PAIDOS

TIDSSKRIFT FOR NORSK BARNELEGEFORENING 2012; 30(2): 53-100

Asylbarna

Kjære kolleger og venner!

Dette temanummeret er viet til barn med asylstatus både i Norge og andre deler av verden. Vi har derfor denne gangen utelatt våre faste innslag, men kommer tilbake med dem i neste nummer.

Asylbarna utsettes daglig for store belastninger, både fysisk og psykisk helseskade, stress, sult og vold. De har ikke anledning til å velge sin livssituasjon og påvirke sine muligheter og vi barneleger har et spesielt ansvar for å hjelpe dem til god helse, bli sett og gi nødvendig beskyttelse. Det finnes ingen eksakte tall på hvor mange papirløse som bor i Norge i dag, men Statistisk Sentralbyrå har estimert at det er ca. 18 000 uregistrerte personer her. I tillegg til dette kommer de som aldri har søkt asyl og de barn som blir født i Norge med papirløse foreldre. Det er mange veier til Norge uten oppholdstillatelse; blant annet familiegjenforening, FN flyktninger, politisk asyl, og via menneskesmugling. Det bor mange barn blant asylsøkere, og noen er enslige mindreårige ungdommer. Ifølge barnekonvensjonen og norsk lov, har alle barn og ungdommer, uavhengig av asylstatus, de samme rettigheter til helsehjelp som norske barn.

Vi er stolte over at vårt nye barneombud er en av oss og gratulerer Anne Lindboe med den nye viktige jobben. Vi ser frem til et fortsatt godt samarbeid med barneombudet. Målet med dette nummeret av Paidos er å bidra til å øke kunnskapen hos norske barneleger om asylbarna i Norge og å vise omverdenen at Norsk Barnelegeforening engasjerer seg i disse barnas situasjon.

Paidos retter en takk til alle de engasjerte bidragsyterne til dette nummeret og ønsker alle våre lesere en fantastisk sommer. Det er fint om dere allerede nå begynner å planlegge et bidrag til vårt høstnummer og har Paidos i tankene om dere besøker andre barnesykehus, helseinstitusjoner for barn og ungdom eller møter kolleger i utlandet i løpet av sommeren.

Riktig god ferie
Beste hilsener

Stefan Kutzsche

Husk: Alle bidrag sendes til paidos@barnelegeforeningen.no

Kurs og konferanser
se www.barnelegeforeningen.no

Always hunting new knowledge - The nestor of Neonatology in Norway Symposium for Rolf Lindemann
15.juni 2012 kl. 10-16
Sted: Rødt auditorium, Laboratoriebygget Ullevål
Påmelding: paidos@barnelegeforeningen.no

AMEE 2012 - An international association of medical education
THE CONTINUUM OF EDUCATION IN THE HEALTH CARE PROFESSIONS
Lyon, Frankrike, Centre de Congrès
25-29 august 2012
www.amee.org

Paidos 2012; 30(2): 53-100

54 Redaktøren
Stefan Kutzsche

56 Kjære kolleger
Marianne Nordhov

57 Nytt barneombud
Anja Lee og Stefan Kutzsche

59 Asylbarn og psykisk helse – et spørsmål om kropp, sjel eller levekår i Norge?
Aina Basilier Vaage

62 –Jeg er brun, jeg – derfor er jeg fattig...
Kari Gellein og Tine Poppe

66 Barneperspektivet i asylsaker
Ellen Annexstad, Synne Øien Stensland, Nils Thomas Songstad og Marianne Nordhov

68 Relevante utdrag fra FNs konvensjon om barnets rettigheter

69 Barns psykiske helse i Nordnorske asylmottak
Camilla Lauritzen

72 Asylsøkende barn: Gode intensjoner og politiske prioriteringer
Hilde Lidén

74 Trygg og god nok...
Synne Øien Stensland

79 Barn og unge i asylmottak
Berit Berg

82 Resiliens
Jonas Rogn

84 Barn som flykter alene
Ketil Eide, Helen Johnsen Christie og Mari Kjølseth Bræin

87 Barn på flukt
Anja Lee

90 Papirløst mareritt
Karl Eldar Evang

92 Helsesenteret for papirløse migranter
Solveig Holmedal Ottesen

94 Medisinsk behandling er ikke nok!
Leoul Mekonen

95 Daniel – ut av Norge
Lisa Bjarkø

96 Om flykningebarn i Djibouti
Stefan Kutzsche

98 Bokanmeldelser

Forsidebilde: "Ovin og Onal. Foto publisert med tillatelse av foresatte. Foto: Tine Poppe
Miniatyrbilde: Fra flyktningemottak i Djibouiti (side 96-97). I leiren utsettes barn for stress. Underernæring forsterker påkjenningene. Foto: Marcus Bleasdale.

Paidos©2012
Paidos forbeholder seg retten til å oppbevare og publisere artikler og annet stoff også i elektronisk form, for eksempel via internet. Fagpressens redaktørplakat ligger til grunn for utgivelsen. Alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Norsk Barnelegeforening sine offisielle synspunkter med mindre dette er presisert.

Paidos skal
- Speile trender og utvikling innen norsk barnemedisin
- Jobbe for økt interesse for barnehelse i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv
- Være et vindu for samfunn og media mot norsk barnemedisin
- Sette fokus på viktige barnemedisinske tema
- Være et medlemsblad for Norsk Barnelegeforening

Redaksjonen mottar med takk alle bidrag fra leserne. Signerte artikler og innlegg står for forfatterens egen regning.

ISSN: 0804-1687 © Norsk Barnelegeforening

Redaktør
Stefan Kutzsche
paidos@barnelegeforeningen.no

Redaksjonsmedlemmer
Ingvild Heier
Anja Lee
Guri Skum

paidosreaksjonen@barnelegeforeningen.no

Adresse
Paidos redaksjon
Gardeveien 17 (517)
0363 Oslo

Design
Akuttjournalen Arena AS
Liv K. Norland
artdirector@akuttjournalen.com

Annonser
Akuttjournalen Arena AS
Kjell O. Hauge
paidos@akuttjournalen.com

Materiellfrister
Nr. 03/2012 - 10. august

Forsidefoto
Tine Poppe

Opplag:1000

Antall utgivelser per år: 4

Paidos på nett
www.barnelegeforeningen.no

Abonnement
240 kr pr år/4nr. Abonnement på Paidos bestilles ved henvendelse på mail: paidos@akuttjournalen.com

Velkommen til våren!

Vår = joggeskotid. Spasertur i skogen, gatelangs, i parken eller i fjæra. Jeg synes det er fantastisk å ta på seg joggeskoene etter en travel poliklinikkdag og "hive" seg med på intervalltrening sammen med gode kolleger fra barneavdelingen. Bare veier, løvetann, krokus og lange lyse kvelder. Jeg vil oppmuntre dere alle til å ta på joggeskoene og komme dere ut og nyte denne vakre årstiden uansett hvor i landet dere bor!

Asylbarna

Apropos poliklinikk. Det er på poliklinikken jeg møter barna dette nummeret av Paidos handler om. Spedbarn som ikke vokser, deprimerte ungdommer eller barn med diffuse tilstander. Fortvilte foreldre som har forlatt hjemland, slekt og venner med et håp om et bedre og tryggere liv for sine barn og sin familie. Hva blir de møtt med? Langvarig opphold i asylmottak som er dårlig tilrettelagt for lek og utvikling. Langvarig saksbehandlingstid med stadig frykt for avslag og utsendelse. Dårlig helsetjeneste for de voksne. Alt dette rammer barna. Denne våren har debatten rast om hvordan norske myndigheter behandler disse sårbare barna og familiene deres. NBF ønsker også å delta i debatten og jobbe for å bedre asylbarnas situasjon. Vi tar gjerne imot innspill på vektige virkemidler fra dere der ute.

Etterutdanning

Når dette skrives er mange norske neonatologer på vei til den amerikanske barnelegeforeningens årlige forskningskonferanse (PAS) i Boston. Mange skal presentere resultater fra god forskning i vårt miljø. Det er flott! Imidlertid er det utfordringer knyttet til deltakelse på kongresser både fra et økonomisk og et utdanningsmessig ståsted. Et av legeforeningens satsningsområder for inneværende styreperiode er etterutdanning. Mange yrkesgrupper det er naturlig å sammenlikne oss med har formelle krav til opprettholdelse av spesialiteten, ledsaget av både økonomiske rammer og et forpliktende etterutdanningsløp. For vårt fag mangler dette helt. Etterutdanning er opp til den enkelte. Ulike avdelinger og helseforetak har ulik praksis både i forhold til permisjon og økonomisk støtte. Midler til forskningsformidling finnes knapt, og legeforeningens fond 3 rekker ikke langt. Legemiddelsponset kongressforbud som ble effektuert 1 januar 2012 har gjort det ennå vanskeligere. Legeforeningen har nedsatt et arbeidsutvalg for legers etterutdanning. Vi i NBF ønsker å følge opp dette. NBF ønsker å sette et fokus på dette arbeidet, og sammen med spesialitetskomiteen skal vi se mer konkret på hvordan vi best kan jobbe videre med denne viktige saken. Dette blir også hovedtema på avdelingsoverlegemøtet i forkant av Pediaterdagene i 2013. Meld inn til styret om du har du synspunkter eller innspill.

Hva jobber styret med for tiden?

Styret i NBF er i full gang med våre mange satsningsområder (se www.pedweb.no); aldersgrense opp til 18 år, organisering i barne- og ungdomsklinikker samt overføring av helsetjenester for barn og unge med livsløpssykdommer fordrer at ungdomsmedisin settes på kartet for alvor. NBF har oppnevnt et arbeidsutvalg ledet av Frøydis Olafsen som skal fremme forslag om hvordan vi kan øke kompetansen vedrørende denne pasientgruppen. Det planlegges etterutdanningskurs samt revitalisering av interessegruppen i ungdomsmedisin på Vårmøtet på Lillehammer. Samhandlingsreformen er vedtatt og barn er knapt nok nevnt. Å utarbeide gode behandlingsløp er tidkrevende arbeid, og det vil trolig være hensiktsmessig at dette gjøres på nasjonalt nivå. NBF har derfor kontaktet Helsedirektoratet om dette.

Christoffersaken.

Hva har vi barneleger lært av denne tragiske historien? I "Debatten" på NRK 1 26. april delte vår respekterte kollega Bjørn Halvorsen hvilke lærdommer sykehuset i har trukket av saken. Sykehuset har innført nye rutiner for dokumentasjon av skader hos barn. Legen som undersøker barnet må aktivt ta stilling til om skaden samsvarer med oppgitt historie. Uansett. Dette er noe alle barneavdelinger bør innføre.

Jeg håper vi ses på Vårmøtet! Barneavdelingen på Lillehammer har laget et kjempespennende program: "Unnfanget sånn, født sånn eller blitt sånn?"
Detaljert program og påmeldingsskjema finnes på www.barnelegeforeningen.no

Beste hilsen, Marianne Nordhov

Nytt barneombud

Paidos redaksjonen ønsker vår kollega Anne Lindboe lykke til i stillingen som nytt barneombud i Norge i 2012.

Foto: Barne-,likestillings- og inkluderingsdepartementet

Anne Lindboe er utdannet lege på UiO, spesialist i barnemedisin, har jobbet på barneavdelingen i Drammen og på OUS/Ullevål. De siste årene har hun hatt bistilling som overlege på sosialpediatrisk seksjon OUS/Ullevål hvor hun har jobbet med barn utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Hun er doktorgradsstipendiat på Rettsmedisin, og Folkehelseinstituttet. Prosjektet dreier seg om hjerneødem ved uventet barnedød. Hun har også en MBA i økonomisk styring og ledelse fra Norges Handelshøyskole.

Som nytt barneombud har hun valgt å fokusere på de svakeste og mest sårbare barna, og barn som har det vondt. Dette dreier seg om barn som er utsatt for vold og omsorgssvikt, barn med spesielle behov, barnevernsbarn, barn som mobbes og asylsøkerbarna.

Hun sier at hennes visjon er lånt fra Stine Sofies Stiftelse: En barndom uten vold.

Som vi har sett på TV, liker barna at det nye barneombudet snakker med dem og ikke om dem. Dette gjelder også asylbarna. Anne Lindboe sier at asylbarna har krav på å bli behandlet på lik linje med andre norske barn. "Vi kan ikke være bekjent av å kaste ut barn som har levd store deler av barndommen sin i Norge. Dette er i strid med barnets beste og FNs barnekonvensjon, og dermed med norsk lov. I tillegg har vi et moralsk ansvar ovenfor disse barna. Det er ikke riktig å la dem få lide for foreldrenes gjerninger og avgjørelser, eller for at vi ikke har et system som er godt nok til å avklare eller avslutte familienes asylsøknader og opphold i Norge innenfor rimelig tid. Barnets beste må ikke ofres på de innvandringspreventive hensyns alter. Den store usikkerheten disse barna må leve med over lengre tid,kan påføre dem ytterligere traumer og gjøre det vanskelig å komme i gang med terapi og behandling som er viktig for at de skal kunne utvikle seg på best mulig måte. Det er viktig at vi barneleger som møter disse barna ansikt til ansikt, og ser hva slags konsekvenser denne usikkerheten påfører barna står klart og tydelig frem med dette!"

Om voldsutsatte barn sier Anne Lindboe: "Vold mot barn er mye mer utbredt enn vi tror. Vi bør alltid ha dette i bakhodet som en differensialdiagnose når barn for eksempel kommer inn med symptomer som sløvhet og oppkast, bruddskader eller blåmerker. Legene bør ha lav terskel for å legge inn barnet til observasjon, og lav terskel for å melde til barnevern og eventuelt politi. Vårt ansvar for å trygge barnet veier mye tyngre enn vårt ansvar ovenfor foreldrene. Det er selvfølgelig en fare for å mistenke foreldre som er uskyldige, men det å sende et forsvarsløst barn tilbake til voldelige omgivelser er så mye, mye verre.

Paidos og barnelegene i Norge ser frem til et godt og nært samarbeide med det nye barneombudet, og vi er ikke i tvil om at hun til en hver tid vil være barnas ambassadør.

AV ANJA LEE OG STEFAN KUTZSCHE, PAIDOS REDAKSJON

Sommerfuggel i Vinterland

Æ så dæ i går på gata, da byen lå kald og stor
Æ så du va ny i livet, æ så du va ny i nord
Og mora di bar en koffert, med alt det ho eide i
Og du gikk og bar på hennes drøm, om engang å få bli fri

Og du ga mæ et smil, Sommerfuggel i Vinterland
Ingen får ta fra dæ, Fargan du viste me
Å , må drømmen du bær bli sann,
Sommerfuggel i Vinterland

Og mora di bær på minna, om alt det ho har forlatt
Ho vet ikke om ho ser igjen, han som de tok ei natt
Nu hold ho dæ fast i handa, så gjør ho dæ varm og go
Ho håpa du e velkommen hit, så såran engang ska gro

Og du ga mæ et smil, Sommerfuggel i Vinterland
Ingen får ta fra dæ, Fargan du viste me
Å , må drømmen du bær bli sann,
Sommerfuggel i Vinterland

Æ håpe vi tar imot dæ, æ håpe du slepp å frys
Æ vet du kan gi oss farge, og latter og liv og lys
Æ så dæ i går på gata, da byen lå kald og stor
Æ så du va ny i livet, og æ så du va ny i nord

Og du ga mæ et smil, Sommerfuggel i Vinterland
Ingen får ta fra dæ,Fargan du viste me
Å , må drømmen du bær bli sann,
Sommerfuggel i Vinterland

Halvdan Sivertsen

Foto: Flickr.com © Paul Wever

Asylbarn og psykisk helse

– et spørsmål om kropp, sjel eller levekår i Norge?

I vår har det vært et økt mediefokus på asylbarn i Norge. Neda, 11 år, har bidratt til å gi mange et nytt bilde av de såkalte "papirløse". Hun har bodd snart ti år i Norge. Foreldrene får ikke oppholdstillatelse i Norge, men kan heller ikke returnere til hjemlandet, for ingen vil ha dem. Neda fortalte i Lørdagsrevyen på NRK 1 3.3.12 at "Norge liker meg ikke". Hva gjør det med et barn?

AV AINA BASILIER VAAGE, OVERLEGE, PH.D., BARNE-OG UNGDOMSPSYKIATRISK POLIKLINIKK SANDNES, STAVANGER UNIVERSITETSSYKEHUS

Pr. 31.12.11 lever 4008 barn (alder 0-17 år) i asylmottak i Norge, i tillegg til et ukjent antall barn av "papirløse" (asylsøkere som har fått endelig avslag på asylsøknaden) som ikke bor i mottak. Antallet barn er derfor relativt lite, men representerer ikke desto mindre en svært viktig og sårbar gruppe barn i Norge.

Hvem er disse barna? Hvordan angår de oss helsearbeidere, som leger som utreder, behandler og iblant skriver spesialisterklæringer i asylsaker?

Noen kasuistikker kan belyse sider av de utfordringer vi står i.

Abdul

6 år gammel, ble henvist til en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) på grunn av posttraumatiske vansker og atferdsproblemer.

Han kom til Norge med foreldre og en lillesøster 3 år gammel. Foreldrene var forfulgt av opprørere i hjemlandet, far hadde blitt torturert. Rett før ankomst til Norge hadde Abdul vært vitne til at to familiemedlemmer som hadde blitt skutt og drept i skogen utenfor familiens hus ble båret inn på kjøkkenet. Det var panikk, gråt, blodet rant og mor forteller at fra den dagen sluttet han å snakke. Han ble ekstremt redd, kunne ikke være borte fra foreldrene, sov bare 1,5 timer av gangen, hadde mareritt og begynte å tisse på seg.

Disse symptomene vedvarte. Da de kom til Norge og han etter lang tid fikk til å gå i barnehagen var han urolig, rastløs, ukonsentrert og gråt mye. Etter hvert endret han seg, atferden fikk trekk forenlig med både en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og en tilknytningsforstyrrelse, i tillegg til generalisert angst og andre posttraumatiske vansker. Han lå langt tilbake for sine jevnaldrende i utvikling, en utvikling foreldrene beskrev som normal de første 3 leveår.

Foreldrene var sterkt preget av den usikre situasjonen som asylsøkere i Norge. De var traumatiserte, hadde etter alt å dømme en opprinnelig god omsorgsevne, men klarte ikke å skape tilstrekkelig trygge rammer for barna. I løpet av vår kontakt med familien fikk de endelig avslag på sin asylsøknad. Abduls svært dårlige psykiske helse ble ikke tillagt vekt av Utlendingsnemda (UNE), og grunnet ekstrem angst for tvangsretur, gikk de under jorden. Far turte ikke returnere, han var sikker på at han da ville bli drept og familien stående uten forsørger.

Madina

Henvist til BUP 8 år gammel på grunn av søvnvansker, hodepine og uro, forstått av henviser som posttraumatiske vansker. I den første timen var foreldrene mest opptatt av hennes hodesmerter, for hun hadde hatt flere besvimelser med påfølgende fall som far fryktet hadde ført til en hjerneskade. Dessuten hadde hun et plagsomt utslett som kom og gikk. Foreldrene var begge forfulgt i hjemlandet, far sterkt torturert, mor voldtatt. Jenta var nummer

to av tre døtre. Da jenta ble henvist hadde de fått avslag på asylsøknaden og på anken. De var i stadig angst for tvangsretur og sov ikke om natten, men ventet på at politiet skulle komme om natten og tvangsreturnere dem.

På bakgrunn av foreldrenes beskrivelse av problemene henviste vi Madina til barneavdelingen. Takket være et meget godt samarbeid mellom BUP og Barneavdelingen fikk jenta – og foreldrene – en grundig utredning og igangsatt behandling av migrene og psoriasis. Mistanken om hjerneskade ble avkreftet, til alles lettelse.

Madina ble delutredet ved BUP, men videre behandling var ikke indisert på det tidspunktet.

Ett år senere ble jenta utsatt for en alvorlig traumatisk hendelse på asylmottaket. Det medførte en oppblomstring av angstsymptomer, søvnvansker og skoleproblemer. Kontakten med BUP ble intensivert. Jenta begynte å fortelle at hun hadde opplevd noe fælt i hjemlandet hun ikke kunne snakke med noen om. Moren fortalte meg i all hemmelighet at datteren hadde vært vitne til et overgrep mor hadde beordret taushet om. Midt i samtalene om dette kom katastrofen på Utøya, noe som for mange, og også for Madina, reaktiverte den angst og desperasjon som allerede var sterkt til stede. Hennes funksjon ble dårlig i skole og fritid, hun ble mer aggressiv, frekk mot voksne, utviklet store atferdsvansker og så vel foreldre som skolen var bekymret.

På bakgrunn av jentas helsetilstand ble det nå skrevet en spesialisterklæring til UNE, som ledd i ankebehandling, men den ble ikke tatt til følge. Kort tid etter ble først faren, så resten av familien hentet av politiet en grytidlig morgen og tvangsreturnert til hjemlandet, etter 4 år i Norge og økende helseplager relatert bl.a. til traumatisering i Norge.

Hva er felles med disse historiene?

Kasuistikkene illustrerer den ekstreme belastning som svært mange asylbarn opplever. Det dreier seg om flere aspekt av deres liv. For det første er mange av asylbarna traumatisert i hjemlandet og under flukt. De har opplevd på kroppen eller har vært vitne til krig, opprør, vold, forfølgelse av foreldrene. Vi vet at for barn er trussel mot foreldrene like skadelige som direkte skade mot dem selv.

Den andre store belastning er å vokse opp med traumatiserte foreldre, som av angst for forfølgelse og med store psykiske belastninger ikke er i stand til å være trygge nok foreldre og beskytte barna sine i tilstrekkelig grad. Deres kamp for egen overlevelse blir hovedfokus. Barna lider under det, deres problemer blir borte i helhetsbildet. På asylmottak dreier alt seg om foreldrenes situasjon, fokus er på krigen, opprøret og forferdelsen de reiste fra. Barna skjermes ikke fra dette, men risikerer å bli kontinuerlig retraumatisert.

Den tredje belastningen er det å vokse opp som asylsøker/papirløs, med livsvilkår som innebærer både fysisk, psykisk og økonomisk deprivasjon, de marginaliseres og ekskluderes fra store deler av samfunnet. Barna er omgitt av stressede voksne, hvorav mange er (p)syke. De er isolert, ofte lever hele familien på ett rom der alt skal skje, de skal lage mat, spise, sove, krangle, barn skal sove og voksne leve voksent liv. Fattigdomsproblematikken er påtrengende. Asylpolitikken tilstreber nøkternhet mht standard, men vi hadde ikke tillatt norske familier å leve over tid under de rammeforhold asylfamiliene tilbys. Situasjonen for barn på mottak kan mange ganger sammenlignes med krigslignende forhold, relatert til den angst, utrygghet og mangel på kontroll det innebærer. Medias omtale av asylsøkere bidrar til en opplevelse av å være uønsket, de har blitt vår tids spedalske.

Kompleksitet i utredning og behandling.

Utredning av disse barnas sammensatte problemer er en komplisert og krevende oppgave. I tillegg til å tenke på alle de såkalt vanlige barne-og ungdomspsykiatriske tilstandsbildene, må man tenke på hvilke problemer som kan skyldes migrasjon, kulturelle uttrykksformer for stress, foreldrerelaterte problemer, utviklingsforsinkelser og forstyrrelser, fysiske skader og sykdommer og konsekvenser av den deprivasjon de opplever som asylsøker eller papirløs i Norge (se tabell).

- Hva er vanlige BUP-tilstander?
- Hva er kultur?
- Hva er migrasjon?
- Hva er traumer?
- Hva er foreldrerelatert (tilknytning, generasjonsoverført traumatisering)
- Hva er utviklings-forsinkelser/ forstyrrelser
- Hva er fysiske skader/sykdommer?
- Hva er deprivasjon?

Det er også krevende å kartlegge problemenes alvorlighetsgrad og omfang, når barna kommer fra en bakgrunn som for oss er ukjent mht tidlige livshendelser, familiemønster, kvaliteten på tidlig samspill, med vurdering av utvikling i en sosiokulturell kontekst. Foreldrene kan ha svært mangelfull eller ingen skolegang. Kombinert med kulturelle faktorer bidrar det ofte til en annerledes forståelse av kropp og sykdom enn vi møter hos norske foreldre. Språkvansker er sentralt og utfordringer knyttet til bruk av tolk ikke å forglemme.

Kropp og/eller sjel?

Emin 5 år tisset på seg om natten. Mor var sikker på at det skyldtes skade han hadde pådratt seg da hun med sine tre barn flyktet om vinteren og måtte sove ute. De var blitt oppdaget en gang og stilt opp på rekke for vilkårlig skyting, men klarte å komme seg unna. Da gutten skulle undersøkes av lege på asylmottaket hadde de ikke tolk tilgjengelig, så mor forstod ikke hva legen sa da han forklarte at gutten var i god fysisk form. Da gutten som ledd i vår utredning ble henvist og utredet på barneavdelingen på sykehuset – nå med tolk – var mor veldig lettet. I vår videre kontakt kunne familiens traumehistorie fokuseres. Gamle Kierkegaards ord om nødvendigheten av å begynne der pasienten er, må ikke glemmes. Spesielt i arbeid med innvandrer og flyktninger er det sentralt å ta utgangspunkt i deres egen forståelse av problemene. Det kunstige skillet mellom kropp og sjel, mellom hvilke problemer som utredes av hhv barneavdelingen og BUP, er en viktig utfordring i samarbeidet mellom våre to spesialiteter. Det gjelder så visst norske barn også!

Livet settes på vent

For barn og ungdom blir hele utviklingen satt på vent under den lange behandlingstiden før et endelig svar på asylsøknaden foreligger, i stadig angst for tvangsretur. Det er lite vits i å satse på fremtiden, for den kontrolleres av de som har makt til å bestemme over opphold eller retur, over liv og død. Utviklingen stanser ikke bare opp, men barnet påføres skader, bl.a. mht hjerneorganisk fungering, grunnet den negative effekt på hjernens utvikling av å leve med høyt stress gjennom flere år. Dette kommer i tillegg til det vi ser av posttraumatiske symptomer, depresjon, angst, store søvnvansker, problemer med tilknytning og atferdsvansker.

Konsekvensene av at livet settes på vent – at de opplever seg som en uønsket, stigmatisert gruppe – er svært alvorlige mht barnas utvikling, psykiske helse og livskvalitet. Barn blir deprimerte, aggressive og/eller passive, de plages med angst. Veien er kort til store psykiske vansker, rus og kriminalitet når menneskeverdet oppleves fratatt dem – når rammene for livet er så trange og mulighetene for en framtid i trygghet er så små.

Både forskning og klinisk praksis viser en alvorlig realitet.

Forskning har dokumentert at flyktninger (de som er innvilget flyktningstatus ihht FN konvensjonen og andre avtaler) og asylsøkere (de som søker om asyl, men der saken enda ikke er avgjort) i omtrent like stor grad er traumatisert og torturert. Barn av flyktninger og asylsøkere har i like stor grad psykiske problemer (E. Montgomery 1998), og så vel barn som voksne har langt høyere grad av psykiatrisk belastning enn befolkningen fra mottakslandet (jfr.bl.a."Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente", Helsedirektoratet 2010, Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors, Fazel, Panter-Brick and Stein, Lancet 2012).

Forskning viser videre at det mest skadelige for den psykiske helse er de aktuelle belastninger personene opplever som asylsøker/papirløs. Det er på sikt mer skadelig enn traumer påført før og/eller under flukt, selv om det er alvorlig nok. Dette er vist for både voksne (Carswell et al 2011) og barn (E.Montgomery 2011).

En dansk undersøkelse av papirløse barn og ungdom i kirkeasyl viste at alle, med unntak av en 1-åring, hadde alvorlige barnepsykiatriske lidelser (Asylbørn i Danmark. En barndom i undtagelsestilstand, red. Vitus og Nielsen, Hans Reitzels forlag 2011).

Helseerklæringer om asylbarn – betyr det noe?

Som ledd i utredning og behandling av asylbarn er det noen ganger nødvendig å utarbeide en spesialisterklæring om barnas (psykiske) helsetilstand. Hvordan håndteres disse av UNE i en ankebehandling av asylsøknader? Erfaringsmessig tillegges barnas helse liten vekt.

Helseerklæringer for barn med alvorlige psykiske vansker kommenteres ofte av UNE med følgende uttalelser: "Alle barn i hjemlandet er traumatisert" og "De kan få behandling i hjemlandet". Dette til tross for at det tydelig er påpekt i erklæringen at foreldre ikke vil kjenne seg trygge på et behandlingsapparat iverksatt av det de opplever som et forfølgende regime. Dvs. behandling i hjemlandet er et teoretisk tilbud, ingen faktisk mulighet.

Lovgivernes retningslinjer om at barns beste skal overordnes all annen lovgivning tilsidesettes systematisk av såkalte "innvandringsregulerende hensyn, som kan komme i betraktning i vurdering av en asylsøknad. Dvs. et kan overordnes et skal!

Det argumenteres fra politisk hold at barnas problemer er foreldrenes ansvar, at foreldrene ikke kan spekulere i barnas situasjon for å oppnå personlige goder (les: oppholdstillatelse). Foreldrenes egen historie er imidlertid at det nettopp var ansvaret for barna som gjorde at de flyktet fra hjemlandet. Lite ante de hva de kom til!

For asylbarn betyr de siste tiders mediefokus at flere har utviklet en sterk angst for å bli tvangsutsendt av landet. Begynnende hevntanker mot politikere som vil dem vondt, slik barn opplever det, kombineres med ønske om å rømme. De vet at foreldrene ikke kan beskytte dem og denne erkjennelse bidrar til en stor utrygghet. Barna retraumatiseres og påføres psykiske helseskader under de vedvarende usikre livsforhold. Istedenfor å bruke krefter på vekst og utvikling blir basal overlevelse deres viktigste anliggende. Det er – for et barn – et liv med en basal mangel på livskvalitet og verdighet og i strid med barnekonvensjonen som påpeker et barns rett til utvikling og trygghet.

Utfordringer til oss helsearbeidere

Hva gjør vi helsearbeidere med dette? Bryr vi oss om det? Avskriver vi det som "politikk" eller ser vi det som en faglig og personlig utfordring?

Jeg slutter meg til daglig leder Arnfinn Fiskå i Kirkens Bymisjon i Rogaland, som på et møte med lokalpolitikere i Stavanger i september 2011 uttalte følgende: "Jeg vil heller leve i et naivt samfunn, der vi kan risikere at enkelte asylsøkere uten ærlige motiver får oppholdstillatelse, enn i et nådeløst samfunn uten respekt for menneskeverdet."

Eller som den svenske erkebiskop K.G.Hammar sa i 2004: "Vad händer med oss, om vi låter barn fara illa?.... Vad sker med dig och mig om vi tvingas lära oss blunda för barns behov för att orka gå vidare? Vad händer med vårt Sverige? Kollapsar det inte utan medkänsla?"

Hva hender med vårt Norge? Hvilket samfunn vil vi leve i? Hva skal til for at vi i fellesskap skal våge å endre dagens situasjon, slik at vi kan begynne å se barn av asylsøkere og papirløse som akkurat det, som barn, med rett til liv og utvikling?

–Jeg er brun, jeg – derfor er jeg fattig...

Jeg orket ikke leve lenger, forteller Pattiyaga Leelakajith Ariyarantna, men en blanding av 150 sovetabletter/antideppresiva var ikke nok. Det var om kvelden, ett års tid før hans eldste sønn, Ovin ble født. - Jeg viklet meg så langt inn i mitt eget liv. Det var så mørkt, håpløst og så stille.

TEKST OG FOTO: KARI GELLEIN OG TINE POPPE

Utdrag fra et bokprosjekt av Gellein og Poppe, som belyser de lengeværende asylbarnas situasjon i asylmottak gjennom tekst og bilder. Arbeidet med bokproskjektet startet i november i fjor og blir avsluttet i løpet av sommeren. Boka vil representere ca. 80 av de lengeværende barna hvor barnas egne stemmer er vektlagt. Alle fotografier er publisert med tillatelse av forsatte.

Vi parkerer utenfor innkjørselen til et hvitt mursteinshus i et villaområde i Tønsberg. På trappen møter vi familien Ariyarantha, som i flere måneder hadde ventet på besøk. Smilende og imøtekommende viser de oss veien ned i den lille kjellerleiligheten som asylmottaket nå betaler for dem.

Pattiyaga Leelakajith Ariyaranta flyktet fra Sri Lanka for 15 år siden. Smuglet den lange veien til Norge. Kona Kumari Sandiya ankom Norge fem år etter. Siden har familien oppholdt seg i landet.

Ovin, åtte år, som i hele sitt barnlige liv har vokst opp på mange, ulike asylmottak fikk i 2007 diagnosen epilepsi, forteller pappaen mens mamma Kumari med Ovins lillebror på fire år på armen serverer oss forsiktig søt tea og kjeks. Ute skinner sola. Dagen er lys og mild, dekket av et lett snølag. Vi sitter i kjellerstua. Et blålyst skjær av lys slippes inn gjennom det lille kjellervinduet. Gjenskinnet fra de blå møblene hvor mammaen og pappaen sitter i hver sin vevre stol.

Som en virvelvind fyker lille Ovin fram og tilbake rundt i rommet, snakker ustoppelig på flytende norsk, river og rusker i lillebror, klarer ikke stoppe. Klarer ikke feste blikket. Det er vanskelig om ikke umulig å sitte stille for lille Ovin.

Konsentrasjonsproblemer

Ovin snakker bare norsk. - På Byskogen skole i Tønsberg har læreren fortalt oss at han har store konsentrasjonsproblemer og har veldig vanskelig for å huske, forteller pappa Pattiyaga. Det er så vanskelig og trist når han er så sint på oss, spesielt etter han har vært på besøk hos venner. Allerede som fem-åring begynte han å sammenligne seg med andre barn. Vi kan ikke kjøpe det som klassekameratene har. Ikke nye klær, ikke nye leker. Han går i klær som vennlige mennesker gir til oss, for store eller for små. – Jeg prøver å forklare han at vi har veldig dårlig råd siden jeg ikke får lov å jobbe. Ikke sjelden sier Ovin – Jeg vil kaste deg i søppelcontainere. Du kjøper feil klær og bare dårlig mat. Jeg vil bestemme. Etterpå gråter han.

Ovin likte seg godt på skolen de første ukene. En ny fase i livet begynte, fylt av forventninger og nysgjerrighet. Ikke mange ukene gikk før han ble mobbet. Feil sko. Feil klær. Nysgjerrigheten avtok raskt, erstattet av mismot og sinne.

-Jeg er brun jeg, sier Ovin. Derfor er jeg fattig. De andre i klassen er hvite, de er rike de. Brun er et problem. Hvit er ikke noe problem. Alle i klassen har bil. Jeg vil at pappa skal ha bil, mamma har ikke leppestift en gang hun. De andre mammaene har det. Kjøper bare mat hun. Har ikke noe i skapet hun, pappa har ikke slips en gang han. Ikke skjorter heller sånn som pappaen til Gabriel har heller.

Bare babyleker

– Når jeg blir stor skal jeg bli lege, leger er rike de og da skal pappa få bade i pengene mine, sier Ovin mens han løper rundt og rundt, tar en raskt titt på kamerautstyret, lager noen indianerrop. River og sliter i lillebror.

Hver dag går Ovin den lange veien til skolen sammen med mamma eller pappa. De andre barna blir kjørt. Bussen er for dyr. – Det første året måtte jeg bære han, han nektet å gå. Nå går han, registrerer bilmerker. Saab, Volvo, Audi, Opel. Han har lært seg alle.

- Jeg har bare babyleker jeg, sånne lego som babyer har. Ikke lekebiler og playstation. Ovin vet godt hva det er. Takknemlig forteller pappa Ariyaratna om en datamaskin han fikk låne i hele tre uker i fjor sommer. – Siden jeg ikke får lov å jobbe, hjelper jeg til hvis noen i nabolaget trenger meg. Han peker på den store sølvgrå TV under det lille kjellervinduet. Tenkt at vi fikk den, bare fordi jeg hjalp Ola i hagen, smiler han stolt. Nå kan barna se på barne tv.

– Når jeg blir stor skal jeg bli lege, leger er rike de og da skal pappa få bade i pengene mine.

Økonomiutdannelse

Mamma Kumari styrer økonomien i huset. Full oversikt, økonomiutdannelsen fra Sri Lanka gjør sin nytte i hennes daglige jakt etter mat på tilbud. – Jeg handler når Ovin er på skolen. Før var han med. Jeg har sluttet med det nå. Han oppsøkte fremmede mennesker og spurte om de ville kjøpe mat, klær og leker til han. Sa vi var så fattige. – Jeg ble så stresset, forteller hun.

Ovin er opptatt av ferier. Skoleferier. De andre barna i klassen forteller om badestrender i Spania, på kamelryggen i Egypt, delfinene i Hellas. Alle restaurantene. Ugjenkjennbart for Ovin.

-Urettferdig,- du er en dårlig far og pappaene til de andre i klassen er mye, mye bedre enn deg. Hvorfor ble jeg ikke født hvit? Vemodig og sårt for en far å høre. Han forteller om sin kone som blir redd, stresset og deprimert. Redd for han guttene hennes skal få følelsen av en ulykkelig barndom.

Fått råd

Familien Ariyaretne har fått råd om hvordan de skal håndtere sin livssituasjon overfor barna. – Vi har sluttet å være triste foran barna. Gråter ikke når barna ser det. Vi må tenke på at hver dag i livet er en gave. En gave vi kan gi til barna. Ikke nye leker, men leke med dem. Legge bekymringene bort, ikke snakke om angsten og frykten. Ikke snakke om politiet som kan komme når som helst. Før tok ofte Ovin gråtende kofferten under armen – Jeg er norsk og ingen får sende meg ut av landet. Ovin, åtte år på vei til UDI. Det gjør ikke Ovin lenger.

Dagen er blitt til kveld da vi skal ta farvel i Tønsberg. Det er natt for Ovin og lillebror nå. Mamma Kumari tar varsomt fram norskbøkene som hun arbeider i hver kveld. Viser oss. Hun vil skrive bedre norsk. Vi ser hennes sirlige grammatikalske riktige håndskrift side opp og side ned. I tilfelle, sier hun. Blir vi sendt ut av Norge, møter barna våre et ukjent land. Et liv i mørket på gata, som gatebarn.

– Vi har sluttet å være triste foran barna. Gråter ikke når barna ser det. Vi må tenke på at hver dag i livet er en gave.

Lettkledde i vinterkvelden står mamma og pappa Ariyarayna på trappa til innkjørselen på gårdsplassen og tar smilende og vinkende farvel. De kan ikke huske sist de hadde besøk så lenge. Vi registrerer dem vinkende i speilet til den lange, slake svingen retter seg opp og peker mot E 18.

Barneperspektivet i asylsaker

Alle barn har rett til helsehjelp, tilrettelegging for utvikling, deltagelse, innflytelse, omsorg og beskyttelse. Disse rettighetene er nedfelt som grunnpilarer i FNs barnekonvensjon fra 1989, ratifisert av Norge og inkorporert i norsk lov fra 2003, for å sikre barns utvikling og helse. Ved behandling av barn som søker asyl har staten derfor et ansvar for å tilse at barnets rettigheter blir ivaretatt i Norge eller i opprinnelseslandet. Å la være å innta barneperspektivet i disse sakene er i strid med norsk lov, og kategoriseres av verdens helseorganisasjon som strukturell vold, eller offentlig omsorgssvikt.

AV ELLEN ANNEXSTAD[1], SYNNE ØIEN STENSLAND[2], NILS THOMAS SONGSTAD[1] OG MARIANNE NORDHOV[3]
[1] STYREMEDLEM NORSK BARNELEGEFORENING
[2] STIPENDIAT VED NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS
[3] LEDER, NORSK BARNELEGEFORENING

Norsk Barnelegeforening (NBF) vil uttrykke sterk bekymring for situasjonen til barna som etter til dels svært langvarig opphold i norske asylmottak trues med utkastelse fra Norge på grunnlag av endelig avslag på foreldrenes asylsøknader. Vår bekymring er todelt, og gjelder både barns livssituasjon i asylmottak og barn som tvangssendes ut av Norge etter å ha bodd her hele eller store deler av sitt liv.
I følge UDI bodde det per 1. mars 2012 1173 barn som har fått endelig avslag på asylsøknaden sin i norske mottak. 410 av disse barna er født i Norge. 860 barn har bodd i mottak i over to år, 459 av disse i over 3 år. 49 av dem har bodd i mottak i over 4 år etter endelig avslag og utreiseplikt. Disse tallene gjelder barn som bor sammen med en eller flere familiemedlemmer. I tillegg kommer enslige mindreårige asylsøkere (1).

Barn har særskilte og selvstendige rettigheter i henhold til FNs Barnekonvensjon (2), som er en del av norsk lov. Barneperspektivet skal stå sentralt i vurderinger om beskyttelsesbehov og menneskelige hensyn, og man skal ta hensyn til at barn er mer sårbare enn voksne. Barn har krav på rask og prioritert saksbehandling. I 2007 ble utlendingsforskriften endret slik at barnas tilknytning til riket skulle tillegges særlig vekt ved vurdering av sterke menneskelige hensyn som grunnlag for opphold (3).

Fra et barnemedisinsk perspektiv er asylmottak ikke egnet bolig for barn i utvikling, og spesielt ikke over lengre tid. I mange tilfeller står de strukturelle forholdene ved mottakene til hinder for en normal og sunn utvikling. Rapporten *Medfølgende barn i asylmottak* (Institutt for samfunnsforskning 2011) (4) peker på at trangboddhet, boforhold som er lite tilpasset familieliv, mangel på privatliv og mottakenes beliggenhet i forhold til lokalsamfunnet er belastende for barna. Barn i asylmottak lever med økonomisk fattigdom, og mulighetene for lek, aktiviteter og utfoldelse er ofte begrenset.
Innenfor disse rammene lever asylsøkerbarna med den belastningen det er å ikke vite hva morgendagen bringer. De venter på svar, eller de venter på når som helst å bli hentet og fraktet ut av landet. Disse belastningene kommer ofte i tillegg til traumatiske erfaringer fra hjemlandet, eller flukten til Norge. Under disse forholdene strever ofte foreldrene med å trygge barna sine og gi dem den omsorgen de har behov for. Barna begynner sin integreringsprosess i norsk skole eller barnehage, samtidig som de strever med egne traumatiske erfaringer, foreldre som har det vanskelig, og belastningen det er å ikke vite om eller hvor lenge de får bli i Norge. Det kroniske stresset mange av disse familiene lever under er helseskadelig. Ventetiden truer barnas helse og utvikling i en tid da de egentlig trenger stabilitet, forutsigbarhet, sosial støtte og tilgang til helsehjelp for seg selv og sine omsorgsgivere.

Legeforeningens statusrapport 2010 om belastninger i tidlige livsfaser (5), peker på hvordan livserfaringer i barndommen kan prege menneskets mentale og fysiske helse gjennom hele livet. Utrygghet, uforutsigbarhet, foreldrenes livsbelastninger og økonomisk fattigdom virker negativt på barnas helse både nå og senere. Barn som lever lenge i asylmottak er en spesielt utsatt risikogruppe i forhold til utvikling av helseproblemer.

Ifølge den nye Prioriteringsforskriften (6) har alle barn (personer under 18 år) som oppholder seg i Norge, uavhengig om de er asylsøkere eller papirløse, tilnærmet fulle

rettigheter til helsehjelp. Barn uten lovlig opphold har imidlertid ikke rett til fastlege. De har heller ikke rett til pasienttransport etter pasientrettighetsloven §2-6. NBF mener at disse restriksjonene i praksis begrenser de papirløse barnas muligheter for helsehjelp.

NBF mener at langvarig opphold i asylmottak, lang behandlingstid av asylsøknader, lang tid mellom vedtak og effektuering og begrensede muligheter for helsehjelp, er skadelig for barn. Dagens praksis strider mot prinsippet om at barneperspektivet skal stå sentralt. I de tilfeller der barna er født i Norge, vil barneperspektivet ikke ha vært lagt til grunn ved den opprinnelige behandlingen av foreldrenes asylsøknad. Disse barna bør derfor ha rett til ny og selvstendig behandling av sin søknad.

Opprivende tvangsutsendelse av barn som har sine røtter i Norge og som er integrert her over flere år vil kunne få alvorlige konsekvenser for deres helse og utvikling. Dette gjelder uavhengig av om tiden har gått som følge av foreldrenes trenering eller lang statlig saksbehandlingstid. Barna kan ikke klandres for at foreldrenes forsøk på å skape en bedre og tryggere hverdag for seg og dem resulterer i årelang venting i et asylmottak og integrering i norske barnehager og skoler under konstant utrygghet og forbehold. Staten må forholde seg til barneperspektivet. Tilfellene der barn har oppholdt seg i uvisshet i asylmottak i flere år kan etter vår mening betegnes som offentlig omsorgssvikt. Hensynet til barnas helse og utvikling må tillegges større vekt enn innvandringspolitiske hensyn. For å unngå videre traumatisering av barn i familier som søker asyl i Norge må behandlingstiden for deres asylsøknader reduseres kraftig.

1. http://www.udi.no/Oversiktsider/Statistikk-og-analyse/Statistikk-/Asyl/Antall-barn-og-voksne-i-mottak/
2. http://www.barneombudet.no/barnekonvensjonen/helekonvensjonen/
3. http://www.udiregelverk.no/Rettskilder/Sentrale%20lover%20og%20forskrifter/Utlendingsforskriften.aspx
4. http://www.samfunnsforskning.no/Publikasjoner/Rapporter/2011/2011-001
5. http://legeforeningen.no/pagefiles/2984/statusrapport%202010%20her!.pdf
6. http://www.regjeringen.no/upload/HOD/HRA/I5-2011.pdf

Always hunting new knowledge

The nestor of Neonatology in Norway
Symposium for Rolf Lindemann

Dato: 15.juni 2012 kl. 10-16
Sted: Rødt auditorium, Laboratoriebygget Ullevål

I en alder av 70 år avslutter dr. Rolf Lindemann sin tjeneste ved OUS Ullevål etter mer enn 40 år som en av våre mest fremtredende neonatologer i Norge. I den anledning vil kolleger ved Ullevål sykehus invitere til et symposium 15. juni 2012 fra kl. 10-16. Norske og internasjonale forelesere belyser spennende tema innen faget. Sett av dagen

Program

10.00-10.15	**Welcome – Introduction to the Symposium** (Professor Drude Fugelseth/Senior Adviser Jens Grøgaard)
10.15-10.35	**Alcohol before and during pregnancy, with consequences** (Post Doc, Pediatrician Astrid Alvik)
10.40-11.00	**Strategies for combatting group B streptococcal disease in the newborn** (Research Fellow Anne Karin Brigtsen)
11.00-11.20	**Fetal and neonatal alloimmune thrombocytopenia; passive immunization of mothers at risk may reduce morbidity and mortality in the fetus and newborn.** (Professor Anne Husebekk)
11.20-11.50	**Ethical problems in Neonatology** (Professor Trond Markestad)
11.50-12.35	Lunch
12.35-13.05	**When the fetal liver saved the evolution of the neonatal brain** (Professor Torvid Kiserud)
13.05-13.45	**Treatment of Perinatal asphyxia** (Professor Marianne Thoresen)
13.45-14.00	Break
14.00-14.40	**The gateways to gas exchange. Airway development** (Professor Thomas Shaffer)
14.40-15.00	**Volume targeting ventilation; advantages and pitfalls** (Associated Professor Per Ivar Kåresen)
15.00-15.40	**Perfluorochemical Applications: Tides of a Novel Multi-Organ Therapeutic Approach** (Professor Marla Wolfson)
15.40-16	**Discussion / Closing remarks** (Drude Fugelseth/Jens Grøgaard)

PÅMELDING: PAIDOS@BARNELEGEFORENINGEN.NO

Relevante utdrag fra FNs konvensjon om barnets rettigheter

Et tekstutvalg fra boken "Barnekonvensjonen - barns rettigheter i Norge", redigert av Høstmælingen, Kjørholt og Sandberg, utgitt januar 2012 på Universitetsforlaget, foreligger på pedweb www.barnelegeforningen.no

Retten til ikke-diskriminering

Artikkel 2

1. *De stater som er part i denne konvensjon, skal respektere og sikre de rettigheter som er fastsatt i denne konvensjon for ethvert barn innenfor deres jurisdiksjon, uten diskriminering av noe slag og uten hensyn til barnets, dets foreldres eller verges rase, hudfarge, kjønn, språk, religion, politiske eller annen oppfatning, nasjonale, etniske eller sosiale opprinnelse, eiendomsforhold, funksjonshemming, fødsel eller annen stilling.*
2. *Partene skal treffe alle egnede tiltak for å sikre at barnet beskyttes mot enhver form for diskriminering eller straff på grunn av sine foreldres, sin verges eller familiemedlemmers stilling, virksomhet, meningsytringer eller tro.*

Hensynet til barnets beste

Artikkel 3

1. *Ved alle handlinger som berører barn, enten de foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.*
2. *Partene påtar seg å sikre barnet den beskyttelse og omsorg som er nødvendig for barnets trivsel, idet det tas hensyn til rettighetene og forpliktelsene til barnets foreldre, verger eller andre enkeltpersoner som har det juridiske ansvaret for ham eller henne, og skal treffe alle egnede, lovgivningsmessige og administrative tiltak for dette formål.*
3. *Partene skal sikre at de institusjoner og tjenester som har ansvaret for barns omsorg eller beskyttelse, retter seg etter de standarder som er fastsatt av de kompetente myndigheter, særlig med hensyn til sikkerhet, helse, personalets antall og kvalifikasjoner samt kvalifisert tilsyn.*

Prinsippet om barnets rett til liv, overlevelse og optimal utvikling

Artikkel 6

1. *Partene erkjenner at hvert barn har en iboende rett til livet.*
2. *Partene skal så langt det er mulig sikre at barnet overlever og vokser opp.*

Barns rett til å bli hørt

Artikkel 12

1. *Partene skal garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold vedrører barnet, og tillegge barets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet.*
2. *For dette formål skal barnet særlig gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig og administrativ saksbehandling som angår barnet, enten direkte eller gjennom en representant eller et egnet organ, på en måte som er i samsvar med saksbehandlingsreglene i nasjonal rett.*

Barns rett til helsetjenester

Artikkel 24

1. *Partene anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratas sin rett til adgang til slike helsetjenester.*
2. *Partene skal arbeide for full gjennomføring av denne rettighet og skal særlig treffe egnede tiltak for å:*
   a. *Redusere spedbarns- og barnedødelighet,*
   b. *Sikre at det ytes nødvendig legehjelp og helseomsorg til alle barn …*
   c. *Bekjempe sykdom og feilernæring…*
   d. *Sikre egnet helseomsorg for mødre før og etter fødselen,*
   e. *Sikre at alle grupper i samfunnet, særlig foreldre og barn, er informert om, har tilgang til undervisning om og støttes i bruken av grunnleggende kunnskap om barns helse og ernæring…*
   f. *Utvikle forebyggende helseomsorg*
3. *Partene skal treffe alle effektive og egnede tiltak for å avskaffe tradisjonsbunden praksis som er skadelig for barns helse*
4. *Partene forplikter seg til å fremme og oppmuntre internasjonalt samarbeid med henblikk på gradvis å virkeliggjøre fullt ut rettighetene anerkjent i denne artikkel. I denne sammenheng skal det tas spesielt hensyn til utviklingslandenes behov.*

Barns psykiske helse i nordnorske asylmottak

Barn i asylmottak har ikke like gode utsikter til et helsefremmende oppvekstmiljø som andre barn i Norge. I tillegg har asylsøkerbarn dårligere tilgang til hjelpetjenestene. Dette viser en studie gjort i nordnorske asylmottak.

AV CAMILLA LAURITZEN, STIPENDIAT VED REGIONALT KUNNSKAPSSENTER FOR BARN OG UNGE – NORD

Bakgrunn

Helse og sosial bakgrunn henger sammen. Forskning slår utvetydig fast at personer fra høyere sosiale lag, målt ved utdanning, yrke eller inntekt, både lever lenger og har bedre helse enn personer fra lavere sosiale lag (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Posisjon i samfunnet har direkte betydning for hvor godt en takler situasjoner med symptomer på redusert psykisk eller somatisk helse. Asylsøkere og flyktninger antas derfor å komme dårligere ut helsemessig enn andre grupper i befolkningen.

Det foreligger lite forskningsbasert kunnskap om asylsøkere og psykisk helse (Se for eksempel Fazel & Stein 2003, Mjönes 2005, Major 2003, Sourander 2003). De få undersøkelser som har vært gjort peker på at sykeligheten er høy i denne gruppen, og at andelen som sliter med psykiske vansker og stressbelastninger er stor (Berg et al, 2005). Det er usikkert hvor stor andel av barna som sliter med psykiske vansker, men de studiene som foreligger, antyder høy grad av problemer (Fazel & Stein, 2003). Epidemiologisk forskning i Sverige viser at flyktninger er en høyrisikogruppe når det gjelder selvmord (Ferrada-Noli, 2001). I følge Torgersen (2005) viser norske studier de siste årene at psykiske vansker er mer utbredt blant barn av innvandrere, sammenlignet med barn av norskfødte foreldre.

Dette var bakgrunnen for at prosjekt Barn i Mottak ble startet opp i 2006 av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Nord). Det eksisterte fortsatt liten kunnskap om barn som lever i asylmottakene i region nord, og man ønsket å kartlegge forhold av betydning for psykisk helse blant disse barna. Resultatene av prosjektet bekreftet antakelsene om at asylsøkerbarn kommer dårligere ut enn andre barn i Norge på flere områder.

I prosjekt Barn i Mottak ble alle asylmottakene i Nord-Norge oppsøkt. Vi intervjuet mottaksarbeidere og ledere, barne- og ungdomsarbeidere, helsesøstre, representanter fra skolen, sosialkonsulenter, barnehagepersonell, sykepleiere, barnevernspedagoger - og andre fagfolk som var villige til å stille opp. Intervjuene foregikk i hovedsak i grupper på mottakene.

I det følgende presenteres noen funn fra denne studien.

Foreldre og barn blir syke av lang saksbehandlingstid

Lang oppholdstid i mottak trekkes fram som den viktigste årsaken til at problemer oppstår i asylsøkertilværelsen.

> **Et asylmottak kan være et godt tilbud dersom det er midlertidig slik det er tenkt. Som langtidstilbud er det ei dårlig løsning. Det store spørsmålet er: hva gjør vi når barn blir værende i mottak på ubestemt tid?**
> Mottaksleder

Barn med lang oppholdstid i mottak utgjør den gruppen flyktningbarn som har høyest risiko for psykiske problemer. Det er mange årsaker til at asylmottak ikke er egnet som ei langtidsløsning. Boforholdene preges av begrenset standard og stor slitasje. Usikkerhet, ventetid og en uoversiktlig framtid gjør ofte familiesituasjonen vanskelig. Både barn og voksne, enten foreldre eller andre voksne de bor sammen med på mottaket, kan utvikle store psykiske problemer på bakgrunn av denne situasjonen.

Vi ser mye i media om dette, og min bekymring er at vi har folk som sitter her i 7 år og må kaste bort livet sitt. 7 år på mottak! Om de så sitter på et negativt vedtak og ikke kan sendes tilbake til hjemlandet fordi norske myndigheter ikke har en avtale med det landet, så er det likevel et hån mot dette mennesket

Mottaksarbeider

Det er mange årsaker til at vi i Norge har mange langtidsventende asylsøkerbarn, både med og uten familie. Treg saksbehandling, dårlige rutiner på retur og foreldre som nekter å forlate landet etter avslag på asylsøknaden fremkommer i vår studie som viktige forklaringer på hvorfor noen barn blir boende i mange år i mottak.

Livet på mottaket

Mange av de aktuelle barna tilbringer store deler av sin barndom i mottak. Som oppvekstmiljø bærer livet i asylmottak med seg mange negative faktorer.

Elementer i asylmottaket som oppvekstmiljø kan være rus, vold og kriminalitet. I noen tilfeller forekommer prostitusjon og menneskehandel. Barn og voksne kan også være redde for politiet, som for mange familier i mottakene representerer en trussel om å bli tvangssendt ut av landet til en usikker tilværelse i landet de har flyktet fra.

Det var ulike erfaringer som kom til uttrykk når det gjelder generell trygghet i mottakene. Noen ansatte fortalte at de følte seg trygge i kontortida, men turte likevel ikke å gå alene rundt i mottaket på kveldstid. Andre opplevde arbeidsplassen som utelukkende trygg, mens noen igjen opplevde stor og økende grad av utrygghet.

Når det gjelder beboernes opplevelse av trygghet i mottaket, gir datamaterialet ingen førstehåndsopplysninger, da denne studien ikke omfatter intervju med asylsøkerne selv. Studien gir likevel noen pekere på dette gjennom spørsmål til mottaksarbeidere og helsearbeiderne om opplevelsen av uro i boligene. Da de aller fleste mottak ikke har bemanning etter vanlig kontortid var det vanskelig for informantene å skulle si noe om livet der på kveldstid. Noen rapporterte likevel om et voldelig og utagerende miljø blant de unge, enslige voksne. Det ble fortalt om sammenstøt og oppgjør mellom voksne beboere, noe som vil kunne være synlig for de barna som også bor i disse mottakene.

Noen rapporterte om familievold. Mange av helsearbeiderne fortalte også om observasjoner av blåmerker og andre tegn på vold eller mishandling. Flere opplevde dette som en vanskelig problematikk å gå inn i, spesielt i de tilfellene der det benektes at vold forekommer.

Barnas hverdag i asylmottaket preges av få steder å være. Mottakene er pålagt å gi barn under skolealder et tilbud om enten barnehage eller ha en barnebase på mottaket der barn kan være noen timer om dagen. Basene er åpne noen timer hver dag og barna har der tilgang på leker og formingsutstyr. Utover dette er barnebasene låst, og barna har ikke noe oppholdssted eller lekerom. Dette betyr at barna enten oppholder seg i familiens rom eller i gangene på mottaket. Svært få av mottakene har tilbud til ungdom.

Barn i mottak er fattige og marginaliserte i forhold til andre barn i Norge. Asylsøkere har en levestandard som ligger under det nivået sosialhjelpsmottakere har. Dette kan få konsekvenser som sosial ekskludering, stigmatisering og rasisme. I noen tilfeller ses en økning i ungdomskriminalitet som følge av dette. Både voksne og unge fristes til å finne alternative måter å skaffe seg det de mangler. Prostitusjon og vinningskriminalitet ble trukket fram som eksempler av noen informanter. Fattigdom fører også med seg problemer som for eksempel dårligere helse.

Språkbarrierer er også en vesentlig problemstilling i en psykososial sammenheng. For at asylsøkere ikke skal bli helsetapere som følge av psykososiale forhold, må det tas hensyn til at språkhindringene kan bety at asylsøkere kan ha behov for flere konsultasjoner hos helsesøster eller lege enn andre. Videre ser man ofte at barn brukes som tolk for sine foreldre i møtet med helsepersonell. Dette er ei viktig problemstilling å sette fokus på. Barn bør ikke brukes til å oversette for sine foreldre i slike situasjoner, da det kan oppleves som svært belastende for barnet og det kan få konsekvenser for barnets psykososiale fungering å få informasjon det ikke er modent for å håndtere.

Helse

De siste årene har det blitt mer og mer vanlig å se på menneskers psykososiale miljø som sykdomsskapende (Frønes og Kjølsrød 2005). Psykososiale påkjenninger kan føre til stress, avmakt, utrygghet, manglende sosial støtte og identitetsvansker. Slike faktorer antas å medvirke til mange typer sykdomstilstander – ikke bare psykiske plager, hodepine og diffuse lidelser, men også somatiske sykdommer som kreft, hjerteinfarkt, høyt blodtrykk, astma og magesår (Frønes og Kjølsrød 2005)

I prosjektet *Barn i Mottak* ønsket vi å finne ut hva de som omgås asylsøkerbarna observerte i forhold til psykisk helse. Flertallet av informantene sier de observerte mange barn med store problemer, og at de antok at forekomsten av psykiske lidelser er større blant disse barna enn de andre barna i lokalmiljøet. Helsesøstrene fortalte om ei barnegruppe med mye problematikk knyttet til helse og atferd. Barne- og ungdomsarbeidere på mottaket og representanter fra skolen rapporterte om det samme. Det ble fortalt om mange barn som var henvist til psykiatrisk behandling, som hadde barnevernstiltak eller som det hersket generell bekymring rundt. I tillegg observerte man mange barn med foreldre som hadde psykiske vansker.

Ulike rettigheter

Prosjekt Barn i Mottak bekreftet antakelsen om at asylsøkerbarn nedprioriteres i tjenestene. I følge informantene velger barnevernet, PP-tjenesten og BUP ofte å nedprioritere disse barna fordi de ikke vet om de skal bli i landet. Dette var gjennomgående i datamaterialet. Når

det gjaldt skole- og helsetilbud, var det ulike erfaringer på asylmottakene i Nord-Norge. Felles for de mottakene som rapporterte at tjenestene var lite tilgjengelige for barn som bor i mottak, var at informantene trakk frem mangel på kunnskap om flyktningbarn og begrensede ressurser som årsak til problemet.

Det finnes hederlige unntak, og i enkelte kommuner opplevde de ansatte på mottakene at hjelpetjenestene var kommet godt på banen. Spesielt kom barnevernet godt ut av denne undersøkelsen. PP-tjenesten var den hjelpeinstansen som hadde dårligst resultat. Det kan virke som om problemer i skolen ikke ble ansett som en krisesak og dermed kunne saker legges i bero til en vet om barn får bli i landet eller ikke.

Svaret på i hvilken grad tjenestene opplevdes å være tilgjengelige for barn i mottak var dessuten avhengig av hvem som ble spurt. Mens mottakslederne ofte roste samarbeidet med basistjenestene, hadde ofte helsearbeiderne og miljøarbeiderne en annen erfaring.

Veien videre

Prosjektet Barn i mottak konkluderte med at asylsøkende barn ikke hadde like gode utsikter til et beskyttende, helsefremmende og forebyggende oppvekstmiljø som andre barn i Norge. Hverdagen hadde mange utfordringer, for eksempel fattigdom, trangboddhet, stigmatisering og språkvansker. Når det gjelder rettigheter i hjelpesystemene var det svært ulik praksis fra sted til sted. Selv om mange som arbeider i mottak gjorde sitt ytterste for å skape et trygt og forebyggende tilbud for sine beboere var ofte bemanningen ved de enkelte mottakene dårlige. Selv om asylmottakene bare er botilbud og ikke institusjoner, så oppstår det oftere situasjoner der som krever ansatte med kompetanse utover vaktmesteroppgaver og administrasjon.

Barn i mottak er fattige og marginaliserte i forhold til andre barn i Norge. Asylsøkere har en levestandard som ligger under det nivået sosialhjelpsmottakere har. Dette kan få konsekvenser som sosial ekskludering, stigmatisering og rasisme. I noen tilfeller ses en økning i ungdomskriminalitet som følge av dette. Både voksne og unge fristes til å finne alternative måter å skaffe seg det de mangler. Prostitusjon og vinningskriminalitet ble trukket fram som eksempler av noen informanter. Fattigdom fører også med seg problemer som for eksempel dårligere helse.

Det er dårlige økonomiske rammer, og store variasjoner mellom ulike kommuner når det gjelder tilbud om hjelp. Den typen hjelp som er tilgjengelig er vilkårlig, og til syvende og sist blir den dermed i stor grad også personavhengig. Innvandringspolitiske hensyn blir ofte styrende. Det tas ikke hensyn til barnas helse, og knapphet i ressursene gjør at noen mennesker kommer lenger ned på lista. Dette er en viktig og interessant diskusjon i et velferdssamfunnsperspektiv. Spørsmålet er; kan vi leve med at enkelte barn gis dårligere betingelser enn andre i Norge?

Referanser

1. Berg,B., Lauritsen, K., Meyer, M.A., Neumayer, S.M, Tingvold, L., & Sveaass, N. (2005): "Det hainnle om å leve…" Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak. SINTEF og NKVTS
2. Fazel, A, & Stein, A. (2003): Mental health of refugee children: comparative study. British medical journal 327/2003
3. Ferrada-Noli, M. (2001): Traumatisk stress och flyktningars suicidbeteende – epidemiologiska fynd. Läkartidningen. 44/2001, volym 98
4. Frønes, I., & Kjølsrød, L., (red) (2005): Det Norske Samfunn. 5. utgave. Gyldendal Akademisk.
5. Major, E., (2003): Behandling av psykisk traumatiserte i Norge, Tidsskriftet for den Norske Lægeforening nr. 19/03
6. Mjönes, S., (2005): Refugee children – a concern for European paediatricians. European Journal of Paediatrics 2005/164
7. Sourander, A. (2003): Refugee families during asylum seeking. Nordic journal of psychiatry 57/2003
8. Sosial og helsedirektoratet (2005): Gradientutfordringen. Sosiale ulikheter i helse.
9. Torgersen, L., (2005): Betydningen av innvandrebakgrunn for psykiske vansker blant ungdom. Nova rapport 5/05

www.barnelegeforeningen.no

Asylsøkende barn: Gode intensjoner og politiske prioriteringer

Norge har politiske intensjoner om å behandle asylsøkende barn som "barn" ut fra de prinsipper som FNs konvensjon for barnets rettigheter legger til grunn. Imidlertid ser det ut til at både praktiske utfordringer og politiske prioriteringer bidrar til at det er vanskelig å leve opp til denne intensjonen.

AV DR. HILDE LIDÉN, FORSKER I, INSTITUTT FOR SAMFUNNSFORSKNING

I innvandringspolitikken har barnets rettigheter blitt trukket inn i de politiske forhandlingene om en restriktiv versus liberal asylpolitikk. Jeg vil i denne artikkelen trekke fram noen områder der dette er synlig, og påvise ambivalensen i praktiseringen av rettighetene på grunn av konkurrerende interesser på feltet: at intensjonen om å ivareta sårbare barn og familier kommer i motstrid med pålegget om å føre en restriktiv innvandringspolitikk.

De siste par tiår har det å promotere barnerettigheter vært en del av norsk selvbilde. Dette viser seg bl.a. i opprettelsen av barneombudet som offentlig institusjon og myndighetenes arbeid med å sikre at barnets rettigheter ivaretas. Implementeringen av FNs barnekonvensjon i Norsk menneskerettslov av 1999 (2003) innebærer at alle nasjonale lover som omfatter barn skal justeres slik at de er i samsvar med denne konvensjonens paragrafer, og om det oppstår konkurrerende lovfortolkninger, skal barnekonvensjonens prinsipper gis forrang. Regelverket har blitt revidert, og det har foregått en intensivert debatt om hvilke forpliktelser som ligger i de tre hovedprinsippene i barnekonvensjonen: ikke-diskriminering, barnets beste og barns medvirkning. Den nye utlendingsloven av 2010* styrker det som blir forstått som et barneperspektiv, og dermed barnets rettsstatus, sammenlignet med den tidligere lovteksten og også sammenlignet med andre lands lovverk (se f.eks. Vitus og Lidén 2010). Utlendingsloven fordrer nå en barnesensitiv anvendelse av flyktningkriterier; det skal tas hensyn til om søkeren er barn ved vurderinger av om søkeren kan anses som flyktning etter utlendingsloven § 28. Videre ønskes det at det stilles lavere krav til bevis overfor barn enn overfor voksne når det gjelder forfølgelseskriteriet. I bestemmelsen om opphold på grunnlag av sterke menneskelige hensyn, ul § 38, er det tatt inn en henvisning til barnets beste som et grunnleggende hensyn, både når det gjelder vurderinger av om det foreligger sterke menneskelige hensyn og i vurderingen av om barnet har en særlig tilknytning til riket. Samtidig med innføring av ny utlendingslov ble også politiske innstramningstiltak iverksatt, med konsekvenser særlig for hvordan vurderinger av barnets beste skal tolkes. Det understrekes at barnets beste er ett av flere hensyn som skal vektes i forhold til innvandringsregulerende hensyn **. Dette har bl.a. hatt konsekvenser for hvordan tilknytning til riket vektlegges i enkeltsaker.

Hovedsaklig barn eller asylsøker?

I Norge møtes asylsøkende barn med lover og regler som tar utgangspunkt i prinsippet om ikke-diskriminering der disse barn skal gis rettigheter på lik linje med andre barn i Norge. Denne asylpolitikk gir tilgang til vesentlige velferdsordninger ut fra deres status som barn, og dermed mulighet for å delta og utvikle seg sammen med andre barn innenfor normaliserte rammer. Sammenligner vi situasjonen for asylbarn i Norge og Danmark vil vi se at Norge tildeler asylsøkende barn primært status som barn, mens Danmark ser dem først og fremst som asylsøkere (Vitus og Lidén 2010). Jeg vil trekke fram to eksempler på hva dette innebærer i praksis: I Norge har utlendingsforskriften egne bestemmelser om høring av barn og om samtale med

* Lov av 15. mai 2008 nr 35 om utlendingers adgang til riket og deres opphold trådde i kraft 1. januar 2010. Forskriftene er fastsatt av Arbeids- og inkluderingsdepartementet 15. oktober 2009.

** Stoltenberg-regjeringen presenterte 13 innstramningstiltak i september 2008 som er nedfelt i den nye utlendingsforskriften av oktober 2009. Disse omfatter bl.a. endringer i praksis når det gjelder enslige mindreårige asylsøkere, retten til familiegjenforening og praktisering av oppholdstillatelse gitt ut fra humanitært grunnlag.

medfølgende barn i asylsaker, tilsvarende andre forvaltningsområder (f.eks. innen barnevernet, rettslige avhør)***. I bestemmelsene er barn over sju år gitt rett til å uttale seg, mens også barn under sju år gis adgang til å bli hørt. Barnets uttalerett skal ivareta barnet som selvstendig individ i saken og skal sikre et økt barneperspektiv på utlendingssaker. Til sammenligning har f.eks. Danmark ingen egne regler eller prosedyrer for høring av barn i utlendingssaker. Her blir medfølgende barn betraktet som del av familieenheten og ikke gitt et individuelt intervju. De likestilles ikke med annen forvaltningspraksis. Når det gjelder skolegang tilbys asylsøkende barn i Danmark hovedsaklig undervisning i egne skoler lagt til asylmottakene og de har ingen rett til å avgi eksamen. I Norge stadfester Utdanningsloven av 1998 at alle grunnskolebarn som oppholder seg i landet ut over 3 måneder har lik rett til utdanning, uavhengig av deres legale status. Barn i grunnskolealder inkluderes i det ordinære utdanningstilbudet. Situasjonen for asylbarn over grunnskolealder er mer uklar når det gjelder å få tilgang til (manglende) grunnskoleopplæring og evt. tilbud om videregående skole. Her forekommer det ulik praksis mellom ulike kommuner og fylker for å finansiere og gi tilbud om undervisning. Prinsippet om likebehandling er derfor ikke konsistent, eller det er uenighet om hva som skal tolkes som rimelig likebehandling.

At asylsøkende barn gis tilgang til ordinære velferdsordninger har betydning for deres evne til å mestre den uavklarte situasjon de lever i som asylsøkere. En undersøkelse om medfølgende barn i asylmottak (Lidén, Seeberg og Engebrigtsen 2011) viser til fire innsatsområder for at barn skal kunne hente seg inn og mestre vanskeligheter i en asylmottak:
For det første har foreldrene en helt sentral rolle i forhold til sine barns mestring av livssituasjonen de er i. Innsats overfor barn må inkludere innsats overfor hele familien slik at foreldre kan opprettholde sin foreldrelegitimitet og autoritet. I tillegg til asylsaken forsterker trangboddhet, dårlig økonomi, passivitet og usikkerhet foreldrenes psykiske reaksjoner, noe som hindrer dem i å være gode støttespillere for sine barn. For det andre er barnas sosiale nettverk avgjørende for å mestre ventetiden i mottak. De kontaktene de har med ansatte, barn og støttepersoner gjennom barnehage, skolen og fritidsaktiviteter er med på å normalisere livet deres. Videre vil tilgang til velferdstjenester som barnevern og helsetjenester være avgjørende når dette er presserende. Dette gjelder også å bistå barn som er pårørende når foreldrenes helsetilstand er dårlig, og at det oppdages at barna selv trenger helsehjelp eller forsterket omsorg. Et siste moment er at det ikke bare er tilgang til, men også kvaliteten av tiltak og tilbud som er vesentlig. Dette gjelder innsatsen til ansatte i asylmottaket så vel som i ulike velferdstjenester. Det er f.eks. grunn til å være oppmerksom på at praksis i undervisningen av asylsøkerbarn eller tilgangen til helsevesenets andrelinjetjeneste ikke alltid følger intensjoner om likebehandling. Likeledes drives asylmottak for enslige mindreårige ut fra helt andre standarder enn det som gjelder for andre barn som er under barnevernets omsorg.

*** Utlendingsforskriften § 17-3, §17-4 (samtale med asylbarn) og §17-5 (familiegjenforening). Forøvrig gjelder reglene i forvaltningsloven §17 også i utlendingssaker

Opphold på grunnlag av sterke menneskelige hensyn

Utlendingslovens § 38 om opphold på grunnlag av sterke menneskelige hensyn er en unntaksbestemmelse og praktiseres derfor relativt strengt. Søkeren har ikke et rettskrav på opphold etter denne bestemmelsen, selv om myndighetene skulle komme til at sterke menneskelige hensyn eller sterk tilknytning til riket foreligger. Det skal foretas en skjønnsmessig vurdering av hvorvidt tillatelsen bør gis, der hensyn vurderes opp mot hverandre. Det skal begrunnes dersom hensynet til barnets beste må vike for andre hensyn. I Stoltenberg II regjeringens Soria Moria II erklæring ble det varslet at man ønsket å heve terskelen ytterligere for å innvilge opphold etter denne bestemmelsen. I praksis har dette ført til at innvandringsregulerende hensyn har gått foran sterke menneskelige hensyn eller tilknytning til riket i mange saker.

Når det gjelder vilkåret om særlig tilknytning til riket, vil oppholdstid i Norge og grad av integrering med hensyn til språk, skolegang, venner og tilknytning til omsorgspersoner ha betydning. Det stilles ingen generell grense for hvor lenge barnet har bodd i landet, men UDIs retningslinjer sier at en oppholdstid under tre år etter endelig vedtak ikke vil være nok for å vurdere særlig tilknytning til rike.

Når det gjelder bestemmelsen om sterke menneskelige hensyn er helseforhold et vesentlig forhold som skal vurderes. En rekke restriksjoner for vektingen er bygget inn, bl.a. ut fra at de kan vise til helt spesifikke sykdomsdiagnoser. Posttraumatisk stresslidelser (PTSD) eller selvmordsforsøk som knyttes til søknadsprosedyren anses for "mindre alvorlige lidelser" og gir i utgangspunktet ikke grunnlag for opphold. Hvis sykdom kan knyttes til forfølgelse eller krigsopplevelse, vil sannsynligheten for at dette skal vurderes som sterke menneskelige hensyn være større. For barn skal det legges en lavere terskel til grunn for å bruke helsemessige grunner som anførsel enn for voksne.

Realiseringen av intensjoner

Asylsøkende barn kan defineres som primært barn eller som primært asylsøkere. Eksemplene fra Danmark antyder at asylsøkende barn først og fremst blir til asylsøkere. Med barnas begrensede tilgang til opplæring, og med større sosiale og psykologiske belastninger enn barn flest i Danmark har, kan dette føre til at barna, selv etter oppnådd oppholdstillatelse fortsetter å stå utenfor eller på kanten av det danske samfunn (se Vitus og Lidén 2010). I Norge defineres asylsøkende barn i større grad som barn, men denne statusen er likevel forbundet med ambivalens. Utfordringene her når det gjelder å styrke deres situasjon er å sikre at det settes inn nok kompetanse og ressurser for å realisere intensjonene med å gi asylsøkende barn lik tilgang til skolegang og helsevesen, og at barnevernets standarder også inkluderer alle mindreårige asylsøkere. Det må sikres at barna inkluderes i søknadsprosessen og at denne prosessen tilpasses dem som selvstendige rettssubjekter. Hvis intensjonen i den norske asylpolitikken er å behandle asylsøkende barn først og fremst som barn med likestilte rettigheter i det norske samfunnet er det nødvendig å inkludere stemmene deres. Barnekonvensjonen understreker at dette prinsippet må ivaretas særskilt for sårbare grupper som asylsøkende barn.

Referanser
1. Lidén, Hilde, Marie Louise Seeberg, Ada Engebrigtsen (2011) Medfølgende barn i asylmottak - livssituasjon, mestring, tiltak. Rapport 1 2011. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
2. Vitus, Kathrine og Hilde Lidén (2010) The Status of the Asylum-seeking Child in Norway and Denmark. Comparing Discourses, Politics and Practices. Journal of Refugee Studies 23 (1):62-81

TRYGG OG GOD NOK...

... til utvikling, helse og mestring av sykdom. En bred tilnærming til utredning av barn med helseplager i utkanten av somatikken og samfunnet.

Å leve på kanten av samfunnet har aldri vært spesielt helsebringende. Det gjelder også for barn og ungdom enten de er enslige, mindreårige asylsøkere, barn som flykter med familien sin, eller etnisk norske marginalisert av foreldres kroniske psykiske lidelse, eller misbruk (1, 2). Vi treffer dem på poliklinikken fordi de strever så mye med hodepine eller magesmerter de ikke orker å gå på skolen, de ikke vokser eller utvikler seg som forventet, de glemmer eller vil ikke ta astmamedisinen eller insulinen sin, de er utmattet eller klarer ikke bevege armen (3). Andre ganger kommer de akutt med diabetes ketoacidose, alkohol intoks eller noe som etter hvert viser seg å være funksjonelle kramper (4). Fellesnevneren er at noe er galt, og det er ikke bare én ting.

AV SYNNE ØIEN STENSLAND, LEGE OG STIPENDIAT VED NASJONALT KUNNSKAPSSENTER OM VOLD OG TRAUMATISK STRESS, NKVTS

Så hva gjør vi?

Den medisinske utredningen får vi til. Vi informerer om at blodprøvene er fine og at hodepinen ikke skyldes noe galt inne i hodet. Så forteller vi at det er lurt å sove og spise regelmessig, ikke hoppe over frokost eller spise for mye godteri, være i fysisk aktivitet og kose seg sammen med venner og familie, bruke medisinen sin, men ikke for mye, ikke forstrekke seg, og ikke være lat, ikke røyke og ikke drikke.

'Ja, da skulle det være i orden. Ellers noe…?'

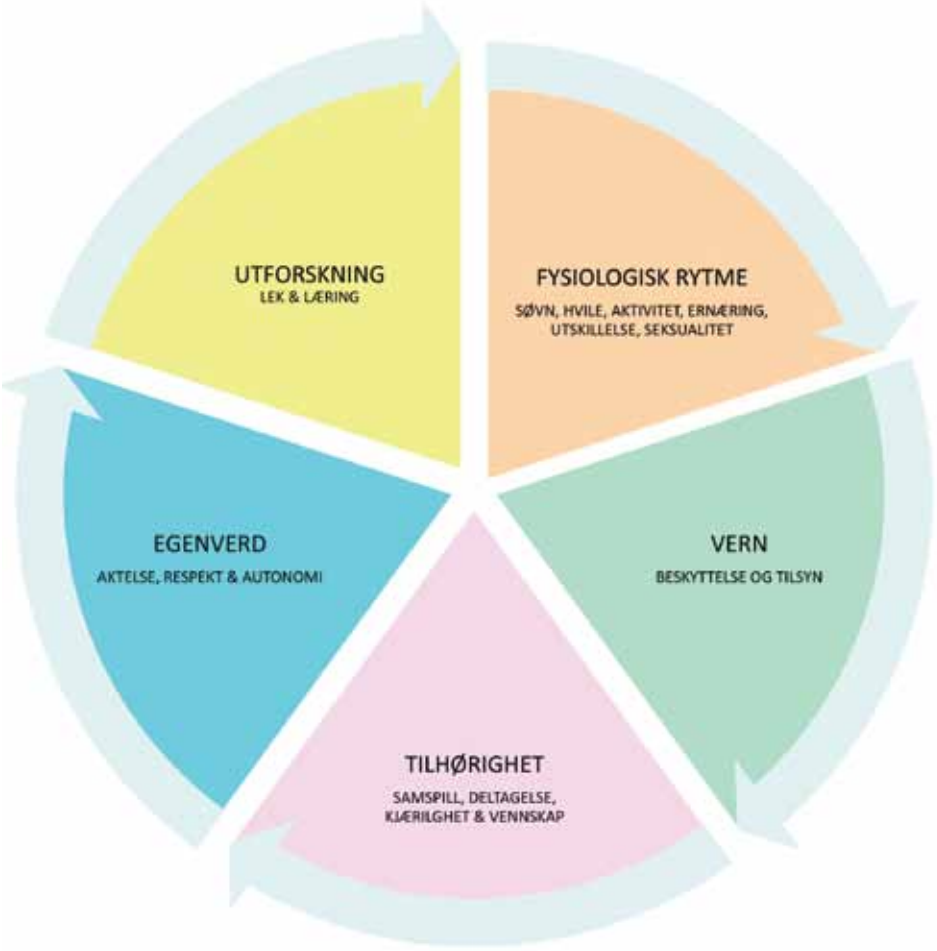
Adferdsendring, søvnløshet, tristhet og irritabel… og savner mamma og smerter i magen også, og noen ganger i foten og nakken, vil ikke gå på skolen, orker ingenting, er sint, og pappa drikker, besøkshjemmet fungerer ikke, avslag på asylsøknaden, og på krisesenteret er det så ensomt…

'Åhhh, ja…'

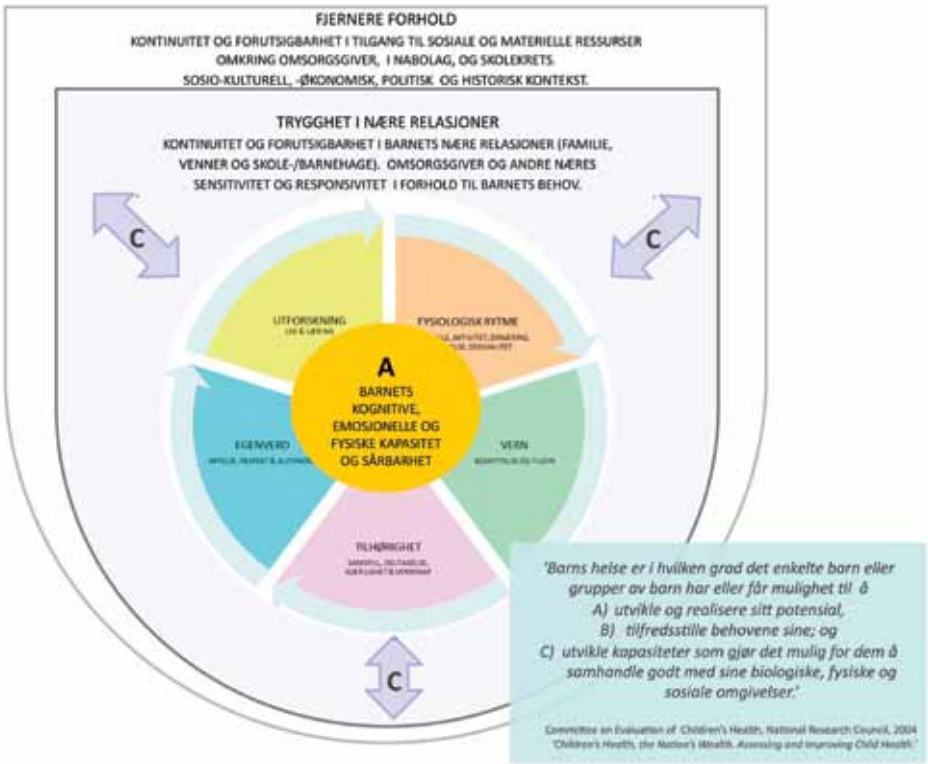
Dette tar tid. Litt tid fra poliklinikkdagen vår som vi trodde skulle bli grei. Masse tid fra ungdommen som henger der på kanten av samfunnet. Vi blir svette, stanger hodet i veggen og vet at alle rådene våre er tilpasset velfungerende, høyere utdannet, blendahvit middelklasse med stabilt forhold til seg selv og omgivelsene. Hvis det kan være noen trøst er vi ikke alene. Dette er en hovedutfordring for folkehelsa. Hvordan hjelper vi de som har det vanskeligst?

Er det noe utover det rent somatiske vi ikke får tak i? Er det noe i barnets forhold til omgivelsene sine som bidrar til å forverre astmaen, kronifisere hodepineplagene, eller kanskje til og med forårsake utmattelsen? Når barn utsettes for akutte eller kroniske belastninger vil de, avhengig av egen sårbarhet og kapasitet, være avhengig av varierende grad av støtte fra omgivelsene. Om belastningene overgår barnets og nettverkets evne til mestring vil mange utvikle, eller oppleve forverring, av somatiske eller psykiske plager, som angst, konsentrasjonsvansker, hodepine eller astma (5, 6). Slike belastninger kan være alvorlig somatisk sykdom, skader, ulykker, katastrofer, tap av nære, vold eller overgrep inkludert mobbing og vitne til vold i familien, eller omsorgssvikt (http://www.nctsnet.org/).

Barns helse kan defineres som et kontinuum med hensyn til i hvilken '…grad det enkelte barn eller grupper av barn har eller får mulighet til (a) å utvikle og realisere sitt potensiale, (b) tilfredsstille sine behov, og c) utvikle kapasiteter som gjør det mulig for dem å samhandle godt med sine biologiske, fysiske og sosiale omgivelser' (7). Helse handler om i hvilken grad det enkelte barnets grunnleggende behov ivaretas i samspillet med omgivelsene slik at barnet, innenfor gitte forutsetninger, får mulighet til å mestre hverdagen sin. Det er lite empirisk kunnskap om barns grunnleggende behov, men med utgangspunkt i tidligere forskning spesielt på tilknytning (Bowlby og Ainsworth), FN's barnekonvensjon, Maslow's behovspyramide for voksne og klinisk praksis, kan vi se barns grunnleggende behov for helse og utvikling som en sirkel av fem overordnede, men tett sammenvevde, behovskategorier (Figur 1) (8-12).



Figur 1. Trygg og god nok? Barns grunnleggende behov for mestring, helse og utvikling.



Figur 2. Barnehelse. Forhold som påvirker barns muligheter for helse, utvikling og mestring, (7).

I følge Maslow er muligheten og behovet for selvrealisering hos voksne i regelen bonusen når fysiologiske behov, behovene for trygghet, tilhørighet og aktelse er godt nok oppfylt. For barn ser dette kanskje annerledes ut? Barn er tvunget til utvikling. De må vokse og lære seg å forholde seg til sin verden, enten de vil det eller ikke. Utforskning, lek og nysgjerrighet gir barnet mulighet til å lære om seg selv og sine omgivelser, og er derfor grunnleggende for barnets utvikling av sanseapparat, kognisjon, emosjon og motorikk. Forutsetningen er at barnet føler seg trygg og god nok til å leke og orientere seg i verden. Det innebærer at barnet må være mett nok, utørst nok, uthvilt nok, beskyttet nok og trygg nok på seg selv og omgivelsene til at han eller hun er fri til å følge nysgjerrigheten sin, utforske og lære innenfor sin verden. Følelsen av å være verdifull (egenverd) fremheves av Gjermundsson som den viktigste enkeltfaktoren bak barns motstandskraft, eller resilience (10).

Bronfenbrenner beskriver barns verden som fire forbundne systemer (13): der mikrosystemene består av barnets hverdagslige relasjoner som familie, venner, skole eller barnehage og nabolag, og eventuelt helse- og omsorgstjenesten i perioder for kronisk syke barn, barn i kontakt med barnevernstjenesten, eller lignende. Mesosystemet utgjør sammenhengene mellom mikrosystemene, som for eksempel relasjonen mellom hjemmene barnet med skilte foreldre flytter mellom, eller kontakten mellom helsetjenesten familien og skole i en rehabiliteringsfase. Mesosystemet er viktig for flyten i barnets hverdag. Eksosystemet utgjør sosiale forhold barnet ikke selv er en del av, men som påvirker barnet, som for eksempel foreldrenes arbeidliv, sosiale nettverk og støtte. Makrosystemet omhandler samfunnets sosioøkonomiske og kulturelle strukturer, normer og regler som indirekte påvirker barnets oppvekstvilkår, slik som for eksempel lovgivning omkring barnehagetilbud eller barneverntjenesten.

Om vi starter med barns indre kognitive, emosjonelle og fysiske potensiale, sårbarhet og kapasitet, eller forutsetninger, som ledd i vurderingen av barnets helse og utvikling,

SYSTEMATISK KARTLEGGING AV EKSPONERING FOR POTENSIELT TRAUMATISERENDE HENDELSER, REAKSJONER, FUNKSJONSTAP OG HJELPEBEHOV HOS BARN

HENDELSE

POTENSIELT TRAUMATISERENDE HENDELSER

FØRSTE KONSULTASJON: Har barnet vært utsatt for alvorlige hendelser som truer barnets grunnleggende behov for helse og utvikling? (eks sykdom/skade/prosedyre, ulykke/katastrofe, vold/overgrep (inkl. mobbing og vitne til vold), tap eller omsorgssvikt? Opplevelse av trussel? Opplevelse av trussel avhenger av traumebyrde (alvorlighetsgrad av hendelse, gjentagelse, tidsaspekt og grad av multiviktimisering), barnets sårbarhet og i hvilken grad de opplever å være beskyttet. Interpersonlige hendelser (vold, overgrep og omsorgssvikt) er som regel mer traumatiserende, spesielt om barnet står nært overgriper (eks foreldre). Bruk gjerne kartleggingsverktøy som *Kartlegging av traumeerfaringer*, KATE (http://www.nkvts.no).
VED SENERE KONSULTASJONER: «Har det skjedd noe veldig skummelt, trist eller oppskakende med deg eller familien din siden vi møttes sist?» (spør både barn og foreldre. Gjerne hver for seg.)

REAKSJONER

VANLIGE REAKSJONER PÅ TRAUMATISKE HENDELSER

Vedvarende reaksjoner som oppstår eller forsterkes i etterkant av hendelse. Ofte høy grad av overlapp og komorbiditet. Kartlegg primært generelle psykologiske plager (eks på instrumenter: SCL-5/SCL-10) veiledende for spesifik utredning.

POSTTRAUMATISKE STRESS REAKSJONER Bruk gjerne kartleggingsverktøy for PTSD hos barn og ungdom som CPSS eller UCLA PTSD index				ANDRE REAKSJONER
GJENOPPLEVELSE AV HENDELSE 1.Oppskakende tanker og bilder, eller repetitiv lek. 2. Vonde drømmer. 3. Dissosiative reaksjoner, følelse av at hendelsen skjer igjen, 'flashbacks'. 4. Intense følelser og uro ved minner. 5. Fysiologiske reaksjoner ved hendelsesminner.	VEDVARENDE UNNGÅELSE 1. Unngå interne påminnere (tanker, følelser, sansestimuli). 2. Unngå eksterne påminnere (aktiviteter, samtaler, mennesker eller steder).	NEGATIVE TANKER OG STEMNINGSLEIE 1. Klarer ikke å huske 2. Negative forventninger til seg selv og verden. 3. Anklager selv og andre 4. Negative følelser (redsel, skam, skyld, sinne, skrekk) 5. Mindre interesse 6. Fremmedgjort 7. Innskrenket følelsesliv, nummenhet.	ØKT FYSIOLOGISK RESPONS 1. Irritabel, aggressiv 2. Uvøren, selv-destruktiv 3. Økt vaktsomhet 4. Økt skvettenhet 5. Konsentrasjons-problemer 6. Søvn-forstyrrelser (problem med innsovning, urolig søvn, oppvåkning)	DEPRESSIVE REAKSJONER Vedvarende trist, nedfor ANGST REAKSJONER Nervøs, engstelig, bekymret. SOMATISKE REAKSJONER Tilbakevendende smerter (hodepine/vondt i magen), utmattelse, forværring av eksisterende kroniske plager/ sykdom som astma/eksem. ADFERDSENDRINGER Konsentrasjonsvansker, hyper-aktivitet, sinne, passivitet, regresjon, separasjonsangst, bruk av stimulantia, suicidalitet. TILKNYTNINGSFORSTYRRELSE KOMPLISERT SORG

FUNKSJON

FUNKSJONSNEDSETTELSE OVER TID

Funksjon vurderes innenfor ulike sosiale områder (Barnets mikrosystem: eks hjem/familie, venner og skole/barnehage), i forhold til barnets eller ungdommens utvikling. Mestrer han/hun daglige rutiner og oppgaver og plikter hjemme og på skolen? Hvordan går det med leggerutiner (sitter oppe og spiller om natta?) måltider og spising? Fysisk aktivitet? Deltagelse i sosiale aktiviteter, lekser og fritidsaktiviteter? OBS. Står kravene om mestring i forhold til barnets behov, utvikling og evner? Identifisering av 'påminnere' som bidrar til å vedlikeholde/forværre symptom?
Diagnose krever synptomvarighet >1 måned fra hendelsen. Akutt ved symptomvarighet <3 mnd, kronisk > 3 mnd fra hendelse.

SOSIALT

SOSIAL STØTTE I RELASJON TIL GRUNNLEGGENDE BEHOV

OMGIVELSENES SENSITIVITET OG RESPONSIVITET I FORHOLD TIL BARNETS GRUNNLEGGENDE BEHOV
Hvordan er omsorgssituasjonen til barnet/ungdommen? Nære? Har foreldre evne og vilje til å støtte, akseptere og vise at de er glade i barnet/ungdommen? Foreldres forventninger? OBS omsorgssvikt, eventuelt forbigående, i forbindelse med overbelastning av omsorgsgiver eksempelvis grunnet egne opplevelser eller retraumatisering, samlivsproblemer, økonomiske problemer, rus eller psykiatri. Støtte fra venner vs mobbing/isolasjon? Mestring på skolen?

VURDERING AV BEHOV FOR INTERVENSJON OG STØTTE

VURDER EKSPONERING, SYMPTOMBYRDE, ALVORLIGHETSGRAD (OBS SØVNVANSKER), FUNKSJONSTAP, VARIGHET, UTVIKLING OG ALLTID SOSIAL STØTTE I FORHOLD TIL UTVIKLINGSBEHOV
Samarbeid med familien der det er mulig. Tidlig etablering av tillit gjennom praktisk støtte og kontinuitet. Tidlig intervensjon etter behov er avgjørende for helse og utvikling (OBS ved alvorlige enkeltsymptom som søvnløshet, stor symptombelastning eller forværring over tid). Ofte vil oppfølging bestå i støtte og enkel veiledning (psykoedukasjon) for egenmestring til familien og barnet, innen førstelinjetjenesten. Henvis for videre vurdering og behandling ved tvil. Det finnes gode, validerte behandlingsmuligheter (eks Traumefokusert adferdsterapi, (TFCBT). Sikre kontinuitet og god behandling gjennom tverrfaglig samarbeid mellom primærhelsetjeneste, andrelinjetjenesten, skole/barnehage og eventuelt barnevern. Planlegg alltid ny kontakt for å sikre kontinuitet i oppfølging!

Modell 1. SYSTEMATISK KARTLEGGING AV EKSPONERING FOR POTENSIELT TRAUMATISERENDE HENDELSER, REAKSJONER, FUNKSJONSTAP OG HJELPEBEHOV HOS BARN
PTSD reaksjonene er inndelt i henhold til anbefalte kriterier for nye DSM-5 American psychiatric association DSM-5 Development, G 05 Post traumatic stress disorder (http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=165)

PTSD reaksjonene er inndelt i henhold til anbefalte kriterier for nye DSM-5
American psychiatric association DSM-5 Development, G 05 Post traumatic stress disorder http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=165

slik de gjør i definisjonen av barnehelse nevnt tidligere, vet vi med utgangspunkt i epigenetikken at dette potensialet nødvendigvis må endre seg i relasjon til barnets omgivelser. Livsstil, skader, sykdom, traumer og andre livshendelser former eller begrenser det samtidige potensialet til det enkelte barnet (14). Barns potensiale for helse og utvikling er med andre ord i stadig endring. Over potensialet legger vi barnets grunnleggende behov, som også vil være avhengige både av barnets forutsetninger og barnets sosiale virkelighet. Et barn med psykiske vansker og redusert kognitiv kapasitet vil kunne ha behov for mer støtte i daglige utfordringer enn et friskt barn. På samme måte vil et friskt barn utsatt for seksuelle overgrep ha økt behov for sosial støtte, i tillegg til annen helsehjelp. Videre legger vi til barnets nære sosiale virkelighet og fjernere omgivelser, og får da et sammensatt bilde av forhold som påvirker barns mulighet til helse, utvikling og mestring, i tråd med definisjonen av barnehelse (figur 2) (4, 12, 15-18).

Det blir litt rotete, men virkeligheten er verre … og kanskje kan figuren hjelpe oss til rydde litt i anamnesen under 'familie og sosialt', eller kanskje til og med være til noe hjelp når vi skal prøve å sortere hvorfor barnet har det så ugreit. Har vi noen formening om barnets sårbarhet og kapasiteter? I hvilken grad er de hjemme, på skolen og vennene mottagelige og imøtekommende i forhold til barnets grunnleggende fysiologiske behov, behov for å bli beskyttet, godtatt og forankret nok til kunne lære og utvikle seg, føle mestring og trygghet i hverdagen? Har barnet nå, eller tidligere, opplevd potensielt traumatiserende hendelser, som vold eller overgrep, som har truet barnets behov for beskyttelse, integritet, trygghet og forutsigbarhet? Føler barnet seg godtatt som hun er av sine nærmeste? Får barnet aldersadekvat hjelp og veiledning til å kunne sove og spise regelmessig nok i forhold til egen vekst og utvikling? Hvilke mikrosystem er barnet del av? Hvordan fungerer disse i forhold til hverandre? Er det spesielle fjernere forhold, som påvirker barnets hverdag i betydelig grad, som fattigdom, arbeidsledighet eller manglende sosial støtte omkring omsorgsgiver?

God utredning krever at vi også orienterer oss om sosiale forhold og erfaringer som kan være årsak til, eller bidra til vedlikeholdelse eller forverring av aktuelle plager (19). Likevel kan det kjennes overveldende eller utrygt å yte denne helsehjelpen barna har krav på, ettersom vi aner at for bedring eller mestring av symptom trenger de mye mer enn vi kan gi. Ved siden av medisinsk utredning og behandling, trenger de å bli møtt i forhold til sine grunnleggende behov hjemme, blant venner og på skolen, hjelp til å mestre hverdagen og hjelp til å håndtere tidligere belastende livshendelser og traumer. Vi kan ikke fylle alle disse behovene, men gjennom systematisk utredning kan vi kanskje avdekke hvilke belastninger barnet strever med, som forsterker, opprettholder, eller kan være årsak til symptomene de presenterer. For å få oversikt over slike belastninger kan det være greit å følge en delvis skjematisk utredningsmodell av eksponering for traumatiske hendelser, reaksjoner, funksjon og hjelpebehov (Modell 1) (20). Helsehjelp i denne sammenhengen handler om å klare og skape trygghet og kontinuitet i relasjon til barnet og omsorgsgiver for å kunne stabilisere, kartlegge, støtte, utrede og eventuelt behandle, eller henvise videre. Ansvarsforhold for koordinering og oppfølging av tiltak og behandling av barnet eller familien må være klart definert, og lokalt forankret. Effektive tiltak krever kontinuitet, tverrfaglighet og utviklingstilpasning (10, 21). Barn og ungdom har alltid gode muligheter for endring, utvikling og videre liv, men når de henger på kanten kan de trenge litt drahjelp.

Referanser

1. Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J, Vollebergh W, Cavallo F, Jericek H, et al. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. International journal of public health. 2009;54 Suppl 2:151-9.
2. Holmboe O, Roy Bv, Helgeland J, Clench-Aas J, Dahle KA. Sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester blant barn i Akershus: Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2006.
3. Haavet OR, Straand J, Saugstad OD, Grunfeld B. Illness and exposure to negative life experiences in adolescence: two sides of the same coin? A study of 15-year-olds in Oslo, Norway. Acta Paediatr. 2004;93(3):405-11.
4. Dubowitz H. Tackling child neglect: a role for pediatricians. Pediatr Clin North Am. 2009;56(2):363-78.
5. Varni JW, Rapoff MA, Waldron SA, Gragg RA, Bernstein BH, Lindsley CB. Chronic pain and emotional distress in children and adolescents. J Dev Behav Pediatr. 1996;17(3):154-61. Epub 1996/06/01.
6. Greene JW, Walker LS. Psychosomatic problems and stress in adolescence. Pediatr Clin North Am. 1997;44(6):1557-72.
7. Committee on Evaluation of Children's Health, National Research Council. Children's Health, the Nation's Wealth. Assessing and Improving Child Health. Washington, D.C. The National Academies Press; 2004.
8. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychol Rev. 1943;50(4):370-96.
9. FN's konvensjon om barns rettigheter. 1989.
10. Grøholt B, Sommerschild H, Garløv I. Lærebok i barnepsykiatri. Oslo: Universitetsforl.; 2008. 499 s.
11. Tetzchner Sv. Utviklingspsykologi : barne- og ungdomsalderen. Oslo: Gyldendal akademisk; 2001.
12. Pynoos RS, Steinberg AM, Piacentini JC. A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. Biol Psychiatry. 1999;46(11):1542-54.
13. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1979. xv, 330 p.
14. Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. Physiol Behav. 2012;106(1):29-39. Epub 2011/09/06.
15. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-36.
16. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment. Annu Rev Clin Psychol. 2005;1:409-38. Epub 2007/08/25.
17. Russ S, Garro N, Halfon N. Meeting children's basic health needs: From patchwork to tapestry. Child Youth Serv Rev. 2010;32(9):1149-64.
18. Killén K. Sveket, I, Barn i risiko- og omsorgs-sviktsituasjoner. Oslo: Kommuneforlaget; 2009. 462 s. p.
19. Cohen JA, Kelleher KJ, Mannarino AP. Identifying, treating, and referring traumatized children: the role of pediatric providers. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162(5):447-52.
20. Stensland SØ, Aakvaag HF, Ormhaug SM. Posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og ungdom. Hvordan kan barnelegen møte barn og ungdommer som har opplevd traumatiske hendelser? Paidos. 2011;29 (2):60-3.
21. Saltzman WR, Layne CM, Steinberg AM, Arslanagic B, Pynoos RS. Developing a culturally and ecologically sound intervention program for youth exposed to war and terrorism. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2003;12(2):319-42.

Ahmed Marad (9) på Veumalleén asylmottak i Fredrikstad har bodd åtte år av sitt liv på asylmottak.

Foto: Tine Poppe. Publisert med tillatelse av foresatte og mottaket.

Barn og unge i asylmottak

I EUs mottaksdirektiv beskrives barn i asylmottak som en særlig sårbar gruppe. Dette er også understreket i Bergeutvalgets utredning om mottakstilbudet for asylsøkere (NOU 2011:10). Utvalget ser på barn som mer sårbare enn voksne fordi de er i utvikling som individer og av den grunn trenger ekstra beskyttelse. Barn i mottak representerer derfor en gruppe som trenger særskilt oppmerksomhet, oppfølging og tilrettelegging.

AV BERIT BERG, PROFESSOR I SOSIALT ARBEID, NTNU

En sårbar gruppe

Flyktningsituasjonen representerer i seg selv store påkjenninger – påkjenninger som ofte forsterkes i mottak. Lang ventetid, trangboddhet, isolasjonen og passivitet er faktorer som ofte bidrar til en slik forverring (Berg og Sveaass m.fl. 2005, Berg 2010, Valenta og Berg 2012, Kittelsaa og Berg 2012). Dette kommer også tydelig fram i en rapport om medfølgende barn i asylmottak (Lidén m.fl. 2011). Rapporten har fokus på barns mestring og legger til grunn følgende tre premisser: at en må legge til rette for fungerende foreldreskap, at barn har sosialt nettverk, og at de har tilgang til velferdsgoder. Samtidig viser også denne rapporten at det er risikofaktor knyttet til mottakstilværelsen som kan ha innvirkning på barn og unges helse.

I rapporten "Dobbelt sårbar", som også handler om asylsøkerbarn, er fokus rettet mot barn og unge med nedsatt funksjonsevne (Kittelsaa og Berg 2012). Her understrekes det at barn som lever i mottak er utsatt for helserisiko, og at denne risikoen øker jo lengre oppholdet i mottaket blir. Asylsøkere lever utenfor det vanlige dagliglivet, ofte tett på andre mennesker som også er i en vanskelig situasjon. Dette kan gi økte psykiske belastninger både for barn, unge, familier og enslige. Den lange ventetiden, isolasjon og fravær av meningsfullt innhold i hverdagen bidrar til å forsterke problemene (Berg og Sveaass m.fl. 2005). Samtidig er det viktig å understreke at selv om barn lever i en krevende og usikker livssituasjon, utvikler de ikke nødvendigvis varige helseproblemer. Mange barn klarer seg godt og har ressurser og motstandskraft som gjør at de mestrer de utfordringene de møter i dagliglivet.

Ventetid og frykt for avslag

Antonovsky (1987/2005) har studert hva som bidrar til at mennesker mestrer utfordringer og bevarer sin helse til tross for store påkjenninger. Helt sentralt er at en har en følelse av sammenheng i livet; det vil si at en klarer å gripe fatt i det som skjer, at en opplever en viss grad av forutsigbarhet og kan håndtere de fleste av de utfordringene en møter. Brunvatne (2006) peker på at de største helseproblemene for asylsøkere er av psykisk art, og for å kunne oppnå bedret psykisk helse trenger de forhold som fremmer mestring. Lidén m.fl. (2011) bruker begrepet resiliens eller motstand og peker på at den største gåten innenfor forskning om resiliens er hvorfor noen barn mestrer krevende og utfordrende omgivelser mens andre får varige problemer. Asylsituasjonen slår altså ikke likedan ut for alle barn selv om de kan utsettes for samme helserisiko.

Den største helsemessige utfordringen er usikkerheten knyttet til svaret på asylsøknaden og påkjenninger ved å oppleve at andre barn blir sendt ut av landet. I tillegg kommer tidsaspektet inn. Barn risikerer å leve store deler av barndommen sin i den ekstraordinære tilværelsen som livet i mottak innebærer. Barna lever dessuten sammen med foreldre som er bekymret og engstelige, som ofte sliter med psykiske vansker og som kan ha store problemer med å fungere som foreldre. Dette virker inn på barn og unges tilværelse og øker risikoen for helseproblemer både av midlertidig og varig art.

Usikkerhet rundt svaret på asylsøknaden preger både barn og familier. En barnepsykiater jeg møtte i forbindelse med forskningsprosjektet om funksjonshemmete barn i mottak, sa det på denne måten:

> *Tidligere hadde vi kontakt med barn som var traumatisert på grunn av krig og konflikter. Det var barn som hadde direkte erfaringer fra krig, som for eksempel vietnamesere og barn og unge fra landene på Balkan. Disse hadde ofte posttraumatisk stressyndrom, og det kunne vi behandle. De vanskene barn og unge i asylmottak har nå, skyldes i alt vesentlig den eksistensielle situasjonen de er i. De opplever avslag på søknader og angst og uro i den forbindelse. Barna er i utgangspunktet friske, men det miljøet de lever i er sykt. Det er mer traumatiserende å bli boende i mottak enn den tilværelsen som barna kommer fra.*

Tidsaspektet understrekes også av en sykepleier som arbeidet ved mottaket. Hun fortalte at hun hadde hatt permisjon fra arbeidsstedet i en lengre periode. Da hun kom tilbake, traff hun igjen de samme barna som var der da hun dro. Noen av disse var barn som i utgangspunktet hadde det vanskelig, og hun opplevde at vanskene hadde økt i den tiden hun var borte. Å få avslag på asylsøknaden eller at andre barn blir sendt tilbake til hjemlandet, kan oppleves enormt belastende. Barn ser at det foretas uttransportering, og de hører foreldrene snakke om dette. Dette skaper ekstra uro. En barnefaglig ansvarlig sier at usikkerhet og frykt for politiet er blant barnas største utfordringer. De kan aldri være helt sikre og aldri slappe helt av. Hun understreker også at tiden det tar å få svar på asylsøknaden er alt for lang fordi usikkerheten bare vokser ettersom tiden går.

Et eksempel på dette er ei jente på 10 år som fikk store problemer. Da familien hadde fått to avslag og skulle sendes ut, ville hun bare dø. Hun var dypt bekymret, og det kom fram at hun hadde hørt på hva foreldrene snakket om når de trodde at hun sov. Jenta forsto hvor redde foreldrene var og tok deres bekymringer inn over seg. Hun klarte etter hvert å fortelle en ansatt i helsetjenesten om sine suicidaltanker, og hun ble henvist til barnepsykiatrien. Der fikk både hun og foreldrene samtaler, og situasjonen bedret seg. Etter hvert fikk familien også opphold. Dette eksemplet viser at den frykten mange barn lever med i asylmottak kan føre til alvorlige psykiske helseproblemer hos enkelte barn. Det er derfor viktig at kompetente ansatte følger med på barns og unges situasjon slik at de kan oppdage når problemene blir så store at barna trenger kvalifisert hjelp.

Belastninger i hverdagen

Legeforeningens program for bedre helsetjenester for ikke-vestlige innvandrere (2010) peker på at asylmottak gir vanskelige oppvekstvilkår for barn og kan føre til høy risiko for mistilpasning og psykiske helseproblemer. Dette illustreres av mottaksansattes informasjon om barns hverdagsliv i asylmottak. En av dem forteller at i asylmottaket er det stress hele tiden og usikkerhet og redsel. Dette påvirker barn. En annen ansatt er av den oppfatning at livet i asylmottak kan gjøre barn psykisk syke. Hun sier: *Mottakssystemet ødelegger folk*.

Noen av barnas problemer kan oppdages allerede i barnehagen. I en samtale med ansatte i en barnehage knyttet til et asylmottak, kommer det fram at mange av barna har foreldre som har somatiske eller psykiske vansker. Det er ofte problemer og bekymringer i familien, og dette smitter over på barna. Mange har ikke god døgnrytme, og noen kommer ganske uregelmessig i barnehagen. Enkelte barn har atferdsvansker. De ansatte understreker imidlertid at det er vanskelig å skille mellom hva som er reaksjoner på en vanskelig situasjon, hva som er vanlig atferd i den kulturen barnet kommer fra og hva som kan være tegn på en utviklingsforstyrrelse eller andre vansker. Uansett mener de at barna ville hatt mest utbytte av å gå i en vanlig barnehage, for der ville de andre barna virket modererende. Når det bare er asylsøkerbarn i barnehagen, blir terskelen høy for hva slags atferd om godtas.

De stille barna er en spesiell utfordring i barnehagen. Disse er det vanskelig å komme i kontakt med, og særlig når de ansatte bare kan snakke norsk. Ellers observerer de ansatte at det er særlig høyt aktivitetsnivå hos flere av barna på mandager. De regner med at dette henger sammen med at barna oppholder seg mye innendørs i helgene, og at de har lite plass å røre seg på. Enkelte barn har forsinket motorisk utvikling. Dette settes i sammenheng med at barna er lite ute, og at de bor trangt. Hjemme er det behov for at de holder seg rolig fordi de skal dele begrenset plass med flere.

For de større barna er det et problem at de sjelden får anledning til å være alene. Dette sliter på dem og er vanskelig for deres identitetsutvikling, i følge en barnefaglig ansvarlig. De bor trangt med familie og søsken, og det er alltid mange rundt dem. Barn og unge opplever det som et savn at de ikke kan trekke seg tilbake og være for seg selv. Det er også vanskelig for dem å be venner med seg hjem. Mange har lite ro til å gjøre lekser, og fra mottakets side blir de oppfordret til å ta i mot leksehjelp på skolen. Etter hver som barna blir eldre, begynner de å sammenlikne seg med norske barn; hva de eier og hva de får lov til å være med på. Nest etter den lange saksbehandlingstiden er fattigdom den største hindringen for at barn i asylmottak skal ha et godt tilbud (Seeberg 2009).

Barn, unge og familier i mottak

Krig, flukt og eksil stiller både foreldre og barn overfor nye utfordringer. Innarbeidede handlingsmønster fungerer ikke nødvendigvis under nye betingelser. Mange opplever at relasjonen mellom barn og foreldre blir vanskeligere, enten på grunn av barnas vansker, foreldrenes vansker eller som en kombinasjon av begge. Selv om det er begrenset kunnskap om barn i mottak, viser studier at en stor andel barn med flyktningbakgrunn sliter med psykiske vansker Barns følelsesmessige reaksjoner på traumatiske hendelser er som regel større og mer intense enn det foreldrene tenker seg. Reaksjonene innebærer som oftest sterke minnebilder, repeterende atferd og lyder som barnet knytter spesielt til traumet. Det kan også være mange ting i dagliglivet som minner barna om det de har opplevd, såkalte "påminnere," som kan påvirke barna sterkt. Mange får endrede holdninger til andre mennesker, endret syn på livet og egne muligheter. Mange kan også miste troen på egen fremtid (Fazel & Stein 2002, Dyregrov 2003).

Foreldrerollen

Også foreldre opplever mottakssituasjonen som vanskelig. Mange føler hjelpeløshet fordi de på mange måter er fratatt innflytelsen over sitt eget liv. De strever også med å gjenskape trygghet og sikkerhet for barna sine, noe de opplever som en viktig del av foreldrerollen (Walter og Bala 2004). En far vi møtte på et av mottakene beskrev sin situasjon på følgende måte*:

> *Our children (…) were for these last years almost like prisoners. They could very, very rear (almost never) go outside of apartment where we lived. The oldest of our kid (…) faced so many troubles in a school. He was never accepted from the other kids because he is from (…) and especially because his father works for the (…) Police. He became introvert and he barely speaks with "yes" or "no". I had to force him to go to school. So many days he spent crying on his way to school. There were no joy in his life; only sometimes with his brother and his sister he would become "normal".*

Brevet fortsetter med en detaljert beskrivelse av en episode i hjemlandet som faren mener har forårsaket sønnens psykiske problemer. Avslutningsvis kommenterer faren problemer knyttet til det å snakke med barn om situasjonen som asylsøkere – om ventetiden og om usikkerheten om utfallet av søknadsprosessen:

* Brevet var stilet til "Whom it may concern/ Psykososialt team" og er gjengitt i rapporten "Jeg glemmer å være trist" (Berg 2006).

A two Mondays ago we had a question at the meeting if we were talking to our children about our asylum situation. We always use word "if they" let us stay in Norway. Our children were asking us where we are going to go if they not let us stay. We always avoid that answer saying that we are going to think about this. At the meeting I also avoid to answer, I am sorry, but it was very unpleasant for me to admit in presence of everybody that we have no home and we have nowhere to go. We were trying to talk to our children about this in a funny way, but it is not always so easy, and I think they somehow can feel if we are worried or not.

Brevet avsluttes med et håp om at psykososialt team kan hjelpe deres barn til å bli mer åpne. Selv om de færreste foreldre er i stand til å beskrive situasjonen og artikulere behov på en så tydelig måte som denne faren, kan brevet stå som en illustrasjon på den fortvilelsen mange foreldre opplever. Noe handler om språk, noe om selve flyktningbakgrunnen, og noe handler om mangel på overskudd. Mange asylsøkere beskriver hvordan mottakstilværelsen tapper og passiviserer dem.

Barnegrupper og foreldreveiledning

For å bidra til bedre hverdagsmestring har flere asylmottak etablert egne prosjekter med særlig fokus på barnefamilier. I perioden 2004-2006 evaluerte jeg et av disse prosjektene, som ble gjennomført i Midt-Norge (Berg 2006). Utgangspunktet for prosjektet var en erkjennelse av at asylsøkere generelt og asylsøkerbarn spesielt befinner seg i en vanskelig livssituasjon og er i en utsatt posisjon når det gjelder å utvikle psykiske problemer.

Drama- og musikkterapi var sentrale metoder i prosjektet. Siktemålet, slik det står beskrevet i prosjektbeskrivelsen, var å hjelpe barna til å finne tilbake livsgleden og derigjennom å styrke deres psykiske helse. Foreldreveiledningen hadde som siktemål å styrke deres foreldrekompetanse. Prosjektet har sin faglige forankring i resilienstenking. Begrepet resiliens brukes for å betegne personer som har vært utsatt for en markant belastning i livet sitt, men som likevel synes å komme tilbake til utgangspunktet uten varig mén. Resiliens handler med andre ord om god psykososial fungering til tross for opplevelse av risikosituasjoner. En viktig forutsetning for resiliens er motstandskraft, men for å oppnå god fungering er også ytre forhold og spesifikke kjennetegn ved belastningen, avgjørende.

Barn i mottak beskrives i alle sammenhenger som en risikogruppe. Mange har opplevd alvorlig hendelser i sine liv, samtidig som de til daglig befinner seg i en uforutsigbar situasjon. Stressmomentene er mange, og for en del barn gir det merkbare utslag. Noen blir urolige og utagerende, andre blir tause og innesluttet. Hos andre er tegnene kanskje ikke så synlige, men barnas lek vitner om opplevelser utenom det vanlige. En viktig funksjon med barnegruppene er å være ventil. Gjennom lek, rollespill, teater og musikk får barn lov til å være barn – en liten stund. De får lov til "å glemme seg bort".

Økt mestringsopplevelse har vært et viktig mål for gruppene. Samtaler med foreldrene tyder på at flere av barna har blitt mer konsentrert etter at de ble med i en barnegruppe. Generelt har barna utviklet større evne til samhandling og samspill. Mestring handler om noe mye mer enn samhandling, men i en rekke hverdagssituasjoner er samhandlingskompetanse en forutsetning for mestring. Det gjør deg også bedre rustet til å takle motgang, og det bidrar til å styrke den psykiske helsen. Gruppene har også en "ventileringsfunksjon". Gjennom lek har barna tatt ut sider ved seg selv som de ikke får vist fram i hverdagen. Her kan man få være både konge og supermann, eller kanskje en eventyrprinsesse? I leken fins det ingen begrensninger. Her løses man fra forpliktelser, og langt på vei fjernes hemninger og prestasjonsangst. Jeg så selv hvordan alvorlige og forknytte barn kastet seg ut i hemningsløs lek. De levde seg inn i rollene og ble virkelig konge – for en stund. Og som en av jentene sa: Jeg glemmer å være trist. Dette uttrykker mye av essensen i prosjektet. Når barnet "glemmer" å være trist, betyr det at en viktig del av målsettingen er nådd. Gjennom rollespill og teateraktiviteter, opplever barna å bli både sett, hørt og utfordret. De "usynlige" barna blir plutselig synlige, og de barna som fra før var veldig synlige, lærer å samhandle på en bedre måte. Rollespill forutsetter samhandling. Alle kan ikke være prinsesse eller supermann. Noen er nødt til "å speile" heltene – hvis ikke ble de ikke helter. Neste gang kan rollene være byttet.

Barna lever ikke evig på de gode opplevelsene fra gruppene, men det skaper et overskudd til å mestre de sidene ved tilværelsen som ikke er så hyggelige. Det handler om å *styrke sterke sider* (Waaktaar og Christie 2000) og å bryte noe av handlingslammelsen rundt eksilet. Målsettingene kan virke ambisiøse. Samtidig viser de en retning - et fokus på det som gjør både barn og voksne bedre i stand til å mestre hverdagen. For deltakerne har prosjektet hatt elementer av alt dette. Ikke alle har opplevd alt, men alle har opplevd noe. Resilensaspektet ligger som et overordnet fokus. Kort sagt har prosjektet bidratt til å gjøre både barn og foreldre bedre rustet til å greie seg i hverdagen. Foreldre har fått hjelp til å mestre foreldrerollen på en bedre måte, og barna har blitt flinkere til å samhandle. Generelt sett er deltakerne i prosjektet blitt flinkere til å dele – ikke bare frustrasjoner og "dritt", men også de gode opplevelsene. I dette ligger det en viktig forutsetning for mestring. Myndiggjøringsaspektet er også sentralt for å kunne mestre hverdagen. Du må ha tro på deg selv – og du må ha tro på at andre også stoler på deg!

Referanser

1. Antonovsky, A. (1987/2005): Hälsans mysterium, Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
2. Berg, B. (2006): "Jeg glemmer å være trist". Evaluering av et gruppebehandlingsprosjekt for barn og unge. Trondheim: SINTEF
3. Berg, B. (2010): Eksilets stoppesteder. Fra flukt og asyl til integrering og transnasjonale liv. PhD-avhandling. Trondheim: NTNU
4. Berg, B., Sveaass, N. m.fl. (2005). "Det hainnle om å leve...". Tiltak for å bedre psykisk helse for beboere i asylmottak. Trondheim: SINTEF
5. Brunvatne, R. (2006): Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten, Oslo: Gyldendal akademisk
6. Den norske legeforening (2010): Likeverdig helsetjeneste? Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. Oslo: Den norske legeforening
7. Dyregrov, A. (2003): Barn og traumer. En håndbok for foreldre og hjelpere. Bergen: Fagbokforlaget
8. EUs mottaksdirektiv (Council Directive 2003/9/EC) (2003): Official Journal of the European Union
9. Fazel, M. & Stein, A. (2002): The mental health of refugee children, Archives of Diseases in Childhood 87, 366-70
10. Kittelsaa, A. & Berg, B. (2012): Dobbelt sårbar. Funksjonshemmete barn og unge i asylmottak. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning
11. Lidén, H., Seeberg, M.L. & Engebrigtsen, A. (2011): Medfølgende barn i asylmottak – livssituasjon, mestring, tiltak, Oslo: Institutt for samfunnsforskning, Rapport 11
12. NOU 2011:10 I velferdsstatens venterom. Mottakstilbudet for asylsøkere
13. Seeberg, M.L. (2009): Små barns hverdager i asylmottak, Oslo: NOVA, Rapport 14
14. Valenta, M. & Berg, B. (red.) (2012): Asylsøker – i velferdsstatens venterom. Oslo: Universitetsforlaget
15. Walter, C. & Bala, J. (2004): "Where Meanings, Sorrow and Hope Have a Resident Permit: Treatment of Families and Children" in Wilson, J.P. & Drozdek, B. (eds.): Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture. New York, Hove: Brunner-Routledge
16. Waaktaar, T. & Christine, H.J. (2000): Styrke svake sider. Håndbok i resiliencebyggende grupper for barn og unge med psykososiale belastninger. Oslo: kommuneforlaget

Resiliens

Dette er et sammendrag fra min bacheloroppgave om enslige mindreårige asylsøkere og resiliens. Våren 2009 ble jeg ferdig med sosionomstudiet ved Diakonhjemmet høgskole. Etter studietiden har jeg hatt fast stilling som miljøterapeut i et bofellesskap for enslige mindreårige.

AV JONAS ROGN

Begrepet resiliens er hentet fra fysikken, og betyr et objekts evne til å komme tilbake til utgangspunktet etter å ha vært strukket eller bøyd (Waaktaar og Christie 2000). Resiliensteorien omhandler normal fungering under unormale forhold, og kommer til syne hos barn som viser god tilpasning tross kriser og truende omgivelser. Viktig å nevne i denne sammenheng er at kunnskap om resiliens og innsikt i reaksjonsmåter hos risikobarn med en tilfredsstillende utvikling, kan bli til hjelp for risikobarn som ikke har en slik utvikling (Borge, 2003). Individuelle resiliensfaktorer kan blant annet være medfødt robusthet, sosiale ferdigheter, selvstendighet, følelse av egenverd og opplevelse av mening og sammenheng. Resiliens i denne sammenheng dreier seg altså om barns motstandskraft mot å utvikle psykiske problemer. Barn med stor grad av resiliens kalles gjerne løvetannbarn. Pippi Langstrømpe er et eksempel på et løvetannbarn fra skjønnlitteraturen.

Barnet skaper ikke resiliens ved å unngå problemer, men en passe dose risiko er en nødvendig forutsetning for å utvikle resiliens. Risiko kan være biologisk medfødte problemer eller utvikling av alvorlige tilpasningsproblemer. Eksempler på dette kan være status som barnevernsbarn, flyktning, eller å være utsatt for overgrep (Borge, 2003:50). Varvin (2008) understreker viktigheten av å støtte de prosessene som kan understøtte resiliens og han mener at en god behandling skal fremme dette. Borge (2003:25) hevder at vi uansett kulturforskjell bør stimulere barns tegn på resiliens når de første gang møter stress, risiko og motgang. Dette vil styrke selvbildet, som igjen vil ligge til grunn når barna møter nye utfordringer. Borge hevder videre at risikobarn må lære å mestre daglige krav og rutiner for å styrke selvtilliten og selvbildet.

For at risikobarn skal utvikle resiliens, må beskyttelsesmekanismer tre i kraft. Slike beskyttelsesmekaniser kan være jevnaldrende, venner eller voksne som stimulerer barnet til å mestre hverdagen. Slike beskyttelsesmekanismer styrker også mulighetene for at barn ikke utvikler psykiske problemer (Borge, 2003/2007). Miljø og omgivelser spiller også inn ved å gi rom for at barnet kan få prøvd ut sine overlevelsesmekanismer. Med ros og oppmuntring kan barn tørre å møte risikosituasjoner, skuffelser og farer med fornyet styrke. Det er altså mer enn personlige egenskaper hos barnet som er med på å fremme resiliens. Barns sårbarhet overfor påkjenninger varierer. Noen barn rammes hardere enn andre selv om risikonivået er identisk (Borge, 2003/2007).

En sentral oppfølgingsundersøkelse av resiliens hos barn er verdt å nevne. To forskere fulgte en gruppe barn på Hawaii i mer enn 40 år. De studerte barnas samspill mellom oppvekst og miljørisikoen gjennom barndommen. De ville finne ut av hva som karakteriserte de av risikobarna og familiene som mot all sannsynlighet likevel greide seg bra. Det som skilte de resiliente barna fra de ikke resiliente var at de hadde normal intelligens, var sjarmerende og tiltrakk seg positive reaksjoner fra foreldre og andre. Videre knyttet disse barna følelsesmessige bånd til de nærmeste, og de hadde et ytre støtteapparat som blant annet skole eller kirke. Dette viser betydningen og viktigheten av sosiale relasjoner for en resilient utvikling (Borge, 2003:24).

Varvin (2008) skriver at det for mange er viktig å sette inn sosialfaglige tiltak for å fremme personens egne utviklingsressurser. Det sosialfaglige skal fungere som ett ledd i hjelpeprosessen hvor et samarbeid mellom flere instanser er viktig. Varvin mener også at samspillet mellom evne til å danne nære relasjoner, evne til å tro at en kan forandre sin situasjon, og evne til å reflektere eller lære av sine erfaringer er det som fremmer resiliens. Han mener også at dette er dimensjoner som ethvert arbeid med flyktninger bør stimulere til.

Det ble drevet et prosjekt ved Nic Waals Institutt over en treårsperiode fra 1996 til 1999, som i hovedsak var rettet mot flyktning- og innvandrerbarn med psykososiale problemer. Prosjektet het *Resiliencebyggende grupper for barn og ungdom: mestring, kreativitet, fellesskap og kontinuitet*. Resiliensgruppene i prosjektet bestod av fire hovedfaktorer som har vist seg å fungere beskyttende og helsefremmende for belastede barn. Disse faktorene er mestring, kreativitet, fellesskap og kontinuitet. For å fremme en opplevelse av mestring hos deltakerne la de inn en aktivitet som deltakerne hadde noe kjennskap til fra før, interessere for, og som de kunne lære mer om. Var det en kreativ aktivitet, fikk de også inn kreativitetsfaktoren. For å få kontinuitet lot de gruppene vare over tid, med stabile voksne, faste deltakere og fast sted. Fellesskapsfaktoren kom frem ved at barna deltok i grupper (Waaktaar og Christie 2000). Waaktaar m.fl.

(2007) anbefaler at en intervensjon basert på resiliensforskning burde fokusere på å styrke eller fremme faktorer som selvtillitt, sosial kompetanse, tiltro til egne muligheter og positive relasjoner. Flere intervensjoner som har hatt fokus på dette har vist positive effekter i form av reduserte symptomer og bedret fungering.

Faktorene mestring, kreativitet, fellesskap og kontinuitet kan gjerne legges til rette for i et bofellesskap også. I et bofellesskap bør det være stabile voksne som sikrer arenaer hvor barna får mestringsopplevelser, barna skal få utfolde seg kreativt på fritiden, de får oppleve tilhørighet og fellesskap i bofellesskapet, og de får en kontinuitet i hverdagen med skole, faste middager og daglige rutiner. Barna får også evne til å sosialisere seg selv, hvis trygge voksne gir omsorg og viser dem tillitt. Erik Larsen (2004) mener at miljøterapiens hovedoppgave er å skape muligheter for at barn og unge i sin situasjon kan arbeide med sin forandring og utvikling. De voksne i et bofellesskap legger også til rette for at barna får utvide sin selvstendighet, sine ferdigheter og sosiale kompetanse. Skole er en viktig arena for mestring fordi det å lykkes i Norge i stor grad skjer ved hjelp av utdanning (Borge (2007). Enslige mindreårige asylsøkere er ikke en homogen gruppe, men felles for alle er at de har kommet til et nytt land med fremmed språk, kultur og tradisjoner, de mangler foreldres daglige omsorg, bekyttelse og veiledning.
En annen som kan vise til enslige mindreåriges resiliens er Ketil Eide (2000). Han utførte en intervjuundersøkelse på 25 av totalt 511 barn som ble bosatt i kommuner i perioden 1989 til 1992. Dette gjorde han for å kartlegge oppveksten til enslige mindreårige flyktninger. Det viste seg at mange har klart seg bra tross en oppvekst preget av en rekke traumatiske opplevelser som for eksempel krig. ”Undersøkelsen viser at opplevelsen av mestring og sosial tilknytning har avgjørende betydning for de mindreåriges utvikling” (Eide 2000:9).

Redd Barna (2006) har, i samarbeid med sentrale faggrupper og frivillige organisasjoner, utarbeidet en *non-governmental organisations* utredning om enslige mindreårige asylsøkere. Følgende hovedpunkter finner jeg relevant i deres utredning. Oppbrudd fra hjemland, familie og venner utgjør en stor psykologisk belastning uavhengig av alder. Viktige forhold som viser seg å øke mestringsevne og gi stressbeskyttelse er blant annet positive vennerelasjoner, mulighet for lek, aktiviteter og stabilitet i ytre rammer. Dette gir igjen økt selvfølelse, lettere sosial tilpasning, identitetsdannelse, trygghet, trivsel, normalisering av en unormal hverdag, vekst og utvikling. I tillegg reduserer det stress og spenninger, og virker beskyttende mot depresjoner (ibid). I utredningen anbefales det at profesjonelle i kontakt med enslige asylbarn bør kjenne til behandlingsstrategier som blant gir hjelp til opplevelse av mestring. Redd Barna anbefaler også alternative uttrykksformer som drama, musikk, dans og kunst i arbeid med flyktningbarn.

BARNELEGER

Gerhard Köstl i Elfenbenskysten
© Mikkel Dalum/MSF

Vi har alltid behov for barneleger som kan reise ut på oppdrag (3-I2 mnd.) i våre feltprosjekter.
Gjerne fransktalende.

Ta kontakt med Vibeke Dahl:
Tlf 23 3I 66 6I
vd@oslo.msf.org

LEGER UTEN GRENSER
MEDECINS SANS FRONTIERES

www.legerutengrenser.no

Barn som flykter alene – Om risiko og beskyttelse

Denne artikkelen har fokus på det vi vet om enslige mindreårige asylsøkere og flyktninger, og likeledes det psykososiale arbeidet med denne gruppen barn og unge. Det er etter hvert utviklet en del kunnskap om hvem disse barna er, både gjennom nasjonal og internasjonal forskning og gjennom praktisk erfaring med barna. Denne kunnskapen fokuserer særlig på omsorgssituasjon, rettigheter, psykisk helse og alderens betydning. Kunnskapen på disse områdene bekrefter ofte det dominerende bildet av de enslige mindreårige: at de er en svært sårbar og utsatt gruppe barn og unge. De enslige flyktningbarna tilhører imidlertid ikke bare en risikogruppe. De fleste innehar egenskaper og ressurser som innebærer at de opprettholder nære relasjoner med slektninger i hjemlandet, og at de utnytter de mulighetene som finnes i de nye omgivelsene. Undersøkelser viser at svært mange av de enslige mindreårige klarer seg godt (Eide 2012). Kunnskap som fokuserer på barnas utviklingsmuligheter og ressurser er ofte ikke like selvfølgelig for oss. Utfordringen vil ofte være hvordan hjelperne skal unngå å anse barnas bakgrunn som svikt og ressursmangel.

AV KETIL EIDE, HELEN JOHNSEN CHRISTIE OG MARI KJØLSETH BRÆIN

Ankomsten av enslige mindreårige asylsøkere er et aktuelt politisk tema i det norske samfunnet, der hensynet til barnets beste ofte kommer i bakgrunnen for innvandringsregulerende hensyn (Eide 2012). Dilemmaet mellom å utøve en human behandling av denne gruppen barn og unge, og samtidig gjennomføre den til en hver tid politisk korrekte holdning i innvandrings- og asylpolitikken, utgjør spesielle utfordringer. Dette gjelder både for de som skal utøve de politiske og administrative føringene på dette området, men også for de som skal yte den praktiske omsorgen overfor barna. Omsorgspersoner som arbeider med denne gruppen barn og unge, vil stå oppe i situasjoner der de både skal bosette barn som har fått oppholdstillatelse i Norge og barn som skal returneres til hjemlandet eller til et tredje land. Omsorgspersoner vil måtte forholde seg til aldersvurderinger av barna, og til barnas utrygghet og usikkerhet knyttet til asylsøkerprosessen og framtid. Det kan ofte oppstå vanskelige situasjoner i kommunikasjonen med barna, særlig fordi dette omsorgsarbeidet gjelder barn som er mer sårbare og uskyldige for den situasjonen de er i enn voksenpersoner.

Enslige mindreårige flyktninger i Norge

Antallet enslige mindreårige flyktninger som kommer til Norge varierer fra år til år. Det var en sterk økning i ankomsttallene i perioden 2007 til 2009, fra 403 mindreårige i 2007 til 2500 i 2009 (Eide 2012). Det er i 2010 og 2011 en nedgang i antallet barn som kommer, mellom 8-900 mindreårige har ankommet hvert år disse to årene. I tillegg er det også variasjon i hvilke land de mindreårige kommer fra. I 2009 var omtrent 70 prosent av de mindreårige fra Afghanistan, mens dette er annerledes de siste årene. Dersom vi tar et blikk på de siste ti årene har de største gruppene kommet fra Afghanistan, Irak, Somalia og Sri Lanka. Det vi også vet er at den største gruppen som ankommer er over 16 år og at de fleste er gutter. Både kjønn og alder, og svingninger i ankomsttall og nasjonalitet, er generelle og stabile trekk som gjelder gruppens egenskaper over flere år. Dette stemmer også med tilsvarende oversikter fra andre land.

Et særtrekk ved mottaket av enslige asylsøkerbarn i Norge er at den statlige praksisen i dette arbeidet endrer seg raskt. Det er i dag et skille mellom de barna som er under og over 15 år. Etter flere års faglige og politiske diskusjoner har det statlige regionale barnevernet overtatt ansvaret for omsorgen av den yngste gruppen av barn. Det er opprettet flere omsorgssentre til disse barna rundt om i landet. For de barna som er over 15 år er det opprettet egne mottaksinstitusjoner som er drevet av de statlige utlendingsmyndighetene (UDI). Når de enslige flyktningbarna har avklart sin asylstatus og har blitt bosatt i en

kommune i Norge, er det flere alternativer for omsorg og oppfølging (Eide 2012). De siste årene har flere enslige mindreårige asylsøkere fått midlertidig opphold inntil de fyller 18 år. Dette har medført at noen barn, uten slikt midlertidig opphold, raskere får positivt svar på sin asylsøknad og dermed også raskere bosetting i kommunene enn tidligere. Dette er positivt for de barna dette gjelder. Det medfører likevel sterke bekymringer for de mange barna som etter hvert blir myndige og som på grunn av manglende identitetspapirer, avslag og ikke er returnerbare, sannsynligvis blir sittende i asylmottak i årevis eller ender opp som udokumenterte eller det som omtales som papirløse flyktninger.

Alderens betydning

Et fenomen som ofte gjentas i forskningslitteraturen om enslige flyktningbarn er temaer knyttet til alder (Eide 2012). For de mindreårige selv har alderen stor betydning for hvilke rettigheter de har når det gjelder opphold, hvilken oppfølging de får fra barnevernet og rettigheter til skolegang. De mindreårige er i en svært sårbar situasjon når de ankommer til landet, og usikkerhet omkring alder er derfor et ømtålig og komplisert område både for barna selv og for de omsorgspersonene de møter. For utlendingsmyndigheter vil det å fastslå barnas alder ha særlig betydning i tilknytning til innvandringsregulerende hensyn, mens for omsorgsapparatet er det viktig å fastslå alder for å gi den riktige omsorgen og utviklingsstøtten ut fra hvilke behov den enkelte har.

Dersom det er tvil om hvilken alder barnet har i den første mottaksperioden, vil det som oftest gjennomføres aldersvurderinger. Slike aldersvurderinger og alderstester har vært gjenstand for både politiske og faglige diskusjoner i lang tid, både i Norge og i andre land. Det har vært faglig uenighet om hvorvidt de medisinske testene av håndrot og de odontologiske testene av tannstatus er godt nok egnet til å fastslå barnas alder. I følge flere fagfolk eksisterer det ingen godt egnede metoder for å teste barns alder, der variasjonen mellom etniske grupper, ernæring og sosioøkonomisk status er for stor (Eide 2012). I tillegg til dette hevdes at alder er altfor komplekst sammensatt for enkle korrelasjonssammenhenger. Aldersvurderinger av enslige asylsøkerbarn reiser problemstillinger knyttet til forholdet mellom fastsettelse av kronologisk alder, som oftest har juridisk relevans, og vurderinger av psykologisk modenhet knyttet til mentalt og emosjonelt utviklingsnivå. Det er grunn til å hevde at aldersvurderinger må inkludere både fysisk fremtoning, atferd og sosiokulturelle faktorer i aldersvurdering. På grunn av at fastsettelse av alder har stor betydning for flyktningbarna, påpekes faglige og juridiske anbefalinger om at aldersvurderingene bør involvere uavhengige faglige instanser i den konkluderende fasen.

Omsorg og psykisk helse

Forskning viser at hvilken støtte og oppfølging de enslige flyktningbarna får i sin omsorgssituasjon er avgjørende for deres livssituasjon og framtid. I en studie fra England påpekes at omsorgsplassering og alder hadde stor betydning for barnas utvikling (Eide 2012). Det vil si at de barna som var yngst, og som hadde mest støtte i omsorgssituasjonen, hadde en bedre situasjon enn de som var over 16 år. Det vil si at den eldste gruppen av barn med fravær av støtte og omsorg hadde mer tendens til å droppe skolen, til sosial isolasjon, og i mindre grad få ettervern etter fylte 18 år. Utdanning og omsorgsplassering ble uttrykt som de viktigste arenaene for å utvide det sosiale nettverket, mens fritidsaktiviteter var begrenset på grunn av dårlig økonomi.

Forskning om enslige flyktningbarn påviser at denne gruppen er særlig utsatt for psykiske helseplager. Undersøkelser påviser særlig forekomst av depresjon, angst og traumatisk stress reaksjoner (Eide 2012). En norsk studie viser at 76 prosent av de mindreårige som er med i undersøkelsen har opplevd krig på nært hold (Oppedal m.fl. 2009), og at mange av disse oppgir at de fortsatt har mareritt om disse opplevelsene. Undersøkelsen viser også at en stor andel av de mindreårige har posttraumatiske plager knyttet til krigsopplevelser, og at om lag halvparten av utvalget oppgir en symptomskåre som er over den kliniske grenseverdien for depresjon (ibid.).

Flere studier viser at god foreldrestøtte reduserer risikoen for utviklingen av psykiske vansker etter traumatiske opplevelser (Eide 2012). Det som gjør enslige mindreårige asylsøkere spesielt sårbare, er nettopp at de er frarøvet sine nære relasjoner som kunne representert en slik moderatorfunksjon. Det å tilrettelegge for at de kan knytte varige og nære relasjoner til nye voksne vil gi barna forutsetning for å kunne fungere best mulig. Enslig mindreårige som får bo i fosterfamilie, viser lavere depresjonsmål enn de som bor i bofellesskap (Oppedal m.fl. 2009). Det er derfor et paradoks at de må flytte flere ganger i løpet av det første året og at et mindretall får tilbud om å bo hos en fosterfamilie. Rask saksbehandling, meningsfulle aktiviteter i hverdagen og hjelp til å sette mål for fremtiden vil også være av stor betydning for barnas psykiske helse. Noen vil trenge forsterket innsats rettet mot resiliensfremmende faktorer i dem selv og i miljøet (Waaktaar og Christie 2000). Men en del av denne gruppen har så vidt store livsbelastninger med minner fra krig og flukt, og med belastninger i livet nå (Oppedal m.fl. 2009), at psykologisk behandling er påkrevet.

Mestring, beskyttelse og terapi

Det å vekke barnets kompetanse handler i stor grad om å identifisere og å opprette beskyttende faktorer både i barnet og i miljøet. Forskning om hvilke faktorer som kan beskytte mot eller modifisere senskader etter traumeminner er viktig for behandlere å sette seg inn i, både for å bygge på virksomme mestringsstrategier og for å bygge opp beskyttende og stabiliserende miljøfaktorer. Psykososialt arbeid ut i fra resilienstilnærming kan være spesielt hensiktmessig (Waaktaar og Christie 2000). Et tett samarbeid mellom terapeut og omsorgsgivere er avgjørende for at tiltak best mulig kan iverksettes rundt barnet. Strukturering av daglige aktiviteter slik at hverdagen er oversiktlig og forutsigbar vil være med på å fremme trygghet hos barnet.

Av beskyttelsesfaktorer som er særlig avgjørende er barnets tidligere tilknytningserfaring og dermed relasjonskapasitet. Trygg tilknytning beskytter og modifiserer effekten

av traumatiske opplevelser. En traumatisk opplevelse utløser barnets tilknytningsmønster og en fra før utrygg tilknytning eller desorganisert tilknytning (barn som har en manglende strategi på å søke nærhet når de er i fare og som for eksempel stadig svinger mellom klenging, og avvisning - slik man ser etter langvarig omsorgssvikt og gjentatte relasjonstraumer), vil øke faren for alvorlige senskader etter traumeopplevelsene. Alle enslige mindreårige har mistet sine nærmeste tilknytningspersoner i flukten, men noen har hatt store tap også på forhånd. Dersom barnet får anledning til å motta god omsorg og knytte nye varige relasjoner i Norge, vil dette kunne gi viktig beskyttelse.

Evne til lek, symbolisering og kreativitet, er også verdifullt. Gjennom symboler kan vi uttrykke følelser, og bearbeide motsetningsfylte opplevelser. Vi vet gjennom studier av traumatiserte barns lek at lekeevnen kan brytes ned, leken blir repeterende, rigid og fattig, og ender ofte i katastrofe eller i plutselig lekebrudd. Hos noen er evnen til "som-om-lek" falt helt bort. Det å gjenvinne denne evnen blir viktig del av behandlingen, og der vi finner både kontaktevne og symboliseringsevne godt bevart, har vi et langt mer optimistisk utgangspunkt enn der en god del av behandlingen må handle om å bygge dette opp fra grunnen av. Fysisk aktivitet er også en måte å håndtere stress som kan virke både avledende og avspennende. Opplevelsen av fysisk styrke kan fremme mental styrke.

Gode intellektuelle evner gir beskyttelse fordi det øker sjansen til å lykkes i et nytt samfunn der det stilles store krav til akademiske ferdigheter, kulturell tilpasning og forståelse av sosiale koder. Kognitiv kapasitet har også sammenheng med evne til å skape sammenheng, mening og håp i livet. Der krigen har vært kaotisk og uforståelig blir opplevelsen av mening ofte umulig. Dersom barnet har vært omgitt av voksne som forklarer en frigjøringskrig mot undertrykkelse, kan de traumatiske minnene knyttes til en større mening. Livet i en flyktningleir kan gi en opplevelse av tomhet, at livet ikke har verdi og at man er uten mulighet til å påvirke egen situasjon. For mange kan det å komme til et nytt land vekke håp og drømmer om fremtiden, men for noen kan håpløsheten vedvare.

I arbeid med enslig mindreårige som er henvist med depresjon og symptomer på PTSD blir det å gjenvinne håp for fremtiden avgjørende for om behandlingen lykkes (Bræin og Christie, i: Eide 2012). Det å søke etter mening i eget liv kan være en vanskelig prosess, men dersom barnet lykkes med dette kan det gi mulighet for en ny og mer positiv forståelse av seg selv og sine omgivelser. Barn som har religiøs tro kan finne mening gjennom å attribuere hendelsene til Guds vilje, noe som kan gi kilde til styrke og håp. Det kan også være nyttig å bruke historier/filmer fra religion eller litteratur som utgangspunkt for å lage "redningshistorier", slik som for eksempel Harry Potter eller Star Wars-triologien der det pågår tydelige kamper mellom gode og vonde krefter. Målet er at barnet kan identifisere seg med andre helter som har overvunnet "onde krefter" slik at de kan kjenne på mestring og sette seg nye mål for fremtiden. Det kan være nyttig å undersøke om den mindreårige har et forhold til helter fra egen kultur eller religion som kan være utgangpunkt for en samtale om mestring. Det kan også være personer fra barnets familie eller lokalmiljø som har klart seg godt til tross for store påkjenninger. Det er viktig å ta tak i drømmer barnet har eller har hatt, slik som å bli fotballspiller, kunstner eller lege. Utforskning av drømmer kan gi tilgang til håp, initiativ og engasjement. I begynnelsen kan det være drømmer som virker urealistiske, og etter hvert blir det viktig å sette seg mål som er mer realistiske. I terapi kan selv utopiske drømmer være viktig for å få i gang livsgnisten som har vært i ferd med å brenne ut.

Avslutning

Vi har i denne artikkelen vist til at det finnes en del kunnskap om enslige mindreårige flyktningers situasjon, og at mange klarer seg bra på tross av den risikosituasjonen de befinner seg i. Vi vet også at enslige flyktningbarn gjennomgående ønsker å bli behandlet som vanlige barn og ungdom. De mindreåriges høyeste prioriteringer og ønsker er ofte holdbare boforhold og en tydelig nøkkelperson som kan bistå med hjelp til å finne frem i byråkratiske institusjoner som omfatter helsespørsmål og bolighjelp. En ansvarlig voksen som står som en forsørger og omsorgsperson er også ønsket av mange. Det finnes ikke noen entydig oppskrift på hvordan det psykososiale arbeidet med enslige flyktningbarn skal gjennomføres. Det er grunn til å anta at det som gjelder for barn og ungdom generelt også gjelder for enslige mindreårige flyktninger. Dette betyr at også enslige flyktningbarn trenger å oppleve trygghet, tilhørighet og at de lykkes i livene sine. Skolen vil her har stor betydning for disse barnas framtidsutsikter i det norske samfunnet. Målet for det psykososiale arbeidet med de mindreårige må være at omsorgsarbeidere oppnår tillit og bryr seg om de mindreårige, skaper rammer og struktur, og følger opp deres situasjon. Det betyr også å fokusere mindre på de mindreåriges risiko og offerrolle, og mer på det som fremmer positiv utvikling og gode livshistorier. Dette innebærer at det psykososiale arbeidet må reflektere over hjelpernes forståelse av hvem de mindreårige er, og hele tiden å redefinere barnas offerrolle og risikoposisjon. Det skal likevel tas hensyn til deres spesielle situasjon, men da mer ut fra deres risikosituasjon enn at de defineres som en risikogruppe.

Referanser

1. Waaktaar,T. og Christie,H. (2000): Styrk sterke sider. Håndbok i resiliencegrupper for barn med psykososiale belastninger. Oslo: Kommuneforlaget.
2. Eide, Ketil (red.) (2012): Barn på flukt. Psykososialt arbeid med enslige mindreårige flyktninger. Oslo: Gyldendal Akademisk.
3. Oppedal,B., Seglem,K.B. og Jensen,L.(2009): Avhengig og Selvstendig. Enslige mindreårige flyktningers stemmer i tall og tale. Rapport 2009:11, Oslo: Folkehelseinstituttet.

Barn på flukt

Konferanse på Litteraturhuset 4. mai 2012
Arrangert av Støttegruppa for Yalda og Allan, NOAS, Antirasistisk senter, Norsk folkehjelp og Fagforbundet.

Wergelandsalen i Litteraturhuset var fylt til randen av folk og forventninger da Jan Erik Vold innledet konferansen om Barn på flukt. Med sin lavmælte, lynskarpe stil konstaterte han at "det er helt i orden å være norsk, men å bare være norsk er en katastrofe".

AV ANJA LEE

". Vi må ikke fortsette å gjøre galt fordi om vi har gjort galt før! Han mintes Garolin Nesaraja – barnesoldaten fra Sri Lanka som endte sitt og sønnens liv ved å sette fyr på rommet de delte på et asylmottak i Førde. Noen dager tidligere hadde hun fått endelig avslag fra UNE etter 5 års behandlingstid. Hun ble ikke trodd av myndighetene. Vold sa at "det er bedre at ti skyldige går fri enn at en uskyldig blir dømt", og at det hviler på vår statsminister "å ta dette menneskelige grepet". Jan Erik Vold oppfordrer norske myndigheter til å vise raushet - "det gir ingen fornemmelse av urettferdighet". Han avrundet med å minne om barneflokken som var blitt foreldreløse, og skulle skilles. Kjerringa som skulle overta ett av barna sa "je tek alle sju".

"Å flykte handler ikke om hva man vinner, men ene og alene om tap. Det handler om å begrense tapet. Familien, venner, hjemlandet, språket, statusen sin, tape alt som har vært kjent." **Jon Ole Martinsen** fra NOAS har jobbet tett innpå flyktninger i mange år, og vet at "å være i en fluktsituasjon handler om at man i liten grad får muligheten til å etablere relasjoner. Man har ingen framtid, man vet ikke hva morgendagen bringer. Noen barn har nå 10 år i Norge under slike betingelser."

Martinsen gikk gjennom norsk asylpraksis siden 1996, da daværende justisminister Anne Holt ga barnefamilier i kirkeasyl opphold på humanitært grunnlag, med særlig vekt på prinsippet om "barnets beste". Noen år senere, i juli 2004, kom en ny forskrift om at barn under 18 år som hadde søkt asyl senest 1.juli 2001, ble ansett for å ha særlig tilknyting til riket. 102 av 104 familier fikk dermed innvilget opphold. I 2006 ble saker om barn som per 1. april 2006 hadde hatt 3 års botid berostilt i påvente av en forskriftsendring. I juni 2007 var forskriften på plass: ved vurdering av sterke menneskelige hensyn etter lovens par 38, skal barnas tilknyting til riket tillegges særlig vekt. I tilslutning til denne endringen fikk ca 470 personer (hvorav 250 barn) bli i landet. Forskriften var ment å være en varig ordning, men ble det ikke i praksis. Tvert imot har UNEs praksis gått stadig lenger i retning av at innvandringsregulerende hensyn har fått forrang. Per i dag bor totalt 1049 barn på mottak. Martinsen viste at norske tall er forsvinnende små når vi ser på andre land i Europa: I 2005 legaliserte Spania 570 000 innvandrere. Sverige legaliserte 17 000 i 2006, Nederland 28 000 (2007), og England 161 000 (2011). Han konkluderte med at Norge behandler flyktninger annerledes enn land det er naturlig at vi sammenlikner oss med, og mener at det må settes en grense for hvor lenge barn kan oppholde seg i Norge uten rettigheter.

Så kom **Inga Marte Torkildsen**, elegant balanserende med to hatter: en som barneminister og en som nestleder i SV, men hun var klar og tydelig på at hun er barneminister for alle barn i Norge. Som barneminister vil hun være en pådriver for at barneperspektivet blir ivaretatt i lovverk og praksis. Hun mener at ny kunnskap om traumeerfaring og hva dette gjør med barn, må tas med i betraktning når vi former norsk lovverk.
Som nestleder i SV sa hun at partiet nå jobber i regjering for å beskytte barna bedre.

Samtidig uttrykket hun forståelse for at innvandringsregulerende hensyn må tas med i betraktning. Hun avsluttet sin appell med en påminnelse om at det ofte har gitt resultater å bite seg fast, og ikke gi opp!

Advokat **Arild Humlen**, leder av advokatforeningens prosedyreutvalg, redegjorde for rettslige mekanismer som har bidratt til dagens situasjon. Senere års praksis viser at UNE er blitt et portvokterorgan. Humlen spør hvor UNEs egentlige lojalitet ligger? Han påpekte også at UNE ikke har barnefaglig kompetanse, og at UNE dermed ikke kan vite hvordan man skal utfylle en barnefaglig tilnærming. Advokatforeningen mener at barnets beste ikke bør være fritt skjønn, og at det er nødvendig at domstolen tar stilling. Vi må få klare og entydige

regler som binder opp utlendingsforvaltningen til å anvende barnekonvensjonen.

Janne Raanes fra Redd Barna holdt et foredrag om "Barnekonvensjonen og Norge slik FNs barnekomité ser det". FNs barnekonvensjon kan leses som artikler og paragrafer, men bak dette ligger flotte verdier og ideer om hvordan barn skal ha det. Barnekonvensjonen handler om hva som utgjør en god barndom.

Raanes hadde gjennomført en liten Google-studie: hun sjekket hvilke ord som oftest var assosiert med "barn" og med "asylbarn". Resultatet var tankevekkende.

Barn = kjærlighet, familie, moro, varme, lek, glede, uskyld, ansvar, lykke.

Asylbarn = fremmed, annerledes, trist, utfordring, politisk ansvar, psykiske plager, fjernt, fattig, utlandet, Jens Stoltenberg.

Raanes konkluderte med at vi i Norge opererer med et A-lag og et B-lag av unger; dette er ikke i tråd med barnekonvensjonens artikkel 2, 3 og 12. Men det er ikke interessant å diskutere om vi har brutt barnekonvensjonen eller ikke. Det er mer et etisk, moralsk og barnefaglig spørsmål.

I merknader fra FNs barnekomité 2010 ble det påpekt at Norge diskriminerer asylsøkerbarn. Vi har akseptert at vi legger oss på et annet nivå ift. å innfri disse barns rettigheter enn vi gjør for andre barn i Norge. FNs barnekomité påpeker videre at den overfladiske vurdering av hvilke barn som er rammet av væpnet konflikt, den lange ventetiden før avgjørelser tas, samt rapporter om at lengeværende barn blir sendt ut av landet, selv om det foreligger grundig dokumentasjon på at de har tilknytning til Norge, tyder på at innvandringsregulering går foran hensynet til barnekonvensjonen. Slike merknader gir vanligvis retning for politiske prioriteringer og bør være noe politikere strekker seg etter for å leve opp til.

Raanes avsluttet med at dette ikke primært er et spørsmål om juss, men om hvor langt Norge er villig til å strekke seg mot ytterkanten av barnekonvensjonens grenser. Norge burde ligge langt innenfor yttergrensene. For å manøvrere rett er det en forutsetning at man lytter til FNs ekspertkomité.

Alle på mottak venter på noe.

Vedtak.
Utkastelse.
Ny behandling.
Flytting.

Per Bertelsen, leder for Veumalleen asylmottak i Fredrikstad (som drives av Norsk Folkehjelp) leverte en sterk skildring av livet på et asylmottak. Vi har 128 asylmottak i Norge i dag. Driften er privatisert, og det er ny anbudsrunde hvert 3 år. Det betyr at familier blir flyttet som sjakkbrikker når mottak blir lagt ned.

Asylmottak er kun et botilbud, ikke en institusjon. Beboere kan komme og gå som de vil.

Ingen mottak er bygd som mottak, men er modifikasjoner av sykehus, folkehøyskoler, militærleire etc., noe standarden bærer preg av. Dette er i tråd med føringer fra myndighetene om at det skal være en "nøktern standard". På Veumalleen asylmottak er det 7 stillinger på 160 beboere, hvorav 44 barn. Asylmottak er pålagt å drive integreringsarbeid: de skal "normalisere" hverdagen for barn og voksne. "Jo flinkere vi er med integreringsarbeidet, jo verre blir det når PU (politiets utlendingsenhet) kommer." Utviste familier hentes ofte om natten eller tidlig morgen; foreldre blir lagt i håndjern mens barna er tilstede.

Alle på mottak venter på noe. Vedtak. Utkastelse. Ny behandling. Flytting. Det er altså ikke bare asylsøkere på et mottak. "Det er egentlig ikke et asylmottak, men et fattighus." Økonomiske ytelser redusert ved endelig avslag. En voksen får 3200/mnd å leve for. Ved endelig avslag reduseres beløpet til 1800/mnd., samtidig mister de arbeidstillatelsen.

De lengeværende blir syke. De blir en byrde for samfunnet. Asylmottak er ikke til barnets beste.

Maria Amelie kom og leste litt fra boken sin "Ulovlig norsk". Fragmenter fra en 16 år gammel pikes dagbok. En helt vanlig pike med dagdrømmer, men også en svært uvanlig pike med mareritt som var virkelighet. Et ungt menneskes angst for å miste sine foreldre, følelsen av å miste troen på og håpet om en fremtid, den lammende uvissheten – momenter i en flyktnings liv som ble levendegjort gjennom Maria Amelies stemme. Det var veldig stille i salen.

Bård A. Berg fra Støttegruppen til Yalda og Allan fortalte om den lange tradisjonen for støttegrupper i Tromsø, og ga råd om hvordan støttearbeidet bør legges opp:
Diskuter med asylsøkerne hvordan vi skal fronte deres sak. Forklar at det er krevende å stå fram i media hele tiden. Søk politisk og økonomisk støtte fra politiske partier, fagforeninger og andre grupperinger. Bruk media aktivt til å gjøre folk kjent med søkerne som enkeltindivider: "Folk flest støtter enkeltindivider, ikke grupper".

Han fortalte om Yalda, som står i fare for å miste sin far, som skal sendes til Afghanistan, mens Yalda og mor må reise til Moldova.

Støttegruppen til Yalda og Allan krever at utvisningsvedtakene trekkes tilbake, og behandles pånytt med utgangspunkt i barnas behov. Støttegruppen krever også at regjeringen signerer FNs tilleggsprotokoll til barnekonvensjonen, som sikrer en individuell klagemekanisme for barn.

Aina Basilier Vaage, overlege ved BUP Sandnes, Stavanger universitetssykehus, ga oss et innblikk i tematikken asylbarn og psykisk helse, og benyttet samtidig anledningen til å avsløre fire myter i norsk asylpolitikk.

Hva er psykisk helse?
Sigmund Freud hadde følgende kortversjon: Du er sunn og frisk når du kan elske og arbeide! Bakgrunn for dårlig psykisk helse hos asylbarn: barn på flukt er på flukt fra krig, sult, opprør, vold, fattigdom. Barn på flukt har vært vitne til drap, fengsling, atskillelse fra familien.

Så til mytene i norsk asylpolitikk:
Myte 1: "Det er forskjell på verdige trengende (flyktninger) og lykkejegere (asylsøkere)"
Nei, det er ikke vesentlig forskjell på asylsøkere og flyktninger. En dansk studie har vist at 75 % av alle barn som kom til Danmark hadde dårlig psykisk helse, uavhengig av deres asylstatus.

Myte 2: "Straff hjelper" (Hvis de papirløse har det vanskelig nok, vil de forlate Norge).
Nei, en oppvekst som asylbarn betyr å vokse opp og føle seg uønsket, spedalsk, stemplet som utnyttere. Dette påfører barna helseskader.

Myte 3: "Barna er foreldrenes bagasje, som de skyver foran seg for å få oppholdstillatelse"
Nei, foreldre flest opplever at de har to viktige oppgaver: 1)å beskytte barna sine, og 2) å sikre sine barns utvikling. Det er derfor de har valgt å flykte , fordi de søker en bedre fremtid for sine barn. Foreldrene er selv traumatisert, og i asylsystemet fratatt foreldrerollen som handler om forsørgelse, opplæring og ivaretakelse av sine barn. De kan ikke være forbilder eller rollemodeller i den situasjonen de er kommet i. Dermed blir barna trippel-traumatiserte:

1) traumer i hjemlandet
2) traumatiserte foreldre
3) det er mer skadelig å vokse opp i et asylmottak enn å være i krigen.

Barna får helseskader: søvnvansker, redsel, tristhet, depresjoner, konsentrasjonsvansker, utviklingen stopper opp; hjernens utvikling stopper opp! Barna får autismeliknende symptomer, problemer med sosiale relasjoner. Konsekvensene: barna får ingen tro på livet, de tør ikke knytte seg til andre, de får problemer med skolegang, blir passive eller urolige og aggressive. De påføres varige psykiske helseskader, det går ut over samliv som voksen og foreldrerollen.

Myte 4: UNE har alltid rett!
UNE sier: vi kan ikke belønne de som ikke forholder seg til et vedtak. Men hva om vedtaket er feil? Saken om Etiopiabarna i Stavanger utløste en stor aksjon der man gransket saksbehandlingen til alle familiene i forbindelse med søknad til UNE om omgjøring av utvisningsvedtaket. Det viste seg at det forelå en sjablongmessig behandling av de aller fleste saker.

Aina Vaage avsluttet med noen bemerkninger om UNEs "mal for helseerklæringer". Disse er ikke tilpasset psykisk sykdom hos barn. For fagfolk er det et tilbakevendende problem at spesialisterklæringer tilsidesettes.

UNE sier: "de kan få behandling i hjemlandet". Aina Vaage svarer: forfulgte foreldre overlater ikke sitt syke barn til behandling hos sine forfølgere.

Barnas helsesituasjon blir rett og slett ikke tatt hensyn til. Utøya viste oss hva traumatiserte barn trenger. Hva får asylbarna? Og hva skjer med oss når vi tvinges til å lukke øynene for barns behov?
(Ainas boktips: Gellert Tamas: De apatiska. Om makt, myter og manipulation. 2009)

Karl Eldar Evang, barnepsykolog og talsperson for Foreningen av tolvte januar, snakket om traumatisering og barns psykologiske utvikling.

Hva er et traume?
I psykologien er et traume et sår i psyken. Såret rammer hele personen, og det rammer evnen til å oppfatte verden på en realistisk måte. Nye traumer (for eksempel på asylmottak) reaktiverer gamle traumer. Traumer virker på hele mennesket, det påvirker evnen til å puste rolig, bevege seg normalt, konsentrere seg, og det påvirker evnen til å sove.

Evang beskrev sin egen opplevelse i møtet med et menneske som fortalte om gjennomgått tortur: han beskrev sine egne psykiske og fysiske reaksjoner, et fragmentert minne, motstanden i kroppen, en flytende tidssans. Beskrivelsen ga assosiasjoner til situasjoner i asylinterjuvet.

Evang forklarte hvordan kroppen kan bringe traumet tilbake, mens sinnet forsøker å glemme. For tidligere traumatiserte mennesker kan for eksempel en bestemt lyd eller en lukt reaktivere traumet.

Alt dette kan føre til sekundær traumatisering av barna. Noen barn anklager sine foreldre for den dårlige situasjonen på mottakene. Situasjonen medfører at foreldre reduseres og ydmykes og fratas evnen til å være trygge omsorgspersoner.

Noen barn blir foreldre for sine foreldre. Noen barn blir aggressive mot sine foreldre. Usikkerheten kan knuse alt, og fører til resignasjon hos voksne og barn.

Evang påpeker at Norge har tatt et oppgjør med hvordan tidligere tiders barnehjem ikke ga god omsorg og skadet barn. Likeledes har Norge tatt et oppgjør med hvordan samiske barn helt ned i 7 års alder ble plassert på internater langt unna foreldrene i "fornorskingens tjeneste". Dagens myndigheter trekker ikke linjen til asylbarna.

En avsluttende appell fra Evang:

Ser dere ordet føleri, oversett det med solidaritet.

Ser dere ordet realisme, oversett det med tortur og smerte og flukt.

Ser dere ordet naivitet, oversett det med kjærlighet.

Ser dere ordet asylbarn, si våre barn!

Papirløst mareritt

Norge gir ikke syke papirløse flyktninger rett til vanlig helsehjelp. Det innebærer unødvendig menneskelig lidelse.

KRONIKK AV KARL ELDAR EVANG
PUBLISERT 21.SEPTEMBER 2011 I AFTENPOSTEN. GJENGITT MED TILLATELSE AV FORFATTER OG AFTENPOSTEN

Regjeringen har i sommer (2011) vedtatt Forskrift for helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet. Forskrifter som er uhyre strenge, og som i hovedsak gir rett til helsehjelp kun når kriteriene er fylt for øyeblikkelig hjelp. Øyeblikkelig hjelp, eller begrepet «hjelp som ikke kan vente», kamuflerer hva det i realiteten dreier seg om.

Realiteten er at du som papirløs flyktning kun får rett til helsehjelp når krisen er helt akutt. Det er også tvilsomt om du får hjelp i krisen, da du som papirløs ikke har noen fastlege eller annen etablert relasjon til det offentlige helsevesen som bidrar til å fange deg opp.

Påstand mer enn realitet

Unntakene er at gravide kvinner etter forskriftene har rettigheter til helsehjelp, mennesker med smittsomme sykdommer har rettigheter, og barn skal ifølge forskriftene ha rett til helsehjelp. Når det gjelder barn, er det viktig å huske på at barn med syke foreldre som ikke får hjelp, lider stor overlast, og det er viktig å huske at foreldre uten en tillitsrelasjon til helsevesenet i mindre grad enn andre vil bringe syke barn til lege eller psykolog. Barnas rett til helsehjelp blir påstand mer enn en sikret realitet. Regjeringen har heller ikke vedtatt noen ordning for finansiering av helsehjelpen.

Lut og kaldt vann

Jeg arbeider selv som en av 100 frivillige personer med helsefaglig bakgrunn ved Helsesenter for papirløse migranter i Oslo. Dette senteret er etablert og drevet av Kirkens Bymisjon og Oslo Røde Kors, som så behovet da de mistenkte at en marginalisert og usynlig gruppe mennesker, de papirløse flyktningene, gikk for lut og kaldt vann når det gjaldt helse.

Senteret har holdt åpent i ett og et halvt år, og venterommet fylles opp tirsdagskvelder og torsdager på dagtid med flere titalls flyktninger. Det har kommet rundt 800 pasienter. Vi kan ikke annonsere. Vi har berørt toppen av et isfjell.

Konstant mareritt

Selv møter jeg som psykolog på helsesenteret mennesker med alvorlige psykiske vansker. Mange har krigs- eller torturerfaringer, de kan leve i et konstant mareritt med flashbacks og angst. De skjelver så hele kroppen rister, de dissosierer, spalter av og flykter i hodet. De blir fjerne når fortiden og traumene så vidt berøres i konsultasjonene. Noen går hvileløst rundt i byen og har så mange vonde tanker at de glemmer hvor de er på vei, eller de glemmer å ta vare på seg selv. Noen har store arr og somatiske skader fra krig. De brytes ned over tid. Noen blir så reduserte at det er vanskelig for dem å forholde seg til at de har barn. Gamle traumer blir revet opp igjen av aktuell uvisshet og utrygghet.

Regjeringen har vedtatt forskrifter som sier at så godt som ingen av disse menneskene har rett på helsehjelp. Kriteriene for psykisk helsehjelp krever nemlig at du er akutt suicidal eller akutt farlig for andre. Men alle fagfolk vet at suicidalitet eller farlighet oftest kommer etter et langt forløp med psykiske vansker, og at oppgaven er å fange opp dette tidlig, bygge en tillitsfull behandlingsrelasjon og "forebygge" ulykken. Disse forskriftene gjør ingenting for å forebygge ulykken.

"Regjeringen bryter nå med fagetikken til oss som arbeider med helse"

Rammer hardt

Denne mangelen på helsehjelp rammer papirløse i Norge hardt og skånselsløst og står i direkte konflikt med yrkesetikken til leger og psykologer – til alle helseprofesjonene. Dette og annen tung kritikk har de store helseorganisasjonene, Legeforeningen, Psykologforeningen, Sykepleierforbundet, samt Helsedirektoratet, Helsetilsynet og en rekke andre organisasjoner, faktisk et samlet Helse-Norge, gitt uttrykk for i merknader til forskriftene som Regjeringen la ut høsten 2010.
Likevel vedtok Regjeringen forskriftene uten å ta hensyn til noen av merknadene, enn si kommentere dem.

Helsepersonell blir ved innføringen av disse forskriftene satt i umulige situasjoner når de står overfor syke flyktninger, hvor de risikerer å komme i konflikt med egen yrkesetikk.

Prinsippet om at helsehjelp skal ytes ut fra hvilken sykdom pasienten har, hvilken behandling som er den best mulige for å unngå varig svekkelse av helsen og kronisitet, eller unngå tap av liv, og ikke ut fra utenforliggende forhold som sosial status, klasse, legal status, eller politiske hensyn, ligger altså i yrkesetikken med tråder helt tilbake til Hippokrates.

Dette prinsippet kan trolig også sies å være et av de styrende prinsipper for oppbyggingen av helsevesenet her i landet. Dermed er det også et prinsipp som har hatt innflytelse for utviklingen av velferdsstaten Norge.

Regjeringen bryter nå med fagetikken til oss som arbeider med helse, og den bryter med grunnleggende prinsipper i selve velferdsstaten. Advokatforeningen stiller i sine kritiske merknader til Regjeringens forskrifter spørsmål om de bryter med menneskerettighetene. Jeg stiller meg spørsmålet om Regjeringen evner å se rekkevidden av dette bruddet.

I en fersk offentlig utredning i Sverige, konkluderes det helt annerledes:
«Utredningen föreslår att samtliga asylsökande och papperslösa personer som befinner sig i Sverige ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård (...) som bosatta personer och på samma villkor. Detta innebär att deras tillgång till vård ska vara beroende av vilket medicinskt behov de har och av vårdens prioriteringar.»

I mars i år ble det gjort en avtale mellom den svenske regjeringen og Miljøpartiet. Denne avtalen dreide seg blant annet om å tilkjenne de papirløse flyktningene rett til vanlig helsehjelp. Tendensen i Norge står i grell motsetning til det vi ser i nabolandet. Her er de papirløses helse et ikke-tema, og de store politiske partiene, Arbeiderpartiet og Høyre, ser foreløpig ikke ut til å ville ta tak i dette.

Det kan se ut som om Helse- og omsorgsdepartementet har abdisert fullstendig for Justisdepartementet når det gjelder helsehjelp til en marginalisert gruppe mennesker. Departementet har ikke forholdt seg til hva leger og psykologer sier.

Se nøden i øynene

Det ser også ut som om sentrale politikere håper og tror at de påtrengende humanitære problemene som rammer papirløse flyktninger vil forsvinne om de bare holder et strengt returfokus i asylpolitikken, og stadig fastslår at de skal sendes ut så raskt som mulig. Men å håpe og tro har aldri i seg selv avhjulpet nød. Du må se nøden i øynene, og handle – humanitært og pragmatisk.

Jeg ber om politisk mot, og jeg ber om humanitet. Vi har ikke råd til ikke å se.

Papirløst mareritt - Aftenposten

Aftenposten

11.04.12 03:59

Utskrift er sponset av InkClub

Noen har store arr og somatiske skader fra krig. De brytes ned over tid, skriver Karl Eldar Evang om papirløse flyktninger som ikke har rett til helsehjelp.

Papirløst mareritt

Norge gir ikke syke papirløse flyktninger rett til vanlig helsehjelp. Det innebærer unødvendig menneskelig lidelse.

Kronikk Karl Eldar Evang
Publisert: 21.sep. 2011 (10:22) Oppdatert: 18.okt. 2011 (16:48)

Les også:
Regjeringen har i sommer vedtatt Forskrift for helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet. Forskriftet som er uhyre strenge, og som i hovedsak gir rett til helsehjelp kun når kriteriene er fylt for øyeblikkelig hjelp. Øyeblikkelig hjelp, eller begrepet «hjelp som ikke kan vente», kamuflerer hva det i realiteten dreier seg om.
Realiteten er at du som papirløs flyktning kun får rett til helsehjelp når krisen er helt akutt. Det er også tvilsomt om du får hjelp i krisen, da du som papirløs ikke har noen fastlege eller annen etablert relasjon til det offentlige helsevesen som bidrar til å fange deg opp.

Påstand mer enn realitet
Utnakkne er at gravide kvinner etter forskriftene har rettigheter til helsehjelp. mennesker med smittsomme sykdommer har rettigheter, og barn skal ifølge forskriftene ha rett til helsehjelp. Når det gjelder barn, er det viktig å huske på at barn med syke foreldre som ikke får hjelp, lider sitt overlast, og det er viktig å huske at foreldre uten en tillitsrelasjon til helsevesenet i mindre grad enn andre vil bringe syke barn til lege eller psykolog. Barnas rett til helsehjelp blir påstand mer enn en siktet realitet. Regjeringen har

http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article4233060.ece

Side 1 av 4

Faksimile fra Aftenposten 21. september 2011.

Helsesenteret for papirløse migranter

Helsesenteret for papirløse migranter tilbyr helsehjelp til papirløse migranter, mennesker som ikke har lovlig oppholdsgrunnlag i Norge. Senteret eies, styres og driftes av Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo og Norges Røde Kors/Oslo Røde Kors. Senteret har vært i drift siden oktober 2009.

AV SOLVEIG HOLMEDAL OTTESEN, DAGLIG LEDER VED HELSESENTERET
HTTP://WWW.BYMISJON.NO/NO/VIRKSOMHETER/HELSESENTERET-FOR-PAPIRLOSE-MIGRANTER/

Senteret har i 2011 behandlet 954 pasienter, hvorav 43 barn, 32% kvinner og 68% menn.

Ti på topp land er Afghanistan, Mongolia, Iran, Etiopia, Irak, Somalia, Romania, Palestina, Nigeria og Russland.

Senteret har hatt 101 aktive frivillige – leger (ulike spesialiteter, f.eks. gynekolog, psykiater, nevrolog), psykologer, sykepleiere, fysioterapeuter, kiropraktorer, jordmødre, bioingeniører, farmasøyter og miljøarbeidere, i tillegg til ca 20 frivillige telefontolker. Det har vært 3 fast ansatte (daglig leder, helsefaglig ansvarlig, tilsynslege). Frivillig arbeid utgjorde i 2011 ca 1,8 årsverk.

Helsesenteret opplever noen helseproblemer som spesielt vanskelige å behandle og følge opp. Dette er særlig utfordringer knyttet til psykisk helse, kroniske sykdommer, tannhelse, manglende forebygging, seksuell/reproduktiv helse, rus og papirløse barn. I tillegg opplever papirløse migranter fortsatt, selv med ny prioriteringsforskrift ift. rett til helsehjelp, begrenset tilgang til nødvendig helsehjelp og manglende betalingsevne da ingen finansieringsordning finnes. Dette setter også helsepersonell i en vanskelig situasjon ift. sine yrkesetiske retningslinjer om å gi helsehjelp til alle som trenger det - uavhengig av juridisk status og/eller betalingsevne.

Helsesenteret har hatt en god måloppnåelse ift. sine hovedmål; yte helsehjelp til papirløse, gi helseinformasjon til papirløse, bidra til at papirløse får helsehjelp i det ordinære helsevesenet og dokumentere papirløses helsesituasjon til eksterne. I desember 2011 fikk Helsesenteret Amnestyprisen 2011 for sitt operative menneskerettighetsarbeid.

Hvem er de papirløse?

En papirløs migrant er en person uten oppholdstillatelse i Norge. Denne personen mangler ikke nødvendigvis id-papirer eller pass, men det kan dreie seg om

- Tidligere asylsøkere som har fått endelig avslag på sine søknader
- Mennesker som har fått visum eller oppholdstillatelse på feil grunnlag
- Mennesker som har visum som ikke gjelder lenger eller oppholdstillatelse som har utløpt, eller som har mistet sin oppholdstillatelse og blitt utvist fra Norge
- Mennesker som har kommet til Norge uten å registrere seg hos myndighetene

I Europa lever det mellom 4-8 millioner papirløse migranter. Det finnes ingen eksakte tall på hvor mange som oppholder seg i Norge, men Statistisk Sentralbyrå gjorde i 2008 et estimat på ca 18 000 papirløse mennesker i Norge.

Det helsefaglige tilbudet

Helsesenteret har i 2011 hatt åpent 2 dager i uken med i gjennomsnitt 27 pasienter hver åpningsdag.

Senteret tilbyr konsultasjoner, enkel helsehjelp, og behandling og oppfølging der det er nødvendig og mulig. Senteret har relevant medisinsk utstyr, egen lab og et basislager med medisiner. Senteret har 6 behandlingsrom og jobber hovedsakelig etter drop-in prinsippet.

I tillegg gjøres timeavtaler for pasienter som må komme tilbake for oppfølging og videre behandling.

Helsesenteret bruker tolk ved behov. Flere av de frivillige helsearbeiderne snakker aktuelle språk. I tillegg benyttes frivillige telefontolker, eller det bestilles telefontolk fra en tolketjeneste.

Av totalt 2150 konsultasjoner i 2011 var 245 vedr. psykisk problemstilling og 1905 vedr. somatisk sykdom. Det ble skrevet 391

henvisninger, hvorav 4 vedr. psykisk helse, 168 til tannlege, 145 til spesialist, og 74 til billeddiagnostiske undersøkelser (rtg/ct/ul/gastr.)

Papirløse migranter lever ofte ustabile og lite forutsigbare liv. Dette kan gå ut over kontinuiteten i behandlingen og oppfølgingen. Senteret har derfor sett betydningen av å tilby hurtigtester, dvs. man får svar i løpet av 30 min. I tillegg har senteret et basislager med medisiner og vaksiner slik at pasientene umiddelbart kan få dette ved behov.

Papirløse barn

I løpet av 2010 -2011 har Helsesenteret hatt 43 barn som pasienter, i tillegg til barn som er med sine foreldre. De fleste av barna er under 6 år. Papirløse barn har papirløse foreldre. Barna er helt uskyldige i sine foreldres situasjon, men lider under den. Det kan være mangel på helsehjelp da foreldre ikke tør å oppsøke helsevesenet, de kan bo svært kummerlig, de går ikke i barnehage, de kan ha psykisk syke foreldre, de har lite kontakt med anre barn, og de kan være syke.

Veien videre

Helsesenterets hovedmål om å bli overflødige og kunne legge ned senteret ser ikke ut til å være innen rekkevidde. Helsesenteret vil således bestå – så lenge det er et udekket helsebehov og det fyller en viktig funksjon. Senteret vil fortsette å yte helsehjelp, delta i den offentlige debatten og være papirløse migranters støttespiller og til tider talerør for en varig mer human løsning på papirløse migranters livssituasjon og helse her i Norge.

Maastricht University Leading in Learning!

School of Health Professions Education (SHE)

WE TRAIN FUTURE LEADERS IN HEALTH EDUCATION

Wide range of degree and short courses in health professions education
- High-quality and internationally recognized
- Proven track record in Problem-Based Learning (PBL)
- Outstanding in educational research
- Distance and campus-based programmes
- Diversity in international and professional student groups

www.maastrichtuniversity.nl/she

Medisinsk behandling er ikke nok!

Hva bør gå foran, en streng asylpolitikk med vekt på innvandringspolitiske hensyn eller en rettferdig asylpolitikk som framhever prinsippet om barnets beste? Dette er et dilemma som engasjerer både fagfolk, media og politikere i stadig sterkere grad.

AV LEOUL MEKONEN, STUDIELEDER VED REGIONSENTER FOR BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE (R-BUP) HELSEREGION ØST OG SØR

Spørsmålet får særlig stor oppmerksomhet når saker om utvisning og tvangsutsendelse av asylsøkerbarn og deres foreldre dukker opp i media. Utfordringer knyttet til beskyttelse av asylsøkerbarn løses ikke enkelt i en verden der titusener av personer daglig tvinges til å forlate sitt eget hjemsted eller land på grunn av krig, naturkatastrofer, forfølgelse og alvorlige menneskerettighetsbrudd.

Mottakerland som Norge er nødt til å skille verdig trengende fra de som ikke har reelt behov for beskyttelse så lenge asylpolitikken tar sikte på å redusere antall innvandrere fra utviklingsland.

Både forskning og fagfolks egne erfaringer viser at en streng asylpolitisk praksis kan ha negativ innvirkning på asylsøkerbarns liv, helse og velvære - enten de er enslige eller sammen med omsorgspersoner. Mange asylsøkere har en fortid preget av dramatiske og traumatiske erfaringer i hjemlandet og under flukten på vei til Norge.

Også i nåtid er deres liv preget av usikkerhet, angst, frykt og uvisshet som følge av lang saksbehandlingstid og strenge krav til hvem som anses som beskyttelsestrengende. Derfor er asylsøkerbarn svært utsatt for å utvikle psykiske helseproblemer.

Disse barnas sårbarhet og eventuelle velvære er ikke løsrevet fra foreldrenes velvære og omsorgskompetanse. Foreldre som ikke kan mestre eksiltilværelsen har ofte ikke muligheten til å gi adekvat omsorg, oppmerksomhet og støtte til sine barn. Mange asylsøkerbarn får dermed ikke tilstrekkelig hjelp for å bearbeide følelser, traumer og kriser. I stedet blir deres integritet truet. Helsearbeidere som arbeider med asylsøkerbarn må som en del av sitt behandlingsansvar hjelpe foreldre eller omsorgspersoner til å mestre tilværelsen i eksil for å ivareta barnets behov på kort og lang sikt. Ifølge Helsedirektoratets veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente (IS-1022 2010) har asylsøkerbarn rett til adekvat helsehjelp på lik linje med andre borgere. Ifølge veilederen bør barns psykiske helse og psykososiale helseplager vies særskilt oppmerksomhet og følges opp med egnete tiltak. Selv om veilederen har som et mål å sikre kvalitativt gode, likeverdige helsetjenester, må vi huske at det er mange faktorer som begrenser asylsøkerbarns tilgang til tjenestene. Særlig er det vanskelig å søke hjelp fra psykisk helsevern.

For barneleger som har kontakt med asylsøkerbarn og deres omsorgspersoner, er det viktig å ha kunnskap om og bevissthet rundt disse faktorene. Kunnskap om asylbarnas spesielle situasjon og deres belastninger er en forutsetning til å gi adekvat behandling og veiledning til asylsøkerfamilier.

Stigma

Både forskning og erfaring viser at stigma knyttet til psykisk helse og psykiske vansker er blant de sentrale årsakene til forverring av asylsøkeres og flyktningbarns mentale helsetilstand, fordi det hindrer dem i å søke profesjonell hjelp.

Etnisitet, hudfarge, religion og asylsøkerstatus gjør denne gruppen sårbar for stigmatisering. Ved å skjule psykiske problemer forsøker asylsøkerbarns foreldre å unngå ytterligere stigmatisering i lokalsamfunnet og blant egne landsmenn. Å bekjempe stigma, stigmatisering og tabu krever en innsats av alle helsearbeidere som har kontakt med asylsøkere og flyktninger.

Underforbruk av psykiatriske tjenester

Mangel på informasjon og kunnskap om helsetjenester i Norge, språkbarrierer og mangel på profesjonelle tolker, kulturforskjeller og en sykdoms- og symptomforståelse som ofte ikke er forenlig med vår biomedisinske tenkning – alt dette kan være årsaker til at asylsøkere i praksis har dårligere tilgang til psykisk helsevern. Dette begrenser dermed muligheten til å få likeverdige helsetjenester.

Disse faktorene er kjent som hindringsfaktorer. Vi vet for lite om i hvor stor grad asylsøkerbarn bruker psykiatriske helsetjenester i Norge. Vi mangler også kunnskap om hjelpesøkende atferd blant omsorgspersoner

Å søke hjelp for psykiske helseproblemer barna sliter med er vanskelig for asylsøkerforeldre. De opplever det anstrengende og ukomfortabelt å søke hjelp i et nytt sosiokulturelt miljø, i et nytt samfunn overfor nye institusjoner man ikke har kjennskap til. Mange asylsøkere kommer fra kulturer der hjelp og støtte for psykiske problemer tilbys fra naturlige hjelpere og et sosialt nettverk. For en del asylsøkere og flyktninger kan den "biomedisinske modellen" med behandling av psykiske problemer gjennom samtale og medisinering virke noe fremmed. Derfor er asylsøkere skeptiske overfor majoritetskulturens oppfatninger om hva som hjelper best.
Fra egen erfaring som asylsøker og profesjonell sosialarbeider har jeg observert at mange foreldre ikke ser nytten av å søke psykiatrisk

hjelp for sine barn mens de bor på asylmottak - hovedsakelig fordi omsorgspersonene betrakter psykiske - eller atferdsproblemer hos barnet som utslag av en belastende livssituasjon. De unormale symptomene omsorgspersonene selv opplever, eller unormale reaksjoner barn viser, tolkes som midlertidige problemer. Det forventes at problemene blir borte når de får oppholdstillatelse og begynner et stabilt og trygt liv i Norge. Oppholdstillatelsen ses av mange foreldre som den eneste løsningen på psykiske problemer – den blir medisinen - og de velger derfor å leve med problemet uten å søke hjelp. Noen foreldre tror at leger og psykologer ikke kan innvirke på saksbehandlingen hos UDI eller UNE. De ser derfor ikke nytten av å søke hjelp fra helsevesenet for problemer de mener er forårsaket av en angstskapende asylpolitikk og lang saksbehandlingstid.

Stabilitet, forutsigbarhet og trygghet er sentrale forutsetninger for en positiv utvikling hos barn. Asylsøkerbarn er ofte preget av tidligere uheldige erfaringer og den belastende livssituasjonen de må forholde seg til i vertslandet og lever i en permanent usikkerhet om sin egen livssituajon og fremtiden.

Hva kan barneleger gjøre?

Som profesjonelle helsearbeidere har barneleger plikt til og ansvar for å verne om asylsøkerbarns helse; barneleger skal bidra til å fremme helse, lindre og trøste. Men hvordan er det mulig for barneleger å gi adekvat behandling og råd i en kontekst der asylsøkerbarns liv er preget av utrygghet, ustabilitet og uforutsigbarhet? Hvordan kan barneleger bidra til at helsetjenesten de tilbyr er effektiv og kan hjelpe asylsøkerbarn til å bearbeide traume og sykdom?

Barneleger må tenke på hvordan de kan skrive en resept for trygghet, stabilitet og forutsigbare oppvekstsvilkår til asylsøkerbarn på samme måte som de skriver resepter på medisiner.
Barneleger forventes å være viktige talerør for sårbare grupper som asylsøkerbarn. Barneleger bør bruker sin fagkompetanse til å bidra til bedre helse, velvære og oppvekstsvilkår for asylsøkerbarn. Barnelegenes bør engasjere seg for asylsøkerbarns rettigheter.

Ifølge legenes egne yrkesetiske regler, § 1, skal leger bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn. Det er en solid grobunn for å kjempe for en rettferdig asylpolitikk som ivaretar barnets beste i tråd med FNs barnekonvensjon.

KASUISTIKK

Daniel – ut av Norge

Daniel er en snart 4 ½ år gammel gutt. Han er født i Norge av mor fra Filipinene og far fra Afghanistan. Han kom til verden i svangerskapsuke 25 og veide 800g ved fødselen. P.g.a. sin altfor tidlige fødsel hadde han et langt opphold på nyfødtintensivavdelingen. Denne tiden var preget av respirasjonsproblemer på grunn av umodne lunger og residiverende infeksjoner med stadig endrete antibiotikabehandlinger. Den dag i dag har han fortsatt intermitterende behov for ekstra oksygen. Han er fortsatt liten og sped for alderen og har funksjonelle spisevansker.

AV LISA BJARKØ, OVERLEGE OUS, BARNEKLINIKKEN, ULLEVÅL
Foreldrene til Daniel har gitt tillatelse for at historien publiseres.

Å få et svært prematurt barn er i seg selv en stor påkjenning. Foreldrene til Daniel var ikke sikre på at de skulle få med seg sønnen sin hjem – da han hadde flere kritiske livstruende episoder. Etter seks måneder reiste Daniel hjem fra sykehuset med sine foreldre. Han er i dag en velfungerende, blid gutt uten nevrologisk følgeskader. Han plages av astma med stadige forverringer, spesielt i virussesongen. I tillegg har han fortsatt store utfordringer når det gjelder ernæring og vekst. I dag har han en gastrostomi (PEG) for å lette hverdagen og sikre tilfredsstillende næringsinntak og tilvekst.

Daniels foreldre hadde forskjellige inngangsporter til Norge. Mor kom hit som student, mens far var flyktning. Dette har fått store konsekvenser for Daniel – han er født i Norge, og aldri har bodd noe annet sted. Daniel har heller aldri vært utenlands, og hans medisinske tilstand tilsier at han bør bo i nærheten av en barneavdeling i flere år fremover. Dette ble svært problematisk for Daniel da hans foreldre ikke lenger hadde lovlig oppholdstillatelse i Norge. De fikk avslag på søknader til UDI, og familien var fortvilet over situasjonen. Det var en stor påkjenning for familien å ikke lenger være vanlige lønnsmottakere, men få ny status som asylsøkere og bli flyttet til et annet sted i landet. For Daniel var dette hendelsesforløpet ugunstig, fordi den plutselige flyttingen ble foretatt to dager etter at han fikk anlagt sin gastrostomi. Sondeernæringssituasjonen var ikke stabilisert og situasjonen var fortvilet for både foreldrene og barnet. Far var redd for at han ville bli sendt tilbake til Afghanistan, og flyktet til et annet land i Norden. Der ble han fengslet fordi han ikke hadde lovlig opphold. Daniel ble syk etter kort tid, og lege og sykepleier tilknyttet asylmottaket ga nødvendig helsehjelp, men innenfor et område de ikke hadde nok kompetanse til. Situasjonen ble etter hvert uholdbar, og Daniel ble innlagt på nærmeste barneavdelingen der han fikk riktig behandling.

Papirer ble ettersendt og den lille pasienten ble godt ivaretatt. For mor var imidlertid situasjonen svært vanskelig. Etter diverse søknader og advokathjelp fikk far komme tilbake til Norge, og ble gjenforent med Daniel og hans mor. Et løsningsforslag fra UDI var at Daniel kunne reise hjem til Filippinene med sin mor, og at far kunne søke familiegjenforening fra Afghanistan til Filippinene. Dette opplevde foreldre som umulig i lys av Daniels vanskelig helsetilstand.

Ting tar tid…. og saken har fått en foreløpig løsning med at foreldrene har lovlig opphold i påvente av endelig behandling. At de ikke lever i daglig frykt for å bli kastet ut gjør situasjonen mye lettere for dem alle. Daniel er en gutt som har mange utfordringer. Han har potensiale til å bli en frisk gutt med meget god livskvalitet hvis han fortsatt kan få god oppfølging med nødvendig og relevant helsehjelp. Håpet er derfor at familien får bli i Norge på humanitært grunnlag.

Familiens budskap til oss barneleger er at vi har et ansvar for de små pasientene våre som trenger helsehjelp som bare vi kan gi. Asylbarn som trenger vår bistand er våre pasienter inntil de ikke lenger trenger oss. Så lenge de trenger helsehjelp er vi ikke bare leger, men også deres advokater.

Om flykningebarn i Djibouti

Djibouti, tidligere fransk Somalia, er Afrikas minste land og ligger ved østkysten, med en kystlinje på 314 km ved det sydlige Røde Havet. Landet er nabo til Eritrea, Ethiopia og Somalia. Til sammenligning er landets areal mindre en staten Massachusetts i USA. Djibouti's hovedstat er Djibouti City, som ligger i den østlige delen av landet. Klimaet er tørt, kun med sporadisk og lite regn. 90% av landet består derfor av ørken.

AV STEFAN KUTZSCHE, REDAKTØREN
FOTO: MARCUS BLEASDALE

I 2009 økte befolkningen i Djibouti med 30% p.g.a. migrasjon av somalske asylsøkere. Ca. 80% av flyktningene bosatte seg i Ali Addeh leiren. Leiren var opprinnelig bygget for 7000 mennesker, men allerede på slutten av 2009 bodde det over 12000 flyktninger inkludert migranter til Yemen. Djibouti er blitt et mål for anti-regjerings militsgrupperinger i Somalia og konflikten i Somalia har stor innvirkning på landet.

Leger uten Grenser har hjelpeprosjekter i Dolo som ligger i Eritrea på grensen til Somalia og i Djibouti. Prosjektet i Djibouti er et underernærings prosjekt i Balbala, en forstad til Djibouti City, hvor det bor ca 200 000 mennesker. De som lever i forstaden eller så kalte "shanty towns" er uregistrerte migranter, asylsøkere, og fattige Djibutere, som søker lykken i urbane områder. Underernæring er veldig prevalent i det lille landet fordi de er avhengige av å importere matvarer. Tallene fra 2009 viste at mer enn 10 000 personer var somaliske flyktninger og rundt 15% av befolkningen var immigranter (UNHCH).

Fortsatt flykter folk fra Somalia til Etiopia, Kenya og Djibouti hver eneste dag. Med foreldre kommer det også mange barn til leirene. Marcus Bleasdale dokumenterer belastningene og de helsemessige utfordringene for mødrene og barna i denne fotoserien.

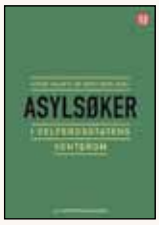
Oppe t.v.:: Søskens kjærlighet og ansvar for hverandre er uvurderlig i forhold til å mestre et vanskelig liv i asylmottaket.

Oppe t.h.: Mor og barn i flykningeleiren i Djibouti. En mors kjærlighet er grensesprengende og barnets viktigste kilde til et godt liv.

Under: Det er viktig med helsekontroll, ernæring og oppfølging spesielt av småbarn.

Av Stefan Kutzsche

Asylsøker; I velferdsstatens venterom



Redaktører: Marko Valenta og Berit Berg
Utgitt: 2012
Forlag: Universitetsforlag
Innb: Paperback
Språk: Norsk Bokmål/Nynorsk
Sider: 252
ISBN: 9788215019932
Utgave: 1. utg.
Pris: 369,-

En aktuell og viktig bok som belyser forskjellige aspekter ved asylsøkernes tilværelse og mottak i Norge og et bidrag til debatten omkring asylfeltet, holdninger og politiske preferanser.

Boken er i stor grad forskningsbasert og bidragene er primært skrevet av sosiologer men har også kapitler skrevet av sosialantropologer, psykolog og jurist.

Boken innledes med to bakgrunns kapitler om historien om asylmottak i Norge og en oversikt av Berit Berg over utviklingen på asylmottak systemet de siste 30 årene. Hun viser også til ulike perspektiver og forskning innen feltet. Hun beskriver asylsøkernes belastninger i sammenheng med opplevelser etter flukt og den totale livssituasjonen i asylmottak med de faktorer som representerer risiko i forhold til både fysisk og psykisk helse. I neste kapittel diskuterer Marko Valenta hvordan asylfeltet kan analyseres ved bruk av generell sosiologisk teori. Deretter følger flere empiriske bidrag som er gruppert og kronologisk organisert etter de områdene de tilhører. Temaene starter med ankomst og identifisering. Det rettes fokus mot organisering, tjenesteutøving og tjeneste som gis til de forskjellige asylsøkerne samt asylsøkernes hverdagsliv.

Kapittel 8 er viet minoritetsspråklige ansatte som arbeider med asylsøkere.

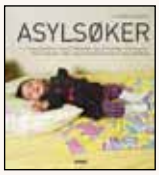
For barneleger er kapittel 9 og 10 spesielt interessant for her drøfter Kirsten Lauritzen små barns tilværelse i mottak med utgangspunkt i barns rettigheter som er definert i FN ' s barnekonvensjon. Kapittel 10 av Ketil Eide og Hilde Lidén tar for seg livet til mindreårige asylsøkere som kommer til Norge uten foreldre. I dette kapittelet vises det til at asylsøkernes alder har stor betydning i arbeide med mindreårige.

Siste delen av boken tar for seg returprogrammer for asylsøkere. Boken avsluttes med et kapittel av Marko Valenta, der han analyserer avviste asylsøkere som motsetter seg retur og uttransportering og han fokuserer på betydningen av deres nettverk, relasjoner og avhengighetsforhold til sine hjelpere.

Boken er velskrevet og satt sammen på en logisk måte som hjelper leseren til å få en god innsikt i problematikken omkring asylfeltet og asylsøkernes tilværelse i Norge. Boken kan anbefales til alle som arbeider med asylsøkere, og som ønsker å få en forståelse for asylsøkernes situasjon. Boken bør være tilgjengelig for politikere, media og ansatte i helsetjenesten med tilknytning til arbeide med asylfeltet. Den er et must for ansatte i barnevernet og for alle studenter i fagene som leder til arbeide med asylsøkere. Den anbefales også til alle interesserte som ønsker å få mer kunnskap om asylfeltet og asylsøkere i Norge. Boken bør leses av psykiatere som behandler asylsøkere. Spesielt vil jeg anbefale boken til barneleger som er involvert i behandling, helsekontroller og oppfølging av mindreårige asylsøkere.

Av Hanne Johnsen

Asylsøker



Forfatter: Bjørn Gabrielsen
Illustratør: Jonas Bendiksen, Marcus Bleasdale, Sigurd Fandango, Ellen Lande Gossner, Rune Johansen, Hilde Lillejord, Espen Rasmussen, Knut Egil Wang
Utgitt: 2009
Forlag: Press
Format: Innbundet
Språk: Norsk (bokmål)
Antall sider: 178
Utgave: 1 (2009)
ISBN: 9788275473217
Pris: 349,-

Boka 'Asylsøker' ønsker å utfordre nettopp dette begrepet, og gi det en større dybde enn hva som ofte er det forbundet med ordet. Når jeg hører ordet asylsøker tenker jeg på enkeltsaker i media, på begreper som 'på humanistisk grunnlag' og 'mindreårige asylsøkere'. Men så kommer jeg til kort i forhold til å se dette store landskapet med så mange voksne og ikke minst barn. I forordet skriver Gabrielsen: "Men lytter man til de som søker og de som har fått asyl... er det et visst håp om at asylsøker debatten kan heve seg."

Det er ei mangfoldig bok, ei bok med mange stemmer. Den omhandler mennesker som søker asyl, noen som har fått innvilget opphold, samt et par nordmenns tanker rundt temaet. Men vi møter også til forfatteren, fotografene og bilderedaktøren. Det er et uttrykk at 'kameraet er som et pass', det gir adgang til andre verdener. Men bildene handler også om fotografens 'reise', fordi fotografen anvender seg selv; sin følelser og erfaring, sin estetikk og sitt menneskesyn. Derfor møter vi mange mennesker i møte med hverandre. Alle bringer noe til boken og gjør den flerstemt.

Da dette nummeret av Paidos skal handle om barn som asylsøkere, vil jeg framheve et bilde som for meg er viktig. Bildet av Marcus Bleasdale er av en norsk familie, på side 107. Oppstillingen er ganske like de andre i hans serie, de er trolig tatt med et mellomformat kamera på stativ. De er rike på lys, godt eksponert. Men bildet av denne norske familien er viktig fordi det skaper en kontrast til de andre bildene av barn!

Som leser av boka bringer jeg selvsagt med meg min erfaring i fortolkningen av bildene. De siste årene har jeg fotografert barn som har det vanskelig, og denne utsattheten kan jeg kjenne igjen i denne boka. Den beste måten jeg kan beskrive min opplevelse av forskjellen mellom barn som har det godt og barn som opplever mye vondt og vanskelig, er at de sistnevnte ikke har 'energi til å fylle hele kroppen sin'. Barna på side 107 er helt tilstede. Man kan se livsinnstillingen deres i øynene, man kan sense tryggheten og kjærligheten de føler fra sine foreldre. Det er som om de står på en solid plattform, et sted hvorfra de kan ta sats til å erfare verden og utfordre oss med direkte blikk. Men jenta på foregående side skjuler seg nesten i skyggen av foreldrene. Selv om hun har pyntet seg med sølvsko og rosa hårstrikk som passer til den flotte kjolen, tør hun ikke vise seg fram. Noe holder henne igjen. Barna i serien til Ellen Lande Gossner har det samme blikket, de ser rett på oss, men øynene deres reflekterer ikke spenningen over å møte fotografen. Det er som om de jobber med noe annet, deres tanker og følelser er et annet sted. Jenta på side 47 sitter med ei rosa veske i den ene handa og ei dukke i den andre. Men hun er matt i blikket, hun er ikke et barn som føler seg trygg nok til å utforske. Selvsagt skal man i slik fortolking ta høyde for alder og personlighet, men gjenomgående for meg er at barna på de fleste bildene ikke er i full utvikling og vekst.

Å være en voksen asylsøker i en lang venteprosess kan ikke være annet enn vanskelig. Hvordan påvirker ventingen og usikkerheten så samspillet mellom foreldre og barna, og hvordan opplever barna sin situasjon? I mitt prosjektet har jeg intervjuet barn, og det som har overrasket meg er hvor mye barna forstår rundt sitt eget liv. De jobber intenst med å endre og påvirke sin situasjon, de fortolker og lager sine forståelser av sammenhenger. De er aktive, og dette kan ikke annet enn å koster krefter når situasjonen er uavklart, langtrukken og vanskelig.

Mine tanker om asylprosessen blir alle gjenspeilet i Espen Rasmussen sitt bilde på side 52, en ung mann, kanskje bare en ungdom, sitter i enslig skinnstol. Jeg opplever han som resignert, oppgitt og uten for store forventinger. Jeg kjenner medfølelse. Det snakkes ofte om at et bilde fungerer dersom det stiller flere spørsmål enn det gir svar, eller når bildet inviterer leseren inn i dialog. Bildene og teksten i boka gjør dette for meg.

Vekstkurver i DIPS

DIPS Vekstkurve er et komplett verktøy for å registrere og vurdere barns vekstutvikling i pasientjournalen. Gjennom et enkelt og intuitivt brukergrensesnitt kan barnets vekstdata enkelt plottes mot ulike referansematerialer.

DIPS Vekstkurve gjør automatisk alderskorrigering ved prematuritet og regner ut kroppsmasseindeks, kroppsoverflate og z-score. Det er også funksjonalitet for registrering av pubertetsvurdering og skjelettalder. Vekstkurver kan skrives ut og eller kopieres elektronisk, for eksempel til epikrise.

Vekstkurven er tilgjengelig fra alle arbeidsstasjoner på sykehuset, og er en fullintegrert del av DIPS EPJ/PAS slik at alle vekstdata som registreres på pasienten kommer med i kurven. Registreringer av vekt i DIPS Panorama eller høyde og vekt i DIPS Medikasjon vil også vises i Vekstkurven - og motsatt.

DIPS Vekstkurve er utarbeidet i nært samarbeid med PC-PAL, en av verdens ledende produsenter av elektroniske vekstkurveløsninger. Det sikrer god og fremtidsrettet funksjonalitet.

I kommende versjon av DIPS Vekstkurver vil det derfor finnes nye verktøy for å bedømme barnets tilvekst. Spesielt vil verktøy for vurdering av vekstutvikling for barn som befinner seg i ytre deler av normalområdet bli betydelig forbedret. Det vil finnes muligheter til å registrere spesialmålinger som armspenn, fotlengde, sittehøyde og referansematerialer for disse.

Les mer om Vekstkurver i DIPS under våre løsninger og klinisk dokumentasjon på www.dips.no eller ta kontakt med medisinsk direktør i DIPS Tomas Nordheim Alme på tna@dips.no.

www.dips.no

DIPS

rktg RiktigSpor.no