbarn?

Det er grunn til å tro at det er en ”underrapportering” av meldinger vedrørende flyktningbarn til barneverntjenesten. En årsak kan være at melder er usikker på hva som er akseptabelt i andre kulturer. Forhold som skurrer kan bli forstått og tolket i lys av kultur, og en del kan derfor oppleve det som problematisk å gripe inn i henhold til norsk lovverk. Man kan også oppleve barrierer mot det å stå frem som melder eller redsel for å bli stemplet som rasist. Generell utrygghet i forhold til innvandrere og flyktninger kan likeså virke handlingslammende. Konsekvensene kan bli at man tåler mer på vegne av flyktning- og asylsøkerbarn enn for såkalt etnisk norske. Det kan videre antas at det underrapporteres meldinger om barn i asylmottak siden tilværelsen i asylmottak i mange tilfeller *i utgangspunktet* neppe synes å tilfredsstille barns grunnleggende behov for rettssikkerhet/omsorg/trygghet og forutsigbarhet.

Metoder i barnevernet

Etter at barneverntjenesten har mottatt en bekymringsmelding og besluttet å gå videre med undersøkelse kan man bruke forskjellige metoder, blant annet:

Tradisjonell undersøkelse – barneverntjenesten kontakter familien for å orientere om meldingens innhold, og om hvem barneverntjenesten innhenter opplysninger fra for å få nødvendig informasjon før en beslutning kan fattes.

Nettverksmøte – undersøkelsen foretas ved at barneverntjenesten kaller inn til et møte der foreldrene, eventuelt ungdommen og øvrige samarbeidspartnere er til stede. Barneverntjenesten vedtar i møtet enten å henlegge undersøkelsen, behov for videre undersøkelse eller igangsettelse av tiltak. Tiltakene skal iverksettes innen seks uker.

Familierådslagning – barneverntjenesten beslutter å iverksette familierådslagning i saker som vurderes *som så alvorlige at det kan bli aktuelt å overta omsorgen for barnet*.

Metoden er utviklet på New Zealand i 1980-årene for blant annet å ivareta maorienes familiesystem og kultur i møte med sosial- og barnevernsektoren. En koordinator engasjeres og starter arbeidet. Koordinatoren har en sentral rolle i å kartlegge og forhandle med familiens medlemmer om deltaking og fastsetter tid og møtested for familierådslagningen. Rådslagningen har tre faser:

1. fase er et samlet møte mellom familiegruppens inviterte medlemmer og det profesjonelle team som har ansvar for saken. Teamet presenterer sitt syn på saken og gir en oversikt over de hjelpetiltak som en råder over.

2. fase inkluderer kun familiegruppens medlemmer, som diskuterer saken seg i mellom og forsøker å finne fram til mulige løsninger. De kan tilkalle hjelp fra de profesjonelle for å få oppklart uklarheter eller få svar på spørsmål.

3. fase er igjen et felles møte mellom familiegruppen og teamet. Familien skal her presentere sine synspunkter og sin handlingsplan.

Befringutvalget, som utredet alle sentrale områder ved barnevernets arbeid og særlig drøftet forebyggende tiltak i familien og nærmiljøet, la frem arbeidet sitt i NOU 2000:12. Denne ble etterfulgt av St. meld. nr. 40 (2001-2002) ”Om barne- og ungdomsvernet”. Behandlingsmetodene PMTO (Parent Management Training – Oregon) og MST (Multisystemisk terapi) ble her omtalt og vil etter hvert bli innført som et hjelpetiltak for barn/ungdom og familier innen barnevernet. Foreldretreningsprogrammet PMTO retter seg mot familier som har barn med atferdsproblemer i alderen 5 til 12 år. MST retter seg mot ungdom med atferdsproblemer og er en familiebasert metode som bygger på prinsipper om ”familiebevaring” og ”myndiggjøring av foreldre”. PMTO skal etter hvert implementeres også i barnehage og skoler.

I ”Forskrift om fosterhjem” § 4, annet ledd fremkommer det at barneverntjenesten alltid skal vurdere om noen i barnets familie eller nære nettverk kan velges som fosterhjem.

Det ovenstående kan tyde på at vi nå er inne i en epoke og et paradigmeskifte hvor familie, nettverk og myndiggjøring av foreldre står sterkt. Dette betyr at barneverntjenesten, i sterkere grad enn før, er nødt å forholde seg til familien og dets nettverk og at tvangsbarnevernet derfor vil måtte bli mer ”humant”. Hvis myndiggjøring skal praktiseres, må man i større grad lytte til familien og dets nettverk – og stole på deres egne løsninger. Det vil videre innebære at dersom familien ønsker nettverksbaserte løsninger, og barneverntjenesten kan godkjenne dette, så skal oppfølgingen fra barneverntjenesten være like god som i forhold til ”tradisjonelle løsninger”.

Enslige mindreårige asylsøkere

Det ble ved endringslov av 17. juni 2005 nr. 65 gjort endringer i barnevernlovens kapittel 3, § 3-4: *"Botiltak for enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere.*

Ved bosetting av enslige mindreårige som har framsatt søknad om asyl eller som har fått opphold på grunnlag av slik søknad, skal kommunen foreta en vurdering av den enkeltes behov og på denne bakgrunn tilby egnet botiltak. Kongen kan gi forskrift om kommunens oppgaver knyttet til bosettingen. Dersom kommunen i forbindelse med vurderingen etter første ledd finner rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter kapittel 4, skal barneverntjenesten undersøke forholdet, jf. § 4-3."

BFD sendte den 15.07.05 et skriv til fylkesmennene hvor barneverntjenestens ansvar for enslige mindreårige som bor i mottak ble presisert. Det er i rundskriv av 12. juli 2004 (Q-17-2004) presisert at barneverntjenesten *skal* følge opp bekymringsmeldinger fra mottak etter de samme prosedyrer og saksbehandlingsregler som gjelder for andre barnevernssaker. Barneverntjenesten skal også gjennomgå og vurdere alle meldinger som kommer inn, uavhengig av den enslige mindreåriges asylstatus og dennes bosituasjon. Departementet oppfordret fylkesmennene til å følge opp den enkelte kommunes oppfølging av sitt ansvar overfor barn i mottak. Likeledes skal mottakene ha som rutine å varsle barneverntjenesten i kommunen dersom det kommer en enslig mindreårig asylsøker til mottaket.

Barneverntjenestens ansvar og rolle i forhold til enslige mindreårige er altså blitt presisert (jfr. § 3-4, tredje ledd). Dette er viktig siden enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere er en utsatt gruppe. Det finnes ingen faglig begrunnelse for å anta at denne gruppen skulle ha bedre forutsetninger for å klare seg enn norske barn i samme situasjon – snarere tvert imot. Iverksettelse av eventuelle hjelpetiltak skal vurderes individuelt, men barnets beste skal være utgangspunktet.

Tvangsekteskap

Tvangsekteskap er forbudt etter norsk lov. Den som er ansatt i sosial- og barneverntjenesten, helsetjenesten, skolen eller politiet har plikt til å hjelpe en person som opplever seg utsatt for tvangsekteskap og har et ansvar for å ivareta denne personens rettigheter etter norsk lov. Problemer i forhold til tvangsekteskap er mangeartede og krever tverrfaglig innsats. Kunnskap om temaet er viktig og alle offentlig ansatte bør derfor ha tilgang til saklig og relevant informasjon.

Hvis en ungdom eller voksen er redd for, eller har mistanke om, at foreldrene har planer om ekteskap som hun/han ikke selv ønsker, er det viktig at å gi vedkommende hjelp og støtte. Det er viktig å være tilgjengelig og bruke tid på å høre hva partene har å si. I en konfliktsituasjon må det offentlige hjelpeapparatet arbeide på ungdommens premisser, og ivareta dennes interesser etter norsk lov. Så fremt det vurderes som mulig, og til barnets beste, bør man etterstrebe en dialog og forhindre brudd mellom ungdommen og foreldrene. Barnevernet har plikt til å handle når en person er i krise og står i fare for å bli tvangsgiftet. Om nødvendig må man vurdere tiltak som beskytter ungdommen.

Barne- og familiedepartementet har utgitt ”Handlingsplan mot tvangsekteskap” (Q-0980/2) og en veileder ”Tiltak mot tvangsekteskap” (Q-1025). Departementet har også opprettet en informasjonstelefon om tvangsekteskap som drives i regi av Oslo Røde Kors Internasjonale Senter (ORKIS) med tlf. 815 55 201 og SEIF (Selvhjelp for innvandrere og flyktninger) i Oslo, Kristiansand, Ålesund, Trondheim, Tromsø og Bergen.

Barne- og ungdomskriminalitet

Justis- og politidepartementet ga nylig ut handlingsplanen ”Sammen mot barne- og ungdomskriminalitet”(2005-2008) som munner ut i 21 tiltak mot barne- og ungdomskriminalitet. Det ble her vist til en høy andel kriminalitet blant ikke-vestlige innvandrere. Den høye andelen kunne blant annet forklares ut fra sosiale faktorer og levekårsproblemer, men også ut fra høyere oppdagelsesrisiko for denne gruppen. Under følger eksempler på tiltak:

- Lokale oppfølgingsteam følger opp den enkelte lovbryter (med politi, barnevern, rusomsorg, helsevesenet, skolesystemet, kriminalomsorgen og konfliktråd som sentrale deltakere).
- Døgnkontinuerlig barnefaglig oppfølging. I hver av regionene innen den statlige Barne- ungdoms og familieetaten skal det opprettes en vaktordning der politiet kan henvende seg.
- Ny modell for institusjonsbehandling av ungdom med alvorlige atferdsproblemer.
- Felles forståelse av taushetsplikten. Det skal utarbeides en felles veileder for alle instanser som kan bli involvert i oppfølging av risikoatferd.
- Nasjonale retningslinjer for politiet vedrørende varsling til barnevernsmyndighetene.
- Ungdomskontrakt.

- Tilpassede tiltak under frihetsberøvelse.
- Utdanning for unge straffedømte.

Vold

Barneverntjenesten har plikt til å hjelpe barn som blir utsatt for vold, enten direkte eller indirekte som vitner til vold. Barn/ungdom som lever i en situasjon med vold utsettes for alvorlig omsorgssvikt, noe som krever handling fra barneverntjenesten. Offentlige instanser har derfor meldeplikt til barnevernet om slike forhold.

Det er viktig å minne om at det er barnets beste som er hovedregelen og at det i en barnevernssak ofte vil være motstridende interesser mellom barnets og foreldrenes eller andre foresattes behov. Mens et barn kan ha behov for nye omsorgspersoner, kan det for foreldrene være svært belastende om barnet flyttes fra hjemmet. I slike tilfeller skal det legges avgjørende vekt på hensynet til barnet. Foreldrenes behov vil følgelig være underordnet.

I voldssaker er det viktig med et tverrfaglig samarbeid og barnet må først og fremst beskyttes mot voldsutøveren. Det er også viktig å forsøke å komme i dialog om alternative måter for grensesetting, gode alternativer til fysisk avstraffelse. Flyktninger og asylsøkere må også få informasjon om konsekvensene av voldsbruk i det norske samfunnet.

Akuttvedtak

Barneverntjenesten har plikt til å iverksette nødvendige hjelpetiltak dersom et barn er uten omsorg, enten fordi foreldrene er syke eller av andre grunner (jfr. § 4-6, første ledd). ”Uten omsorg” er et barn når ingen tar seg av det. Er barnet forsvarlig ivaretatt av andre enn foreldrene, for eksempel slektninger, kan ikke barnet sies å være uten omsorg. Slike tiltak kan ikke opprettholdes mot foreldrenes vilje og skal avvikles når behovet ikke lenger er tilstede. Når barnet er over 15 år, kan man ikke iverksette tiltak etter denne bestemmelsen dersom barnet selv setter seg imot.

Er det fare for at et barn blir vesentlig skadelidende ved å forbli i hjemmet, kan barnevernadministrasjonens leder eller påtalemyndigheten uten samtykke fra foreldrene umiddelbart treffe vedtak om å plassere barnet utenfor hjemmet (jfr. § 4-6, annet ledd). Vedtaket skal snarest, og om mulig innen 48 timer, foreløpig godkjennes av lederen i fylkesnemnda.

Barneverntjenesten må forsøke å finne løsninger som er mest mulig skånsomme for barnet. Plassering hos slektninger eller andre nærstående personer kan være å foretrekke fremfor plassering i beredskapshjem/på institusjon.

Et barn som har vist alvorlige atferdsvansker, for eksempel gjennom alvorlig eller gjentatt kriminalitet eller vedvarende misbruk av rusmidler, kan uten eget samtykke eller samtykke fra den som har foreldreansvaret, plasseres i institusjon for observasjon, undersøkelse og korttidsbehandling i opptil fire uker, eventuelt i en kortere tid som er fastsatt i vedtaket. Ved nytt vedtak kan plasseringstiden forlenges med opptil fire nye uker. (§ 4-24, første ledd). Samme paragrafs annet ledd gir barneverntjenesten adgang til å treffe vedtak om at barnet skal plasseres i en behandlings- eller opplæringsinstitusjon i inntil tolv måneder. Dette kan forlenges med opptil tolv nye måneder.

Et vedtak etter § 4-24, første eller annet ledd, skal treffes av fylkesnemnda etter reglene i kapittel 7. Midlertidig vedtak kan treffes av barnevernadministrasjonens leder eller påtalemyndigheten. (§ 4-25, annet ledd, første og annet punktum).

I saker som behandles etter §§ 4-24 og 4-25 er barnet alltid part i saken.

Det er imidlertid et etisk dilemma at man i atferdsparagrafene (§§ 4-24 og 4-25) viser til barnets atferd og ikke til foreldrenes omsorgsevne. Barn og ungdom kan, med tvang, holdes tilbake i institusjon i inntil 24 måneder for opplæring og behandling. Ungdom kan, ofte med rette, si at det ikke er de, men foreldrene, som burde ”sitte på tiltalebenken”.

Barneverntjenestens adgang til å formidle opplysninger i samarbeid med andre

Barneverntjenesten vil ofte ha behov for å formidle opplysninger til andre; for å innhente informasjon ved undersøkelse av barns omsorgssituasjon, for å kunne samarbeide med andre instanser om hjelp til barn og deres familier, og for å kunne sette andre instanser i stand til å følge opp barna og familiene. For at barneverntjenesten skal kunne formidle taushetsbelagte opplysninger må det være hjemlet i lov eller det må foreligge samtykke.

Når barneverntjenesten har adgang til å formidle opplysninger som i utgangspunktet er taushetsbelagte, innebærer dette at barneverntjenesten er gitt en opplysningsrett. Man har fått en rett, men ikke en plikt til å formidle opplysninger. Taushetsbelagte opplysninger i en barnevernssak bør ikke formidles ut over det som er nødvendig eller forsvarlig for arbeidet med den aktuelle saken.

Dersom den som har krav på taushet *samtykker* i at opplysningene gjøres kjent for andre, oppheves taushetsplikten så langt som samtykket gjelder. Når samtykke skal innhentes, må det sikres at samtykket gis *frivillig* og at personen har *oversikt* over *konsekvensene.* Man må opplyses om hva samtykket innebærer, herunder hvilke opplysninger det omhandler, hvem som skal få opplysningene og hva disse skal brukes til. Samtykket bør være *skriftlig*. Et samtykke kan når som helst, helt eller delvis trekkes tilbake.

Betydningen av å innhente samtykke fra en privat part kan ikke understrekes nok. Den som innhenter samtykke må gjøre den private parten kjent med sin bekymring for barnet og dets situasjon. Siden samtykket skal skje frivillig og slik at personen har oversikt over konsekvensene, må den som innhenter samtykke være godt orientert og sikre at den private parten som gir sitt samtykke skjønner hva som blir sagt.

Anonymisering

Dersom behovet for beskyttelse anses ivaretatt ved at de aktuelle opplysningene gis i statistisk form eller ved at individualiserende kjennetegn utelates på annen måte, kan barneverntjenesten bruke opplysningene uten hinder av taushetsplikt (jfr. forvaltningsloven (fvl.) § 13 a nr. 2.) Ved behandling av konkrete barnevernsaker kan det være behov for å drøfte problemstillinger eller be om råd fra andre fagpersoner. Dette kan i en del tilfeller gjøres tilfredsstillende ved å legge frem saken/problemstillingen i anonymisert form. I mange tilfeller, for eksempel i små kommuner, vil imidlertid opplysningene lett kunne føres tilbake til en bestemt person. I slike tilfeller kan man ikke benytte anonymisering som grunnlag for å drøfte opplysninger. Taushetsplikten er ikke til hinder for at opplysningene videreformidles når ingen berettiget interesse tilsier at det skal hemmeligholdes (jfr. forvaltningsloven (fvl.) § 13 a nr. 3).

Taushetsplikten er heller ikke til hinder for at opplysningene brukes for å oppnå det formål de er gitt eller innhentet for (jfr. fvl. § 13 B, første ledd nr. 2). Denne bestemmelsen åpner for at barneverntjenesten kan formidle opplysninger i forbindelse med behandlingen av en barnevernssak. Adgangen til å formidle opplysninger er knyttet opp mot det formålet opplysningene er gitt eller innhentet for. Opplysninger i barnevernsaker kan ut fra dette bare formidles dersom formidlingen er nødvendig for å oppnå dette formålet.

Barneverntjenestens adgang til å gi opplysninger til andre forvaltningsorganer, og til å anmelde eller gi melding om lovbrudd til påtalemyndigheten, er mer begrenset enn den adgangen som følger av forvaltningsloven. Opplysninger til andre forvaltningsorganer (jfr. fvl. § 13 b, første ledd nr. 5 og 6) kan bare gis når det er nødvendig for å fremme

barneverntjenestens eller institusjonens oppgaver, eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig helseskade (jfr. bvl. § 6-7, tredje ledd).

Adgang til å gi tilbakemelding til den som har gitt melding

Barneverntjenestens taushetsplikt gjelder også overfor den som har gitt melding til barneverntjenesten. Barneverntjenesten har som hovedregel verken plikt eller rett til å gi opplysninger til melder om hvorvidt den finner grunn til å gå videre med saken, eventuelt hvordan den vil gå videre.

Dersom barneverntjenesten skal kunne gi melder opplysninger må den derfor ha hjemmel for dette, for eksempel ved samtykke fra den opplysningene gjelder (jfr. fvl § 13 a nr. 1).

Det er uansett viktig at det ikke skapes tvil om at barneverntjenesten følger opp innkomne meldinger. Selv om barneverntjenesten ikke har adgang til å gi tilbakemelding om hvordan meldingen følges opp, bør man alltid gi tilbakemelding om at meldingen er mottatt, og at saken vil bli fulgt opp i overensstemmelse med barnevernloven.

Adgang til å legge frem saker for faste tverrfaglige team

For at barneverntjenesten skal kunne legge frem saker for tverrfaglige team, er det nødvendig at saken drøftes anonymt (jfr. fvl. § 13 a nr. 2) eller at det innhentes samtykke fra dem saken gjelder (jfr. fvl. § 13 a nr. 1). Et samtykke må omfatte alle opplysninger som det kan være aktuelt å diskutere i teamet, for alle de tilstedeværende.

Dersom saken ikke er anonymisert, eller det ikke foreligger samtykke, må det i hver enkelt sak vurderes konkret hvilke opplysninger som kan gis ut til hvem og på grunnlag av hvilken hjemmel. Det vil da sjelden være adgang til at alle opplysninger gis til alle i teamet.

Litteratur

Brox, A.C. (1997). *Barnevernet og flyktningebarn, - unge og deres familier: En kartlegging av behov for faglig styrking av psykososialt arbeid.* Oslo: Psykososialt senter for flyktninger.

Endringslov av 17. juni 2005 nr. 65 i barnevernloven og sosialtjenesteloven.

Hagen, G. & Qureshi, N.A. (1996). *Etnisitet i sosialt arbeid: Arbeid med etniske minoriteter i barnevern og sosial sektor.* Oslo: TANO Aschehoug.

Hjelde, K.H. (2001). *Kultur, slekt og mestring – en evaluering av arbeidet med enslige mindreårige flyktninger i Oslo*. Oslo Kommune: Rapportserien nr. 1.

Justis- og politidepartementet (2005). *Sammen mot barne- og ungdomskriminalitet (2005-2008): Handlingsplan*. Oslo: Justis- og politidepartementet.

Lindboe, K. (2003). *Barnevernrett*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester. Oslo: Grøndahl Dreyer.

Ofstad, K. & Skar, R. (2004). *Barnevernloven med kommentarer*. Oslo: Gyldendal.

Rundskriv, veiledninger og brosjyrer fra Barne- og familiedepartementet:

Barnevernet og det forebyggende arbeidet for barn og unge og deres familier. Rundskriv Q-25/2005.

Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten. Rundskriv Q-24, mars 2005.

Om barneverntjenestens ansvar for enslige mindreårige asylsøkere i mottak og kommuner m.m. Rundskriv Q-17-2004.

Formidling av opplysninger og samarbeid der barn utsettes for vold i familien. Veileder, juni 2005.

19. Juridiske aspekter ved flyktningbarns livssituasjon

Barnets rettigheter – innledning

Dette kapittelet har først og fremst som formål å informere om asylsøker- og flyktningbarns juridiske rettigheter. Her som ellers er det imidlertid viktig å ta utgangspunkt i normalsituasjonen slik at man også bedre kan forstå barn som er asylsøkere, flyktninger eller innvandrere med HG-status (opphold på humanitært grunnlag).

Generelt

Alle barn trenger i større eller mindre grad omsorg og beskyttelse fra voksne. Lovgiveren, Stortinget, har tatt utgangspunkt i dette og gitt barn en juridisk selvbestemmelsesrett som gradvis øker med alderen. Frem til barna fyller 18 år vil foreldrene normalt være barnas rettslige representant (verge), jfr. vergemålslovens § 3. Dette forhindrer ikke at barna har selvstendige rettigheter som for eksempel rett til å uttale seg om hvor de skal bo dersom foreldrene skiller seg. I dag er den nedre grense for dette satt til 7 år.

Alle barn har rettigheter. Noen av disse følger av nasjonal eller internasjonal lov, andre er basert på kulturelle tradisjoner. Til tider kan det være vanskelig å skille mellom juridiske og kulturelt baserte rettigheter, men det er ingen tvil om at det kun er juridiske rettigheter som man kan kreve med loven i hånd. Andre rettigheter må man ofte forhandle seg frem til.

Rettighetene spenner over et bredt spekter - fra fundamentale rettigheter som retten til liv, forbud mot tortur og fengsling av barn - til retten til selv å velge utdanning ved fylte 15 år.

Barn i dagens Norge har fått rettighetsfestet sine mest vesentlige interesser gjennom de internasjonale menneskerettigheter samt gjennom nasjonal lovgivning. Viktige eksempler er barnekonvensjonen, menneskerettsloven, vergemålsloven, barneloven og barnevernloven. Dessverre finnes det tilfeller der disse rettighetene ikke oppfylles.

Noen problemstillinger vedr. utenlandske barns rettigheter

Barn som søker asyl i Norge er enten såkalt enslige mindreårige asylsøkere eller barn som kommer sammen med sine foreldre. Utenlandske barn er – i tillegg til de regler som er nevnt – underlagt utlendingsloven og dermed utlendingsmyndighetene. Med utenlandske barn menes barn som er utenlandske statsborgere, jfr. utlendingslovens § 48.

Norge har mange gode og viktige regler for ivaretakelse av barns rettigheter, men disse fungerer ikke alltid godt nok i praksis for flyktningbarn, for eksempel i tilfeller der vektlegging av ”barnets beste” underlegges utlendingsloven som når barn blir nektet familiegjenforening fordi de ikke har asylstatus, men derimot har opphold på humanitært grunnlag. En mulig årsak er at vi alle lytter for lite til det både norske og utenlandske barn har å fortelle oss, og at barna har for få muligheter til brukermedvirkning i dag. I denne sammenheng er det positivt at for eksempel barneloven, som tidligere nevnt har innført en uttalerett for barn fra fylte 7 år.

Barn og foreldre

De rettslige forhold mellom foreldre og barn reguleres i hovedsak av barneloven av 8. april 1981 og av vergemålslovens av 22. april 1927. Vergemålsloven fastslår at foreldre som har foreldreansvar for sine barn, er barnas verger frem til de fyller 18 år. I praksis innebærer dette at de er barnas rettslige representanter.

Barneloven regulerer foreldrenes rett til å bestemme over sine barn samt forplikter dem til å dra praktisk, psykisk og økonomisk omsorg for barna. Retten til å bestemme over barna deles inn i to hoveddeler, *foreldreansvaret* og *daglig omsorg/hvem skal barna bo hos fast* (en mellomløsning er såkalt *delt omsorg.)*

Bestemmelsesretten som ligger i *foreldreansvaret* er avgrenset til spørsmål som ikke er dagligdagse; for eksempel hvorvidt barnet skal ha pass, endring av navn, valg av livssyn, gjennomgåelse av større helseinngrep, adopsjon.

Daglig omsorg/den barnet bor fast hos innebærer retten til å bestemme over barnet i daglige spørsmål, inklusiv spørsmålet om barnet skal ha plass i barnehage eller ikke.

Barnets mor får foreldreansvar for barnet ved fødselen. Det samme får far, hvis foreldrene er gift med hverandre. Dersom foreldrene ikke er gift, må det inngås en skriftlig avtale om felles foreldreansvar (på eget skjema) som må innleveres til det lokale folkeregister. Hvis dette ikke blir gjort, har barnets far ikke del i foreldreansvaret.

Hvis foreldrene flytter fra hverandre, så følger det av barneloven at de enten må avtale seg imellom om begge eller bare den ene skal ha foreldreansvaret, om barnet skal bo fast hos den ene eller om det skal være delt omsorg. Hvis barnet skal bo fast hos den ene, må de også forsøke å komme til enighet om samværsordning og barnebidrag. Hvis partene ikke blir enige, skal de aktuelle spørsmålene avgjøres av domstolene.

Barnet og de offentlige myndigheter

Det finnes en rekke offentlige etater med særskilt ansvar for barn. De viktigste er: skoler og sfo for barn og unge, barnehager for førskolebarn, helsestasjoner og barne-avdelinger ved sykehus, sosialtjenesten med ansvar for funksjonshemmede, flyktning- og kulturkonsulenter og barnevernet som har ansvar for barn med spesielle behov. Det meste av dette serviceapparatet er lovregulert:

- Skole og Skolefritidsordning (sfo) – reguleres av *opplæringsloven* som også omfatter videregående skole. Her skal man være særlig oppmerksom på lovens kapittel 9A som

omhandler det fysiske og psykososiale miljøet. Barn som antas å skulle oppholde seg i Norge i mer enn tre måneder har rett til grunnskoleopplæring etter de samme regler som andre barn i Norge. Plikten til opplæring inntrer etter tre måneders opphold.

- Helsesektorens førstelinjetjenester (primærhelsetjenestene) - reguleres av *kommunehelsetjenesteloven.* Retten til helsehjelp fra kommunehelsetjenesten reguleres av kommunehelsetjenestelovens § 2-1. Loven skiller ikke mellom de som har lovlig opphold i Norge og de som ikke har det.

I lovens § 2-2 finnes en særskilt regel om barns rett til kontroll ved helsestasjon. Der står det også at foreldrene plikter å sørge for at barna kommer til helsestasjon. Det er videre viktig å være klar over at man har klagerett etter lovens § 2-4 hvis man ikke får oppfylt sin rett til helsehjelp.

- Barneavdelinger ved sykehus og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker - reguleres av *spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven.* Tvang mot barn etter psykisk helsevernloven kapittel 3 og 4 må sees i sammenheng med reglene i pasientrettighetslovens kapittel 4 om foreldres rett til å gi samtykke på vegne av sine barn. Man bør vite at det er gitt ut egne kommentarutgaver til disse lovtekstene der man ved behov kan finne en kort forklaring til den enkelte paragraf.

For øvrig bør man være særlig oppmerksom på pasientrettighetslovens kapittel 6 som omtaler barns særlige rettigheter under opphold i sykehus. Sist, men ikke minst, har man spørsmålet om rett til behandling som følger av pasientrettighetslovens § 2-1 med utfyllende forskrifter. Kort sagt kan man si at personer som ikke er medlemmer av Folketrygden eller som ikke har økonomisk garanti på annen måte, ikke har samme rett til behandling som nordmenn og andre som er bosatt i Norge med vanlige trygderettigheter. Det vil her føre for langt å gå i detalj, men det kan uten videre fastslås at *alle* har rett til øyeblikkelig hjelp. Det er imidlertid mer uklart og underlagt skjønnsmessig vurdering hvorvidt man har rett til annen form for behandling. Barn har imidlertid fulle rettigheter til behandling både innen første- og annenlinjetjenestene og selv under ulovlig opphold i landet.

- Sosialtjenestens ansvar for funksjonshemmede barn – *sosialtjenesteloven kapittel 4*

Det er lett å glemme at ”sosialkontoret” ikke bare har ansvar for å gi økonomisk stønad til de som trenger det, men også har plikt til å yte det som kalles praktisk sosialhjelp, som for eksempel avlastning, støttekontakt, plass i barnebolig eller lignende.

Asylsøkerbarna og deres familier er ikke mye i kontakt med sosialtjenesten. Mange vil imidlertid ha behov for bistand i lang tid etter at de har fått oppholdstillatelse, og for dem vil sosialtjenesten kunne få stor betydning.

Reglene om økonomisk bistand etter sosialtjenestelovens kapittel 5 er som sagt mest kjent. Vel så viktig er den praktiske sosialhjelp som er hjemlet i lovens kapittel 4, samt reglene om bistand til rusmisbrukere, noe som også kan være relevante for enkelte av disse familiene. Se mer nedenfor om sosialtjenesten i forbindelse med tverrfaglig arbeid.

Barneverntjenesten

Barneverntjenesten er et kommunalt organ som i samarbeid med den statlige, regionale etaten BUF-etat (Barn, ungdom og familier) bistår barn og deres foreldre ved større og mindre alvorlige livssituasjoner. Den aktuelle lov er *barnvernloven* fra 1992. Formålet med loven står i § 1-1, og i lovens § 1-2 fremkommer det at loven gjelder for alle barn som oppholder seg i Norge, uansett om de har lovlig opphold eller ikke, og uansett om de bor i foreldrehjem, i asylmottak, i kirkeasyl eller noe annet sted. Loven gir klar hjemmel for at barnevernet har det samme ansvar for barn i asylmottak som for andre, men det finnes dessverre en rekke eksempler som viser at dette ikke håndheves i praksis.

I lovens kapittel 3 står det at barnevernet har plikt til å bedrive generelt forebyggende arbeid samt til å arbeide tverrfaglig. Alle tiltak skal gjøres ut fra hensynet til ”barnets beste.”

Praktisk barnvernsarbeid fungerer vanligvis på følgende måte:

a. Barnevernet mottar en melding fra en offentlig eller privat person.
b. Barnevernet plikter å vurdere om meldingen bør følges, jfr. lovens § 4-2
c. Hvis barnevernet beslutter å følge opp meldingen, vil de foreta undersøkelser i hjemmet og ved å kontakte lærere, helsepersonell og andre som barna har kontakt med, jfr. lovens § 4-3.
d. Hvis undersøkelsen bekrefter at foreldrene har behov for bistand vil barnevernet foreslå et eller flere hjelpetiltak for å bedre barnas situasjon, for eksempel hjemkonsulent, barnehageplass eller støttekontakt, jfr. lovens § 4-4.
e. Tiltakene skal evalueres fortløpende og følges opp med nye dersom det vurderes som mest hensiktsmessig, jfr. lovens § 4-5.

f. Hvis barna etter en periode på 6-12 mnd. ikke får noen merkbar bedring i sin omsorgssituasjon til tross for tiltakene, vil barnevernet vurdere å fremme forslag om å flytte barna ut av hjemmet i samarbeid med foreldrene, eller om nødvendig mot deres vilje, jfr. § 4-4, 5. ledd (frivillig plassering), § 4-12 (tvangsplassering).

g. Vedtak om omsorgsovertagelse treffes av fylkesnemnda og vedtaket kan føres inn for domstolene, se lovens kapittel 7.

h. De barn som ikke skal bo sammen med foreldrene vil bli plassert i fosterhjem eller i barnevernsinstitusjon, jfr. lovens § 4-14.

De fleste saker ender ikke med omsorgsovertagelse, men ved at man at velger å fortsette med hjelpetiltak til barna i større utstrekning kan ta vare på seg selv.

I tillegg til slike ”normalsaker”, har man også hastesaker. De viktigste regler for dette finnes i lovens § 4-6, 1. og 2. ledd. Annet ledd benyttes der hvor man anser det for å være akutt fare for at barnet kan bli alvorlig fysisk og /eller psykisk skadd ved fortsatt å bo sammen med foreldrene. Tvangsvedtak kan da treffes av barnevernet eller politiet. Et slikt vedtak må foreløpig godkjennes av leder i fylkesnemnda innen 48 timer, og har en varighet av 6 uker.

§ 4-6, 1. ledd innebærer at barnevernet plikter å ta hånd om barn som ikke blir tatt hånd om fordi foreldrene er syke, fordi de er kommet bort eller av andre grunner. Dette er et frivillig tiltak som ikke kan opprettholdes mot foreldrenes vilje. I enkelte saker blir denne hjemmel brukt for å ivareta utenlandske barn som ikke er asylsøkere, men som allikevel oppholder seg i Norge uten foreldre. (Se mer inngående om reglene for barnevernsarbeid i kapittel 18.)

Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid til barnets beste

Både sosialtjenesten og barneverntjenesten er lovmessig pålagt å bedrive generelt forebyggende arbeid i tillegg til å arbeide i forhold til det enkelte barn og familie, jfr. begge lovers § 3-1.

Det stilles stadig større krav til tverrfaglighet hos helse- og sosialarbeidere. Dette kom allerede til uttrykk i sosialtjenestelovens § 3-2 i 1991 og i barnvernlovens § 3-2 i 1992. Man pålegges her samarbeid med alle relevante kommunale eller statlige etater, uavhengig av om etatene befinner seg innen helse-, skole- eller andre aktuelle sektorer.

Man finner ikke tilsvarende regler i helselovgivningen. Derimot finner man regler om individuelle planer som dekker noe av det samme behovet. Hensikten med slike planer er nemlig også å samordne og koordinere aktuelle tjenester.

Det siste og kanskje minst kjente tilskudd til reglene om individuelle planer finnes i sosialtjenesteloven § 4-3a, som også gir sosialtjenesten plikt til å utarbeide individuelle planer, selv om det ikke foreligger helsemessige forhold som gir rett til slik plan. Det er ellers verdt å merke seg at de siste forskrifter for utarbeiding av individuelle planer er felles for planer etter helselovgivningen og sosiallovgivningen.

Et problem som allikevel lett oppstår er spørsmålet om *hvem* som skal påta seg ansvaret for å koordinere ansvarsgruppene som dannes rundt pasienter/brukere som får utarbeidet individuelle planer. Et viktig hjelpemiddel, dersom sosialtjenesten er representert i ansvarsgruppa, er å se hen til sosialtjenestelovens § 3-2, 3. ledd, som uttrykker helt klart at sosialtjenesten har ansvar for å avklare hvem som har ansvaret for de ulike tiltakene som brukeren har behov for.

Hvem har skrevet de enkelte bidragene?

Kap.1. Innledning og bakgrunn

Hildegun Selle, Sissel M. Neumayer og Marit C. Borchgrevink.

Kap. 2. Om asyl- og flyktningprosessen

Inger Lise Lien, Nora Sveaass, Sissel M. Neumayer og Leif Strøm

Kap. 3. Flyktningbarns påkjenninger og reaksjoner

Marit C. Borchgrevink, Sissel M. Neumayer

Kap 4. Familier i eksil

Hildegun Selle, Sissel M. Neumayer,
Marit C. Borchgrevink og Eirik Mathiesen

Kap 5. Barn i asylmottak

Rune Skagen og Sissel M. Neumayer

Kap 6. Enslige mindreårige asylsøkere

Arve Skreslett og Birger Gröndahl

Kap 7. Om perspektiver i det psykososiale arbeidet med flyktningbarn og unge

Marit C. Borchgrevink

Kap 8. Kulturelle dimensjoner ved psykososialt arbeid med flyktningbarn

Sissel M. Neumayer

Kap 9. Arbeid med tolk

Bente Mari Bjørnås

Kap 10. Praktisk psykososialt arbeid innen førstelinjetjenestene

Borghild Rydland

Kap 11. Skolen som psykososial arena

Kjell Østby og Heidi Reif

Kap 12. Henvisning, utredning og behandling innen psykisk helsevern for barn og unge

Aina Basilier Vaage
Jørgen Sundby (Psykologisk utredning / kognitiv testing av flyktningbarn)

Kap 13. Eksempler på behandlingstilbud og tilnærminger

Catherine Cooke (Kunstterapeutiske tilnærminger)
Melinda Meyer (Kroppsorientert arbeid)
Hildegun Selle (EMDR som metode ved behandling av traumer)
Arve Skreslett (Narrativ eksponeringsterapi for barn (kidNET))

Kap 14. Gruppe som metode i arbeid med flyktningbarn

Arve Skreslett (Om gruppebehandling)
Marit C. Borchgrevink (Fokus på resiliens eller traumebearbeiding?)
Marit C. Borchgrevink (Erfaringer fra resiliensfremmende grupper)
Hildegun Selle (Traumegrupper med flyktningbarn og deres familier)
Hedda Sandvik og Arve Skreslett (Dramaterapi og parallelle foreldregrupper)
Kjell-Ole Myrvoll og Marit Eilertsen (Samtalegruppe for enslige mindreårige flyktninger og asylsøkere)

Kap. 15. Psykososialt arbeid med flyktningbarn – reaksjoner hos hjelper

Psykososialt senter for flyktninger (noe omarbeidet av Sissel M. Neumayer)

Kap. 16. Etiske problemstillinger i arbeid med flyktningbarn og -familier

Arve Skreslett

Kap 17. Helseerklæringer i utlendingssaker

Irene Marstrøm

Kap 18. Barnevernarbeid – regelverk og praksis

Karin Anna Elisabet Bergström

Kap 19. Juridiske aspekter ved flyktningbarns livssituasjon

Leif Strøm

Koordinering og redigering

Sissel M. Neumayer

Presentasjon av forfatterne/bidragsyterne

Karin Anna Elisabet Bergström, barnevernleder/sosionom ved Barneverntjenesten i Midtre Namdal.

Bente Mari Bjørnås, rådgiver ved Tolketjenesten i Trondheim kommune.

Marit C. Borchgrevink, psykologspesialist og leder for Psykososialt team for flyktninger i Nord-Norge.

Catherine Cooke, kunstterapeut og studentrådgiver ved Studentenes sosialtjeneste, Studentsamskipnaden i Tromsø.

Marit Eilertsen, spesialkonsulent med utdanning som spesialsykepleier, pedagog og kunstterapeut. Arbeider ved Senter for psykisk helse Midt-Troms, BUP Sjøvegan.

Solveig Gravråkmo, helsesøster og leder for Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge.

Birger Gröndahl, barnepsykiater og overlege ved PBU Rinkeby, Stockholm.

Inger Lise Lien, sosialantropolog, Dr. polit. og forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Irene Marstrøm, psykologspesialist. Arbeider ved Psykososialt team for flyktninger i Nord-Norge.

Kjell-Ole Myrvoll, klinisk sosionom med spesialitet i barne- og ungdomspsykiatri. Arbeider ved Senter for psykisk helse Midt-Troms, BUP Sjøvegan.

Eirik Mathiesen, psykiatrisk sykepleier ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy.

Melinda Meyer, kunst- og uttrykksterapeut, sykepleier og klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie. Forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Leder av Norsk Institutt for Kunst- og uttrykksterapi.

Sissel M. Neumayer, sosialantropolog og forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Heidi Reif, arbeider ved Norskskolen i Larvik

Borghild Rydland, flyktninghelsesøster i Tromsø kommune med arbeidssted Sentrum helsestasjon.

Hedda Sandvik, dramaterapeut ved Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge.

Hildegun Selle, psykolog. Arbeider ved Psykososialt Team Sør.

Rune Skagen, mottaksleder og sosionom med videreutdanning i psykiatrisk sosialt arbeid. Arbeider ved Leira mottak, Levanger kommune.

Arve Skreslett, psykologspesialist ved Psykososialt team for flyktninger i Midt-Norge.

Leif Strøm, advokat i Advokatfirmaet Leif Strøm AS, høgskolelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Jørgen Sundby, psykologspesialist ved Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø.

Nora Sveaass, psykologspesialist, Dr. psychol., seksjonsleder ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Aina Basilier Vaage, overlege, spesialist i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset i Stavanger. Stipendiat ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse i Helseregion vest.

Kjell Østby, arbeider ved Norskskolen i Larvik.

Omslag: Inger Sandved Anfinsen. **KOBOLT**

Helse- og sosialarbeidere møter et mangfold av utfordringer i arbeidet med stadig nye brukergrupper. Mange etterspør informasjon om flyktningbarn- og unges behov, og ønsker samtidig innspill til hvordan man kan arbeide psykososialt med denne gruppen. Veilederen er ment å gi støtte til helse- og sosialarbeideres arbeid og gir kunnskap om flyktningbarn og deres familiers situasjon før, under og etter flukt. Ulike faglige perspektiver og arbeidsmåter i forhold til gruppen belyses også. De konkrete erfaringene som presenteres vil forhåpentligvis kunne gi inspirasjon til videreutvikling av dette viktige arbeidet, innen både første- og annenlinjetjenestene. Utfyllende litteraturlister gir muligheter for faglig fordypning innen relevante temaer.

Kirkeveien 166 (bygning 48)
N-0407 Oslo
Tlf.: +47 22 59 55 00
Faks: +47 22 59 55 01
e-post: postmottak@nkvts.unirand.no

ISBN-10: 82-8122-007-4
ISBN-13: 978-82-8122-007-2