

# Helsetilbud til kirkeasylanter – en utfordring for helsevesenet

**Bakgrunn.** Da de første kirkeasyl ble opprettet i 1993, var man opptatt av om flyktningene ville bli psykisk syke, og en intervjuundersøkelse ble igangsatt.

**Materiale og metoder.** Motivet for studien var å undersøke psykisk helsestatus. Temaene var fluktbakgrunn, fysiske og psykiske reaksjoner, barnas situasjon, mestringsstrategier og etterreaksjoner. En viktig problemstilling var om kirkeasylanterne fikk nødvendig helsehjelp. 20 aktuelle og tidligere kirkeasylanter og like mange hjelpere med ulike roller ble intervjuet.

**Resultater.** Det viste seg at bakgrunnen for kirkeasyl var frykt for livet, manglende fremtidsutsikter og avslag på asylsøknaden. For asylanterne var uvissheten det vanskeligste. Alle 20 fortalte om en svært belastende situasjon, preget av hodepine, søvnløshet, tristhet, selvmordstanker og rastløshet. Hos et lite mindretall som rapporterte om alvorlige psykiske problemer, var tidligere traumeerfaringer fremtredende. Mottiltak som opplæring, mosjon, arbeid, sosial kontakt og helsehjelp ble forsøkt satt i verk. Viktige drivkrefter for å holde motet oppe var et grunnleggende håp, ønsket om å hjelpe barn og familie og vennskap og solidaritet.

**Fortolkning.** Undersøkelsen viser at egenaktivitet, sterk menneskelig støtte og helsefaglig innsats har virket beskyttende for den psykiske helsen underveis og muligens også på lengre sikt.

Siden 1980-årene er det blitt vanskeligere for flyktninger å finne trygge oppholdssteder i Europa (1). Mange blir tvunget til å leve illegalt, og det oppstår konflikt med myndighetene. Denne dragkampen handler ofte om å vinne tid slik at man får prøvd sin rett på en grundig måte. Kirkeasyl som aksjonsform med historisk bakgrunn er i denne sammenheng blitt viktig i flere europeiske land (2). I Norge var kirkeasyl særlig vanlig i midten av 1990-årene (fig 1, fig 2).

I den offentlige debatten om kirkeasyl i Norge ble det fra første stund satt søkelys på de helsemessige belastningene. Barnas si-

---

**Eirik Mathiesen**

*eirik.mathiesen@unn.no*

Voksenpsykiatrisk poliklinikk

Psykiatrisk Senter for Tromsø og Karlsøy

Universitetssykehuset Nord-Norge

Åsgård

9291 Tromsø

---

Mathiesen E.

## Care for refugees in sanctuary – a challenge for the health services.

*Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1678–81*

**Background.** When the first sanctuaries for asylum seekers were established in 1993, psychological consequences were a concern and an interview study was started.

**Material and methods.** The study focused on the refugees' background, physical and psychological reactions, the children's situation, coping strategies and post-traumatic effects, and whether the church-asylants got adequate care from the health services. Twenty former and present church asylants and the same number of helpers with various backgrounds were interviewed.

**Results.** The reasons for seeking sanctuary in the church were fear for one's life, lack of future opportunities, and refusal of asylum. Uncertainty was the most difficult aspect of their plight. All 20 asylants reported headaches, insomnia, sadness, suicidal thoughts and restlessness. In a small minority suffering from severe psychiatric disturbances, previous experience of trauma, were predominant. Education, training, work, social contact and health assistance were organized to cope with the situation. Basic hopes, a wish to help children and family, and experience of friendship and solidarity were the most important motivational factors for keeping up morale.

**Interpretation.** The study shows that church asylants who take an active role, receive emotional support, and have good health services available are protected psychologically during their stay in the sanctuary, possibly also in the long term.

---

☞ Se også side 1639

tuasjon stod sentralt. Var kirkeasyl et betenkkelig eksperiment der man gamblet med helsen til sårbare mennesker? Alt tydet på at ufriheten, den lange ventetiden og uvissheten var ytterst smertefull og hadde helsemessige konsekvenser. Hvordan var det mulig å holde ut, og hvem skulle ta seg av kirkeasylanternes helse?

## Kirkeasyl og helsetiltak

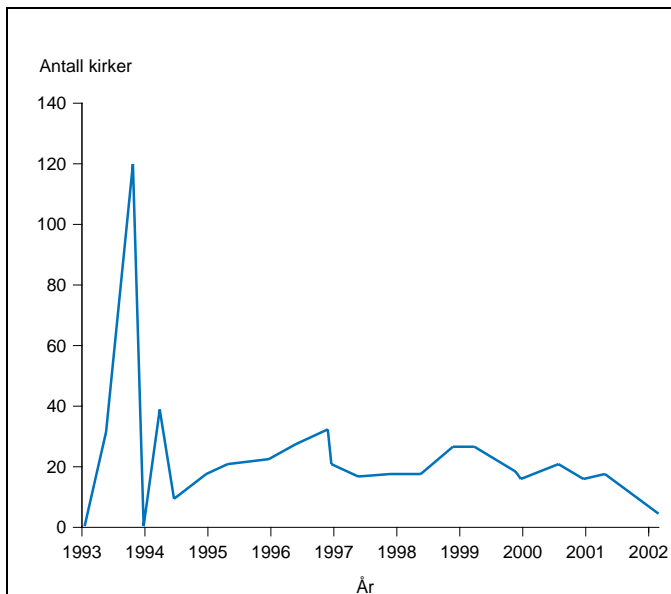
I brev fra helsemyndighetene til landets fylkesleger m.fl. blir det slått fast at kommunehelsetjenesten har ansvaret når «...opplys-

ningene kan tyde på at medisinsk hjelp er påtrengende nødvendig...» (3). Det er opp til legen selv på medisinsk-faglig grunnlag å bestemme *hvor* hjelpen bør gis. Videre står det: «Behovet for oversikt, behandling og oppfølging av beboernes helsestatus, ut fra den spesielle situasjon flyktningene er i og den bakgrunn de har, kan tilsi at kommunen i større grad enn den har uttrykkelig plikt til bør oppsøke flyktninger i kirkeasyl.» De signaliserer at organiseringen av arbeidet er opp til kommunene, og at helsepersonell har et etisk ansvar som kan tilsi ytelser på frivillig basis. Dette viser at det offentlige erkjenner et klart ansvar for å yte helsehjelp til kirkeasylanter. Kommunehelsetjenesteloven § 2.1 gjelder formelt også dem.

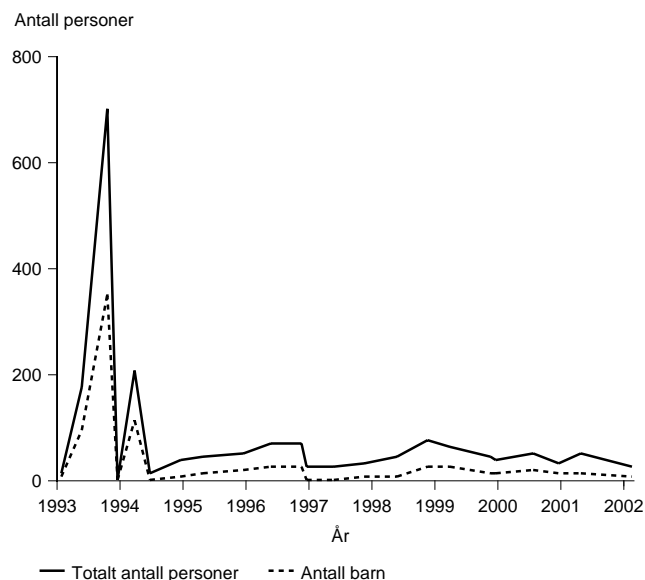
Litteraturen om flyktnings helse viser at krigstraumer, påkjenninger under flukt og problemer i eksil har en klart negativ effekt (4). Det finnes forskningsarbeider om kirkeasyl på fagområdene teologi, jus, statsvitenskap og sosiologi. Men bortsett fra en dansk konferanserapport (H. Schneider, A. Vivike. Acute crisis intervention for Palestinians in church asylum. Foredrag ved The World Conference of the International Society for Traumatic Stress Studies 21.–26. juni 1992, Amsterdam) har det ikke lyktes oss å finne medisinske eller psykologiske studier. Målet med denne studien er å beskrive helsemessige konsekvenser, og hvordan arbeidet med helsetilbud til kirkeasylanter har vært praktisert.

## Materiale og metode

En kvalitativ intervjuundersøkelse ble gjennomført. Det ble utarbeidet en detaljert intervjuguide med følgende hovedtemaer: fluktbakgrunn, kontakt, fysiske og psykiske reaksjoner før, under og etter oppholdet, barnas situasjon, mestringsstrategier og etterreaksjoner. Informantene bestod av to grupper. Den første gruppen bestod av åtte flyktninger som ble intervjuet mens de var i kirkeasyl, og siden 12 tidligere kirkeasylanter. Tolk ble benyttet ved behov. Den andre gruppen bestod av 22 støttepersoner og hjelpere som fortalte om sine oppfatninger og hvordan arbeidet hadde vært praktisert. Disse hadde følgende bakgrunn: tre var prester, tre advokater, to psykiatere, to helsesøstre, én psykolog og én sosionom. Det var også to medlemmer av humanitære og kirkelige organisasjoner, fire fra lokale menigheter og fire fra støttegrupper. Omtrent en tredel av disse informantene hadde altså helsefaglig bakgrunn. Blant flyktninger i kirkeasyl ble



**Figur 1** Antall kirker med kirkeasylanter i Norge i tidsrommet 1993–2002. Kilde: Regnbuen antirasistiske organisasjon, Tromsø



**Figur 2** Antall personer i kirkeasyl i tidsrommet 1993–2002. I november 1993 inngikk myndighetene og kirken en avtale som førte til en løsning for et stort antall kosovoalbanske kirkeasylanter. I 1996 var den såkalte barnekommissjonen i arbeid, noe som førte til en løsning for et større antall familier med barn i kirkeasyl. Kilde: Regnbuen antirasistiske organisasjon, Tromsø

det gjort et strategisk utvalg basert på variasjon når det gjelder kjønn, alder, nasjonalitet, geografiske forhold (by og land, sør og nord) og kirkesamfunn (frikirker, katolske menigheter og statskirkemenigheter). Videre om man var alene, sammen med en gruppe eller i en familie. Hensikten var å få en samling av informanter der ulike typiske situasjoner var representert. Bakgrunnen for valg av informanter i den andre gruppen var at de hadde ulike posisjoner og oppgaver i sitt arbeid med flyktningene, og at det var en tilsvarende geografisk spredning som i den første gruppen. Kontakten med informantene ble opprettet gjennom henvisninger, oversikter fra støttegrupper og faglige kontakter.

Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Det ble gjort en innholdsanalyse ved hjelp av meningskondensering og -kategorisering slik at overraskende funn og gjennomgående uttalelser ble markert (5). Siste del av analysen bestod av en grundig gjennomlesing av materialet med henblikk på helsemessige konsekvenser for asylantene og hvordan helsetiltak hadde vært organisert og gjennomført.

Flyktningenes bakgrunn, uvissheten og følelsen av mangel på alternativer blir i det følgende beskrevet. Psykiske belastninger og symptomer, men også mestringsstrategier og helsetiltak som har vist seg nyttige blir tatt opp. I diskusjonsdelen drøftes om opphold i kirkeasyl kan føre til psykiske skader på sikt, hvilken behandling som er best og hvilke utfordringer dette representerer for myndigheter og helsepersonell.

## Resultater

Informantene hadde i gjennomsnitt vært på flukt i tre år før kirkeasylet. Hovedårsakene var frykt for eget og barnas liv, trussel om krigsdeltakelse og manglende fremtidsutsikter pga. diskriminering og politisk uro. De fortalte også om fengsling og tap av familie. Noen foreldre tok barna med i kirkeasyl, andre var bekymret fordi de måtte la barna bli igjen i hjemlandet. Asylantene var svært opptatt av hva som skjedde med familien, særlig barna. De ønsket sterkt å være til hjelp, og kjente det som et stort problem å være forhindret fra det. Selv forventet de lite hjelp fordi familien hadde det vanskeligere enn dem, og man ønsket ikke å legge sten til byrden.

Kirkeasylantene la ut på en ferd de ikke visste enden på. I første omgang trodde de at saken ville få en rask løsning, etter hvert skjønnte de at dette ville trekke ut. De satte seg mål som «etter valget, til jul», osv. Uvissheten var det vanskeligste. En uttale: «Det verste er tanken på at det ikke finnes en dato. De som sitter i fengsel, vet når de får komme ut.»

### Mangel på alternativer?

Fantes det ikke alternativer til et så drastisk skritt som å gå i kirkeasyl? En av asylantene fortalte at de spurte familien om det var mulig å vende tilbake. Svaret var: «Hvis dere har mat – så bli.» I mottakene var asylantene vitne til arrestasjoner. Senere i kirkeasyl opplevde de at kamerater gav opp og forsøkte å flykte videre eller leve i skjul privat. Disse ble raskt pågrepet og returnert. Flykt-

ningene kjente seg derfor gjennomgående jaget inn i et hjørne der vanlige muligheter var uttømt. Kjennskapet til kirkeasyl var i utgangspunktet begrenset, og valget ble gjort i all hast ut fra behovet for en nødhavn.

Disse kjensgjerningene fikk også betydning for helsepersonell. Selv i kritiske sykdomssituasjoner måtte man forsøke å ivareta klientenes sikkerhet. Det hendte at leger først etter forsikringer om fritt leide kunne legge inn pasienter i psykiatrisk avdeling.

### Isolasjon, søvnløshet og tristhet

Til tross for hyppige besøk og familie på stedet kjente asylantene seg isolert i perioder. Særlig ungdom kjente seg utestengt fra livet. Det ikke å bli trodd førte til at de følte seg verdiløse. I tillegg kjente de seg mindreverdige fordi de ikke kunne arbeide, lære og utvikle seg, og fordi de var ute av stand til å oppfylle forpliktelsene i forhold til familien.

Erfaringene tyder på at behandlingsskrevende somatiske og psykosomatiske lidelser ble tatt hånd om. Asylantene var svært bekymret for den fysiske helsen, noe som gav seg utslag i hyppige legekonsultasjoner. Hodepine og muskelsmerter var vanlig. De klarte ikke å opprettholde normal døgnrytme, og hadde alvorlige søvnavanser forårsaket av tunge tanker og mareritt.

De største utfordringene var på det psykiske plan. Selv om asylantene kjente seg trygge i kirken, kunne de ikke være helt sikre, og de levde derfor med betydelig frykt for deportasjon. De fikk som regel forsikringer om støtte fra menigheten. Enkelte fryktet likevel utmattelse og kollaps hos hjelperne.

Følelsene svingte mellom håp og fortvilelse. Det indre presset førte til en tristhet som grenset til depresjon.

De unge fortalte om en særlig hard skjebne, og hadde stilt seg spørsmålet: Hvorfor skulle akkurat de rammes. En av dem uttrykte seg slik: «Hvorfor ble jeg født? Kanskje Gud visste at jeg skulle oppleve dette – at akkurat jeg skulle bli mest nedfor. Jeg skrev mange ganger til justisministeren, men fikk aldri noe svar.» De ble overrumplet av egne reaksjoner, og fortalte om en følelse av skyld. Men også om følelsen av å bli straffet for noe de ikke hadde gjort. Fortvilelsen økte i forbindelse med helseproblemer, vansker i familien og når det kom melding om avslag eller når kirkeasylet ble utsatt for kritikk gjennom pressen. Da oppstod reaksjoner preget av rådvillighet, trang til å gråte og manglende energi.

De fleste tenkte i perioder at livet var verdiløst. Tanken om å ta sitt eget liv hadde streift mange. De fortalte om redsel for å miste forstanden, og tvil om egen styrke. Frykten var at de i fremtiden ikke ville klare å bære det som alt i dag var tungt.

Asylantene hadde periodevis klare stresssymptomer. Tendenser til urofølelse og irritabilitet oppstod særlig der flere unge var samlet på et begrenset areal. Kriser med gråt og uttrykt fortvilelse over flere dager førte likevel ikke til vedvarende kontrolltap. Rastløshet førte til at enkelte måtte tåle risikoen ved å forlate kirken en tid.

Retrospektivt fortalte kirkeasylantene om en følelse av utilstrekkelighet, uro og vansker med å komme i gang. Optimistisk oppstart med skole og arbeid måtte ofte utsettes. De fortalte om skyldfølelse, og spesielt barna var engstelige ved synet av politifolk. En som underveis hadde store psykiske problemer fikk det også vanskelig senere. De fleste signaler om utviklingen i ettertid viser imidlertid at det tross alt har vært mulig å etablere en normal tilværelse.

### *Mestringsstrategier.*

For å holde ut ble det nødvendig for asylanter og hjelpere å etablere mottiltak. Det primære var å påvirke saken. Dette ble gjort ved å gjøre den kjent gjennom mediene og henvende seg direkte og indirekte til myndighetene. I dette arbeidet hadde de behov for støttespillere. Noen av asylantene hadde tydelig vilje og evne til selv å delta. Andre klarte ikke å handle selv, og ble passive fordi det ikke var nok rom for egeninnsats.

For asylantene var manglende aktivitetsmuligheter et stort problem, og de fortalte om lange perioder uten annet å gjøre enn å ligge til sengs eller vandre hvileløst omkring. Norskopplæring lyktes til en viss grad, mens mulighetene for mosjon inne var begrenset og bevegelse utenfor kirken fungerte kun i perioder, av frykt for arrestasjon. Arbeid var med enkelte fantasifulle unntak urealistisk. I noen kirker kom folk ofte på besøk. Andre steder kunne det gå uker. Dette

**Litteratur om flyktninger og kirkeasyl**  
Sveaas N, Hauff E. Flukt og fremtid. Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.

Van der Veer G. Rådgiving og terapi med flyktninger. Psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse. Oslo: Ad Notam, Gyldendal, 1994.

Bolman, K. Asyltanken – et historisk rids. Kritisk Forum for Praktisk Teologi 1992; 49: 10.

Salvesen PL. Kirken som asyl. Mennesker og rettigheter 1994; nr. 1.

Müller O. Asylretten og den historiske tradisjon. Vårt Land 15.7.1993.

Nordblom T, Demir E. Andrum i Ucklum. Göteborg: Församlingsförlaget, 2001.

Oslo bispedømme. Kirkeasyl i Oslo bispedømme 1993–94. Dokumentasjon og rapport fra en arbeidsgruppe. Oslo: Oslo bispedømmeråd, 1996.

Barn i kirkeasyl – med adresse til kirken. Redd Barna-rapport nr. 4/93. Oslo: Redd Barna, 1993.

Sommerfeldt A. Kirkens syn på asylretten for politiske flyktninger. Kritisk Juss, 1993; nr. 4.

Vetvik E, Omland T. Kirkeerfaring med kirkeasyl. Rapportserie fra Stiftelsen kirkeforskning Nr. 4. Trondheim: Tapir forlag, 1997.

Vetvik E. Kirkeasyl – religion og politikk på norsk. Oslo: Norsk Samfunnsvitenskapelig Tidsskrift 1996; 12, nr. 2.

Wipfler WL. Sanctuary-oplevelsene i USA med kirken som asyl. København: Kritisk Forum for Praktisk Teologi, 1992; nr. 13.

hadde delvis med øde beliggenhet å gjøre, men skjedde også i bystrøk der man ikke klarte å etablere nettverk.

I forhold til hva man kunne anta var religiøs tro forbausende sjelden avgjørende for asylantene. De fortalte om grunnleggende tro på en løsning, men også at håpet kunne være vanskelig å bevare etter alle tilbakeslagene. Opplevelsen av sterk menneskelig støtte og ønsket om å hjelpe familien, særlig barna, var de viktigste drivkrefter for å bevare motet.

Helsetjenester til kirkeasylantene ble organisert på svært ulike måter og nivåer. For helsearbeiderne som engasjerte seg, var kjennskap til flyktninghelsearbeid, politisk forståelse og idealisme avgjørende. Det var eksempler på problemer og ventetid, og menighetsfolk fortalte om udekkede behov på

det psykiske plan. Likevel klarte man vanligvis ad omveier å få tak i lege og tannlege. De som måtte legges inn, var engstelige i forkant, men kjente seg i hovedsak trygge i sykehuset. Ved et høve fikk man garantier fra politiet om at pågrepelse i en slik situasjon var uaktuelt.

### **Diskusjon**

#### *Asylantenes situasjon*

Flere av informantene fryktet at kirkeasyl kunne bli et tungt minne senere i livet. En uttrykte seg slik: «Jeg tror vi er blitt helt ødelagt og triste.» Reaksjonene i ettertid må sees i lys av en særlig stressfylt erfaring. Et viktig spørsmålet er hva som vil skje med barn og unge som har måttet gå gjennom dette i en sårbar utviklingsfase. Kan det å være alene hjemmefra eller være vitne til foreldres maktesløshet ha skadet dem på lang sikt? Flere studier peker på at dette ofte fører til psykiske vansker senere i livet (6, 7). Alle fortalte om vonde minner når de besøkte nye kirkeasylanter. For informantene var kirkeasyl en av flere belastende erfaringer. Noen opplevde også problemer etterpå relatert til andre vansker i eksil. På tross av begrensede erfaringer er det vanskelig å utelukke at kirkeasyl kan få konsekvenser senere i livet.

Var det særegne forhold som beskyttet kirkeasylantene? Relativt sett hadde de betydelig menneskelig kontakt. Flyktningene fortalte at forbindelsen med nordmenn i alle aldre var helt avgjørende for dem. En sa: «Dette har betydd veldig mye positivt for meg. Når du er omgitt av venner i et norsk samfunn, er du ikke alene.» Støtten i opinionen var også viktig. Det er sannsynlig at nær og omfattende kontakt fungerte som beskyttelse, muligens også for ettertiden.

#### *Helsepersonellens ansvar og tiltak*

Tradisjonelt møter norske helsearbeidere pasientene på deres egne premisser. I kirkeasylsaker ble imidlertid spørsmålet om troverdighet kontroversielt fordi myndighetene enten ikke trodde på historiene eller mente det var ufarlig i opprinnelseslandet. Asylantene fant denne mistroen sterkt krenkende. Helsearbeiderne fortalte at de gjennom å sette seg inn i beretningene og følge med i klientenes utvikling over tid fikk tillit. I neste omgang førte dette ofte til et møysommelig arbeid for å dokumentere helsetilstanden overfor myndighetene.

Både forebygging og kriseintervensjon kan være hensiktsmessig. Noen foretrakk å be om hjelp når behovet meldte seg, men flertallet av asylanter og hjelpere ønsket regelmessig psykiatrisk oppfølging. Muligens kan det være fornuftig å se klienten jevnlig og i tillegg være beredt til å følge opp tettere under kriser.

I kritiske situasjoner var støttesamtaler og råd om sovemedisin og andre medikamenter viktig. Hjelp til å finne en mening betydde mye når det røynt på. Det var også nødven-

dig å ta asylantens bekymring for den fysiske helsen på alvor.

I motsetning til annet krisearbeid er disse klientene i en permanent alarmtilstand. Det er derfor like viktig å understøtte deres krefter til å møte utfordringer som å gi hjelp til å håndtere allerede oppståtte problemer. Hvis man bare støtter opp om utholdenhet og mestring, vil imidlertid belastningen bli for stor. Derfor er rom for følelser av fortvilelse og hjelpeløshet også nødvendig.

### *Behandling under press*

Behandlerne beskrev en situasjon der de kom i en defensiv posisjon fordi det var vanskelig å påvirke utfallet av saken. Omstendighetene og tiden gjorde at helsetilstanden ble stadig svakere. Selvmordskriser ble ikke identifisert blant de intervjuede, men forfatteren har selv erfaringer med dette fra klinisk praksis.

Kirkeasyl er en form for unntakstilstand der all energi kontinuerlig er rettet inn på å finne løsninger. Å «drive» et kirkeasyl er et omfattende arbeid, og støttespillerne må ivareta mange oppgaver. Da oppstår lett ønsker om at også helsearbeidere skal involvere seg. I den tidligere nevnte danske rapporten blir det lagt vekt på at terapeutene ikke bør ha andre oppgaver. Spørsmålet er om det finnes en vei der man kan samarbeide med asylant, kirke og støttespillere samtidig som uavhengigheten blir opprettholdt? Noen kirkeasyl hadde positive erfaringer med nettverksmøter.

Gjennom arbeid med samme klient i årevis blir personlige bånd etablert. Hjelperne beskrev dette som positivt, men pekte også på utfordringer når det gjelder grenser og forventninger. Fortvilelsen i slike saker kan gjøre at man blir utsatt for påtrykk eller selv får et sterkt ønske om å bidra med legeerklæringer. Her som i andre saker må man vurdere både nytten og om grunnlaget er tilstrekkelig.

I kirkeasylsaker må støttespillerne alltid arbeide for å skape fremdrift. De fleste vil mene at denne virksomheten ligger utenfor legens arbeids- og kompetanseområde. Likevel kan det oppstå situasjoner der helse spørsmål blir så avgjørende at det er riktig i samråd med klienten å markere standpunkter direkte eller gjennom mediene.

Det er krevende å drive med helsearbeid i kirkeasyl, både når det gjelder inntrykk, tid, krefter og krav til løsninger. Hjelpere fortalte om skepsis blant kolleger, andre både om støtte og interesse. Fordi man beveger seg inn i en kompleks situasjon der spørsmål om helse, politikk, jus og offentlighet må turneres kontinuerlig, er veiledning helt avgjørende. anbefalt lesning finnes i rammen.

Også for hjelperne var de største utfordringene tiden og uvissheten. En av asylantene fortalte at en av hjelperne hadde uttalt: «Hvis dere kan, så kan vi.» Hjelpere fortalte at de hadde vurdert å gi opp, men hadde sett betydningen av å stå last og brast med klien-

tene. De fortalte også om et sterkt håp på deres vegne. Likevel kan mye skje over år i et jobbforhold. Derfor bør følelser av utmattelse og resignasjon tas på alvor også for hjelpernes del.

Kan det tenkes situasjoner der et kirkeasyl bør avsluttes, og finnes det grenser for tid? En kirkeleder uttalte at ansvaret for å bestemme om kirken skulle forlates, måtte ligge hos asylantene selv. For mange ble dette retningsgivende. Trolig er det verken mulig eller rett av andre, heller ikke helsepersonell, å påvirke en slik avgjørelse.

### *Videre perspektiver*

Kirkeasylanter er dobbelt belastet fordi de opplever en alvorlig retraumatisering i vertslandet. De er derfor særlig utsatt, og både asylanter og støttespillere la i undersøkelsen stor vekt på helse spørsmål. Det var vanskelig å håndtere situasjonen når helsen kom under press. Helsepersonellens innsats for å normalisere symptomer, forstå utviklings trekk og foreslå tiltak virket beroligende og støttende. I en meget presset og uforutsigbar situasjon hjalp det at noen med faglig styrke tok ansvar for at man ikke ville kollapse og ville ta vare på en dersom så skulle skje. Å stå sammen under en langvarig krise førte trolig også til at ensomheten hos asylantene ble mindre fremtredende. I tillegg var innsats for å dokumentere helsemessige forhold i kirkeasyl konkret og generelt svært viktig. Det er også naturlig å tro at motet hos kirkeasylantene ble styrket ved sammen med helsepersonell å fastholde mål og mening under alle prøvelsene.

### *Konsekvenser for myndighetene*

Erfaringen er at kommunene ikke har fulgt opp helsemyndighetenes anbefaling om en bredt anlagt oppfølging. Mye av ansvaret for å yte helsehjelp ble overlatt til den enkelte helsearbeider. Det er viktig å slå fast at dette har fungert godt mange steder. Det gir likevel ingen garanti utover den akutte situasjonen. Å basere seg kun på idealisme har vist seg utilstrekkelig. Innledningsvis ble det referert til et brev (3) fra helsemyndighetene der de slår fast at kommunehelsetjenesteloven (§ 2-1) ikke skiller mellom lovlig og ulovlig opphold. Dette betyr i praksis at kommunens helsetilbud også skal gjelde for flyktninger i kirkeasyl. Denne undersøkelsen viser at behovet er omfattende når det gjelder oppfølging av flyktningenes helse både i den aktuelle situasjonen og på lengre sikt med henblikk på senreaksjoner. Det er derfor nødvendig å styrke kommunenes beredskap for kirkeasylanter og flyktninger i dekning.

### *Anbefaling*

Et første skritt kan være at leder for kommunehelsetjenesten, eventuelt flyktinghelse tjenesten sørger for at det blir tatt direkte kontakt med flyktningene og aktuelle kontaktpersoner for å kartlegge hjelpebehovet.

Deretter må man planlegge varslingsrutiner, hvordan helsehjelpen kan utformes og følges opp over tid. Fordi man ikke uten videre kan stole på at pasienten og støttespillere klarer å identifisere problemer i tide, er det viktig med selvstendige initiativer fra helse tjenesten. Her er det klokt bl.a. å samarbeide med helsesøstrene fordi de tradisjonelt er den del av helsetjenesten som har best kontakt med flyktninger. I siste instans er det tale om å være rede til å ta imot og gi behandling til pasienter som ikke våger å oppgi sin identitet, samt ivareta taushetsplikten i en situasjonen der man kan bli satt under press.

### **Litteratur**

1. UNHCR. The state of the world's refugees. Fifty years of humanitarian actions. Kap. 7: Asylum in the industrialized world. [www.unhcr.ch/pubs/sowr2000/ch07.pdf](http://www.unhcr.ch/pubs/sowr2000/ch07.pdf) (18.12.2001).
2. Furre B. Kirkeasyl i Oslo bispedømme 1993–1994. Dokumentasjon og rapport fra en arbeidsgruppe. Kap. 2. Historisk del. Oslo: Oslo bispedømmeråd, 1996.
3. Vedrørende helsetjeneste til flyktninger som oppholder seg ulovlig i landet – i kirkeasyl. Brev fra Helsedirektoratet datert 12.11. 1993 til Psykososialt senter for flyktninger m.fl. og gjenpart til landets fylkesleger. Oslo: Helsedirektoratet, 1993.
4. Lavik NJ, Hauff E, Skrondal A, Solberg Ø. Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: some findings from an outpatient population. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 726–32.
5. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Ad Notam, Gyldendal, 1997.
6. Freud A, Burlingham D. Infants without families: report on the Hamstead Nurseries, 1939–1945. New York: International Universities Press, 1993.
7. Quota S, Punamäki R-L. Models of traumatic experiences and children's psychological adjustment: the roles of perceived parenting and the children's own resources and activity. *Child Development* 1993; 64: 718–28.

○