

Til orientering: Innholdet i «2. Prioriterte oppgaver for spesialisthelsetjenesten» ble jobbet fram høsten 2015 av en arbeidsgruppe i PBU (psykisk helse vern, barn og unge, Helse Bergen). Deretter ble tre personer fra arbeidsgruppa (psykologspesialist Eli Johnsen, LIS Rehan Malik samt meg selv) gitt i oppgave å utforme en faglig standard for utredning og behandling av flyktninger og asylsøkere. Selve standarden presenteres i kursiv skrift under punkt 3, med kommentarer under i vanlig type. Teksten gjengitt her er identisk med presentasjonen min på fagdagen «Barn på flukt», 3. juni 2016.

Bjarte Sanne, Bergen 7. juni 2016

BUP sin rolle i behandling og forebygging av behandlingsbehov

1. Innledning

Jeg skal snakke om BUP sin rolle i behandling, og i forebygging av behandlingsbehov. BUP betyr her psykisk helsevern for barn og unge, dvs spesialisthelsetjenesten. For de fleste pasientene våre dreier dette seg om en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, men noen vil også bli kjent med inneliggende avdelinger og spesialteam. Spesialisthelsetjenesten vår vil nok bli opplevd litt ulikt rundt omkring i landet, avhengig av de lokale forholdene. Jeg håper at det jeg sier kan brukes i de fleste sammenhengene.

Jeg skal si litt om hvilke oppgaver vi som spesialisthelsetjeneste bør prioritere. Men det meste av tiden skal jeg snakke om hvordan vi kan drive utredning og behandling av denne pasientgruppa. Men la meg først definere forebyggende virksomhet i vår sammenheng. Primær-forebygging går ut på å eliminere, eller i alle fall redusere risikofaktorer i miljøet. Sekundær-forebygging dreier seg om å oppdage psykiske problemer på et tidlig tidspunkt og sette inn adekvate tiltak. Både primær- og sekundærforebygging er aktuelt overfor flyktninger og asylsøkere.

2. Prioriterte oppgaver for spesialisthelsetjenesten

Hva er våre oppgaver overfor flyktninger og asylsøkere? Vi har jobbet en del med dette i Helse Bergen, og jeg vil oppsummere hva vi er kommet fram til:

Prioritet 1. Besørge adekvat spesialisthelsetjeneste.

a) Inntak i samsvar med prioriteringsveileder; utredning og behandling.

Et likeverdig helsetilbud for denne gruppa vil si at vi prioriterer henvisningene i samsvar med gjeldende praksis for de andre pasientene våre. Dessverre er det ikke et ukjent fenomen at flyktninger og asylsøkere blir avvist i andrelinjetjenesten fordi en ikke opplever saken som alvorlig nok. Hvis en er i tvil om henvisningen, bør en ha enda lavere terskel enn i andre saker for å kontakte henviser og diskutere saken.

Videre skal vi gjennomføre en faglig tilfredsstillende utredning og behandling.

b) Samhandling med bydelens/kommunale hjelpetjenester.

For å kunne gi god hjelp, er det viktig at vi også i disse sakene samarbeider med andre instanser. Og vi bør ha så god kontakt med kommunale instanser at vi holder oss oppdatert om forhold som kan gi økt pasienttilstrømning til oss. For eksempel oppstart av mottak for enslige mindreårige asylsøkere.

Pga. knappe ressurser må vi tenke nøye gjennom hva vi prioriterer. Vi mener det er rett å prioritere veiledning av kommunale helsearbeidere som har behandlingsansvar for denne gruppa. Det gjelder spesielt fastleger, kommunepsykologer og helsesøstre. Slik kan vi være

med å forebygge behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten, men også bidra til at pasienter som virkelig trenger hjelp fra oss, blir henvist.

Prioritet 2. Sikre at behandlerne våre får tilstrekkelig opplæring i utredning og behandling.

Regionalt Kompetansesenter for Vold og Traumatisk Stress, RVTS, har et særlig ansvar for kompetansebygging og veiledning når det gjelder denne pasientgruppa. Derfor er det viktig for oss å ha en tett relasjon til RVTS. De snekret nylig sammen en fagdag for oss med undervisning om nøyaktig de emnene som vi opplevde behov for å lære mer om. Vi må selvsagt følge opp med mer undervisningen etterhvert.

Vi har også laget en faglig standard for utredning og behandling av denne pasientgruppa som jeg skal straks skal presentere for dere. Dessuten ønsker vi å ha behandlere i hver seksjon med spesiell kompetanse på flyktinger og asylsøkere, slik at disse også kan være ressurspersoner for kollegene sine.

Prioritet 3. Bistå RVTS i deres veiledningsoppgave.

Øvrige oppgaver vi tar på oss, vil være avhengig av det lokale behovet, og av vår egen kapasitet. Vi kommuniserer med RVTS om dette. Vi vet at enlige mindreårige er spesielt sårbare for psykiske vansker. Derfor har et par av poliklinikkene våre valgt å prioritere at spesielt erfarne behandlere veileder stab som jobber på mottak eller i boliger for enlige mindreårige. Slik kan vi drive sekundær-preventiv virksomhet blant de som har høyest forekomst av alvorlige psykiske vansker. Gjennom veiledning kan vi bidra til at flere får hjelp på laveste omsorgsnivå. Samtidig kan vi bidra til at de som virkelig trenger spesialisthelsetjenesten, blir fanget opp. Både faglitteraturen og klinisk erfaring viser at disse ungene i liten grad blir henvist tross alvorlig psykopatologi.

En tilleggseffekt av en slik veiledning er at vi som fagfolk kan drive primærforebygging ved å oppmuntre til helsebringende tiltak. Én viktig ting er å utfordre staben til å legge til rette for meningssskapende aktiviteter. Ørkesløse og meningsløse dager er en stor belastning, spesielt for traumatiserte personer.

3. PBU's faglige standard for utredning og behandling av psykiske vansker hos flyktinger og asylsøkere

I Psykisk Helsevern for Barn og Unge, PBU, her i Helse Bergen har vi utviklet en faglig standard for utredning og behandling av psykiske vansker hos flyktinger og asylsøkere. Vi har hentet mye av innholdet fra Aina Vaage. Hun har også sett gjennom flere versjoner av standarden før vi endelig godkjente den. Så takk til Aina for uvurderlig input. Standarden inneholder en del prinsipper og tips som vi nå skal gå gjennom.

1. Når skal standarden benyttes?

I henviste saker som er akseptert for mottak i PBU hvor pasienten er flykting/asylsøker. Utredning og behandling bør gjennomføres i tråd med øvrige faglige standarder (inkl. Basisutredning for barn og unge) med noen viktige unntak og presiseringer:

Vi har altså en standard for grunnutredningen som i utgangspunktet skal følges.

2. Generelt

- *Sakene kan ofte være komplekse og tidkrevende. Det er derfor viktig å skaffe seg oversikt over saken samt tydeliggjøre bestillingen til PBU.*

Vi kan ikke gjøre regning med å være like effektive i disse sakene som i saker med etnisk norske pasienter. Bl.a. vil vi vanligvis trenge mer tid på å bygge relasjonen, vi vil oftest trenge tolk, og når vi skal innhente diverse informasjon må vi belage oss på å gjøre det mer oppstykket og over lengre tid.

- *RVTS kan veilede på sak ved behov. Søk ellers kollegastøtte – unngå å stå alene i saken.*

Vi må ha «medspillere», siden disse sakene ofte er komplekse og tunge.

- *Enslige mindreårige (lenke: <https://www.udi.no/ord-og-begreper/enslig-mindrearig-asylsoker/>), med oppholdtillatelse (EM) og asylsøkende (EMA), er spesielt sårbare. Involver derfor viktige voksne (verge, representant fra barneverntjenesten eller mottak/bolig eller andre), som heretter inngår i begrepet «foresatte».*

Blant barn og ungdom som kommer til Norge uten foresatte er forekomsten høy av psykiatriske lidelser som depresjon og PTSD. Manglende støtte fra nære voksenpersoner er et stort problem. Derfor er det viktig å finne ut hvem som kan være viktige voksenpersoner for disse pasientene, som kan hjelpe og støtte dem. Her må vi tenke bredt.

- *Ungdom: Avklar med ungdommen foresattes rolle i utredning og behandling.*

Det er viktig å få avklart hva ungdommen selv tenker om foresattes deltakelse i saken. Mange kulturer tillater i liten grad at ungdom opptrer selvstendig. Derfor kan det virke truende for foreldre å få tildelt en nokså passiv rolle når ungdommen har helseproblemer. Men her kan det være store forskjeller, og det kan også variere mye innenfor samme kultur. I enkelte tilfeller kan det være nødvendig å gå mot foresattes oppfatninger, og ta hensyn til godt begrunnede ønsker hos ungdommen om å holde de voksne på venterommet.

3. Spesielt om asylsøkere

- *Det forekommer at asylsøkere blir borte fra mottaket/boligen. Planlegg derfor hver time som om den var den siste (tenk: «Hva kan pasienten ta med seg fra timen?»).*

Asylsøkere kan selv flytte eller bli flyttet på uavhengig av asylstatus. Dessuten - noen bare forsvinner. Derfor hender det at en asylsøkende pasient ikke dukker opp til time. Og derfor er det viktig at vi er oss bevisst at hver time kan være den siste, og at vi tenker gjennom hva vi kan gi pasienten som kan være til hjelp hvis så skulle skje.

Det er dessverre ganske vanlig å tenke at vi ikke har noe å tilby til asylsøkere, nettopp fordi vi kan risikere at kontakten og behandlingen blir avbrutt. Men også i en slik situasjon kan vi bidra mye, uansett hvor pasienten etter hvert skulle havne.

- *Innhent opplysninger om sakens juridiske stilling (for å forstå situasjonen samt planlegge).*

Å være asylsøker er for de fleste en stor påkjenning, og kan faktisk være mer traumatisk enn det vedkommende har opplevd før og under flukten til Norge. For at vi skal få bedre forståelse av pasienten sin situasjon, kan det være viktig å orientere seg om hvor søknaden står, og i hvor stor grad pasienten har fått en realistisk forståelse av status. Og, som nevnt, kan

en asylsøker plutselig forsvinne. Hvis der foreligger informasjon som kan bidra til at vi kan legge et realistisk løp for utredning og behandling, så vil det være svært nyttig.

- *Henvendelse fra advokat/UDI forekommer. Journaldokumentasjon kan få betydning for asylsøknaden! Sørg for at relevante fysiske skader blir dokumentert.*

Pasientens advokat kan be om kopi av journalnotater eller om en helseattest. Dette må vi huske når vi fører journal.

Enkelte har fysiske skader eller mén som kan få betydning for søknaden. I noen tilfeller kan en selv ta bilde av dette, evt. en lege i avdelingen. Eller at en rett og slett ber fastlegen om å gjøre det.

4. Kommunikasjon, relasjon og samhandling

Kommunikasjon og relasjon

- *Bruk alltid profesjonell tolk. Bruk ikke pårørende, og spesielt ikke barn! Bruk telefontolk hvis problemer med anonymitet eller mangel på lokal profesjonell og nøytral tolk.*

Å snakke gjennom tolk er ikke lett. Å bruke en profesjonell tolk gjør arbeidet mye lettere enn å bruke en slektning som verken er trent som tolk eller som har språkkunnskaper nok. Men det viktigste er at både pasient og pårørende skal få slippe å oppleve en ufrivillig deling av høyst personlig informasjon. Dette gjelder selvsagt barn mest av alle.

En annen fare ved å bruke barn som tolk, er at de blir presset inn i en voksen-oppgave i familien. Det blir lett slik at det er de som må forhandle og ordne opp på vegne av de voksne, fordi de voksne lærer det nye språket mye langsommere og dårligere enn det ungene gjør. Dermed kan vi være med på å forrykke balansen i familien, der foreldrene, og spesielt far, vanligvis er den ubestridte autoriteten.

Ikke alle tolker er nøytrale. Det forekommer til og med at en tolk opptrer som angiver for myndighetene i opprinnelseslandet. Det er viktig å forsikre seg om at den som blir tolket kjenner seg vel med tolken.

Husk å sette av dobbelt så mye tid som vanlig til samtaler der du bruker tolk. Helse Bergen har for øvrig laget retningslinjer for bruk av tolk, noe som vi også anbefaler andre helseforetak å gjøre.

- *Bruk en kulturformidler («kulturtolk», eng. culture broker – referanse 6) ved behov.* Ikke helt sjelden vil vi som utredere og behandlere oppleve at vi ikke kommer noen vei, uten at vi helt forstår hvorfor. Da kan det være av stor nytte å bruke en kulturformidler. Dette er en person som snakker begge språk og som er bi-kulturell. Selvsagt er det en stor fordel hvis vedkommende også jobber i psykisk helsevern. Kulturformidleren kan hjelpe oss å forstå hva pasient og pårørende strever med, hva de bekymrer seg for, hva de tenker om sykdommen osv. Dette kan gjøre det mulig å overstige barrierer i utredning og behandling.

- *Suppler det du sier med skrift og tegninger (ikke overvurder språket).*
- *Vær ærlig og engasjert, nysgjerrig, lyttende, ydmyk og omsorgsfull.*

Viktige adjektiver i de fleste sakene, men spesielt overfor denne gruppa. I et intervju med enslige mindreårige brukere av poliklinikkene våre, nevnte de spontant det å lytte og vise omsorg som viktig for en behandler.

- *Respekter og snakk med familiens overhode, og respekter familiens/kollektivets betydning. EM/EMA: Ressurser i samme etniske gruppe eller blant med-beboere? (Kan også representere problem, f.eks. «monitorering» av jenters omgang med gutter).*

Der er ofte et klart hierarki i familien, og det er nødvendig å respektere og kommunisere med lederen for familien hvis en skal komme videre i saken. Dette betyr likevel ikke at vi skal neglisjere problemer som et slikt hierarki kan medføre. Her må vi bruke sunn fornuft, og ikke minst få veiledning fra erfarne behandlere hvis vi er i tvil.

Selv om enslige mindreårige kommer uten nære voksne slektninger, kan det være viktige autoritetspersoner eller ressurspersoner i deres egen etniske gruppe som vi bør kommunisere med. Ikke så få har kommet sammen med søsken, eller har fått nære relasjoner til med-beboere. En bør vurdere om noen av disse skal trekkes inn i saken. Dette gjelder ikke minst eldre søsken. Men slike personer kan også være del av problemet. For eksempel er det ikke ukjent at jenter kan bli fotfulgt for å unngå at de utvikler et romantisk forhold til en gutt som de ikke har «tillatelse» til å være sammen med.

- *Velg en arena for arbeidet der pasient og foresatte kjenner seg trygg (alternativer til BUP: Skole, helsesenter, mottak/institusjon eller bolig).*

Det kan være gode grunner til at pasient eller pårørende ikke vil møte opp på en psykiatrisk poliklinikk. Ikke minst kan stigma knyttet til psykiatrisk sykdom skape store problemer for dem i deres egen etniske gruppe. De kan til og med bli utstøtt fra fellesskapet. Derfor må vi være villige til å møte dem på en arena der de føler seg trygge. Men hvis de ikke har motforestillinger, så inviterer vi dem selvsagt til BUP.

- *Bruk nødvendig tid og energi på å bygge relasjonen.*

Mange har mistillit til offentlige instanser pga. vonde erfaringer. Derfor kan det ta tid før pasient og foresatte får tillit til oss, som mennesker og som fagpersoner.

- *Forklar din/PBUs rolle i hjelpen som tilbys.*

Vi kan ikke forvente at pasient og foresatte uten videre skal forstå hva som er oppgaven vår. Derfor kan det komme spørsmål om både økonomisk og praktisk hjelp. En klar framstilling av hva de kan forvente hos oss vil kunne forebygge problemer.

- *Forklar taushetsplikten nøye, da den kan være vanskelig å forstå og feste tillit til.*

For mange som kommer fra ikke-vestlige samfunn er taushetsplikt et ukjent fenomen. Derfor er det ikke å forvente at de umiddelbart skal forstå hva taushetsplikten innebærer. Dessuten kommer mange flyktninger og asylsøkere fra samfunn der informasjon avgitt på ett kontor kan formidles videre, for eksempel til politiet, med katastrofale konsekvenser.

At en offentlig instans i Norge i visse tilfeller kan overta omsorgen for barna deres, er for mange en fullstendig fremmed tanke, og dypt sjokkerende. Det at vi i spesialisthelsetjenesten er pliktet til å melde fra til barnevernet i enkelte situasjoner, kan gjøre det komplisert å få kommunisert taushetsplikten på en måte som blir oppfattet korrekt, og som et gode.

- *Ta utgangspunkt i pasientens/familiens konkrete behov, og gi praktisk hjelp når det er naturlig.*

Det er nå engang slik at en av de sterkeste måtene å vise at vi bryr oss, er ved å gi konkret hjelp. Å se behov, og å gjøre noe med det som vi strengt tatt ikke trenger å gjøre noe med, virker sterkt. På den andre siden kan det å ikke gjøre noe med et problem, ofte forsterke et inntrykk av at vi ikke bryr oss.

Her må vi selvsagt holde tunga beint i munnen: Det går an å bli for opptatt av å gi praktisk hjelp, slik at pasient og pårørende i for stor grad legger livene sine i våre hender og forventer at vi skal rydde opp i vanskene deres. Men for de fleste av oss er det ikke den grøfta vi havner i. Hvis vi er nøye med å forklare hva spesialisthelsetjenesten er og hva våre oppgaver er, kan det virke sterkt og bygge en solid allianse hvis vi også bidrar med konkret hjelp.

Eksempler:

- *Kople pasient/pårørende opp mot andre hjelpeinstanser.*
- *Gjøre oppmerksom på muligheten for økonomisk støtte til busskort, treningskort etc. samt referere til evt. sosialkonsulent på mottaket for mer informasjon.*

Dette forutsetter at vi sely kjenner til hvilke muligheter som finnes. Økonomien for de fleste asylsøkere og flykninger er trang, og gode råd som vi gir, blir ofte ikke fulgt fordi pasienten ikke har råd til å gjennomføre den aktiviteten som vi anbefaler.

Samhandling med førstelinjen

- *Hvis henviser kjenner saken, og spesielt hvis saken fortøner seg uklar: Inviter henviser sammen med pasient/foresatte til første konsultasjon (for å sikre felles forståelse av oppdrag/bestilling samt fremme samarbeid mellom første- og andrelinje).*

I noen tilfeller får PBU et oppdrag som ikke er blitt kommunisert til pasient eller pårørende. Gjerne fordi henviser har vegret seg for å ta opp problemet direkte. Men et slikt oppdrag kan da selvsagt bli vanskelig å gjennomføre. Derfor kan det være nyttig å invitere henviser til første konsultasjon. En annen grunn er at vi kan bli enige om hvordan vi skal samarbeide: Hvem skal gjøre hva, osv.

- *Inngå samarbeid med den kommunale helsetjenesten, barnehage/skole, PPT, barnevern etc. og be kommunen sørge for koordinering av tjenestene.*

Dette gjelder jo generelt. Men det er ikke mindre viktig i disse sakene, der vi ofte mangler informasjon og helhetsforståelse, både vi og de andre instansene som er involvert i saken.

5. Diagnostisk avklaring og utfyllende informasjon

- *Bruk av spørreskjemaer bør unngås (mange foreldre har svake lese-/skriveferdigheter; få skjema er tilstrekkelig kulturelt validert; spørreskjema kan minne om forhørs-situasjoner).*
- *Anamneseopptak og diagnostiske intervjuer bør gjennomføres med stor fleksibilitet og må ikke bære preg av forhør.*

Det er svært vanlig for denne pasientgruppa å forbinde informasjonsinnhenting hos oss med forhør – enten i opprinnelseslandet eller i Norge i forbindelse med asylsøknaden.

- *EM/EMA: OBS stressfaktorer som bekymring for og forsørgerbyrde overfor familie i opprinnelseslandet, dårlig økonomi, konflikter i mottak/bolig og diskriminering.*

Dette er vanlige bekymringer for enslige mindreårige, spesielt hvordan det skal gå med deres kjære i hjemlandet. Det vi sjelden tenker på, er at økonomien til enslige mindreårige ofte er elendig, og spesielt når de blir 18 år og må stå på egne bein, ser de seg ofte ikke råd til legebesøk og samtaler med psykolog. Derfor må vi orientere oss om økonomien deres.

Unngå å undervurdere kultur: Spør om kulturelle faktorer som kan kaste lys over symptomutforming, sykdomsforståelse og forventninger til behandlingen. Bruk Kulturformuleringen (oversatt til norsk fra DSM 5 – lenke: <http://www.nakmi.no/publikasjoner/hefter-brosjyrer/>) ved behov.

Vi kan falle i to grøfter: Enten å neglisjere betydningen av kulturen, eller å tilskrive kulturen alle de problemene som pasienten har. «Kulturformuleringen» som vi viser til, er et intervju som gir informasjon om kulturelle faktorer som kan være viktige for å forstå pasienten. Hvis vi opplever kulturforskjeller som en vesentlig utfordring, eller hvis vi står fast og ikke forstår hvorfor, kan det spare mye tid å ta en «omvei» og bruke dette intervjuet.

- *Unngå å overvurdere kultur: Barnets vansker skal ikke uten videre tilskrives traumer, kulturforskjeller eller mangelfulle norskkunnskaper. Nevro-utviklingsmessige tilstander (inkl. ICD-10s F70-79 og F84) og andre psykiske lidelser forekommer hyppig.*

Vaage og medarbeidere gjennomførte en studie i Stavanger, der de påviste at nevro-utviklingsmessige tilstander som ADHD ikke sjelden ble oversett i spesialisthelsetjenesten, fordi fokuset var på traumer og kulturelle aspekter (1). Husk at disse ungene ofte har flere tilstander samtidig.

- *Ved somatisk anamnese og undersøkelse: Vær oppmerksom på infeksjonssykdommer, fysiske traumer samt under- og feilernæring.*

Alle disse forholdene kan medvirke til mental skjevutvikling, ikke minst kognitivt. Feilernæring forekommer ofte i de landene som vi mottar flyktninger fra. Vi bør ha lav terskel for å involvere lege i utredningen. Vi kan ikke stole på at all relevant somatikk er blitt avdekket før henvisning.

- *Vurder behovet for individuell plan!*

Dette skal vi jo alltid gjøre. Men vi minner om at flyktninger og asylsøkere har like rettigheter som etnisk norske pasienter, og at vi skal ha like lav terskel for å be om individuell plan for dem som for andre pasienter.

6. Behandling

6.1 Håndtering av traumer

«Fokuser nåtiden og planlegg fremtiden; om mulig kan man forholde seg til fortiden»

(A. Vaage), dvs:

- *Start med situasjonen her-og-nå. Ikke utforsk fortid/tidligere traumer før tillit er etablert, og både pasient og foresatte er klare. Å ikke fortelle kan være god*

mestringsstrategi. For tidlig eksplorering av traumer kan retraumatisere. Screen derfor ikke for traumer!

Dette er viktig å merke seg, fordi denne håndteringen av traumer bryter med det vi er vant til.

Temaet traumer for denne pasientgruppa er selvsagt svært sentralt. Her skal jeg bare kommentere én av setningene over: «Ikke utforsk...traumer...før både pasient og foresatte er klare.» Det kan være at pasienten er klar for å utforske traumer, mens de foresatte ikke er det. Det kan skape betydelige problemer, ikke minst for alliansen med familien, hvis vi for eksempel sammen med en 9 år gammel pasient begynner å trenge inn i krigstraumer som familien har vært utsatt for, uten at foreldrene har gitt aksept for det og selv er klare for å gå inn den døra.

- *Normaliser: Traume-reaksjoner er normale reaksjoner på unormale hendelser.*
- *Stabiliser pasienten og gi hjelp til selv-stabilisering.*
- *Ha fokus på å lage nye gode minner og bygg resiliens (f.eks. bruk «safe place»).*

Stabilisering og hjelp til selv-stabilisering blir godt beskrevet i veilederen fra Bærum kommune og Vestre Viken som vi har referert til. Den er laget med tanke på voksne, men prinsippene er de samme for barn.

- *Ved traumer/PTSD hos yngre barn: Gi psykoedukasjon til foresatte slik at de selv kan hjelpe barnet (symptomer på PTSD, depresjon, angst; toleransevinduet (referanse 5) etc).*

Å hjelpe foreldrene til å hjelpe gjør at de kan oppleve både mestring som foreldre og kontroll over prosessen. Dessuten får de informasjon som kan være til hjelp for dem selv hvis de også er traumatiserte.

6.2 Generelt om behandling

- *Det finnes lite evidensbasert kunnskap om behandling av denne gruppa, inkl. for traumer.*

Dessverre! Dette vil forhåpentligvis endre seg, men slik er det nå.

- *Behandlingsplan ([lenke](#)) skal utarbeides i samråd med pasient/pårørende og bør revurderes hyppig (inkl. behovet for å eksplorere og behandle traumer).*

Det at der foreligger lite evidensbasert kunnskap vil ikke si at det er det samme hva vi gjør. Tvert i mot er det desto større grunn til å tenke grundig gjennom hva vi skal gjøre, stake ut en kurs, og formulere dette i en behandlingsplan. Men nettopp pga. manglende kunnskap må vi evaluere behandlingen hyppig, og gjøre justeringer etter hvert. I alt vi gjør, bør vi være målrettet og systematiske, og åpne for endringer.

- *Omsorg, trygge rammer og stabilisering er en forutsetning for og en essensiell del av terapien.*

Disse faktorene er altså ikke bare en forutsetning for at terapien skal lykkes, men er i seg selv noen av de sterkeste helbredende elementene som vi kan bidra med.

- *Bygg på pasientens ressurser, og hjelp ham/henne å skape helhet og sammenheng ut av livshistorien.*

Mye har «gått i knas» for disse pasientene. Noe av det viktigste vi kan gjøre er å ta i bruk deres egne helbredende evner, ikke minst de ressursene de selv har. Og vi kan hjelpe dem å sette samme bitene i livshistorien til et hele, slik at de får se livet sitt i perspektiv og helst skape mening utav det som har skjedd. For mange i denne gruppa er religionen deres en stor ressurs, noe som vi kan bruke på en konstruktiv måte.

- *Vær særlig bevisst på betydningen av en god terapeut-pasient-relasjon.*

Denne relasjonen er ofte enda viktigere enn i andre saker, fordi vi som regel ikke har et etablert behandlingsopplegg å støtte oss til, og fordi mye av helbredelsesprosessen vil skje i møtet mellom terapeut og pasient.

- *Bruk behandlingsstrategier du er trygg på og som du og pasienten kan enes om.*

Siden vi har lite evidensbasert kunnskap, og siden terapeuten er så viktig, er det også viktig at terapeuten velger en behandlingsform som vedkommende mestrer og har erfart som effektiv i andre saker. En slik holdning er faktisk evidensbasert, siden vi vet at både såkalte «uspesifikke faktorer» i terapien og mestring av en behandlingsstrategi i seg selv er av betydning for behandlingsresultatet.

- *Vær fleksibel og kreativ ang. strategi og sted for behandlingen.*

Vi må være fleksible i hvor vi møter pasienten når vi starter saken. Men det er ikke mindre viktig å vise fleksibilitet i behandlingsfasen. Vi må tillate oss å tenke «utenfor boksen» og være kreative.

- *Fokuser barnehage/skole: Ved behov be PPT sørge for (og evt. veiled dem i) å styrke mestringsevne, skape tilhørighet, tette faglige hull og veilede barnehagepersonell og lærer.*

Et svært viktig punkt, da barnehage og skole representerer noe «normalt» i en ofte komplisert og vanskelig livssituasjon, og er den viktigste arenaen for integrering. Vi kjenner betydningen av faglig og sosial læring. Men vi må heller ikke glemme det rent terapeutiske i en god skolehverdag. Å bidra til at barnet får det det trenger på skolen bør derfor ha høy prioritet. Det kan i noen saker bli nødvendig å gå inn direkte overfor skole/barnehage med veiledning.

- *Ved medikamentell behandling: Forklar nøye hvorfor og hvordan, og forsikre deg om at pasient/pårørende har forstått. EM/EMA: Ha lav terskel for å involvere hjemmesykepleien (mottak/bolig vil vanligvis ikke ta ansvaret for medisnutdelingen).*

Det er lett å misforstå instruksjoner om medisiner. Derfor er det viktig å forsikre seg om at pasienten virkelig har fått med seg hvordan medisinen skal brukes, ved å skrive det opp, og ved å få pasienten til å gjenta instruksjonene.

Mange mangler erfaring med å bruke medisiner som tar en del uker før de virker, og trenger å bli motivert og forklart gjentatte ganger. Hvis det er mulig å velge, kan det være lurt å bruke en medisin som virker nokså umiddelbart.

Når det gjelder enslige mindreårige, bør en unngå at de får ansvaret alene for medisineren inntil vi er sikre på at de kan klare dette selv.

Referanser og ressurser

1. Vaage AB. Kapittel 24: Barne- og ungdomspsykiatrisk arbeid med flyktninger, asylsøkere og deres familier. I: Grøholt B, Garløv I, Weidle B, Sommerschild H. Lærebok i barnepsykiatri, 5. utg. (2015).
2. Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. Helse- og omsorgsdepartementet 2013. [lenke](#)
3. Psykososialt arbeid med flyktningbarn. Introduksjon og fagveileder. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress 2006. [lenke](#)
4. Avhengig og selvstendig. Enslige mindreårige flyktningers stemmer i tall og tale. Folkehelseinstituttet 2009. [lenke](#)
5. Veileder. Stabilisering, håndtering og behandling av traumesymptomer i kommunen og spesialisthelse-tjenesten spesielt rettet mot flyktninger. Et samhandlingsprosjekt mellom Bærum kommune og Vestre Viken helseforetak, DPS Bærum 2015. [lenke](#)
6. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health 2011. [lenke](#)
7. Ressurser: <http://www.rvtsvest.no/>. <http://www.nakmi.no/>. <https://www.nkvts.no/>. [lenker](#)

I standarden har vi bare tatt med noen få referanser. Der finnes i dag en rekke ressurser, og det meste er tilgjengelig på internett. Men hvis jeg skal anbefale én referanse, vil jeg uten tvil gå for den første, nemlig Aina Vaages kapittel i Lærebok i barnepsykiatri. Den gir en svært god innføring i dette temaet.

Takk for oppmerksomheten!

Øvrige referanser

1. Vaage AB, Garløv I, Hauff E, Thomsen PH. Psychiatric symptoms and service utilization among refugee children referred to a child psychiatry department: A retrospective comparative case note study. *Transcultural psychiatry* 44, 2007: 440-458.