

**HELSE SITUASJONEN
TIL BARN MED
FLUKTBAKGRUNN**



Helsesituasjonen til barn med fluktbakgrunn

Barn med fluktbakgrunn kan ha spesielle behov, og opplevelser i hjemlandet eller under flukten kan påvirke deres psykiske helse. I Norge bor de fleste asylsøkere først i asylmottak, og det er tidligere utført en del undersøkelser om ulike sider ved levekår i slike mottak.²⁷ Det finnes likevel lite systematisk og dokumentert kunnskap fra Norge om hvordan det å bo i asylmottak over tid påvirker helsen til barn.

Selv om barnas bakgrunn gjør at de kan ha psykiske helseutfordringer, finnes det heller ingen god oversikt over hvordan den psykiske helsen til barn med fluktbakgrunn blir ivaretatt etter at de er bosatt i kommuner. Det finnes en del forskning om den psykiske helsen til enslige mindreårige asylsøkere etter bosetting. Det finnes imidlertid svært lite om barn som er bosatt med familien sin. I en rapport fra Folkehelseinstituttet (2009)²⁸ fremgår det at ungdommer med innvandrerbakgrunn oftere har symptomer på emosjonelle vansker og adferdsforstyrrelser enn norske ungdommer. Generelt viser forskning at mennesker med fluktbakgrunn er i en risikosituasjon og dermed kan trenge ekstra oppfølging. Kulturelle oppfatninger om psykisk helse og dårlige levekår kan bidra til å forsterke dette.

Helsesituasjonen til barn er også relevant i saksbehandlingen hos utlendingsmyndighetene. Det er mulig å få opphold i Norge ut fra en helhetsvurdering der helsesituasjon er en av faktorene som spiller inn. Utlendingsmyndighetene har gitt oss innspill om lav kvalitet på helseerklæringer som skal være med i vurderingen av barns helse i utlendingssaker. Det er grunn til bekymring dersom informasjon om barns helse ikke kommer godt nok fram. Helsepersonell på sin side har påpekt at utlendingsmyndighetene ikke har god nok kompetanse til å vurdere innholdet i erklæringene.

Barneombudet mente derfor det var grunn til å se nærmere på kvaliteten på materialet som belyser barns helsesituasjon, og hvilken betydning materialet har i saksbehandlingen hos utlendingsmyndighetene.

I denne delen av prosjektet har vi derfor valgt å se nærmere på tre spørsmål knyttet til gruppen barn med fluktbakgrunn:

- > Hvordan påvirker det barns helse å bo lenge i asylmottak?
- > Hvordan ivaretas den psykiske helsen til barn med fluktbakgrunn etter bosetting?
- > Hvordan behandles helseopplysninger om barn i Utlendingsnemndas saksbehandling og vedtak?

Informasjonen vi har samlet inn i denne delen av prosjektet viser at det er behov for økt kunnskap og bevissthet om helsen til barn med fluktbakgrunn, både i mottaksfasen, i saksbehandlingen og når de er bosatt i kommunene.

Lovverk

Barnekonvensjonen pålegger norske myndigheter et ansvar for å tilpasse helsetilbudet til barn med fluktbakgrunn. Artikkel 24 i barnekonvensjonen gir alle barn rett til helsehjelp, og i sin generelle kommentar nr. 15, der barnekomitéen tolker artikkel 24, skriver komitéen: «Staten skal bygge ned alle barrierer som er til hinder for at barn får tilgang til helsetjenester.»²⁹

Artikkel 2 i konvensjonen slår fast at rettighetene skal gjelde alle barn innenfor statens jurisdiksjon, slik at også barn uten oppholdstillatelse har rett til helsehjelp i Norge.

Barn som har fått oppholdstillatelse og er bosatt i en kommune har rett til helsehjelp på linje med alle andre barn. Pasient- og brukerrettighetsloven gir barn og unge rett til nødvendig helsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste.³⁰

Utlendingsloven gir bestemmelser om hva som kan gi grunn for opphold i Norge. Etter utlendingsloven § 38 kan utlendinger som ikke fyller kravene til rett til beskyttelse etter lovens § 28 (asyl), likevel få oppholdstillatelse hvis det foreligger sterke menneskelige hensyn eller utlendingen har særlig tilknytning til riket. Helsesituasjon er en del av grunnlaget for vurderingen av om en person skal få opphold på grunn av sterke menneskelige hensyn. Terskelen for å gi opphold til barn skal være lavere enn for voksne.

Metode

Ansatte hos Barneombudet har i denne delen av prosjektet hatt samtaler med til sammen 35 barn i alderen 5-18 år. Alle barna vi har snakket med har fluktbakgrunn. De fleste har oppholdstillatelse i Norge, mens noen ikke har fått en slik tillatelse. Noen har vært enslige mindreårige flyktninger, andre har kommet til Norge med familiene sine.

Kommunehelsetjenester vi har hatt dialog med rapporterte at mange barn med fluktbakgrunn har psykiske lidelser. Når vi ba om å bli satt i kontakt med barn, viste det seg å være svært vanskelig. Informasjonen fra barna er derfor supplert med en rekke møter med fagfolk som arbeider med barn og unge med fluktbakgrunn, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Vi har besøkt til sammen seks kommuner, og hatt samtaler med ansatte i flyktningetjenesten, kommunehelsetjenesten, barnevernet og barnehage- og skoleadministrasjonen. Vi har også besøkt to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP).

I tillegg har vi innhentet skriftlig informasjon fra regionsentrene for barn og unges psykiske helse og regionale kunnskapsentre for barn og unge (RBUP og RKBU), og de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

For å få innsyn i saker som har vært til behandling i Utlendingsnemnda, har vi brukt Barneombudets innsynsrett etter lov om Barneombud § 4.

Hvordan påvirker det barns helse å bo lenge i asylmottak?

Et hyppig brukt bilde på dagens asylmottak er «et venterom». Asylmottakene er ikke tenkt å være permanente bosteder. Dette gjenspeiles i myndighetenes vektlegging av at mottakene skal være et «nøkternt botilbud».³¹ Barn utgjør en stor andel av beboerne i mottak (21 prosent i 2013).³² I oktober 2013 bodde 3969 barn i asylmottak. Av disse var det 368 barn som hadde fått oppholdstillatelse, men som fortsatt bodde i mottak, og 323 som hadde oppholdstillatelse, men som ikke skal bosettes.³³ Avhengig av oppholdstiden, vil forholdene i mottaket prege barnas hverdag i ulik grad.

«Vi bodde to år på mottak. Vi fikk bare to rom, det var veldig trangt, vi er seks i familien. Vi var så små. Syv og ni år. Skjønte ikke så mye. Hva var verst? Det var ikke fotballbane. Gården var skitten. Noen kastet søppel og snus overalt.»

Barna selv forteller hvordan det å vente og være usikker er noe som påvirker helsen. Det å vente på svar eller få avslag er noe som familiene snakker lite om, samtidig som det preger livene deres. Barna forteller om følelsene de får når de tenker på hva som kan skje i fremtiden:

«Jeg får triste tanker og blir sur.»

«Hvis vi snakker om det, blir alle lei [seg].»

Barna vi møtte i forbindelse med dette prosjektet mener det er viktig å få svar fort på asylsøknader, og at de som får oppholdstillatelse må bosettes hurtig i kommunene. Myndighetene må vite at de blir triste når de får avslag, og at de må få hjelp raskt. Dette stemmer godt med funn i forskning om barns levekår i asylmottak.³⁴

En overvekt av nyere forskning som er gjort om barns helse i norske asylmottak ser ut til å dreie seg om enslige mindreårige.³⁵ Men en studie utført i Danmark³⁶ tyder på at barn som har bodd mer enn ett år i asylmottak har økt risiko for å få psykiske helseproblemer. Tilværelsen i asylmottak er preget av venting, isolasjon, passivitet og i noen tilfeller mangel på privatliv og innflytelse over egen hverdag. Det er naturlig å anta at lang botid forsterker belastningen for barna. I en rapport basert på en svensk studie av asylsøkeres situasjon, blir ventetiden beskrevet som et hovedproblem.³⁷

Ventetiden representerer usikkerhet og tap av kontroll, som igjen fører til maktesløshet:

«Det er vanskelig å vente, hele familien plages av det, de har tanker. Det er vanskelig å tenke på hva som skal skje.»

På mange andre områder har man gradvis gått bort fra institusjonalisering fordi det er skadelig for barn. Men barn med fluktbakgrunn lar vi bo i årevis i institusjoner på siden av samfunnet, uten at vi faktisk kjenner konsekvensene av det. Målet må derfor være å redusere ventetiden i mottak betraktelig. Dette innebærer både kortere saksbehandlingstid og raskere bosetting, men også hurtigere retur av en del barnefamilier når det er

åpenbart at det ikke er grunn for opphold. Selv om det kan virke brutalt, kan det være bedre for barna enn å leve i en uavklart situasjon over lang tid.

Helseplager hos barna

Selv om det ikke ser ut til å finnes nok systematisk og dokumentert kunnskap om helsen til barn i asylmottak i Norge, kunne flere av informantene våre likevel fortelle oss mye om hvordan disse barna har det.

Regionsentre som arbeider med barn og unges psykiske helse³⁸ har mange erfaringer med de helsemessige konsekvensene av å bo lenge i mottak. To av regionsentrene erfarer at den mangelen på normal hverdag som mottak representerer, kan medføre ulike helseplager hos barn.³⁹ Vanlige reaksjoner er anspenhet, angst, depresjon, søvnvansker, sengevæting, problemer med hukommelse, konsentrasjon og læring, smerter i kroppen, atferdsforstyrrelser, selvskading og manglende affektregulering. Mange er også traumatiserte og plaget av posttraumatiske stressreaksjoner.

Vi har funnet nok av indikasjoner på at lang botid i asylmottak har negative helsekonsekvenser for barn, men det finnes liten sikker kunnskap om den direkte årsaken til problemene og omfanget av dem. Slik kunnskap er en forutsetning for å kunne hindre at barn som bor lenge i mottak utvikler helseproblemer.

Barneombudet anbefaler:

- Det må forskes på de helsemessige konsekvensene det har for barn å bo lenge i asylmottak. Barn selv må være informanter.
- Det må settes i gang tiltak for å redusere ventetiden i mottak for barn, blant annet
 - tiltak som gjør at familier forstår at endelig avslag betyr at man skal reise fra landet
 - at de som har fått opphold må bosettes raskere



Rett til barnehage og videregående skole

Vi vet at aktivitet og lek er viktig for barns helse. Kommunene forteller at barnehagen er viktig for at barn skal lære godt norsk, og for å fange opp barn som trenger hjelp. Barnehage er derfor viktig av flere grunner. Barn som bor i asylmottak har ikke rett til barnehageplass. Barneombudet anser praksisen som diskriminerende, og vi har kommet med en generell uttalelse om dette.⁴⁰

Mange ungdommer mellom 16 og 18 år som bor i asylmottak står i dag uten skoletilbud eller annet tilbud på dagtid. Dette er svært passiviserende, og flere av våre informanter har fremhevet det som potensielt helseskadelig. Barn mellom 16 og 18 år som ikke har oppholdstillatelse, har i dag ikke rett til videregående opplæring eller grunnskoleopplæring for voksne. Det er opp til fylkeskommunene å vurdere hvorvidt de skal tilbys dette. Det er veldig ulik praksis på dette området.⁴¹ I desember 2013 sendte kunnskapsdepartementet på høring et forslag om å lovfeste retten til opplæring for ungdom med lovlig opphold. Dette er skritt i riktig retning. Samtidig vil ungdom med avslag fremdeles mangle rett til opplæring.

Barneombudet anbefaler:

- Alle barn må få lovfestet rett til barnehage, uavhengig av oppholdsstatus.
- Ungdom må få rett til videregående opplæring eller grunnskoleopplæring for voksne, uavhengig av oppholdsstatus.

God psykisk helse for bosatte barn med fluktbakgrunn

Barn og unges psykiske helse i Norge blir ivaretatt av flere instanser, både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Men mange kommuner ser i dag ut til å mangle oversikt over barn med fluktbakgrunn som er i risikozonen for å utvikle psykiske helseproblemer. Det har vært vanskelig for oss å få oversikt over arbeidet og målrettede tiltak når vi har besøkt kommuner.

Bosatte barn og unge Barneombudet har snakket med forteller om ulike grader av psykiske helseproblemer. De fleste forteller om «mindre alvorlige» problemer: ensomhet, usikkerhet, sorg og savn. Enkelte kan også fortelle om mer alvorlige problemer, for eksempel dypere depresjoner og store problemer med aggresjon. Det er godt kjent at psykiske lidelser er tabu blant spesielt ikke-vestlige innvandrere⁴², og dette utgjør en kompliserende faktor i vurderingen av barnas psykiske helse.

Et lavterskel psykisk helsetilbud

Barna sier at de vil at voksne fagfolk, enten det er læreren, helsesøster eller andre, skal lytte til hva de spør om og gi dem svar på deres bekymringer og problemer. De ønsker seg handlekraftige voksne som enten kan gi hjelp selv, eller som kan hjelpe dem videre.

De som nevnes oftest er lærere, ikke helsepersonell. I andre rekke kommer helsesøster og til slutt lege og tannlege. Det er derfor viktig at alle kommuneansatte som har kontakt med barn med fluktbakgrunn er bevisst på denne gruppas sårbarhet,

og vet hvor de kan henvise dem videre. Det er ikke sikkert at barna sier fra mer enn en gang, og da må de bli fanget opp.

«Vi får nesten alltid hjelp fra lærerne.»

De kommunalt ansatte vi har snakket med nevner helsestasjonen som et viktig lavterskeltilbud for småbarnsfamiliene. Tilbudet er tilgjengelig, gratis og har gjerne et større fagmiljø. Helsestasjonslege og helsesøster samarbeider om oppfølging av barn og unge. Helsestasjonene når i første rekke ut til de yngste barna. Eldre barn skal fanges opp i skolehelsetjenesten. Flere kommuner har som fast rutine at helsesøster kaller inn alle nye elever og eventuelt foreldre til samtale for å knytte kontakt. Skolehelsetjenesten fremstår likevel som mindre kjent mange steder, og oppfattes av barn og unge som mindre tilgjengelig og relevant.⁴³

Det virker som om det er relativt mye og til dels ganske alvorlig problematikk som håndteres av kommunehelsetjenesten, for eksempel på helsestasjonene. De kommuneansatte forteller om varierende samarbeid med BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk). Det kan virke som om det enkelte steder er behov for en tydeligere oppgavefordeling og en avklaring av hva BUP faktisk kan tilby. Enkelte kommunalt ansatte forteller også at de er usikre på når de bør henvise til BUP. I ytterste konsekvens kan dette medføre at helsesøstre og andre i kommunehelsetjenesten utfører mer spesialiserte oppgaver som egentlig burde vært håndtert i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være svært uheldig.

Tilgangen til et lavterskeltilbud med kvalifisert psykisk helsehjelp virker å være for dårlig mange steder. Barneombudet mener det er stort behov for et lavterskeltilbud til barn og unge der de er,

med kompetanse på både psykisk helse og flyktninger. Slik vil kommunene være best mulig rustet til å hjelpe barn i denne gruppen. Kommunene må styrke sitt forebyggende arbeid. Mange kommuner trekker fram kommunepsykologens viktige rolle i det forebyggende arbeidet. Det gjør også flere av regionsentrene vi har vært i kontakt med. En kommunepsykolog kan lære opp og veilede andre yrkesgrupper, for eksempel lærere og barnevernsansatte.

Et tilgjengelig lavterskeltilbud i kommunene vil også medføre at barn blir henvist raskere til spesialisthelsetjenesten. Et bedre utbygget førstelinjetilbud vil være faglig bedre rustet til å vite når de skal henvise og til å informere om og motivere til hjelp i spesialisthelsetjenesten.

Barneombudet anbefaler:

- Kommunene må ha gode helsetjenester til barn og unge, med tilstrekkelig kompetanse på psykisk helsearbeid rettet mot barn med fluktbakgrunn (se kapittel om skolehelsetjeneste).

Kartlegging av barns psykiske helse

Flere av regionsentrene vi har fått informasjon fra peker på behovet for bedre kartlegging av barns psykiske helse. To av dem⁴⁴ har erfaring med at det er variabel og ofte mangelfull kompetanse og systematikk i kartlegging av barns psykiske helse. Dermed blir det også tilfeldig hva slags oppfølging barna får. Det ene regionsenteret⁴⁵ mener det er et problem at kartlegging av barns helsetilstand ofte ikke fanger opp årsaksforholdene bak barnas helsesvikt.

Flere av våre informanter mener at det er nødvendig med mer kompetanse om barnas egen bakgrunn og opplevelser, og at det er en utfordring at det ikke er implementert gode kartleggingsverktøy som kan avdekke reelt behandlingsbehov hos komplekst traumatiserte barn.

Mange av kommunene vi har besøkt har høy bevissthet om denne problemstillingen, og mange legger ned et omfattende arbeid. Imidlertid er det ikke mange som kan vise til klare rutiner for systematisk kartlegging av den psykiske helsen til barn med fluktbakgrunn. Dette gjør at vi er bekymret for at barn og unges psykiske lidelser ikke blir oppdaget, noe som kan ha store og alvorlige konsekvenser, både for barnet det gjelder og for omgivelsene, for eksempel skolemiljøet.

Barneombudet anbefaler:

- Helsemyndighetene må utvikle og implementere kartleggingsmetoder som gjør førstelinjetjenesten i stand til å avdekke psykiske helseproblemer hos barn og unge med fluktbakgrunn.

Et helhetlig tilbud

Blant bosatte barn og unge er det mange som ikke er direkte pasienter og brukere, men som likevel har behov for koordinering av tilbud og forebyggende arbeid. Det er derfor ofte mange kommunale instanser som møter flyktningfamiliene: både flyktningetjenesten, helse-tjenesten, barnevernet, skolen og flere andre kan være involvert.

Noen kommuner rapporterer at det ikke finnes noen som har fullstendig oversikt over helheten i det kommunale tilbudet til barn med fluktbakgrunn. Andre kommuner har forsøkt å endre organisasjonsmodellen for å samordne tjenestene bedre.

Et eksempel på dette er Bærum kommune, som har en egen avdeling for migrasjonshelse ved flyktningkontoret. Avdelingen skal bidra til god samhandling mellom kommune og spesialisthelse-tjeneste. Den skal styrke, bevisstgjøre og ansvarliggjøre de ansatte og øke kompetansen om flyktningehelse i kommunen. Den er organisert i fire ulike fagnettverk som ivaretar ulike deler av migrasjonshelsefeltet. Et av fagnettverkene har særlig ansvar for psykisk helse til barn og unge og deres familier.

Et annet eksempel er Drammen kommune, som har samlet alle tjenester til barn og unge under én leder. Begge disse kommunene rapporterer at samordning av tjenester på tvers av faggrupper og sektorer har vært fruktbart for å sikre en mer helhetlig oppfølging av barn med fluktbakgrunn.

Barneombudet anbefaler:

- Kommunene må organisere det psykiske helsetilbudet til barn med fluktbakgrunn på en måte som sikrer samarbeid på tvers av sektorer.

Skole gir god helse

Barna vi har truffet mener god integrering er viktig for helsen. Dette starter allerede på mottaket. Skole og aktiviteter er også viktig for bosatte barn. Noen av de eldre ungdommene vi snakket med fortalte for eksempel at aggresjonsproblemer ikke er uvanlig, og at en normal skolehverdag og kontakt med ulike miljøer er viktig for å lære andre måter å håndtere sinne på.

Ungdom over 16 år uten fullført grunnskole har ikke rett til å gå på vanlig videregående skole. Det gjelder for flere ungdommer med fluktbakgrunn. I stedet går de på grunnskoleopplæring for voksne. Barna vi har snakket med forteller om storesøsken som dropper ut av dette tilbudet og bare sitter hjemme og ser på tv, de får ikke venner på sin egen alder og mange sliter med ensomhet.

«Broren min sitter bare hjemme og ser på TV. Han mister all selvtillit.»

16-18 åringer vi har snakket med forteller at voksenopplæring ikke er et tilfredsstillende tilbud. De ønsker seg noe mer enn norskopplæring, og forteller at det er et stort problem at de ikke får sosial omgang med ungdommer på samme alder. Flere, særlig enslige mindreårige, forteller at de er ensomme og at det er vanskelig å få venner. Ungdom over 16 år bør derfor få et skoletilbud på samme sted som norske jevnaldrende, slik at de lærer språk, får omgangsvener og blir integrert.

Etter at de har blitt bosatt får de fleste barn og unge en form for ekstra oppfølging i skolen, enten i mottaksklasser eller i smågrupper. Et effektivt, godt og trygt mottak i skolen bedrer integreringen. Det tar lang tid å bli i stand til å lære skikkelig på et annet språk enn morsmålet. Studier tyder på at det kan ta så mye som fem til åtte år før elever som ikke har norsk som morsmål presterer på samme nivå som de som har det.⁴⁶ Kommuneansatte hevder at barn

som blir overført til vanlig klasse og vanlig skole for tidlig, kan bli syke av det. Dette gjelder særlig på mellomtrinnet og i ungdomsskolen, der språk og språklige koder blir viktigere, både for læring og for sosial inkludering.

Barneombudet anbefaler:

- Ungdom i alderen 16-18 år som ikke er kvalifisert for videregående opplæring må få et tilpasset skoletilbud på samme sted som jevnaldrende ungdom går på skole.

Hjelp til hele familien

De nærmeste til å hjelpe barna hvis de får problemer, er foreldrene. Barna vi møtte, fortalte oss at hvis de ikke har det bra, så er det mamma og pappa som kan hjelpe dem. Siden foreldrene ofte er barnas nærmeste i spørsmål om helse, er det viktig at man styrker foreldrenes evne til å hjelpe barna sine.

For barn med fluktbakgrunn er det særlig viktig at man ser helheten i familiens situasjon, og arbeider aktivt med å styrke ikke bare barna, men også foreldrene. De kan være preget av hendelser i hjemlandet, flukten, eksilsituasjonen, oppholdet i mottaket og usikkerhet om framtiden, noe som kan ha negative konsekvenser for deres evne til å gi omsorg for barna. Enkelte foreldre har mer alvorlige psykiske lidelser. Barn av psykisk syke foreldre er generelt ansett for å være en oversett gruppe innen helsetjenestene, og det hevdes at barn av asylsøkere med psykiske lidelser i enda større grad har vært oversett av hjelpeapparatet.⁴⁷

Kommunalt ansatte som arbeider med barn med fluktbakgrunn, forteller at det å hjelpe familier med å skape rutiner i hverdagen og stabilitet for både barn og voksne, ofte er det viktigste enkelttiltaket for å sikre og stabilisere barnas psykiske helse.

«Når det er noe, liker jeg best å snakke med mamma.»

Det er en viktig oppgave for kommunene å lære foreldre hva som forventes av foreldre i Norge, og å overtale dem til å prioritere barna. Her kan relativt enkle og billige tiltak ha stor effekt: Volda kommune har for eksempel forsøkt et opplegg der andre barnefamilier fungerer som «mentorer» for de nylig bosatte. De hjelper til med å ta imot og vise vei. På denne måten kommer barna blant annet godt inn i SFO.

Regionsentrene⁴⁸ uttrykker også at barnas helse-situasjon er nært knyttet opp til foreldrenes helse og livssituasjon⁴⁹. Mange foreldre klarer ikke å fungere som gode omsorgspersoner på grunn av den pressede situasjonen. Noen ganger må barna i disse familiene ta på seg en voksenrolle. Barna er i tillegg ofte bedre i norsk enn sine foreldre, og får dermed flere voksenoppgaver. Flere informanter etterlyser oppmerksomhet om hvilke konsekvenser foreldrenes ulike utfordringer har for barnas helse.

Vi vet at barn med ikke-vestlig bakgrunn er mer utsatt for vold enn majoritetsbefolkningen.⁵⁰ Flere kommuner gjennomfører foreldreveiledningsprogrammet ICDP⁵¹ i tilknytning til introduksjonsprogrammet. ICDP er et program som har som formål å styrke omsorgen for barn og unge gjennom

å styrke foreldrenes omsorgsevne. De kommunene som har erfaring med bruk av dette programmet, fremhever det som svært positivt. Gjentatt kontakt med foreldrene og dialog om barneoppdragelse er nyttig for foreldrene og for kommunen som senere skal hjelpe og følge opp familiene. ICDP-kurs for foreldre med annet språk enn norsk bør være tilgjengelig i de kommunene som bosetter flyktninger. I dag er det bare cirka 150 kommuner som tilbyr foreldreveiledning etter ICDP-programmet.⁵²

Innvandrere generelt har lite kunnskap om helse-tjenestens tilbud, hvordan og hvor man søker hjelp, hva man blir henvist til, hvem som kan henvise og hva det er mulig å få hjelp til.⁵³ Det synes å være et betydelig underforbruk av psykiatriske tjenester blant ikke-vestlige innvandrere.

Flere kommuner har et eget helsekurs på introduksjonsprogrammet. Enkelte kommuneansatte mener at det er for lite med 50 timer samfunnskunnskap i introduksjonsprogrammet. De ønsker tilgang til gode, nasjonale opplegg der voksne kan arbeide med ulike temaer, for eksempel helse.

Tett oppfølging av nylig bosatte flyktningfamilier er avgjørende. Barneombudet mener at både informasjon og tilgang til helseapparatet for voksne flyktninger, men også opplæring i samspill med barn og mulighet til tett oppfølging i begynnelsen, vil kunne bidra til å sikre barn med fluktbakgrunn en god psykisk helse.

Barneombudet anbefaler:

- Alle kommuner som bosetter flyktninger bør gjennomføre International Child Development Program (ICDP) i tilknytning til introduksjonsprogrammet.

Barns helse i Utlendingsnemndas saker



Barneombudet blir kontaktet av helsepersonell som mener utlendingsmyndighetene ikke forstår alvoret i barns helsetilstand. Utlendingsmyndighetene mener på sin side at helseerklæringer ofte har for dårlig kvalitet.

Barneombudet ønsket derfor å se på flere sider ved barns helse i saker som behandles av utlendingsmyndighetene. Vi valgte følgende problemstillinger:

- > Hvordan er innholdet i og kvaliteten på helseerklæringer i barns asylsaker?
- > Hvordan blir informasjon i helseerklæringene vurdert av saksbehandlere og beslutningstakere i Utlendingsnemnda (UNE)?
- > Terskelen for å gi barn med helseproblemer opphold på grunn av sterke menneskelige hensyn (utlendingsloven § 38) skal være lavere enn for voksne. Hva innebærer dette i praksis?

Lov om barneombud § 4 gir Barneombudet rett til å kreve innsyn i saksdokumenter for å utføre våre oppgaver etter loven. Utlendingsdirektoratet (UDI) behandler søknader om asyl i Norge. Utlendingsnemnda (UNE) behandler klager over vedtakene som er fattet av UDI.

Vi har begjært innsyn i og gått gjennom 32 saker som har vært behandlet i UNE. Endelig vedtak i sakene er fattet mellom 2001 og 2013. Vi har sett på helseerklæringer, UNEs vedtak og andre relevante dokumenter.

Kvalitet og innhold i helseerklæringer

Erklæringer om barns helse kommer gjerne fra mange ulike faggrupper. Helsepersonell i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er naturlig nok den viktigste kilden, men også andre, som PPT og skolen, uttaler seg om barns helsesituasjon i flere saker.

UNE har nedfelt i sine retningslinjer⁵⁴ at anførsler om helsemessige forhold i utgangspunktet bare skal tillegges vekt dersom de er dokumentert ved oppdatert helseerklæring utstedt i Norge.⁵⁵ Det store flertallet av helseerklæringer av denne typen kommer fra leger, psykologer og sykepleiere.

Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l.⁵⁶ skal bidra til at helsepersonells attester, erklæringer o.l. utformes på en måte som gir høy kvalitet og legitimitet. Det finnes også regler om legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer.⁵⁷ Legeforeningen har i tillegg utgitt en praktisk veileder for legers attestarbeid (2008).⁵⁸ Veilederen har et eget avsnitt om utlendingssaker, men den er ikke oppdatert.⁵⁹ Norsk Psykologforening og Norges sykepleierforbund har ikke utformet liknende regler og veiledere til sine medlemmer.

Helseerklæringene vi har sett er av svært varierende kvalitet. En del forholder seg implisitt til bestemmelsene i lov og forskrift, men ingen av erklæringene vi har sett viser eksplisitt til disse. Dette kan tyde på at det generelt er lav bevissthet blant helsepersonell om de formelle rammene for uttalelsen de kommer med i saken. Dette innebærer etter det Barneombudet kan se, at viktig helseinformasjon kunne vært framlagt på en måte som ville gitt større tyngde i sakene. Vanlige mangler ved helseerklæringer i sakene vi har sett er:

> mangel på (gyldig) helseerklæring

I flere saker kommer advokaten med helseanførsler som ikke er dokumentert. Alternativt kan de være dokumentert ved uttalelse fra lærer, barnehagepersonell eller saksbehandlere i barnevernet. Slike opplysninger blir naturlig nok normalt ikke tillagt vekt i vurderingen. UNE etterlyser ofte helseerklæringer i saker der helseanførslene ikke er godt nok dokumentert, men det er ikke alltid at det kommer inn erklæringer før vedtak i saken blir fattet.

> erklæringer som er ufullstendige/ikke fremstiller helheten i barnets helsesituasjon

I denne kategorien finner man både erklæringer som ikke viser eller dokumenterer kompleksiteten i et barns situasjon, og tilfeller der man i stedet for en erklæring som oppsummerer barnets helsesituasjon, sender inn utskrifter av samtlige journaler om barnet. På denne måten skiller man ikke vesentlig fra uvesentlig informasjon og gjør saken mindre oversiktlig for saksbehandler (som ikke nødvendigvis kan påregnes å ha forutsetninger for å vurdere hva som er vesentlige opplysninger eller samspill mellom ulike helseplager).

> erklæringer som ikke inneholder noen diagnose

Vi har sett flere erklæringer som ikke viser til noen diagnose i henhold til anerkjent diagnosesystem.⁶⁰ I enkelte tilfeller kan det være grunn til at en diagnose ikke er satt, men dette er sjelden drøftet i erklæringer som ikke inneholder diagnose.

Det er svært vanskelig for saksbehandlere i utlendingsforvaltningen å forholde seg til en erklæring som ramser opp flere symptomer uten at det er gitt en (tentativ) diagnose.

> erklæringer med formelle feil eller mangler

Slike erklæringer vil ofte ha mindre troverdighet, de kan lett fremstå som ubegrunnede partsinnlegg.

Vanlige mangler ved erklæringene er at de

- ikke beskriver grunnlaget for vurderingene som gjøres
- ikke klargjør forholdet mellom helsepersonell og pasient
- ikke skiller klart mellom objektive funn og subjektive vurderinger
- tar aktivt stilling til om et barn bør få oppholdstillatelse eller ikke

Det er viktig å understreke at vi også har sett svært gode erklæringer, og at det i saker der erklæringene er tydelige på funn, vurderinger og mulige konsekvenser av at man ikke får behandling ved retur, ser ut til å bli tillagt stor vekt. I enkelte saker ser det ut til at hvordan helseerklæringen er formulert nærmest har direkte konsekvenser for utfallet av saken.

Barneombudet anbefaler:

- Helsepersonells fagforeninger og utlendingsforvaltningen må i fellesskap utvikle veiledere med klare retningslinjer for helseerklæringer i utlendingssaker.



Forvaltningens vurdering av helseerklæringer

Etter utlendingsloven § 38 kan utlendinger få oppholdstillatelse hvis det foreligger sterke menneskelige hensyn, eller dersom utlendingen har særlig tilknytning til riket. For å avgjøre om det foreligger sterke menneskelige hensyn, skal det foretas en totalvurdering av saken.

I Utlendingsnemndas interne retningslinjer om helsemessige forhold⁶¹ går det frem at det skal svært mye til for at helseproblemer alene skal gi oppholdstillatelse i Norge. En somatisk lidelse må etter gjeldende praksis være akutt og livstruende. En psykisk lidelse må kunne karakteriseres som en «alvorlig sinnslidelse» for å kunne danne grunnlag for opphold. I praksis vil derfor helsemessige forhold vanligvis være del av en totalvurdering. I denne vurderingen må barns helse ses i sammenheng med andre sider ved saken, for eksempel sosiale eller humanitære forhold ved retursituasjonen. Forvaltningen vurderer også muligheten for å få helsehjelp i hjemlandet. Disse sakene blir derfor ofte komplekse. Et konkret tiltak for å sikre at barnets helsesituasjon blir vurdert mer helhetlig, kan være at UNE bruker helsefaglig kompetanse i vanskelige saker. Dette kan også være en viktig ressurs for å kvalitetssikre helseerklæringer.

Det står også i § 38 at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i vurderingen av saker som berører barn. FNs barnekomité har uttalt at man ved vurderingen av barnets beste skal konkludere om hva som er til barnets beste før man vektet dette opp mot andre hensyn.⁶²

I totalvurderingen av saker legges det også stor vekt på innvandringsregulerende hensyn, særlig i saker der det fremstår som om behovet for helsehjelp er hovedgrunnen til at en person har søkt asyl i Norge.

I de sakene vi har gått gjennom varierer det kraftig hvor mye plass helseopplysningene er viet i hvert enkelt vedtak. Som nevnt over inngår helseopplysninger ofte i en helhetsvurdering av barnets

situasjon, og av hva som vil være til barnets beste. Det at vedtakene i så varierende grad inneholder klare beskrivelser av barnets situasjon, gjør det i en del tilfeller vanskelig å se hvilken vekt barnets helsesituasjon og barnets beste har i saken. Barneombudet har ikke grunnlag for å si om forvaltningens vurdering av innsendte erklæringer er god nok eller ikke, men variasjonen gir grunn til å se nærmere på dette.

Et annet viktig funn er at det kan virke som om saksbehandlerne har utfordringer med å se helheten i barnets situasjon, selv om det er i helheten de skal vurdere. I flere saker kan det se ut til at enkelte anførsler, for eksempel helseanførsler, vurderes svært grundig, men at man behandler andre sider ved saken, for eksempel foreldrenes omsorgsevne, mer overfladisk.

I kompliserte saker med helseanførsler som en del av bildet, er det etter Barneombudets syn behov for at barnets sak skilles tydeligere fra foreldrenes. Dette kan gjøres ved at barnet får en egen advokat eller representant som fremstiller barnets sak for forvaltningen på barnets premisser. Det gjelder særlig i saker der utlendingsmyndighetene synes å legge stor vekt på manglende troverdighet hos foreldrene, samtidig som det foreligger grundige legeerklæringer fra spesialisthelsetjenesten om helserisiko for barnet.

En egen representant for barnet vil også være i tråd med barnekonvensjonens bestemmelser. Artikkel 12 i FNs barnekonvensjon slår fast barn og unges rett til å delta og si sin mening i beslutninger som angår dem. FNs barnekomité anbefaler i sin generelle kommentar nummer 12 at barn som søker asyl gis anledning til å gjøre rede for årsakene til at han/hun søker om asyl. Det gjelder også barnets mening om sin helsetilstand.⁶³ Komiteen anbefaler også at det oppnevnes en verge eller rådgiver, som skal være gratis.⁶⁴

Vi har også sett vedtak vi mener er svært gode, der barnets helse og andre relevante sider ved barnets situasjon drøftes i vedtaket i en tydelig vurdering av barnets beste, før de veies opp mot

innvandringsregulerende hensyn. Vedtak der det gjøres en tydelig barnets beste-vurdering, og der man konkluderer med hva som er til barnets beste før man veier dette opp mot andre hensyn fremstår som bedre og mer robuste, enten utfallet er oppholdstillatelse eller avslag.

Barneombudet anbefaler:

- Barnets beste-vurderingen må komme tydelig frem i vedtakene i utlendings-saker. Det er viktig at vedtaket konkluderer med hva som er til barnets beste før man veier dette hensynet opp mot eventuelle andre hensyn.
- Barn bør ha selvstendig representasjon i saker der det er knyttet vesentlig tvil til barnets oppholdsgrunnlag.
- Utlendingsnemnda bør bruke helsefaglig kompetanse for å vurdere helseanførsler i saker som gjelder barn.

Vurderingen av helse som grunnlag for oppholdstillatelse

I tredje ledd i utlendingsloven § 38 er det presisert at «barn kan gis oppholdstillatelse (...) selv om situasjonen ikke har et slikt alvor at det ville blitt innvilget oppholdstillatelse til en voksen.». Dette er også tatt inn i UNEs interne retningslinjer om helsemessige forhold.⁶⁵

I forarbeidene til loven og i de interne retningslinjene til UNE er det imidlertid få konkrete holdpunkter for i hvilke tilfeller det kan være aktuelt å gi et barn oppholdstillatelse når man ikke ville gitt tillatelse til en voksen. I stedet er det henvist til «praksis» og til at det må foretas «en konkret skjønsmessig helhetsvurdering» av om tillatelsen skal gis.



Etter det Barneombudet kjenner til, finnes det lite rettspraksis på utlendingssaker som omhandler barn og helse. Det at man har en relativt klart definert terskel for voksne (akutt/livstruende eller alvorlig sinnslidelse) gjør det vanskelig for de som skal vurdere hvor mye de skal senke terskelen i saker der barns helsesituasjon er en del av bildet. Man kan ikke regne med at saksbehandlere og beslutningstakere i UNE har kompetanse til å vurdere om en tilstand som ikke fyller kravene for voksne, likevel er av et slikt alvor at man bør gi opphold til et barn.

Resultatet ser ut til å være at enkelte saksbehandlere faktisk senker terskelen, mens andre legger til grunn den samme terskelen som gjelder for voksne, men legger større vekt på andre forhold, for eksempel barnets familiesituasjon, retur-situasjonen eller andre forhold. Uklarhet kan føre til usaklig forskjellsbehandling, og til at praksis ikke samsvarer med lovgivers intensjon.

Barneombudet har ikke gått gjennom nok saker til å dokumentere en faktisk forskjellsbehandling av

helt like asylsøknader med helseanførsler. Siden helsesituasjonen i de fleste tilfeller er del av en helhetlig vurdering av barnets situasjon, vil det ofte være vanskelig å si at to saker er like eller tilnærmet like. Den uklare terskelen øker imidlertid faren for forskjellsbehandling.

Det kan være behov for at Stortinget, etter innspill fra medisinske fagmiljøer og representanter for utlendingsforvaltningen, finner tydeligere grenser for hva som skal til for at barns helsesituasjon kan utgjøre grunnlag for oppholdstillatelse i Norge.

Barneombudet anbefaler:

- Det bør være en tydeligere terskel for oppholdstillatelse til barn på grunn av helse.



Barneombudets anbefalinger om helsetilbudet til barn med fluktbakgrunn

For å sikre barns helse i asylmottak:

- Det må forskes på de helsemessige konsekvensene det har for barn å bo lenge i asylmottak. Barn selv må være informanter.
- Det må settes i gang tiltak for å redusere ventetiden i mottak for barn, bl.a.
 - tiltak som gjør at familier forstår at endelig avslag betyr at man skal reise fra landet
 - at de som har fått opphold må bosettes raskere
- Alle barn må få lovfestet rett til barnehage, uavhengig av oppholdsstatus.
- Ungdom må få rett til videregående opplæring eller grunnskoleopplæring for voksne, uavhengig av oppholdsstatus.

For å sikre barn med fluktbakgrunn god psykisk helse:

- Kommunene må ha gode helsetjenester til barn og unge, med tilstrekkelig kompetanse på psykisk helsearbeid rettet mot barn med fluktbakgrunn (se kapittel om skolehelsetjeneste).
- Helsemyndighetene må utvikle og implementere kartleggingsmetoder som gjør førstelinjetjenesten i stand til å avdekke psykiske helseproblemer hos barn og unge med fluktbakgrunn.

- Kommunene må organisere det psykiske helsetilbudet til barn med fluktbakgrunn på en måte som sikrer samarbeid på tvers av sektorer.
- Ungdom i alderen 16-18 år som ikke er kvalifisert for videregående opplæring må få et tilpasset skoletilbud på samme sted som jevnaldrende ungdom går på skole.
- Alle kommuner som bosetter flyktninger bør gjennomføre International Child Development Program (ICDP) i tilknytning til introduksjonsprogrammet.

For å gi barns helse større betydning i utlendingsforvaltningen:

- Helsepersonells fagforeninger og utlendingsforvaltningen må i fellesskap utvikle veiledere med klare retningslinjer for helseerklæringer i utlendingssaker.
- Barnets beste-vurderingen må komme tydelig frem i vedtakene i utlendingssaker. Det er viktig at vedtaket konkluderer med hva som er til barnets beste, før man veier dette hensynet opp mot eventuelle andre hensyn.
- Barn bør ha selvstendig representasjon i saker der det er knyttet vesentlig tvil til barnets oppholdsgrunnlag.
- Utlendingsnemnda bør bruke helsefaglig kompetanse for å vurdere helseanførsler i saker som gjelder barn.
- Det bør være en tydeligere terskel for oppholdstillatelse til barn på grunn av helse.

Linker og fotnoter

1. Regionssettene for barn og unges psykiske helse (RBUP og RKBU) og Regionssettene for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)
2. Helse- og omsorgsloven § 3-1 første ledd
3. Et ekspertmøte er et engangsmøte med en gruppe barn eller unge som gir Barneombudet informasjon i forbindelse med et møte, et foredrag, eller et emne som Barneombudet ønsker å se nærmere på. Se også: <http://www.barneombudet.no/eksperter/fakta-eksp/>
4. Meld. St. 34 Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar
5. I forbindelse med delprosjektet i denne rapporten om barn utsatt for vold og overgrep, har vi hatt en ekspertgruppe. Det er disse erfaringene vi referer til her.
6. <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-nyhet/1125453/Helsesostre-slaar-alarm:-Helseministeren-og-KS-maa-paa-banen>
7. Hegna, K., Ødegård G, & Strandbu, Å. (2013). Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2013:50
8. Sykepleien 2/2013
9. IS-1798: Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Helsedirektoratet 2010
10. Heggland, Gärtner og Mykletun, Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv. rapport 2013:2, Oslo, Folkehelseinstituttet
11. Folkehelseinstituttet, 19.11.13 <http://bit.ly/1cEQEhC>
12. Meld. St. 34 Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar
13. Berggrav, Silje Tåler noen barn mer juling? En kartlegging av hjelpeapparatets håndtering av vold mot barn i minoritetsfamilier, Redd Barna, rapport januar 2013
14. General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of Health (art.24)
15. Statens Helsetilsyn, IK-2621: Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år i helsestasjons og skolehelsetjenesten, s. 10
16. IS-1798: Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Helse- direktoratet 2010, side 7; fra fylkeslegenes tilsyn med skolehelsetjenesten i 2000. 10 av 59 kommuner kunne ikke tilby skolehelsetjeneste.
17. IS-1798: Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, Helsedirektoratet 2010
18. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2013/styrker-helsestasjons--og-skolehelsetjen.html?id=725240>
19. Pressemelding: Helsetilsynet i Østfold 2010. Rapport: Kartlegging av skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom i Østfold. Fylkesrevisjonen for Akershus og Østfold. Rapport 11/2012. Fylkesrevisjonens kartlegging av skolehelsetjenesten i de videregående skolene i Østfold
20. Fylkesrevisjonen for Akershus og Østfold. Rapport 11/2012. Fylkesrevisjonens kartlegging av skolehelsetjenesten i de videregående skolene i Østfold
21. Se undersøkelse: <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-nyhet/1125453/Helsesostre-slaar-alarm:-Helseministeren-og-KS-maa-paa-banen>
22. Statens helsetilsyn, juni 2001: Oppsummeringsrapport fra Fylkeslegenes felles tilsyn 2000 med skolehelsetjenesten
23. NIBR-rapport 2011: 25 Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet
24. Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet (Dokument 3:3 (2013-2014)
25. Jorunn Lervik, 20.10.2011. Lysbilder fra Karl Evang seminaret 2011
26. Fns barnekomité generell kommentar nr. 12, punkt 104.
27. Se litteraturgjennomgang i Lidén m.fl: Medfølgende barn i asylmottak i NOU 2011: 10 I velferdsstatens ventrom
28. Mykletun A., A. K. Knudsen og K. S. Mathisen (2009): Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009: 8. Oslo: Folkehelseinstituttet
29. FNs barnekomité generell kommentar nr 15 (CRC/C/GC/15) para. 28 og 29
30. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a
31. NOU 2011: 10 I velferdsstatens ventrom
32. UDIs årsrapport for 2012: <http://www.udi.no/arsrapport2012/>
33. UDI statistikk 31.10.2013
34. Lidén m.fl: Medfølgende barn i asylmottak i NOU 2011: 10 I velferdsstatens ventrom
35. En del forskning er oppsummert i et temanummer av Paidos (Tidsskrift for norsk Barnelegeforening) fra 2012; Paidos 2012; 30(2): 53-100. Der vises det blant annet til forskning fra Danmark, utført av Edith Montgomery (2011). Montgomerys studie i Danmark tyder på at mottaksforhold og usikkerhet de første årene i eksil kan ha store konsekvenser for den fremtidige psykiske helsen til allerede sårbare asylsøkere. I NOU 2011: 10 – I velferdsstatens ventrom er det vedlagt en studie utført av Hilde Lidén, Marie Louise Seeborg og Ada Engebriktsen. Studien gir i seg selv interessant informasjon om livssituasjonen til medfølgende barn i asylmottak. Studien inneholder også en omfattende litteraturgjennomgang av faglitteratur fra de skandinaviske landene gjennom de siste ti årene. Det er gjort mye forskning på barn i asylmottak, men likevel kommer det fram svært lite om en eventuell direkte sammenheng mellom det å bo lenge i asylmottak og psykisk helse.
36. Nielsen, S. S. M. Norredam, K. L. Christiansen, C. Obel, J. Hilde og A. Krasnik (2008). Mental health among children seeking asylum in Denmark – the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. BMC Public Health 2008, 8:293
37. Brekke, J.-P.: While we are waiting. Uncertainty and empowerment among asylum-seekers in Sweden. Oslo, Institutt for Samfunnsforskning, 2004
38. Vi innhentet skriftlig informasjon fra de regionale ressurssettene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), regionssettene for barn og unges psykiske helse (RBUP) og de regionale kunnskapssettene for barn og unge (RKBU).
39. Brev fra RVTS Øst til Barneombudet datert 28.6.2013 og brev fra RVTS Nord til Barneombudet datert 26.6.2013
40. Barneombudets generelle uttalelse om rett til barnehage uavhengig av oppholdsstatus: <http://barneombudet.no/for-voksne/generelle-uttalelser/1-2013/>
41. Lidén et al. 2011 Medfølgende barn i asylmottak-livssituasjon, mestrings, tiltak. Oslo, Institutt for samfunnsforskning
42. Se for eksempel http://www.psykiskhelse.no/novus/upload/file/rapporter/Rapport_minoriteter.pdf og «Man snakker ikke om sånt», en kvalitativ undersøkelse om ikke-vestlige innvandreres syn på psykiske lidelser Yasmin Therese Walås Høgskolen i Hedmark 2013
43. Flere anbefalinger fra barna er med i skolehelsetjenestekapitlet i denne rapporten.
44. Brev fra RVTS Øst til Barneombudet datert 28.6.2013, og brev fra RVTS nord til Barneombudet datert 26.6.2013
45. Brev fra RVTS Sør til Barneombudet datert 28.6.2013
46. Thomas, Wayne P. and Virginia P. Collier (1997). A National Study of School Effectiveness for Language Minority Students' Long-Term Academic Achievement. Berkeley: CREDE
47. Psykisk helse for barn i asylmottak. Anbefalinger fra en interdepartemental arbeidsgruppe. Kommunal- og regionaldepartementet, 2005
48. Se fotnote 1.
49. Brev fra RVTS Øst til Barneombudet datert 28.6.2013
50. Berggrav, Silje Tåler noen barn mer juling? En kartlegging av hjelpeapparatets håndtering av vold mot barn i minoritetsfamilier, Redd Barna, rapport januar 2013
51. Les mer om ICDP på www.icdp.no.

52. <http://www.bufetat.no/foreldrerettleging/kommunar/> - oversikten viser kommuner som kan tilby ICDP. Flere av de små kommunene Barneombudet besøkte står på listen, men fortalte at de for tiden ikke tilbyr ICDP fordi de mangler instruktører med riktig språkbakgrunn.
53. Likeverdige helsetjeneste? – Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. Rapport, Den Norske Legeforening, 2008
54. Interne retningslinjer UNE – helsemessige forhold. <http://www.une.no/om-oss/Interne-retningslinjer/IR-AV-110112-OM-HELSEMESSIGE-FORHOLD/>
55. I sine interne retningslinjer viser UNE til helsepersonelloven: Dermed må man anta at det som kan tillegges vekt er erklæringer fra de yrkesgruppene som har autorisasjon eller lisens, ihht helsepersonellovens §§ 48 og 49.
56. FOR-2008-12-18 nr 1486: Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l.
57. Den norske legeforenings «Etiske regler for leger». <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikketiske-regler-for-leger/>
58. Fortelling, funn, fortolkning, formidling – en praktisk veileder for legers attestarbeid i spennet mellom innsikt, innlevelse, rammer og ressurser (2008). [http://legeforeningen.no/PageFiles/19807/en%20praktisk%20veileder%20for%20legers%20attestarbeid%20\(pdf\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/19807/en%20praktisk%20veileder%20for%20legers%20attestarbeid%20(pdf).pdf)
59. Etter ikrafttredelsen av forskrift om krav til helsepersonells attester (2009) og ny utlendingslov (2010).
60. FOR-2008-12-18 nr 1486: Forskrift om krav til helsepersonells attester, erklæringer o.l. § 4 j)
61. Interne retningslinjer UNE – helsemessige forhold. <http://www.une.no/om-oss/Interne-retningslinjer/IR-AV-110112-OM-HELSEMESSIGE-FORHOLD/>
62. FNs barnekomité, avsnitt 39 generell kommentar nr. 14
63. FNs barnekomité, avsnitt 123 generell kommentar nr. 12
64. FNs barnekomité, avsnitt 124 generell kommentar nr. 12
65. Interne retningslinjer UNE – helsemessige forhold. <http://www.une.no/om-oss/Interne-retningslinjer/IR-AV-110112-OM-HELSEMESSIGE-FORHOLD/>
66. I 2011 hadde totalt 145726 barn i alderen 0-19 år ett eller flere døgnopphold ved somatiske sykehus <http://www.ssb.no/a/kortnavn/pasient/tab-2012-04-20-01.html>. Imidlertid inkluderer dette 45754 friske nyfødte, i følge opplysninger fra avd for helsestatistikk i SSB, gitt i e-post av 18.10.2013. Tallet på friske nyfødte er trukket fra i teksten. Når barn fyller 18 år er de myndige og ikke lenger å regne som barn. I statistikkene til SSB er imidlertid aldersspennet 0-19 slik at det reelle antallet barn med døgnopphold vil være noe lavere enn det som er oppgitt her.
67. Her kan du lese mer om sykehusekspertene: <http://barneombudet.no/for-voksne/vare-publikasjoner/sykehusekspertene/>
68. Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 6
69. Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2
70. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 12
71. Barn født før 37 uker fullført svangerskap.
72. I følge informasjon fra professor Ola Didrik Saugstad, Oslo universitetssykehus, gitt i e-post 17.10.2013.
73. Generell kommentar nr. 7 (2005) Gjennomføring av barnets rettigheter i tidlig barndom.
74. Conde-Agudelo, Diaz-Russello & Belizana (2003) Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database Syst Rev, 2(2).
75. KMC er definert som «Early, prolonged, and continues skin-to skin contact between av mother and her newborn low birth-weight infant (< 2500g, viz preterm or low birth weight infant) both in hospital and after early discharge, with (ideally) exclusive breastfeeding and proper follow-up» (Cattaneo, Davanzo, Uxa & Tamburini, 1998, Recommendations for the implementation of kangaroo mother care for low birthweight infants. Acta Paediatrica, 87(4), 440-445.
76. Blomqvist, Rubertsson, Kylberg, Jøreskog & Nyqvist (2011) Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. Journal of Advanced Nursing.
77. NIDCAP (Newborn Individualized Development Care and Assessment Program) er en familiesentrert utviklingstilpasset omsorgsmodell til premature og syke nyfødte barn (<http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/nidcap>)
78. For en nærmere omtale om nødvendig og forsvarlig helsehjelp, se kapittelet om «Den juridiske rammen rundt barns helse.»
79. Tandberg, Bente Silnes, Rådgiver for forskning og utvikling ved nyfødteksjonen Vestre Viken HF, desember 2012
80. Helsepersonelloven § 16
81. H.P. Sandtrø (2009) Huden til det premature barnet, i: Tandberg og Steinnes Nyfødtsykepleie
82. Brev av 19.12.2013 fra Fylkesmannen i Oslo og Akerhus «Vurdering i tilsynssak - Nyfødteintensiv Rikshospitalet»
83. Rambøll Helsetilbudet til ungdom og unge voksne, Rapport IS-2044, HelseDirektoratet Desember 2012
84. Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon § 4
85. «Skole der du er. En utredning om videregående skoletilbud for pasienter på helseinstitusjon», Rapport fra Unge Funksjonshemmede 2013
86. Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4.
87. Rambøll Helsetilbudet til ungdom og unge voksne, Rapport IS-2044, HelseDirektoratet Desember 2012
88. Unge Funksjonshemmede «Unge Helse 2020 Veien til et helsetilbud tilpasset unge brukere»
89. Rambøll Helsetilbudet til ungdom og unge voksne, Rapport IS-2044, HelseDirektoratet Desember 2012
90. Rambøll Helsetilbudet til ungdom og unge voksne, Rapport IS-2044, HelseDirektoratet Desember 2012
91. Rambøll Helsetilbudet til ungdom og unge voksne, Rapport IS-2044, HelseDirektoratet Desember 2012
92. Presentasjon ved prosjektleder Kjersti Wilhelmssen Ahus 15. feb 2013
93. FNs barnekomité Generell kommentar nr. 15 «to adopt child-sensitive health approaches throughout different periods of childhood such as ... (c) adolescentfriendly health services which require health practioners and facilities to be welcoming and sensitive to adolescents, to respect confidentiality and to deliver services that are acceptable to adolescents» (para 52).
94. Lenke til WHO's nettside om ungdomshelse: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/
95. Rambøll Helsetilbudet til ungdom og unge voksne, Rapport IS-2044, HelseDirektoratet Desember 2012
96. FNs barnekomité Generell kommentar nr. 15
97. Se rapportens kapittel: «Møter med barn som metode.»
98. Hensikten med Karin-prosjektet er å tilby et helhetlig tilbud til voldsutsatte. Les mer i Meld. St. 15 (2012-2013) Forebygging av bekjempelse av vold i nære relasjoner og Karin-prosjektets nettsider <http://www.projektkarin.se/>
99. Mossige, S & Stefansen, K (2007): Vold og seksuelle overgrep mot barn og unge – En selvrapporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole. NOVA rapport nr 20/2007
100. Meld. St. 15 (2012-2013) Forebygging av bekjempelse av vold i nære relasjoner s. 51
101. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet «Barndommen kommer ikke i reprise, Strategi for å bekjempe vold og seksuelle seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)

102. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet «Barndommen kommer ikke i reprise, Strategi for å bekjempe vold og seksuelle seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017) og Unicef, State of the World's Children 2013 Children with Disabilities
103. Felitti, J. Vincent m.fl. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study i: American Journal of Preventive Medicine 1998; 14 (4)
104. Meld. St. nr 15 (2012-2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner (BLD)
105. Store medisinske leksikon <http://sml.sn.no/sosialpediatri>
106. Eide, Ann Kristin m.fl. Det beste må ikke bli det godes fiende! Om evaluering av overgrepsmottakene, Nordlandsforskning, NF-rapport nr. 11/12
107. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet «Barndommen kommer ikke i reprise, Strategi for å bekjempe vold og seksuelle seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)»
108. Mer informasjon, se nettsidene til Statens Barnehus: <http://www.statensbarnehus.no/>
109. Helsepersonell opptrer da som sakkyndig, og kan uten hinder av taushetsplikten gi opplysninger som er mottatt under utførelse av oppdraget og som har betydning for dette, helsepersonelloven § 27.
110. Bakketeig, Berg, Myklebust og Stefansen, Barnehus evalueringen 2012, delrapport 1, NOVA/Politi høgskolen
111. Bakketeig, Berg, Myklebust og Stefansen, Barnehus evalueringen 2012, delrapport 1, NOVA/Politi høgskolen
112. Kun seks barn svarte at de hadde vært til undersøkelse den aktuelle dagen, noe som var for lite til å kunne brukes i evalueringen. Voksenmaterialet gir imidlertid et lite innblikk i hvordan barna opplevde undersøkelsen, og det er dette som er gjengitt her.
113. Stefansen, Gundersen og Bakketeig Barnehus evalueringen 2012, Delrapport 2 NOVA Rapport 9/2012, s. 100
114. Stefansen, Gundersen og Bakketeig Barnehus evalueringen 2012, Delrapport 2 NOVA Rapport 9/2012, s. 8
115. Sosialpediatere har særlig kompetanse til å undersøke og følge opp barn utsatt for vold og seksuelle overgrep.
116. Se rapportens kapittel «Den juridiske rammen rundt barns helse.»
117. Myhre, Mia, Lindboe og Dyb – Oppdager sykehusene barnemishandling? En kartlegging av utredningspraksis, NKVTS 2010
118. Lenke til håndboken til NKVTS http://www.nkvts.no/aktuelt/Sider/Hvordan_avdekke_vold_mot_barn.aspx
119. Lenke til prosedyren ved Oslo universitetssykehus <http://www.sakkyndig.com/psykologi/artvit/mishandling.pdf>
120. Meld. St. nr 15 (2012-2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner (BLD)
121. Berggrav, Silje «Tåler noen barn mer juling?» En kartlegging av hjelpeapparatets håndtering av vold mot barn i minoritetsfamilier, Redd Barna – rapport 2013
122. Piene (2002) oversatt og referert til på hjemmesidene til NKVTS: http://www.nkvts.no/tema/Sider/BehandlingavBarnutsattforVoldellerseksuelleseksuelle_overgrep.aspx
123. FNs barnekomité Generell kommentar nr 15, para 15
124. Meld. st. nr 15 (2012-2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner (BLD) s. 81
125. FNs barnekomité Generell kommentar nr 13, para 52
126. FNs konvensjon om sosiale, økonomiske og kulturelle rettigheter artikkel 12 gjelder også for barn. Praksis fra FNs komité om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter vil være av interesse når man skal fastlegge innholdet av barnekonvensjonens bestemmelser.
127. Halvorsen og Aasen (2012) Barns rett til helsetjenester s. 187, i Høstmælingen, Kjørholt, Sandberg (red) Barnekonvensjonen, Universitetsforlaget
128. FNs barnekomité generell kommentar nr 15 para 23
129. En generell kommentar er uttalelser fra Barnekomiteen om hvordan komiteen mener konvensjonen skal tolkes på ett bestemt tema. Kommentarene er ikke rettslige bindende, men er verdifulle retningslinjer for hvordan konvensjonen kan forstås.
130. Smith (2012) FNs konvensjon om barns rettigheter i Høstmælingen, Kjørholt, Sandberg (red) Barnekonvensjonen, Universitetsforlaget
131. Halvorsen og Aasen (2012) Barns rett til helsetjenester s.187, i: Høstmælingen, Kjørholt, Sandberg (red) Barnekonvensjonen, Universitetsforlaget.
132. FNs barnekomité generell kommentar nr. 15 para 14.
133. FNs barnekomité generell kommentar nr. 15 para 19.
134. FNs barnekomité generell kommentar nr. 15 para 17.
135. FNs barnekomité generell kommentar nr. 15 para 99.
136. Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1.
137. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a.
138. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-16.
139. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a.
140. Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3c.
141. Prop 91 L (2010-2011).
142. Prop 91 L (2010-2011).
143. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1
144. Helsepersonelloven § 4.
145. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.
146. Helsepersonelloven § 16.
147. Kjønstad (2007), Helseret, s. 226-227.
148. Forskrift av 16.12. 2011 nr. 1255.
149. Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-1.
150. Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-3.
151. Pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2.