

# **”Vold? Nei, det vet jeg ikke mye om...”**

Ulike definisjoner av helsearbeiders rolle i forhold til vold mot  
kvinner i asylmottak.

Eline Dobloug

Masteroppgave i sosialt arbeid  
Høgskolen i Oslo, Avdeling for samfunnsfag

”Vold? Nei, det vet jeg ikke mye om...”

Ulike definisjoner av helsearbeiders rolle i forhold til vold mot kvinner i asylmottak.

Eline Dobloug

Masteroppgave i sosialt arbeid, Mai 2008  
Høgskolen i Oslo, Avdeling for samfunnsfag

## *Til mine foreldre*

Når arbeidet med masteroppgaven nærmer seg slutten, blir det klarere og klarere for meg at jeg aldri hadde klart dette alene. Mange fortjener oppmerksomhet, spesielt disse:

Takk til informantene, som gjorde oppgaven levende og innholdsrik.

En spesiell takk til alle de kvinnelige beboerne som delte sine hemmeligheter med oss. Måtte livet bringe trygghet og sikkerhet for disse kvinnene, som jeg tenker så mye på.

Denne oppgaven er et resultat av at jeg fikk være en del av Amnesty's kampanje *Vold mot kvinner i asylmottak*. Det har vært en spennende og arbeidskrevende prosess, og veldig lærerrikt. Takk til de mine medarbeidere: prosjektleder Elin Skogøy, Trine Hjørund, Jan Veselka og Lise Kleppe. Lise fortjener mer enn takk- uten deg hadde dette aldri, aldri gått! Jeg er så glad for at vi var to om dette.

Eivind Engebretsen har vært min veileder. Med stort engasjement og faglig kunnskap har han bidratt til at oppgaven har tatt form i en lærerik, positiv og inspirerende prosess. Takk for et godt samarbeid, og for utfordrende og riktige tilbakemeldinger. Du har en egen evne til å få meg til å føle at jeg er på rett vei, selv om jeg selv føler at jeg ror på åpent hav (tidvis uten land i sikte)...

Takk Margrete Aadnanes og Lene Hovde, for to utrolig fine år på høyskolen. Tenk at jeg skulle få det så morsomt!

Ingeborg Øie og Silje Westvig hjalp meg i sluttfasen med å lese engelsk og norsk korrektur.

Og til slutt, Christian. Tusen takk.

|   |    |
|---|----|
| Sammendrag.....   | 6  |
| Summary .....   | 8  |
| 1 Bakgrunn og utgangspunkt for oppgaven .....   | 10 |
| 1.1 Amnesty Internationals kampanje ”Vold mot kvinner” .....                                  | 10 |
| 1.2 Vold mot kvinner .....  | 10 |
| 1.2.1 Privat og offentlig vold .....  | 11 |
| 1.2.2 Kvinnene er tvunget inn i menns domene .....  | 12 |
| 1.2.3 Bruk av makt og kontroll .....  | 12 |
| 1.2.4 Psykisk og fysisk vold.....   | 13 |
| 1.2.5 Vold mot kvinner: et felt preget av motstand mot kunnskap .....                         | 13 |
| 1.3 Vold og helseproblemer .....  | 14 |
| 1.3.1 Helse i asylmottak .....  | 16 |
| 2 En introduksjon til problemstillingen.....  | 18 |
| 2.1 Problemstilling .....   | 19 |
| 3 Tidligere studier som er relevante for oppgaven.....  | 22 |
| 3. 1 Hvilke funn gir de tidligere studiene? .....   | 24 |
| 4 Materiale for oppgaven og metode.....   | 25 |
| 4.1 Etske problemstillinger knyttet til datainnsamlingen.....                                 | 25 |
| 4.2 Valg av metode.....   | 26 |
| 4.2.1 Intervjuene.....  | 27 |
| 4.2.2 Skriftlig materiale.....  | 29 |
| 5 Teoretisk innfallsvinkel.....   | 31 |
| 5.1 Pierre Bourdieu .....   | 31 |
| 5.2 Halldis Leira og myter.....   | 32 |
| 5.2.1 Myten om Ifigenia .....   | 33 |
| 5.2.2 Myten om Elektra.....   | 34 |
| 5.2.3 Mytene om Ifigenia og Elektra sett med våre øyne.....                                   | 34 |
| 5.3 Usynliggjøring og tabu.....   | 36 |
| 5.3.1 Skam og forakt .....  | 37 |
| 5.3.2 Avmakt .....  | 37 |
| 6 På hvilken måte definerer helsearbeiderne sin rolle i forhold til vold på asylmottak? ..... | 39 |
| 6.1 Helsearbeidere og deres tilgjengelighet .....   | 39 |
| 6.2 Helsearbeidere med stor avstand til beboerne.....   | 40 |
| 6.3 Dikotomien oss og de andre .....  | 41 |

|   |    |
|---|----|
| 6.4 De andre har volden med seg .....   | 45 |
| 6.4.1 Pierre Bourdieus Doxa .....   | 45 |
| 6.4.2 Kulturrelativisme.....  | 46 |
| 6.4.3 Ifigenia og Elektras ansvarskoder .....   | 46 |
| 6.5 Volden har aldri blitt tematisert .....   | 47 |
| 6.5.1 Fører lite tematisering til avmakt? .....   | 48 |
| 7 Lederes definisjon av helsearbeiders rolle .....  | 50 |
| 7.1 Helsearbeid – et uklart mandat.....   | 50 |
| 8 Migrasjons definisjon av helsearbeiders rolle.....  | 53 |
| 8.1 Oss og de andre .....   | 54 |
| 8.2 Helsearbeideren tilskrives ingen spesiell rolle i forhold til vold.....                 | 55 |
| 9 De skriftlige dokumentene .....   | 56 |
| 9.1 Hva slags type dokumenter er Driftsreglementet, Kravspesifikasjonen og Veilederen?..... | 56 |
| 9.2 Modelleser og Talehandlinger.....   | 58 |
| 10 Driftsreglementet.....   | 60 |
| 10.1 Helsearbeidet: en udefinert rolle i Driftsreglementet.....                             | 60 |
| 10.2 Talehandlinger i Driftsreglementet .....   | 61 |
| 11 Kravspesifikasjonen .....  | 64 |
| 11.1 Helsearbeidet først synlig når det gjelder beboere med spesielle behov.....            | 65 |
| 12 Veilederen Helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere.....                        | 66 |
| 12.1 Hva sier veilederen om helsetjenester til asylsøkere? .....                            | 67 |
| 12.2 Kommunikasjon med beboerne.....  | 68 |
| 12.3 Taushetsplikten kan være til hinder for samarbeid .....                                | 68 |
| 13 Sammenlignende analyse .....   | 70 |
| 13.1 Dokumentene som regulerer helsearbeidet .....  | 70 |
| 13.2 Informantene, som ikke kjenner de skriftlige dokumentene .....                         | 72 |
| 13.3 Hvilke konsekvenser får denne sammenlignende analysen? .....                           | 74 |
| 13.3.1 Ingen holdes ansvarlig for vold .....  | 75 |
| 13.3.2 Den store og den lille ondskaper .....   | 76 |
| 14 Avslutning .....   | 78 |
| 15 Litteraturhenvisning .....   | 79 |

## Sammendrag

Denne oppgaven er et resultat av deltakelse i et større prosjekt om vold mot kvinner i asylmottak, i regi av Amnesty International. Mitt hovedfokus har vært på helsearbeidere som jobber i asylmottak. Jeg har sett på hvordan helsearbeiderne definerer sin egen rolle i forhold til avdekking og forebygging av vold, og hvordan deres rolle blir definert av andre sentrale aktører, som ledere i mottak og Migrahel (faggruppe for helsearbeidere i asylmottak), i tillegg til skriftelige styringsdokumenter fra Utlendingsdirektoratet (UDI) og Veileder fra Helse- og Sosialdirektoratet.

Sentrale problemstillinger i denne masteroppgaven har vært:

**Hvordan blir helsearbeidernes rolle i avdekkingen og forebyggingen av vold beskrevet? Eksisterer det spenninger mellom de ulike måtene å definere helsearbeidernes rolle på? Hvilke konsekvenser får dette for avdekkingen og forebyggingen av vold mot kvinner i norske asylmottak?**

Vold mot kvinner generelt har et omfang som gjør det til et alvorlig samfunnsproblem. Dette er et felt preget av motstand mot kunnskap. Kunnskapen er *smertefull*, det kan være ubehagelig for hjelper å vedkjenne seg realiteten, hvilket kan føre til et behov for å skape avstand. Feltet er preget av *tabu og skam*, volden skal ikke forekomme, og dersom den forekommer skal den ikke formidles. Tabu pålegger både hjelper og den utsatte å late som at volden ikke skjer. Dette skaper taushet. Kunnskapen om vold regnes som *provoserende og farlig kunnskap*, fordi den berører grunnleggende spørsmål om makt, seksualitet og undertrykking. I arbeidet med å forebygge og bekjempe vold, er det en forutsetning at man erkjenner denne kunnskapen. En viktig målsetting med denne masteroppgaven har vært å kunne bidra med kunnskap om vold mot kvinner i asylmottak, dens egenart og dens komplekse virkninger.

Vold og angst for vold er en alvorlig trussel mot mange kvinners helse. Når menn utsettes for vold er det som regel utenfor hjemmet, og volden er som regel en enkeltstående hendelse. Kvinner derimot, skades hjemme, og overgriperen er som regel kjent for henne. Å leve med vold og overgrep over tid rammer den utsatte på alle livets områder, både det psykiske,

fysiske og sosiale planet. Jeg har i denne oppgaven bare hatt fokus på det psykiske helsearbeidet som blir gjort i asylmottak.

Beskrivelsene til helsearbeiderne har jeg delt inn i fem kategorier, som jeg har valgt å kalle:

- Helsearbeidere med stor avstand til beboerne
- Helsearbeidere og deres tilgjengelighet
- Dikotomien oss og de andre
- De andre har volden med seg
- Volden har aldri blitt tematisert

Videre i oppgaven analyserte jeg intervjuer med ledere i mottak, Migrahel, og til slutt de skriftelige dokumentene helsearbeiderne har å forholde seg til. De ulike analysene ble til slutt sammenlignet, og jeg så hvilke konsekvenser den sammenhengende analysen til slutt fikk for de voldsutsatte kvinnene i mottak.

Analysene viser at det eksisterer spenninger mellom de ulike definisjonene av helsearbeiders rolle i forhold til vold og overgrep mot kvinner. Helsearbeiders rolle i forhold til vold og overgrep mot kvinnelige beboere er uklar og vagt definert av de ulike aktørene (både informantene og de skriftlige dokumentene). Dette resulterer i svært ulik rolleforståelse hos helsearbeiderne. Deres rolle blir preget av annengjøring av de kvinnelige beboerne og beskrivelser av avmakt blir tydelige. Dette får til slutt konsekvenser for de kvinnelige beboerne som fortsatt må leve i redsel og frykt for nye overgrep.

## Summary

This master thesis is a result of the participation in a larger project undertaken by Amnesty International on the topic of violence and abuse directed towards women in Norwegian reception centres. The health workers in reception centres are the main focus of this investigation. I have studied how the health workers define their own role with respect to uncovering and preventing violence, and the health workers' role as defined by other key stakeholders, such as reception centre manager and Migrahel (forum for migration health), as well as white papers from the Norwegian Directorate of Immigration and published guidelines from the Ministry of Health and Social Affairs.

The objective of this master thesis is to establish how the health workers' role in uncovering and preventing violence is defined by themselves and by the relevant stakeholders. Furthermore, to establish to which extent the different definitions create tensions between the stakeholders and what the consequences are for the effective uncovering and prevention of violence against women in Norwegian Reception Centres.

Acts of violence committed against women is a serious social problem due to its extent, and there is an inherent resistance to further knowledge in the field. Knowledge in this context is painful to bear, and the reality may be too disquieting to take in, which may lead to a need for the health workers to distance themselves from it. This research field is characterised by taboos and by shame; acts of violence are not supposed to take place and when they do there is a quiet understanding that it should be covered up and not be communicated. The taboos impose on both the victim and the health workers a tendency to pretend that the violence does not exist, creating silent victims and carers. Because it touches on fundamental questions regarding power, sex and oppression, knowledge about violence is considered provoking and dangerous. In the effort to prevent and to crack down on violence it is a prerequisite that the knowledge is spread to and accepted by everyone involved. One important objective of this master thesis has been to contribute to the knowledge base on the topic of violence against women in reception centres, its unique aspects and complex implications.

Violence and the fear of being a victim of violence represent a serious threat to many women's health. When men are the victims of violence this typically happens outside of the home, and each act of violence is a detached and unconnected incident. Women, on the other



hand, typically experience violence at home and the aggressor is someone she knows. Continuously living with violence and abuse will sooner or later impact all aspects of one's existence, be it physical, psychological or social. In this investigation I have chosen to focus on the mental health care provided in reception centres.

From my interviews with the health workers I have distinguished the following five categories of experiences, defined by the way the health workers' role in preventing violence is perceived: Health workers and their availability, Health workers who have distanced themselves from the users, the Dichotomy between us and "the others", Violence is inherent in "the others" and Violence has never been a topic. Next, I have analysed interviews with reception centre managers, Migrahel and finally the written documentation which acts as guidelines for the health workers. Finally, the different analyses were compared, and put into context to deduce the implications for women experiencing violence and abuse in reception centres.

The analysis demonstrates that there are tensions resulting from the different definitions of a health worker's role with respect to violence and abuse against women. The role is in fact not clear and only vaguely defined by the different stakeholders (both by the interviewees and in the literature used). The result is health workers with a very disparate understanding of their own role, often leading to an alienation of the women they are there to care for. Sentiments of apathy transpire in the health workers' accounts. Eventually, the consequence of these processes is a status quo; the women in reception centres still lead their lives in fear of continued acts of violence and abuse.

# **1 Bakgrunn og utgangspunkt for oppgaven**

Denne masteroppgaven er et resultat av at jeg har deltatt i et større prosjekt i regi av Amnesty International, om vold mot kvinner i norske asylmottak. Hovedfokuset for min oppgave er helsearbeiderne som jobber i asylmottak, og den arbeidssituasjonen de befinner seg i. Jeg skal se på hvordan helsearbeidernes definerer sin rolle i forhold til avdekking og forebygging av vold, og hvordan helsearbeidernes rolle blir definert av andre sentrale aktører. Dette vil jeg undersøke ved å analysere hvordan helsearbeideren beskrives i tekster og intervjuer.

## ***1.1 Amnesty Internationals kampanje ”Vold mot kvinner”***

Siden 2004 har Amnesty International drevet en internasjonal kampanje for å sette fokus på vold mot kvinner, særlig vold i nære relasjoner og vold i krig og konflikt. Erfaringer viser at kvinner er spesielt utsatt for vold og overgrep både før, under og etter flukt fra krigs- eller konfliktsituasjoner.

Som en del av denne kampanjen ønsker Amnesty International Norge å rette oppmerksomheten mot kvinner i norske asylmottak. Fokus er å se på vold mot kvinner både i nære relasjoner, i par-relasjoner og mot enslige kvinner. Formålet med prosjektet er å ende opp med kunnskap som kan danne grunnlag for å si noe om hva som kan forebygges og begrense kvinners utsatthet når det gjelder vold og overgrep på asylmottak, i tillegg til å se på hvordan man kan sikre utsatte kvinners rettigheter og muligheter til nødvendig bistand.

## ***1.2 Vold mot kvinner***

Å gi en absolutt definisjon av vold er umulig. Når et menneske defineres eller definerer seg selv som voldsutsatt, avhenger det av hvordan den enkelte definerer ulike hendelser og handlinger. Det finnes heller ingen endelig kategorisering av vold, og identiske voldsformer kan dermed kategoriseres ulikt av forskjellige instanser eller personer. Det som kategoriseres som kvinnemishandling av en person, kan benevnes som familievold av en annen, eller som vold i nære relasjoner av en tredje. Andre kategoriserer ikke volden etter relasjon mellom

utøver og offer overhodet, men tar isteden utgangspunkt i skadens alvorlighetsgrad, i straffbarhet eller i voldens art (fysisk, psykisk, seksuell osv) (Hjemdal og Stefansen, 2003).

Jeg velger i denne oppgaven å benytte meg av Per Isdals definisjon, der vold defineres som ”*enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den andre personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre som den vil*” (Isdal 2000, side 36).

I denne oppgaven kommer jeg til å fokusere på volden som utøves mot kvinner, av menn. Kvinner kan også være voldsutøvere (se for eksempel Jareg og Askeland, 1995), men på grunn av Amnesty International's fokus og denne oppgavens omfang, har jeg valgt å kun se på mannlige voldsutøvere, og deres vold mot kvinner. Når jeg i oppgaven beskriver vold, snakker jeg om *hans* vold ovenfor *henne*, også når jeg beskriver vold generelt.

### **1.2.1 Privat og offentlig vold**

Jeg mener Isdals definisjon er god fordi den i motsetning til flere andre rommer både privat og offentlig vold. Begrepet offentlig vold brukes gjerne om voldshandlinger der personer er blitt ranet, slått, truet, voldtatt osv på åpen gate eller på et annet offentlig sted av en person vedkommende ikke kjenner. Denne volden blir som regel rapportert og offentliggjort. Den offentlige volden er som regel enkeltstående hendelser, der den voldsutsatte ikke har noen relasjon til voldsutøveren (Jareg og Askeland, 1995). Kjennetegnet på den private volden er at den som regel ikke bringes utenfor forholdet og ut i offentligheten. Den private volden foregår skjult for omverdenen, som regel i hjemmet. Når volden omtales som privat, betyr det ikke at det er noe som ingen andre har noe med, men derimot at den foregår i den private sfære. En konsekvens av at andre ikke har innblikk i den private volden er at den i stor grad opprettholdes (Jareg og Askeland, 1995).

## **1.2.2 Kvinnene er tvunget inn i menns domene**

Det spesielle med volden som blir utført i asylmottak, er at den foregår i en slags gråsoner mellom det private og det offentlige. Kvinnene har egne, private rom, mens fellesarealer som kjøkken og oppholdsrom i et asylmottak er felles for alle. Kvinnene som bor i asylmottak må derfor lage mat, se på tv og oppholde seg i det som regnes som det offentlige rom. Det offentlige rom er i mange land forbeholdt menn, og for mange kvinner er det vanskelig å oppholde seg og bruke det offentlige rom like naturlig som det er for menn. Det spesielle med felles kjøkken og oppholdsrom i mottak er at selv om de er felles for alle, er de innendørs, og dermed usynlig for folk flest. Kvinnene som benytter seg av disse rommene tvinges til å bevege seg på en offentlig arena, som er uten innsyn. Denne arenaen kan vi si er maskulin, den er dominert av menn, og den representerer dermed en potensiell fare for kvinnene.

Dersom vi snur litt på begrepene, og tenker på kjøkken og oppholdsrom som en privat arena, kan vi se at kvinnene i asylmottak er henvist til å leve med at "fremmede" menn har fri adgang i hennes private sfære. Kvinnene er henvist til en situasjon der de er nødt til å leve med at fremmede menn (uten familietilknytning til kvinnen) har rett til å oppholde seg i den private familiesfæren.

Fellesskapsarealer innendørs på mottak blir dermed en arena som verken er privat eller offentlig. Volden som foregår i asylmottak befinner seg i en slags mellomsoner mellom hjemmets og fellesskaps sfære.

## **1.2.3 Bruk av makt og kontroll**

Med Per Isdal sin definisjon får man også fram et viktig aspekt ved volden, nemlig bruken av makt og kontroll.

Vold vil alltid inneholde en form for *makt*. Denne makten kan komme til uttrykk på forskjellige måter: som en posisjon (jeg er din sjef), en handling (jeg befaler deg) og en følelsesopplevelse (jeg føler meg mektig) (Isdal, 2000). Det er viktig å anerkjenne at mennesker har behov for å oppleve makt og kontroll, spesielt hvis de er i en avmaktssituasjon.

*Kontroll* er når man med makt eller trussel tar eller krever kontroll over den andres liv eller deler av det. Kontroll er en form for dominans, og denne dominansen er det vanskelig å beskytte seg mot dersom det ligger makt eller muligheter for sanksjoner bak kontrollen (Isdal, 2000). I praksis kan kontroll bety en innsnevring av andres frihet. Kontrollen er ikke alltid like lett å oppdage, den kan også ta velmente eller beskyttende former. Et eksempel på denne typen kontroll er et parforhold vi observerte på et asylmottak, der mannen holder konen sin innestengt på rommet for å beskytte henne fra andre menn.

### **1.2.4 Psykisk og fysisk vold**

Definisjonen til Isdal av vold skiller ikke mellom voldens art. Jeg ønsker likevel å kort redegjøre for begrepet psykisk vold fordi jeg mener det er et begrep som kan være uklart. I tillegg vil jeg fremheve hva bruk av fysisk vold betyr for den utsatte. Psykisk vold er som regel ikke så lett å gjenkjenne. Det kan være nærmest umulig for utenforstående å legge merke til den psykiske volden, samtidig som det kan være vanskelig for utøver å se hva han gjør, og enda vanskeligere for den voldsutsatte å konkret se hva det gjør med henne. Den psykiske volden kan deles opp i flere kategorier, hvor de viktigste er direkte trusler (truslene uttales eksplisitt), indirekte trusler (truslene ligger implisitt i for eksempel kroppsspråket, som et signal på at hun må tilpasse seg) og degraderende atferd (utskjelling, og å kalle henne negative ting for å degradere henne og redusere hennes selvbilde) (Jareg og Askeland, 1995). Det er viktig å definere betydningen av fysisk vold, spesielt når det er snakk om privat vold. Det er for eksempel nok at han har brukt fysisk vold en gang, for å gjøre den psykiske volden mer effektiv (Jareg og Askeland, 1995). I et forhold der han har utøvd fysisk vold, vil den underliggende konstante trusselen om at det kan skje igjen legge grunnlaget for hvordan hun handler og fortolker. Jareg og Askeland (1995) skriver at i en voldelig relasjon kan et blick virke kontrollerende mens i en ikke- voldelig relasjon ville et sint blick være uten den underliggende trusselen, og dermed ville også den kontrollerende effekten utebli. Dette er et fenomen som kalles latent vold.

### **1.2.5 Vold mot kvinner: et felt preget av motstand mot kunnskap**

Vold mot kvinner har ifølge NOU 2003:31 "*Retten til et liv uten vold*" et omfang som gjør det til et alvorlig samfunnsproblem. I denne rapporten hevdes det at vold mot kvinner er et felt

preget av motstand mot kunnskap. Kunnskapen er *smertefull*: det kan være ubehagelig for hjelper å forholde seg til realiteten om at kvinner blir utsatt for vold og mishandling. Dette kan føre til et behov for å skape avstand. Feltet er forbundet med *tabu og skam*: volden skal ikke forekomme, og dersom den forekommer skal det ikke formidles. Tabuer pålegger den utsatte og hjelper til å late som volden ikke skjer. Dette bidrar til å skape taushet. Kunnskapen om vold mot kvinner regnes som *provoserende og farlig kunnskap*, fordi den berører grunnleggende spørsmål om makt, seksualitet og undertrykking (Skogøy, 2008). Synliggjøring av denne volden kan oppleves som truende, fordi volden utfordrer forestillinger om menn som overordnet kvinner, og om familien som den overordnede institusjonen i samfunnet. Å vite om konkrete voldsforhold kan medføre en risiko: å angi vold og overgrep kan bli oppfattet som illojalitet. I arbeidet for å forebygge og bekjempe vold, er det en forutsetning at man erkjenner denne motstanden. En viktig målsetning med både det overordnede prosjektet jeg er en del av og denne masteroppgaven er å bidra med kunnskap om vold mot kvinner i asylmottak, dens egenart og dens komplekse virkninger.

Utredningen peker på at voldsutsatte kvinner ofte har omfattende behov for bistand, slik at tverrfaglig samarbeid er nødvendig. Det understrekes også at arbeid med voldsutsatte kvinner inkluderer store belastninger for hjelperne, og at det derfor er nødvendig med oppfølging og veiledning. Forhåpentligvis kan denne oppgaven bidra til å gi en dypere forståelse av mekanismene både voldsutsatte kvinner og de profesjonelle hjelperne er underlagt i asylmottak.

### ***1.3 Vold og helseproblemer***

Vold og angst for vold er en alvorlig trussel mot mange kvinners helse, ifølge NOU 1999:13 ”*Kvinnens helse i Norge*”. Når menn utsettes for vold er det som regel utenfor hjemmet, og som regel er det enkelthendelser. Kvinner derimot, skades hjemme, og overgriperen er som regel kjent for henne. Når det er snakk om kvinnemishandling, er det forhold der kvinnen er blitt utsatt for gjentatt voldsepisoder, og disse er mer alvorlige enn klapsing/ dasking. Volden blir en del av den felles samlivshistorien i et forhold, og volden representerer en direkte fare for kvinnen. Volden forsterkes i tillegg som regel av trusler om vold (NOU 1999:13).

Å leve med vold og overgrep over tid rammer den utsatte på alle livets områder, både på det psykiske, fysiske og det sosiale planet. Voldens virkninger synes i stor grad å være fellesmenneskelige (Skogøy, 2007). Men personlighetsfaktorer, voldens omfang og alvor, i tillegg til hvilken støtte kvinnen får i sin familie eller annet nettverk, skaper store individuelle variasjoner i hvordan volden rammer den enkelte. Å være utsatt for overgrep og vold vil for mange føre til et vidt spekter av konsekvenser for psykisk helse. I et livsløpsperspektiv er vold og mishandling sannsynligvis en av de viktigste årsakene til utvikling av psykiske lidelser (Dahl, 2001).

Angst og gjenopplevelser av overgrepene er utbredt, i tillegg til søvnproblemer og mareritt. Man kan få problemer med å forstå informasjon, og få problemer med hukommelsen. Over tid kan depresjon og selvmordstanker utvikles. Personer som er utsatt for mishandling kan over tid oppleve endringer i personlig identitet og selvbilde. Man vil ofte utvikle manglende tillit både til seg selv og andre mennesker (Skogøy, 2008).

Vold og overgrep kan også føre til ulike former for fysiske reaksjoner. Dette kan være indirekte fysiske reaksjoner som skjelving, svetting, hodepine, hjerteklapp, press for brystet, kraftløshet, følelse av nummenhet, lammelser, svimmelhet og muskelspenninger (Skogøy, 2008). I tillegg kan vold selvfølgelig føre til ytre synlige skader som en direkte følge av volden. Personer som har vært utsatt for tortur kan også slite med smerter og andre fysiske plager.

Å leve i et mishandlingsforhold kan også ha sosiale konsekvenser. Overgriperens kontroll og isolasjon vil ofte legge hindringer for at kvinnen opprettholder et eget sosialt nettverk. Utvikling av mistillit og mistenksomhet, i tillegg til følelsen av å være satt utenfor fellesskapet med andre mennesker, kan ha negativ innvirkning på kvinnens muligheter til å etablere og vedlikeholde gode sosiale relasjoner.

Å bli slått, om det er av partner eller av andre, oppleves ofte som et nederlag,. Dette gjør at få anmelder forholdet. Vold som foregår i hjemmet har som regel foregått over lengre tid og er ofte blitt svært grov før den oppdages eller anmeldes (NOU 1999:13).

### 1.3.1 Helse i asylmottak

Som vi ser kan kvinner som blir utsatt for vold få store helseproblemer, både fysiske og psykiske. Helse defineres da i vid forstand, som mer enn fravær av sykdom. Helse kan også sees i en dynamisk forståelse, vi beveger oss alle til enhver tid i retning av bedre eller dårligere helse (NOU 1999:13). Et sentralt mål for helsearbeidere må være å legge til rette for og understøtte folks egne helseressurser, i tillegg til å ta høyde for at den enkeltes oppfatninger av god helse vil være preget av kultur og samfunn, og av den enkeltes historie og livssituasjon (NOU 1999:13).

I mars 2008 var det 61 asylmottak i drift i Norge<sup>1</sup>. Asylmottak er et frivillig botilbud for asylsøkere som ankommer Norge. Mottaket skal være et midlertidig bosted, og tilbudet gjelder fra søknaden om asyl er levert inn til man er bosatt i en kommune, eller til avslag på søknaden foreligger. Det er Utlendingsdirektoratet (UDI) som har det overordnede ansvaret for driften av statlige norske asylmottak. Dette ansvaret blir ivaretatt fra direktoratet gjennom de til enhver tid gjeldende styringsdokumentene<sup>2</sup>.

I 2007 søkte 6528 personer om asyl i Norge. Av disse var 1984 jenter/kvinner. Voksne kvinner utgjorde 22 prosent av asylsøkerne dette året. Hos UDI blir det registrert hvilken sivilstatus asylsøkerne oppgir når de kommer til landet. Av de voksne kvinnene, opplyste 54 prosent at de var gift, 32 prosent oppga at de var ugifte/ aldri gift, mens 10 prosent oppga at de var skilt eller enker<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Statistikk mottatt på mail fra Majken Thorsager, UDI, 14 mars 2008

<sup>2</sup> I denne oppgaven kommer jeg til å bruke betegnelsen mottak og asylmottak om hverandre. Beboere i mottak vil bli betegnet som både asylsøkere og beboere.

<sup>3</sup> Statistikk mottatt på mail fra Majken Thorsager, UDI, 14 mars 2008



Som helsearbeider i asylmottak har man ansvar for å ivareta og bistå slik at asylsøkere får nødvendig somatisk og psykisk helsehjelp (Veileder – helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere, 2002)<sup>4</sup>. Denne oppgaven retter fokus mot helsearbeiderens rolle i forhold til avdekking og forebygging av vold i asylmottak. På grunn av denne oppgavens størrelse kommer jeg til å fokusere mest på det psykiske helsearbeidet som blir gjort på mottaket.

---

<sup>4</sup> Kort fortalt fungerer "helsegangen" i asylsøker- prosessen på denne måten: Ved ankomst Norge blir asylsøkerne plassert i transittmottak. Her blir asylsøkerne registrert hos politiet, det fylles ut egenerklæring til politiet og de blir undersøkt for tuberkulose. I transittmottaket vil helsetjenesten forsøke å fange opp umiddelbart behandlingstrengende sykdommer. Personer som vil ha behov for mye medisinsk oppfølging, søkes plassert på mottak som ligger til rette for slik oppfølging. Videre blir asylsøkerne plassert på ordinære mottak. Her skal det gis tilbud om ytterligere helseundersøkelser, i tillegg til oppfølging av tuberkulose- kontrollen. Det skal ikke innledes langvarig behandling for mindre alvorlige tilstander så lenge det er uvisst om asylsøkeren får bli i landet. Når en asylsøker får oppholdstillatelse er det et mål at han/hun skal være bosatt i en kommune innen seks måneder. På dette stadiet anbefales det å ta en relevant helseundersøkelse med utgangspunkt i asylsøkerens opprinnelsesland.

## 2 En introduksjon til problemstillingen

For å begrunne problemstillingens relevans og min interesse for dette feltet, vil jeg innledningsvis kort vise til noen av de kvalitative intervjuene som i forbindelse med Amnestys prosjekt ble gjort med kvinnelige beboere på fem mottak. Utdragene gir en beskrivelse av den utryggheten mange av kvinnene opplever i asylmottak og demonstrerer dermed betydningen av at helsearbeiderne bistår i slike situasjoner.

Kvinnene i intervjuene legger vekt på at de opplever det å dele fellesarealer med menn som vanskelig, og flere beskriver at de er redde, også på sine egne rom. En kvinne beskriver det slik:

*”Jeg føler meg utrygg på mottaket. Det er menn som banker på døren hele tiden. Jeg har alltid døren låst. Jeg spør alltid hvem det er som banker, og hvis de svarer og det er en mann åpner jeg aldri. Jeg har opplevd at menn prøver å komme seg inn på rommet mitt. Jeg låser døren for å føle meg trygg. Jeg er veldig redd for at mennene skal voldta meg. På mottaket bor det mest menn, og jeg hører at mennene snakker mye om sex. De snakker om at de ikke har hatt sex på lenge, og at de har lyst på sex. Jeg føler meg aldri trygg.”*

Andre kvinner beskriver en hverdag i redsel og frykt: *”Det beste er å holde en lav profil”, og ”Vi er alltid forsiktige. Det har ikke skjedd noe her, men vi er redde for at det skal skje. Her er det både kvinner og menn sammen, og vi er ikke vant til det”*. En kvinne svarte bekreftende på spørsmål om hun hadde erfaring med at menn prøver seg på kvinner på en ubehagelig måte. Hun forteller at hun i ettertid nesten ikke oppholder seg utenfor rommet sitt: *”Jeg hilser ikke på han og går ikke ut. Jeg løser det på den måten”*. Flere kvinner forteller at når det blir kveld og mørkt oppholder de seg på rommene sine, som de ikke tør å forlate. En kvinne fortalte at om kvelden: *”da er jeg redd. Jeg er mest på rommet mitt”*. På videre spørsmål om hun har opplevd noe ubehagelig svarte hun: *”Jeg var bevisstløs en gang, og når jeg våknet, satt en mann over meg. Jeg vet ikke hva som skjedde.”*

På spørsmål om kvinnene føler at de kan prate med de ansatte på mottaket hvis det er noe spesielt, svarte en kvinne dette:

*”Det er umulig for beboerne å ha kontakt med de ansatte. Til og med sykepleieren her. Jeg har hjerteproblemer, men sykepleieren nekter å slippe meg inn på kontoret sitt. Da*

*er det bedre å bare bli på sitt eget rom. Jeg ventet i 40 minutter utenfor kontoret hennes. Hun bare låste døren sin og satt der inne”.*

En kvinne forteller at menn med samme nasjonalitet som henne: ”*sier mye stygt om meg, men det skal man jo ikke bry seg om. Men jeg gjør det*”. Når hun får spørsmål om det snakkes mye stygt om og til kvinner, svarer hun:

*”Ja, det er i kulturen å snakke stygt om kvinner. Det må vi akseptere, det er sånn. Hvis vi gjør noe de ikke liker, stopper de deg, for det har vi ikke lov til. Det er forskjell på å være kvinne i Norge og i Somalia. Ingen kvinne i Somalia har egne meninger eller rettigheter. Det første man hører nå man kommer til Norge, er at her er det ytringsfrihet og demokrati. Men det stemmer ikke for oss. Det er somaliere på mottaket, og da har vi ikke rettigheter, selv om vi er i Norge.”*

Så godt som alle de kvinnelige asylsøkerne som ble intervjuet, beskriver frykt for vold og overgrep, det være seg fra menn i nære relasjoner, eller andre beboere på mottaket. Flere av kvinnene beskriver at de ikke opplever å ha tillit til de ansatte i mottakene.

## **2.1 Problemstilling**

Kvinnene vi intervjuet forteller om en hverdag preget av mye usikkerhet og utrygghet. Deres historier forteller oss noe om maktforskjeller mellom menn og kvinner, der menn er overlegne kvinnene. Per Isdal (2000) hevder at det er klare sammenhenger mellom maktforskjeller og vold: ”*jo større skjevheten i et samfunn eller et system er, desto mer vold vil vi finne*” (Isdal, 2000, side 79). Vi ser at forskjellene mellom menn og kvinners rettigheter og muligheter er store i asylmottakene vi har besøkt, og vi kan anta at det foregår vold og undertrykking av kvinner også på flere enn de mottakene vi har besøkt.

Når vi vet at vold og trusler om vold utgjør et alvorlig helseproblem for kvinner generelt, kan vi anta at situasjonen er den samme for kvinner som er bosatt i asylmottak. Det blir derfor viktig å se nærmere på helsearbeidernes rolle i forhold til avdekking og forbygging av vold. Hvordan definerer helsearbeiderne vold og sin egen rolle i forhold til dette arbeidet, og hvordan blir det samme definert av andre aktører, som UDIs driftsreglement, veiledere og ledere? I tillegg vil det være interessant å se på hvordan Migrahel, en faggruppe dannet av

helsearbeidere fra ulike asylmottak<sup>5</sup>, definerer helsearbeideres rolle i arbeidet med å avdekke og forebygge vold mot kvinner.

Sentrale problemstillinger som må besvares i denne oppgaven vil være: **Hvordan blir helsearbeidernes rolle i avdekkingen og forebyggingen av vold beskrevet? Eksisterer det spenninger mellom de ulike måtene å definere helsearbeidernes rolle på? Hvilke konsekvenser får dette for avdekkingene og forebyggingen av vold mot kvinner i norske asylmottak?**

Helsearbeidere vi har intervjuet på mottakene står i en mellomposisjon, ved at de er ansatt i kommunen, men lokalisert på mottaket. At både kommunen, mottaksansatte og UDI legger føringer for hvordan de skal utføre arbeidet, kan føre til en konfliktfylt rolle. Formålet med denne oppgaven er å gi innsikt i den komplekse arbeidssituasjonen helsearbeiderne befinner seg i, og skape bevissthet om deres rolle i forhold til vold og overgrep mot kvinner i mottak. Slik innsikt kan i neste omgang legge grunnlag for utvikling av nye og bedre retningslinjer og praksiser.

Hvordan helsearbeiderne beskriver sin egen rolle, og hvordan de blir definert i de ulike dokumentene kan tydeliggjøre i hvor stor grad deres mandat i forhold til vold er definert, og hvor stor vekt det blir lagt på sammenhengen mellom vold og helse. Å studere beskrivelser gir innsikt i den arbeidssituasjonen helsearbeiderne befinner seg i. Denne innsikten kan videre gi informasjon om hvor tydelig mandat helsearbeiderne har å forholde seg til, og hvilke konsekvenser dette får i forhold til vold og overgrep ovenfor kvinnelige beboerne i mottak.

Oppgavens oppbygging vil basere seg på ulike ”lag” av definisjoner av helsearbeiders rolle i forbindelse med vold og overgrep i asylmottak. De ulike definisjonene befinner seg på ulike nivåer. Jeg innleder med det ”innerste” laget: helsearbeidernes egne definisjoner av sin rolle. Deretter beveger jeg meg ”utover”, og ser på hvordan helsearbeiders rolle blir definert av ledere i mottak, av Migrahel og deretter av de ulike skriftlige dokumentene helsearbeiderne forholder seg til i arbeidet sitt. Ved å begynne med helsearbeidernes beskrivelser og jobbe

---

<sup>5</sup> [www.migrahel.no](http://www.migrahel.no)

meg utover vil jeg forhåpentligvis få fram kompleksiteten i helsearbeiderens rolle, og de mange og splittede stemmene vedkommende skal forholde seg til i sitt arbeid.

Denne oppgavens fokus ligger på ulike aktørers beskrivelser av helsearbeiders rolle. Jeg ønsker med dette å ha fokus på strukturene og betingelsene helsearbeiderne befinner seg i. Mitt fokus er derfor ikke på individene, og på hvordan helsearbeiderne opplever sin rolle. Derimot benyttes i denne oppgaven individene og deres beskrivelser som illustrasjoner for å kunne gi et bilde av det komplekse systemet helsearbeiderne forholder seg til. Da intervjuobjektene kun er fire i tallet, kan denne oppgaven på ingen måte regnes som generaliserbar i forhold til alle mottak i Norge. Jeg håper derimot at den kan gi innsikt i det mangfold av rollebeskrivelser helsearbeiderne må forholde seg til, og hvordan dette skaper uklarhet for helsearbeideren.

### 3 Tidligere studier som er relevante for oppgaven

Vold og overgrep mot kvinner i asylmottak er drøftet i flere tidligere studier. Blant disse er *Flukt og Fremtid – psykososialt arbeid og terapi med flyktninger* av Sveaass og Hauff (1997), som viser at mange asylsøkere over lang tid kontinuerlig har vært utsatt for stress og påkjenninger, og at ”venteromstilværelsen” i asylmottak medfører symptomer på økende psykisk stress. Fravær av meningsfulle aktiviteter som jobb og utdanning korrelerer signifikant med utvikling og fiendtlighet, noe som kan påvirke forholdet både til egen familie og samfunnet rundt. Boken problematiserer også menneskerettighetsperspektivet i møte med flyktninger, og om menneskerettighetsbrudd er en sykdomsårsak.

SINTEF/IFIM lagde en undersøkelse av levekår og livskvalitet for beboere i asylmottak: *”Mellom håp og lengsel – Å leve i asylmottak”* (1999). Her oppsummeres mottakstilværelsen gjennom stikkord som venting, isolasjon, passivitet, mangel på privatliv, mangel på innflytelse og tap av status. Det beskrives hvordan felles oppholdsrom og posisjoner i beboerråd i stor grad domineres av menn. Kvinnene etterlyser egne aktiviteter og fellesrom for kvinner, i tillegg til hus eller boavdelinger forbeholdt kvinner. Situasjonen beskrives som spesielt problematisk for enslige kvinner, i en hverdag fylt med fysisk utrygghet, seksuelle overgrep og psykisk og verbal trakassering. Denne rapporten hevder at asylsøkere som regel har et større behov for helsetjenester enn gjennomsnittsnordmannen. Dette skyldes flere forhold, som forhold i hjemlandet, dels situasjoner i forbindelse med flukten og dels forhold som kan knyttes til situasjonen i eksil. Rapporten benytter beboere som informanter, og vektlegger hvordan de opplever helsesituasjonen, organisering og tilgjengelighet av helsetjenester og hvilke endringer de ønsker formidlet.

En rapport med fokus på tiltak for å bedre psykisk helse blant beboere i asylmottak er *”Det hainnle om å leve”*, utarbeidet i samarbeid mellom SINTEF/IFIM og NKVTS (2005). Mottakstilværelsen beskrives som en lang venteperiode preget av usikkerhet og mangel på meningsfulle aktiviteter. En stor del av asylsøkerne har vært gjennom potensielt traumatiserende opplevelser, samtidig som aspekter ved asylsøkerperioden bidrar til å øke det psykiske stresset. Undersøkelser viser at når det gjelder helseoppfølging i mottak, har et godt samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten betydning for om man klarer å etablere et

helsetilbud der man både kan gripe inn tidlig, og ivareta behov før disse blir for omfattende. Rapporten understreker at det trengs mer oppfølging fra psykiatrien.

NOU 2003:31 ”Retten til et liv uten vold” beskriver også situasjonen til kvinner i asylmottak. Minoritetskvinner regnes som en særlig sårbar gruppe når det gjelder å være utsatt for vold og overgrep. Situasjonen beskrives som spesielt vanskelig for voldsutsatte kvinner på asylmottak.

Avmakt og mestrings – en rapport om vold og seksuelle overgrep i flyktningmottak (Norsk folkehjelp, 2003) omhandler først og fremst privat vold i nære relasjoner, og den setter fokus på at volden manifesteres i maktrelasjoner som forhold mellom kjønn. Rapporten bekrefter at psykiske belastninger kan gjøre asylsøkere mer utsatt for vold og overgrep enn den øvrige befolkningen. Rapporten er bygget på kvalitative intervjuer med beboere, ansatte i mottak og fagfolk som arbeider med problemstillinger knyttet til asylmottak. De ansatte som er intervjuet i denne rapporten forteller at de opplever det som vanskelig å finne grensen mellom hva som overskrider privatlivets fred i forhold til hvilken deltakelse og inngripen som forventes og er nødvendig ovenfor beboere.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatiske stress (NKVTS) ga i 2007 ut en rapport: Psykisk helse i mottak: Utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere. Denne bygger på en undersøkelse som fokuserer på hvorvidt det er mulig å utvikle et kartleggingsinstrument basert på selvutfylling som er tilstrekkelig sensitivt og praktisk anvendelig for å fange opp psykiske lidelser og behov for behandling blant asylsøkere. Undersøkelsen fant at slike kartleggingsinstrumenter til en viss grad er anvendelige ovenfor asylsøkere med noe skolegang, det vil si at de kan lese og skrive på sitt eget morsmål. Skjemaer som er fylt ut av asylsøkere som har liten eller ingen formell skolegang, eller som trenger bistand fra tolk til utfylling, fanger i liten grad opp psykiske lidelser. Spørreskjemaet fanger opp noen lidelser, men fungerer dårlig til å skille mellom lidelser som angst og depresjon. I praksis vil det si at man i beste fall kan fange opp de asylsøkerne som har behov for videre utredning, med et slikt spørreskjema.

### ***3. 1 Hvilke funn gir de tidligere studiene?***

Vi ser at flere undersøkelser bekrefter at kvinner på mottak er en spesielt utsatt gruppe. Til tross for mange års forskning som har dokumentert hvor vanskelig situasjonene er i mottak, kan det se ut som at lite har endret seg. Jeg ønsker med min oppgave å belyse et tema som jeg mener det har vært lite fokus på, nemlig helsearbeiderens rolle i forhold til avdekking og forebygging av vold. Den tidligere forskningen har ikke hatt fokus på rammebetingelsene helsearbeiderne arbeider under, og på hvilken måte disse har innvikning på hvordan helsearbeiderne definerer sin egen rolle.



## 4 Materiale for oppgaven og metode

Det empiriske grunnlaget for denne oppgaven består av fire intervjuer med helsearbeidere, fem intervjuer med ledere på mottak, et intervju med Migrahel, i tillegg til dokumenter som veileder og styringsdokumenter fra UDI. Faglitteratur, lovtekster og dokumenter som ligger til grunn for drift av mottak, vil også bli trukket inn. De fem mottakene vi har besøkt har forskjellige driftsoperatører. To av mottakene hadde private driftsoperatører, to var kommunalt drevet, mens et mottak ble drevet av en humanitær organisasjon. Alle fem mottakene er lokalisert på Østlandet/ Midt-Norge.

### *4.1 Etiske problemstillinger knyttet til datainnsamlingen*

Siden alle de kvalitative intervjuene er gjennomført på oppdrag fra Amnesty, er de innhentet med et annet fokus enn det jeg har i denne oppgaven. Mitt tema for oppgave ble bestemt etter et materialet var samlet inn, og denne måten å benytte seg av materialet på kan reise noen etiske problemstillinger. Intervjupersonene ble informert om at vi samlet inn materialet for Amnesty, og vi presenterte oss også som studenter ved Høyskolen i Oslo. Vi ga informantene beskjed om at vi kom til å skrive masteroppgaver med lignende tematikk, på bakgrunn av materialet som ble samlet inn. Likevel, siden vi ikke hadde våre egne temaer klare, kunne vi ikke gi informantene konkret beskjed om på hvilken måte vi kom til å benytte oss av materialet.

Jeg har vært med på nesten alle de kvalitative intervjuene som ble gjort på oppdrag fra Amnesty. Dette ga meg mulighet til å bruke tid på å finne ut hvilket fokus jeg ønsket i masteroppgaven, og mulighet til å forstå problematikken fra flere synsvinkler. De intervjuene jeg ikke benytter meg av, vil fungere som et bakteppe for meg i forbindelse med hvordan jeg forholder meg til temaet i masteroppgaven. Alle intervjuene har vært med på å forme meg, og gitt meg forståelse av den komplekse og vanskelige problematikken som eksisterer rundt temaet vold mot kvinner i asylmottak.

Det faktum at materialet er samlet inn forut for og uavhengig av mitt tema og min problemstilling, kan også være positivt for min måte å lese materialet på. Distansen til materialet øker, og det er enklere å se intervjuene på nytt ut fra et annet perspektiv. Dermed

blir det enklere å analysere intervjuene som tekst eller beskrivelser, slik målet er i denne oppgaven.

Denne oppgaven er tenkt som et bidrag i diskusjonen rundt helsearbeiderens rolle i forhold til vold og overgrep mot kvinner i mottak. Den er ikke ment som kritikk, og har ikke til hensikt å svartmale verken det arbeidet som blir gjort av helsearbeiderne eller de uttalelsene helsearbeiderne har kommet med i løpet av intervjuprosessen. Jeg håper at oppgaven kan være et ledd i å skape bevissthet om de komplekse prosessene og den vanskelige arbeidssituasjonen som mange helsearbeidere befinner seg i.

## ***4.2 Valg av metode***

I forbindelse med hovedprosjektet har vi benyttet oss av både kvantitativ og kvalitativ metode. Jeg vil i denne oppgaven kun benytte meg av empirien fra de kvalitative undersøkelsene. Kvalitativ metode egner seg godt når man skal fange opp ulike aktørers synspunkter, refleksjoner og erfaringer. I tillegg er metoden god når målet, som i dette tilfellet, er dybdeforståelse av et fenomen. Det metodiske valget bygger også på erkjennelsen av at temaet vi har arbeidet med omfatter sensitive og ofte tabubelagte temaer. Intervjuene vi har gjort har derfor fungert som en form for konversasjon, men med en tydelig struktur og hensikt. Forskningsintervjuene ble likevel ikke en konversasjon mellom likeverdige deltakere, siden vi som forskere både definerte og kontrollerte situasjonen.

Når man velger en kvalitativ form ved innhenting av informasjon, må man huske på at informasjonen man får ikke er objektiv. Informasjonen er subjektiv fordi den avhenger av den som blir intervjuet. Intervjuformens styrker er derimot det at den fanger opp variasjonen i intervjupersonenes oppfatninger om et tema, og gir dermed et bilde av en mangfoldig menneskelig verden (Kvale, 2006).

Amnesty International Norge søkte til UDI 25. januar 2007 om tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen. Positivt svar på dette ble mottatt 23. mai 2007. Undersøkelsen ble meldt i brev til Datatilsynet 19. mars 2007, og det ble vurdert om prosjektet "Vold mot kvinner i asylmottak" ville falle inn under personopplysningslovens virkeområde, og om den ville vurderes som konsesjonspliktig. Svaret var at når det gjaldt fokusintervjuer og individuelle

intervjuer ble det vurdert at undersøkelsene ikke ville reguleres av personopplysningsloven. Vurderingen la til grunn at navn på asylmottakene ikke ble registrert under arbeidet med dataene.

## **Konsesjon**

Ifølge Datatilsynet er behandling av sensitive personopplysninger som hovedregel konsesjonspliktige. Dersom kun anonyme opplysninger behandles, gjelder ikke loven. Videre sier Datatilsynet at forskningsprosjekter som er anbefalt av et personvernombud kan være unntatt fra konsesjonsplikt, dersom enkelte andre tilleggsvilkår er oppfylt. Prosjektlederen for ”Vold mot kvinner i asylmottak” er ansatt på NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress), og disse har avtale med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste som personvernombud. Datatilsynet konkluderte med at undersøkelsen ikke er konsesjonspliktig.

Datatilsynet mente at for å sikre deltakernes anonymitet, skulle ikke intervjuobjektene underskrive noen samtykkeerklæring. En slik erklæring kunne knytte deltakerne opp mot prosjektet, og på den måten muliggjøre identifisering av den enkelte. Datatilsynet understreket god muntlig informasjon, for å sikre at deltakerne på best mulig grunnlag forsto hva de samtykket til å delta i.

### **4.2.1 Intervjuene**

Karin Widerberg (2005) beskriver at i et kvalitativt intervju får man fram den unike samtalen. Vi forsøkte så godt det lot seg gjøre å fokusere på at intervjuene skulle fungere godt som samtaler, og vi forsøkte å stille åpne spørsmål der informantene heller enn å svare på konkrete spørsmål, fikk si det de hadde på hjertet.

Vi lagde forskjellige intervjuguider til de ulike intervjugruppene. Intervjueguidene fungerte som overordnede spørsmål. De ble ikke fulgt slavisk, men ble benyttet for å sikre at vi kom gjennom alle temaene vi ønsket omhandlet. De overordnede temaene besto blant annet av:

- Informasjonsarbeid
- Organisering av mottak/ helsetjenesten
- Forebyggende tiltak
- Tiltak for å avdekke/ håndtere konkrete tilfeller av vold

- Ansattes erfaring og kompetanse
- Bemanningssituasjon

Det positive med denne formen for intervjueteknikk er at man har mulighet til å følge opp det informantene snakker om på en annen måte enn dersom man hadde fulgt et stramt skjema med intervju spørsmål. Man får altså muligheten til å kaste lys over vedkommendes forståelse av temaet på en annen og mer dyptgående måte.

Hvor godt en slik intervju metode fungerer, avhenger av flere faktorer (Widerberg, 2005). Det er avhengig av intervjuers og informanters intensjoner og ønsker, men også av praktiske faktorer som tid man har til rådighet, hvor intervjuene blir utført og så videre. Vi forsøkte i alle intervjuene å sette av nok tid til å forklare grundig hva intensjon og mening med vårt besøk var. Det ble på forhånd sendt ut et lite skriv til mottakene vi skulle besøke, på mail. Vi satte av ca en time til intervjuer med kvinnelige beboere, og ca en og en halv til to timer på intervjuene med de ansatte. Grunnen til at intervjuene med de kvinnelige beboerne fikk et omfang på kun en time, var at vi antok at temaet var følsomt og slitsomt å prate om, og at en time av den grunn ville holde.

Vi intervjuet for det meste en informant om gangen, bortsett fra at ledere ble intervjuet sammen med en miljøarbeider fra mottaket. Kvinnene ble intervjuet både i gruppe og enkeltvis. Denne formen ble valgt fordi vi mente det ville være fruktbart å intervju i en fokusgruppe, i de tilfellene der vi ønsket å få fram et bilde av hvordan det oppleves å være kvinne i mottak. I de i individuelle intervjuene gikk vi mer inn på spørsmål om opplevelse, trygghet og konkrete situasjoner. Når det gjelder intervjuene med helsearbeiderne ble noen gjort individuelt, mens det på to mottak var flere helsearbeidere. Disse ble intervjuet i gruppe.

Ved et av mottakene var det ikke mulig å få kontakt med helsearbeideren. Den som tidligere hadde vært ansatt jobbet ikke lenger, og var ikke mulig å få kontakt med. Den nye helsearbeideren var ikke egnet til å la seg intervju, ifølge leder på mottaket.

I tillegg har vi gjennomført et kvalitativt intervju hos Migrahel<sup>6</sup>, som er en faggruppe dannet av helsearbeidere fra ulike asylmottak. Faggruppen ble dannet på grunnlag av et behov for å styrke helsetjenesten til personer med migrasjonsbakgrunn. Intervjuet hos Migrahel vil altså

---

<sup>6</sup> [www.migrabel.no](http://www.migrabel.no)

danne et bilde av hvordan faggruppen som jobber med migrasjonshelse ser på arbeidet rundt vold mot kvinner.

Intervjuene har i sin opprinnelige form hatt et fenomenologisk perspektiv, der vi har forsøkt å få innsikt i informantenes beskrivelser og opplevelser av hverdagen på mottak i Norge. Jeg benytter meg av intervjuene som tekst, og har ikke hatt fokus på opplevelser og følelser når jeg analyserer intervjuene i oppgaven. Jeg ser etter hvordan helsearbeiderens rolle beskrives i de ulike tekstene. Det er språket, ikke opplevelser som står i fokus.

#### **4.2.2 Skriftlig materiale**

Når det gjelder det skriftlige materialet som skal analyseres i denne oppgaven, har jeg valgt å legge fokus på tre dokumenter som jeg mener belyser helsearbeiders rolle på ulike måter. Jeg har valgt å trekke fram Driftsreglement for statlige mottak, Kravspesifikasjonen til Driftsreglementet og Veileder om Helsetjenestetilbud til flyktinger og asylsøkere. Mens Driftsreglementet og Kravspesifikasjonen blir gitt ut fra UDI, og beskriver på et mer generelt grunnlag drift av asylmottak, er Veilederen gitt ut av Helse- og sosialdirektoratet, og den er tydeligere i sin form i forhold til helsearbeidet.

Driftsreglementet og Kravspesifikasjonen er valgt fordi de to dokumentene er de viktigste styringsdokumentene for drift av ordinære asylmottak<sup>7</sup>. Driftsreglementet angir de overordnede målsettinger i tillegg til rammer og ansvarsfordeling. Jeg mener dette er et relevant dokument da det kan gi et bilde av generelle målsettinger, og en forståelse av hvem som innehar ansvar for ulikt arbeid i mottaket. Kravspesifikasjonen angir hvilke kvalitetskrav som stilles til driften av asylmottak. Dette dokumentet er interessant fordi det kan gi en forståelse av de krav som stilles til hvordan man skal drive et asylmottak i Norge.

Mens de to dokumentene fra UDI er skrevet på generelt grunnlag er det siste dokumentet, som skal analyseres i oppgaven, i langt større grad rettet mot helsearbeidere. For å finne fram til Veilederen, og finne hvordan den kan relateres til de andre dokumentene, må man finlese Driftsreglementet. I Driftsreglementet til statlige mottak er det beskrevet hvilke dokumenter som ligger til grunn for driften av statlige mottak. Dette er overordnede dokumenter (som

---

<sup>7</sup> <http://www.udi.no/templates/Tema.aspx?id=7486>, 15 april 2008

stortingsmeldinger og handlingsplaner), styrings- og plandokumenter for Utlendingsdirektoratet, Styringsdokumenter for statlige mottak (Driftsreglementet, Kravspesifikasjonen etc) og annet. Under ”annet” listes det opp gjeldende regelverk, rundskriv, rutiner, skjemaer og veiledere (Driftsreglementet, 2006, side 4). Det er ingen dokumenter som direkte har tilknytning til det helsearbeidet som blir gjort på mottakene i Norge. Derfor må man ta utgangspunkt Veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet (2003): Helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere, når det snakkes om hvilke retningslinjer helsearbeidere i asylmottak har å forholde seg til. Veilederen har som formål å bidra til at flyktninger og asylsøkere får nødvendig somatisk og psykisk helsehjelp. Denne veilederen er svært aktuell fordi den omhandler kun denne brukergruppen. Veilederen er laget på bakgrunn av regelverk, relevant litteratur og erfaringer fra fagmiljøet. En analyse av hvilken rolle som tilskrives helsearbeideren i Veilederen kan derfor gi kunnskap om de retningslinjene helsearbeiderne har å forholde seg til, og den rollen veileder mener helsearbeiderne bør ha når det gjelder forebygging og avdekking av vold. Videre i oppgaven skal jeg undersøke om disse retningslinjene samsvarer med det helsearbeiderne definerer som sin rolle i dette arbeidet.

## 5 Teoretisk innfallsvinkel

For å angripe empirien, har jeg valgt en teoretisk innfallsvinkel der Pierre Bourdieus teori ligger til grunn. Jeg har i tillegg benyttet meg av Halldis Leira og hennes forståelse av myter for å forstå noen av de mekanismene som helsearbeiderne beskriver. I introduksjonen til problemstillingen viste jeg til noen av intervjuene vi har gjort med kvinnelige beboere i mottak. Det ble tydelig at vold og overgrep foregår på mottak, og at kvinnelige beboere lever i en hverdag der de beskriver redsel og frykt. Jeg mener det derfor er viktig å redegjøre for begrepene usynliggjøring, tabu, skam, forakt og avmakt, for at leser av oppgaven skal forstå hvorfor volden i asylmottak får fortsette i det stille og hvorfor temaer rundt vold og overgrep blir omtalt som uhåndgripelig for mange.

### 5.1 Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu benytter seg av begreper som kan bidra til å skape en forståelse av konteksten helsearbeiderne vi har intervjuet forstår sin rolle i.

Bourdieu beskriver *Det sosiale rom*. Det sosiale rommet er ment å erstatte den intuitive opplevelsen vi har av samfunnet, med et flerdimensjonalt geometrisk rom som defineres av ulike posisjoner som er relatert til hverandre i dette rommet. Rommet bygges ut, og mennesker, deres interesser, egenskaper og virksomheter får plass i rommet. Det sosiale rommet vil da fremstå med en oversikt over hvilke sosiale mekanismer som bidrar til å sortere mennesker. Som enkeltmennesker skaper vi oss et mentalt bilde av den sosiale geografien, og vi vet hvor vi selv befinner oss gjennom kunnskapen om hvem vi er. Slik fornermer vi også andres posisjoner. Vi finner vår plass i det sosiale rommet. Det sosiale rommet kan ha mange *felt*, et annet begrep Bourdieu bruker. Et felt kan defineres som et nettverk av objektive relasjoner mellom ulike posisjoner (Bourdieu og Waquant, 1995). Eksempler på felt kan være helsevesenet eller asylmottak. Mange av feltene er av en slik karakter at de kan brytes opp i mindre felt. Informantene mine befinner seg i likehet med sine kollegaer på mottaket i feltet asylmottak, men de befinner seg i motsetning til kollegaene også i feltet helsevesenet. Det stilles gjerne kriterier for å få adgang til et felt. Dersom man ønsker å ta del i feltene asylmottak eller helsevesenet, er det vanlig at man for å få adgang er nødt til å inneha spesielle kvalifikasjoner eller egenskaper.

De aller fleste av oss er deltakere i flere felt. Hvordan vi handler i forskjellige felt er ofte hensiktsmessig, men sjelden bevisst. Handlingene våre er innbakt i kroppens handlingsmønstre. Dette kaller Bourdieu *habitus*. Kroppen lærer å finne sin plass. Den plassen kroppen tar, vil ofte være helt forskjellig fra et felt til et annet. Vår habitus virker inn på vår atferd, og over tid vil vår atferd påvirke vår habitus. Habitus kan forklares ved å vise til et eksempel: en sykepleier som lenge har jobbet i helsevesenet blir ansatt som helsearbeider på et asylmottak. Hun har aldri tidligere hatt noen erfaringer med å jobbe med asylsøkere. Denne sykepleieren er kjent på et felt, i helsevesenet. Hun har jobbet i mange år, og fremstår som selvsikker og trygg i arbeidet sitt. Når hun som helsearbeider bytter felt, og inntar et for henne hittil ukjent felt, endrer hennes habitus seg sannsynligvis. Hun kan bli mer usikker, og har ikke like god oversikt over dette nye feltet. Hennes habitus er ikke like vant til dette feltet. Over tid endrer sannsynligvis hennes habitus seg, og hun vil fremstå som mer erfaren og selvsikker også på det nye feltet.

Bourdieu mener vi kategoriserer verden på en måte som er utenfor vår bevisste erkjennelse. Hvordan vi kategoriserer, er et resultat av vår forståelse av verden (Leira, 2003). Begrepet Doxa er ifølge Bourdieu de usynlige trådene som fungerer som normer, men som vi ikke er klar over. Doxa er det vi tar for gitt (Bourdieu, 2000). Det å problematisere doxa kan føre til utestengelse. De som ønsker innpass i et felt, må lære seg å innordne seg under det doxiske som dominerer feltet. Det er de som har makt i feltet som kan utfordre doxa og på den måten endre den.

Ved hjelp av begrepsapparatet til Pierre Bourdieu blir det mulig å forstå den rammen helsearbeiderne definerer sin rolle innenfor, og forholdet mellom helsearbeidernes habitus og strukturene i feltet. I tillegg benyttes Bourdieus teorier for å se hva som fungerer doxisk i feltet.

## ***5.2 Halldis Leira og myter***

Halldis Leira skriver i boken *Det gode nærvær. Kulturens psykologiske betydning* (2003) at hun har funnet støtte i teoriene til blant annet Pierre Bourdieu når hun forsøker å vise de psykologiske mulighetene i samspillet mellom mennesket og kulturen (Leira, 2003, side 13). I boken forteller hun at hun har fått verktøy for å forstå den kulturelle underteksten via tre



begreper. Disse er Doxa, tabu og myter. Jeg har allerede vist hva Bourdieu mener med doxa. Tabu og usynliggjøring skal jeg gjøre rede for senere, mens jeg nå skal vise til hvorfor Halldis Leira mener myter kan bidra som verktøy til å forstå kulturen (Leira 2003).

Halldis Leira skriver at myter kan være en måte å forstå en kultur på, og dermed en måte å forstå oss selv på. Som Hegel sier: ”*En kultur tenker seg selv gjennom sine myter*” (i Leira, 2003, side 93). Problemet når det er snakk om myter er at vi gjerne glemmer at mytiske figurer er menneskelige konstruksjoner. Mytene speiler alltid menneskelige problemer, lidenskaper, håp, ønsker, behov og konflikter. Og de tilbyr, som vi skal se i mytene jeg har valgt i denne oppgaven, forskjellige løsninger. Menneskelig makt kommer gjerne i konflikt med menneskelige behov i mytene (Leira, 2003), og både undertrykking og opprør kan finne sin legitimitet i mytene.

I denne oppgaven skal jeg bruke Leiras fremstilling om mytene om Ifigenia og Elektra, fra den greske antikken. Begge mytene tar utgangspunkt i den samme handlingen, og ifølge Leira kan de to mytene bidra til å problematisere noen av de normene og reglene for rett og galt som vi tar for gitt i samfunnet i dag. De to mytene symboliserer to ulike samfunnsordener, og jeg skal videre i oppgaven vise hvordan de kommer til syne i beskrivelsen av helsearbeidernes rolle i forhold til vold på asylmottakene.

### **5.2.1 Myten om Ifigenia**

Myten forteller om kong Agamemnon, som er på vei til Troja, for å straffe Helena. Helena skal straffes fordi hun har bedratt sin mann, Agamemnons bror. Agamemnon ligger ved land med flåten sin og venter på vinden som ikke kommer. Han og hans hær kommer ingen vei, og Agamemnon drøfter problemet med sin beste soldat, Akilles. De bestemmer seg for å be orakelet om hjelp, og orakelets svar er at dersom Agamemnon ofrer sin yngste datter Ifigenia, vil vinden komme og ta han og hans hær med.

Han bestemmer seg for å følge rådet som han mener er et tegn fra gudene, og innser med dette at han må svikte sin kone, dronning Klytimestra. Han vet at hun aldri ville godtatt å ofre datteren. Agamemnon kommer samtidig i en konflikt med seg selv, fordi rollen som far blir uforenelig med rollen som hærfører. Han sender et brev til dronningen, som forteller at hun

må komme til stranden der hæren ligger og venter, og lage i stand bryllup, for Akilles vil gifte seg med Ifigenia. Både dronningen og Ifigenia mottar brevet med glede. De ankommer stranden, og da Klytaimestra etter hvert forstår at hun og datteren er blitt sveket, går hun panisk og rasende løs på Agamemnon med knyttnevene. Det er til ingen nytte, og Ifigenia går i døden for sin far. Da får Agamemnon vind i seilene, og flåten legger ut fra land, til Troja.

Myten forteller videre at når Agamemnon kommer hjem som seierherre, blir han selv drept av sin kone som vil hevne datteren. Dronningen blir til slutt drept av sønnen Orestes, som vil hevne faren (Leira, 2003 og <sup>8</sup>).

### **5.2.2 Myten om Elektra**

I forlengelsen av myten om Ifigenia, går historien om Elektra, Ifigenias søster. Historien er den samme, Agamemnon har ofret sin datter Ifigenia for å få vind i seilene, og når han kommer hjem blir han drept av sin kone.

Myten om Elektra får en annen utgang: Dronningen, Klytaimestra har drept sin mann Agamemnon, og mordet blir framstilt som en ond, ubegrunnet handling. Ifigenias død blir gjort til noe uvesentlig (Leira, 2003). Elektra får sin bror Orestes til å drepe Klytaimestra, som hevn for hennes drap over Agamemnon. I denne myten blir altså Klytaimestra forvandlet fra å være en avmechtig, rasende og sørgende mor som ikke klarer å forhindre sin datters død, til å bli en ond morder uten motiv. Agamemnon blir i myten om Elektra frikjent for sitt drap av Ifigenia. Elektra framstilles som heltinnen.

### **5.2.3 Mytene om Ifigenia og Elektra sett med våre øyne**

Halldis Leira (2003) mener at Elektra kan sees som en metafor på den moralen og samfunnsordenen som vant fram i den greske antikken. Den førmoderne samfunnsordenen som beskrives i Elektra- myten var patriarkalsk, og denne patriarkalske måten å tenke på ble etter hvert sett på som naturgitt. De som trosset denne ordenen kom i fare, slik som Klytaimestra, som ble drept. Myten om Ifigenia, der hun mener at Agamemnon måtte stå til

---

<sup>8</sup> <http://no.wikipedia.org/wiki/Agamemnon>, 4 mars 2008

ansvar for drapet på deres datter, uttrykker ifølge Leira den samme moralen som i dag er grunnlaget for vestlig rettsfilosofi, at ethvert voksent menneske er ansvarlig for sine handlinger (Leira, 2003).

Leira mener at man kan se på Elektra som den androsentriske versjon av Ifigenia. Historien er den samme i begge mytene, Ifigenia ofres for sin far. I myten om Ifigenia blir Agamemnon sett på som ansvarlig for sin handling. I myten om Elektra derimot, er ofringen av Ifigenia blitt hans rettighet. En far har rett og lov til å gjøre hva han vil med sin datter, både hun og resten av familien er farens private eiendom. I myten om Elektra er ikke Agamemnon kriminell, den som fremstilles som kriminell er moren, Klytimestra, fordi hun gjør opprør mot et samfunn styrt av patriarkalske lover og filosofi (Leira, 2003).

Det er myten om Elektra og androsentrismen i denne, som har fått definisjonsmakten i samfunnet. Myten om Ifigenia og dens gynosentriske perspektiv har kommet i bakgrunnen (Leira, 2003). Selv den dag i dag, og med vår moderne rettsfilosofi, har vi en kulturell tendens til å unnskyldte Agamemnon, og fordømme Klytimestra som den virkelige skyldige.

Jeg mener at mytene om Ifigenia og Elektra kan gi et godt bilde av spenningene i den situasjonen som helsearbeiderne på asylmottak står i. Myten om Ifigenia representerer den sosiale ordenen som vi mener eksisterer i Norge i dag: at ofringen av Ifigenia er Agamemnon og ingen andre sitt ansvar. Klytimestra står på sidelinjen som avmektig. I myten om Elektra blir derimot drapet på Ifigenia gjort til en bagatell, og Agamemnon er i sin fulle rett til å tukte sin familie. Elektra kan sees på som en metafor for en førmoderne doksisk rest som vi fortsatt ser tendenser til i dagens samfunn.

Halldis Leira sier at mytene er tabubelagte, og at både myter og tabu fungerer doksisk. Tabuer og myter kommuniserer til oss, men der og da er vi aldri klar over dem. Jeg skal nå vise til begrepene usynliggjøring og tabu, for å vise at samlet gir alle disse begrepene jeg har vist til en forståelse av det feltet helsearbeiderne beveger seg i på sin arbeidsplass.

### 5.3 Usynliggjøring og tabu

Usynliggjøring er en prosess som innebærer å unnlate å skape mening gjennom å forsøke å ikke forholde seg til hendelser. Usynliggjøring blir ansett som den viktigste grunnen til at vold kan fortsette. Når volden overses, glemmes og ikke problematiseres, kan den rå nær sagt som den vil (Isdal, 2000). Den som utøver vold får dermed fritt spillerom, fordi han aldri vil trenge å stå til rette for eller forklare volden sin. Usynligheten blir derfor en voldsopprettende faktor.

Isdal (2000) skriver at for den som utsettes for vold, er usynligheten ofte et dilemma. Når ingen ser, ingen vet og ingen snakker om, føler den voldsutsatte seg ytterligere alene, utsatt og svak. For voldsutsatte kvinner i mottak vanskeliggjør denne usynligheten muligheten til og troen på å kunne frigjøre seg fra volden. Isdal skriver også at usynligheten kan trekke i retning av å ansvarliggjøre den utsatte kvinnen for den volden hun blir utsatt for. Vold i familie eller nære relasjoner er et fenomen som effektivt blir tilslørt av skam. Den som trosser forbudet mot synliggjøringen av volden kan bli påført sosial forakt, som fremkaller opplevelsen av skam. Og skammen gjør ordløs, noe som vanskeliggjør videre handling (Levin og Trost, 2005). Levin og Trost (2005) sier at tabulegging forskyver ansvar, slik at den voldsutsatte blir bæreren av det skambelagte. Det er offeret som føler seg skitten, ikke overgriperen. Å fortelle om vold og overgrep er altså ikke bare en skam for den som utøver volden, men også for den som utsettes for vold. Per Isdal mener at vold og overgrep omfattes av et dobbelt tabu: *”for det første at det ikke skal forekomme, og for det andre at det ikke skal formidles dersom det forekommer”* (Isdal, 2000, side 229).

*”Synliggjøring er det viktigste tiltak i kampen mot vold”* hevder Per Isdal (2000, side 231), og presiserer videre at spesielt for voldsutsatte er det viktig at deres virkelighet blir anerkjent. Først når volden blir satt ord på og ansvaret er blitt plassert, kan ofrene gå videre. Også for den som utøver vold har man et ansvar: den som utøver vold må tørre å snakke om volden og orke å forholde seg til den, fordi det er umulig å lære av sine feil uten å studere dem nøye (Isdal, 2000).

Når man arbeider i tett samspill med voldsutøvere og/ eller voldsutsatte, slik helsearbeidere på mottak ofte gjør, er det viktig å klare å skille mellom fordømmelse og synliggjøring. Dersom økt synliggjøring fører til økt tabuisering gjennom fordømmelse av volden, kan belastningene

for både voldsoffer og voldsutøver blir enda større enn i utgangspunktet. En av måtene å oppnå dette på er å skille mellom handling og person, samtidig som man vektlegger at vold er et relativt vanlig menneskelig problem som er utøvers ansvar.

Forståelsen om prosessen rundt usynliggjøring, og at dette får konsekvenser i form av tabulegging, blir viktig når jeg i oppgaven skal undersøke på hvilken måte volden kan opprettholdes i mottak. At noen temaer er tabubelagte får konsekvenser for i hvilken grad man tar tak i temaene og arbeider videre med dem.

### **5.3.1 Skam og forakt**

Halldis Leira (2003) hevder at Sigmund Freud og Mary Douglas har rett når de hevder at tabu er en kulturell kraft som er allestedsnærværende, den er her og nå. Kulturen opprettholder sine tabuer og sine forbud mot å synliggjøre vold mot kvinner. Det kan være to årsaker til at noe får status som tabubelagt. Enten er det så hellig eller så reint et man ikke kan røre ved det av den grunn, eller så er det forbudt fordi det er ureint og skittent. Vold mot kvinner faller inn i den siste kategorien. Den som bryter tabuet risikerer å bli møtt med forakt. Forakten kan for eksempel uttrykkes gjennom latter, et hevet øyebryn eller taushet. I noen tilfeller er ikke ord nødvendig, ironi, spydigheter, devalueringer og diskvalifiseringer kan uttrykkes subtilt, verbalt eller ikke-verbalt. Leira hevder at forakten definerer Den andre som "urein", og Den andre kommer i fare. Kvinnen blir altså sett på med de samme øynene hun ser på seg selv: som skitten eller som urein. Å forstå disse mekanismene rundt begrepene skam og forakt blir viktige i forståelsen av både hvorfor temaer som vold og overgrep er lite problematisert i den offentlige diskursen, og hvorfor det kan være vanskelig for helsearbeiderne å gå inn i temaer som omhandler vold og overgrep.

### **5.3.2 Avmakt**

Per Isdal beskriver avmakt, og mener at begrepet kan forstås som mangel på forutsigbarhet, oversikt, kontroll, innflytelse, påvirkningsmuligheter, løsningsmuligheter, beskyttelse og trygghet, i tillegg til det å bli sett, hørt og forstått (Isdal, 2000). Mange faktorer spiller inn når vi skal se på avmakt i forhold til vold og overgrep på asylmottak. For eksempel vil faktorer som samarbeid med kollegaer ha betydning. I hvilken grad helsearbeiderne opplever å ha

innflytelse og betydning for arbeidet for arbeidet rundt vold og overgrep mot kvinner vil også ha betydning.

## 6 På hvilken måte definerer helsearbeiderne sin rolle i forhold til vold på asylmottak?

I denne delen av oppgaven skal jeg undersøke hvordan helsearbeiderne definerer og forklarer sin rolle i forhold til vold og forebygging av vold i asylmottak.

Slik jeg ser det kan helsearbeidernes uttalelser deles inn i fem kategorier. Disse kategoriene har jeg valgt å kalle:

- Helsearbeidere og deres tilgjengelighet
- Helsearbeidere med stor avstand til beboerne
- Dikotomien oss og de andre
- De andre har volden med seg
- Volden har aldri blitt tematisert.

### 6.1 Helsearbeidere og deres tilgjengelighet

Hvordan beskriver helsearbeiderne sin tilgjengelighet ovenfor kvinnelige beboere i mottakene?

Alle de fire helsearbeiderne vi har intervjuet forteller at de er ansatt i kommunen hvor asylmottaket er lokalisert. Alle helsearbeiderne har kontorer på mottaket og de arbeider i større og mindre stillingsbrøker. Ved tre av mottakene er det ansatt flere helsearbeidere i mindre stillinger, ved det siste mottaket er det kun en ansatt til å gjøre helsearbeid. Hvordan de beskriver arbeidet sitt varierer i stor grad. Ved ett av mottakene, forteller helsearbeiderne at de sitter på kontoret sitt stort sett hele dagen, uten å ha anledning til å konsultere beboerne ved mottaket. Instruksjonen de har fått om arbeidet sitt var at de skal drive smittevern og følge opp i forhold til blodprøver og vaksiner. Disse helsearbeiderne har i følge sin arbeidsinstruks ikke anledning eller tid til å ta imot henvendelser hva gjelder fysiske og psykiske plager, og de har ikke lov til å ta med seg beboere inn på kontoret sitt. Dersom de skal ha kontakt med beboerne på mottaket, må de gå til beboerrommene, hvilket ”forekommer i hovedsak ikke”.

Ved ett av de andre mottakene forteller helsearbeideren at hun har ”drop-in- virksomhet, og at beboerne kan komme når som helst og spørre om en samtale, så sant jeg er tilstede”. På et

annet mottak forteller de at asylsøkerne kan ”bestille time i resepsjonen, eller bare stikke innom”. De forteller videre at de ”prioriterer samtaler med beboerne, og er mye ute i miljøet. Det er helt greit å si ifra at jeg går ut og blir ute en times tid. Da går jeg på besøk til beboerne. Tar en kopp kaffe og prater”. Ved et annet mottak beskriver helsearbeiderne tilgjengeligheten for beboerne på denne måten: ”Vi har et veldig tilgjengelig tilbud. Det er mer enn jeg har i forhold til fastlegen min for å si det sånn! Vi gjør det sånn at de må skrive seg på liste, men akutte saker tar vi alltid”. Det er altså veldig forskjellige beskrivelser av hvordan helsearbeidet utføres på de forskjellige mottakene. Ved ett mottak forteller de at de nesten ikke har kontakt med beboerne, mens de på et annet mottak prioriterer samtaler og samvær. Disse svært ulike måtene å forholde seg til beboerne på kan resultere i svært ulikt tillitsforhold mellom de ansatte og beboerne.

## **6.2 Helsearbeidere med stor avstand til beboerne**

Alle helsearbeiderne vi har intervjuet er, som vi har sett, lokalisert på mottaket de arbeider på. Vi har sett at selv om den fysiske avstanden til beboerne derfor ikke er så stor, har de fire helsearbeiderne svært ulike måter å beskrive sin tilgjengelighet på. Hvordan beskriver helsearbeiderne sin relasjon til kvinnene og deltakelsen i kvinnenes situasjon?

”Jeg opplever at kvinnene stort sett føler seg trygge, men at noen gir uttrykk for angst og engstelse”. Denne uttalelsen fra en av helsearbeiderne er typisk for hvordan flere av helsearbeiderne forholder seg til kvinnene i mottaket. De har en opplevelse av hvordan kvinnene har det, men gir uttrykk for liten konkret innsikt. De gir uttrykk for å kjenne kvinnene dårlig, og av å ha lite tid til å snakke med dem Likevel formidler de et inntrykk av hvordan opplevelsen av å bo i mottak må være. Avstanden mellom helsearbeideren og kvinnene fremstilles som stor, en helsearbeider sier ”jeg tror kvinnene føler seg trygge på mottaket, men dette er ikke noe vi snakker om her”. Det kan virke som om helsearbeideren ikke tar del i problemene som kvinnene opplever på mottaket. En annen helsearbeider uttrykker at det kan være vanskelig å snakke med kvinnene om ømfintlige temaer, og hun sier at hun synes det er vanskelig å bryte gjennom til kvinnene. Hun beskriver også forholdet til en kvinnelig beboer på mottaket som de ansatte tror lever i et parforhold hvor det foregår vold. Helsearbeideren forteller at kvinnen kommer med små hint om hvordan tilværelsen utarter seg, men at det er vanskelig å følge opp. Som helsearbeideren sier: ”Jeg vil ikke spørre mer



*når kvinnen selv ikke sier mer*". Helsearbeideren har altså en vag opplevelse av hvordan kvinnen har det, hun mistenker at forholdene er vanskelige, men vegrer seg for å gå inn i en relasjon. Avstanden mellom helsearbeideren og den kvinnelige beboeren opprettholdes fordi helsearbeideren velger å ikke gå videre i denne situasjonen.

Noen av helsearbeiderne uttrykker et ønske om å slippe å bli konfrontert med beboerne på mottaket og deres historier. En av helsearbeiderne sier *"Vi vet ikke noe om bakgrunnen deres. Det tror jeg er bra, ellers ville vi kanskje blitt engstelige. Vi vet jo ikke hva de har vært med på"*. Helsearbeideren framstiller avstanden til beboeren som en lettelse. Hun gir uttrykk for å beskytte seg selv, og synes det er bra at hun ikke vet for mye om beboerne. Hun er redd for å få vite for mye, og at det skal forandre hennes forhold til beboerne. Måten hun formulerer seg på viser at hun er engstelig. Beboerne er bærere av en annen historie og virkelighet enn hennes egen, og denne ønsker eller tør ikke helsearbeideren å ta del i. En annen helsearbeider sier noe lignende: *"Jeg tenker det er helt ok å ikke vite så mye om beboernes bakgrunn, da kan vi bli redde"*. Det er tydelig at også denne helsearbeideren tenker på beboerne i mottaket som noe annet enn seg selv. Hun gir uttrykk for at det er greit å skape avstand mellom seg selv og beboerne, for å beskytte seg selv. Hvilket behov de kvinnelige beboerne måtte ha for å snakke med noen utenforstående, synes å komme i andre rekke. Det er det potensielt "farlige" ved beboerne som står i fokus for helsearbeidernes beretninger. Å ta avstand beskrives som en legitim følge av dette.

### ***6.3 Dikotomien oss og de andre***

Når helsearbeiderne skaper avstand til de kvinnelige beboerne, trer en dikotomi klart fram. Det er dikotomien oss og "de andre". Dikotomier kan beskrives som begrepspar, som vi bruker for å avbilde og kategorisere verden. Noen av de dikotomiene vi benytter oss av i det daglige er for eksempel mann/ kvinne, rett/ galt, privat/ offentlig, død/ levende og så videre. Dikotomiene er motsetninger, det som ikke er rett er som regel galt, når man ikke er mann er man kvinne og så videre. Motsetningene kan ikke forenes, og et av leddene i dikotomien er verdt mer enn det andre. Jeg skal vise på hvilken måte dikotomien oss og de andre produseres gjennom uttalelsene til helsearbeiderne vi har intervjuet.

Dikotomien oss / de andre kommer for eksempel til uttrykk i formuleringen: *”Jeg tenker det er ok å ikke vite så mye om beboernes bakgrunn, da kan vi bli redde”*. Beboerne er noe annet, de har en fremmed og farefull bakgrunn, som representerer en potensiell trussel mot helsearbeidernes sikkerhet.

Når flere av helsearbeiderne snakker om kvinnene, er de ikke lenger primært kvinner (selv om de blir omtalt som det), de er ikke lenger mødre, de er ikke lenger arbeidere, de er ikke lenger døtre. De er først og fremst fremmede. Denne fremmedheten representerer en fare for helsearbeiderne. En av helsearbeiderne sier *”en kvinne kastet en blomsterpote en gang. Det var ubehagelig for oss”*. Helsearbeideren er hjelpeløs i forhold til kvinnens underlige væremåte. Hun gjør ikke noe forsøk på å identifisere seg med handlingen, hun beskriver kun ubehaget den kastede blomsterpotten hadde på seg selv. Slik blir beboeren gjort til *”den andre”*. Å kategorisere de kvinnelige beboere som fremmede er en måte å slippe å forholde seg til kvinnene på. Halldis Leira (2003) skriver at det hadde vært lettere å forholde seg til de man arbeider med dersom de hadde hatt en bestemt type personlighet. Det er et ubehagelig faktum for helsearbeiderne at kvinnene i mottaket er like forskjellige som du og jeg, samtidig som de likner oss. Leira skriver at det er i slike møter man må berøre den ukomfortable tanken om at man selv kunne ha vært i kvinnenens situasjon (Leira, 2003, side 118). Leira skriver at denne tanken som oftest kommer dersom hjelper og mottaker av hjelpen er av samme kjønn og i tilnærmet lik alder. Alle helsearbeiderne vi har intervjuet er kvinner, og de fleste kvinnene som bor i mottak er på deres egen alder. En av helsearbeiderne svarer når vi spør om det gis spesiell bistand til utsatte kvinner, at *”Nei, vi har ikke noe spesielt rettet mot denne gruppa”*. Utsatte kvinner blir i dette utsagnet plassert i en slags samlebetegnelse, og redusert til *”gruppa”*. De utsatte kvinnene mister sin egenart, og blir en del av den store gruppen på mottaket, bare omtalt som kvinnelige asylsøkerne, de blir *”De andre”*. Når helsearbeiderne definerer kvinnene til en bestemt kategori, beskytter de seg fra muligheten at det kunne vært dem som bodde i mottaket.

Da vi spurte en av helsearbeiderne om det på mottaket der hun jobbet var noe spesielt fokus på menneskerettighetene, så hun spørrende ut, før hun svarte *”Menneskerettighetene..?”*. Solveig Dahl (2001) skriver at dersom man ser på kvinner og helse i et globalt perspektiv, ser man at brudd på menneskerettighetene ovenfor kvinner er til stede både i det offentlige og i det private rom, så vel under krig som under den organiserte volden i terrorregimer. Hun mener at menneskerettighetsbruddene tar livet av kvinner, og etterlater enda flere med

kroniske og betydelige helseskader, både fysiske og psykiske. Når man ser på kvinner i mottak ser man at mange kvinner har blitt utsatt for brudd på rettighetene. Eksempler er tvangsgifting i ung alder, påtvungen seksuell aktivitet, mishandling, kontroll fra å delta i det offentlige liv og fri bevegelse. Noen av bruddene kan kvinnene ha vært utsatt for før de ankom Norge, mens noen av bruddene blir begått daglig, i norske mottak. Helsevesenet har en sentral rolle i det å kunne avdekke brudd på menneskerettighetene, fordi de fleste kvinner en eller annen gang i sitt liv oppsøker en form for helsetjeneste. Det betyr at det er helsepersonell som har størst mulighet til å identifisere menneskerettighetsbrudd (Dahl, 2001). Uttalelsen fra helsearbeideren uttrykker et lite bevisst forhold til beboerne og deres rettigheter. Når helsearbeiderne er så lite bevisste disse rettighetene, kan det forklares med at de ikke sidestiller beboerne med seg selv. Beboerne er de andre, og de andre er det lettere å forholde seg distansert til.

Hva gjør dette skillet mellom oss og de andre med helsearbeidernes syn på vold mot kvinnene i mottaket? Ved spørsmål om hva som gjøres i konkrete tilfeller av vold, sier en helsearbeider: *”Jeg har ikke noe forhold til kvinner som blir utsatt for vold i mottaket. Jeg har aldri blitt bedt om å ha noe med det å gjøre, og det er heller ikke kapasitet til å gjøre noe dersom det forekommer. Temaet blir rett og slett ikke tematisert.”* Man kan spørre seg om hvorfor helsearbeideren gir uttrykk for denne innstillingen. Helsearbeideren stiller seg gjennom sin uttalelse helt utenfor temaet som omhandler vold. Hun har aldri blitt bedt om å gjøre noe, derfor forholder hun seg heller ikke til problemet. Det å ivareta sine pasienters sikkerhet er ikke en selvfølgelig del av hennes mandat, men noe hun må bes spesielt om. En annen helsearbeider beskriver i en samtale en jente som ble utsatt for vold fra kjæresten sin, men som ikke ønsket innblanding fra personalet på mottaket. Når vi spør hva helsearbeideren gjorde i denne situasjonen, sier hun *”Tja... ja.. vi har i grunnen ikke noen mulighet til å gjøre noe. Når du bor i Norge er du i grunnen ikke nødt til å finne deg i innblanding fra andre hvis du ikke ønsker det selv”*. Dette er også en form for ansvarsfraskrivelse. At den voldsutsatte kvinnen sier at hun ikke ønsker innblanding betyr for helsearbeideren at man kan legge saken fra seg, kun under påskudd av at nå bor hun i Norge, og ingen her skal motta hjelp hvis de ikke selv ønsker det. Dikotomien om oss og de andre står sterkt i uttalelsene fra helsearbeiderne, og den rettferdiggjør på et vis at helsearbeiderne ikke forholder seg til de kvinnelige beboerne når det gjelder spørsmål som angår vold og overgrep.

De som faller utenfor den rådende diskursen, de marginaliserte og de som er brakt til taushet, blir av Michel Foucault karakterisert som "de andre" (Thomassen, 2006). I helsearbeidernes beskrivelser av kvinnene og deres opplevelser, ser jeg at helsearbeiderne definerer kvinnene som noe annet enn seg selv. Kvinnene konstitueres som "de andre". Derfor kan også helsearbeiderne tillate seg å skape avstand mellom seg og de kvinnelige beboerne. Forholdet mellom meg (eller oss) og de andre (eller de fremmede) blir i flere av helsearbeidernes uttalelser så sterkt beskrevet, at forholdet mellom hva som er rett og galt synes å komme i bakgrunnen. Helsearbeiderne tillater og legitimerer andre ting enn de i en annen situasjon ville gjort. Et eksempel på dette er når en av helsearbeiderne sier: *"Noe jeg har jobbet mye med er når man slår barna sine. Men hva er forskjellen på å få en dask og å få bank? Her er det forskjeller, men noen barn forventer jo å få en dask hvis de har gjort noe galt. Det er en normal variant for en del folk innenfor visse familiestrukturer"*. Med dette sitatet viser hun at hun er opptatt av slike ting som at voksne ikke skal slå barn. En del av jobben hennes er å lære asylsøkerne at her i Norge er det ikke lov å slå barna sine. På spørsmål om hvordan hun forholder seg til det at det er vanlig å slå barna sine i noen kulturer, og hva hun gjør dersom det skjer på hennes mottak, svarer hun *"Nei, jeg må jo prøve å finne ut når det bare er en dask, 80 prosent får jo det, eller om det er noe alvorligere"*. Hun legitimerer altså det faktum at 80 prosent av barna blir slått, og at det ikke er alvorlig nok til å gjøre noe mer med det. Hun forklarer det hele i et kulturperspektiv, at asylsøkerne kommer fra en annen kultur, der det å gi barna en dask er vanlig. I dette tilfellet blir forholdet mellom oss og de andre en sterkere og mer dominerende motsetning enn motsetningen mellom rett og galt.

Et annet eksempel på at forholdet mellom rett og galt oppløses er når en av helsearbeiderne sier *"Hvis et barn kommer med en blåveis og man mistenker en av foreldrene for å utøve vold mot barnet, spør vi barnet om det har blitt slått. Hvis barnet sier nei, er det ingenting vi kan gjøre"*. Her sier altså helsearbeideren at det ikke er mer de kan gjøre dersom barnet sier at det ikke blir slått hjemme. Betyr dette at det ikke sendes bekymringsmeldinger til barnevernet, og at temaet ikke blir snakket om, verken med foreldre eller barnet? Uansett konkluderer helsearbeideren med at *"det er ingenting vi kan gjøre"*. I møte med den andres fremmedhet må begreper om rett og galt resignere. Dette er et eksempel med et barn, men intervjuene våre viser at denne problematikken også gjelder for kvinner i forhold der det foregår vold. En helsearbeider sier *"Vi kan ikke gjøre så mye ved mistanke, kun ved konkrete tilfeller av vold"*, mens en annen helsearbeider sier at *"Jeg vil ikke spørre mer når ikke kvinnene selv sier mer"*.

Kvinnenes annenhet brukes som et argument mot innblanding. Vegringen mot å gripe inn i den Andres private sfære virker sterkere enn plikten om å avverge vold. Uttalelsene bidrar til å skape avstand og til å reprodusere kvinnenes annenhet.

#### ***6.4 De andre har volden med seg***

De kvinnelige asylsøkernes annenhet kommer også til syne i uttalelser som konkret dreier seg om vold og overgrep. I disse uttalelsene kommer et nytt aspekt inn; at helsearbeiderne ikke klarer å skille mellom volden kvinnene har vært utsatt for og den de er utsatt for.

En helsearbeider sier at ”*en stor del av problemet med vold handler om at flere av asylsøkerne er vant til å agere med vold i hjemlandet*”. Helsearbeideren beskriver asylsøkerne som om de skulle ha med seg volden som en del av kroppen når de kommer til Norge, når hun videre sier ”*Det er uvant for dem å tenke at de ikke trenger vold lenger. Siden de er vant til å bruke vold, er det vanskelig å legge bort voldelige tendenser når de kommer til Norge*”. Kvinnene har vært utsatt for vold, og er voldsofre. Mennene er potensielt farlige, volden blir en del av dem. Den volden som utføres av menn, og som kvinner utsettes for i asylmottaket, blir på den måten en senvirkning av den de har vært utsatt for tidligere. Dermed blir volden også uunngåelig. En helsearbeider sier ”*Jeg tror heller ikke kvinnene er spesielt opptatt av problemer knyttet til vold*”. Volden framstilles som naturlig for kvinnene, og dermed også noe de utsatte kvinnene ikke selv ser på som problematisk.

##### **6.4.1 Pierre Bourdieus Doxa**

Helsearbeiderne kategoriserer asylsøkerne som ”de andre”, og ordner sin verden på en måte som framstiller asylsøkerne som naturlig forbundet med vold. Når ingen tar til motmæle for denne forståelsen, opprettholdes den doxiske forståelsen hos helsearbeiderne. I et sosialt rom eller i et felt, vil det alltid være en doxa som rår (Bourdieu og Wacquant, 1996). I dette tilfellet er feltet vi forholder oss til helsearbeidet på asylmottak, og doxa vil være å definere de kvinnelige asylsøkerne som ”de andre”, som er naturlig forbundet med vold. Denne doxaen er definert av de som dominerer feltet. I teorikapittelet skrev jeg at det å problematisere doxa kan føre til utestengelse. Man må lære å innordne seg under det doxiske som dominerer feltet. Den som kan utfordre doxa og endre den, er den med makten i feltet. I dette tilfellet er det

altså helsearbeidene som må utfordre et slikt syn på kvinnene, blant annet ved å omtale kvinnene på en annen måte. Først da kan man si at doxa er endret: helsearbeiderne vil da kunne se andre trekk ved de kvinnelige beboerne.

### **6.4.2 Kulturrelativisme**

Helsearbeidernes beskrivelser ovenfor, kan relateres til et kulturrelativistisk perspektiv. I et kulturrelativistisk perspektiv er det umulig å rangere kulturer etter kvalitet, moral eller utviklingsnivå. Dersom man skal være konsekvent, betyr det at en kulturrelativist ser all kultur som like bra, bare det er en del av en kultur (Hylland Eriksen, 2001). Tilbake til asylmottakene kan man si at en kulturrelativist vil kunne begrunne og forstå det å slå sin kone og sine barn, på bakgrunn av de kulturelle sammenhengene de hører hjemme i. Dermed vil man heller ikke kunne angripe eller kritisere denne praksisen. En kulturrelativist vil i verste fall være ute av stand til å ta stilling til noe som helst, samtidig som evnene til skille mellom rett og galt kan bli borte (Hylland Eriksen, 2001). Når en av helsearbeiderne uttaler *”men hva er forskjellen på å få en dask og å få bank? Her er det forskjeller, men noen barn forventer jo å få en dask hvis de har gjort noe galt. Det er en normal variant for en del folk innenfor visse familiestrukturer”*, vitner dette om et kulturrelativistisk syn på hvordan hun skal forholde seg til beboerne i mottaket. Respekten for den andres særegenhet blir med andre ord sterkere enn moralske verdier som hva som er rett og galt.

### **6.4.3 Ifigenia og Elektras ansvarskoder**

Halldis Leira (2003) beskriver ulike ansvarskoder, som er forskjellige i det offentlige og i det private. Når Leira gir navn på de ulike ansvarskodene, viser hun tilbake på mytene om Ifigenia og Elektra, som er beskrevet tidligere.

Leira bruker et eksempel med en bank som blir ranet, der årsaken til ranet aldri vil bli forklart med egenskaper ved banken selv. Banken er et uskyldig offer som er blitt utsatt for en ytre handling. Deretter viser hun til at dersom en kvinne blir slått av sin mann, kan det bli argumentert med at det er hennes egen feil. Hun kan ha sagt noe feil eller gjort noe galt. Ansvarskoden i de to tilfellene er forskjellige. I det første eksempelet gjelder det Halldis Leira

kaller ”Ifigenias ansvarskode”. Det er raneren og bare han som er ansvarlig for sin atferd. Ifigenias ansvarskode viser at enhver voksen tilregnelig person må ta ansvaret for sine egne handlinger.

Leira (2003) viser deretter at denne ansvarskoden der enhver er ansvarlig for sin atferd, ikke automatisk gjelder i det private. Kvinner kan få skylden for vold de blir påført, og mødre kan få ansvaret for fedres atferd. Mannens handlinger blir lagt over på kvinnen, og han går fri. Dette er ”Elektras ansvarskode”. Den samme sosiale orden gjelder ikke i det private som i det offentlige, og menneskerettighetene har ikke oppnådd hegemoni i det private enda (Leira, 2003). Den private volden kjennetegnes ved at den ikke bringes frem i offentligheten, og den er skjult fra omverdenen. Dermed har ikke kvinner og barn noen opplagt rett til å være trygge i det private rommet. Det er denne ansvarskoden helsearbeiderne også ubevisst referer til når de for eksempel velger å ikke gjøre noe mer hvis kvinnen sier at hun er blitt slått i hjemmet. Hadde kvinnen blitt slått ute på gårdsplassen foran asylmottaket, hadde det sannsynligvis blitt ringt til politiet, og mannen hadde blitt ansvarliggjort. Kvinners trygghet fremstår ikke som det viktigste for helsearbeiderne på mottakene, selv om alle mennesker, også kvinner, har rett til å være trygge. Det private rom skal i likhet med det offentlige rom, føles trygt, om ikke tryggere. På mottakene blir kvinnene ansvarlige for volden som utøves mot dem og barn. Volden foregår i det private rom, og kvinnen blir den som er nødt til å ta ansvar for å komme seg ut av situasjonen eller få hjelp.

### ***6.5 Volden har aldri blitt tematisert***

En grunn til at helsearbeiderne har stor avstand til beboerne, og at de definerer de kvinnelige beboerne som ”de andre” gjennom sine beskrivelser, kan være at vold er et tema som er tabu- og skambelagt. Når volden ikke blir tematisert eller problematisert, blir den vanskelig å identifisere og få tak i.

Intervjuene med helsearbeiderne vitner om at temaer om vold og overgrep mot kvinner i mottak har vært lite tematisert, både i utdanningen til helsearbeiderne og i arbeidshverdagen. En av helsearbeiderne fikk spørsmål om det var noen på mottaket som hadde mer erfaring enn andre, eller spesiell kompetanse på området knyttet til vold, og svarte: ”*Tror ikke noen har noe spesiell kompetanse på det. Det er et vanskelig tema det der. De ansatt har sikkert mange*

*sperrer på det de og*”. Hun vet altså ikke om det er noen av kollegaene som har kompetanse på dette feltet, og begrunner det med at det er mange sperrer på å jobbe med slike problemstillinger. Siden hun ikke vet om noen innehar kompetansen, kan vi anta at temaet ikke har vært oppe til diskusjon, og at det fra mottaket side ikke er delegert noe ansvar for disse problemstillingene. Helsearbeideren trekker selv fram et viktig aspekt ved mangelen på tematisering av problemstillingen når hun sier at *”de ansatte har sikkert mange sperrer på det de og*”. Vold er et tabubelagt tema som kan være svært vanskelig både å avdekke og å forholde seg til. Kvinner som er utsatt for vold kan av mange grunner la være å åpent erkjenne volden. Dermed blir volden noe som foregår i det skjulte, som regel innenfor rommets fire vegger. Slik blir volden gjort privat, og den er vanskelig å oppdage for helsearbeiderne.

Helsearbeideren begrunner at temaer som vold og overgrep ikke blir aktualisert i mottaket med at temaet er tabu- og skambelagt, og dermed vegrer de ansatte seg for å gå inn på tematikken i arbeidet. En annen grunn til at volden blir usynliggjort er at de ansatte har lite kompetanse på spørsmål som dreier seg om vold. En av helsearbeiderne sier blant annet *”Når det gjelder gifte kvinner som ikke forlater rommet sitt, ser vi på det som at mennene passer godt på sine kvinner*”. Tidligere i denne oppgaven presiserte jeg at vold alltid inneholder en form for makt. Makten kan komme til uttrykk på forskjellige måter, blant annet som en posisjon. Dette betyr i dette tilfellet at mannen inntar en posisjon ovenfor sin kone der han anser seg som hennes overordnede, han kan bestemme over henne. Videre i definisjonen av vold er begrepet kontroll viktig. Kontroll er når man med makt eller trussel tar eller krever kontroll over den andres liv eller deler av det (Isdal, 2000). Kontrollen kan i praksis bety en innsnevring av den andres frihet, slik vi ser i dette tilfellet. Mannen tar kontroll over sin hustrus liv, og hennes frihet reduseres. Gjennom helsearbeideren sitt utsagn, får vi inntrykk av at hun opererer med et begrep om vold som ikke rommer et slikt maktspekt.

### **6.5.1 Fører lite tematisering til avmakt?**

Isdal (2000) skriver at opplevelsen av avmakt er knyttet til selvfølelse og selvbylde. At temaet vold og overgrep mot kvinner er lite tematisert forstår vi gjennom uttalelsen til denne helsearbeideren, når hun innledningsvis i intervjuet sier: *”Uff, jeg håper jeg kan svare på noe av det du kommer til å spørre om.*” Dersom helsearbeiderne har lav selvtillit hva angår arbeidet de gjør i forhold til vold, vil de lettere oppleve avmakt enn andre. Isdal sier at dette



spesielt dreier seg om situasjoner der det er snakk om prestasjoner (Isdal, 2000, side 117). At helsearbeiderne har lav selvtillit når det gjelder arbeidet med vold og overgrep mot kvinner, mener jeg går som en rød tråd gjennom alle intervjuene. Ingen av helsearbeiderne vi har intervjuet har sagt at de føler at de har nok kunnskap om temaet, og flere har beskrevet at de har følt seg usikre når vi har innledet intervjuet.

## 7 Lederes definisjon av helsearbeiders rolle

Denne oppgavens intensjon er å se på ulike definisjoner av helsearbeiders rolle i forhold til vold og overgrep. Intervjuene med ledere i mottak kan bidra til å belyse hvordan helsearbeiders rolle blir beskrevet av deres nærmeste leder. Lederen på mottaket er (som vi skal se senere i oppgaven) den i mottak som har det overordnede ansvaret i forhold til vold og overgrep. Hvordan helsearbeiders rolle blir beskrevet av leder vil gi innsikt i helsearbeidernes egen rolleforståelse når det gjelder vold mot kvinner.

Vi intervjuet til sammen fem ledere. Av disse var fire menn og en kvinne. Av anonymitetshensyn har jeg valgt å ikke skille mellom mannlige og kvinnelige ledere. Alle lederne vil bli omtalt som ”han” videre i oppgaven.

Helsearbeidet i mottak blir svært ulikt beskrevet, og viktigheten av arbeidet blir særdeles ulikt vektlagt av lederne vi har intervjuet. Ingen av lederne vi har snakket med fremhever samarbeidet med helsearbeiderne i forhold til vold og overgrep mot kvinner som spesielt viktig.

### 7.1 Helsearbeid – et uklart mandat

Når det dreier seg om saker som omhandler vold og overgrep, viser intervjuene vi har gjort med lederne i mottak at praksis rundt slike situasjoner er svært ulike på de forskjellige mottakene. En av lederne beskriver en topptung modell i saker som omhandler vold og overgrep, der helsearbeiderne er lite synlige. Han sier at ”*Som hovedregel skal alle voldstilfeller forankres i ledelsen*”, og at ”*i grove tilfeller bruker vi et avviksrapporteringsskjema*”. Dette er en spesiell type rapport hvor man beskriver hva som har skjedd. Rapporten skal leveres til leder, som har ansvar for å snakke med den aktuelle miljøarbeideren som har vært i situasjonen. Lederen forteller at det er miljøarbeiderne som i det daglige håndterer problemer som oppstår. Helsearbeiderne har ifølge lederen andre mål enn samtaler med beboere som sitt ansvarsområde. Lederen sier at det i noen saker blir brukt helsearbeidere: ”*Dette kan forekomme i saker hvor den utsatte kvinnen føler overgrepet som en æressak*”. Lederen sier at i slike situasjoner er temaene som regel tabubelagt, og den utsatte kvinnen ønsker ikke at landsmenn eller andre skal få kjennskap til historien. Lederen sier

imidlertid at *”Det kan være vanskelig å bruke helsearbeiderne i slikt arbeid. Det er miljøarbeiderne som har best og mest kontakt med beboerne. Helsearbeiderne er litt eksklusive, og får dermed en spesiell rolle”*. Denne lederen benytter samme strategi som vi tidligere i oppgaven har sett at helsearbeiderne benytter: lederen snakker om oss og de andre. Når helsearbeiderne definerte de kvinnelige asylsøkerne som de andre, skapte de en avstand som gjorde at det ble lettere å forholde seg til problemene rundt vold mot kvinner. Lederen i dette tilfellet beskriver tydelig at helsearbeideren innehar en annen, og mer eksklusiv eller opphøyet rolle. Han hevder at det er miljøarbeiderne som er de mest egnede til å håndtere spørsmål rundt vold og overgrep, fordi de kjenner beboerne bedre. Helsearbeideren blir redusert til *”den andre”*, som ikke kan gjøre dette arbeidet godt nok, og som har andre mål med sitt arbeid. Konkret hva disse målene går ut på, kommer ikke fram i intervjuet.

En annen leder fremhever også dikotomien *”oss og de andre”*, og stiller spørsmål om behovet for å ha helsearbeidere på mottaket: *”Jeg synes i grunnen det er litt ”overkill” å ha helsearbeidere ved mottaket”*. Han forteller videre at helsearbeideren er engasjert i femti prosent stilling for å ta seg av smittevern, og femti prosent stilling for å ta seg av spørsmål relatert til barn, og at *”hun får ikke mye befatning med andre ting”*. Han sier videre at han syntes det er unødvendig at vi gjør intervjuer med helsearbeidere på *”hans”* mottak, da *”Hun kan umulig svare på spørsmåla”*. Han mener at beboerne har fastleger, helsesøstre på skolen og så videre, og at *”Det blir kunstig hvis vi skal blande oss inn”* i helserelaterte spørsmål. Beskrivelsene til denne lederen viser tydelig at helsearbeiderens rolle synes uklar for lederen. Han forstår ikke hensikten med å ha helsearbeider på mottaket, og helsearbeiderens rolle blir vurdert til å være betydningsløs på dette mottaket.

En annen måte å se at dikotomien kommer til syne er gjennom uttalelsene til en annen leder, som har et helt annet syn på helsearbeidet enn lederen ovenfor. På dette mottaket blir mye ansvar lagt hos helsearbeiderne, og lederen svarer på spørsmål om hvordan de avdekker vold på mottaket, at *”Vi har jo meldeplikt i forhold til UDI. Men vi ville vel ta kontakt med helsearbeideren her. Så ville kvinnen bli innkalt til samtale og få tilbud om lege. Legen kan henvise til psykolog for behandling. Men det har vi ikke så mye med, det er helsearbeideren som tar seg av det”*. *”Den andre”*, i dette tilfellet helsearbeideren, får det hele og fulle ansvaret for saksgangen i saker som har med vold å gjøre. Lederen sier fra seg ansvaret, dette temaet har han ikke noe med å gjøre, og helsearbeideren står så godt som alene i arbeidet med vold mot kvinner.

En motvekt til disse annengjørende beskrivelsene av helsearbeiderne er en leder som forteller at helsearbeideren på mottaket deltar i et internt psykososialt team, som består av miljøarbeidere, sykepleier og ledelse. Lederen beskriver et godt samarbeid internt når det gjelder voldsrelaterte saker. Alle saker som omhandler vold meldes til leder, og teamet har et felles ansvar i saker som omhandler vold. Leder beskriver også et godt samarbeid med eksterne instanser som lensmann, ordfører, legekantor, helsestasjon, barnevern og DPS. På mottaket har alle de ansatte kontor i felles korridor, og leder beskriver dette som viktig i forhold til samarbeid.

Vi ser altså at helsearbeiderens rolle blant lederne blir svært ulikt definert, og helsearbeidernes mandat synes uklart for lederne vi har intervjuet. Mens en leder rett og slett ikke ser poenget med å ha helsearbeidere på mottaket, forteller en leder om svært godt internt samarbeid mellom alle de ansatte på mottaket, helsearbeideren inkludert. På noen mottak får ikke helsearbeideren noen befatning med spørsmål som dreier seg om vold og overgrep, mens det på andre mottak viser seg at det er helsearbeideren som har det hele og fulle ansvaret for disse problemstillingene. Holdningene og forventningene til helsearbeiderne som avspeiles fra lederne er svært ulike, og dette er med på å skape uklarhet omkring helsearbeiders rolle og ansvarsområder. Dette får konsekvenser for hva man reelt avdekker av vold, og i hvilken grad man kan drive forebyggende arbeid i forhold til vold og overgrep på mottak.

## 8 Migrahels definisjon av helsearbeiders rolle

Migrahel er en faggruppe for helsearbeidere som arbeider med migrasjonshelse. Informanten fra Migrahel vet hvordan helsetjenesten fungerer og ideelt sett bør fungere, og hennes beskrivelser av helsearbeiders rolle i asylmottak kan gi innsikt i hvordan helsearbeidet bør fungere for best mulig å ivareta voldsutsatte kvinner i asylmottak.

Informanten vi har intervjuet i Migrahel jobber på et legekontor spesielt for asylsøkere i et av fylkene på Østlandet. Legekantoret er et samarbeid mellom fire kommuner, hvor det er asylmottak i to av kommunene. Brukerne av legesenteret er asylsøkere på mottakene, nybosatte flyktninger, personer på familiegjennforening, og noen såkalte ”slengere”, det vil si tidligere asylsøkere som bor illegalt i Norge, kvinner på krisesentre uten helsetilbud og arbeidsmigranter. I tillegg kommer de som representanten fra Migrahel kaller ”*noen andre som ingen tar seg av, de som ikke har fastlegetilsyn*”. Informanten har vært med å starte Migrahel, en organisasjon som fremdeles er i startfasen. Organisasjonen har hatt noen problemer med å verve medlemmer, men har nå mellom 30 og 40 medlemmer. Hun forteller at organisasjonen er for helsepersonell som jobber i mottak og ute i kommunene. De fleste medlemmene er helsesøstre og sykepleiere, i tillegg til to leger. Hun forteller at ”*Det er en nettverkstanke, å søke støtte og hjelp hos hverandre*”, som er tanken bak organisasjonen.

Når vi spør om Migrahel mener at helsetilbudet for asylsøkere er tilstrekkelig, svarer hun ”*Det er en liten og ny organisasjon, så jeg må nok helst snakke for meg selv, for min egen del. Men tilstrekkelig? Nei, det vil jeg ikke si*”. Vi spør videre hva hun mener mangler i helsetilbudet: ”*Den narrative delen, å invitere til å fortelle om livet sitt, fra de var barn, traumer seinere, til de kommer her*”. Hun mener altså at asylsøkerne ikke får tilstrekkelig tid til å snakke og fortelle. Den psykiske helsen blir med andre ord nedprioritert, for som hun sier ”*av tidsmessige grunner blir det en salderingspost. Først og fremst fordi det tar tid å gjøre. Men også fordi det er lett vint å hoppe over det*”. Juritzen og Heggen (2006) skriver at omsorgsarbeidere som står ansikt til ansikt med brukerne, ofte føler en utpreget lojalitet til brukeren, men at de kjenner på presset til krav om å gå på akkord med egne faglige og etiske standarder for å spare minutter. Det er denne situasjonen representanten fra Migrahel forteller om. Samtidig sier hun også at pasientene i helsetjenestene helst vil fokusere på her- og nå-

plagene. De ønsker lindring for aktuelle smerter, og det er som regel på helt aktuelle plager pasientene ønsker fokus.

Når vi spør henne om det er en fordel at helsetjenester for asylsøkere er lokalisert på asylmottaket, svarer hun bekreftende på dette, så lenge man klarer å fange opp alle, ikke bare de som selv oppsøker helsetjenesten: *”Det må være et system som fanger opp alle. Det må være et system som fanger opp de som ikke ber om time. Det som er skambelagt, de kommer ikke med det”*. At tabubelagte temaer kan være vanskelig å snakke om for kvinnene, og å få tak i for helsearbeiderne, er noe representanten fra Migrahel trekker fram. Representanten understreker at det er en fordel at helsetjenestene er lokalisert på mottaket, slik at helsearbeiderne klarer å fange opp og snakke med så mange som mulig. Ved å betone viktigheten av å fange opp tabubelagte temaer, understreker hun at helsearbeidernes rolle i forhold til vold går mye lenger enn til behandling av somatiske skader.

### ***8.1 Oss og de andre***

Men også i intervjuet med representanten fra Migrahel, kommer dikotomien oss og de andre fram. For eksempel på spørsmål om hun har inntrykk av at kvinner er engstelige for vold og overgrep, svarer hun *”Ja, nei... Det er ikke så ofte. Men det hender. Mest stygge ord og sånn. Men kanskje jeg ikke er våken nok?”*. Hun sier videre at *”Det de sier at de er mest redde for er at det skal skje noen helseting. Det er oftere. Infarkt eller sånn, og om de får tak i helsehjelp da. Det er mer det de er redde for, tror jeg.”* Hennes uttalelser bekrefter altså noe av det samme helsearbeiderne i mottakene har sagt: at det virker som om kvinnene er mer opptatt av andre ting, enn frykt for vold og overgrep. Kvinnene blir gjort til ”den andre”, og den andre er ikke så opptatt av beskyttelse og trygghet som oss, hun er mest opptatt av lindring av somatiske problemer. Informanten forteller at kvinnelige beboere opplyser vold i familien som årsak til at de er på flukt. Hun forteller også at disse kvinnene beskriver vold fra ektemenn, tvangsgiftemål og overgrep over lengre tid. Det blir en splittelse i uttalelsene fra representanten når hun sier at hun vet dette om de kvinnelige beboerne, samtidig som hun sier at det er mulig at hun ikke registrerer at kvinnene i mottak opplever situasjoner i mottak som potensielt farlige: Hun beskriver en mottakshverdag der *”Det er jo massevis av unge, enslige menn på mottak, i en alder hvor hormonene spruter”*. Med denne viten, sier hun altså at hun muligens *”kanskje ikke er våken nok?”* til å se om kvinnene oppfatter hverdagen i mottakene

som potensielt farlig. Uttalelsen vitner om at representanten fra Migrahel vet og kjenner til at mange kvinner opplever vold i mottak, men begrunner sitt manglende engasjement med manglende oppmerksomhet.

## ***8.2 Helsearbeideren tilskrives ingen spesiell rolle i forhold til vold***

Når vi i intervjuet stiller mer konkrete spørsmål i forhold til vold og overgrep, blir det tydelig at dette ikke har vært et tema i Migrahels arbeid enda. Det kommer i intervjuet tydelig fram at Migrahel ikke har jobbet så lenge sammen. På spørsmål om kvinners livssituasjon på mottak har vært et tema for Migrahel er svaret ”*Nei, men det kommer. Vi er jo så nye*”. Heller ikke kvinners særlige helsebehov eller vold mot kvinner har vært tema for Migrahels arbeid. Om temaet kvinners sikkerhet og trygghet på mottak har vært tema sier representanten ”*Nei, ikke enda iallfall*”. Betydningen av lokale tverrfaglige team har heller ikke vært en del av Migrahels arbeid. Når vi spør om hun opplever at disse temaene opptar helsearbeiderne ute i mottakene, svarer hun ”*Ikke veldig mye, tror jeg. Men jeg vet ikke så mye om det*”.

Vi spør henne også om Migrahel mener at mottakene fokuserer tilstrekkelig på kvinners sikkerhet og trygghet, og om hun mener at UDI fokuserer tilstrekkelig på kvinners sikkerhet og trygghet i sitt arbeid. På dette svarer hun ”*Det vet jeg ikke så mye om*” og ”*Det kan jeg ikke svare på*”. De unnvikende svarene gir en forståelse av at representanten fra Migrahel ikke tilskriver helsearbeidet noen klart definert rolle i forhold til vold og overgrep mot kvinner. Temaet vold har ikke vært på dagsorden, og hun kan heller ikke svare på hvilken betydning hun mener at helsearbeideren bør ha i forhold til dette arbeidet. Organisasjonen som er dannet for og av helsearbeidere i Norge tilskriver altså ikke helsearbeidere noen spesifikk og tydelig rolle i forhold til vold og overgrep mot kvinnelige beboere i mottak.

## 9 De skriftlige dokumentene

Helsearbeidere forholder seg til flere dokumenter når de arbeider med asylsøkere i mottak. Jeg skal se nærmere på hvordan veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet og styringsdokumentene fra UDI (Driftsreglementet og Kravspesifikasjonen) definerer helsearbeiderne og deres rolle i forhold til vold og overgrep mot kvinner. Innledningsvis kommer jeg til å gi en redegjørelse for hva slags type dokumenter de ulike tekstene er, og hvem de er ment for. Deretter vil jeg redegjøre for to begreper som jeg skal bruke i analysen: modelleser og talehandling. Til slutt vil jeg gå konkret inn og se på hvordan helsearbeiderens rolle er definert i de ulike dokumentene. Å se på hvordan helsearbeiderens rolle blir definert i de ulike dokumentene er viktig fordi de gir et innblikk i de ulike ”stemmene” helsearbeiderne må forholde seg til, og som er styrende for helsearbeidernes arbeid i forhold til vold og overgrep mot kvinner.

### *9.1 Hva slags type dokumenter er Driftsreglementet, Kravspesifikasjonen og Veilederen?*

De viktigste styringsdokumentene ansatte i mottak har å forholde seg til er Reglement for drift av statlige mottak (Driftsreglementet) og Kravspesifikasjonen. I tillegg utfyller veiledere, rundskriv og rutinebeskrivelser bestemmelsene i styringsdokumentene<sup>9</sup>. For helsearbeidere i mottak blir også Veilederen Helsetjenestetilbud til flyktinger og asylsøkere et viktig styringsdokument i det daglige arbeidet.

Driftsreglementet angir de overordnede målsettinger, i tillegg til rammer og ansvarsfordeling, mens Kravspesifikasjonen angir hvilke kvalitetskrav som stilles til driften. Veilederen (Helsetjenestetilbud til flyktinger og asylsøkere) omtaler helsetilbudet asylsøkere skal ha i alle ledd av prosessen. Den sier derfor noe om helsetilbudet til asylsøkere i transittfasen, når asylsøkerne bor i ordinære mottak og etter at de er bosatt i kommunene. Som sagt tidligere i oppgaven er den basert på regelverk, relevant litteratur og erfaringer som er gjort i fagmiljøet.

---

<sup>9</sup> <http://www.udi.no/templates/Tema.aspx?id=7486>, 24 mars 2008



Driftsreglementet og Kravspesifikasjonen er utgitt av Utlendingsdirektoratet (UDI). Det er UDI som har ansvar for innvandrings-, integrerings- og flyktningarbeid, og direktoratet er underlagt Arbeids- og inkluderingsdepartementet<sup>10</sup>. Siden begge dokumentene angir blant annet målsetninger, ansvarsfordeling og krav til driften, kan de betraktes som både politiske dokumenter og bruksdokumenter. Veilederen er utgitt av Sosial- og Helsedirektoratet, og beskriver i likhet med dokumentene fra UDI ansvarsfordeling, men også organisering av helsetjenesten i asylmottak. I tillegg følger det en oversikt over lover, forskrifter og rundskriv som helsearbeidere må forholde seg til. I likehet med Driftsreglementet og Kravspesifikasjonen kan man også betrakte Veiledren som et politisk dokument og et bruksdokument.

Dokumentene er arbeidsredskaper for de ansatte i mottakene, men de ansatte har ikke vært med på å utforme disse. Tekstene er utformet på politisk nivå, sannsynligvis ut fra de rådende teori- og verdisyn som var aktuelle på det tidspunkt teksten ble utformet. I tillegg kan også den politiske og økonomiske situasjonen i Norge på skrivetidspunktet ha hatt innvirkning på hvordan dokumentet er utformet. Dokumentene gjenspeiler altså den rådende samfunnsdebatten og diskursen, og blir derfor et viktig speil til omverdenen om hvordan politikere betrakter det arbeidet som blir gjort i mottak.

Alle mottak skal ha faste regler og prosedyrer, noe som vitner om et ønske om likest mulig saksbehandling over hele landet. Regler og rutiner sikrer likebehandling, i tillegg til at det vitner om at man ønsker effektivitet: det er fornuftig med klare rutiner dersom det skjer noe. En slik byråkratisk tankegang kolliderer til dels med det arbeidet de ansatte i mottakene er opplærte til å gjøre. Både sosialarbeidere og helsearbeidere er lært opp til å møte enkeltmennesket, og selv om beboere på mottak skal behandles likt, vil det alltid oppstå relasjonelle forskjeller på hvordan de ansatte møter beboere. Slik vil det alltid være når interaksjon og sosial atferd står i fokus.

---

<sup>10</sup> <http://www.udi.no/templates/Page.aspx?id=3488>, 24 mars 2008

## 9.2 Modelleser og Talehandlinger

De tre dokumentene som skal analyseres har svært ulikt innhold, og er skrevet med tanke på ulike modellesere. Når en tekst skrives, gjøres det med tanke på en idealmottaker.

Modelleseren er ikke identisk med den faktiske leseren. Den er en gjenkjennbar leser, i forfatters bevissthet når teksten blir skrevet (Engebretsen, 2006).

Språk gjør mer enn å beskrive: vi handler gjennom språket. Det er forskjellige måter å handle på gjennom språket, og disse kan deles i forskjellige talehandlinger (Glomnes, 2005). Disse talehandlingene er blant annet *konstativer* (som sier noe om hvordan verden er), *direktiver* (som påvirker mottakerens handlinger og holdninger), *kommisiver* (innebærer at skriver pålegger seg forpliktelser), *kvalifiseringer* (skaper virkelighet gjennom språket) og *ekspresiver* (gir den enkelte mulighet til å bli hørt som subjekt) (Glomnes, 2005, side 66).

I Veilederen er modelleseren tydelig definert i teksten; veilederen er ”*beregnet på helsepersonell og personell i administrative stillinger i primær- og spesialisthelsetjenesten*”. Når det gjelder Driftsreglementet og Kravspesifikasjonen fra UDI er ikke modelleseren like klart definert. I disse dokumentene må man inn og nærlese teksten, for å forstå hvilken modelleser som kommer til syne. Når det gjelder Driftsreglementet er det den ansvarlige for daglig drift av mottaket som trer fram som modelleser. Den ansvarlige for daglig drift er som regel ledere i mottak. I tillegg kommer de ansatte fram som modellesere, da dokumentene er å regne som et bruksdokument for det daglige arbeidet. Her kommer også helsearbeiderne inn som modellesere: de må forholde seg til tekstene på lik linje med de andre ansatte i mottak. Kravspesifikasjonen har samme overordnet modelleser som Driftsreglementet, siden dens hovedprosjekt for det meste består av å presisere de mål, rammer og ansvar som står definert i Driftsreglementet.

De tre dokumentene har også en overordnet instans som modelleser, nemlig politikere og den øvrige befolkningen. Tekstene fungerer som bevis på hvordan vi som nasjon ønsker å behandle asylsøkere. Den blir altså et viktig politisk dokument. Spesielt i tekstene fra UDI kommer den politiske modelleseren fram. Dokumentene blir et manifest for å tilfredstille ulike politiske motstandere, og skriver må vise at han tar ansvar i tekstene. Tekstene er preget av vage

kommisiver: det er viktig å ikke bli for konkret, men samtidig vise at skriver oppfyller sine plikter og tar ansvar.

Dokumentene har altså en delt overordnet funksjon: de er bruksdokumenter, men også en del av en politisk agenda, hvis hensikt er å virke holdningsskapende og å speile det samfunn de er et resultat av. Tekstene er preget av kommisiver som markerer at skriver tar ansvar, samtidig som kommisivene er så uklare og vage at det blir uklart hvem som egentlig har ansvar. På den måten faller skrivers reelle ansvar bort. Bruksfunksjonen havner i konflikt med den politiske intensjonen med dokumentet, og gjør teksten vanskelig å tolke og benytte seg av i daglig bruk.

Tekstene fungerer med andre ord på flere måter. Det kan være problematisk at tekstene skal være styringsdokumenter i det daglige arbeidet, samtidig som de skal fungere som ideologiske manifeste for hvordan forholde seg til asylsøkere. At de tre tekstene forholder seg til ulike modellesere, betyr også at vi må forholde oss til tre ulike talehandlinger. Tekstene inneholder direktiver, eller ordre, til ledere og mottaksansatte om hvordan arbeidet skal utføres. De er også kommisiver, eller forpliktelser, til for eksempel asylsøkerne om hva de kan forvente seg av mottakene og UDI, og tekstene er kvalifiseringer, eller definisjoner, av hva mottakene og UDI, i tillegg til helsetjenestene for asylsøkere, virkelig *er* (Gjedde-Dahl, 2002).

## 10 Driftsreglementet

Jeg skal nå se nærmere på hvordan helsearbeiders rolle blir beskrevet i Driftsreglementet.

### *10.1 Helsearbeidet: en udefinert rolle i Driftsreglementet*

Driftsreglementet er i sin helhet skrevet på et overordnet plan, der definisjoner, målsettinger, rammer og ansvarsfordeling blir tillagt mye plass. Helsearbeid er ikke nevnt noe sted i dokumentet. Under temaet beboerrettet arbeid (side 3), står det *”de ansatte skal først og fremst opptre som veiledere og tilrettelegge for beboerne”* (side 3), og at det *”beboerrettede arbeidet skal bidra til at beboerne kan ivareta egen livssituasjon under mottaksoppholdet og til å skape en meningsfylt hverdag”* (side 3). Først her kan man si at helsearbeidet kommer inn i bildet, men implisitt. Helsearbeiderne har, i likhet med de andre ansatte, et ansvar for å tilrettelegge og veilede beboerne til å best mulig ivareta sin egen livssituasjon. De ansatte skal benytte sin kompetanse, slik at beboerne får et helhetlig tilbud, hvor både det sosialfaglige og det helsefaglige er representert.

Under temaet rammer for drift (side 4) i Driftreglementet står det oppført hvilke dokumenter som ligger til grunn for driften av statlige mottak. Det eneste punktet som kan antas å handle om helsearbeid spesielt, er å finne under punktet ”annet” (side 4), helt til slutt i kapitlet. Her finner man at man skal forholde seg til *”de til enhver tid gjeldende regelverk, rundskriv, rutiner og skjemaer”* (side 4). Helsearbeiderne må derfor ut fra denne setningen anta at inn under dette punktet gjelder *”Veileder- helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere”* (Sosial- og helsedirektoratet. 2002) som et styrende dokument for hvordan helsearbeidet skal utføres på mottak.

At helsearbeidet eller de dokumentene som regulerer helsearbeidet i mottak ikke blir definert som et eget punkt under ”rammer for drift”, marginaliserer helsearbeiderens rolle i mottaket. Helsearbeidet og helsearbeiderens rolle er også svært implisitt formulert. Helsearbeidet blir redusert til å kun stå omtalt under punktet ”annet” i Driftreglementet, og dette understreker på ingen måte viktigheten av å ha et godt fungerende helsearbeid i mottaket.

Det står ingenting i Driftsreglementet hva slags kompetanse de ansatte i mottaket skal inneha, eller at en helsearbeider skal være representert blant de ansatte. Under punktet ”Driftsoperatørens ansvar” (side 6) kan det leses at det er Driftsoperatørens ansvar å sørge for at det ansettes ”*det antall personer som er nødvendig for å løse de oppgavene som skal ivaretas ved mottaket*” (side 6). Det er også Driftsoperatøren som har ansvaret for at personalet er ”*kvalifisert til å løse de oppgavene de får ansvaret for*” (side 6), og at de ansatte får den opplæringen og veiledningen som er nødvendig for å gjøre en tilfredsstillende jobb. I tillegg finner man også i dette kapitlet at det er Driftsoperatøren som har det endelige ansvaret for at de ansatte kjenner og praktiserer de gjeldende styringsdokumentene. I mange mottak fungerer Driftsoperatøren som leder, eventuelt er det leder som har det høyeste ansvar på det enkelte mottak. Alt det overordnede ansvaret ligger altså hos ledelsen, og det er opp til denne at kvalifiserte ansatte blir tilsatt. Når disse er tilsatt, ligger ansvaret for opplæring og kvalitetssikring fremdeles hos Driftsoperatøren. I tillegg presiserer Driftsreglementet at Driftsoperatøren har ansvaret for å ta initiativ til et samarbeid med aktuelle partnere i kommunale, fylkeskommunale og statlige sektormyndigheter, i tillegg til kontakt med lag og organisasjoner i lokalsamfunnet. Denne typen formuleringen i teksten, som understreker at det er Driftsoperatøren som har så godt som alt det endelige ansvaret i mottaket, resulterer i at skriveren av dokumentet, UDI, forflytter alt ansvar over på Driftsoperatøren. I det neste punktet om talehandlinger i Driftsreglementet skal jeg vise hvilke konsekvenser det får at teksten skyver fra seg ansvar, og tillegger dette til Driftsoperatøren. Helsearbeidet får, som vi ser, en udefinert rolle i Driftsreglementet. Rollen marginaliseres til å stå implisitt omtalt under punktet ”annet”. I resten av dokumentet står helsearbeidet på lik linje med de andre ansatte i mottak, selv om deres ansvar i liten grad presiseres.

## ***10.2 Talehandlinger i Driftsreglementet***

Talehandlinger er en av flere strategier en tekst kan ha for å utøve makt. Jeg skal se på ulike talehandlinger i de delene av Driftsreglementet som omhandler helsearbeidere, for å se etter tekstens intensjoner på dette området. Når man undersøker tekstens ulike intensjoner, ser man at det kan gis ”*retningslinjer for hva som er relevant forståelse av teksten i konteksten*” (Berge, 2003, side 35).

Driftsreglementet inneholder flere talehandlinger. En av disse er kommisiver.

Driftsreglementet er forfattet av UDI, og UDI pålegger seg flere forpliktelser i teksten. Et av kommisivene er blant annet at *”Utlendingsdirektoratet har det overordnede ansvaret for drift av statlige mottak”* (side 5) og *”Utlendingsdirektoratet har ansvar for å gi driftsoperatøren og mottaksansatte opplæringstilbud på prioriterte områder innenfor direktoratets ansvarsområde”* (side 5). Gjennom disse kommisivene forplikter UDI seg til å overholde ansvaret for driften av mottak, i tillegg til at de ansatte skal få opplæringstilbud på prioriterte områder. Men, kommisivene er vagt formulerte, og innholdet blir uklart. Hva det overordnede ansvaret går ut på, er ikke formulert, heller ikke hva som er prioriterte områder innenfor direktoratets ansvarsområde. Fordi kommisivene er så vagt formulerte, blir også hvilket ansvar UDI påtar seg vanskelig å få øye på.

En annen talehandling man finner i Driftsreglementet er direktiver, eller retningsgivende setninger. Når det for eksempel står beskrevet at de ansatte skal bidra til at beboerne kan ivareta sin egen livssituasjon, og at de ansatte skal opptre som veiledere og tilretteleggere for beboere, er dette direktiver. Direktivene forplikter de ansatte i mottaket til å gjøre jobben sin på en bestemt måte, med fokus på disse punktene. Direktivene kommer også til uttrykk gjennom de mange kravene som stilles til driftsoperatørene av mottakene. For eksempel er det et krav i Driftsreglementet at det er driftsoperatørens ansvar å sørge for at det ansettes det antall personer som er nødvendig for å løse de oppgavene som skal ivaretas på mottaket. At en helsearbeider blir ansatt går dermed inn som et direktiv i Driftsreglementet. Berge (2003) skriver at når man gir andre et direktiv, uten at man er trygg på at man kan gi disse menneskene direktiver, er det vanlig å argumentere for hvorfor kravet stilles. I

Driftsreglementet blir ingen krav argumentert for, og det kan virke som det ikke er tenkt på at det kan stilles motargumenter til direktivene fra modelleserne. Makten hos UDI tas for gitt. I kapitlet som omhandler driftsoperatørens ansvar (side 6), starter mange av setningene med *”Driftsoperatøren har ansvar..”* Dette viser hvordan UDI markerer sin maktposisjon ved å tydeliggjøre for leseren hvilke forpliktelser denne har. En konsekvens av dette er at ansvaret forskyves fra UDI, som gir direktivene, og over på modelleseren. Konsekvensen av disse direktivene blir i dette tilfellet at ansvaret forskyves over på Driftsoperatøren. Når UDI formulerer direktiver i sitt Driftsreglement, i tillegg til de vage kommisivene som vi så over, fraskriver UDI seg ansvaret for driften av mottakene. Det kan se ut som at det er den politiske modelleseren skriver har forholdt seg til, ikke de som benytter Driftsreglementet som et

bruksdokument i det praktiske arbeidet. Et resultat av så vage kommisiver og mange direktiver er at ansvaret ikke kan etterprøves.

I forhold til helsearbeideres arbeid, og spesielt arbeid med vold mot kvinner, står det ingenting eksplisitt i Driftsreglementet. Helsearbeidere må nærlese sitt arbeidsdokument, og lete etter det som ligger implisitt. I første rekke pålegger direktivene Driftsoperatøren ansvar, for i andre rekke å pålegge de ansatte ansvar. Når man vet at intensjonen med direktiver er å påvirke mottakers holdninger og handlinger, ser man at teksten har klare intensjoner. Det er et ønske at mottakene skal drives på samme måte, for som Glomnes sier: *”En vellykket språkhandling av typen direktiv, fører til endring av atferd”* (Glomnes, 2005, side 67).

Helsearbeiderne forholder seg som vi ser til et arbeidsdokument som i første rekke er myntet på en annen modelleser enn dem selv. For å finne hvor i dokumentet det står noe om helsearbeiderens rolle må dokumentet finleses, hvilket gjør rollen uklar. At det som kan forstås å stå skrevet om helsearbeiders rolle i tillegg står definert under punktet ”annet” bidrar til å redusere helsearbeidernes rolle til en uvesentlighet, til noe som står på utsiden av det andre arbeidet som blir gjort i mottaket. Dette igjen gjør mandatet til helsearbeiderne i forhold til vold mot kvinner, svært utydelig.

## 11 Kravspesifikasjonen

Kravspesifikasjonen til Driftsreglementet presiserer i stor grad de overordnede mål, rammer og definisjoner som ble skissert i Driftsreglementet. Rollen helsearbeidere i mottak innehar er i likhet med i Driftsreglementet, heller ikke her definert. Helsearbeideren må selv inn og finlese teksten for å finne de punktene som omhandler arbeidet alle ansatte på mottaket skal gjøre, i tillegg til helsearbeidet spesielt.

I kravspesifikasjonens første kapittel "*Boligtilbud*" står det at mottak skal være et "*forsvarlig boligtilbud som skal sikre beboernes grunnleggende behov og den enkeltes behov for trygghet*" (side 4). I dette kapitlet er det et underpunkt som heter "Sikkerhet". Her står det spesifisert at "*Mottaket skal ha skriftlige rutiner for krisehåndtering*" (side 5) og "*Mottaket skal ha skriftlige rutiner for håndtering og melding til politiet ved kriminalitet og vold*" (side 5). Dette kan sies å være de eneste reglene om sikkerhet som helsearbeiderens rolle kan være definert i. De andre reglene om sikkerhet i mottak omhandler for eksempel brann og oppdaterte beboerlister. Hele kapitlet om boligtilbud kan karakteriseres som talehandlingen kommisiv, da kapitlet innebærer at UDI forplikter seg til en viss måte å drive mottak på. De to punktene om skriftlige rutiner for krisehåndtering og rutiner for håndtering og melding til politiet ved kriminalitet og vold, er direktiver, som innledes med "*mottaket skal...*". Direktivene kan sies å være adressert til alle de ansatte, også helsearbeiderne, men hvem som faktisk skal oppfylle direktivene står det ingenting om. Dermed blir direktivet uklart, og uten noen klar mottaker.

Selv om kapitlet om boligtilbud er formulerte som kommisiver, formuleres det på en slik måte at mottaket blir et setningssubjekt som tillegges ansvar. Når det i Kravspesifikasjonen står at "*mottaket har ansvar for...*" eller "*mottaket skal...*" blir ansvaret skjult bak subjektet "mottak", som dekker over hvem som har det endelige ansvaret. Det blir uklart både hvilken instans og hvilket individ som har ansvaret for de enkelte punktene. Helsearbeideren er ikke nevnt, og hennes rolle trer heller ikke fram. Rollen forblir derfor implisitt og udefinert. At det er setningssubjektet "mottak" som tillegges ansvar, gjør at helsearbeideren selv må finne og definere sin rolle.



## ***11.1 Helsearbeidet først synlig når det gjelder beboere med spesielle behov***

I motsetning til Driftsreglementet, nevner Kravspesifikasjonen helsearbeiderens rolle eksplisitt i deler av dokumentet. I kapittel fire, som heter ”*Beboerrettet arbeid – grupper med særlige behov*”, er det et punkt der helsearbeideren får en spesiell og sentral plass. I dette punktet, om personer med helseproblemer og/ eller funksjonshemninger, står det at ”*Mottaket skal tilstrebe et godt og strukturert samarbeid med helsevesen og trygdeetaten for at det totale tilbudet til målgruppen skal bli best mulig*”. Det er altså kun i arbeid med denne gruppen mennesker at helsearbeiderens rolle blir definert. Kravspesifikasjonen definerer målgruppen i denne gruppen, og sier at dette er ”*Beboere med fysiske eller psykiske helseproblemer og beboere med funksjonshemninger*”. Kravspesifikasjonen inkluderer altså den psykiske helsen inn under forståelsen av helseproblemer. Dette betyr at det beboerrettede arbeidet mot grupper med særlige behov vil øke i omfang, fordi ”personer med helseproblemer” vil omfatte svært mange av asylsøkerne på mottak siden vi vet at svært mange asylsøkere sliter med psykiske helseproblemer (se kapittel 1).

Når vi vet at omfanget av både psykiske og fysiske helserelaterte skader er store blant beboere i mottak, er det forunderlig at det kun er under punktet: ”grupper med spesielle behov” at helsearbeiderens rolle blir synlig. Som vi har sett, helsearbeideren må lese dokumentene nøye for å finne sin rolle, før den står implisitt definert her, i en kort setning. Her er rollen til helsearbeideren definert, men den er vag i formuleringen. Setningssubjektet ”Mottaket”, som helsearbeideren må forstå til å være henne, skal sørge for et godt og strukturert samarbeid med helsevesenet. Hva som ligger i dette gode og strukturerte samarbeidet er også formulert på en utydelig måte.

I Kravspesifikasjonen blir helsearbeiders rolle noe tydeligere formulert enn hva den blir i Driftsreglementet. Likevel, også Kravspesifikasjonen preges av uklare formuleringer når det gjelder helsearbeiders rolle i asylmottak. Det ansvaret som pålegges helsearbeiderne implisitt og indirekte i Kravspesifikasjonen er imidlertid omfattende.

## 12 Veilederen Helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere

Veilederen er delt i fire kapiteler. Det første beskriver helsetjenester for asylsøkere og flyktninger generelt, det andre kapitlet omhandler helsetjenester i transittfasen, det tredje beskriver helsetjenester i ordinære mottak, mens det fjerde kapitlet omhandler helsetjenester etter at asylsøkerne er bosatt i kommunene. I Veilederen finner man også begrepsavklaringer, eksempler på skjemaer som kan være aktuelle i helsearbeidet, opplysninger om utenlandske legemidler og en beskrivelse av økonomiske forhold knyttet til helsetjenesten. Videre finner man også en oversikt over lover, forskrifter og rundskriv, litteratur og informasjonsmaterieil og viktige adresser.

I denne oppgaven har jeg hatt fokus på helsearbeidet som utføres i ordinære mottak, og jeg vil derfor ha fokus på kapitel en og tre: den generelle beskrivelsen og helsearbeidet som blir utført i mottak.

Veilederen beskriver at i arbeid med asylsøkere står hjelpere ovenfor ”*både juridiske, helsefaglige og etiske utfordringer*” (side 1). Disse utfordringene står beskrevet som at asylsøkere skal møtes med respekt for egenart og individuelle behov, samtidig som både den enkelte og det norske samfunn har en felles interesse av at behov for helsehjelp blir kartlagt så tidlig som mulig, slik at sykdom og helseskade ikke blir til hinder for integrering i det norske samfunnet. Den politiske intensjonen ved teksten blir tydelig: det beskrives en form for helsehjelp som i første rekke gagnar den norske stat (helseproblemer blir kartlagt så tidlig som mulig, for å sikre integrering), for i andre rekke å ganne enkeltpersonen. For brukere av dokumentet er disse formuleringene ikke presisert, og det gis få konkrete retningslinjer hva angår hvilke juridiske, helsefaglige og etiske utfordringer det er snakk om. Veilederen presiserer også ansvar: det er kommunene som skal sørge for at asylsøkerne blir gitt nødvendig primærhelsetjeneste. Utover dette står det bare at det forventes at kommunene legger Veilederen til grunn ”*ved planlegging, organisering og drift av helsetjenester til asylsøkere*” (Side 1). I Veilederen står det at den er ”*beregnet på ansatte i mottak*” (side 1), og dette må derfor inkludere helsearbeiderne selv om de ikke er nevnt eksplisitt. Veilederen er altså beregnet på helsearbeiderne og andre ansatte i mottak, men det er kommunene som har alt ansvar ved planlegging, organisering og drift av helsetjenestene. Dette betyr i prinsippet at helsearbeideren på alle vis er underlagt myndighet fra kommunen, da Veilederen i liten grad

åpner for at helsearbeideren selv skal ta ansvar for organisering og drift. Helsearbeiderne får gjennom Veilederen i liten grad være med på å utforme helsetjenestene de selv skal utøve på mottakene.

### ***12.1 Hva sier veilederen om helsetjenester til asylsøkere?***

Veilederen beskriver at felles for asylsøkere i Norge er at migrasjon medfører oppbrudd og nyorientering. Flukten i seg selv kan bedre forutsetningene for god helse, men møtet med det norske samfunnet kan ofte bety en påkjenning. Helseproblemene som er aktuelle hos asylsøkere og flyktinger er vanlige også i Norge, men i Veilederen står det at *”noen vanlige helseproblemer i den enkeltes hjemland kan oppfattes spesielle for oss”* (side 3). Senere i Veilederen står det at disse kan være for eksempel Giardiasis, Hiv-infeksjon, Malaria og MRSA-infeksjon (side 9). Dette kan, slik jeg ser det, være noe av grunnen til at noen av mottakene har en ordning der helsearbeiderne er ansatt for å drive kun med smittevern. Både veilederen og helsearbeiderne beskriver at flere asylsøkere har hatt dårlig tilgang på legetjenester. Flere lider av ubehandlede sykdommer og skader, i tillegg til skader som kan ha oppstått i flyktingleir eller underveis på flukt. I tillegg står helsearbeidere som arbeider med denne gruppen ovenfor helseproblemer som kan være forårsaket av forhold som ledet til flukten, som fysiske og psykiske skader etter voldtekt, tortur eller krigshandlinger. I veilederen står det at når det skal planlegges og organiseres helsetjenester til asylsøkere, er det noen spesielle faktorer man bør ta hensyn til. Disse er at asylsøkerne kan ha vært utsatt for alvorlig psykisk eller fysisk traumatisering, at asylsøkerne kan ha vært vitne til tortur og drap, de kan ha vært utsatt for voldtekt og annen seksualisert vold, og asylsøkerne kan komme fra områder med høy risiko for bestemte infeksjonssykdommer. Veilederen hevder også at tilværelsen på mottak som asylsøker i seg selv kan utgjøre en helserisiko. Endrede familieroller, passivitet og trangboddhet er i seg selv faktorer som kan føre til sykdom. Veilederen hevder også at *”Lang ventetid i mottak preget av usikkerhet om fremtida kan ha negative helsekonsekvenser”* (side 3), men hvilke helsekonsekvenser dette får er ikke formulert. Det blir heller ikke formulert hvilke krav det i den forbindelsen stilles til helsearbeideren, hva som forventes av henne i forhold til disse problemstillingene. Rollen til helsearbeiderne i forhold til dette arbeidet, blir derfor uklar.

## ***12.2 Kommunikasjon med beboerne***

Veilederen påpeker, som helsearbeiderne har beskrevet i intervjuene, at kommunikasjonen med asylsøkere kan innebære store utfordringer. Veilederen vektlegger betydningen av at all informasjon som blir gitt blir forstått, og at ansvaret for dette ligger hos tjenesteyter og hos dem som organiserer helsetjenestene. I Pasientrettighetsloven § 3-5 er det hjemlet at det er helsearbeidernes ansvar så langt som mulig å sikre at den informasjonen som mottas av pasienten, stemmer overens med informasjonen som blir gitt. Dersom ingenting blir gjort for å sikre adekvat oversettelse, blir ikke denne plikten overholdt (Hanssen, 2005). En av lederne presiserte viktigheten av kvinnelig tolk når det gjaldt helserelaterte spørsmål, og helsearbeiderne beskrev for det meste godt samarbeid med lokale tolketjenester. Veilederen bekrefter mer enn en gang at det er ikke asylsøkeren, men helsepersonell, som har ansvaret for at kommunikasjonen er forståelig.

Bistand fra tolketjeneste er for mange en forutsetning for å benytte helsetjenester, og som regel en forutsetning for adekvat helsehjelp. ”*Kommunikasjon er relatert til makt gjennom den kunnskap som formidles og ikke formidles til pasienten*”, skriver Ingrid Hanssen (2005). Bruk av tolk blir derfor ikke bare et praktisk, men også et etisk anliggende. I samhandling med beboere som ikke behersker språket, blir maktforholdet mellom de to partene skjev. Denne skjevheten mellom helsearbeider og beboer kommer også til uttrykk i helsevesenet gjennom at helsearbeiderne kjenner systemet, og er utøvere av det (Hanssen, 2005). For å sikre at ikke denne makten blir altfor stor, må helsearbeiderne sørge for at beboerne får hjelp til oversetting av en tolk som ikke bare gjør en språklig oversettelse, men som også kan gi en kulturell oversettelse for å gjøre informasjonens meningsinnhold forståelig for beboeren (Hanssen, 2005). Helsearbeideren får med andre ord et implisitt formulert ansvar: å gjøre kommunikasjonen forståelig for beboerne. Dette er et omfattende krav, som pålegger helsearbeideren et omfattende ansvar som griper langt utover behandling av somatiske sykdommer.

## ***12.3 Taushetsplikten kan være til hinder for samarbeid***

Helsearbeidere i asylmottak er i en spesiell situasjon, da deres taushetsplikt er hjemlet i en annen lov enn taushetsplikten deres kollegaer har å forholde seg til. Mens taushetsplikten for

helsepersonell er behandlet i Helsepersonelloven §21-29, forholder kollegaene i mottaket seg til taushetsplikten som er hjemlet i forvaltningsloven. Taushetsplikten som er hjemlet i helsepersonelloven går lenger enn taushetsplikten etter forvaltningsloven. Veilederen presiserer også dette, og sier at dersom helsepersonell utleverer opplysninger som er undergitt lovbestemt opplysningsplikt, skal den personen opplysningene gjelder informeres om at opplysningene er eller blir gitt. Det faktum at helsearbeiderne er underlagt en annen form for taushetsplikt enn sine kolleger i mottaket, kan vanskeliggjøre samarbeidet mellom dem.

Taushetsplikten kan derfor skape et skille mellom helsearbeiderne og deres kollegaer. En annen faktor som kan være med å opprettholde dette skillet, er at helsearbeiderne ifølge veilederen skal føre journal etter bestemmelser i Helsepersonelloven kapittel 8 og forskrift om pasientjournal. Veilederen skriver at kommunen skal etablere journalsystemer som sikrer at helseopplysninger blir samlet et sted, og at alle journalnotater er tilgjengelige for det helsepersonellet som skal bistå asylsøkeren. Journalsystemene skal sikre god kommunikasjon samtidig som bestemmelsene om taushetsplikt overholdes. Journalene skal ikke håndteres av andre enn helsepersonell. Denne formen for journalføring sikrer godt samarbeid mellom de helsefaglige instansene asylsøkerne har å forholde seg til, men står til hinder for samarbeidet mellom helsearbeiderne på mottaket og kollegaene. Dette kan være en faktor som bidrar til at helsearbeiderne blir definert som annerledes enn sine kollegaer av både seg selv og andre ansatte på mottaket. Rollen som helsearbeider blir dermed spesiell. Veilederen gir ingen råd eller føringer for hvordan dette problemet kan løses på best mulig måte. Helsearbeiderens rolle forblir derfor i et skjæringspunkt, som annerledes og eksklusiv i forhold til de andre ansatte på mottaket.

## 13 Sammenlignende analyse

Så langt i denne oppgaven har jeg sett på hvordan ulike stemmer definerer helsearbeidernes rolle i forhold til vold i asylmottak og forsøkt å vise hvordan helsearbeiderne beskriver sin rolle som helsearbeider i asylmottak. I denne delen av oppgaven skal jeg sette de ulike definisjonene opp mot hverandre, for å se hvordan definisjonene og forholdet mellom dem kan få konsekvenser for helsearbeiderens selvforståelse og i siste instans for avdekking og forebygging av vold mot kvinner i mottak.

Jeg skal først analysere de ulike dokumentene som regulerer helsearbeiderens rolle opp mot hverandre. Deretter skal jeg se på beskrivelsene til informantene vi har intervjuet (helsearbeidere, ledere og Migrahel), og sette disse opp mot de skriftlige dokumentene. Til slutt vil jeg gjøre rede for hvilke konsekvenser analysen får.

### *13.1 Dokumentene som regulerer helsearbeidet*

De tre dokumentene som er beskrevet i oppgaven forholder seg ulikt til temaer som har med helsearbeidet å gjøre, og til temaer som har med vold å gjøre.

#### **Veilederen**

Veilederen bekrefter det vi allerede har konstatert i innledningen av oppgaven: at kvinner som søker asyl i varierende grad er bærere av både psykiske og fysiske helseplager. Den slår fast viktigheten av godt fungerende helsetjenester rundt beboere i asylmottak, og hvordan helsetjenesten skal være organisert for å fungere på best mulig måte. Det er kommunene som har ansvar for organisering av helsetjenesten, innenfor rammene av Kommunehelsetjenesteloven og Kommuneloven. Noen prinsipper i organiseringen har i følge veilederen vist seg hensiktsmessige (Veileder, side 15):

- Tverrfaglige team.
- Integrerte helsetjenester. Dette betyr egne team med kompetanse innenfor målgruppen, og disse bør være en integrert del av den samlede helse- og sosialtjenesten i kommunen. Dette for å hindre at kompetansen blir personavhengig.

- Faste kontortider på mottaket. Erfaring viser at regelmessig tilbud om kontakt med helsetjenesten på dagtid avlaster helse- og sosialtjenesten i kommunen både i og utenfor arbeidstid.

Veilederen går som vi ser nokså langt i å definere hva slags helsefaglige utfordringer som preger asylmottakene, men er mindre tydelig på hvordan ansvaret skal forankres.

### **Driftsreglementet og Kravspesifikasjonen**

Driftsreglementet nevner ikke med et ord verken helsearbeid eller vold mot kvinner. Vi har sett at helsearbeidet får en udefinert rolle i Driftsreglementet, og at helsearbeidet faller inn under punktet "annet". Jeg har vist at hvem som har ansvaret for vold blir borte i Driftsreglementet, og at teksten skyver ansvaret fra seg. Veilederen beskriver prinsipper for organisering av helsetjenester, men i Driftsreglementet står det for eksempel ingenting om tverrfaglige team. Det står derimot at "*Mottaket skal ha en bemanning og en ansvars- og oppgavefordeling mellom driftsoperatør, ledelse, ansatte og beboere som sikrer at oppgavene løses i tråd med styringsdokumentene på statlige mottak*" (Driftsreglementet, side 3). Det står altså at man skal oppgave- og ansvarsfordele blant ansatte (og beboere), men at de ansatte skal arbeide i tverrfaglig team er ikke eksplisitt formulert. Heller ikke i kravspesifikasjonen står det noe om at de ansatte skal delta i tverrfaglige team. I Veilederen står at det bør være integrerte helsetjenester i kommunen som hindrer kompetansen i å bli personavhengig. I Kravspesifikasjonen står det at "*Mottaket skal søke rådgiving hos regionale psykososiale team for flyktninger og andre relevante faginstanser*" (Kravspesifikasjonen, side 11). Dette betyr at helsearbeiderne bør søke støtte og rådgivning, og inkluderes i eksterne psykososiale team og andre faginstanser. Det vil bidra til at helsearbeidet på mottak blir en mer integrert del i den faglige kompetansen i kommunen. Driftsreglementet sier derimot ingen ting om at helsearbeidere, eller ansatte overhodet, bør eller skal delta i noen eksterne team i kommunen. Det siste punktet som Veilederen nevner som viktig for å sikre god helsetjeneste på mottak er faste kontortider for helsearbeiderne. Driftsreglementet nevner ikke helsearbeidet med et eneste ord, og det står ingenting om at helsearbeiderne bør ha faste kontortider for at helsearbeidet skal fungere på best mulig vis. Heller ikke i Kravspesifikasjonen står dette nevnt.

Som vi ser er noen av de viktigste prinsippene i forhold til hvordan man skal organisere helsetjenestene, ikke nevnt i de skriftlige dokumentene fra UDI. Ved å se utover i de ulike lagene av definisjoner av helsearbeideres rolle, ser vi at de ulike lagene ikke henger sammen

og heller ikke skaper noen helhet. Forståelsen av helsearbeiders rolle blir fragmentert, og resultatet av dette kan være at helsearbeiderens rolleforståelse blir uklar. At de ulike dokumentene helsearbeiderne skal forholde seg til tilskriver helsearbeidet så forskjellige betydninger, gjør det vanskelig å vite hvilken stemme man skal forholde seg til.

### ***13.2 Informantene, som ikke kjenner de skriftlige dokumentene***

Jeg har definert de skriftlige dokumentene fra UDI (Driftsreglementet og Kravspesifikasjonen) i tillegg til Veilederen - Helsetjenestetilbud til flyktinger og asylsøkere, som de mest sentrale og viktige dokumentene helsearbeidere i asylmottak har å forholde seg til. I denne delen skal jeg sette uttalelser fra våre informanter (helsearbeidere, ledere og representanten fra Migrahel) opp mot de skriftlige dokumentene, for å se om dokumentene blir fulgt i det praktiske arbeidet på mottakene.

Først og fremst ønsker jeg å trekke fram et sentralt punkt fra Driftsreglementet, som jeg mener er en viktig forutsetning for denne analysen. På side 6, under punktet ”arbeidsgiveransvar” står det at ”*Driftsoperatør har ansvar for at de ansatte kjenner og praktiserer gjeldende styringsdokumenter*”. Det er altså Driftsoperatøren som har ansvar for at de ansatte i mottak kjenner og benytter styringsdokumentene som regulerer driften av mottakene. Det står ikke noe sted at de ansatte har noen plikt til å kjenne til eller praktisere det som står i styringsdokumentene.

Da intervjuene med helsearbeiderne ble fortatt før jeg hadde avklart min problemstilling, var det mange spørsmål som kunne vært interessant å få svar på, som vi ikke spurte om. Et av spørsmålene jeg gjerne ville hatt svar på, var om helsearbeiderne brukte Veilederen aktivt i arbeidet. I intervjuene med helsearbeiderne er det bare en av fire som eksplisitt nevner veilederen som et verktøy i arbeidet, når hun sier ”*I veilederen står det jo at...*”. Ikke noe annet sted i intervjuene blir veilederen kommentert på noen måte.

Gjennom intervjuene kan det virke som om informantene har lite kunnskap om hvilke krav som stilles til helsearbeidet på mottak. En av årsakene kan være at de formelle kravene til helsearbeidet er så vage. Veilederen fremhever viktigheten av at helsearbeiderne får adekvat opplæring slik at de kan forholde seg på best mulig måte til asylsøkerne. Veilederen



understreker at man kan kontakte regionale psykososiale team, og at disse vil kunne gi opplysninger om kurs og eksisterende nettverk for helsepersonell. En helsearbeider oppga at hun deltok i psykososialt team, men at dette var i regi av mottaket, og besto av andre ansatte på samme mottak. Hun beskrev, i motsetning til noen av de andre informantene, at hun hadde kjennskap til hva kollegaene innehar av kompetanse på temaer som omhandler vold og overgrep mot kvinner. Andre informanter beskriver en hverdag der de samarbeider svært lite med sine kollegaer, og de deltar ikke på tverrfaglige team med kollegaene. I Veilederen beskrives nettverk for helsepersonell, og Migrahel er et eksempel på et slikt nettverk. Ingen av våre informanter sa at de deltok i slike nettverk. Det finnes ingen andre slike organiserte nasjonale nettverk for helsearbeidere i asylmottak i Norge per dags dato (april 2008). I intervjuet med representanten fra Migrahel spurte vi om hvilken betydning tverrfaglige team har, og vi fikk da til svar at dette ikke hadde vært en del av Migrahels arbeid. Når tverrfaglige team blir beskrevet som et av de viktigste prinsippene for å få til en god helsetjeneste for asylsøkere i Veilederen, er det betenkelig at Migrahel ikke har hatt dette på sin dagsorden.

I Driftsreglementet, under punktet ”arbeidsgiveransvar” (side 6) står det at ”*Driftsoperatøren har ansvar for at alle ansatte får nødvendig opplæring og veiledning*”. På hvilken måte og hvilke temaer denne opplæringen skal bestå av, står derimot ikke beskrevet. Når vi gjennom tidligere studier og gjennom intervjuer med kvinnelige beboere vet at vold og overgrep foregår i norske mottak, og vi vet at vold er en av de fremste årsakene til helseproblemer, bør man forvente at helsearbeidere får noe opplæring om vold når de ansettes i mottak. Dette skjer i liten grad. Helsearbeiderne vi har intervjuet forteller at de ikke har spesielt mye kompetanse på områder som handler om vold og overgrep, og flere beskriver at de heller ikke er trygge på om de kan svare oss på spørsmålene vi kommer til å stille. Disse uttalelsene viser at kommunene ikke oppfyller de kravene som står i Veilederen: ”*Kommunen plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell*” (Veilederen, side 4) etter lov om Kommunehelsetjeneste §6-1. Ingen av helsearbeiderne vi intervjuet opplyste å ha fått noen slik undervisning eller opplæring fra kommunen.

En helsearbeider forteller om vold og overgrep ”*Jeg tror ingen har noen spesiell kompetanse på det. Det er et vanskelig tema det der. De ansatte har sikkert mange sperrer på det de også*”. Det kan virke som om deres rolle i forhold til vold og overgrep mot kvinner synes uklare for helsearbeiderne. Denne uklare rollen forsterkes av at lederne på mottakene har svært ulike beskrivelser av helsearbeidernes rolle. Mens en leder syntes det er ”overkill” å ha

helsearbeider på mottaket, beskriver andre at helsearbeideren har en eksklusiv rolle, og at det er miljøarbeiderne på mottaket som best håndterer situasjoner som omhandler vold mot kvinner. Mangel på kunnskap kan være en av grunnene til at det eksisterer sprikende definisjoner blant lederne om hva rollen til helsearbeiderne innebærer. Ingen, verken ledere eller helsearbeidere, har fortalt at de har gjennomført noen form for undervisning om vold og overgrep, eller hatt dette som tema blant de ansatte i mottakene. Mangel på kunnskap om temaet kan dermed bidra til å skape feil forestillinger om hva helsearbeiders rolle i mottak går ut på.

Tidlig i oppgaven definerte jeg avmakt. Mangel på innflytelse, påvirkningsmuligheter og oversikt kan resultere i avmakt. I sitatene og teksten over, ser vi at helsearbeiderne befinner seg i en situasjon der de beskriver liten grad av innflytelse og muligheter for påvirkning hva angår vold mot kvinner. Helsearbeiderne beskriver i liten grad at de har noen overordnet oversikt over hvem som har ansvar i tilfeller som omhandler vold. De er usikre på sitt mandat i forhold til dette. Når ansvaret for vold er uklart formulert og blir behandlet på vidt forskjellig vis i praksis, er dette muligens et resultat av at temaer som vold og overgrep er tabubelagte. Volden er som tidligere sagt omfattet av et dobbelt tabu: for det første ved at det ikke skal forekomme, for det andre at dersom det forekommer, skal det ikke formidles videre (Isdal, 2000). Som resultat av denne tabuiseringen av vold og overgrep, er det ingen som holdes ansvarlig for vold.

De mange ulike stemmene som definerer helsearbeidernes rolle i forhold til vold og overgrep mot kvinner i mottak, har vist seg å definere helsearbeiders rolle svært ulikt. At de ulike stemmene representerer så ulike definisjoner, forplanter seg som vi ser, i helsearbeidernes egne definisjoner i form av uklar egen rolleforståelse, en følelse av avmakt og økt tabu omkring temaet.

### ***13.3 Hvilke konsekvenser får denne sammenlignende analysen?***

I den sammenlignende analysen har vi sett at helsearbeidet er lite synlig i de skriftlige dokumentene fra UDI. Veilederen som skal regulere og veilede det helsefaglige arbeidet på mottak står nevnt under punktet ”annet” i Driftsreglementet, og blir dermed usynliggjort. Helsearbeiderne vi har intervjuet beskriver at de ikke har fått nok opplæring og veiledning, og

at arbeidet deres ikke blir ”sett” på mottaket. Gjennom intervjuene med ledere kommer det fram at det er svært ulike praksiser for hvordan helsearbeidet blir definert, og hvordan helsearbeiderens rolle blir vektlagt. Alle disse uttalelsene er med på å nedvurdere helsearbeiderens betydning i asylmottakene. En annen konsekvens, som vi ser i den sammenlignende analysen, er at helsearbeidere (bortsett fra en) fordi deres rolle er så lite definert, ikke får noen forpliktelser i forhold til vold. Dette leder oss over på neste punkt, som blir en konsekvens av punktene over: at ingen holdes ansvarlig for vold.

### **13.3.1 Ingen holdes ansvarlig for vold**

Gjennom analysen av beskrivelser og definisjoner av helsearbeiders rolle i forhold til vold og overgrep har vi fått kunnskap om at helsearbeidernes mandat ikke er tydelig nok. Det er en sammenheng mellom helse og vold som det ikke blir lagt nok vekt på. Vi har sett at UDI gjennom sine skriftlige dokumenter (Driftsreglementet og Kravspesifikasjonen) fraskriver seg ansvaret for vold. Flere av lederne sier fra seg ansvaret for vold som foregår i mottak og helsearbeiderne beskriver ikke helsearbeidet som sitt anliggende. Det er med andre ord ingen som holdes ansvarlig for vold. Alt som omhandler vold ligger implisitt. Et resultat av dette er at volden stilltiende får fortsette. Dersom vi nok en gang ser til Halldis Leira og hennes myter, kan vi se at myten om Elektra opprettholdes i mottakene. Siden ingen påtar seg ansvaret for volden og overgrepene som foregår i det skjulte, blir heller ikke gjerningsmannen stilt til ansvar. Kvinnene som blir utsatt for volden blir også gjort til den ansvarlige for at volden får fortsette, representert gjennom uttalelsen til denne helsearbeideren: ” *jeg vil ikke spørre noe mer når ikke kvinnene selv sier mer*”. Vi har sett at helsearbeiderne har lite kunnskap om hvilke retningslinjer som eksisterer på mottakene når det gjelder situasjoner som handler om vold og overgrep. Ledernes uttalelser om hvilken rolle helsearbeidere har i forhold til vold er også med på å synliggjøre at ingen har det reelle ansvaret for volden.

Taushetsplikten kan i tillegg være til hinder for et godt samarbeid mellom helsearbeiderne og de andre ansatte i mottak. Dette kan gi konsekvenser i forhold til at arbeidet i forhold til vold mot kvinner blir ytterligere vanskelig. Helsearbeidernes rolle domineres av at de er nødt til å forholde seg til andre regler enn sine kollegaer. De blir nok en gang de dominerende dominerte (Berit Skorpen, 2006). Strukturene legger altså dårlig til rette for å kunne skape et godt samarbeid og gode arbeidsforhold, som kunne resultert i at noen fikk ansvar for volden

kvinnelige beboere utsettes for. Helsearbeiders rolle kan settes inn i et avmaktsperspektiv, hvor vi kan se for oss at helsearbeiderne er avmektige i forhold til en overmakt, nemlig strukturene som eksisterer på mottaket. Det være seg både rammebetingelser, det lille de har av kontakt med kolleger, følelsen av å ikke bli hørt, at taushetsplikten hindrer godt samarbeid og så videre. Helsearbeiderne kan derfor sammenlignes med dronningen i myten om Ifigenia, som også er avmektig ovenfor en overmakt, nemlig sin mann og hans hær (Leira, 2003). Selv om alliansen mellom mor og datter er en annen enn alliansen helsearbeiderne opplever til de kvinnelige beboerne i mottaket, kan man forstå noe av den samme opplevelsen av avmakt. Helsearbeiderne, som Klytaimestra, opplever det Leira kaller den verst mulige kombinasjonen: kombinasjonen mellom avmakt og ansvar.

### 13.3.2 Den store og den lille ondskapen

Barbro Sætersdal og Kristin Heggen skriver i sin bok *I den beste hensikt?* (2004) om den lille ondskapen som har fått utvikle seg i det moderne behandlingssamfunnet. De forklarer også den store ondskapen, som kan beskrives som drap, lemlesting, etnisk rensning og brutale krigshandlinger, mens den lille ondskapen er den som krenker menneskers verdighet i hverdagen, som gir en følelse av å være betydningsløs og uverdigg. Forfatterne beskriver den store ondskapen som så skremmende i sin grusomhet at vi nærmest ikke tør å nærme oss den, og at det på grunn av dette blir vanskeligere å se sammenhengene mellom den store ondskapen og hverdagslivets misgjerninger, den lille ondskapen.

En mulig årsak til at ondskap kan vekke reaksjoner, er fordi ordet er blitt et tabuord. Når det er snakk om den store ondskapen kan man benytte filosofen Arne Johan Vetlesens (i Sætersdal og Heggen, 2004, side 11) definisjon på ondskap: ”*villet påførelse av smerte på en annen*”. Når det er snakk om den lille ondskapen er en definisjon av begrepet noe vanskeligere, fordi det er den ondskapen som er tildekket av gode hensikter, men som utstøter, krenker, svekker, forvirrer og umyndiggjør den enkelte som blir utsatt for ondskapen. Bigit Kirkebæk skriver (i Sætersdal og Heggen, 2004, side 22) at ”*Ingen fagpersoner ønsker å handle ondt overfor dem de har ansvar for profesjonelt, og likevel er det onde i hverdagen en realitet*”. Denne forståelsen av ondskap skal jeg forsøke å relatere til helsearbeiderne og de kvinnelige beboerne på mottak. Sætersdal og Heggen kaller dette for små-skala-ondskapen, og beskriver det som en ondskap som er lett å overse og unnskyldte fordi den har så gode

forklaringer. Sætersdal og Heggen forsøker å se på at ”*maktovergrep mot svake grupper og enkeltindivider ofte skjer i godhetens navn*” (side 12).

### **Helsearbeider som aktør i den lille ondskaben**

Det er denne ondskaben som kan bli en konsekvens når rolleforståelsen til helsearbeiderne blir uklart, som et resultat av de ulike stemmene som definerer helsearbeiderne er så ulike.

Slik jeg ser det, bidrar helsearbeideren til å opprettholde den lille ondskaben mot de kvinnelige beboerne i asylmottak. Det personlige ansvaret helsearbeiderne måtte oppleve å ha når det gjelder tematikken rundt vold og overgrep mot kvinner blir i intervjuene borte i politiske og organisatoriske forklaringer. En av helsearbeiderne er med på å opprettholde den lille ondskaben ovenfor de kvinnelige beboerne i mottak når hun sier at ”*jeg er jo veldig avhengig av tilbakemeldinger fra de andre (kollegaene). Beboerne kommer ikke til meg og snakker om det*” når det er snakk om overgrep mot kvinner. Hun begrunner sin manglende kontakt med beboerne med at de ikke tar kontakt med henne, og sier fra seg det personlige ansvaret for å ta tak i tematikken. Birgit Kirkebæk (i Sætersdal og Heggen, 2004) beskriver den vanskelige grensen mellom paternalisme og likegyldighet. Jeg mener at de kvinnelige beboerne i mottak blir utsatt for en likegyldighet som gjør at overgrep og mishandling får fortsette. At vold mot kvinner er så lite definert som tema, og at helsearbeidere (som bør være disse kvinnenes ytterste forkjemper) har en så uklart rolle i forhold til problematikken, gjør at volden mot kvinnene opprettholdes. Sætersdal og Heggen skriver at man har lett for å unnskyldes og overse den lille ondskaben, og maskere den med gode forklaringer: som for eksempel når helsearbeiderne i intervjuene sier ”*Jeg vil ikke spørre mer når ikke kvinnene selv sier mer*” og ”*det er jo deres private hjem, så det er begrenset hvor mye vi kan overvåke*”. Volden og overgrepene får fortsette i asylmottak, og helsearbeiderne blir aktører som er med på å opprettholde den lille ondskaben mot de kvinnelige beboerne.

## 14 Avslutning

I denne oppgaven hadde jeg flere problemstillinger som jeg ønsket å besvare. Disse var: Hvordan blir helsearbeidernes rolle i avdekkingen og forebyggingen av vold beskrevet? Eksisterer det spenninger mellom de ulike måtene å definere helsearbeidernes rolle på? Hvilke konsekvenser får dette for avdekkingene og forebyggingen av vold mot kvinner i norske asylmottak?

Jeg har forsøkt å undersøke de mange ulike stemmene som er med på å definere helsearbeiderens rolle: helsearbeiderne selv, ledere, Migrahel og skriftlige dokumenter fra UDI og Sosial- og Helsedirektoratet. Gjennom de ulike stemmene har det blitt tydelig at det eksisterer spenninger, og at de uttrykker svært forskjellige definisjoner av helsearbeiders rolle. Man skulle på forhånd tro at de ulike lagene med definisjoner hang sammen, og komplimenterte hverandre: at ved å se utover i definisjoner ville man oppdage at de ulike stemmene brukte hverandre til å begrunne sine egne definisjoner. Med dette mener jeg man ville sett at lederne bekreftet det helsearbeiderne hadde sagt, at dette hang sammen med det Migrahel mente, og at uttalelsene til de tre ulike informant- gruppene hang sammen med de skriftlige dokumentene påpeker. Dette har analysen vist at ikke er tilfelle. Helsearbeiders rolle i forhold til vold og overgrep mot kvinnelige beboere er uklar og vagt definert. Dette resulterer i svært ulik rolleforståelse hos helsearbeiderne vi har intervjuet. Deres rolle blir preget av annengjøring i forhold til de kvinnelige beboerne, menneskerettigheter blir brutt, og beskrivelsene av avmakt blir tydelige. Beskrivelsene av lite opplæring og svært dårlig samarbeid med kollegaer fører til at temaet omkring vold og overgrep blir usynliggjort og tabubelagt. Elektras ansvarskode blir rådende i asylmottakene: de mannlige voldsutøverne går fri, og de kvinnelige beboerne blir bærere på skylden. I forlengelsen av at ingen påtar seg ansvaret for vold og overgrep, blir vi vitne til at menneskerettighetsbrudd får fortsette, og at kvinner og barn ikke har noen opplagt rett til å være trygge i det private rom.

Den uklare rolleforståelsen hos helsearbeiderne går til syvende og sist utover de kvinnelige beboerne i mottak, som fortsatt må leve i en hverdag preget av redsel og frykt for nye overgrep.

## 15 Litteraturhenvisning

Berg, B. og Sveaass m.fl. 2005. *Det hainnle om å leve – Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i mottak*. SINTEF og NKVTS

Berge, K.L. 2003. Hvor er makten i teksten? I K.L. Berge, S. Meyer og T.A. Trippelstad (red.) *Maktens tekster*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bourdieu, Pierre. 2000. *Den maskuline dominans*. Oslo: Pax

Bourdieu, Pierre og wacquant, Loic J.D . 1996. *Refleksiv sosiologi – mål og midler*. København: Hans Reitzels Forlag

Brunvatne, Reidun. 2006. *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Brunvatne, Hynne og Hjortdahl. 1999. *Flyktninger i primærhelsetjenesten*. Oslo: Den Norske Lægeforening.

Dahl, Solveig. 2001. Kvinner, menneskerettigheter og helse. I tidsskriftet *Linjer* nummer 1, 2001.

Engbretsen, Eivind. 2006. *Barnevernet som tekst: nærlesing av 15 utvalgte journaler fra 1950- og 1980-tallet*. Oslo: Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Gjedde-Dahl, Trine. 2002. Å lese læreplaner. I J. Tønnesson og T. Gjedde-Dahl. *Den Flerstemmige sakprosaen: nye tekstanalyser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Glomnes, Eli. 2005. *Alt jeg kan si. Språk, virkelighet og subjektets stemme*. Oslo: J.W. Cappelens forlag as.

Hanssen, Ingrid. 2005. *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag

Hjemdal, Ole Kristian og Stefansen, Kari. 2003. *Hjelpeapparatets rutiner for avdekking og registrering av vold*. Rapport fra et delprosjekt under Regjeringens handlingsplan Vold mot kvinner. HIO-notat 2003 nr 13

Hylland Eriksen, Thomas. 2001. *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Universitetsforlaget

Isdal, Per. 2000. *Meningen med volden*. Oslo: Kommune forlaget

Jakobsen, Sveaass, Johansen og Skogøy. 2007. *Psykisk helse i mottak: Utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress: Oslo.

Jareg, Kirsti og Askeland, Ingunn Rangul. 1995. *Kvinnelige voldsutøvere – en fenomenologisk studie av kvinner som bruker vold mot sin mannlige partner*. Psykologisk Institutt: Universitetet i Oslo

Juritzen, Truls og Heggen, Kristin. 2006. Omsorgsmakt: Relasjonsnære sonderinger mellom makt og avmakt. I *sosiologi i dag*. Årgang 36, nummer 3/2006

Kravspesifikasjon til driftsreglementet (Kravspesifikasjonen). Gjeldende fra 01.01.2008

Kvale, Steinar .2006. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Lauritsen, K. og Berg, B. 1999. *Mellom håp og lengsel. Å leve i asylmottak*. Trondheim: SINTEF

Leira, Halldis. 2003. *Det gode nærvær. Kulturens psykologiske betydning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Levin, Irene og Trost, Jan. 2005. *Hverdagsliv og samhandling med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Oslo: Fagbokforlaget.

Norsk Folkehjelp. 2003. *Avmakt og mestring – en rapport om vold og seksuelle overgrep i flyktningmottak*.



NOU 2003:31 *Retten til et liv uten vold. Menns vold mot kvinner i nære relasjoner*. Oslo, Justis og politidepartementet

NOU 1999:13: *Kvinnens helse i Norge*. Oslo, Sosial- og helsedepartementet

Reglement for drift av statlige mottak (Driftsreglementet). Gjeldende fra 25.10.2006.

Skogøy, Elin. 2008. *Arbeid med voldsutsatte kvinner med minoritetsbakgrunn*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Skorpen, Berit. 2006. Power and Co-operation in view of Gender in Child-protection services. *European Journal of Social Education*.

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

Sætersdal, Barbro og Heggen, Kristin. 2004. *I den beste hensikt? "Ondskap" i behandlingssammenheng*. Oslo: Akribe Forlag

Thomassen, Magdalena. 2006. *Vitenskap, Kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Veileder- helsetjenestetilbud til flyktninger og asylsøkere. Sosial- og helsedirektoratet. 2002.