

Barn i asylmottak - en kvalitativ studie

Hilde Buvik Sivertsen

Hovedoppgave til Cand. Psychol. graden,
Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø,

Høst 2007



Forord

Undertegnede personlige engasjement og interesse for flyktningshelse, førte til at jeg i juni 2006 skrev en forespørsel om prosjekter til Irene Marstrøm ved Ressurssenter for Vold og Traumatisk stress og Selvmordsforebygging (RVTS), region Nord. Irene Marstrøm informerte om pilotprosjektet *barn i mottak* som skulle settes i gang ved Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, RBUP Nord, på oppdrag av Sosial- og Helsedirektoratet. Prosjektet "barn i mottak" hadde som mål å kaste lys over risikofaktorer knyttet til asyltilværelsen og psykiske problemer. Målet var å generere kunnskap som basis for helsefremmende og forebyggende arbeid med barn i asylmottak.

I en tremåneders periode reiste undertegnede og prosjektleder, Camilla Lauritzen, rundt på samtlige asylmottak i Nord-Norge, fra Vadsø i nord til Mosjøen i sør. Undertegnede og prosjektleder samlet inn all data sammen, mens bearbeidningen av datamaterialet ble gjennomført separat. Prosjektleders hensikt var å skrive en rapport som befattet alt som ble sagt i intervjuene, mens undertegnede valgte ut deler av datamaterialet for å belyse egen problemstilling.

Jeg ønsker å rette en takk til Irene Marstrøm ved RVTS Nord som ga meg tipset om prosjektet. Takk til veilederne mine; Mary Nivison for konkret og god veiledning, takk til Jørgen Sundby for faglig innspill og diskusjon. En stor takk til Camilla Lauritzen for at jeg fikk ta så stor del i prosjektet, og spesielt for asylturneen, det var slitsomt, men en uvurderlig opplevelse! En takk rettes til min samboer for korrekturlesing, innspill og støtte underveis. Sist men ikke minst, takk til alle informanter for at jeg fikk ta del i deres erfaringer og opplevelser på et sammensatt og vanskelig felt.

Kandidat: Hilde Buvik Sivertsen

Tittel: Barn i asylmottak – en kvalitativ studie

Veiledere: Psykologspesialist Jørgen Sundby og førsteamanuensis Mary Nivison

Hovedoppgave til Cand. Psychol. graden,

Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø,

Høst 2007

Sammendrag

Det er forsket lite på barn i asylmottak og deres psykiske helse. Derimot er det gjort en del studier på flyktningbarn og barn som har vokst opp under andre belastende vilkår. Mange av de faktorene som er avgjørende for at barn klarer seg, er forhold utenfor barnet. Denne studien ønsket å finne ut hvilke spesielle faktorer i hverdagen på asylmottak, som kunne ha betydning for barns psykisk helse. Studien er kvalitativ og bygger på 11 fokusgruppeintervjuer med mottaksarbeidere, helse- og skolepersonell tilknyttet alle asylmottak i Nord-Norge. Intervjuene ble transkribert og lagt inn i Nudist Vivo QSR, et software program for behandling av kvalitativt datamateriale. Data er bearbeidet i tråd med prinsippene i *Grounded theory* utviklet av Glaser og Strauss (1967). Studien viste at tid i mottak, og foreldrenes situasjon var mest belastende for barna, slik informantene vurderer det. Skolegang, fritidstilbud og økonomisk kompensasjon for familienes dårlige økonomi, mente informantene kompenserte for flere av belastningene i mottakstilværelsen. Videre fokuserte studien på hjelpernes utfordringer i arbeidet. Organisering av mottaksdriften, tilgang på kompetanse og ressurser, taushetsplikt og kulturelle ulikheter ble nevnt som utfordringer i arbeidet med å gi effektiv hjelp.

En flyktning defineres i FNs flyktningkonvensjon som en person som med rett frykter forfølgelse på grunn av sin rase, religion, nasjonalitet, politiske overbevisning eller tilhører en spesiell sosial gruppe og befinner seg utenfor det land han er borger av, og er ute av stand til, eller, på grunn av frykt, er uvillig til å påberope seg dette lands beskyttelse og å vende tilbake dit (FNs flyktningkonvensjon). I dag er 38,4 millioner mennesker på flukt i verden, av disse er 13,9 millioner i eksil, og resten er flyktninger i eget land, altså internt fordrevne (Flyktningregnskapet, 2007).

Asyl betyr beskyttelse. En asylsøker er en person som på egenhånd og uanmeldt ber myndighetene i et land om beskyttelse og anerkjennelse som flyktning. Retten til å søke asyl er nedfelt i artikkel 14 av Verdenserklæringen om menneskerettighetene, som sier at “Enhver har rett til i andre land å søke og å ta imot beskyttelse mot forfølgelse”. Personen kalles asylsøker inntil søknaden er avgjort (udi). I 2006 søkte 299 790 mennesker om asyl i industriland. Ved utgangen av april 2007, bodde 6989 mennesker på norske asylmottak. De fleste asylsøkerne kom fra Irak, Somalia, Russland, Serbia og Montenegro, Eritrea, Afghanistan og Iran (Flyktningregnskapet, 2007). Av disse var 1957 barn under 18 år (udi4). Barna var enten enslige mindreårige asylsøkere (EMA), barn etterlatt av foreldre i mottak eller barn i familier. I region Nord, bodde det 316 barn, av disse var 20 EMA og resten var barn i familier (appendiks I).

Barn på flukt og psykisk helse

Barn på flukt utsettes for en rekke belastninger, først i det aktuelle konfliktområdet, så under selve flukten og i eksillandet. Mange lever med usikkerhet over lang tid. De kan ha mistet familiemedlemmer, vært utsatt for og/eller vitne til overgrep, vært redd for eget eller andres liv, eller har selv blitt tvunget til å ta liv eller utført overgrep. Barn som har opplevd tap, svik og ekstreme påkjenninger, kan bli traumatiserte, og kronisk plaget av depresjon, angst og posttraumatiske stressreaksjoner, PTSD (Neumayer *et al*, 2006). Det å deretter være tvunget til å leve i eksil, i en ny kultur, kan for mange flyktninger oppleves som et nytt traume i tillegg til det de allerede har vært igjennom (Fazel & Stein, 2002; Feldman, 2005; Hauff *et al*, 1997; Varvin, 2003). En tilværelse preget av midlertidighet og oppbrudd, fortsetter i eksillandet helt til du kanskje får innvilget opphold. Med tanke på den kumulative effekten risikofaktorer kan ha på barns psykiske helse, kan man anta at flyktningbarn har økt risiko for problemer i eksil (Neumayer *et al*, 2006).

De fleste av studiene gjort på psykisk helse blant flyktninger, har vist at forekomsten av psykopatologi er høyere enn i populasjoner uten fluktbakgrunn. Studiene viser en forekomst av psykisk lidelse blant flyktninger på 30-50 % (Fazel & Stein, 2002, 2003; Nikapota, 2002; Angel *et al*, 2001). Ulike typer psykiske lidelser er identifisert med hovedvekt på PTSD og da ofte hos barn som har opplevd alvorlige traumer.

Mindreårige flyktninger uten foresatte har fått et spesielt fokus, da man tenker at disse er

ekstra sårbare (Nikapota, 2002). En undersøkelse utført i Sverige viste at over halvparten av enslige mindreårige asylsøkere hadde behov for spesialisthjelp. Barna led i hovedsak av depresjon og PTSD (Neumeyer *et al*, 2006). Noen studier indikerer imidlertid det motsatte. Krupinski og Burrows (1986 som ref. i Neumeyer *et al*, 2006) presenterer en studie av flyktningbarn fra Sørøst Asia som viser at flyktningbarna generelt sett hadde bedre helse enn normalbefolkningen. Med så forskjellige resultater, er det grunn til å tro at sampling- og målemetodene er forskjellige. Dette tok undersøkerte Fazel og medarbeidere (2005) nærmere i en systematisk review av totalt 20 sammenlignbare studier med data fra 7000 tilbakevendte flyktninger som hadde oppholdt seg i vestlige land. Undersøkelsen viste høye forekomster av PTSD blant både voksne og barn.

Det er ikke blitt gjort en omfattende screening av hele populasjoner verken i Norge eller i andre land. Det foreligger videre lite forskning om psykisk helse hos familier og barn i asylmottak (Sourander, 2003; Fazel & Stein, 2002). I en undersøkelse om psykisk helse i mottak, kom det frem at 42 % av mottakene som deltok i undersøkelsen hadde beboere med behov for psykiatrisk behandling, men som ikke hadde fått det (Berg *et al*, 2005). En kan derfor anta at behovet er der, men at asylsøkere med psykiske vansker ikke alltid blir identifisert og/eller ikke får tilstrekkelig hjelp.

Sårbarhet og resiliens

Resiliens er et begrep som brukes til å beskrive individers motstandsdyktighet til tross for erfaring med risikosituasjoner (Rutter, 1999). En interaksjon mellom individuelle karakteristikk og miljømessige faktorer kan være med på å utløse eller forebygge utviklingen av psykiske problemer hos individer som har vært utsatt for ulike belastninger (Rutter, 1999; Shortt & Spence *et al*, 2006; Werner & Smith, 2001). Utvikling av psykiske problemer hos barn og ungdom kan derfor ikke sees uavhengig av de kontekstuelle faktorene rundt barnet (Rutter, 1999; Shortt & Spence, 2006). For at et barn skal være i minimal risiko for utvikling av psykiske problemer, må barnet være i et miljø som fremmer resiliens. Et slikt miljø har egenskaper med en positiv effekt på barns utvikling, altså beskyttelsesfaktorer samtidig med minimalt antall risikofaktorer. Miljøet rundt barn på flukt, er ofte preget av flere risikofaktorer enn beskyttelsesfaktorer, noe som ser ut til å vedvare i eksil (Nikapota, 2002).

Generelle risikofaktorer for utvikling av psykiske problemer hos barn, er fattigdom, foreldre med psykiske problemer og eksponering for vold som gir uforutsigbarhet og opplevelse av fare (Friedman & Chase-Lansdale, 2002).

Fazel og Stein (2002) har identifisert flere risikofaktorer for utvikling av psykisk lidelse blant flyktningbarn. De har delt inn i faktorer hos foreldrene, individuelle faktorer hos barnet og faktorer i det øvrige miljøet. Blant risikofaktorer hos foreldre er PTSD og depresjon hos en av

foreldrene, separasjon fra og/eller tap av foreldre, hjelpeløshet hos foreldre, mor som har opplevd tortur og arbeidsløshet hos foreldre viktigst. Individuelle faktorer blant annet vitne til og/eller mengde opplevde traumatiske hendelser, dårlig språklig uttrykksevne, PTSD, fysiske helseproblemer fra traume eller feilernæring og økt risiko ved økende alder. Faktorer i det øvrige miljøet er antall forflytninger, fattigdom, tiden det tar for å få avgjort immigrasjonsstatus, kulturell isolasjon, tiden i en flyktningleir og tiden i vertsland hvor risiko sannsynligvis øker med tiden (Fazel & Stein, 2002). Silove og Ekblad (2002), påpeker at de viktigste risikofaktorene for psykisk lidelse blant flyktninger er opplevd traume og stress etter flukten. I de studiene som er gjort på norske asylmottak, er det pekt på risikofaktorer som lang ventetid i mottak, dårlig økonomi og trange boforhold (Neumeyer *et al*, 2006; Berg *et al*, 2005).

Den kumulative effekten av risikofaktorer er det forsket en del på de senere år (Werner & Smith, 2001; Rutter 1999). En vet mindre om hvordan kumulative beskyttelsesfaktorer fungerer, selv om det er økende evidens for at disse kan ha en positiv kumulativ effekt (Seccombe, 2002). Waaktaar og Christie (2000) har studert beskyttelsesfaktorer hos barn og unge med flukt- og krigsbakgrunn. Som individuelle egenskaper nevnes blant annet medfødt robusthet, lett temperament, opplevelse av innflytelse og egenverd, opplevelse av mening og sammenheng, kreativitet og interesser. Som beskyttelsesfaktorer i familie og nettverk nevnes et godt foreldre - barn samspill, god struktur, ritualer og grenser. Rutter og medarbeideres (1990) studie av barn oppfostret på institusjon, viste at positive skoleopplevelser sannsynliggjorde god sosial fungering i voksenlivet.

I nødssituasjoner er voksne den viktigste kilden til beskyttelse og emosjonell sikkerhet. Flyktningbarn som er sammen med foreldre eller som fort gjenforenes med foreldrene sine, viser mindre grad av emosjonelt ubehag og bedre tilpasning enn barn som overlever flyktningprosessen alene (Sourander, 1998; Fazel & Stein, 2002). 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 positivt barnas egne posttraumatiske reaksjoner (Neumeyer *et al*, 2006).

Nyere forskning viser at en tredjedel av barn som har opplevd krig, klarer seg godt (Neumeyer *et al*, 2006). God psykososial fungering avhenger imidlertid av en interaksjon mellom mange faktorer både hos barnet og på ulike nivåer i miljøet rundt barnet. Om barnet fortsetter å leve i utrygghet etter de traumatiske opplevelsene, vil det kunne utvikle kroniske symptomer og psykiske problemer.

Asylprosessen

Som asylsøker i Norge blir du først sendt på transittmottak hvor både asylintervjuet og en helsesjekk gjennomføres. Asylintervjuet gjennomføres av Utlendingsdirektoratet (UDI), og er i realiteten selve ”asylsøknaden”. UDI har også har ansvaret for driften av statlige asylmottak. Mens søkeren venter på behandling av asylsøknaden, får vedkommende botilbud på et statlig asylmottak. Hvis myndighetene oppfatter asylsøknaden som grunnløs, kan vedtak treffes innen 48 timer. Man blir da sendt til en ventetransitt for utsendelse uten at saken blir individuelt behandlet. Deretter blir man sendt ut av landet (udi). Er asylsøkeren under 18 år og alene, regnes søkeren som EMA og får da oppnevnt en hjelpeverge til å ivareta den mindreåriges interesser under oppholdet i Norge.

Det foretas i liten grad asylintervjuer av barn i familier. Det foreligger i dag tilbud om at barn kan intervjues, men barna avgir ikke egen forklaring dersom foreldrene ikke ønsker det (Neumeyer *et al*, 2006). Asylsøkerbarn i familier kan derfor lett bli en stille gruppe som oversees. Barna kan selv ha egne grunner til å søke om beskyttelse og til å bli behandlet som reelle asylsøkere (Kipperberg, 1996).

Rammene rundt hverdagen i asylmottak

Leveforholdene i eksillandet ser ut til å være en viktig faktor for utvikling av psykisk lidelse hos flyktninger (Toscani *et al*, 2005). Asylsøkernes leveforhold i eksil, dreier seg i all hovedsak om asylmottaket og rammene rundt. Asylmottaket er statens botilbud til asylsøkere til søknaden om asyl er avgjort, en avgjørelse som kan ta fra måneder til flere år. Barnas liv og hverdager formes mens familien venter på svar på asylsøknaden. Mange av de minste barna kjenner ikke noe annet hjem enn mottaket. En mottakstilværelse som fremmer mestring og bidrar til å forebygge psykiske problemer, er derfor veldig viktig.

UDI fremhever at et statlig mottak 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 (udi1). En nøktern men forsvarlig standard, innebærer her at det ikke skal være for attraktivt å bo i mottaket, men levelig for en tid. Kravene for mottak er satt med tanke på både å ivareta innvandringspolitiske hensyn, altså å regulere innvandringen, samtidig som menneskene og deres rettigheter skal ivaretas. Videre legges det vekt på at boligtilbudet skal ivareta beboernes behov for trygghet og skal differensieres i forhold til deres behov (udi1).

Mottakene i denne studien er både sentraliserte og desentraliserte. Sentraliserte mottak består av en eller flere bygninger som ligger samlet. Enslige deler rom med hverandre, samt kjøkken og bad. Familier bor som regel i noe større leiligheter enn de enslige, og de deler ofte oppholdsrom med andre. Utformingen av de sentraliserte mottakene varierer. På noen mottak bor

den enkelte familie mer selvstendig enn på andre mottak. Ved helt eller delvis desentraliserte mottak ligger boenhetene mer spredd og kan bestå av vanlige leiligheter eller eneboliger.

Norske myndigheter har plikt til å følge FNs barnekonvensjon, både når det gjelder norske barn og barn med utenlandsk statsborgerskap. Alle barn som bor i asylmottak og er under 16 år har rett på skoleplass. Foresatte kan søke barnehageplass i den enkelte kommune (udi4). Mottaket skal ha et særlig fokus på barns og ungdoms rettigheter og behov. Mottaket skal legge til rette for at foresatte skal ivareta sitt omsorgsansvar og har rutiner for håndtering av omsorgssvikt, vold og misbruk samt kontakt med barnevernet (udi2).

Hver måned får alle asylsøkere i mottak utbetalt en sum penger, kalt basisbeløpet. Basisbeløpet er grunnlaget for den personlige økonomien. Beløpet skal dekke personlige utgifter til mat, transport og andre utgifter for asylsøkere uten egne midler. Satsene for basisbeløpet finnes i reglementet for økonomisk hjelp til personer i statlige mottak (udi3). Den økonomiske standarden for beboere i statlige asylmottak ligger godt under både sosialhjelpsatsene og SIFO (Statens institutt for forbruksforskning) standardbudsjett for et rimelig forbruksnivå (Seeberg *et al*, 2006).

Mottaksansatte har først og fremst oppgaven med å drive mottaket, og skal fungere som veiledere og tilretteleggere for beboere. Det er videre krav om at ansatte skal ha barnefaglig kompetanse, og at utdannelsen skal være på høyskolenivå. Så langt det er mulig, skal rekrutteringsarbeidet av personale sikre flerkulturell kompetanse og veiledningskompetanse hos de som ansettes (udi1). En god del mottak har helsefaglig, sosialfaglig og pedagogisk kompetanse. En undersøkelse viste at 43 % av mottakene i undersøkelsen hadde helsefaglig ansatt ved mottaket og 45 % oppgav at kommunehelsetjenesten hadde fast kontortid på mottaket (Berg *et al*, 2005). Det finnes likevel ikke noe formelt normtall eller krav for fast helsefaglig kompetanse tilknyttet mottakene.

Hensikten med studien

Barn på flukt og barn med flukterfaring har økt risiko for utvikling av psykisk problemer. Her dreier begrepet *psykiske problemer* seg ikke om tilstander som kvalifiserer til psykiatrisk diagnose, men om tilstander som oppleves som belastende og hemmende i hverdagen og som senere kan utvikle seg til psykisk lidelse. Egenskaper ved barnas miljø og leveforhold, spiller en viktig rolle i utviklingen og forebyggingen av psykiske problemer. For asylsøkere består miljøet og leveforholdene i stor grad av livet i og rundt asylmottaket.

De få studiene som er gjort på asylmottak i Norge, har hatt begrenset fokus på barn i familier (Brekke, 2004; Berg *et al*, 2005; Seeberg *et al*, 2006). Det er enda mindre kunnskap om barn i familier som lever i asylmottak i region Nord. Dette gir et tynt grunnlag for helsefremmende og forebyggende tiltak for denne gruppen. De studiene som er gjort på feltet, indikerer at barns

hverdag i asylmottak ligger langt unna hverdagen for andre barn i samme aldersgruppe i Norge (Seeberg *et al.*, 2006).

Gjennom øynene til de som jobber med barna hver dag, ønsket det foreliggende studiet å undersøke både risiko- og beskyttelsesfaktorer for asylsøkerbarns psykososiale utvikling i mottak i region Nord. I studien var det viktig å undersøke mulige faktorer som kan bidra positivt til barnets psykososiale utvikling i en tilværelse som i utgangspunktet er svært annerledes enn de fleste norske barn opplever. Dette kan gi et viktig utgangspunkt for videre studier av barn i asylmottak. Alle som jobber med barn på asylmottak, og spesielt de ansatte på selve mottaket, er i en situasjon hvor de både skal forholde seg til det som kalles innvandringspolitiske hensyn som innebærer å følge driftskravene for asylmottak fra UDI, samtidig som de skal ivareta asylsøkernes behov fra dag til dag. Dette inkluderer helsearbeidere, mottaksansatte og ansatte på skolene. Disse menneskene har en viktig rolle i å skape et godt miljø for barna i mottakstilværelsen. De er med på å skape forutsetninger for en god psykososial utvikling hos barna. Studien belyser derfor også informantenes egne opplevelser og utfordringer i arbeidet med å ivareta familiene.

Studien belyser følgende spørsmål:

- 1) Hvilke forhold mener informantene er belastende for barna i mottakstilværelsen og slik utgjør en risiko for utvikling av psykiske problemer?
- 2) Hvilke forhold mener informantene forebygger utvikling av psykiske problemer i mottakstilværelsen?
- 3) Hvilke utfordringer møter informantene i arbeidet med å ivareta et godt miljø og et forsvarlig tilbud til barna?

Metode

Datagrunnlag

Denne oppgaven baserer seg på data fra prosjektet *barn i mottak* i regi av Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, RBUP Nord, på oppdrag av Sosial- og Helsedirektoratet. Prosjektet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (appendiks II og III). *Barn i mottak* er et ettårig pilotprosjekt som skal kaste lys over risikofaktorer og faremomenter knyttet til asyltilværelsen og psykiske problemer. Målet er å generere kunnskap som basis for helsefremmende og forebyggende arbeid med barn i asylmottak. Prosjektleders hensikt var å skrive en rapport som omfattet alt som ble sagt i intervjuene, mens undertegnede valgte ut deler av datamaterialet for å belyse egen problemstilling. Undertegnede og prosjektleder samlet inn all data sammen, mens bearbeidingen av materialet ble gjennomført separat.

Design

Kvalitativ metode ble valgt for å gå bredest mulig ut i forhold til et område som er lite utforsket. Intervjuet er en fleksibel og eksplorerende metode, og er mindre avhengig av faste, forhåndsbestemte spørsmål og kategorier. Intervjuet gir stor fordel når man skal "sondere terrenget" innenfor et område.

Data ble bearbeidet i tråd med prinsippene i *Grounded theory* utviklet av Glaser og Strauss i 1967. Teori utvikles under selve forskningsprosessen som et produkt av et kontinuerlig samspill mellom datainnsamling og analyse (Glaser & Strauss, 1999; Goulding, 1998). *Grounded theory* foretrekkes foran for eksempel en fenomenologisk tilnærming, siden data samles inn fra tredjehåndsinformanter og ikke fra barna eller familiene selv. Fenomenologi tar hovedsakelig utgangspunkt i et førstepersonsperspektiv (Creswell, 1998).

Fokusgrupper ble valgt framfor individuelle intervju ved innsamling av data. Informantene i dette studiet hadde ulik fagbakgrunn og hadde ulike arbeidsoppgaver på hvert asylmottak. Det var ønskelig å fange opp bredden av meninger og synspunkter rundt problemstillingen blant informantene. Bruken av fokusgrupper bygger på at interaksjonen mellom intervjuobjektene skal stimulere til diskusjon og erfaringsutveksling. På denne måten kan utforskningen av ulike erfaringer og perspektiver på et tema maksimeres. I en ordinær intervjusituasjon med kun intervjuer og intervjuobjekt, kan utforskningen bli begrenset. En slik intervjuform kan også virke mer avslappet og naturlig, fordi den ligner hverdagslig interaksjon (Kitzinger, 1995).

Rekruttering og utvalg

Samtlige asylmottak i Nordland, Troms og Finnmark, i alt 11, fikk en beskrivelse av prosjektet i posten (appendiks IV), og det ble oppfordret til at så mange som mulig stilte opp fra mottaket. Mottakene ble kontaktet og forespurt om deltakelse i prosjektet og et møte på mottakene ble avtalt nærmere.

Utvalget av informanter bestod av 34 ansatte tilknyttet de ulike asylmottakene. Av de 34 var 10 mottaksledere, 10 helsesøstere, 7 barne- og ungdomsarbeidere, en rektor og en inspektør fra skolene, 2 barnevernspedagoger og 3 sosialkonsulenter. Mottakslederne har primært en administrativ funksjon og har ansvaret for den daglige driften. Utvalget bestod totalt av 24 kvinner og 10 menn. På hvert mottak ble det dannet fokusgrupper med 3-5 informanter i hver gruppe. I hver fokusgruppe var som regel minst en mottaksleder, en helsesøster og en barne- og ungdomsarbeider representert.

Intervjuguide

Det ble samlet inn data ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Intervjuguiden er i hovedsak utarbeidet av prosjektleder med innspill fra undertegnede. Intervjuguiden åpner med bakgrunnsspørsmål om barna på mottaket. Videre følger åpne spørsmål om hva de ansatte mener skal til for å skape et forebyggende og helsefremmende miljø for barna. Deretter følger en sekvens av spørsmål om barnas dagligliv i mottaket, blant annet om familie, skole, fritid og ventetid. Så kommer en sekvens knyttet til patologi, tilgjengelighet på kompetanse og samarbeid med instanser som barnevern og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, BUP. Avslutningsvis ble det stilt spørsmål tilknyttet mottakets makronivå, blant annet myndighetenes rammevilkår. Intervjuguiden finnes i appendiks V.

Prosedyre

Samtlige fokusgruppeintervju ble gjennomført på de ulike mottakene av prosjektleder og undertegnede. Intervjuene varte rundt 1 time og ble tatt opp på lydbånd (minidisk). Før hvert intervju, informerte prosjektleder om prosjektet og delte ut samtykkeerklæringer som alle informanter undertegnet (appendiks VI). Prosjektleder oppfordret til samtale, og presiserte at intensjonen var at vi ønsket å lære fra de som står midt i problemstillingen til daglig. Dette ble gjort for å legge terskelen lav for innspill, og for å unngå en mulig opplevelse hos intervjuobjektene av å bli evaluert.

Selve intervjuet hadde flat struktur, hvor begge intervjuere hadde ansvar for intervjuet. I tillegg til intervjuguide, hadde vi med oss hver vår feltlogg for å notere refleksjoner og betraktninger som ikke nødvendigvis ble fanget opp på lydbånd. Transkripsjonen ble i all hovedsak

foretatt fortløpende av prosjektleder. I etterkant gjennomgikk undertegnede alle intervjuene ved å lytte og samtidig følge med på den ferdige transkripsjonen. Dette ble gjort for legge til egne tanker rundt de ulike intervjuene, for slik å fange opp noe av informasjonen som går tapt i det transkriberte, nøytrale materialet.

Analyse og temainndeling

De ferdig transkriberte intervjuene ble lest for å danne et bilde over mulig temainndelinger. Under bearbeidingen av datamaterialet utkrystalliserte det seg noen overordnede tema. Temaer ble valgt ut på grunnlag av en oppfatning av hva informantene ønsket å formidle. Viktige tema ble tydelig når det var områder informantene ofte kom tilbake til, eller selv understreket som spesielt viktige. Ideer til hovedtemaer og undertemaer ble diskutert i forhold til prosjektleders temainndeling. Deretter ble hvert intervju lest på nytt for revurdering og nyansering av temaer, eventuelt dannelse av nye.

De transkriberte intervjuene ble lagt inn i Nudist Vivo QSR, et software program for behandling av kvalitativt datamateriale (Richards, 2000a; Richards, 2000b). Programmet ble brukt til å kode, samt sortere datamaterialet under analyseprosessen. Ved å markere deler av teksten og knytte kodeord til delene, ble temaene organisert og navngitt. Under denne prosessen, forholdt undertegnede seg kun til de direkte uttrykte meningene i datamaterialet.

De temaene som er presentert, belyser problemstillingen best. Datamaterialet er delt inn i tre overordnede tema med tilhørende elleve undertemaer med ulike dimensjoner. Alle undertemaene er *tree nodes*, det vil si at de består av ulike dimensjoner eller forgreininger.

Det første overordnede temaet *belastninger i mottakstilværelsen*, innebefatter de tre undertemaene *tid i mottak*, *foreldres hjelpeløshet* og *sykdom hos foreldre*. Disse omhandler det man antar er riskofaktorer for utvikling av psykiske problemer blant barn i mottak.

Det andre overordnede temaet *normalisering av hverdagen*, innebefatter de fire undertemaene *tilpasset bosituasjon*, *skolegang*, *fritidstilbud* og *økonomisk kompensasjon*. Disse tar for seg det man antar er beskyttende og forebyggende faktorer for utvikling av psykiske problemer i mottakstilværelsen.

Det siste overordnede temaet *utfordringer i arbeidet* innebefatter de fire undertemaene *organisering av mottaksdriften*, *tilgang på kompetanse og ressurser*, *taushetsplikt* og *ulikheter*. Disse sier noe om utfordringer og hindringer de ansatte står ovenfor i forhold til å jobbe med å ivareta et godt miljø og et forsvarlig tilbud til barna.

Resultater

Temaene som ble dannet under bearbeidingen av datamaterialet, besvarer spørsmålene i problemstillingen suksessivt. Overordnede tema og undertemaer med ulike dimensjoner presenteres her med sitateksempler fra intervjuene.

Belastninger i mottakstilværelsen

Dette temaet omhandler forhold informantene mente var spesielt vanskelig for barna i mottakstilværelsen og som de antok skapte risiko for utvikling av psykiske problemer. Dette overordnede temaet omhandler undertemaene *tid i mottak*, *foreldres hjelpeløshet* og *sykdom hos foreldre*. Foreldrenes situasjon, og hvordan den virker inn på barnas utvikling, står sentralt.

Tid i mottak. De fleste av informantene mente at lang tid i mottak var en stor belastning både for barn og voksne. Dette ble beskrevet av flere informanter som et *skikkelig ille* område. Et mottak er bygd som et midlertidig bosted, både med tanke på generell standard, samt tilgang på fasiliteter. Alle mottak hadde likevel erfaring med familier som hadde vært på mottaket i mer enn 3 år. Et mottak hadde 10 familier som hadde bodd mer enn 3 år i mottak. I de mest ekstreme tilfellene hadde familier bodd på mottak i både 6 og 7 år.

Informant 28:

”Men det er jo litt tilbake til opprinnelsen, et mottak er beregnet at folk skal bo mellom 6 og 9 måneder. Det har aldri vært sånn! Vi er bygd for noe som ikke er en realitet.”

Informantene hadde ulike syn på årsaken til lang ventetid i mottak. Mange pekte på foreldre som nekter å forlate landet etter negativt vedtak, og slik velger å utsette barna for belastninger. Andre pekte på treg saksbehandling. Noen ganger var det slik at familier med negativt vedtak ikke kunne sendes tilbake på grunn av manglende avtale om tilbakesending. Dette var tilfellet for noen av de familiene som hadde vært i mottak i 7 år.

Lang tid i mottak innebærer lang ventetid. Familiene har ikke mulighet til å planlegge framover, livene deres settes på vent. Hovedaktiviteten består i å vente, spesielt for foreldrene som ofte har få meningsfulle sysler. Usikkerhet rundt utfallet av asylprosessen, manglende tilbakemelding og begrunnelse, er belastende for asylsøkerne i ventetiden. Når asylsøkerne anker, i håp om positivt vedtak, blir det økonomiske tilskuddet tatt vekk, noe som øker belastningen ytterligere. Familien må da klare seg på egen hånd, uten å ha rett til å ta seg en jobb eller tjene penger på annen måte. En av informantene mente dette var betenkelig, da ankemulighetene er en del av rettsikkerheten i det norske systemet.

Utrygghet og uforutsigbarhet var noe informantene ofte trakk inn som det de mente var mest

belastende for asylsøkerne i ventetiden. Når foreldrene lever i uforutsigbarhet, vil deres evner til å virke som buffere i forhold til barna deres også reduseres. Flere av informantene følte seg maktesløse ovenfor dette.

Informant 31:

”...det sikreste ved barns utvikling det er jo trygghet. Og hvordan skal vi skape denne tryggheta når den grunnleggende utryggheten ligger der? Jeg var en gang, det var en familie som fikk opphold etter hvert, da ble jeg innkalt som vitne. Og da kjørte jeg den linja der, om hva som er grunnleggende for barn sin positive utvikling, både læremessig og ellers. Mentalt. Så er det trygghet. Og det at den utryggheta skal vare over år det synes jeg er helt forferdelig. Jeg blir flau over å være norsk nesten.”

Foreldres hjelpeløshet. I samtlige intervju ble viktigheten av foreldrene og opprettholdelse av foreldrerollen i eksil vektlagt, med tanke på barnas psykososiale utvikling. Familier på flukt går gjennom mange belastninger. Det å være tvunget til å leve i eksil, i en ny kultur, kan for mange familier oppleves som en stor belastning. Plutselig blir alt nytt; normer, regler og språk i tillegg til alt annet det innebærer å være flyktning. Når det gjelder barna, får de norsk språk og kultur gjennom skolegang og fritidsaktiviteter, for foreldrene er saken en helt annen. Foreldre kan fort oppleve å ikke være til nytte og føle seg hjelpeløse i forhold til å kunne påvirke sin egen situasjon. Dette kan videre virke inn på utøvelsen av foreldrerollen.

Et eksempel på hvordan foreldre blir hjelpeløse, er manglende norskundervisning. Informantene fortalte at obligatorisk språkkurs for asylsøkere ble tatt vekk av regjeringen i 2003. På mange asylmottak kom dette fram som medvirkende til oppblomstring av psykisk uro blant asylsøkerne. Informantene har merket en økt tendens til utagering og aggressiv atferd blant beboerne. Flere mottak hadde derfor satt i gang egne tiltak med norskopplæring, og ser at det har hatt positive ringvirkninger, til tross for et begrenset tilbud. Familier som sitter på mottak i tre år uten oppholdstillatelse og uten verken norskkurs eller arbeidstillatelse preges av dette. Informanter ser at de voksne slutter å stå opp om morgenen, de blir deprimerte, og det blir vanskeligere å møte til for eksempel informasjon og legetimer. Det er kort sagt ikke noen grunn til å stå opp.

Andre informanter kunne observere en skjevhet i familien som resultat av dette, hvor barnet overtar foreldreoppgaver. Noen nevnte også at barna kunne utvikle en nedlatende holdning til foreldrene, og se på dem som inkompetente. For å ivareta barn, må man la foreldre få muligheten til å være kompetente voksne. Uten språket blir foreldrene mer hjelpeløse.

Informant 2:

”Uten å gjøre noe for voksnes situasjon når det gjelder psykiske plager kan vi gjøre veldig lite for barna. Gi oss tilbake norskopplæringa. Fordi det er det

eneste meningsfulle, forutsigbare, kvalitetsmessige forsvarlige tilbud vi kan gi dem, og det ble tatt fra oss for tre år siden. Og etter at norskopplæringa forsvant har vi merket merkbar forverring når det gjelder psykisk helse, som videre forplantes til barn.”

Flere mottak opplevde også problemer med at barn ble brukt som tolk for foreldrene i ulike sammenhenger. Til tross for at informantene prøvde å begrense dette mest mulig, opplevdes det som umulig å sikre at det ikke forekom. Bruk av barn som tolk, kan virke negativt inn på balansen i familien, samt at barn kan få del i informasjon de kanskje skulle vært skånet for.

Informant 28:

”... og barna de går jo i skolen, og svopp! så kan de norsk. Og hva gjør det da mor og far når de står på butikken eller på et offentlig kontor og de ikke forstår, jo kom og oversett for meg! Ungene blir tolk. Og det er grusomt uheldig, det er helt håpløst.”

De ansatte kan også oppleve utfordringer i forhold til egne holdninger når nettopp voksne blir hjelpeløse. Fedre har kanskje vært familiens overhode, og blir helt utenfor i det norske samfunnet. Man glemmer at det er mennesker som i hjemlandet har hatt integritet og en viktig rolle.

Informant 28:

”Vi ser jo at det er et tap av identitet, og det er viktig å ha i bakhodet og gjøre dem selvhjulpne. For det er ofte man kan lure på hvordan i all verden kom de seg hit, kan de ingenting? Klarer de ingenting? Altså, man må huske på å resonnerer litt tilbake, for der hjemme var de alt og kunne alt, og de har det jo fortsatt intakt i seg men klarer ikke å formulere det ut i det daglige liv. Så ofte føler vi at vi må sy puter under armene på dem, men det er jo en grunn til alt.”

Sykdom hos foreldre. Foreldrenes psykiske og fysiske problemer er noe flere informanter så som en stor belastning på barna. Det at foreldrene skulle få det tilbudet de trengte, mente flere var viktig. Foreldrene er de nærmeste, og har dermed den viktigste funksjonen i forhold til å ivareta barna. Som regel greide foreldre å ivareta sin omsorgsfunksjon. Flere hadde observert at der for eksempel mor ikke greide å utøve foreldrerollen, kunne far stille opp.

Flere av barna har kanskje bodd så lenge i Norge at de selv ikke husker flukten så godt, og slik ikke selv er direkte traumatiserte. En av jentene gikk for eksempel i sjetten klasse, og hadde aldri bodd i hjemlandet. Mottaket var den eneste hverdagen hun kjente til. Informantene opplevde oftere at foreldrene var traumatiserte og slet en del med senvirkninger etter opplevde overgrep og flukt. Når foreldrene selv sliter, kan deres egen omsorgsevne bli nedsatt. De kan få redusert evne til omsorg og empati, lavere stresstoleranse, bli fraværende og slitne. Evne til å formidle fremtidshåp eller være her og nå, reduseres. Flere informanter fortalte at det ofte var mødre som slet.

Flere informanter hadde observert at barn med foreldre som sliter, ofte tar en voksenrolle i familien. Når barna overlates oppgaver som foreldre skulle hatt, kan det gå utover barnas utvikling og psykologisk tilpasning til aldersrelaterede utfordringer.

Informant 6:

”Det er nesten ingen av de familiene jeg har hatt kjennskap til over tid der mor ikke har hatt psykiske belastninger, fordi de har gått lenge uten at de har fått en endelig avklaring (...) ofte er det slik at barna, når mor er syk, så beskytter de og tar en voksenrolle, slik som vi også ser ved barn i andre omsorgssviktsituasjoner.”

Normalisering av hverdagen

Informantene opplevde at det var lite de kunne gjøre med familiens overordnede situasjon. Det de likevel kunne gjøre noe med, var å normalisere hverdagen på best mulig måte. Normalisering handler her både om å forsøke å skape en tilværelse som skiller seg minst mulig ut fra den tilværelsen norske barn lever i, og en tilværelse med struktur og innhold. Flere tiltak var allerede satt i gang på mottakene, noe informantene mente kunne virke forebyggende.

Informant 34:

”Jeg synes jo at de tiltakene som alt er inne da i forhold til unger er kjempeviktig, for å kunne forebygge i forhold til at de skal kunne få psykiske problemer. Jo mer de er i gang i samfunnet, jo bedre kan du forebygge. Enten det blir den ene eller den andre avgjørelsen om hvor de nå havner hen. Og dette med at det vektlegges en del fritidsaktiviteter for unger, så tror jeg det er det en kan gjøre.”

Viktige elementer for å normalisere hverdagen for barna beskrives i undertemaene *tilpasset bosituasjon, skolegang, fritidstilbud og økonomisk kompensasjon*.

Tilpasset bosituasjon. Å bo på asylmottak er i utgangspunktet trangt. Faren for stedfortredende traumatisering hos barn og voksne, er tilstede når mennesker i ekstreme situasjoner lever tett. Brakkesyke ble nevnt og var observert av ansatte, også blant barn. Brakkesyke er en tilstand av tretthet og nedstemthet som observeres blant militæransatte eller innsatte i fengsel. Dette har sammenheng med institusjonspreg ved bosituasjonen og mangel på aktivitet.

De aller fleste var enige om at familier skulle få mest mulig privatliv og leve mest mulig skjermet for å kunne føre et tilnærmet normalt familieliv. Mottakene forsøkte å kompensere for trange boforhold når det gjaldt familiene. Flere mottak disponerte egne boliger for familiene, eller forsøkte på best mulig måte å ivareta plassbehovet til familiene innenfor mottakets rammer. Slik har mottaket mulighet til å verne om familien og styrke den, samt skåne barna mest mulig for uro på asylmottaket. Et annet viktig moment som ofte ble nevnt, var at barna skulle ha plass til å ha med

venner hjem. Noen mottaksansatte mente en blanding av barnefamilier og enslige voksne bidro til et jevnt over roligere miljø, mens andre ønsket å ha barnefamiliene for seg.

Informant 5:

”Jeg tror det viktigste vi gjør for barna her er at de får bo i normale boliger. Altså at de kan ta med seg venner i fra klassen hjem uten at de går inn i en institusjon eller sånt noe. De kommer hjem i en leilighet eller i et hus der barna har soverom, der de kan være for seg selv uten å ha masse rare asylsøkere rundt seg liksom.”

De ulike mottakene hadde ulik praksis og erfaringer hvorvidt en skulle organisere beboerne. Mange var usikre på hvordan de skulle forholde seg til for eksempel mennesker som hadde vært i konflikt i hjemlandet. Noen mente en blanding kunne dempe de ulike konfliktene mellom gruppene, og at en da illustrerte at konflikten ikke gjaldt i Norge. Andre mente derimot at beboerne skulle få ha egne systemer og inndelinger etter nasjonalitet og folkegruppe, og at dette skapte trygghet for beboerne.

Informant 26:

”Pluss dette at de får lov til å leve og bo separat, at vi ikke mikser nasjonaliteter og grupperinger. Det tror vi er veldig forebyggende.”

Skolegang. Skole og barnehage oppgis som kanskje de viktigste forebyggende tiltakene. I tillegg til å gi hverdagen struktur og forutsigbarhet, er skolen en helt grunnleggende arena for språklæring, sosial utvikling og samhørighet med andre barn. Det er gjennom skolen barna lærer hvordan det norske samfunnet fungerer. Alle barn under 16 som søker asyl får et skoletilbud. Når det gjelder barnehage, kan foresatte søke barnehageplass, eller så har mottaket eget tilbud. Flere av informantene var misfornøyde med tilbudet til de minste barna, og mente det var utilstrekkelig. Noen mottak hadde avtale med barnehager, hvor de betalte for et visst antall plasser som kunne brukes til barn fra mottaket. Flere ønsket føringer for garantert barnehageplass.

Informant 4:

”Jeg skulle også ønske at kommunene, jeg tenker på dette med barnehageplass, at alle asylsøkerbarn fikk barnehageplass uansett. Fordi at det er.. det er ikke bare språkutvikling, men det er sosial utvikling og det er... man kan ofte se... Det har de ofte sagt i barnehagen at det er litt utfordrende det her med barneoppdragelse, altså men det går seg til, men de har ofte en atferd som skiller seg litt fra norske barn... akkurat det å få den der innlæringen der, slik at de står bedre rustet til det å for eksempel skaffe seg venner.”

Når det gjaldt skolen, opererte noen mottak med egne mottaksklasser, mens de fleste fokuserte på å få barna inn i norske klasser for å oppnå sosial tilhørighet og språklæring. En

inspektør beskrev det som at barna ikke skulle være noe for seg selv, men være noe sammen med andre. Prinsippet om likhet i forhold til norske barn var gjennomgangstema i intervjuene. Noen informanter var også opptatt av at det skulle være en kulturutveksling, og at barna skulle få muligheten til å dele noe fra sitt hjemland.

Flere hadde sett skolen fungerte som et for barna. Barn er generelt gode i selvregulering, noe flere informanter hadde erfart. På skolen hadde barn en pause fra tilværelsen på mottaket. De var vanlige barn blant andre barn.

Informant 6:

”Ja, altså, barn har jo en egen evne til å gå inn og ut av ulike situasjoner, og jeg tror nok at for noen av dem så er skolen et slags fristed, der de ikke trenger ha de andre rollene som de har, så noe spesielt ... altså de skiller seg ikke ut. Guttene er å finne i gutteslagsmål innimellom, men ikke noe mer. Men eller det som kanskje er mer tydelig innimellom er at de blir litt fjerne, du ser at de sliter med noe, men de vil prøve å legge det bort når de er på skolen, og de strever veldig for å være vanlige. Lik de andre, det er liksom alfa og omega.”

Fritidstilbud. Et annen viktig tiltak som ble nevnt ved samtlige mottak, var aktivitetstilbud til barna. Fysisk aktivitet og interesser ble av informantene sett på som forebyggende i forhold til psykiske problemer. Mottakene prioriterte derfor ofte tilbud til barn og ungdom så langt de økonomiske rammene tillot. De fleste mottakene hadde utstyr til utlån eller en ordning på økonomisk støtte til utstyr og tilbud utenfor mottaket.

Informant 2:

”Og så er det selvfølgelig at vi kan gjøre lite med barnas familiesituasjon, men aktivitet er kilden til trivsel på en måte. Jo mer og flere aktiviteter, dess mindre tid til å tenke på elendighet og sin egen situasjon.”

De fleste mottakene prioriterte aktiviteter som fikk barna ut i nærmiljøet og slik kunne bidra til integrering og forståelse av hvordan det norske samfunnet fungerer. Dette var også med tanke på en mulig bosetting i en norsk kommune.

Informant 28:

”Og der har du også det med hva er vår filosofi, vår filosofi er å få dem ut av mottaket. Ikke å låse dem inn på mottak. Og det har med normalisering å gjøre.”

Det å ha aktiviteter på selve mottaket, mente flere informanter ble feil og fiktivt, i og med at det ikke var sånn samfunnet fungerte. Det var likevel en del mottak som hadde egne tilbud. Dette gjaldt for eksempel egne aktiviteter bare for kvinner, som mange opplevde fort kunne bli passive og vanskelige å aktivisere.

Økonomisk kompensasjon. Som presentert innledningsvis, er den økonomiske situasjonen til

asylsøkere marginal. Foreldre må si nei til at barnet skal delta på aktiviteter på grunn av dårlig økonomi. Dette kan forsterke opplevelsen av å være annerledes. De aller fleste mottak forsøkte derfor å kompensere økonomisk for utstyr til fritidsaktiviteter og medlemskontingenter, så ikke økonomi skulle være et hinder for å kunne delta. Dette var noe hjelperne registrerte som forebyggende.

Informant 2:

”Det skal ikke mer til, det skal mye mindre til for å skape psykiske problemer hos ungdom enn det å bli skjøvet bort. Signalet som går ut på det at du er ikke i nærheten av oss, du kan ikke måles med oss. Vi har et eksempel der vi sponsa nye joggesko og ny ryggsekk til en gutt i ungdomsskolen, og som gjorde at han ble frisk.”

Det opplevdes vanskelig å kunne kompensere fullt og helt for de store forskjellene, spesielt i ungdomsgruppa hvor likhetskravene oppleves som større enn blant mindre barn. Foreldrene kan ikke kjøpe en brøkdel av det norske foreldre kan, eksempelvis klær og mobiltelefon.

Asylsøkerbarna blir fort utenfor.

Informant 4:

”Og de som går i småskolen og mellomtrinnet de har så mye leker og SFO, integreringa går ganske greit. Altså i skolehverdagen. Men nå har vi valgt å satse litt på ungdom. For å komme hit som 13, 14, 15-åring, det er mye vanskeligere. Å bli godtatt i ungdomsgruppa, å komme inn. Så vi har prøvd å eller vil prøve å få ungdom mer integrert i lokalsamfunnet. Gjennom ulike ting, altså satse på det. For det er ganske så hardt å komme hit og ikke få innpass, da ser man at de er redde.”

Den røde tråden i de forebyggende faktorene, var at asylsøkerbarn skulle få tilnærmet like muligheter som norske barn og at dette var noe som hjelperne opplevde som viktig å prioritere.

Utfordringer i arbeidet

Her presenteres noen av de utfordringene informantene møtte i arbeidet for å ivareta et godt miljø og et forsvarlig tilbud til barna og deres familier. Utfordringene er delt inn i undertemaene *organisering av mottaksdriften, tilgang på kompetanse og ressurser, taushetsplikt og ulikheter.*

Organisering av mottaksdriften. Omorganisering av mottaksdriften i retning av mindre ansatte i systemet, har ført til at de ansatte har mindre tid til direkte kontakt med asylsøkerne. Omorganiseringen legger føringer for at administrative oppgaver, i stedet for direkte kontakt med beboerne, skal prioriteres. Bemanningen på mottak er dessuten lav. På mottak med 200 beboere, kunne det være fire-fem ansatte. Noen forteller at de kan ha oppdaget uholdbare forhold, men ikke har hatt kapasitet til å gå inn i det. Begrunnelsene for omorganisering har blant annet vært at det

ikke er ønskelig at asylsøkerne blir for knyttet til lokalmiljøet.

Informant 29:

”Jeg er vel den som får tatt en titt når det måtte være behov for det. Og da er jeg rundt på de boenhetene som er rundt omkring, og da har man jo mulighet til å avdekke dersom det er noe som ikke henger på greip. Men det er jo noe som vi i ettertid ser at vi har lite tid til, fordi mottaksdrifta nå i senere tid er lagt opp sånn at det er mye mer kontor og papirarbeid dessverre.”

Mindre tid til asylsøkerne, mener flere informanter at har bidratt til at flere beboere på mottaket har utviklet psykiske problemer. En følge av dette er jo at flere informanter opplever mer uro og episoder med utagering. Personalet blir mindre tilgjengelige, og avmaktfølelsen kan ta overhånd for noen av asylsøkerne.

Tilgang på kompetanse. I tillegg til at mottaksarbeiderne opplever at de får mindre tid til å jobbe med menneskene på mottakene, opplever de situasjoner de verken har kompetanse eller kapasitet til. Samtidig er også tilgangen til kvalifisert hjelp variabel. Kvaliteten på helsetilbudet asylsøkerne får, ligger i hendene på hver enkelt kommune.

Informant 32:

”Jeg ønsker en type normtall i forhold til det her med helsesøstertjeneste til mottak, for det er en kjempeutfordring at den enkelte kommune kan bestemme selv hvor store ressurser som skal gå til asylmottaket. Vi har tilkjempet oss en 50 % stilling mot asylmottak, og da her det vært oppi to hundre beboere, og i tillegg har vi dekket alle flyktningene i kommunen, så på det høyeste så har vi dekket 400 personer med smått og stort, forebyggende tjeneste, med 40-50 % stilling i variasjon, i forhold til hvor store muligheter vi har hatt. Og det er det maksimale vi har tilbudt. Og når vi er i kontakt med andre kommuner, så hører vi at de har helt andre normtall.”

Flere mottak informerer at det ofte er sammenheng mellom hvem som jobber i de ulike stillingene som for eksempel i spesialisthelsetjenesten, og hjelpen man får. Flere oppga at de må lete seg fram til de ressurspersonene de kan søke hjelp fra. Noen av mottakene opplevde godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, mens andre opplevde å ikke få hjelp. Hjelp fra helsetjenesten, ser ut til å variere med hensyn til uklare regler, ulike prioriteringer og personlige engasjement. Variasjonen for hvor god hjelp barna får, er betydelig i datamaterialet. I følge helseloven har asylsøkere rett til nødvendig helsehjelp, men definisjonen av hva som er nødvendig helsehjelp ser ut til å romme ulike tolkninger. Mangel på kulturell kompetanse og usikkerhet om hvor lenge asylsøkerne blir kan være grunner til at en vegrer seg mot å gi behandling.

Informant 6:

”Samarbeidet mellom andre etater det syns jeg er fantastisk. Vi har veldig lite å klage over sånn sett. De kjenner virkelig sin besøksstid og det syns jeg er flott.”

Informant 13:

”Og det er fem unger som helsesøster har meldt inn til BUP og hvor vi har fått tilbakemelding om at her gjør vi ingenting. Samtidig sitter en av de lokale heltene her som er psykolog og motarbeider det hun gjør og det vi ser daglig, det er veldig frustrerende når ungene våre blir neglisjert fordi at de er asylsøkere. Og kanskje kan være borte om to uker. De får IKKE det tilbudet de har krav på.”

Taushetsplikt. Flere mottak opplevde taushetsplikten som et hinder i arbeidet med barna og stilte noen gang spørsmål om hvem man egentlig arbeidet til det beste for. Alle er taushetsbelagte på hver sin kant, og gjør dermed samarbeid på tvers av instanser komplisert. De ansatte på mottaket får ikke vite hva som er problemet til de ulike barna, noe som gjør at det blir vanskeligere å få tilpasset tiltak og tilrettelagt tilbud på mottaket. I noen tilfeller kan det hende at de gjør vondt verre fordi de ikke vet hvorfor en unge sliter.

Informant 2:

”Men så har du det med informasjonsflyt. Mellom helse og mottakssystem. Det at 3 får en bekymringsmelding fra transitten, betyr ikke at vi skal få det samme. Fordi ho kan få bekymringsmelding via egne kanaler, gjennom helse. Og som regel skal ikke vi oppbevare noen helseopplysninger om beboere i det hele tatt på mottaket.”

Flere ansatte opplevde det som vanskelig å skulle være i denne mellomposisjonen hvor man på den ene siden ser menneskene, og på den andre siden har regler og retningslinjer å forholde seg til. Noen opplevde at for å kunne gi folk et verdig tilbud, måtte de noen ganger tøyne reglene. Ekstra engasjement hos de ansatte ser ut til være en betydelig faktor for hvilken hjelp og kvalitet på hjelpen mottaksbarn får.

Informant 12:

”Og vi har kanskje også trått over noen grenser i forhold til føringer, der menneskelige hensyn får komme før regelverk, men vi har trått over diskret da...”

Intervjuer 1:

”Dere ser jo menneskene og enkeltskjebnene.”

Informant 12:

”Ja!”

Informant 13:

”Og det er det som er essensen, for at å sitte og behandle papirer det er...”

Informant 12:

”Men det er jo det som ofte er problemet, vi er jo deler av offentligheten og skal utføre den politikken som er bestemt, så skal vi være lojal mot UDI og mot departement og regjering.”

Noen av informantene virket slitne og desillusjonerte. Noen fortalte at de ofte hadde vurdert å gi opp jobben og legge ned mottaket, siden det mange ganger virket så håpløst. Gode møter mellom mennesker, og noen solskinnshistorier innimellom, gjorde likevel at de kunne fortsette.

Ulikheter. Et annet moment som de ansatte trakk fram som utfordrende, omhandlet ulik forståelse av hva som var det beste for barnet. Det informantene mente var til barnas beste, kunne foreldre være uenige i. En av de store forskjellene var ulike syn på barneoppdragelse. Foreldre som slo barna sine, var noe flere informanter fortalte at de hadde opplevd. Det å fortelle foreldrene at det de gjør er ulovlig i Norge, mens en samtidig forsøker å styrke foreldrene og deres foreldrefunksjon, opplevde flere som vanskelig. Et annet eksempel er spørsmålet om omskjæring.

Informant 26:

”Det diskuteres jo ganske ofte det her, spesielt med Somaliske jenter som bor her og har fått barn. Og de får informasjon om at sånt gjøres ikke her. Og også at de når de har født, så vil de ikke bli sydd igjen, for det er ulovlig i Norge.”

Flere ansatte opplevde stadig hvor vanskelig konflikten mellom overformynderi og det å la foreldrene utøve foreldrerollen og ivareta foreldrenes beskyttelses- og oppdragerfunksjon var.

Informant 5:

”Vi skal også passe på at vi respekterer at det er foreldrene som er ansvarlige for sine barn. Det er viktig at selv om vi har en barneansvarlig så er ikke den ansvarlig for barna altså. Det er en litt fin grense hvis en for eksempel reagerer på at ungene er oppe seint, hvordan skal en ta det? Det er flere ansatte som sier; hør her, du må legge ungene dine klokka ni. Og de liksom bare; det bestemmer vel jeg! Så vi må passe på hvor grensa går og hva vi har lov til å gjøre.”

En annen utfordring som flere informanter trekker frem, er ulike holdninger og forestillinger om hva psykisk helse innebærer. For mange asylsøkere kan begrepet psykisk helse kanskje være tabubelagt, forbundet med skam og gi negative assosiasjoner. Samarbeidet mellom foreldre og hjelpere kan bli komplisert. Foreldre ønsker kanskje ikke hjelp, samtidig som hjelperne opplever at

barna sliter. Det er også forskjeller i de forklaringsmodellene foreldrene, informantene eller representanter fra helsevesenet har for å beskrive et og samme fenomen, som for eksempel et sint eller trist barn.

Informant 2:

”Men så har du også reaksjonsmønstre hos foreldre om du kommer opp til dem og sier: barnet ditt har psykiske problemer. Så får far og mor deg i vrangstrupen, fordi hvem i helvete er du som skal fortelle meg at min unge er gal, unnskyld språket, fordi det sammenlignes med å være gal. (...). Men psykologi og psykiatri det er galskap for mange. Det sidestilles med galskap, og hvem er du som skal kalle barnet mitt for gal. Hvor får du det fra? Hvem tror du at du er som kommer til meg og sier at ungen min er gal.”

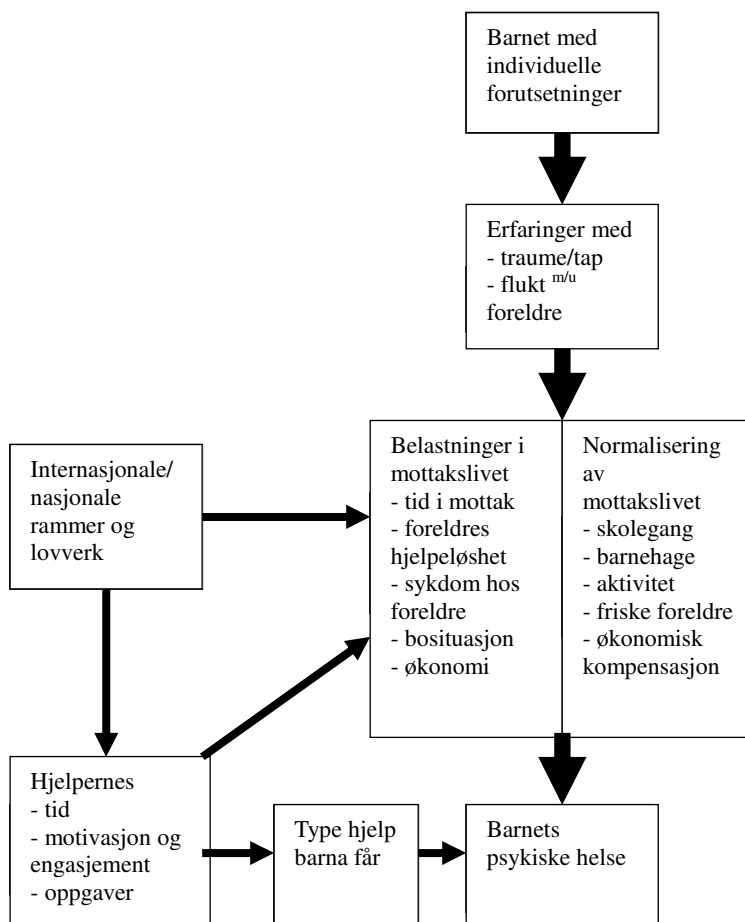
Ulik terskel for å be om hjelp kan og være en faktor som spiller inn når det gjelder å fange opp familier og barn i risikosonen. Hvis foreldrene av ulike årsaker synes det er vanskelig å be om hjelp, vil det også bli vanskelig å gi hjelp.

Informant 3:

”Fordi de har veldig forskjellig forståelse av helse og sykdom, og trenger lang tid for å tørre å komme fram med sine behov og sin uvitenhet. Det er ikke bare bare å gå til en fastlege og fortelle om problemet. 15 minutter. Og ikke alle er like glade i å bruke tolk. Jeg vil bare komme med et eksempel. Jeg brukte fire konsultasjoner på å få en mann til å fortelle at hovedproblemet var egentlig blødende hemoroider. Og så går du til legen og presenterer et problem, men det er ikke det som er problemet for du tør ikke si det.”

Diskusjon

Det er forsket lite på barn i asylmottak, deres psykiske helse og livsvilkår. Det er derimot gjort en del studier på flyktningbarn og barn som har vokst opp under andre belastende vilkår. Mange av de faktorene som har vist seg viktige, er forhold utenfor personen, kjennetegn ved belastningen eller omgivelsene for øvrig. Flere faktorer i barnets miljø som virker inn på barns psykiske helse er identifisert (Rutter, 1999; Shortt & Spence *et al*, 2006; Werner & Smith, 2001; Fazel & Stein, 2002). Målet for denne studien var å finne ut hvilke miljøfaktorer på norske asylmottak som kan ha betydning for barns psykiske helse. Nedenfor presenteres et flytdiagram over de viktigste temaene i denne studien, og hvordan de kan tenkes å virke inn på barnets psykiske helse. De viktigste temaene diskuteres deretter i lys av eksisterende forskning.



Modellen illustrerer de ulike temaene for denne studien og hvordan de kan tenkes å påvirke asylsøkerbarns psykiske helse. Boksene med tykke piler mellom representerer faktorer som direkte påvirker barnets psykiske helse. De øvrige boksene som er tilknyttet med tynnere piler, representerer faktorer som har en mer indirekte virkning. Disse faktorene befinner seg på et makronivå i barnets system, og det kan tenkes at de legger premisser for faktorer som mer direkte er knyttet til barnets oppvekstmiljø. Hjelpere er en fellesbetegnelse for alle informantene i denne studien, som kan virke direkte inn på barnas miljø.

Belastninger i mottakstilværelsen, er det man antar er risikofaktorer for utvikling av psykiske problemer. Viktige belastninger som ble rapportert var *tid i mottak, foreldres hjelpeløshet* og *sykdom hos foreldre*. Informantene var stort sett enige om at lang ventetid i mottak er en av de største belastningene for asylsøkere. At lang tid i asylmottak er en betydelig risikofaktor for utvikling av psykiske problemer, understøttes blant annet av Berg og medarbeidere (2005).

Informantene rapporterte også at foreldrenes egne plager, psykiske så vel som somatiske, kunne virke belastende for barna. Dette kunne være plager som følge av traumatisering, men også belastninger som asylsøker i eksil. Psykisk syke foreldre er en kjent risikofaktor for utvikling av psykiske problemer hos barn, og bekreftes av tidligere forskning både på flyktninger, og blant ikke-flyktninger (Friedman & Chase-Lansdale, 2002; Fazel & Stein 2002). Informantene opplevde ikke bare psykiatriske diagnoser hos foreldre som belastende for barna, men også det at foreldre ikke hadde noe å ta seg til. I det norske samfunnet står man utenfor mye av fellesskapet når man ikke har jobb. Foreldrene kommer ikke inn i storsamfunnet. Språkproblemer grunnet manglende norskundervisning for foreldre, gjør at de får vanskeligheter med å involvere seg i barnas skolegang, kommunisere på offentlige kontorer og for eksempel på butikken. Barna brukes som tolk, og overtar mange foreldreoppgaver. Informantene oppsummerte i flere tilfeller at hvis det ikke gjøres noe for foreldrene, var det lite som kunne gjøres for barna.

Sourander (1998) fant i sin studie at flyktningbarn som er sammen med foreldre, viser mindre emosjonelt ubehag og bedre tilpasning enn barn som overlever flyktningprosessen alene. Når foreldrene er så viktige, er det essensielt at foreldrene som skal gi den tryggheten, selv ivaretas. Hvis foreldrene ikke fungerer, vil deres problemer kunne bli en uheldig belastning for barna. Det å ikke gjøre noe meningsfullt i hverdagen, ikke kunne språket og heller ikke mestre hverdagslige utfordringer over lang tid, bryter ned foreldrekompetansen

Normalisering av hverdagen er et fellesbegrep for det man antar er beskyttende og forebyggende faktorer i mottakstilværelsen. Normalisering av hverdagen handler både om å forsøke å skape en tilværelse som skiller seg minst mulig ut fra den tilværelsen norske barn lever under, og skaper en tilværelse med struktur og innhold. Flere tiltak var satt i gang på mottakene, slik som *tilpassing av bosituasjon, skolegang, fritidstilbud* og *økonomisk kompensasjon*.

Informantene forteller at de fleste mottakene hadde stort fokus på barna. Skole og barnehage ble trukket frem som de viktigste tiltakene. Disse er allmenne tiltak som er strukturerende og har en viktig integrerende funksjon for barna. Rutter og medarbeiderne (1990) sin studie av barn oppfostret på institusjon, bekrefter at god skolegang sannsynliggjør en god fungering i voksenlivet. Det at barna fikk tilbud om og deltok i fritidsaktiviteter, ble også trukket fram som et viktig forebyggende tiltak. Der familiens økonomi var til hinder for at barna fikk delta, kompenserte mottaket økonomisk. Dårlig økonomi og lav sosioøkonomisk status, bekreftes av flere studier som

en viktig risikofaktor for psykiske problemer (Fazel & Stein, 2002; Shortt *et al*, 2006; Neumeier *et al*, 2006; Berg *et al*, 2005).

Det informantene forteller tyder på at fokus mot barn er vektlagt på nordnorske mottak. Barna får være med i storsamfunnet gjennom skolegang og fritidsaktiviteter. Det kan hende at et fokus på barn, i større grad burde inkludere foreldrene. Det er foreldrene som skal ha ansvaret for barna når de drar fra mottaket, og de vil være i barnas liv enten de blir i Norge eller ikke. Skolen og aktivitetene gir likevel barna en mulighet til å få litt pause fra hjemmet og asylmottaket, og bare være barn blant andre barn. Dette kan veie opp for noen av belastningene i mottakstilværelsen.

Utfordringer i arbeidet er et fellesbegrep for utfordringene og hindringene de ansatte opplever med å skape et godt miljø og et forsvarlig tilbud til barna. Utfordringer som ble nevnt var *organisering av mottaksdriften, tilgang på kompetanse og ressurser, taushetsplikt og ulikheter*.

Tidligere studier gjort på asylmottak både i Norge og andre land, har hatt lite fokus på de ansatte og deres opplevde utfordringer i jobben. Effektivisering av mottaksdriften har ført til færre ansatte i systemet. Omorganisering legger føringer for at administrative oppgaver skal prioriteres foran direkte kontakt med beboerne. Noen forteller at de kan ha oppdaget uholdbare forhold, men ikke har hatt kapasitet til å gå inn i det.

Noen informanter uttrykte det som vanskelig å skulle være i en mellomposisjon hvor man på den ene siden ser menneskene, og på den andre siden har restriksjoner og retningslinjer å forholde seg til. Noen hadde måttet tøyne reglene i enkelte tilfeller for å kunne gi folk et verdig tilbud. De ansatte jobber med i utgangspunktet friske individer som har havnet i en vanskelig situasjon på grunn av faktorer som er langt utenfor dem selv. Dette kan ha bidratt til at medfølelsen og empatien i flere tilfeller var framtrædende hos personalet. Empati og ekstra engasjement hos de ansatte kan virke som en viktig faktor i hvilken hjelp og tilbud asylsøkere får. Inntrykket er at nasjonale føringer kan påvirke engasjementet til de ansatte og slik påvirke premissene for barnas oppvekstvilkår. Grunnen til slike nasjonale føringer er blant annet at asylsøkerne ikke skal bli for knyttet til lokalmiljøet, og at driften av mottaket skal bli mer kostnadseffektiv. En balansegang mellom tilstrekkelig, men ikke for lite eller for mye, kan være vanskelig over tid, både for ansatte og asylsøkere.

De fleste informantene opplever at hjelp fra helsetjenesten avhenger av hvem som besitter stillingene. Det var ulik praksis både i spesialisthelsetjenesten og førstelinja om hvordan asylsøkere skulle møtes. Noen opplevde mye velvilje og god hjelp fra helsevesenet. Andre kunne fortelle at asylsøkerne ble nedprioritert og ikke fikk hjelpen de hadde behov for. Det var igjen personlig engasjement i helsevesenet og ikke gode rutiner som var avgjørende for hvorvidt asylsøkere fikk den hjelpen de hadde behov for. Utydelig helselov og få føringer for helsevesenets rolle i forhold til asylsøkere kan bidra til dette. Andre grunner kan være manglende kulturell kompetanse, eller at

helsevesenet vegrer seg mer mot å gi behandling når asylsøkere er her på ubestemt tid. At asylsøkere får veldig varierende behandlingstilbud, er også vist i Berg og medarbeidere (2005). Det reiser spørsmål om hvorvidt asylsøkernes helse virkelig ivaretas godt nok, og hvilke rettigheter de egentlig har.

Begrensninger ved studiet og implikasjoner for videre forskning

Utvalg. I denne studien var det ønskelig å få tak i både mottaksarbeideres samt helse- og skolepersonells vurdering og opplevelse både av sin egen arbeidssituasjon, og av asylsøkernes situasjon. Informantenes perspektiv var fokus. De aller fleste av informantene var i tillegg etnisk norske, og vil gjøre sine betraktninger ut ifra kulturspesifikke standarder om hvordan ting burde være. For å få et mer nyansert og generaliserbart inntrykk, kunne en i neste omgang intervjuet asylbarna selv og deres familier. Ved å snakke med familiene, kunne man fått flere sider av samme sak og et mer kulturnøytralt perspektiv.

Gjennomføring. Intervjuene ble utført som gruppeintervjuer på mottakene, og kan ha bidratt til at de ulike informantene ikke ønsket å sette hverandre i dårlig lys eller kritisere mottaket. Gruppeintervju kan og ha vært hemmende for enkelte ved noen ble mer fremtredende enn andre. De ansatte opplevde mange utfordringer i jobben, men man vet ikke om svar gitt i et gruppeintervju er representative for det alle mener. Det er mulig at de som vanligvis snakker mest, også er de som sier mest i intervjuet. Muligheten for et skjevt inntrykk av situasjonen er tilstedet, samt at ikke all informasjon kommer like godt fram.

Selv om diskusjonene opplevdes av undertegnede som gode er det likevel sannsynlig at svarene hadde vært annerledes om man hadde intervjuet informantene hver for seg. Flere nyanser og kanskje uenighet kunne kommet frem som ikke kommer fram under et gruppeintervju.

Flere av informantene var i en dobbeltrolle, både som familienes hjelpere, samtidig som de måtte forholde seg til de rammevilkårene som gjaldt for jobben de var satt til. Noen informanter kan ha vært reserverte i forhold til kritikk av mottakene og UDI i frykt for blant annet nedleggelse. Dette ble uttrykt eksplisitt av et par informanter. Studien tar opp en delikat problemstilling, som kan føre til at noen instanser blir satt i et mindre heldig lys. Dette kan ha virket inn på informasjonen som kom frem, til tross for anonymisering av materialet.

Hva som legges i begrepet psykisk helse, kan ha variert mellom ulike profesjonsgrupper. Begrepet psykisk helse ble ikke eksplisitt tematisert i seg selv i intervjuene, noe som gjør at informantene, så vel som intervjuerne kan ha ment ulike ting. Det kunne vært hensiktsmessig å problematisere begrepet psykisk helse, for å få et inntrykk av hva informantene la i begrepet. Begrepet psykisk helse kunne vært gjort enda tydeligere, blant annet ved å skille klart om når man snakket om psykisk helse versus psykisk lidelse.

Implikasjoner. Studien peker på flere antatte risikofaktorer og noen antatte beskyttelsesfaktorer i mottakstilværelsen, men man har på langt nær tematisert alle disse. Mer fokus på lokalmiljøet der mottaket ligger, eller hvordan de enslige beboernes tilstand påvirker oppvekstvilkårene for barna, vil også være viktig og interessant å se nærmere på.

Denne studien er ikke egnet til å gjøre en analyse på hvilken kumulativ effekt både risiko- og beskyttelsesfaktorer har på utvikling av psykiske problemer. For å kunne gå nærmere inn på dette, er gjennomføring kvantitative studier nødvendig. Fokus på ulike individuelle faktorer hos asylsøkerne kan også være interessante. Slik kan man se nærmere på både individuelle og miljømessige sammenhenger, samt få et bilde av årsakssammenhenger. Denne studien kan likevel gi en foreløpig pekepinn på hva som kan være hensiktsmessig å gå videre på i studiet av miljømessige risiko og beskyttelsesfaktorer tilknyttet mottakstilværelsen.

Det kunne til slutt vært interessant å ta enda et nærmere blikk på noe av de ansattes utfordringer i arbeidet, da med andre metoder og fokus. Undersøkelser for å måle utbrenthet og oppgitthet, eller eventuell sekundær traumatisering kunne vært av interesse. Det er tydelig i studien at flere av informantene tar familienes situasjon inn over seg og at de er personlig engasjerte. Noen opplever stor forskjell mellom det de gjerne ville ha gjort, og det de faktisk kan gjøre.

Referanseliste

- Angel, B., Hjern, A. & Ingleby, D. (2001). Effects of War and Organized Violence on Children: A Study of Bosnian Refugees in Sweden. *71, 1, 4-15*, American Journal of Orthopsychiatry.
- Berg, B., Lauritsen, K., Meyer, M., A., Neumayer, S., M., Tingvold, L. & Sveaass, N. (2005). «*Det hainnle om å leve...» Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Bovier, P. (2005). Health status of returnees to Kosovo: Do living conditions during asylum make a difference? *121, 34-44*, Journal of the royal institute of public health, Elsevier.
- Brekke, J-P. (2004). *While we are waiting: uncertainty and empowerment among asylum seekers in Sweden*. Oslo: Institute for social research.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks, California : Sage.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fazel, M. & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *87:366-370*, Archives of Disease in Childhood.
- Fazel, M. & Stein, A. (2003). Mental health of refugee children: comparative study. *327:134*, British Medical Journal.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *365: 1309-1314*, The Lancet.
- FNs flyktningkonvensjon. Hentet 15.10.07 fra http://www.unhcr.no/no/Protect/q&a_1951convention_no.html#2
- Feldman, R. (2005). Primary health care for refugees and asylum seekers: A review of the literature and a framework for services. *120, 809-816*, Journal of the royal institute of public health, Elsevier.
- Friedman, R., J & Chase-Lansdale, P. L (2002). Chronic Adversities. I: Rutter, M & Taylor, E. *Child and Adolescent Psychiatry*. (4th ed.) Oxford: Blackwell Publishing.

- Flyktningregnskapet, 2007. Oslo: Flyktninghjelpen.
- Glaser, B. G. & Strauss, A., L. (1999). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter
- Goulding, C. (1998). Grounded theory: The missing methodology on the interpretivist agenda. *1,1*, 50-57, *Qualitative market research: An international Journal*.
- Hauff, E., & Sveaass, N. (1997). *Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger*. Oslo: Gyldendal.
- Kipperberg, E. (1996). *Elle, melle, deg fortelle. Barn som asylsøkere*. Oslo: Gyldendal
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *311:299-302*, *British Medical Bulletin*.
- Kommunal- og regionaldepartementet (2005). *Psykisk helse for barn i asylmottak. Anbefalinger fra en interdepartemental arbeidsgruppe*.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.
- Neumayer, S., M., Skreslett, A., Borchgrevink, M., C. & Gravråkmø, S. (2006). Psykososialt arbeid med flyktningbarn. Introduksjon og fagveileder. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Nikapota., A. (2002). Cultural and Ethnic Issues in Service Provision. In: Rutter, M & Taylor, E. *Child and Adolescent Psychiatry*. (4th ed.) Oxford: Blackwell Publishing.
- Richards, L. (2000) a. *N6 Nudist Vivo, QSR*, software for behandling av kvalitativt datamateriale. Melbourne: QSR International
- Richards, L. (2000) b. *Using N6 in Qualitative Research*. Edition 1. Melbourne: QSR International
- Rutter, M., Quinton, D. & Hill, J. (1990). Adult outcomes of institution-reared children: males and females compared. I: Robins, L., N. & M. Rutter. *Straight and devious Pathways from Childhood to Adulthood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *21: 119-144*, *Journal of family therapy*.

- Seeberg, M., L., Bagge, C., M. & Enger, T., A. (2006). Småbarn i asylmottak. 3:20-29, Norges Barnevern.
- Seccombe, K. (2002). "Beating the odds" Versus "Changing the Odds": Poverty, Resilience, and Family Policy. 64: 384-394, Journal of Marriage and Family.
- Silove, D. & Ekblad, S. (2002). How well do refugees adapt after resettlement in Western countries? 106: 401-402, Acta Psychiatrica Scandinavica.
- Sourander, A. (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. 22:719-727, Child Abuse and Neglect, Elsevier Science.
- Sourander, A. (2002). Refugee families during asylum seeking. 57:203-207, Taylor & Francis healthsciences.
- Shortt, L., & Spence, S., H. (2006). Risk and protective Factors for Depression in Youth. 23, 1: 1-30, Behaviour Change.
- Toscani, L., DeRoo, L., A., Eytan, A., Gex-Fabry, M., Avramovski, V., Loutan, L. & Bovier, P. (2006). Health status of returnees to Kosovo: Do living conditions during asylum make a difference? 121, 34-44, Journal of the royal institute of public health, Elsevier.
- udi: Fakta om asylsøkere og asylsøkerprosessen. Hentet 28.08.07 fra www.udi.no/templates/Tema.aspx?id=2043
- udi1: Kravspesifikasjonen for drift av asylmottak. Hentet 24.05.07 fra www.udi.no/templates/Tema.aspx?id=7486
- udi2: Reglementet for mottaksdrift. Hentet 24.05.07 fra www.udi.no/templates/Tema.aspx?id=7486
- udi3: Pengereglementet for asylsøkere. Hentet 24.05.07 fra www.udi.no/templates/Tema.aspx?id=7486
- udi4: Fakta om barn i asylmottak lastet ned 24.05.07 fra <http://www.udi.no/upload/Pub/FaktaInfo/2005/InfoarkBarnimottak.pdf>

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

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

Werner, E. & Smith, R., R. (2001). *Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience and Recovery*. Ithaca/London: Cornell university press

Appendiks I

Beboere i mottak

Rapportdato 07.09.2006

Betingelser i uttrekk: between 0 and 18 and mottakcode between '0102' and '2100' and antFam>=1 and (region in('NORD')) and isBostedNaa = 1

kode	navn	antall i uttrekk
1804	Alstahaug mottak	45
1802	Banklassen Mottak	40
1927	Borkenes	12
1912	Heimly Mottakssenter	28
1831	Lødingen	32
1837	Nesna statlig mottak	10
2026	Oscarigate	40
1834	Rognan	32
1907	Setermoen	16
1901	Sjøvegan	31
1803	Skistua Mottakssenter	16
1829	Svolvær	14
	Totalt:	316

Appendiks II

Camilla Lauritzen
Regionsenter for barn og unges psykiske helse
RBUP
Universitetet i Tromsø
9037 TROMSØ

Deres ref.:

Vår ref.: 200605363-3/MRO/400

Dato: 30.10.2006

P REK NORD 126/2006 BARN I MOTTAK - TILBAKEMELDING FRA FORSKNINGSETISK KOMITÉ

Prosjektet ble lagt fram for Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK NORD) i møtet 15.6.2006. I referatet heter det:

Gjennom et ettårig pilotprosjekt med intervju av alle lederne ved de tolv flyktning-mottakene i regionen, skal en forsøke å kartlegge forhold som kan ha betydning for psykisk helse hos barn som lever i slike mottak i Nord-Norge, herunder boforhold, fysisk helse, tilbud om behandling, sosial kontakt, medbestemmelse, skoleforhold og fritidsaktiviteter. En ønsker å belyse risikofaktorer og føremomenter og identifisere forhold som kan virke beskyttende i forhold til utvikling av dårlig psykisk helse.

Komiteen klassifiserer prosjektet som samfunnsvitenskapelig forskning.

Komiteen har følgende merknader til prosjektet:

Avgrensning: Ut fra det innsendte materialet syntes det ikke helt klart om denne pilotstudien også skal omfatte observasjon av og samtale med barna og analyser av foreliggende dokumenter eller om dette er tenkt gjennomført i en seinere fase.

På grunnlag av de da foreliggende opplysninger, har prosjektleder tidligere fått tilbakemelding fra komiteen om at prosjektet er framleggingspliktig. Det er til dagens møte ikke framlagt fullstendig prosjektbeskrivelse/forskningsprotokoll, men ut fra det nå foreliggende materiale vurderer komiteen prosjektet som en kartlegging som skjer på gruppenivå. Ved at personer som kommer i kontakt med flyktninger gjennom sitt arbeid intervjues om deres generelle erfaringer og tanker rundt flyktningbarnas situasjon. Ut fra siste avsnitt i søknadens punkt 3, punkt 10 om etisk vurdering og punkt 11 om informasjon og samtykke, legges det således til grunn at det i denne omgang ikke er snakk om deltakende observasjon eller annen involvering av barn eller foreldre. Det forutsettes også at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes.

Vedtak:

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) finner at den delen av prosjektet som beskrevet i søknaden faller utenfor komiteens mandat. Prosjektet blir derfor ikke vurdert av komiteen.

REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord
Universitetet i Tromsø, NO-9037 Tromsø, tlf 77 64 40 00, e-post postmottak@uit.no, <http://uit.no>
førstekonsulent May Britt Rossvoll, tlf 77 64 48 76, faks , e-post May.Rossvoll@fagmed.uit.no

Det forutsettes at prosjektet er godkjent av andre aktuelle instanser før det settes i gang.

Det forutsettes at prosjektet forelegges komiteen på nytt, dersom det under gjennomføringen skjer endringer i de forutsetninger som komiteen har basert sin avgjørelse på.

Vennlig hilsen


May Britt Rossvoll
førstekonsulent

Appendiks III

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Camilla Lauritzen
Regionsenteret for barn og unges psykiske helse
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
9037 TROMSØ

Vår dato: 10.11.2006

Vår ref: 15306/SM

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.09.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

15366	<i>Barn i Mottak</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Camilla Lauritzen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

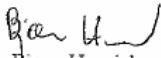
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

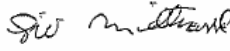
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endrings skjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/database/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2007 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Siv Midthassel

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no



Ombudet legger til grunn at utvalget informeres om alle sider av prosjektet, jf. samtykkeerklæring av 10.11.2006.

Det legges videre til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling som finner sted. Det foretas ikke observasjon av barn på mottak. Intervju vil verken inneholde direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger, om barn i mottak, kun generelle opplysninger.

Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår, navneliste og opptak slettes. Prosjektslutt er satt til 31.12.2007.

Personvernombudet legger til grunn at prosjektet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk før datainnsamling starter og ber prosjektleder ettersende kopi av tilråding når denne foreligger.

Prosjekt Barn i Mottak

Tromsø, 11.09.06

Informasjon til mottaksledere i region nord

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion nord, har som formål å utvikle, forvalte og kvalitetssikre kunnskap om barn og unges psykiske helse.

Senteret har et ansvar for alle barn og unge i regionen, også de som lever i asylmottak.

I den forbindelse starter RBUP Nord denne høsten et prosjekt som heter barn i mottak. Prosjektet er et samarbeid mellom RBUP og Volds- og Traumesenter, Helse Nord.

Prosjektet har som målsetting å framskaffe kunnskap om hvordan disse barna har det, med tanke på å utvikle tiltak for forebyggende psykisk helsearbeid for denne barnegruppen.

I den forbindelse ønsker vi denne høsten å besøke samtlige mottak i regionen. Det er ønskelig å få til et møte med hver enkelt leder ved mottakene. Jeg tar sikte på å starte besøkrunden i begynnelsen av oktober.

Kom gjerne med innspill om det er noe dere ønsker det skal settes fokus på i dette prosjektet. Videre vil jeg gjerne ha tilbakemelding på aktuelle datoer og tidspunkt det passer for dere å ta et møte. Jeg kontakter dere pr telefon slik at vi kan avtale en dato for besøk.

Med vennlig hilsen

Camilla Lauritzen

Prosjektleder Barn i Mottak

Regionsenter for Barn og Unges Psykiske Helse, RBUP Nord

Universitetet i Tromsø

Tlf 776 45871

Camilla.Lauritzen@faqmed.uit.no

Appendiks V

Intervjuguide

Hvor gamle er barna som bor her? Hvor kommer de fra? Hvor lenge har de vært i Norge? Hvordan kom de til Norge? Har de familie og slektninger i Norge? Hva gjorde de i hjemlandet? Og så videre...

Hvordan bør mottak være tilrettelagt for å best mulig ivareta barnegruppa? Hva kan gjøres bedre for disse barna, og er det reelle muligheter tilstede for å gjøre det? Hva må til for å skape et helsefremmende miljø med tanke på forebyggende psykisk helsearbeid?

Hvem er de sammen med til daglig og i helgene? Har de norske venner? Deltar de i noen aktiviteter på fritida? Hvilke tilbud finnes? Er ditt inntrykk at de synes det er ok å være i Norge? Hvorfor/hvorfor ikke? Syns du at de har kontakt med de voksne her? Har de tilbud om noen å snakke med? Får de hjelp til ting som oppleves vanskelige? Er de trygge tror du? Hva kan du si om skoletilbudet for disse barna? Har de gått på norskkurs? Hva gjør dere for å lette kontakt med nærmiljøet? Opplever de/du/dere rasisme i nærmiljøet? Føler du at andre behandler dem på en spesiell måte pga deres bakgrunn (stigmatisering, ekskludering)? Hvordan opplever dere at miljøet er mtp rus og vold blant beboerne? Hvilke tanker gjøres om problemer knytta til lang ventetid?

Hvordan gjør dere det i forhold til mistanke om omsorgssvikt, traumer, psykisk sykdom, tilbud om behandling etc.

I hvilken grad tror dere barna blir hørt i saker som gjelder deres eget liv (jf brukermedvirkning i barneverntjenesteloven)? Syns du dere har nok tilgang på kompetanse, hjelp og ressurser? Hvordan er kontakten med basistjenestene (helsesøster, PPT, BUP og barnevern)?

Hva tenkes om myndighetenes håndtering av situasjonen disse barna er i? (Rammevilkår) Om organisasjonene (feks Redd Barna); er de på banen? Er de synlige i kampen for barnets beste?

Appendiks VI

Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i prosjektet "Barn i Mottak."

Prosjektets formål:

Hensikten med dette prosjektet er å sette fokus på barn som lever i asylmottak i Nord-Norge. Det er ønskelig å studere forhold av betydning for barn som er bosatt i statlige asylmottak, eksempelvis rammevilkår, boforhold, fysisk helse, sosial kontakt, medbestemmelse, fritidstilbud og skoleforhold. Prosjektmålet er å generere ny kunnskap som basis for forebyggende arbeid med barn og unges psykiske helse.

Innsamling av data:

Svar på spørsmålet om hvordan barn i mottak har det i region nord håper jeg å få gjennom deltakende observasjon, samtaler og intervju med mottakslederne. Jeg ønsker å besøke samtlige mottak i Nord-Norge for å få en forståelse av hvilke forhold disse barna lever i. Ved å besøke mottakene håper jeg å få en oversikt over hvordan barna har det på asylmottak i Nord-Norge. Samtalene med mottaksledere og eventuelt andre som ønsker å prate med meg vil berøre temaer som; trygghet, sosial kontakt, aktivitetstilbud, boforhold og lignende.

Intervju/samtaler tas opp på lydbånd.

Prosjektet er meldt til regional komité for medisinsk forskningsetikk og til personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Alt datamateriale anonymiseres. Kun intervjueren/databehandleren har tilgang til datamaterialet. Faglig ansvarlig for dette prosjektet er Toril Jenssen, førsteamanuensis ved RBUP Nord, Universitetet i Tromsø.

Deltakelse i prosjektet er frivillig og informanten kan trekke seg underveis uten begrunnelse.

Med vennlig hilsen

Camilla Lauritzen
Prosjektleder Barn i Mottak
RBUP, Nord
Universitetet i Tromsø
Tlf 776 45871
Camilla.Lauritzen@fagmed.uit.no

Jeg/vi samtykker:

Navn: _____

Dato og sted: _____