

**Malin Johansen**

er ergoterapeut med videreutdanning i vold i nære relasjoner og aggresjonsproblematikk. Hun har jobbet med rus og psykiatri, og er nå ansatt ved Tromsø Ungdomssenter.

**Trude J. Ingebrigtsen Bowes**

er ergoterapeut med videreutdanning i vold i nære relasjoner og aggresjonsproblematikk. Hun har jobbet på mottakssenter for mindreårige asylsøkere og jobber nå ved Psykisk helsetjeneste i Lenvik.

Enda en urett

Alle som er i Norge har rett på helsehjelp. Men asylsøkere med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) får ikke den hjelpen de trenger fra helsevesenet.

I 2011 søkte 9 100 mennesker om beskyttelse i Norge, såkalt asyl (UDI 2011). Gjennomsnittlig behandlingstid på asylsøknad fra Utlendingsdirektoratet (UDI) i 2011 var omtrent 6,5 måneder. Gjennomsnittlig behandlingstid ved anke hos Utlendingsnemnda (UNE) var 9 måneder i 2011. Mange asylsøkere lever over flere år i uvisshet (Varvin 2003). Årsaker til asylsøknad kan være mange, som alvorlig og potensielt traumatiserende vold, som terrorhandlinger, krig, tortur, seksuelle, fysiske og psykiske overgrep. Dette ved at personen kan ha blitt utsatt for, eller ha vært vitne til slike handlinger. Hendelsene kan være erfart både i hjemland og/eller under flukt (Berg 2005).

HELSEPROBLEMER

Blant flyktninger og asylsøkere er psykiske lidelser mer utbredt enn blant den øvrige befolkningen (Rådet for psykisk helse 2007, Lavik 1999). De mangler ofte resiliensfaktorer rundt seg som den øvrige befolkningen har. Eksempler kan være familie, sosialt nettverk, kultur, trygghet og kjent språk. Traumatiserte asylsøkere er mer sårbare enn andre for stressfaktorer, og har mindre evne til å tåle en vanskelig og usikker situasjon (Rådet for psykisk helse 2007). Stressfaktorer kan være å bo i mottak over tid, uavklart livssituasjon, tapsopplevelser, manglende deltakelse i meningsfulle aktiviteter og redusert sosioøkonomisk status med mer (Brunvatne 2006, NOU 2011:10). Asylsøkere har ti ganger større sjanse for å få posttrauma-



TUNGVENTING: Usikkerheten er stor, og psykiske lidelser kan forverres i ventetiden. Illustrasjonsfoto: Tri D. Nguyen.



tisk stresslidelse (PTSD) enn den øvrige befolkning (Crumlish 2010). Det sees ofte en omfattende funksjonssvikt i forhold til deltakelse i dagliglivet for personer med PTSD (Brunvatne 2006).

«Blant flyktninger og asylsøkere er psykiske lidelser mer utbredt enn blant den øvrige befolkning.»

PTSD er en alvorlig angstlidelse, utløst av ekstreme traumer. Individet kan ha blitt utsatt for, eller har vært vitne til ulike typer traumatiserende vold. Hendelsen kan oppleves livstruende for individet, og psykisk, fysisk eller seksuell integritet kan oppleves truet. Ved PTSD kan individet oppleve flashbacks, ulike sanseinntrykk, unngåelsesatferd mot det som kan minne om traumet, og individet befinner seg i økt alarmberedskap. Andre symptomer kan være nedsatt konsentrasjon, innlæringsevne og hukommelse, mistenksomhet, økt aggresjon, distansering i forhold til andre mennesker, søvnvansker og diffuse somatiske smerter. Depresjon, misbruk av rusmidler og selvmordsforsøk kan også forekomme (NOU 2008:11). På bakgrunn av overnevnte symptomer kan lidelsen få kroniske forløp over år. Dette kan resultere i varig personlighetsforandring (Brunvatne 2006).

En rapport gjort ved asylmottak av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), viste at så mange som 46,2 prosent av asylsøkere hadde PTSD. Det-

te indikerer store behov for støtte og behandling (Jakobsen 2007).

Behandling av denne alvorlige lidelsen utføres blant annet av psykologer i spesialisthelsetjenesten (Brunvatne 2006). Det fins ulike former for traumebehandling, og faseorientert traumebehandling er en av dem. Faseorientert behandling består av stabilisering, bearbeiding/eksponering og integrering (Anstorp 2006, Neumayer 2006). Det er diskusjoner i fagfeltet i forhold til når, eller om tiden er inne for at en behandler skal hjelpe pasienten med å konfrontere traumet (Hokland 2006). Behandling kan derfor variere.

Norge har blitt kritisert for å være sinker på å gi traumatiserte asylsøkere helsehjelp, i forhold til andre skandinaviske land (Dahl 2010). Hjelperne kan i møte med traumatiserte reagere sterkt på deres historie, og selv få PTSD-symptomer. Dette kalles sekundærtraumatisering (Neumayer 2006).

Lov om pasient- og brukerrettigheter § 1-2 (1999) slår fast at alle som oppholder seg i riket har rett til nødvendig helsehjelp. Slik vi forstår det, omfatter dette også asylsøkere. Retten til nødvendig helsehjelp gjelder både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Hva som ligger i begrepet «nødvendig helsehjelp» er ikke videre definert. I § 2-1b slås det fast at retten til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten skal veies opp mot nytte av hjelp, og om kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Når pasienten henvises videre, er det sannsynligvis fordi behandlere i første instans ikke mener seg kompetente. Henvisningen blir gjort ut fra vurderinger om pasientens behov og nytte av behandlingen. Om kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt, er vanskelig for oss å si noe om.

Mens en asylsøker venter på svar, vil situasjonen ofte oppleves som ustabil, og det er stor sannsynlighet for at psykisk helsetilstand forverres. Vi minner om at en av tre norske krigsseilere ble uføre etter andre verdenskrig på grunn av PTSD. 20 år etter at krigen var over hadde deres helseproblemer økt, ikke minket (Brunvatne 2006, Kringlen 2005). Ubehandlet PTSD kan føre til store samfunnsøkonomiske kostnader, og i verste fall ta liv.

Vi har intervjuet totalt fem ansatte i kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste om hvordan de opplever å gi helsetjenester til asylsøkere. Informantene har gjennom sitt arbeid kontakt med asylsøkere. Informantene fikk rom til å fortelle fritt om egne erfaringer,



i tillegg til våre fastsatte spørsmål. Alle intervjuene ble transkribert.

MULIG LOVBRUDD

Problemene starter allerede hos fastlegen. Henvisninger til videre behandling er mangelfulle eller ufullstendige. Når det gjelder kartlegging, behandling og eventuell videre henvisning ved sykdom, har leger en sentral rolle i dette arbeidet (Brunvatne 2006). En undersøkelse om legers forhold til asylsøkere (Varvin og Aasland 2009), viste at fastleger oppgav å ha lav kompetanse på å behandle flyktninger. Det var nærmest umulig å få kontakt, veiledning eller råd fra faglig ekspertise. De hadde heller ingen god erfaring med å henvise asylsøkere til psykiatriske sykehus og psykiater (Varvin 2009).

En ansatt i kommunehelsetjenesten rapporterte gjennom våre intervjuer selv å skrive henvisninger, som legen underskrev. Utforming ble oppgitt å være utfordrende, da det var utenfor den ansattes kompetanseområde. I helsepersonelloven § 5 (1999) fastslås det at helsepersonell kan overlate arbeid til annet personell. Dette gjelder kun dersom det er forsvarlig og personalet er kvalifisert. I forhold til den informasjonen vi fikk fra informanten som selv skrev henvisninger hvor legen skrev under, kan vi stille oss spørsmål om dette kan være ansvarsfraskrivelse eller til og med brudd på helsepersonelloven.

SPESIALISTHELSETJENESTEN FORNØYD

Spesialisthelsetjenesten mener at de gir nødvendig helsehjelp til asylsøkere med PTSD. Den ene av informantene mente det kunne være mot sin hensikt med traumebehandling, dersom ikke stabilisering rundt asylsøkeren var etablert. Stabiliseringsarbeid handler om å styrke pasienten til å kunne tåle å gå inn i bearbeiding av traumat.

« (...) førstelinjenivået kan hjelpe til med den type jobbing først. Så, ser vi hva som er igjen (...). Vi kunne gitt mer helsehjelp enn det vi klarer i dag. Vi er ikke staffet til å klare det. I hvertfall ikke spesialisthelsetjenesten. »

En informant fra spesialisthelsetjenesten hadde hørt om kolleger innenfor samme helseprofesjon som vegret seg mot å gå inn i behandling av traumatiserte asylsøkere. To av informantene tok opp at Norge ligger etter andre land i kompetanse på traumebehandling.

I tilfeller hvor behandling av spesialisthelsetjenesten har blitt avslått, synes vi det er vanskelig å se at det har vært gitt nødvendig helsehjelp i henhold til loven. Asyl-

søkerne sendes da tilbake til helsepersonell som vurderte egen kompetanse utilstrekkelig i forhold til pasientens helsetilstand.

Når vi vet hvordan PTSD kan påvirke asylsøkerens helse og hemme deltakelse i meningsfulle aktiviteter, er det vanskelig å forstå at spesialisthelsetjenesten kan forsvare et avslag om helsehjelp. En kan stille spørsmål til hvordan et avslag om helsehjelp i disse tilfellene skal være med på å fremme folkehelse, slik loven nevner.

«Norge har blitt kritisert for å være sinker på å gi traumatiserte asylsøkere helsehjelp.»

KRITISKE TIL SPESIALISTHELSETJENESTEN

Kommunehelsetjenesten var til dels uenige i at spesialisthelsetjenesten gav nødvendig helsehjelp til asylsøkere med PTSD. Etter mislykkede forsøk på stabilisering, hvor asylsøkerens helsetilstand ble dårligere, ble pasienter i kommunehelsetjenesten henvist til spesialisthelsetjenesten for behandling. Noen fikk avslag, noe som var vanskelig å akseptere. Kommunehelsetjenesten tenkte det var svært vanskelig å stabilisere, dersom det ikke parallelt også ble arbeidet med selve traumat.

« (...) Vi blir sittende igjen med de brukerne, og vi blir kanskje sittende igjen med de som vi føler at vi ikke har mulighet til å hjelpe like godt, fordi at vi ikke innehar den kompetansen som de har behov for. For å få den rette behandlingen. »



De ansatte følte seg maktesløse: «...jeg hadde uansett ikke hatt samvittighet til å si at: nei, du får ikke komme hit...». Mangel på ressurser i form av tid, økonomi og kompetanse ble oppgitt som årsak til at de ansatte følte de ikke fikk gitt et optimalt helsetilbud.

IKKE ENIGE OM BEHANDLING

Det kan virke som om det er ulike oppfatninger mellom informantene om hva som er nødvendig behandling for asylsøkere med PTSD. Noen fra spesialisthelsetjenesten benytter faglige argumenter for å forklare hvorfor det kan være mot sin hensikt å starte opp med traumbearbeiding. Eksempler er at livssituasjon er uavklart og ustabil. Ifølge teori kan det være hensiktsmessig å gjøre grundig kartlegging og stabilisering rundt asylsøker, før en eventuell eksponering og bearbeiding av traumet (Varvin 2003).

Slik vi forstår det mener kommunehelsetjenesten det er behov for å stabilisere, men samtidig arbeide parallelt med selve traumet. Dette for å bedre daglig fungering og psykisk helse. Vi tenker at dersom det ikke er en felles forståelse og kunnskap for traumer og behandling, vil det være vanskelig å gi nødvendig hjelp. Forventninger om at «den andre instans må gjøre noe» for at asylsøkeren skal få det bedre, kan bli en «hvilepute». Asylsøkerne kan mangle kunnskap om det norske systemet, og slik ha vansker med å ivareta sine pasientrettigheter (Brunvatne 2006). Vi tenker videre det er viktig å få fram asylsøkerens tanker omkring egen lidelse, og hva pasienten ser på som virkningsfullt i forhold til behandling.

«Etter vår mening blir det direkte uetisk å sende den traumatiserte asylsøkeren mellom hjelpeinstansene slik vi har beskrevet.»

NYTTIG VEILEDNING

Spesialisthelsetjenesten så behov for og nytteverdi av eventuell veiledning til kommunehelsetjenesten. Arbeid med asylsøkere og denne type problematikk er svært krevende for hjelpere, og det kan føre til sekundærtraumatisering.

«... mange der ute i førstelinja, hjelpeinstanser, de er slitne. De har på en måte liksom gitt opp, og hva skal gjøres nå? Nei, nå må vi forsøke et eller annet i spesialisthelsetjenesten...»

En av de ansatte i kommunehelsetjenesten hadde opplevd å få veiledning, og så på det som svært nyttig.

For å gi en god helsetjeneste til asylsøkere er det behov for tverrfaglig samarbeid med engasjerte helseansatte (Brunvatne 2006).

AVKLARE ROLLER

Fire av informantene oppgav at det kunne være behov for rolleavklaringer mellom instanser i forhold til arbeid med traumatiserte asylsøkere. Hvem gjør hva og når? Det var forventninger i forhold til hva de andre instansene kunne og skulle gjøre. Gjennom intervjuene kom det fram at forventningene ikke alltid samsvarte med virkeligheten.

Vi ser behov for økt samarbeid og kommunikasjon mellom de ulike helseinstansene. Dette kan være første skritt mot å innfri asylsøkernes rett til nødvendig helsehjelp, bedret helse og større deltakelse i eget liv. Kommunikasjon vil videre kunne gi helsearbeidere en felles kunnskapsplattform i forhold til lidelse, problematikk, behandling og roller. Eventuelle behov for veiledning eller kompetanseheving kan også belyses.

Kanskje kan et eget team for asylsøkere være nyttig? Da vil vi være flere engasjerte hjelpere som ønsker å arbeide med nettopp denne type problematikk. Det kan bety økt kompetanse, bedre oversikt og støtte, i et utfordrende men spennende arbeidsfelt.

Etter vår mening blir det direkte uetisk å sende den traumatiserte asylsøkeren mellom hjelpeinstansene slik vi har beskrevet. Argumenter i forhold til fag, lover, ressursmangler og lignende kan ikke benyttes som argumentasjon for at asylsøkere med PTSD ikke skal få den helsehjelp de trenger.

Vi bør ta lærdom av de norske krigsseilernes erfaringer, og slik forhindre at historien gjentar seg.

Her er et utdrag av diktet Du må ikke sove av Arnulf Øverland:

Du må ikke sitte trygt i ditt hjem og si:
Det er sørgelig, stakkars dem!
Du må ikke tåle så inderlig vel
den urett som ikke rammer dig selv!
Jeg roper med siste pust av min stemme:
Du har ikke lov til å gå der og glemme!
(Øverland 1937). ■

LITTERATUR

Anstorp, T og Kirsten Benum m.fl.

(red): *Dissosiasjon og relasjonstraumer: integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget. 2006.

Berg, B. og Nora Sveaass m.fl.: «Det hainnle om å leve...». Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak. SINTEF rapport. 2005.

Brunvatne, R.: *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk. 2006.

Crumlish, N. og K. O'Rourke: A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorders among refugees and asylum-seekers. s. 237-251. I: *Journal of Nervous & Mental Disease*. Vol. 198, Nr. 4. 2010.

Dahl, S.: Norge har blitt skandinaviske sinker. Dagens Medisin. 16. oktober. 2010

Helsedirektoratet: *Helsetjenestetilbud til asylsøkere, flyktninger og familiegjennforente*. Helsedirektoratet. 2010

Bruker- og pasientrettighetsloven: Lov

om pasient- og brukerrettigheter (online). Lovdata. 1999.

Spesialisthelsetjenesteloven: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (online). Lovdata. 1999

Helsepersonelloven: Lov om helsepersonell m.v. Lovdata. 1999

Hokland, M.: Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer? s. 1150-1158. I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol. 43, Nr. 11. 2006.

Jakobsen, M. og Nora Sveaass: *Psykisk helse i mottak*. Publikasjonsserie fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Rapport nr 4/2007. 2007.

Kringlen, E.: *Psykatri*. Oslo: Gyldendal akademisk. 2005.

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

Neumayer, S. og Arve Skreslett

m.fl.: *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktningbarn*. Introduksjon og fagveileder. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. 2006.

NOU 1992:8: *Definisjon av helsehjelp*. Lov om pasientrettigheter

NOU 2008:11: *Yrkessykdommer*. PTSD-diagnosen

NOU 2011:10: *I velferdsstatens venterom*. Mottakstilbud for asylsøkere. Justis- og Politidepartementet

Rådet for psykisk helse: *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn*. Rapport.

Oslo: Rådet for psykisk helse. 2007.

UDI: *Årsrapport 2011. Asyl og mottak*, UDI. 2011.

Varvin, S og O.G Aasland: Legers forhold til flyktningpasienter. I: *Tidsskrift for den norske legeforening* nr. 15. 13 august. 2009.

Øverland, A.: *Du må ikke sove*. Tilgjengelig fra:

Nye fagartikler på fontene.no:

Vanskelig grenseområde

■ I denne månedens fagartikkel på fontene.no kan vi lese om de vanskelige vurderingene som skal gjøres for diagnosen utviklingshemning. Artikkelforfatter Børge Holden har lang erfaring fra arbeid med utviklingshemmede.

Ett viktig skille går mellom å ha utviklingshemning eller ikke. Men det kan være vanskelig å vite sikkert hvilken side av «streken» en person hører hjemme på. Artikkelen gir eksempler på vurderinger i dette grensefeltet.

Holden går også gjennom ulem-

per og fordeler med å ha diagnosen utviklingshemning når evnenivået tilsier det.

Også mennesker som ikke har utviklingshemning kan ha problemer på grunn av svakt evnenivå. Derfor kan deres evne til å fungere ha likheter med funksjonsnivå til personer med utviklingshemning. Likheten kan blant annet være å finne når det gjelder selvstendighet og i arbeidslivet. Ofte er det imidlertid vanskeligere for dem å få omsorgstjenester og ytelser.

Også når det gjelder behandling

for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, kan det være vanskeligere for mennesker med lavt evnenivå å få tilpasset hjelp enn det er for personer med utviklingshemning (og personer med normalt evnenivå).

Personer med et lavt evnenivå, men uten utviklingshemning, kan derfor befinne seg i spesielt vanskelige situasjoner, skriver Holden. ■