



BARNEOMBUDETS FAGRAPPORT 2013

HELSE PÅ BARNES PREMISSER



BARNEOMBUDET

**Takk til alle barn og unge
som har bidratt i arbeidet
med rapporten!**

Design: Provinsen
Foto: Sidsel Hommersand
Trykk: Møklegaards Trykkeri AS
Opplag: 1500 stk.
ISBN:
978-82-7987-037-1 (trykk)
978-82-7987-038-8 (PDF)

INNHOOLD

Forord	6	• Helseplager hos barna	41
Sammendrag	8	• Rett til barnehage og videregående skole	42
Møte med barn som metode	17	GOD PSYKISK HELSE FOR BOSATTE BARN MED FLUKTBAGGRUNN	42
1. En forsvarlig skolehelsetjeneste?	20	• Et lavterskel psykisk helsetilbud	42
• Metode	20	• Kartlegging av barns psykiske helse	44
EN SKOLEHELSETJENESTE PÅ ELEVENES ARENA	22	• Et helhetlig tilbud	44
• Elevene ønsker en tilgjengelig skolehelsetjeneste	22	• Skole gir god helse	45
• Elevene ønsker mer informasjon om tjenesten	23	• Hjelp til hele familien	45
ELEVENE SAVNER MED KOMPETANSE	24	BARNES HELSE I UTLENDINGSNEMNDAS SAKER	47
• Vold og overgrep	24	• Kvalitet og innhold i helseerklæringer	48
• Barn med fluktbakgrunn	25	• Forvaltningens vurdering av helseerklæringer	50
• Psykiske helseplager	26	• Vurderingen av helse som grunnlag for oppholdstillatelse	51
• Skolehelsetjenesten må hjelpe elever videre	26	BARNEOMBUDETS ANBEFALINGER OM HELSE- TILBUDET TIL BARN MED FLUKTBAGGRUNN	53
ET GAP MELLOM ÅRSVERK OG ANBEFALT NORM	28	3. Barn på sykehus	56
• Kommunene prioriterer ikke skolehelsetjenesten	29	• Lovverk	56
TILSYNET MÅ STYRKES	31	• Metode	57
• Skolehelsetjenesten må rapportere	31	BARN PÅ NYFØDTINTENSIVAVDELINGER	57
• Fylkesmennenes rolle	32	• Forholdene for barna	57
EN TJENESTE PÅ BARN OG UNGES PREMISER	33	FORHOLDENE FOR FORELDRE PÅ NYFØDTINTENSIVAVDELINGER	60
BARNEOMBUDETS ANBEFALINGER OM EN FORSVARLIG SKOLEHELSETJENESTE	35	• Familiebasert nyfødtomsorg er best for barn	61
2. Helsesituasjonen til barn med fluktbakgrunn	36	• Antall familiebaserte avdelinger idag	62
• Lovverk	39	• Et sykehus som får det til	62
• Metode	39	• Bekymring knyttet til uforsvarlig praksis	63
HVORDAN PÅVIRKER DET BARNES HELSE Å BO LENGE I ASYLMOTTAK	40	UNGDOM PÅ SYKEHUS	64
		• Kun én av tre barneavdelinger har 18 års aldersgrense	65
		• Manglende tilrettelegging for ungdom	66
		• Helsepersonell må møte ungdom på en likeverdig måte	66
		• 10 råd til helsepersonell fra ungdom	68
		• Dårlig planlagte overganger fra barneavdeling til voksenavdelinger	69

• Ungdom og medvirkning på sykehus	71	• Informasjon	91
• Akershus Universitetssykehus - eget ungdomsråd	72	• De fysiske lokalene er viktige	92
• To sykehus med ungdom i fokus	73	• Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk	94
• En fremtidig satsing på ungdomshelse	73	• Om organisering av hjelpetilbudet	
BARNEOMBUDETS ANBEFALINGER OM BARN PÅ SYKEHUS	75	BARNEOMBUDETS ANBEFALINGER OM HELSETILBUDET TIL BARN UTSATT FOR VOLD OG SEKSUELLE OVERGREP	95
4. Helsetilbudet til barn utsatt for vold og seksuelle overgrep	76	5. Den juridiske rammen rundt barns helse	96
• Lovverk	78	BARNEKONVENSJONENS FORPLIKTELSE	96
• Metode	79	• Barnekonvensjonen artikkel 24	96
• Omfang	79	• Barnekonvensjonen artikkel 4	97
• Helsemessige konsekvenser	79	• Begrensning i statens forpliktelse for sosiale og økonomiske rettigheter	97
MEDISINSKE UNDERSØKELSER	80	• Andre bestemmelser i barnekonvensjonen	97
• Hvor foregår de medisinske undersøkelsene?	80	KORT OVERSIKT OVER HELSERETTEN	98
• Hvem bør foreta medisinske undersøkelser	80	• Pasient- og brukerrettigheter	98
• Store variasjoner i tilbud om medisinsk undersøkelse	80	• Hva er nødvendig helsehjelp	98
> AKUTTLILBUDET	81	• Hva er forsvarlig helsehjelp	99
• Egne volds- og overgrep mottak for barn	82	• Barn har særskilte rettigheter	99
• Sterke kompetansemiljøer	83	Linker og fotnoter	100
• Når skal vold- og overgrepsmottakene benyttes?	83		
> MEDISINSKE UNDERSØKELSER PÅ STATENS BARNEHUS	84		
• Få barn får medisinske undersøkelser ved barnehusene	85		
KOMPETANSE OG KAPASITET I HELSETJENESTEN	86		
• Sykehusene må ha kompetanse	86		
• Spesialisthelsetjenesten - for få sosialpediatere på sykehusene	86		
• Kompetanseheving i helseforetakene	88		
• Primærhelsetjenesten	88		
• Vold og seksuelle overgrep i medisinstudiet	89		
OPPFØLGINGSTILBUD - INSPILL FRA BARN	90		
• Hvordan møte et barn som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep	90		

FORORD – Helse på barns premisser



Barnehelse handler ikke bare om å sikre barn mot sykdom. God barnehelse handler om å sikre fysisk, psykisk og sosial trivsel for barn. Først når vi klarer å sikre alle disse elementene, kan vi snakke om god barnehelse. Norske barn har et av verdens beste helsetilbud, men hva mener barn og unge selv om tjenestene de blir tilbudt? Har alle norske barn egentlig tilgang til likeverdige og gode helsetjenester?

I arbeidet med denne rapporten har vi funnet flere alvorlige mangler ved dagens helsetilbud til barn. Babyer på nyfødtintensivavdelinger får ikke ha foreldrene sine hos seg hele tiden, en rettighet som er selvfølgelig for større barn som kan rope på mamma og pappa. Ungdommer på sykehus faller ofte mellom to stoler, sykehusavdelingene er enten tilpasset små barn eller voksne. De færreste barneavdelinger har kompetanse og ressurser til å fange opp og hjelpe barn utsatt for vold og seksuelle overgrep. Altfor få voldsutsatte barn blir undersøkt av lege, noe som svekker deres rettssikkerhet og mulighet til å få hjelp med alvorlige helseproblemer.

Som voksne kan vi plukke opp telefonen og bestille time hos fastlege eller spesialist hvis livet er vanskelig. Når barn trenger hjelp med sine problemer må de banke på en dør i en skolehelsetjeneste som altfor ofte er stengt. Barnas eget lavterskel helsetilbud er grovt underprioritert i mange av landets kommuner. Barn med flukt-bakgrunn bærer ofte med seg psykiske belastninger i bagasjen. Altfor mange fanges ikke opp, og helsehjelpen de har behov for er fragmentert og lite tilgjengelig.

Barnekomiteens generelle kommentar nr. 15 om barns rett til best tilgjengelige helsetjenester sier mye viktig om statens ansvar for å sikre barns helse. Barnekomiteen pålegger staten å utvikle gode

primærhelsetjenester for barn, spesielt i skolen. Tjenestene skal være tilgjengelige over hele landet, og sårbare barn skal tas spesielt hensyn til.

Barnekomiteen er krystallklar på at staten har det overordnede ansvaret for å sikre barn god helse, selv om arbeidet blir gjort i kommunene. Statens ansvar innebærer sikring av ressurser, men også kontroll av kvaliteten på tjenestene og sikring av muligheten til å klage hvis tjenestene ikke er gode nok.

Barnekomiteen er også opptatt av barns rett til å bli hørt i helsevesenet, både som individuelle brukere av tjenestene, men også når tjenestetilbudet skal utformes.

Vi er altfor dårlige til å involvere barn som brukere og eksperter på helsefronten. Hvordan kan vi bygge en god skolehelsetjeneste eller et godt etterbehandlingstilbud til barn og unge utsatt for vold og overgrep uten å lytte til deres erfaringer og ønsker?

Mitt håp er at denne rapporten kan inspirere alle som jobber med barnehelse til å involvere barn og unge i arbeidet med å utvikle gode helsetjenester til barn - helse på barns premisser!

Tusen takk til alle dere som har bidratt. En ekstra stor takk går til barn og unge som har gitt oss verdifull informasjon om sine erfaringer som brukere av helsetjenester for barn. Uten deres stemmer og erfaringer hadde denne rapporten vært verdiløs.

- ANNE

SAMMENDRAG

prosjektet «Helse på barns premisser» har Barneombudet foretatt et dypdykk i utvalgte helsetjenester for barn. Dette har vi gjort ut fra erfaringer som vi selv, barn, og fagpersoner sitter med. Erfaringene har ført til at vi har blitt bekymret for at viktige helsetjenester til barn er nedprioritert, med lite fokus på barns behov og rett til medvirkning.

For Barneombudet er det viktig å lytte til barns oppfatninger og anbefalinger. Vi har derfor diskutert helsetjenester med mange barn i dette prosjektet. I tillegg har vi foretatt spørreundersøkelser og snakket med fagfolk, forskere og offentlig ansatte som arbeider med barns helse.

På bakgrunn av informasjon og erfaringer i prosjektet kommer Barneombudet med en rekke anbefalinger i rapporten.

En forsvarlig skolehelsetjeneste?

Skolehelsetjenesten er elevenes egen lovpålagte helsetjeneste. I tillegg til lovpålagte oppgaver har tjenesten en unik mulighet til å treffe barn og unge på deres arena, og bidra til at de får rask hjelp når noe er vanskelig.

Elevene vi har snakket med opplever likevel tjenesten som lite tilgjengelig. De mangler informasjon om tjenesten, og de savner en skolehelsetjeneste som er til stede på skolen hver dag.

I Norge mangler det ca. 1500 stillinger i skolehelsetjenesten for at Helsedirektoratets anbefalte norm for tjenesten skal virkeliggjøres. Helsedirektoratet har beregnet at det vil koste mellom 560 og 800 millioner å komme opp på det nivået som er anbefalt for skolehelsetjenesten.

Dagens situasjon er en tjeneste som kun tilbyr det aller mest nødvendige, med lange ventelister og

Hovedkapitler:



liten mulighet til å være et reelt lavterskeltilbud til barn. I tillegg mangler tjenesten kompetanse om vold og overgrep, psykisk helse og helseplager hos barn med fluktbakgrunn.

Få elever og foreldre klager på skolehelsetjenesten. I tillegg er det få helsesøstre som melder fra om mangler i tjenesten. De som er nærmest til å definere behovet, blir dermed satt på sidelinjen når kommunale prioriteringer gjøres.

I dag er det utfordrende for Fylkesmennene å gjøre en forsvarlighetsvurdering av skolehelsetjenesten, blant annet fordi det kun foreligger anbefalinger for tjenesten, og ingen rettslig bindende norm.

Barneombudets råd til skolehelsetjenesten:

- Skolehelsetjenesten må oppsøke barn og unge aktivt og informere om tjenestetilbudet, meldeplikt og taushetsplikt.
- Helsesøstre må involvere seg aktivt i det kommunale planarbeidet.
- Helsesøstre må rapportere oppover i systemet når det er svikt i tjenesten.
- Skolehelsetjenesten må ha gode rutiner for samarbeid med elever og ansatte i skolen og kommunehelsetjenesten.

Barneombudets anbefalinger til kommunene:

- Kommunene må kartlegge kompetansebehovet i skolehelsetjenesten hver gang de legger planer for forebyggende helsearbeid.

- Kommunene må ha gode helsetjenester til barn og unge, med tilstrekkelig kompetanse på psykisk helsearbeid generelt, psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge med fluktbakgrunn og barn utsatt for vold og overgrep.
- Kommunene må ta barn og unge aktivt med i planleggingen av tilbudet i skolehelsetjenesten.
- Barn må høres ved internkontroller i kommunene.

Barneombudets anbefalinger til statlige myndigheter:

- Myndighetene må fastsette en rettslig bindende minimumsnorm for hvor mange helsesøstre som skal være ansatt i barne-, ungdoms- og videregående skole.
- Skolehelsetjenesten må gis øremerkede ressurser.
- Skolehelsetjenesten må suppleres med flere faggrupper.
- Fylkesmennene må følge tettere opp kommuner som ikke gir et forsvarlig skolehelsetjenestetilbud.
- Etter tilsyn må Fylkesmannen få mandat til å gjennomføre strengere reaksjoner overfor kommuner som ikke tilbyr barn og unge en forsvarlig skolehelsetjeneste.
- Helse- og omsorgsdepartementet og Fylkesmennene må sørge for at barn og unge blir hørt ved tilsyn.

Helsesituasjonen til barn med fluktbakgrunn

Helsesituasjonen til barn i asylmottak

Barn med fluktbakgrunn kan ha spesielle behov, og opplevelser i hjemlandet eller under flukten kan påvirke deres psykiske helse. I Norge bor de aller fleste asylsøkere først i asylmottak, og det er tidligere utført en del undersøkelser om ulike sider ved levekårene i slike mottak. Det finnes likevel lite systematisk og

dokumentert kunnskap i Norge om hvordan det å bo i asylmottak over tid påvirker helsen til barn.

Barn utgjør en stor andel av beboerne i mottak (ca 21 prosent i 2013). Barna selv forteller hvordan det å vente og være usikker er noe som påvirker helsen. Mangelen på en normal hverdag utenfor mottaket kan medføre ulike helseplager hos barn. Manglende tilgang til barnehage og skole i perioden på asylmottak har også betydning for barns helse.

Gjennom prosjektet har vi funnet indikasjoner på at lang botid i asylmottak har negative helsekonsekvenser for barn. Det er derfor viktig at vi sikrer bedre 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
- 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.

Psykisk helse etter bosetting

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 ivaretas etter at de er bosatt i kommuner.

Barneombudet har snakket med bosatte barn og unge som forteller om ulike grader av psykiske helseproblemer. De fleste forteller om «mindre» alvorlige problemer, som ensomhet, usikkerhet, sorg og savn. Enkelte kan også fortelle om mer alvorlige problemer, for eksempel dypere depresjoner og store problemer med aggresjon.

Tilgangen til et lavterskeltilbud med kvalifisert psykisk helsehjelp virker å være 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. I tillegg er det behov for bedre kartlegging av barns psykiske helse for å hindre at det blir tilfeldig hva slags oppfølging barna får.

Regionsentrene¹ uttrykker også at barnas helse-situasjon er nært knyttet opp til foreldrenes helse og livssituasjon. Mange foreldre klarer ikke å fungere som gode omsorgspersoner på grunn av den pressede situasjonen de er i.

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).
- 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.

Behandling av helseopplysninger i Utlendingsnemnda

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. Helsepersonell mener at utlendingsmyndighetene ikke forstår alvoret i barns helse-tilstand, mens utlendingsmyndighetene påpeker den manglende kvaliteten på helseerklæringene.

Vi har derfor brukt vår innsynsrett til å se gjennom en rekke vedtak gjort av UNE, med særlig fokus på innholdet i og kvaliteten på helseerklæring i barns asylsaker. Vi har sett på hvordan informasjonen i helseerklæring vurderes av saksbehandlere og beslutningstakere i UNE, og hva det innebærer i praksis at terskelen for å gi barn med helseproblemer opphold på grunn av sterke menneskelige hensyn (utlendingsloven § 38) skal være lavere enn for voksne.

Vår gjennomgang av helseerklæring som kom inn til UNE viste gjennomgående ufullstendige

eller ikke gyldige helseerklæring, og erklæring som ikke skiller mellom subjektive vurderinger og objektive funn. Det er et klart forbedringspotensial for helseerklæring.

I de sakene vi har gått gjennom varierer det kraftig hvor mye plass helseopplysningene er viet i hvert enkelt vedtak. Helseopplysninger inngår 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.

Det er gjennomgående usikkerhet blant saksbehandlere om hvor terskelen skal ligge for å gi barn oppholdstillatelse på bakgrunn av helseanførsler. 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, retursituasjonen eller andre forhold. Uklarhet kan føre til usaklig forskjellsbehandling, og til at praksis ikke samsvarer med lovgivers intensjon.

Barneombudet anbefaler:

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

Barn på sykehus

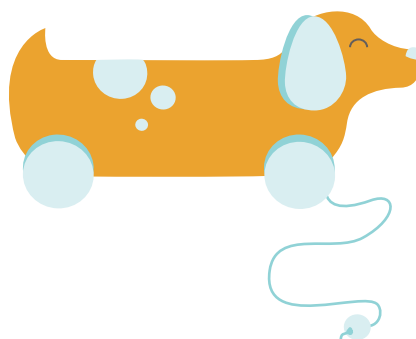
Uavhengig av hverandre er de yngste og de eldste barna to grupper som det må tilrettelegges spesielt for på sykehus. Barneombudet er bekymret for at sykehusene ikke er flinke nok til å legge til rette for disse barna. I denne delen av rapporten har vi derfor sett nærmere på hvordan sykehusene tar vare på de yngste og eldste barna.

De aller fleste, bortsett fra én nyfødtintensivavdeling vi besøkte, har utfordringer knyttet til trange og/eller uhensiktsmessige lokaler. Det er trangt, støyfullt og preget av stress, og alle disse faktorene har negativ påvirkning på både barn og foreldre i en sårbar periode. Vi er bekymret for at noen nyfødtintensivavdelinger er organisert og innrettet slik at den helsehjelpen som ytes barna er i ferd med å bli, eller allerede er uforsvarlig. Barneombudet har besøkt sykehus som har innrettet barneintensivavdelingene etter prinsippet om familiebasert nyfødtomsorg, og ser at denne organiseringen er svært positiv for både foreldre og barn.

Ungdom og unge voksne faller inn under helse-tjenester til barn og/eller voksne, men omtales sjelden som en egen gruppe. Barn under 18 år skal fortrinnsvis legges inn på egne barneavdelinger. Vår undersøkelse viser at bare én av tre barneavdelinger har 18 års grense, og at noen sykehus legger barn helt ned i 13-årsalderen på voksenavdelingene. Det finnes i tillegg svært få skriftlige rutiner ved norske sykehus når barn skal overføres fra barne- til voksenavdeling.

Sykehusene tilrettelegger bare i svært begrenset grad for ungdom. Ungdommene vi har snakket med trekker frem hvor viktig det er at legene møter dem på en ordentlig måte. De har også laget ti råd til helsepersonell, som presenteres i dette kapittelet.

Ungdom har mange erfaringer og kan gi gode råd til både drift og utvikling av helseforetak.



Våre møter med ungdom, besøk på sykehus og spørreundersøkelsen vi foretok, har bekreftet våre antagelser om at ungdom har få muligheter til å bli hørt og få innflytelse over egen hverdag på sykehuset. I flere vestlige land er ungdomshelse

en egen gren. Også Verdens helseorganisasjon, WHO, har i flere år vært opptatt av ungdomshelse. Det er på tide at vi etablerer ungdomshelse som egen helsegren også i Norge.

Barneombudet anbefaler:

- I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene bør Helse- og omsorgsdepartementet pålegge helseforetakene å bygge familiebaserte enheter ved nyfødtintensivavdelingene i helseregionen.
- I påvente av nybygg eller lignende må det kreves at det foreligger konkrete planer om hvordan helseforetaket skal legge til rette for en familiebasert nyfødtomsorg.
- Det bør utarbeides nasjonale retningslinjer for nyfødtintensivomsorgen som sikrer barnet en reell mulighet til å ha foreldrene hos seg hele tiden, på lik linje med andre barn på sykehus.
- Alle barneavdelinger på sykehus bør ha en 18-årsgrense på overføring til voksenavdeling.
- Det må etableres en ungdomskordinator på alle sykehus.
- Ungdom må få alenetid på legevisitten og når de er på kontroll sammen med foreldrene.
- Alle sykehus må etablere skriftlige rutiner for overføring fra barneavdeling til voksenavdelinger.
- Alle sykehus må etablere egne ungdomsråd.
- Ungdomsrådet må etableres sentralt i sykehussystemet, i sammenheng med allerede eksisterende brukerutvalg.
- Helsemyndighetene må utarbeide en strategi for ungdomshelse.
- Strategien for ungdomshelse må inkluderes i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.
- Helsemyndighetene må lage en veileder for hvordan tjenestene kan jobbe med ungdomshelse. I utarbeidelsen av veilederen bør det innhentes kunnskap fra ungdom selv.

Helsetilbudet til barn utsatt for vold og seksuelle overgrep

Regjeringen gjennomførte i 2012 en voldsmåling hvor man registrerte henvendelser om vold i nære relasjoner til politi og utvalgte deler av hjelpeapparatet i løpet av en tilfeldig valgt uke. Undersøkelsen viste at mer enn 900 barn ble registrert utsatt for vold eller seksuelle overgrep den aktuelle uken. I denne delen av prosjektet har vi tatt for oss noen sentrale deler av helsetilbudet til barn som har vært utsatt for vold- og seksuelle overgrep. Vi etablerte to ekspertgrupper med barn utsatt for vold eller seksuelle overgrep. De gir i kapitlet konkrete råd til dem som skal møte barn i tilvarende situasjon.

Barn utsatt for vold og seksuelle overgrep er en særlig sårbar gruppe. Det er av stor betydning at de møtes av en helsetjeneste som både evner å avdekke mishandlingen, sikre bevis til en eventuell straffesak og ivareta barnet – både akutt og på lengre sikt.

Barneombudet mener det er viktig at alle barn som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep får en medisinsk undersøkelse foretatt av leger med utdanning i sosialpediatri. Erfaringene fra prosjektet tilsier likevel at det er store variasjoner når det gjelder tilbudet om medisinske undersøkelser til disse barna. Det finnes i dag ikke noe enhetlig akuttmedisinsk tilbud, og det er store geografiske variasjoner når det gjelder hvilken institusjon barnet skal til, om tilbudet er døgnbemannet og om de som tar i mot barna har særlig

kompetanse på barn utsatt for vold og seksuelle overgrep. Evalueringen av barnehusene i 2012 viser i tillegg at kun 13% av barna fikk en medisinsk undersøkelse der.

En god medisinsk undersøkelse kan være avgjørende for å sikre barnets rettssikkerhet i en fremtidig retts sak, og manglende medisinsk undersøkelse kan være en av grunnene til at slike saker ofte henlegges. Det krever mye kompetanse og erfaring å gjøre slike undersøkelser. Barneombudet støtter derfor at det opprettes egne volds- og overgrepsmottak for barn. Vi mener også at tilbudet til disse barna må forankres i spesialisthelsetjenesten.

Vold og seksuelle overgrep er et krevende fagfelt, både medisinsk og ikke minst emosjonelt. Det er derfor viktig med kompetanse i alle ledd. Barneombudet har spurt alle barneavdelingene ved landets store sykehus hvor mye legetid, målt i stillinger, som brukes til sosialpediatrisk arbeid. Svarene viser at det er svært få stillinger som er spesifikt avsatt til dette, til tross for at det er spesifisert i oppdragsbrevene til helseforetakene at de skal sikre kompetanse på vold og overgrep. I tillegg brukes det lite tid på kompetanseheving, både i utdanning og for leger i arbeid.

Mange barn som har erfaring med vold og seksuelle overgrep, og som har behov for oppfølging, passer ikke inn i psykisk helsevern for barn og unge slik denne tjenesten fungerer i dag. Her er det gjerne fokus på diagnostisering og sykdom. Barneombudet har tro på at man bør tenke nytt for å klare å hjelpe disse barna. I stedet for å ta utgangspunkt i dagens hjelpeapparat, og forsøke å putte disse barna inn i det eksisterende tilbudet, bør man gjøre en analyse av hva disse barna faktisk trenger, og så organisere tilbudet deretter.

Barneombudet anbefaler:

- Det må opprettes egne volds- og overgrepsmottak for barn tilknyttet sykehusene med de største barneavdelingene.
- Alle barn som har vært utsatt for alvorlig vold eller seksuelle overgrep bør så raskt som mulig undersøkes av helsepersonell med spesialkompetanse.
- Alle barn som kommer til barnehuset må få tilbud om medisinsk undersøkelse, med mindre det ikke anses å være til barnets beste. Dette må i så fall begrunnes.
- De regionale helseforetakene må sørge for at det finnes tilstrekkelig antall fagpersoner til å dekke behovet for medisinske undersøkelser på barnehuset.
- Alle større barneavdelinger må ha minimum én stilling satt av til sosialpediatrisk arbeid, gjerne flere.
- Alle barneavdelinger bør ha et tverrfaglig sosialpediatrisk team bestående av barnelege, sykepleier, sosionom, psykolog/barnepsykiater, og ansvarlige fagpersoner fra andre involverte avdelinger etter behov.
- Alle avdelinger som behandler barn bør ha minst én person med fagansvar for vold og overgrep mot barn.
- Det må opprettes obligatoriske kurs om vold og seksuelle overgrep i spesialistutdanningen for alle sykehusspesialister som jobber med barn.
- Det bør finnes én prosedyre om barnemishandling som gjelder for hele sykehuset og alle aktuelle avdelinger.
- Det må opprettes obligatoriske kurs om vold og seksuelle overgrep for legevaktleger og fastleger.
- Helsesøstres kompetanse til å fange opp barn og unge som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep må styrkes.
- Kommunene må ha gode helsetjenester til barn og unge, med tilstrekkelig kompetanse på psykisk helsearbeid rettet mot barn utsatt for vold og overgrep (se kapittelet om skolehelsetjeneste).
- De medisinske fakultetene må sikre at vold og seksuelle overgrep får tilstrekkelig fokus gjennom hele legeutdannelsen.
- Myndighetene må sørge for at barns erfaringer og ønsker kommer fram når man skal organisere og forme tilbudet til barn som har opplevd vold eller seksuelle overgrep.

MØTER MED BARN SOM METODE

FNs barnekonvensjon artikkel 12 sier at barn har rett til å bli hørt i saker som angår dem og at barns meninger skal tillegges vekt. Det er barn og unge selv som er eksperter på å være barn og unge. Samtidig er det de voksne som tar beslutninger for dem. Derfor er det lett for at voksne overser både små og store detaljer i tilbud til barn, det gjelder spesielt i tilbudet til utsatte grupper.

Barneombudet skiller mellom ekspertmøter og ekspertgrupper. Når vi snakker om ekspertmøter mener vi relativt korte engangsmøter med en gruppe unge. Det kan være om et tema vi er opptatt av der og da. Slike ekspertmøter har vi ofte før en konferanse, f.eks. et møte på en skole, besøk på en ungdomsklubb osv. Møtene varer som oftest mellom 1 og 4 timer. Ekspertgrupper er sammensatte grupper av barn og unge med erfaringer på et gitt område som over en periode skal jobbe med viktige problemstillinger sammen med Barneombudets rådgivere. Barneombudet har laget en håndbok for bruk av barn som eksperter. Den finnes på våre nettsider. Vi oppfordrer alle som leser denne rapporten til å dra barn og unge aktivt med i sitt arbeid. Det skaper reell medvirkning og gode tjenester for barn.

Barneombudet oppretter ekspertmøter og ekspertgrupper for at barn og unge med ulike erfaringer skal bli hørt, og for at deres meninger og erfaringer skal komme frem når myndighetene tar beslutninger som angår den aktuelle gruppen barn. I tillegg har vi et fast ungdomspanel som kommer med innspill til det vi jobber med, og kommer med råd om hva vi bør jobbe med. Ungdomspanelet har også kommet med innspill underveis i arbeidet med «Helse på barns premisser».

I dette prosjektet har vi benyttet både ekspertgrupper og ekspertmøter. Vi har møtt mange barn for å høre deres erfaringer med helsetjenester for barn. Til sammen har vi snakket med rundt 170 barn.

I tillegg til møtene med barn har vi også møtt en rekke forskere, helsearbeidere og andre som arbeider med barns helse.

Rapporten er ikke forskning. Den er først og fremst et bidrag fra barn selv om hva som kan gjøres for å bedre skape en helsetjeneste på deres premisser. Rapporten inneholder også vurderinger og anbefalinger fra Barneombudet, basert på den informasjonen vi har samlet i prosjektet.



**EN FORSVARLIG
SKOLEHELSETJENESTE?**



En forsvarlig skolehelsetjeneste?

Skolehelsetjenesten, med helsesøster i spissen, skal ikke bare gi vaksiner eller gi råd om kosthold og prevensjon. Helsesøster har også en mulighet til å være en viktig voksenperson for barn på flere måter. Hun oppleves ofte som en ufarlig voksen som barn kan snakke med når livet byr på store utfordringer. Helsesøster kan lytte, hun kan gi råd og hun kan hjelpe barn med å komme i kontakt med andre tjenester hvis hun ser at det er nødvendig. Det er mye forebyggende helsearbeid i dette.

Skolehelsetjenesten er elevenes egen lovpålagte helsetjeneste. I tillegg til lovpålagte oppgaver som vaksinerings, måling og veiing, har tjenesten en unik mulighet til å treffe barn og unge på deres arena og bidra til at de får rask hjelp når noe er vanskelig.

Barnekonvensjonens artikkel 24 understreker statens og kommunenes ansvar for å sikre barn og unge kvalitativt gode og tilstrekkelige helsetjenester. Den kommunale helse- og omsorgsloven (Helse- og omsorgsloven) nevner eksplisitt skolehelsetjenesten som en del av kommunens forebyggende- og helsefremmende tjenester.² Ved å fremheve dette tilbudet spesifikt i loven, gis det klar beskjed om at et slikt tilbud inngår i en forsvarlig helsetjeneste for barn og unge.

Barneombudet har i mange år vært usikker på om skolehelsetjenesten er bemannet på en forsvarlig måte. Mange barn og unge har gitt oss bekymringsfulle innspill om hvordan det står til på deres skole.

Vi er klar over at det er variasjoner mellom kommuner og mellom ulike skoler, men i grove trekk: Står det så dårlig til i skolehelsetjenesten som

det vi kan få inntrykk av? Og hvis så, hva må til for å få den opp på et nivå som gjør den til et reelt og forsvarlig tilbud til barn og unge?

I denne delen av prosjektet har det vært viktig for oss å få vite mer om en tjeneste som vi så ofte anbefaler barn og unge å ta kontakt med. Vi må kunne føle oss trygge på at denne tjenesten faktisk finnes der ute, og gir et godt tilbud.

Metode

For å få informasjon om hvordan skolehelsetjenesten fungerer, har Barneombudet snakket med barn og unge om deres erfaringer med skolehelsetjenesten. Vi har gjennomført tilsammen 12 ekspertmøter³ spredt på fylkene Troms, Oslo, Østfold og Hordaland. Ungdommene representerer både små og store kommuner. Noen av gruppene

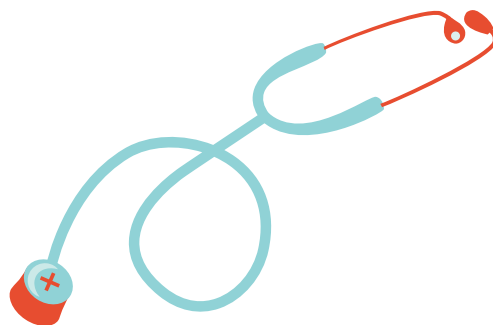


er tilfeldig sammensatt fra de skolene de går på. Andre er satt sammen fordi de har erfaringer med å bruke skolehelsetjenesten. Vi har også fått kunnskap fra barn som har deltatt i Barneombudets ekspertgrupper med barn som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep, og barn med flukt-bakgrunn.

For å danne oss et mer helhetlig bilde av barn og unges helse og dagens situasjon i skolehelsetjenesten, har vi sett på tilgjengelige data fra undersøkelser om barn og unges helsetilstand. Vi har også snakket med fag- og forskningsmiljøer, samt besøkt fylkesmannsembeter.

Videre har vi hatt møter med representanter fra Landsgruppen for helsesøstre i Norsk sykepleierforbund, Helsedirektoratet, Kommunenes Sentralforbund (KS), Norsk Institutt for by- og regionforskning (NIBR), NOVA, Fylkesmannen i Østfold

og Oslo/Akershus og Statens Helsetilsyn. I tillegg har vi drøftet problemstillinger om skolehelsetjenesten med helsesøstergruppen i Oslo, lokale helsesøstre i andre kommuner, rektorer, politisk ledelse i kommuner, kommunaldirektører og virksomhetsledere.



En skolehelsetjeneste på elevenes arena

Skolehelsetjenesten er plassert på skolen, på barnas arena. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud hvor elever kan droppe innom uten timeavtale, uten lang ventetid og uten at det koster penger. Det gjør at helsesøster, og andre ansatte i denne tjenesten, har en unik mulighet til å møte og hjelpe alle barn og unge der de er, på deres premisser og uavhengig av sosial bakgrunn og tilhørighet.

I Folkehelsemeldingen heter det at skolehelsetjenesten skal være en støtte for barn og unge i en sårbar fase i livet. Rundt halvparten av elevene i ungdomsskolen og videregående skole bruker tjenesten. Dette gjør det mulig å avdekke problemer tidlig, og å nå frem til alle barn og unge uavhengig av sosial bakgrunn.⁴ Å komme tidlig inn i en problemutviklingsfase betyr at barnet raskt kan få hjelp når noe er vanskelig, for eksempel på skolen, med venner, eller i hjemmet. En kompetent helsesøster kan støtte og veilede barnet til riktig hjelp. Dette kan forebygge at plagene får utvikle seg og bli så alvorlige at barnet blir behandlingstrengende og må henvises til psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Her er det i tillegg ofte lange ventelister på å komme i behandling.

Elevene ønsker en tilgjengelig skolehelsetjeneste

«Og ikke si at jeg skal oppsøke helsesøster, for hun er ikke der!»

Et lavterskeltilbud betyr at den som trenger bistand, i denne sammenheng eleven, får hjelp uten å måtte vente for lenge. Det betyr at skolehelsetjenesten ikke skal operere med ventelister slik at den som står på døra likevel blir nødt til å vente i flere uker. Noe av poenget med et lavterskeltilbud faller da bort.

Dagens tilbud om skolehelsetjeneste er i følge elevene for dårlig, blant annet nettopp fordi helsesøster

mange steder har ventelister. På mange skoler er hun heller ikke til stede hver dag. Noen steder er hun ikke til stede i det hele tatt.

*«Kom til meg neste uke kl. to»
- det funker ikke det, men sånn er det nesten nå.»*

Elevene mener det er uholdbart å vente lenge på time hos helsesøster. Noen må vente 2-3 uker. Andre forteller at helsesøster heller ikke er der når hun sier hun skal være der, og gir derfor opp videre kontakt. I kun ett av Barneombudets tolv ekspertmøter ga ungdom uttrykk for at helsesøster er tilgjengelig fordi hun er til stede hver dag. Ingen ungdommer i de øvrige ekspertmøtene ga uttrykk for det.

«Jeg snakker med mor om kvelden, men å snakke med helsesøster om mobbing er bedre.»

Barn og unge som var med i Barneombudets ekspertgrupper med barn utsatt for vold og overgrep⁵, fortalte også at de opplever at det er for få helsesøstre, og at de er for lite på skolen.

«Jeg har ikke fått sjansen til å snakke med helsesøster, for hun er på skolen bare annenhver uke og mest for å sette sprøyter.»

«Det er for få helsesøstre, og de er for lite på skolen. De er på skolens område, og kan derfor være greie å snakke med om det meste.»

Elever på de ulike klassetrinnene gir uttrykk for at helsesøster er flink til å behandle alle likt. Hun kan også hjelpe de elevene som ikke har det bra hjemme, de som blir mobbet og de som bare trenger noen å snakke med.

Elevene ønsker at helsesøster skal være på skolen hver dag. Imidlertid er ikke dette alltid tilstrekkelig. Hvis det er en stor skole, kan det være behov for flere ansatte som følger opp de barna som trenger hjelp fra skolehelsetjenesten.

I tillegg må skolehelsetjenesten ligge på et litt «nøytralt» sted på skolen. Et nøytralt sted er viktig for at kontoret skal være lett å oppsøke og at ikke alle andre ser at du går til helsesøster, mener elevene.

Råd fra elever om skolehelsetjenesten:

- Det må være nok ansatte i skolehelsetjenesten
- Helsesøster må være på skolen hver dag

Elevene ønsker mer informasjon om tjenesten

En undersøkelse som ble gjennomført av Sykepleien⁶ viser at helsesøstre ikke rekker å gjennomføre de lovpålagte oppgavene, og slett ikke har tid til å holde på med oppsøkende arbeid og informasjonsarbeid.

De fleste elevene vi snakket med visste hvem helsesøster var og hvor de kunne finne henne. Men, det var også en del som ikke visste når hun var til stede på skolen.

Mange elever savner at de ansatte i skolehelsetjenesten er mer aktive i elevmiljøet i friminutt og pauser, og i klassene. De mente at helsesøster bør gi mer informasjon om hva hun og andre i skolehelsetjenesten kan brukes til, og hvordan de kan hjelpe elever videre til annen hjelp. Barneombudet har



flere ganger fått innspill fra elever om at det er fint når helsesøster deltar på arrangementer på skolen og er synlig også utenfor kontorene til skolehelsetjenesten.

Elevene etterlyste også bedre kommunikasjon mellom skolehelsetjenesten, andre hjelpetjenester på skolene og lærerne. Tjenesten blir dårligere av generelt mangelfull kommunikasjon, mente elevene, og vil bli enda bedre hvis samarbeidet med andre blir forbedret.

Også Barneombudets ekspertgruppe med barn utsatt for vold og overgrep var opptatt av hva helsesøster bør informere om. De sa det var viktig at helsesøster informerer om taushetsplikten, men at hun også av og til må gå videre med informasjon. Flere i ekspertgruppen hadde en dårlig opplevelse i møte med helsesøster. Hun hadde blant annet ikke informert dem om hvem hun tok kontakt med, og heller ikke involvert dem i hvordan det skulle foregå.

Råd til skolehelsetjenesten fra barn utsatt for vold og overgrep:

- Helsesøster må være ute i klasserommene og ellers være mer synlig blant elevene.
- Helsesøster må fortelle om hva hun kan hjelpe til med og hva barn kan snakke med helsesøster om. Fortell barna at det er ok å gå dit.
- Helsesøster må informere om taushetsplikten, men også at de noen ganger må gå videre med informasjonen.
- Helsesøster må følge opp fra første klasse og fremover.
- Helsesøster må fortelle på en «barnevennlig» måte, og ikke bruk vanskelige ord.

Barneombudet anbefaler:

- Skolehelsetjenesten må oppsøke barn og unge aktivt og informere om tjenestetilbudet, meldeplikt og taushetsplikt.
- Skolehelsetjenesten må ha gode rutiner for samarbeid med elever og ansatte i skolen og kommunehelsetjenesten.

Elevene savner mer kompetanse

Skolehelsetjenesten har en unik mulighet til å komme i kontakt med barn og unge, gi dem råd og hjelpe med det de måtte slite med. Både barn og ungdom har mange ulike utfordringer, enten det er i møte med venner, på skolen eller hjemme. Mange elever har også ulike helseutfordringer, både psykiske og/eller fysiske.

Nettopp på grunn av disse utfordringene er det kanskje heller ikke overraskende at elevene som Barneombudet snakket med savnet mer kompetanse hos ansatte i skolehelsetjenesten. Særlig var de opptatt av at helsesøster må ha mer kompetanse om psykiske helseplager.

Barn utsatt for vold og overgrep og barn med flukt-bakgrunn hadde også erfaringer og tanker om hvilken kompetanse helsesøster bør ha.

Vold og overgrep

Barn og unge utsatt for vold eller seksuelle overgrep mente at helsesøster trenger mer kunnskap om seksuelle overgrep, incest og vold. Hun må også ha kunnskap om ulike andre instanser, og kunne bruke dem. Mange av de barna vi har snakket med har vært innom helsesøster i forbindelse med at volden eller overgrepet kom for dagen. Det er vanlig at barna først forteller om det til en venn, som så forteller videre til en voksen, ofte helsesøster. Det er derfor svært bekymringsfullt at mange av barna har dårlige erfaringer fra møtet med helsesøster. Noen få beskriver helsesøster som forståelsesfull, en som tok tak i saken på en god måte, en som kunne mye om seksuelle overgrep. Men flertallet av barna vi snakket med sa at helsesøster hadde lite kunnskap om vold og seksuelle overgrep, og at hun ikke klarte å møte dem på en ok måte.

*«Hun virket ikke interessert.
Hun kunne ikke noe om overgrep
og spurte ikke.»*

«Det var som å snakke med en vegg.»

Når helsesøster verken er interessert eller klarer å engasjere seg, er det lett å se at barna ikke følte seg ivaretatt.

Barn med fluktbakgrunn

I ekspertmøter med barn og unge med fluktbakgrunn kom det frem at barna har ulike erfaringer med helsesøster. Noen opplevde helsesøster som «snill», og sa at de fremdeles har kontakt med henne. Andre opplevde at hun spurte altfor mye om ting som ikke var viktige for dem:

*«Det var ganske mange som ikke likte
å få hjelp fordi de spurte om alt mulig.»*

Andre igjen opplevde at det å kontakte helsesøster ikke hjalp dem så mye:

*«Jeg snakket med helsesøster,
men det hjalp ikke så mye,
hun bare satt der og smilte.»*



Erfaringer fra delprosjektet om barn med flukt-bakgrunn viser at det er nødvendig å gi helsesøstre bedre kompetanse om flyktningbarn. Det er viktig både å kjenne til potensielle effekter av traumatiske opplevelser i hjemlandet og til de potensielle helseplagene av ventetiden i asylmottak.

Psykiske helseplager

Elevene mente at helsesøstre generelt har behov for mer kunnskap om ungdom og psykisk helse. De kunne fortelle at mange unge sliter med psykiske helseplager, og at flere dropper ut av videregående på grunn av dette. Flere snakket om at ungdom har stressende liv og stressende hverdager.

«Kjempeproblem med stresset i hverdagen. Ungdommer er generelt veldig stressa.»

Forskning viser også at vi i dag har en ungdomsgenerasjon som er seriøs og opptatt av skolen, men som kanskje er mer stresset enn tidligere. Det er tendenser til økte bekymringer, søvnløshet og håpløshet med tanke på fremtiden blant et relativt stort antall unge.⁷ Skolehelsetjenesten vil således være et viktig ledd for å forebygge at barn og ungdom med vansker i hverdagen utvikler større problemer.

Ansatte i skolehelsetjenesten rapporterer selv om at mange barn og unge sliter med psykiske helseplager.⁸ Det er i dag beregnet at 70.000 barn og unge i alderen 3-18 år har så store problemer at det kvalifiserer til en psykisk lidelse.⁹ Vi vet også at omtrent halvparten av alle psykiske lidelser inntreffer før barn fyller 14 år.¹⁰ I tillegg viser beregninger at mellom 15-20 prosent av barn mellom tre og 18 år har nedsatt funksjon på grunn av symptomer på psykiske lidelser som angst, depresjon og atferdsforstyrrelser.¹¹

Det er nærliggende å tenke seg at helsesøster før eller siden vil komme i kontakt med de fleste av disse barna. Det er derfor forståelig at barn og unge er de første til å tenke at hun bør ha mer kompetanse på psykisk helse. Noen mener også at det kunne vært en psykolog i skolehelsetjenesten.

«Det er ikke alt vi vil snakke med helsesøster om. Vi trenger en psykolog også.»

Barneombudet har tidligere spilt inn til helsemyndighetene at det bør være en psykisk helse-tjeneste knyttet opp til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Sist vi gjorde dette, var i et innspill til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med folkehelsemeldingen.¹² Alle skolehelsetjenester bør selv ha ansatt, eller ha tilgang til, en psykolog, eventuelt en klinisk pedagog. Barneombudet mener at en psykolog kan være direkte ansatt i skolehelsetjenesten eller kommunen, eller være tilknyttet spesialisthelsetjenesten med tjenestetid i skolen.

«De som virkelig trenger psykisk helsehjelp, bør ha tilgang til dette hver dag. For mange elever går rundt og er usikre på sin egen situasjon.»

Skolehelsetjenesten må hjelpe elever videre

Det er vårt inntrykk at skolehelsetjenesten blir sittende med svært mange oppgaver, også oppgaver de ikke nødvendigvis er kvalifisert til. En viktig del av det forebyggende arbeidet til skolehelsetjenesten blir derfor å identifisere hvem som trenger spesialisert helsehjelp og henvisne til riktig instans. Som nevnt treffer helsesøstre barn og unge med psykiske vansker, og noen av disse vil trenge spesialisthjelp. Barneombudet er redd for at dagens henvisningsregler kan medvirke til at barn får senere hjelp enn nødvendig. Et av forslagene i NOU 2009:22 «Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge» var bl.a. at helsesøstre bør få henvisningsrett til det psykiske helsevernet for barn og unge. Dette er kanskje noe myndighetene bør vurdere igjen.

I tillegg må helsesøstre også ha god kunnskap om når meldeplikten til barnevernet trer inn. Helsesøstre må ikke bli sittende med kjennskap til at barn lever i en uakseptabel omsorgssituasjon, eller har blitt utsatt for vold eller overgrep. Da må barnevern og eventuelt også politi kontaktes. Det er ikke akseptabelt at de sitter for lenge med oppgaver som de verken har mandat eller kompetanse til å håndtere.¹³

Det er også avgjørende at den enkelte kommune blir klar over kompetansebehovet i skolehelsetjenesten. Uten å vite om manglene blir det enda vanskeligere å prioritere dette i kommunens helsefremmende arbeid.

Elevene i videregående etterlyste også at det blir arrangert flere kurs for elevene om ulike temaer. Eksempler på temaer de nevnte er tvangsekteskap og seksualitet. Ekspertgruppen med barn som hadde vært utsatt for vold og overgrep mente at helsesøster kan mye om det generelle.

I tillegg hadde de følgende råd som utfyller punktet om at helsesøster må vite hvem som kan hjelpe barnet:

«Helsesøster må vite om ulike instanser og bruke dem. Lover du å gjøre noe (for eksempel henvisne til BUP), så må du gjøre det med en gang. Jeg går og venter.»

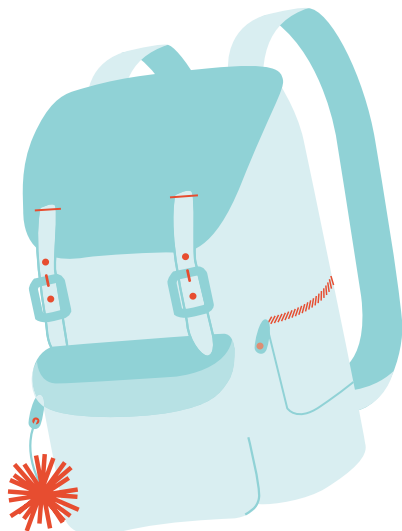
Barnas råd om hvordan kompetansen kan bedres

Elever vi snakket med gav følgende råd om hva en skolehelsetjeneste bør kunne:

- De som jobber i skolehelsetjenesten må ha kunnskap om psykologi, om unges psykiske helse, vold og overgrep.
- De må vite hvem som kan hjelpe barnet/ungdommen.
- Helsesøster må være flink til å snakke med barn og ungdom.
- Skolehelsetjenesten må ha flere yrkesgrupper og samarbeide med andre.

Barneombudet anbefaler:

- Kommunene må kartlegge kompetansebehovet i skolehelsetjenesten hver gang de legger planer for forebyggende helsearbeid.
- Kommunene må ha gode helsetjenester til barn og unge, med tilstrekkelig kompetanse på psykisk helsearbeid generelt, psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge med fluktbakgrunn og barn utsatt for vold og overgrep.



Et gap mellom årsverk og anbefalt norm

Som nevnt innledningsvis har kommunen i følge barnekonvensjonen et ansvar for å sikre barn og unge kvalitativt gode og tilstrekkelige helsetjenester. FNs barnekomité anbefaler i sin generelle kommentar nummer 15, at det bør prioriteres universell tilgang for barn til primære helsetjenester gitt så nært som mulig der barn og deres familier bor, dvs. i lokalmiljøet.

Komiteen mener at helsetjenestetilbudet innenfor skoler gir en viktig mulighet for helsefremmende arbeid, og øker tilgjengeligheten til helsetjenester for skolebarn.¹⁴ Dette er også et fundamentalt prinsipp for å kunne ivareta det primærforebyggende arbeidet, og bidra til å fremme god helse blant barn og unge.¹⁵

Den anbefalte (minste) normen for helsesøster-tjenester er 800 elever per stilling i videregående skole, 500 elever per stilling i ungdomsskolen og 300 elever per stilling i barneskolen. Minstestørrelsen er det minimum av helsesøstre som må ansettes for at tjenesten skal klare å utføre de lovpålagte oppgavene.

Helsedirektoratet har konkludert med at det i dag er

- ett helsesøsterårsverk pr 1.000 elever
- 0,3 årsverk pr. 1.000 elever for andre faggrupper

I tillegg viste tilsyn med 59 kommuner i 2000 at 10 kommuner ikke kunne tilby skolehelsetjenester i det hele tatt.¹⁶

I Norge mangler det derfor ca. 1500 stillinger i skolehelsetjenesten (helsesøster, fysioterapeut og lege) for at den anbefalte normen skal virkelig-gjøres.¹⁷ Helsedirektoratet har beregnet at det vil koste mellom 560 og 800 millioner å komme opp på det nivået som er anbefalt i skolehelsetjenesten. Forrige regjering bevilget 180 millioner kroner for å styrke både helsestasjons- og skolehelsetjenesten fra 2014.¹⁸ Dette er et viktig skritt i riktig retning. Det betyr at helsemyndighetene tar på alvor at tjenesten er sterkt underbemannet og ser de utfordringene den står overfor. Imidlertid er 180 millioner på langt nær nok for å komme opp på den anbefalte normen.

Kartlegginger av skolehelsetjenesten for ungdom i Østfold viser at de fleste kommuner i fylket har en bemanning betydelig under anbefalt norm for helsesøstre.¹⁹ Det samme gjelder for leger og fysioterapeuter. Av 18 kommuner er det bare 10 som har en tilgjengelig skolehelsetjeneste hver uke. I disse kommunene går en stor andel av tiden til helsesøster med til å hjelpe elever med psykiske plager, og det forebyggende arbeidet må derfor nedprioriteres.²⁰

Tidsskriftet Sykepleien har gjennomført en undersøkelse som bekrefter det dystre bildet. Norge har altfor få helsesøstre til å hjelpe barn som trenger det.²¹ Helsesøstre selv fortviler over mangel på tid. 7 av 10 helsesøstre sier at de unnlater å stille spørsmål til brukere, fordi de ikke har tid til å følge opp svaret.

Disse tallene er urovekkende. Vi synes det er berettiget å spørre om det å ha en anbefalt minstenorm er tilstrekkelig? Vi mener det må et adskillig større krafttak til for å bedre denne tjenesten. For å sikre tjenesten bør minstenormen bli rettslig bindende. I tillegg bør tjenesten suppleres med årsverk fra flere faggrupper.

Kommunene prioriterer ikke skolehelsetjenesten

Erfaringene fra barn og unge i dette prosjektet vitner om et skolehelsetilbud som er et godt stykke unna barnas behov. Tilsyn med skolehelsetjenesten bekrefter barnas utsagn om en skolehelsetjeneste med liten kapasitet. Allerede i 2000 oppsummerte det nasjonale tilsynet med skolehelsetjenesten at den har en svært vanskelig ressursituasjon.²²

Når barn og unge selv rapporterer om en lite tilgjengelig tjeneste og det mangler så mange årsverk, er det grunn til alvorlig bekymring. Barneombudet er svært bekymret for kommunenes manglende prioritering av ressurser til skolehelsetjenesten. Mange barn og unge kunne fått hjelp tidligere dersom skolehelsetjenesten hadde vært mer robust.

Skolehelsetjenesten er viktig slik at barn og unge kan få veiledning og hjelp med «hverdagsproblemer», men også større problemer, og bli hjulpet videre til andre instanser når det er nødvendig. En lite tilgjengelig tjeneste er til hinder for forebyggende arbeid og tidlig intervensjon. Dette er ikke i tråd med barnekonvensjonens artikkel 24 f, der det står at det skal treffes egnede tiltak for å utvikle forebyggende helseomsorg. Når kommunene ikke satser på forebyggende arbeid, vil det på sikt kunne føre til større utfordringer for barnet. Forskning viser også at de kommunene som har prioritert forebyggende helsetjenester, som helsestasjon og skolehelsetjenesten, har langt færre tunge alvorlige barnevernstiltak som for eksempel institusjonsplasseringer.²³

Barneombudet ønsket at de 180 millionene som er bevilget til å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2014 skulle bli øremerket. Slik ble det ikke. Vi er derfor bekymret for om kommunene



kommer til å bruke disse 180 millionene til en faktisk styrking av tjenestene. Bekymringen blir ikke mindre etter Riksrevisjonens kritikk av Helse- og omsorgsdepartementets manglende styring med tilskuddene som gis til kommunen.²⁴

Vi mener at en robust skolehelsetjeneste, hvor barn blir møtt og får nødvendig hjelp, er både helsefremmende og forebyggende. I dag er vi langt fra å kunne tilby barn det de har behov for.

Barneombudet anbefaler:

- Myndighetene må fastsette en rettslig bindende minimumsnorm for hvor mange helsesøstre som skal være ansatt i barne-, ungdoms- og videregående skole.
- Skolehelsetjenesten må gis øremerkede ressurser.
- Skolehelsetjenesten må suppleres med flere faggrupper.

Tilsynet må styrkes

Skolehelsetjenestetilbudet som kommunene tilbyr eller gir til barn og unge, skal være forsvarlig. Dette betyr både at kommunene må ha en forsvarlig oppbygging og organisering av tjenestene, og at det enkelte barn får forsvarlig hjelp. Forsvarlighetskravet medfører at kommunene må sørge for at helsesøstre blir i stand til å utføre et forsvarlig arbeid, noe som blant annet betyr at de må ha nok ressurser til å kunne utføre de oppgavene de er pålagt.

Som vi har sett, har mange kommuner for få ansatte i skolehelsetjenesten. Flere ligger også under den anbefalte normen. Som beskrevet i kapittelet om den juridiske rammen rundt barns beste, handler en forsvarlig tjeneste om en forventning om et nivå som ligger over en minstestandard. Tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. En skolehelsetjeneste som ikke er tilstrekkelig bemannet, vil være klart i farsønen for ikke å gi barna en kvalitativ god hjelp i tide. Dersom en tjeneste ligger langt under anbefalt norm, eller i verste fall er ikke-eksisterende, mener Barneombudet at tjenesten er uforsvarlig.

Det er kommunenes plikt å sørge for at de har en forsvarlig skolehelsetjeneste. Det er vanskelig å definere hva som vil være en forsvarlig skolehelsetjeneste på et generelt grunnlag. Barneombudet skjønner at det må gjøres individuelle helsetsvurderinger. Imidlertid mener vi at en sentral faktor i en forsvarlighetsvurdering er hvorvidt det er tilstrekkelig antall ansatte til å utføre oppgavene. I dag er det kun veiledende normer for hvor mange ansatte det skal være i skolehelsetjenesten. I mange kommuner blir disse anbefalingene ikke fulgt. Dette viser at det må iverksettes sterkere virkemidler for å sikre at barn får et tilbud som er forsvarlig. Vårt forslag om et normtall vil være et slikt virkemiddel. Videre er det også andre elementer som er viktige, slik som gode nok internkontrollsystemer, og at beslutningstakerne i kommunen får nødvendig informasjon for å sørge for en forsvarlig tjeneste.

Skolehelsetjenesten må rapportere

Kommunene skal legge til rette for at helsesøstre skal bli i stand til å utøve en forsvarlig tjeneste.

Da er det nødvendig at de som arbeider i skolehelsetjenesten blir bevisst at de bør rapportere om hvordan tjenesten fungerer, hvilke behov barna har og hvordan tjenesten bør se ut fremover for å imøtekomme behovene.

Gjennom våre samtaler med helsesøstre har vi fått bekreftet at ansatte i skolehelsetjenesten sjelden sier i fra hvilke barn og unge de møter, om risikofaktorer i nærmiljøet og hvordan skolehelsetjenesten kan bidra i kommunenes forebyggende arbeid. De informerer sjelden om når de ikke klarer å gi barna den hjelpen de trenger i tide. Derfor er sannsynligheten stor for at ledere og beslutningstakere i kommunene ikke får den informasjon som er nødvendig for å gjøre grepene som skal til for å sikre at skolehelsetjenesten blir forsvarlig.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag sier det samme. Deres erfaring er at skolehelsetjenesten mangler overordnet ledelse og styring, og at erfaringer fra de som arbeider i tjenesten knapt etterspørres av kommuneledelse og politisk nivå.²⁵ Det er urovekkende at helsesøstres kunnskap ikke blir trukket fram når kommunen skal planlegge det forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot barn og unge.

Helsesøstrene sitter med en unik kunnskap om hvordan barn og unge har det i kommunen. Gjennom å være et lavterskeltilbud treffer helsesøster i utgangspunktet alle barn i kommunen. Derfor kan skolehelsetjenesten også fungere som en «temperaturmåler» for barn og unges helse-tilstand. Dette kan igjen danne grunnlag for planlegging og beslutninger lokalt og sentralt. Når tilbudet mangler, slik det gjør mange steder i landet i dag, går vi glipp av viktig kunnskap om barn og unges situasjon.

Fylkesmennenes rolle

Fylkesmennene har en viktig rolle i å avdekke og følge opp kommuner som ikke har et forsvarlig tilbud. I dette prosjektet har vi fått inntrykk av at Fylkesmennene har ulik praksis når det gjelder «områdeovervåkning» og oppfølging av pålegg etter tilsyn. I et fylke vi besøkte, fulgte Fylkesmannen med i lokalpresse og i kommunenes planer og vedtak som kunne utløse et hendelsesbasert tilsyn. Dersom de selv ble bekymret, henvendte de seg til kommunene skriftlig og ba dem gjøre rede for hvordan de ville sikre at tjenesten var forsvarlig etter blant annet nedskjæringer. Den samme Fylkesmannen fulgte også opp kommuner systematisk etter tilsyn, i de tilfellene det var avdekket avvik.

Barneombudet mener det er viktig å følge kommuner systematisk opp når det blir avdekket avvik i skolehelsetjenesten. Dersom dette ikke gjøres, åpner det for at kommunene kan velge å legge seg på et nivå som tenderer mot, eller er uforsvarlig.

I dag er det utfordrende for Fylkesmennene å gjøre en forsvarlighetsvurdering, blant annet fordi tjenesten som skal vurderes ikke er normert, verken kvalitativt eller kvantitativt. Det som foreligger er kun anbefalinger, og dermed ikke rettslig bindende.

Et fastsatt normtall vil gjøre forsvarlighetsvurderingene enklere. Da er det definert en minimumsbemanning for hva som er en forsvarlig skolehelsetjeneste.

Det er også viktig at brukerne av tjenestene, det vil si barn og unge og deres foreldre på vegne av sine barn, gir beskjed dersom en tjeneste ikke er der, eller er for lite tilgjengelig. Fylkesmannen kan på bakgrunn av slike henvendelser vurdere om det er grunnlag for å gjennomføre et tilsyn. Vi har fått innspill om at Fylkesmennene ikke mottar henvendelser fra barn, unge og deres foreldre om bekymringer for manglende prioriteringer i skolehelsetjenesten.

Det kan være flere grunner til at barn og unge og deres foreldre ikke melder i fra når tjenesten er uforsvarlig. Vi har fått innspill som tyder på at det blant annet handler om at de ikke er kjent med sin mulighet til å henvende seg til Fylkesmannen dersom tilbudet på deres skole er for dårlig. Barneombudet mener at Fylkesmennene for eksempel kan iverksette tiltak som kan gjøre brukere av skolehelsetjenesten mer bevisst sine rettigheter, og hva de kan gjøre når de mener disse ikke blir oppfylt.

Barneombudet anbefaler:

- Helsesøstre må rapportere oppover i systemet når det er svikt i tjenesten.
- Helsesøstre må involvere seg aktivt i det kommunale planarbeidet.
- Fylkesmennene må følge tettere opp kommuner som ikke gir et forsvarlig skolehelsetjenestetilbud.
- Etter tilsyn må Fylkesmennene få mandat til å gjennomføre strengere reaksjoner overfor kommuner som ikke tilbyr barn og unge en forsvarlig skolehelsetjeneste.



En tjeneste på barn og unges premisser

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 man skal gi barn anledning til å bidra med sine synspunkter og erfaringer ved planlegging og oppretting av tjenestetilbud som gjelder barns helse og utvikling.²⁶

Vår erfaring er imidlertid at barn og unge ikke har direkte innflytelse på kommunale prosesser som handler om å utforme gode kommunale helsetilbud. Barneombudet er heller ikke kjent med at brukerundersøkelser eller høring av barn inngår som en del av tilsynet med kommunene, eller som en del av kommunenes internkontroll.

Barn og unge er brukere av skolehelsetjenesten. De vil derfor ha viktig kunnskap om egne behov og hvordan disse kan dekket av skolehelsetjenesten. Barn og unge vi har snakket med, har hatt viktige synspunkter på både tilgjengelighet/kapasitet, kompetanse, informasjon og hvordan et godt skolehelsetilbud bør være. Dersom brukernes meninger kommer frem, vil det kunne bedre kunnskapsgrunnlaget for videre utvikling og samordning av tjenestetilbudet til barn og unge i kommunene.

Forsvarlighetskravet som er beskrevet ovenfor, innebærer også en forventning om at skolehelsetjenesten skal møte et presentert behov, et variert behov og et framtidig behov. For at kommunene skal kunne planlegge hvordan det nåværende og framtidige skolehelsetjenestetilbudet skal se ut, er det uten tvil nødvendig å innhente erfaringer fra barn og unge selv. De sitter på en unik kunnskap om hvilke behov de selv har, og hvordan skolehelsetjenesten bør utformes.

Barneombudet mener det er svært viktig at barn og unge høres, og får delt sine erfaringer om skolehelsetjenesten når kommunene skal planlegge hvordan de skal utforme de kommunale helse-tjenestene for barn og unge. Kunnskap fra de som arbeider i skolehelsetjenesten og forskning om barn og unges helse vil også være viktige bidrag for å forstå hvorfor det er viktig å satse på forebyggende arbeid og skolehelsetjenesten.

Barneombudet anbefaler:

- Helse- og omsorgsdepartementet og Fylkesmennene må sørge for at barn og unge blir hørt ved tilsyn.
- Kommunene må ta barn og unge aktivt med i planleggingen av tilbudet i skolehelsetjenesten.
- Barn må høres ved internkontroller i kommunene.



Barneombudets anbefalinger om en forsvarlig skolehelsetjeneste

Barneombudets råd til skolehelsetjenesten:

- Skolehelsetjenesten må oppsøke barn og unge aktivt og informere om tjenestetilbudet, meldeplikt og taushetsplikt.
- Helsesøstre må involvere seg aktivt i det kommunale planarbeidet.
- Helsesøstre må rapportere oppover i systemet når det er svikt i tjenesten.
- Skolehelsetjenesten må ha gode rutiner for samarbeid med elever og ansatte i skolen og kommunehelsetjenesten.

Barneombudets anbefalinger til kommunene:

- Kommunene må kartlegge kompetansebehovet i skolehelsetjenesten hver gang de legger planer for forebyggende helsearbeid.
- Kommunene må ha gode helsetjenester til barn og unge, med tilstrekkelig kompetanse på psykisk helsearbeid generelt, psykisk helsearbeid rettet mot barn og unge med fluktbakgrunn og barn utsatt for vold og overgrep.

- Kommunene må ta barn og unge aktivt med i planleggingen av tilbudet i skolehelsetjenesten.
- Barn må høres ved internkontroller i kommunene.

Barneombudets anbefalinger til statlige myndigheter:

- Myndighetene må fastsette en rettslig bindende minimumsnorm for hvor mange helsesøstre som skal være ansatt i barne-, ungdoms- og videregående skole.
- Skolehelsetjenesten må gis øremerkede ressurser.
- Skolehelsetjenesten må suppleres med flere faggrupper.
- Fylkesmennene må følge tettere opp kommuner som ikke gir et forsvarlig skolehelsetjenestetilbud.
- Etter tilsyn må Fylkesmennene få mandat til å gjennomføre strengere reaksjoner overfor kommuner som ikke tilbyr barn og unge en forsvarlig skolehelsetjeneste.
- Helse- og omsorgsdepartementet og Fylkesmennene må sørge for at barn og unge blir hørt ved tilsyn.

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. Skjønnte 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.

BARN PÅ SYKEHUS





Barn på sykehus

Det finnes barn som i perioder er mer på sykehus enn de er hjemme. Barna har gjerne en diagnose eller funksjonsnedsettelse som gjør at de trenger hyppig behandling og oppfølging i kortere eller lengre perioder. I 2011 utgjorde barn i alderen 0-19 år⁶⁶ 100 000 av alle som var innlagt på sykehus.

Barneombudet har mottatt bekymringer fra både ansatte og andre om forholdene på nyfødteintensivavdelingene på flere sykehus. Dette gjorde at vi ønsket å se nærmere på hvordan disse avdelingene fungerer, og hvilken effekt det har på barna å være innlagt på en nyfødteintensivavdeling.

For noen år siden etablerte Barneombudet en ekspertgruppe med barn som er innlagt på sykehus.⁶⁷ I den forbindelse fikk vi en del «drypp» om hvordan det var å være ungdom på sykehus. Vi skjønnte at det var viktig å finne ut mer ut om deres situasjon.

Uavhengig av hverandre er de yngste og de eldste barna to grupper som det må tilrettelegges spesielt for på sykehus. De yngste barna er de barna som er født for tidlig, eller er alvorlig syke terminfødte barn. De eldste barna på sykehus er barn i alderen 13-18 år, det vil si de som er mer ungdom enn barn, og som naturlig nok har andre behov enn yngre barn.

Barneombudet er bekymret for at sykehusene ikke er gode nok på å legge til rette for de aller yngste og de aller eldste barna på sykehus.

Lovverk

Barnekonvensjonen artikkel 24 nr. 2 a) pålegger norske myndigheter å treffe egnede tiltak for å redusere spedbarns- og barnedødelighet. Det gjør det naturlig å se nærmere på hvordan nyfødteintensivavdelinger på ulike sykehus er organisert og tilrettelagt for de aller minste. For de eldre barna på sykehus er barnekonvensjonens bestemmelser om retten til å bli hørt viktig. Artikkel 12 gir barn rett til å bli hørt i alle saker som handler om dem. I hvor stor grad ivaretas denne retten for ungdom på sykehus?

Barn på sykehus har egne rettigheter i kraft av å være barn.⁶⁸ Disse rettighetene gjelder også for ungdommer og barn på nyfødteintensivavdelinger. For de minste barna handler det blant annet om å få oppfylt retten til å ha minst én av foreldrene hos seg under sykehusoppholdet.⁶⁹ Foreldre skal også gis mulighet til å være til stede under behandlingen av barnet hvis det ikke vanskeliggjør behandlingen.

Bestemmelsen sier ikke noe om hvor lenge av gangen barnet kan ha foreldrene hos seg. Men den gir barnet rett til samvær under hele oppholdet.

Skal det gjøres begrensninger i samværet, må det i tilfelle gjøres av hensyn til barnet.

For de eldste barna handler det om at sykehuset må se at ungdom har egne behov, og tilrettelegge på alle måter for at ungdom blir motivert til å ivareta egen helse. De har også rett til å bli aktivisert og stimulert. Aktiviteten skal tilpasses deres alder og utvikling.⁷⁰ I tillegg må ungdom bli hørt og få mulighet til innflytelse på sin egen sykehushverdag.

Metode

For å få informasjon om barn på nyfødtintensivavdelingene har vi vært i kontakt med foreldre som har, eller har hatt, barn innlagt på en nyfødtintensivavdeling. Det er foreldre, sammen med fagfolk, som er de nyfødte barnas talsperson i denne rapporten.

Ungdom har vi hørt på ulike måter. Når vi har besøkt sykehus har vi alltid forsøkt å komme i kontakt med ungdom, også de som ligger på voksenavdelingene. Likevel har det ikke vært like lett for våre kontaktpersoner ved sykehusene å få tak i ungdom. En av flere forklaringer på dette er at ungdom som ligger på voksenavdeling «forsvinner» litt i sykehussystemet.

I tillegg til ungdom som er innlagt, har vi møtt ungdomsrådet ved Akershus universitetssykehus og ungdomsrådet ved Oslo universitetssykehus. I tillegg har vi hatt et ekspertmøte med ungdom som har vært mye på sykehus.

Vi har også hatt møter med Barnelegeforeningen, Barnesykepleierforbundet, Unge funksjonshemmede, Norsk forening for unges helse, Prematurforeningen og Pasient- og brukerombudet.

Vi har besøkt Universitetssykehuset Nord Norge (UNN), Stavanger universitetssykehus, Haukeland universitetssykehus, Sørlandet sykehus Kristiansand, Akershus universitetssykehus (Ahus), Ålesund sykehus og Drammen sykehus. Tidligere har vi besøkt Oslo universitetssykehus(OUS) og St. Olavs hospital ved universitetssykehuset i Trondheim.

Vi har også gjennomført en spørreundersøkelse på barneavdelingene ved alle landets sykehus. 17 av 20 barneavdelinger svarte på spørsmål om hvordan forholdene er for ungdom og for barn på nyfødtintensivavdelinger på deres sykehus.

Barn på nyfødtintensivavdelinger

Pasienter som blir akutt alvorlig syke, eller har en livstruende sykdom, legges primært inn på en intensivavdeling. Syke nyfødte eller for tidlig fødte⁷¹ skrives inn på egne seksjoner eller poster for nyfødte, gjerne kalt nyfødtintensivavdeling eller bare «nyfødtintensiv». Hvert år legges mellom 3000 og 6000⁷² nyfødte inn ved en slik avdeling rundt om i landet. Majoriteten av barna er premature, det vil si at de er født for tidlig.

Premature barn og syke nyfødte er særlig sårbare, og spesielt avhengig av at omsorgspersonene kan se og tyde deres signaler. At et slikt samspill etableres tidlig, har betydning for kvaliteten på den omsorgen barna får. Godt samspill danner grunnlaget for at barna utvikler en trygg tilknytning. En trygg tilknytning fremmer god psykisk helse, noe som igjen kan ha betydning for barnas kognitive utvikling.

FNs barnekomité sier også at det første leveåret er svært viktig for barn, da det blant annet danner grunnlaget for deres fysiske og psykisk helse og følelsesmessige trygghet.⁷³

Forholdene for barna

Barneombudets erfaring er at de aller fleste, bortsett fra én nyfødtintensivavdeling vi besøkte, har utfordringer knyttet til trange og/eller uhensiktsmessige lokaler. Det er plassert flere barn i samme rom, slik at det er tett mellom kuvøsene. Der mange barn bor tett, er det nærliggende å tenke seg at dette generelt medfører med uro og støy for barna.

For at barn skal få samvær med foreldrene, må foreldrene sitte i en stol ved kuvøsene. Enkelte steder er det satt opp forheng mellom kuvøsene for på den måten å skjerme for innsyn. For øvrig må foreldre bo andre steder på sykehusområdet. Barna får derfor ikke vært sammen med foreldrene sine hele døgnet.

Ved siden av dårlig plass er støy, stress og fremmedgjøring faktorer som oftest trekkes frem. Når de fysiske forholdene blir trange, påvirker dette også andre sider ved miljøet enn de rent praktiske. Flere beskriver at det generelle lyd- og støynivået rundt barna er høyt. I tillegg kommer støy fra respiratorer eller annen pustestøtte som enkelte barn er helt avhengig av. Ikke alt tilskrives at et stort antall barn behandles i samme rom. Enkelte opplevde en del unødvendig støy, slik som at de ansatte snakket høyt med hverandre.

«Det foregår noe rundt deg kontinuerlig – snakking, roping, skramling og piping.»

«Vi ser at pulsen øker når det er mye bråk.»

Selv om Barneombuder er kjent med at flere nyfødteintensivavdelinger har etablert ett eller flere familierom, er det kun én avdeling som er helt familiebasert. Det vil si at avdelingen er organsiert slik at foreldre og barn kan være sammen og få ro på et eget familierom 24 timer i døgnet.

Forskjellen på en familiebasert og en ordinær nyfødteintensivavdeling blir naturlig nok ekstra tydelig for de familiene som har erfaring fra begge avdelingene.

«Først da vi kom til en familiebasert avdeling løftet han hodet for første gang. Det var som om han fikk energi til å utforske omgivelsene.»

En mor, som lå på et familierom med barnet, forteller at det var særlig da sønnen var på det minste og sykeste at han responderte positivt på å bli lagt hud mot hud:

«Når han var minst og sykest så jeg at pulsen sank og metningen steg.»

Også ansatte forteller hvor viktig det er for disse minste og sykeste barna å få hudkontakt:

«Barn som man ikke trodde skulle overleve, kommer seg når de får ligge hud mot hud.»



Forholdene for foreldre på nyfødt-intensivavdelinger

våre samtaler med foreldre og fagfolk kom det fram ulike erfaringer med oppholdet på nyfødtintensivavdelingen. Av disse vil vi trekke fram at det var skremmende og utrygt, og at det var trangt og tett.

Skremmende og utrygt

Mange foreldre opplever det naturlig nok som både skremmende og følelsesmessig belastende å få et prematurt og/eller alvorlig sykt barn. Dette er forhold som kan true foreldrerollen, om de vedvarer. Foreldre og fagfolk forteller oss at foreldre som er i krise, og som opplever utrygghet, kan komme til å holde avstand til barnet – både fysisk og psykisk.

Fagfolk vi har vært i kontakt med forteller at det ikke er uvanlig at foreldre kan være redde for å ta i og holde det lille barnet sitt. Andre kan vegre seg for å knytte for sterke følelsesmessige bånd til barnet, fordi de ikke vet om det overlever.

Trangt og tett

Foreldre opplever fagfolkene de har møtt som dyktige og omsorgsfulle. Imidlertid beskrives forholdene ved sykehusene som svært trange og lite tilrettelagt for samvær mellom barn og foreldre, slik vi har vært inne på tidligere. En mor skriver at barna ved avdelingen var plassert tett i tett. Hun forteller at de trange og tette forholdene virket negativt inn på både hyppighet av - og kvaliteten på samværet mellom henne og barnet.

«Det er tungt å sitte på pinnestoler flere timer i døgnet dag ut og dag inn.»

«Det mest negative var at vi satt veldig trangt ved kuvøsene. En annen ting er at det ikke var stoler nok til mor og far. Det blir mange timer ved en kuvøse, så det er godt å være to.»

Flere forteller også om at de måtte forlate barnet sitt under legevisitten, som kunne vare flere timer. Praksisen ble forklart med at det høye antallet barn i samme rom gjorde dette nødvendig av hensyn til bl.a. taushetsplikten.

«Det føles helt galt å ikke kunne være tilstede under legevisitten, det er jo ditt barn det gjelder.»

Bortsett fra under legevisitten rapporterte ingen av foreldrene at de hadde blitt nektet å være sammen med barnet sitt. Enkelte sykehus har også innført bruk av øreklokker med for eksempel radio under legevisitten. På den måten kan foreldrene være tilstede uten å få med seg informasjon som ikke angår deres barn. Barneombudet har ikke kunnskap om hvor utbredt denne praksisen er.

Alle foreldrene trekker fram de fysiske forholdene som et hinder for samvær. De trange og tette forholdene virket inn på både hvor ofte de var sammen med barnet sitt, og på kvaliteten av samværet. Felles for flere av dem var opplevelsen av ikke få knyttet bånd til sitt eget barn.

Et annet forhold som trekkes frem av flere, er den følelsesmessige belastningen det er å bli eksponert for alt som skjer i rommet, og som ikke har med deres eget barn å gjøre.

«Det er ikke greit å sitte så tett og kjempe sammen med sitt eget barn når det er nøddåp i nabokuvøsa.»

En mor forteller i en e-post at barnefar ikke maktet det høye stressnivået som preget avdelingen. Han trakk seg gradvis helt tilbake. I tillegg til det høye støynivået opplevde han det å bli kontinuerlig eksponert for de andre barna og deres foreldres utfordringer som svært belastende og smertefullt.

Familiebasert nyfødtomsorg er best for barn

Familiebasert nyfødtomsorg bygger på prinsippet om at foreldrene er barnets viktigste omsorgspersoner, og anerkjenner barnets rett til å ha foreldrene hos seg. Rent praktisk innebærer det at barnet, der det er mulig, skal ha samvær med foreldrene 24 timer i døgnet. Kuvøser skal benyttes så lite som mulig, og all medisinsk behandling skal skje på mor eller fars bryst.

Det trengs mer kunnskap om dette, men forskning tyder på at denne metoden trolig påvirker barnets utvikling positivt, ikke bare medisinsk, men også fysiologisk og psykologisk. Det er lettere for barnet å holde jevn temperatur, barnet påføres mindre stress og får derfor brukt energien på å vokse. Blant annet ser man at metoden kan redusere dødelighet og risikoen for alvorlige infeksjoner hos barnet. I tillegg går melkeproduksjonen og ammingen lettere for mor. Barnet vokser raskere, både med hensyn til vekt, lengde og hodeomkrets.⁷⁴

En familiebasert nyfødtomsorg betyr at barnet får være sammen med foreldrene sine under hele sykehusoppholdet. Her benyttes det som ofte blir omtalt som kengurumetoden, KMC («Kangeroo Mother Care»)⁷⁵. Forskning viser at denne metoden

påvirker barnets utvikling positivt, ikke bare medisinsk, men også fysiologisk og psykologisk.

Studier fra Sverige tyder også på at Kengurumetoden bidrar til å trygge spesielt fedre i omsorgsrollen, og at den gjør det lettere for dem å mestre den nye og helt uventede situasjonen de befinner seg i.⁷⁶

«Når de får barnet lagt på brystet er det ofte gjort. Da blir far hos barnet til det er utskrevet.»

- en barnelege om hvordan fedre kan involveres



Antall familiebaserte avdelinger i dag

I vår spørreundersøkelse til sykehusene spurte vi om det var etablert familiebaserte nyfødtenheter, og om det forelå planer for etablering av en slik avdeling, eventuelt fra hvilket tidsrom. I tillegg til Drammen sykehus i Vestre Viken HF, opplyser to sykehus at de har en familiebasert nyfødttintensiv. Imidlertid, så langt Barneombudet vet, er det bare Drammen sykehus hvor hele avdelingen er bygget opp som en familiebasert nyfødttintensivavdeling med nødvendige fasiliteter for barnet og foreldrene.

- > 11 sykehus har ikke planer om familiebaserte nyfødttintensiver.
- > Tre sykehus har familierom for de friskeste, eller de som er klare for hjemreise, men ingen planer om noen fullstendig familiebasert nyfødttintensivavdeling. Flere avdelinger hadde imidlertid planer å etablere noen flere familierom.
- > Tre avdelinger har planer om å opprette planlagt familiebaserte nyfødttintensiver innenfor en periode på mellom 1 og 10 år.
- > Flere sykehus oppfordrer foreldrene til å være mest mulig sammen med barnet sitt og det tilrettelegges for dette innenfor de ofte begrensede fysiske rammene som finnes. Flere fremhever bruken av Kangeroo og NIDCAP.⁷⁷

Barneombudet har registrert at mange nyfødttintensivavdelinger er organisert på en slik måte at det er grunn til å spørre om standarden der rent faktisk er den høyest oppnåelige for barna.⁷⁸ Den dokumentasjonen som foreligger om de mange

fordelene det har for barnet å få behandling på en familiebasert nyfødttintensiv, skulle tilsi at disse avdelingene bør være hovedregelen og ikke unntaket. Dette handler ikke om hva som ideelt sett er den optimale behandlingen, men om hva forskning tilsier trolig er best for barnet. Denne kunnskapen må vektas tungt i vurderingen av hva som er faglig forsvarlig å tilby barn på nyfødttintensivavdelinger.

Barneombudet mener det er grunnlag for å si at familiebasert nyfødttomsorg bør være den nye normen og dagens standard for pleie og omsorg av syke nyfødte eller premature barn. Likevel er ikke dette alminnelig praksis ved norske nyfødttintensivavdelinger i dag. Barneombudet er bekymret for hvilken effekt dette kan få for barn og foreldrene deres.

Et sykehus som får det til

Nyfødttintensivavdelingen ved Drammen sykehus har siden 2011 blitt drevet etter prinsippene i familiebasert nyfødttomsorg. De ansatte er tydelige på at de anerkjenner barnets rett til å ha foreldrene hos seg.⁷⁹ Barna her bor sammen med foreldrene sine i enerom under hele oppholdet. På den måten får barnet mest mulig hudkontakt, og foreldrene på sin side opplever å ha hovedomsorgen for barnet. Helsepersonellet er i større grad veiledere som skal støtte foreldrene. Søsken kan være tilstede så mye de vil, og flytte inn om ønskelig.

Ved siden av å veilede har legene og sykepleierne følgelig det medisinske ansvaret, slik at overvåking og behandlingen her blir like god som på en vanlig nyfødttintensivavdeling.

I tillegg til Drammen sykehus har også nyfødttintensivavdelingen ved Ålesund sykehus noen familierom som er tilrettelagt for at barn kan være sammen med sine foreldre allerede fra fødselen. En far vi møtte, mente han fikk barnet sitt tilbake da barnet ble flyttet fra en alminnelig nyfødttintensiv avdeling og over til et sykehus som praktiserer familiebasert nyfødttomsorg:

«Tidligere besøkte jeg barnet mitt, nå er jeg far.»

Barneombudet anbefaler:

- I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene bør Helse- og omsorgsdepartementet pålegge helseforetakene å bygge familiebaserte enheter ved nyfødtintensivavdelingene i helseregionen.
- I påvente av nybygg eller lignende må det kreves at det foreligger konkrete planer om hvordan helseforetaket skal legge til rette for en familiebasert nyfødtomsorg.

Bekymring knyttet til uforsvarlig praksis

For mange av barna på en nyfødtintensivavdeling er tilstanden alvorlig, for enkelte av dem kritisk. Barneombudet mener det ikke er tvil om at mange av disse barna har krav på å ha begge foreldrene hos seg. Imidlertid forutsetter dette at forholdene legges til rette slik at det rent faktisk blir mulig for foreldrene å være sammen med barnet sitt under hele sykehusoppholdet. Som vi har sett, ivaretas dette best ved en familiebasert omsorg.

Kravet om forsvarlige helsetjenester er en grunnleggende norm i norsk helserett. Dette betyr at man skal kunne ha en forventning om et forsvarlig tjenestetilbud. Loven stiller krav til at den virksomheten som yter helsehjelpen skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.⁸⁰ Det vil si at tilbudet må organiseres og utformes slik at det enkelte helsepersonell får utført arbeidet sitt i tråd med hva som faglig forsvarlig.

Barneombudet er bekymret for at noen nyfødtintensivavdelinger er organisert og innrettet slik at den helsehjelpen som ytes barna er i ferd med å bli, eller allerede er uforsvarlig. Noen studier viser at barn som utsettes for stress er mer mottakelige for infeksjoner og utvikler seg saktere.⁸¹ Vår opplevelse er at det tas lett på den rettigheten barn har til å være samme med foreldrene sine.

Når barnets foreldre ikke tilbys forhold som gjør det mulig for dem å være sammen med barnet sitt over lengre tid, blir barnets rett til å ha foreldrene hos seg i praksis innskrenket. Barneombudet mener dette gir grunn til bekymring for utviklingen av tilknytning og samspill mellom foreldre og barn.

Barneombudet har i forbindelse med prosjektet rapportert forholdene ved nyfødtintensivavdelingen på Rikshospitalet ved Oslo Universitetssykehus (OUS) inn til Fylkeslegen. Vi ønsket en vurdering av om barna tilbys forsvarlig helsehjelp, og om deres pasientrettigheter blir ivaretatt når de ikke kan bo sammen med foreldrene sine.

Fylkesmannen i Oslo valgte, på bakgrunn av henvendelsen fra Barneombudet og andre, å opprette tilsynssak med nyfødtintensivavdelingen ved Rikshospitalet (OUS). I sin vurdering skriver Fylkesmannen blant annet at pasientene ikke fullt ut får ivaretatt rettighetene som fremgår i pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2 om samvær med minst én av foreldrene under sykehusoppholdet. Fylkesmannen gir også OUS kritikk knyttet til driften og pasientsikkerheten ved nyfødtintensivavdelingen.⁸²

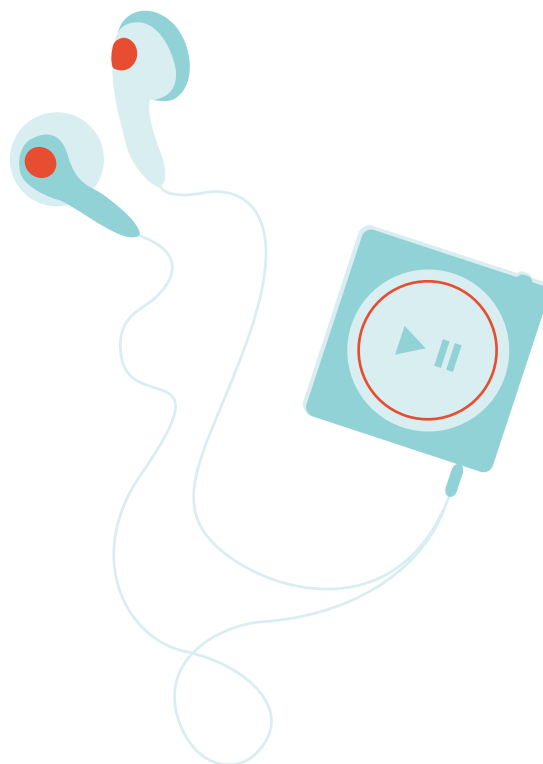
Barneombudet anbefaler:

- Det bør utarbeides nasjonale retningslinjer for nyfødtintensivomsorgen som sikrer barnet en reell mulighet til å ha foreldrene hos seg hele tiden, på lik linje med andre barn på sykehus.

Ungdom på sykehus

Ungdom og unge voksne faller inn under helsetjenester til barn og/eller voksne, men omtales sjelden som en egen gruppe. Samtidig vet vi at ungdomstiden er en tid som handler om løsrivelse, å finne egen identitet og få lov til å være ung. Eller som Mads Andreassen, tidligere nestleder i Unge Funksjonshemmede, skrev i et tidligere debattinnlegg i Dagsavisen 23. mai 2012:

«Ungdommen er en livsfase hvor det skjer store omveltninger på mange livsarenaer samtidig. For ungdom handler det derfor om å få legetime når man trenger det, og ikke fjorten dager senere. Det handler om å fullføre skolegangen selv om man sliter med migrene. Det handler om å kunne oppdatere bloggen når man ligger i sykesenga, og å bli møtt av en lege som bryr seg om kjærlighetslivet og skolefrustrasjoner. Det handler rett og slett om å få muligheten til å være ung, også når man er syk.» (...) «På sykehus står valget ofte mellom barneavdeling med Drømme-hagen og barbieslott, eller voksenavdeling med rullatorer og P1 på fullt volum.»



Det finnes mye kunnskap om unge i helsetjenestene, men kunnskapen er spredt på flere yrkesgrupper og i stor grad knyttet til enkeltpersoner. Ungdom er en ekstra sårbar gruppe som får et dårligere tilbud enn barn og voksne. Dette henger delvis sammen med liten kjennskap til egne bruker- og pasientrettigheter og aktuelle tjenestetilbud, og fordi ungdom ikke er en gruppe som står på kravene.⁸³ Det var derfor viktig for oss å se nærmere på hvordan ungdom ivaretas mens de er innlagt på sykehus.

Kun én av tre barneavdelinger har 18 års aldersgrense

I følge barnekonvensjonen er man et barn til man fyller 18 år. Og barn under 18 år skal fortrinnsvis legges inn på egne barneavdelinger.⁸⁴

Vår undersøkelse viser at

- > bare én av tre barneavdelinger har 18 års grense
- > noen sykehus legger barn helt ned i 13-årsalderen på voksenavdelingene

Ungdommene mister da særskilt oppfølging og tilrettelegging som de har krav på fordi de er barn. Foreldre kan for eksempel ikke være til stede i like stor grad på en voksenavdeling, og det er få eller ingen fritidsaktiviteter tilrettelagt for barn. Fordi det er færre ansatt per pasient på en voksenavdeling, blir det heller ikke like lett å sørge for at ungdommene følger opp skolen. Det er utfordringer knyttet til formidling om institusjonens skoletilbud til barn innlagt på voksenavdeling.⁸⁵

«Jeg var på voksenavdeling. Satt i rullestol. Da ble jeg behandlet som om jeg var en skikkelig gammel dame.»

Ungdom skal ikke bli kasteballer i et stort sykehus-system. Det er ingen god erfaring å oppleve at barneavdelingene ikke vil ha deg fordi en voksenavdeling kan mer om din diagnose, mens voksenavdelingen på sin side mener du hører hjemme på en barneavdeling. Det må derfor være et tydelig pålegg om overholdelse av aldersgrense på avdelingene, slik



at ikke sykehusene velger en løsning som passer bedre for dem enn for ungdommen det gjelder.

Barneombudet anbefaler:

- Alle barneavdelinger på sykehus bør ha en 18-årsgrense på overføring til voksenavdeling.

Manglende tilrettelegging for ungdom

Våre samtaler med ungdom på sykehus og organisasjoner, besøk på sykehus og spørreundersøkelsen har bekreftet de antagelser vi hadde i forkant: Det er bare i svært begrenset grad tilrettelagt for ungdom på sykehus.

I vår spørreundersøkelse svarte 10 av 20 sykehus at de hadde et eget tilbud til ungdom. Imidlertid viser det seg at det er svært varierende hva de ulike sykehusene forstår som det å ha et eget tilbud for ungdom:

- > For noen sykehus er et ungdomstilbud ensbetydende med kun å ha egne ungdomskurs i kroniske lidelser.
- > For andre betyr et ungdomstilbud noe mer, at de for eksempel har egne ungdomsrom. Avdelinger som har dette er klart i mindretall.
- > Der hvor sykehuset opplyser at avdelingen har et ungdomsrom, er ikke dette nødvendigvis tilgjengelig hele dagen.

«Da jeg var liten, tok kontaktsykepleieren min meg ut av rommet og opp på lekerommet. Men nå sitter vi liksom bare der.»

Alle ungdommene etterlyser tilgang til trådløst nettverk. Ungdom blir nok utdatert som de blir av å være fysisk adskilt fra venner, om de ikke skal være avsondret fra livet på sosiale medier også. De mener derfor det bør være trådløst nettverk på alle barne- og ungdomsavdelinger.

I vår spørreundersøkelse skriver noen av sykehusene at sykehuset er trangt og gammelt, og at det derfor ikke mulig å få til egne lokaler for ungdom. Sykehus som eks Haukeland og Fredrikstad ved Sykehuset Østfold HF sier det skal tilrettelegges for henholdsvis egne lokaler og ungdomsmedisin når de nye sykehusene en gang i fremtiden står klare (Haukeland i 2022, Sykehuset Østfold i 2015).

«[Det kunne vært fint] å møte andre på min egen alder – jeg har aldri møtt noen på sykehus siden jeg var liten. Det er mest unger som flyr rundt.»

Barneombudet anbefaler:

- Det må etableres en ungdoms-koordinator på alle sykehus.

Helsepersonell må møte ungdom på en likeverdig måte

Ungdommene trekker frem hvor viktig det er at legene møter dem på en ordentlig måte. Som de sier: Det skal veldig lite til for at en lege blir husket av en pasient. Både på godt og på vondt. Har leger og helsepersonell mindre tillit til ungdom enn til andre aldersgrupper? Mange av ungdommene har et bestemt inntrykk av dette:

«Det er vanskeligere for leger og andre å tro på ungdom.»

Ungdom er ikke barn og ikke voksne, men de er i en fase i livet hvor de skal bli motivert og lære at det er de selv som er ansvarlig for egen helse, ikke foreldrene og ikke legen. Det å oppleve å ikke bli tatt seriøst, kan i verste fall få alvorlige konsekvenser for dette forløpet. En av ungdommene sier det slik:

«Det ene dårlige møtet kan gjøre at du backer helt ut og aldri vil tilbake igjen.»

En jente forteller at hun nekter å gå tilbake til den avdelingen hvor hun ikke ble trodd, og hvor det tok ett år før de tok henne på alvor og sjekket henne.

I tillegg er ungdommene opptatt av at leger skal se hele dem, og ikke bare sykdommen. Det er noe som flere gjentar. De ønsker at legene skal vise interesse for noe mer enn sykdommen. Ungdom er også opptatt av at legene skal sette av litt tid til å snakke med dem alene, uten foreldrene.

I følge artikkel 12 i barnekonvensjonen har barn rett til å bli hørt, og i følge pasient- og brukerrettighetsloven skal barn få si sin mening i alle spørsmål om egen helse fra de er 12 år.⁸⁶ Barneombudet mener det derfor er viktig at ungdom også får alenetid under legevisitten og når de er på kontroll. I tillegg til at de på den måten skal lære å ta ansvar for egen helse og sykdom, har de også mulighet til å fortelle om eventuelle vanskelige forhold hjemme.

Leger og helsepersonell er kanskje ikke alltid så bevisst hvordan de kommuniserer med ungdom. I hvert fall ønsker ungdommer at de skal tenke enda mer over det.

«Det som er veldig viktig er måten ting blir sagt på. Måten å fortelle ting på. Tenk på alderen og ord du bruker. De kan ikke si «du kom i grevens tid» som de sa til meg da jeg fikk beskjed om at jeg hadde kreft.»

En jente forteller at hun nærmest fikk sjokk da en sykepleier sa til en annen at de måtte gi henne «et støt». Jenta ante ikke at sykehuspersonell gjerne bruker betegnelsen «støt» om det å gi en pasient smertestillende. Hun ble naturlig nok livredd fordi hun trodde sykepleierne nå skulle gi henne et elektrisk støt.

Under presenterer vi 10 råd til helsepersonell fra ungdom. De er for helsepersonell generelt, ikke bare for de som arbeider på sykehus. Rådene er sammenfattet av Barneombudet gjennom konsultasjoner med Barneombudets ungdomspanel, Ungdomsrådet på Ahus, Barneombudets ekspertmøte med ungdom med erfaring på sykehus og gjennom en elektronisk undersøkelse.

Barneombudet anbefaler:

- Ungdom må få alenetid på legevisitten og når de er på kontroll sammen med foreldrene.

10 RÅD

- til helsepersonell fra ungdom

- 1. Vær blide,** *hyggelige og imøtekommende.*
- 2.** *Snakk forståelig, men ikke som vi er barn.
Men husk også at det er forskjell på en 13-åring og en 17-åring.*
- 3.** *Gi informasjon om sykdommen og behandling til oss, ikke bare til foreldre.*
- 4. Vær forberedt,** *og les journalen, ikke la meg gjenfortelle sykdomshistorien gang på gang.*
- 5.** *Ikke bare snakk om sykdom, men også om andre ting.
Spør oss om hvordan vi har det.*
- 6.** *Ikke la oss vente for lenge på timen, vår tid er også viktig.*
- 7.** *Ved respekt kommer tillit.*
- 8.** *Ta hensyn til at vi ikke alltid er vant til å være hos legen.
Vær tålmodig og tydelig med informasjon.*
- 9.** *Fysisk og psykisk tilstedeværelse er to forskjellige ting.*
- 10. Ta oss på alvor** *og la oss snakke ferdig.
Tro på det vi sier.
Ingen spørsmål er dumme.*



Dårlig planlagte overganger fra barneavdeling til voksenavdelinger

På sykehuset er man enten barn eller voksen. Man er aldri bare ungdom.

«Mellom barneavdeling og voksenavdeling er det et gedigent gap av ingenting.»

(Ungdom i fokus, 2011)

For ungdom på sykehus handler overganger om å bytte avdeling og få nye behandlere. Særlig er overganger fra barneavdeling til voksenavdeling en utfordring. Overganger kan være vanskelige fordi det er lett å miste kontinuiteten i behandlingen og holde på relasjoner og gode rutiner. Gode overganger kjennetegnes blant annet av tydelig informasjon, planlegging og koordinering, gradvis overføring av ansvar, rolleavklaring, tverrfaglig samarbeid og en kontaktperson.⁸⁷

Overganger kan være ekstra vanskelige for sårbare ungdommer. Unge Funksjonshemmede skriver at overgangen fra en barnehelsetjeneste med mye oppfølging til voksenhelsetjenesten der du må klare deg selv kan oppleves som brå.⁸⁸ Det er derfor viktig at overgangen fra barneavdeling til

voksenavdeling på sykehus blir godt forberedt. Barneavdelingene bør for eksempel ha skriftlige rutiner for dette. Dette er nødvendig for at den som er ung skal oppleve å føle seg ivaretatt samtidig som han eller hun også gis tilstrekkelig frihet og ansvar for eget liv.⁸⁹

Barneombudets spørreundersøkelse viser imidlertid at det finnes svært få skriftlige rutiner ved norske sykehus når barn skal overføres til en voksenavdeling. Dette er også i tråd med hva andre kartlegginger har vist:⁹⁰

- > Kun tre av 17 barneavdelinger sier de har skriftlige rutiner i form av henvisning/intern henvisning ved overføring til voksenavdeling.
- > Fem avdelinger sier det finnes skriftlige rutiner for noen diagnoser.

«Jeg blir 18 år i oktober, men de har ikke begynt overføringen en gang. Sa for to år siden at de ville begynne overføringen tidlig, men det har ikke skjedd noe enda.»

Ungdommene trekker også frem at legene ikke snakker ordentlig sammen, og at ungdom blir utrolig lei av å presentere sin historie igjen og igjen.

«Leger må snakke sammen! De ser bare på hva jeg har fått siste tiden [medisiner] og jeg må fortelle på nytt og på nytt. Begynner å bli lei av det, og ikke alltid gidder jeg å fortelle.»

Ungdommene er også veldig opptatt av kommunikasjon om medisiner. Flere har opplevd å bli feilmedisinert over flere år, og at leger ikke har vært klar over bivirkninger.

«Du må være frisk for å være syk. Du kan ikke være så syk at du for eksempel ikke kan følge med på hva slags medisiner du får, da kan du fort få feil medisiner, for de leser ikke og snakker ikke sammen.»

«Du vet, en hjerte- og en lungelege kan ikke snakke sammen, profesjonskamp; hjertelegen har gjerne gått et halvt år lengre (i utdannelsen).»

Barneombudet anbefaler:

- Alle sykehus må etablere skriftlige rutiner for overføring fra barneavdeling til voksenavdelinger.

også egen helse. Da er det avgjørende at de får innflytelse på hvordan helsetjenestene skal legges til rette for dem.

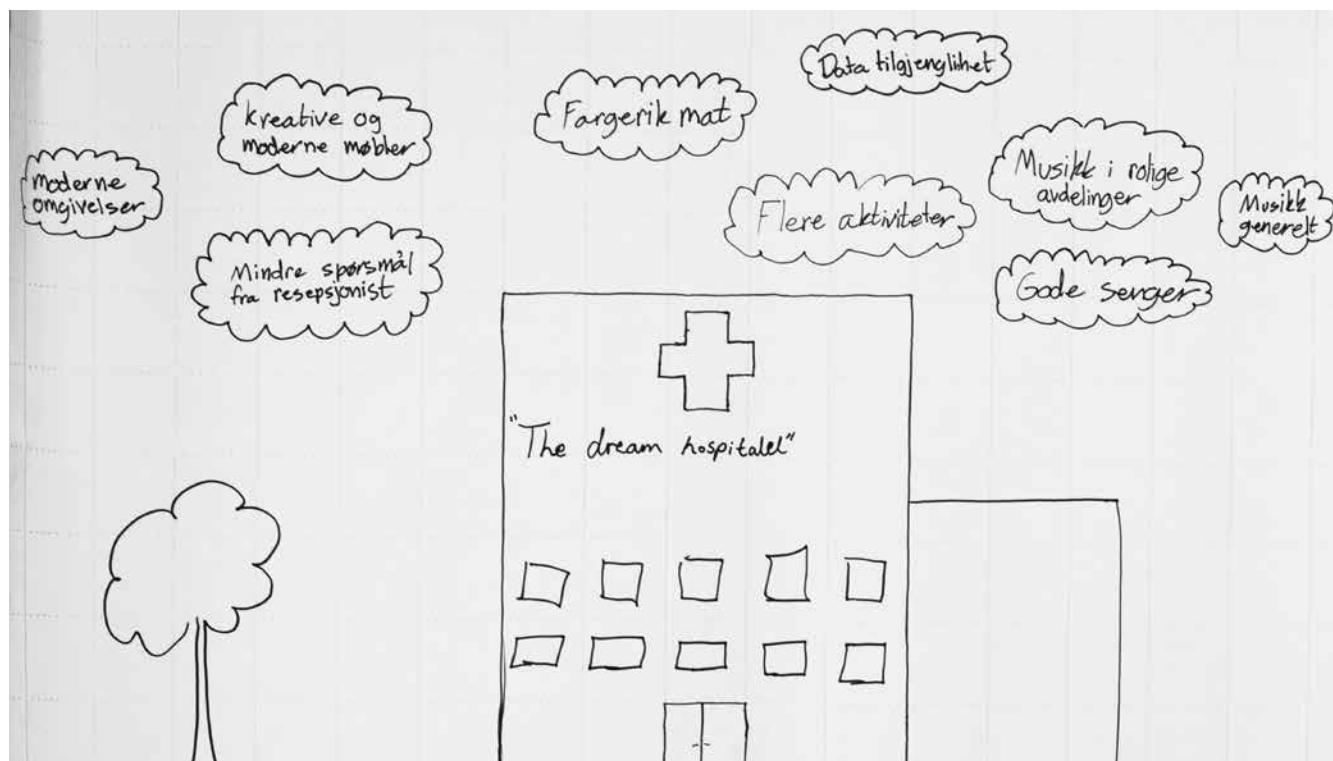
Barnekonvensjonens artikkel 12 sier at ungdom har rett til å si sin mening og bli hørt. Barnekomiteen i Genève har videre slått ettertrykkelig fast at det er voksne som har ansvar for å legge til rette for at dette skjer.

Ungdom og medvirkning på sykehus

Ungdom er ikke barn, men heller ikke voksne. Ungdom er ekstra sårbare i helse spørsmål. Det er forventet at de skal klare mye selv, men samtidig mangler de livserfaringen mange voksne pasienter har. Dette gjør det ekstra vanskelig for ungdom å si fra om egne erfaringer og behov ved sykehus. I overgangen mellom å være barn og bli voksen må ungdom lære å ta ansvar for en rekke områder,

Ungdom har mange erfaringer som kan bidra til en smidig overgang fra barne- og ungdomspasient til voksenpasient. I tillegg kan ungdom gi gode erfaringsbaserte råd til både drift og utvikling av helseforetak.

Våre møter med ungdom, besøk på sykehus og spørreundersøkelsen har bekreftet våre antagelser om at ungdom har få muligheter til å bli hørt og få innflytelse over egen hverdag på sykehuset. Dette stemmer også overens med hva andre kartlegginger sier.⁹¹ Det finnes imidlertid hederlige unntak.





Akershus Universitetssykehus - eget ungdomsråd

Selv om også Oslo universitetssykehus har etablert et ungdomsråd, har Akershus Universitetssykehus (Ahus) det eneste ungdomsrådet som består av ungdom på 18 eller under 18 år. Så langt er OUS og Ahus alene om et slikt råd, men Barneombudet vet at også UNN, Haukeland og Sørlandet sykehuset Kristiansand planlegger å etablere ungdomsråd.

Ahus skriver i sitt strategidokument for prosjekt ungdomsmedisin (2012): "Å gjøre ungdom delaktig i egen helse/behandling gir mer kompetente og mer effektive helsetjenestebrukere, minsker risikoen for senkomplikasjoner og øker livskvaliteten for ungdommen og familiene".

Ungdomsrådet ved Ahus har vært med å utarbeide ulikt informasjonsmaterieell, blant annet en folder om ungdoms helserettigheter. De har også vært delaktige i å lage en sjekklister ungdom kan bruke for å vurdere hva de trenger av kunnskap og ferdigheter for å ta vare på egen helse og behandling, retningslinjer for overgangen mellom barne- og ungdomsklinikk (BUK) og voksenklinikker med mere.

Barneombudet anbefaler:

- Alle sykehus må etablere egne ungdomsråd.
- Ungdomsrådet bør etableres sentralt i sykehussystemet, i sammenheng med allerede eksisterende brukerutvalg.

To sykehus med ungdom i fokus

Den nye barneavdelingen ved Ålesund sykehus ligger i et eget bygg, og ble åpnet i 2011. Alle barn under 18 år med somatisk sykdom legges inn her. I spørreundersøkelsen svarer sykehuset at ungdom med behov for dagbehandling får tilbud om å komme etter skoletid. Avdelingen kan ellers tilby

Det er ansatt en prosjektleder til å lede prosjektet om ungdomsmedisin. I tillegg til å utvikle gode overgangsmodeller mellom barn/ungdom- og voksenmedisin, er prosjektets målsetting å utvikle tilbud og lokaliteter tilpasset ungdom. I februar 2013 åpnet Barne- og ungdomsavdelingen ungdomsrommet «Time Out», designet etter ønsker fra ungdommen selv.

- > ungdomsskole og skole for videregående
- > et eget ungdomsrom med utstyr hvor man kan ha besøk av venner
- > at venner kan overnatte istedenfor foreldre
- > en egen arbeidsgruppe bestående av leger, sykepleiere og annet miljøpersonale
- > en buffét som står tilgjengelig. Det praktiseres også «ønskekost».
- > et eget kjøkken for pasienter og pårørende

Foreldre kan sove på hotell når barna ønsker privatliv. Legene oppfordres til å ha egen samtale med barn eldre enn 12 år. Samtalen bør ta opp temaer som prevensjon, seksualitet, rus/røyk og forhold til venner.

Ålesund mangler skriftlige rutiner for overføringer mellom de ulike avdelingene, men de har én ungdom representert i brukerrådet ved sykehuset.

Barne- og ungdomsklinikken (BUK) ved Akershus Universitetssykehus (Ahus) er organisert som en komplett barnesentermodell der all somatisk virksomhet for barn og ungdom under 18 år er samlet i en klinikk, inkludert innleggelser med kirurgiske diagnoser, avdeling barnehabilitering og avdeling for barn og unges psykiske helse (BUPH).

Ahus har ungdomsmedisin som et strategisk satsingsområde i perioden 2012-2016. Ungdomsmedisin forstås som at spesialisthelsetjenesten møter ungdommen på deres premisser, i den hensikt å fremme helse og mestring for den unge.⁹²

En fremtidig satsing på ungdomshelse

Ungdom på sykehus krever ekstra oppfølging. Det er mange dyktige sykehusansatte som er flinke på å hjelpe ungdom på sykehus, men Barneombudet ser ingen helhet i arbeidet med ungdom.

Alle aldersgrupper skal få best mulig hjelp og oppfølging på sykehus. Vi vil likevel opprettholde at ungdom trenger det lille ekstra som gjør at de i en sårbar situasjon kommer ut fra en behandling med en god følelse. Ungdom har sjelden livserfaring og selvtillit nok til å kreve sin rett, og de er heller ikke i en alder hvor de roper høyt om sine helsebehov. Sykehuserfaringen vil de uansett sitte med resten av livet. Derfor er det viktig at denne erfaringen er god.

FNs barnekomité oppfordrer partene til å ha en ungdomsvennlig helsetjeneste med personell og fasiliteter som er tilrettelagt for ungdom.⁹³



I flere vestlige land er ungdomshelse en egen gren. Også Verdens helseorganisasjon, WHO, har i flere år vært opptatt av ungdomshelse.⁹⁴ I land som eksempelvis Storbritannia og Sverige er ungdomsmedisin definert som et eget fagområde. I Sverige er det i tillegg egne ungdomsavdelinger, mens helsedepartementet i Storbritannia har utarbeidet egne kvalitetskriterier og retningslinjer for ungdomsvennlige helsetjenester.⁹⁵ Disse retningslinjene er myntet på ungdom i alderen 10-19 år. WHO på sin side omtaler ungdom fra 10-24 år.

Det er på tide at vi etablerer ungdomshelse som egen helsegren også i Norge.

Barneombudet anbefaler:

- Helsemyndighetene må utarbeide en strategi for ungdomshelse.
- Strategien for ungdomshelse bør inkluderes i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.
- Helsemyndighetene må lage en veileder for hvordan tjenestene kan jobbe med ungdomshelse. I utarbeidelsen av veilederen bør det innhentes kunnskap fra ungdom selv.

Barneombudets anbefalinger om barn på sykehus

Særlig om premature og syke barn på nyfødt-intensivavdelinger: Barneombudet anbefaler:

- I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene bør Helse- og omsorgsdepartementet pålegge helseforetakene å bygge familiebaserte enheter ved nyfødtintensivavdelingene i helseregionen.
- I påvente av nybygg eller lignende må det kreves at det foreligger konkrete planer om hvordan helseforetaket skal legge til rette for en familiebasert nyfødtomsorg.
- Det bør utarbeides nasjonale retningslinjer for nyfødtintensivomsorgen som sikrer barnet en reell mulighet til å ha foreldrene hos seg hele tiden, på lik linje med andre barn på sykehus.

Særlig om ungdom på sykehus:

- Alle barneavdelinger på sykehus bør ha en 18-årsgrense på overføring til voksenavdeling.

- Det må etableres en ungdoms-koordinator på alle sykehus.
- Ungdom må få alenetid på legevisitten og når de er på kontroll sammen med foreldrene.
- Alle sykehus må etablere skriftlige rutiner for overføring fra barneavdeling til voksenavdelinger.
- Alle sykehus må etablere egne ungdomsråd.
- Ungdomsrådet bør etableres sentralt i sykehussystemet, i sammenheng med allerede eksisterende brukerutvalg

Særlig om ungdomshelse:

- Helsemyndighetene må utarbeide en strategi for ungdomshelse.
- Strategien for ungdomshelse bør inkluderes i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.
- Helsemyndighetene må lage en veileder for hvordan tjenestene kan jobbe med ungdomshelse. I utarbeidelsen av veilederen bør det innhentes kunnskap fra ungdom selv.

**HELSETILBUDET
TIL BARN UTSATT
FOR VOLD OG
SEKSUELLE OVERGREP**



Helsetilbudet til barn utsatt for vold og seksuelle overgrep

I denne delen av prosjektet har vi tatt for oss noen sentrale deler av helsetilbudet til barn som har vært utsatt for vold- og seksuelle overgrep. Både fagpersoner og privatpersoner har over lengre tid gitt Barneombudet innspill på dette området. Barneombudet selv har også i sin tidligere jobb som barnelege erfart store mangler i tilbudet til disse barna, og til sammen utgjorde dette bakgrunnen for at vi ønsket å se nærmere på om helsetilbudet er godt nok.

Vi har særlig sett på den medisinske oppfølgingen barna får med følgende problemstillinger:

- > Er det et godt medisinsk akutttilbud for disse barna?
- > Får alle barn som trenger det medisinsk undersøkelse på Statens Barnehus når de kommer dit?
- > Har sykehusene tilstrekkelig antall pediaterstillinger, og har de ansatte nødvendig kompetanse til å ivareta denne gruppen barn?
- > Har barn som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep et tilfredsstillende oppfølgingstilbud?

Barn utsatt for vold og seksuelle overgrep er en særlig sårbar gruppe. Det er av stor betydning at de møtes av et hjelpeapparat som både evner å avdekke mishandlingen, sikre bevis til en eventuell straffesak og ivareta barnet – både akutt og på lengre sikt. Helsetjenesten er en viktig del av dette hjelpeapparatet.

Lovverk

Barnekonvensjonen artikkel 19 pålegger staten å treffe alle egnede tiltak for å beskytte barn mot vold og seksuelle overgrep. Bestemmelsen slår fast at slike beskyttelsestiltak blant annet bør omfatte effektive prosedyrer for undersøkelse, behandling og oppfølging, og om nødvendig rettslig oppfølging.

FNs barnekomité har uttalt at barnekonvensjonen artikkel 24 (1) pålegger staten en streng forpliktelse til å sikre at relevante helsetjenester er tilgjengelige for alle barn. Staten må identifisere og eliminere hindringer for barn til å få nødvendig helsehjelp.⁹⁶ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 krever at tilbudet som gis er forsvarlig. Det innebærer krav til bl.a organisering og kompetanse.

Metode

Barneombudet har i dette delprosjektet etablert to ekspertgrupper.⁹⁷ Den ene gruppen ble rekruttert gjennom Statens Barnehus i Oslo og den andre gruppen var rekruttert gjennom Støttesenteret mot Incest (SMI) i Oslo. Til sammen var de 11 barn i alderen 11 til 17 år.

Barna hadde ulike erfaringer. Noen hadde opplevd vold i familien, mens andre hadde vært utsatt for seksuelle overgrep fra en utenfor familien. Vi gikk ikke inn på deres detaljerte historie, men snakket om hvilken oppfølging de hadde fått etter at volden eller det seksuelle overgrepet kom fram.

Begge gruppene kom med konkrete råd. Mange av dem var sammenfallende. Vi har derfor – i samråd med barna – slått sammen rådene.

Vi har også diskutert temaet med en rekke fagpersoner og hatt møter med representanter fra Barnelegeforeningen, Barnesykepleierforbundet, Statens Barnehus i Oslo, Alternativ til Vold, daglige ledere ved Støttesentrene mot Incest, Helse Sør-Øst, Oslo Universitetssykehus, Landsgruppen av helseøstre, Barnesykepleierforbundet, Barnevernvakta, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), samt ulike barnevernansatte.

Vi har besøkt Universitetssykehuset Nord Norge (UNN), Stavanger universitetssykehus, Haukeland universitetssykehus, Sørlandet sykehus Kristiansand, Akershus universitetssykehus (Ahus), Ålesund sykehus og Drammen sykehus. Tidligere har vi besøkt Oslo universitetssykehus (OUS) og St. Olavs hospital ved universitetssykehuset i Trondheim. Under disse besøkene har vi bl.a. tatt opp bemanning og kompetanse på vold og seksuelle overgrep. I tillegg har vi besøkt Karinprosjektet⁹⁸ som er underlagt politiet i Malmø.

Vi har også gjennomført en undersøkelse ved barneavdelingene ved alle landets sykehus. Her ble avdelingene bedt om å svare på spørsmål om hvor mye tid som brukes på sosialpediatrisk arbeid, opplæring av egne ansatte og andre avdelinger på

temaet vold og seksuelle overgrep, og hvem som har ansvaret for å gjøre akuttundersøkelser etter kontortid.

Omfang

Vold og seksuelle overgrep mot barn kan skje både i og utenfor hjemmet. Vi har i dag ikke sikre tall på omfanget i Norge. Ulike undersøkelser viser imidlertid at en betydelig andel av barn og ungdom har erfaring med vold eller seksuelle overgrep av ulik karakter og alvorlighetsgrad. I en undersøkelse fra 2007⁹⁹ sier 16 % av ungdommer i tredjeklasse på videregående skole at de har opplevd minst en grov krenkelse (grove seksuelle overgrep, grov vold fra foreldre eller opplevd vold mot en forelder). 15 % av jentene og 7 % av guttene rapporterte om mer alvorlige seksuelle krenkelser. Mange av disse var begått av jevnaldrende de hadde en relasjon til.

Regjeringen gjennomførte i 2012 en voldsmåling hvor man registrerte henvendelser om vold i nære relasjoner til politi og utvalgte deler av hjelpeapparatet i løpet av en tilfeldig valgt uke. Undersøkelsen viste at mer enn 900 barn ble registrert utsatt for vold eller seksuelle overgrep den aktuelle uken.¹⁰⁰ Bakgrunnen for volden er ofte knyttet til helse, f.eks. psykiske lidelser, rus, familie i oppløsning.¹⁰¹ Barn som allerede har et helseproblem, f.eks. nedsatt funksjonsevne, er også mer sårbare for å bli utsatt for vold.¹⁰²

Helsemessige konsekvenser

Barn som er utsatt for vold eller seksuelle overgrep kan få både fysiske og psykiske helseproblemer som en direkte konsekvens av mishandlingen. Flere studier viser også at erfaring med vold og seksuelle overgrep i barndommen kan ha alvorlige konsekvenser for de utsattes helse når de blir voksne.¹⁰³ Vold og seksuelle overgrep mot barn er et folkehelseproblem og et betydelig samfunnsproblem. Beregningene tilsier at vold i nære relasjoner koster det norske samfunnet mellom 4,5 og 6 milliarder kroner årlig.¹⁰⁴

Medisinske undersøkelser

Barneombudet mener det er viktig at alle barn som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep får en medisinsk undersøkelse. Det er fordi medisinsk undersøkelse har flere formål. Undersøkelsen brukes for å innhente bevis til en eventuell straffesak, samtidig har den en medisinsk funksjon ved at man kan få avdekket behov for videre medisinsk oppfølging. I tillegg kan det være viktig for barnet å bli undersøkt av – og få snakke med – en fagperson med særlig kompetanse på vold og seksuelle overgrep for å få svar på sensitive spørsmål, f.eks. om kjønnsykdommer.

Barn som har vært utsatt for vold eller overgrep kan også ha andre helsebehov som det er viktig å identifisere og sørge for at blir adekvat behandlet. Derfor er det viktig med en generell medisinsk undersøkelse. Andre medisinske behov kan også skyldes omsorgssvikt som er viktig å identifisere, med tanke på vurdering i en eventuell barnevernssak.

Hvor foregår de medisinske undersøkelsene?

Medisinske undersøkelser av barn utsatt for vold eller seksuelle overgrep foregår enten på sykehus, på legevakten eller på Statens Barnehus (barnehuset). Undersøkelsene på sykehus eller legevakt skjer fordi barnet oppsøker helsetjenesten etter det har blitt utsatt for et seksuelt overgrep. Den medisinske undersøkelsen på barnehuset kommer senere og blir bestilt av barnevernet eller politiet.

De akuttmedisinske undersøkelsene som gjøres i helsetjenesten og de senere medisinske undersøkelsene ved barnehusene har til dels ulike formål og ulikt rettslig utgangspunkt. Likevel er det mange likhetstrekk.

Hvem bør foreta medisinske undersøkelser

Barneombudet mener det er viktig at legene som utfører den medisinske undersøkelsen har utdannelse i sosialpediatri. Det er sosialpediatere, samt noen rettsmedisinere, som er særlig skolert til å foreta medisinske undersøkelser av barn utsatt for vold og seksuelle overgrep. Sosialpediatri er den delen av medisinen som er opptatt av samspillet mellom barn og samfunn.¹⁰⁵ Sosialpediatere foretar derfor ikke bare medisinske undersøkelser av barn utsatt for vold og seksuelle overgrep. De har også kompetanse i å utrede om det foreligger andre medisinske tilstander/sykdommer som kan gi funn som likner mishandling og som det er avgjørende å utelukke. I tillegg har de kompetanse og erfaring med å samarbeide med barnevern og politi.

Sosialpediatere vil som regel ha bedre forutsetninger enn andre leger for å foreta medisinsk undersøkelse av barn som kan ha vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Særlig det å avdekke seksuelle overgrep kan være ytterst krevende. Det er også krevende å gjennomføre undersøkelsen og dokumentere funnene på en slik måte at de kan brukes som bevis i retten. Sosialpediatere bør i tillegg ha god evne til å kommunisere med barn, og de er opplært til å gjøre undersøkelsen så skånsom og barnevennlig som mulig.

Store variasjoner i tilbud om medisinsk undersøkelse

Barneombudet har erfart at det er store variasjoner i tilbudet om medisinske undersøkelser: Noen barn får en akutt medisinsk undersøkelse i helsetjenesten, mens andre blir undersøkt først når de kommer på barnehuset. Noen blir undersøkt både i akuttfasen og når de kommer til barnehuset. Noen barn blir ikke undersøkt i det hele tatt.

Dette betyr at dagens system er lite forutsigbart og gir en lite helhetlig tilnærming til disse barna.

AKUTTTILBUDET

For barn som kan ha vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep – og særlig barn under 14-15 år - finnes det ikke noe enhetlig akuttmedisinsk tilbud. Det er store geografiske variasjoner når det gjelder hvilken institusjon barnet skal til, for eksempel barneavdeling eller legevakt, om tilbudet er døgnbemannet og om de som tar i mot barna har særlig kompetanse på vold og seksuelle overgrep.

En akuttmedisinsk undersøkelse av barn er meget viktig av flere grunner:

- Den sikrer spor etter hendelser og gir viktige støttebevis til en fremtidig retts-sak. Blåmerker forsvinner etter noen dager, og kan være det eneste synlige beviset på vold. For barn utsatt for seksuelle overgrep har man bare 24 timer på seg til å sikre nødvendige spor.
- Den er viktig for å sikre annen medisinsk hjelp til barnet.
- Den er viktig for å gi informasjon som barnet og familien trenger.



Særlig for de eldre barna kan det være naturlig å oppsøke overgrepsmottaket i en akuttsituasjon. Det finnes i dag 22 overgrepsmottak rundt i landet, hvorav to av tre er lokalisert ved legevakter, mens resten er lagt til sykehus. En evaluering viser at det er betydelige utfordringer knyttet til tilbudet.¹⁰⁶ Flere av mottakene tar ikke i mot personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner. Mange av mottakene tar bare barn fra de er 14-15 år.

Barna vi har snakket med har ulike erfaringer med akutttilbudet. Mange hadde ikke oppsøkt helsetjenesten i denne fasen. Noen hadde vært på legevakten, og hadde hatt en grei opplevelse med det. Samtidig ble det sagt at de ble behandlet som voksne, og at det kunne være vanskelig å forstå helt hva som skjedde.

«Det er viktig at medisinsk hjelp kommer med en gang. Det er viktig med god informasjon og at man får vite hva som skal skje under undersøkelsen og hva som skal skje etterpå.»

- jente i ekspertgruppen

«De var ok, men gjorde ting fort og forklarte ikke så godt hva som skjedde.»

- jente som hadde blitt undersøkt på overgrepsmottak

En jente i en av ekspertgruppene til Barneombudet hadde opplevd å måtte vente i flere timer hos helse-søster etter at hun hadde fortalt om et seksuelt overgrep, fordi ingen visste hvor hun skulle undersøkes.

Dette skyldtes at hun var under 14 år, som er aldersgrensen for seksuelle overgrepsmottaket i Oslo. I tillegg var det ingen spesialist på Oslo Universitets-sykehus som kunne foreta undersøkelsen. Til slutt fikk hun likevel komme til overgrepsmottaket. Dette synliggjør at det er behov for en bedre organisering som inkluderer de mindre barna.

Barneombudet mener dagens akutttilbud er mangelfullt, og at det kan stilles spørsmål om organiseringen er forsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Et godt akutttilbud er først og fremst viktig for barna, men også for politi, barnevern og andre som lur på hvor de skal henvende seg med et barn som har opplevd vold eller seksuelle overgrep, og som trenger en akuttmedisinsk undersøkelse.

Egne volds- og overgrepsmottak for barn

Regjeringen lanserte i august 2013 «Barndommen kommer ikke i reprise - Strategi for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom»¹⁰⁷ (heretter kalt Strategien). Tiltak 19 sier at det skal vurderes å opprette regionale overgrepsmottak for barn som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep.

Barneombudet støtter at det opprettes egne mottak for barn. Vi er også enige i at tilbudet til disse barna må forankres i spesialisthelsetjenesten, og ikke ved f.eks. legevaktene. Spesialisthelsetjenesten har plikt til å tilby øyeblikkelig helsehjelp når det må antas at den hjelper institusjonen kan gi er påtrengende nødvendig (spesialisthelsetjenesteloven § 3-1). Barneombudet mener det er tilfelle her. Dette må ses i sammenheng med kravet til forsvarlig behandling i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det krever særlig kompetanse å undersøke barn som kan ha vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep.

Mangelfull undersøkelse – og ikke minst feilaktige konklusjoner – kan få svært alvorlige konsekvenser for barnet, hans/hennes familie og den evt. gjerningspersonen.

I dag er tilbudet veldig varierende, og vi frykter at barn som trenger akutt medisinsk undersøkelse på grunn av vold eller seksuelle overgrep blir undersøkt av helsepersonell som ikke har forutsetning for å gjøre en faglig god jobb. Det er nødvendig med særlig trent personell som både kan gjøre en forsvarlig medisinsk undersøkelse og sikre bevis.

Sterke kompetansemiljøer

Vi er kjent med at det er opprettet – og er på trappene å opprette – flere kompetansesentre på vold og seksuelle overgrep mot barn som kan fungere som overgrepsmottak. Barneombudet tenker at det kan være fornuftig å etablere overgrepsmottak for barn i tilknytning til de store barneavdelingene ved sykehusene i f.eks. Oslo, Tromsø, Bergen, Stavanger, Bodø, Kristiansand og Trondheim, altså noen flere enn kun ett mottak i hver helseregion. De vil ha en viktig funksjon i å gjennomføre medisinske undersøkelser og samtidig være en ressurs i å veilede helsepersonell på sykehusene og ute i helsetjenesten. Barneombudet vil understreke at flere faggrupper bør være tilknyttet disse ressursmiljøene, eksempelvis barnekirurger og barneradiologer.

Når man vurderer antall overgrepsmottak for barn, må man veie belastningen det er for barnet å reise til et slikt mottak i en akutt situasjon opp mot verdien av at barnet blir undersøkt av kompetente fagpersoner, og muligheten for å bygge opp gode kompetansemiljøer. Fordi det er viktig at barna blir utredet av fagpersoner med riktig kompetanse, mener vi man bør akseptere reisevei av en viss lengde.

Når skal vold- og overgrepsmottakene benyttes?

Det vil være naturlig at helsepersonell overfører barna til et volds- og overgrepsmottak dersom de mener det er risiko for at barnet har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep av et visst alvor. I andre, mindre alvorlige saker, bør det være rutine at legevakt/fastlege må konferere med mottaket per telefon, slik at de sammen finner fram til hvordan saken bør følges opp. Det er også viktig med rutiner for samhandling med andre instanser som f.eks. barnevern, slik at flere instanser som møter barn som man mistenker er utsatt for vold eller overgrep benytter seg av tilbudet. Dette vil sikre barns rettssikkerhet bedre.

Det er ikke opplagt om mottakene også skal ta i mot barn over 14 år som per i dag undersøkes av gynekologer på overgrepsmottak for voksne. Gynekologer er i utgangspunktet bedre enn sosialpediatere til å gjøre underlivsundersøkelser av barn fra de har kommet i puberteten. Barneombudet heller likevel mot at alle mindreårige skal til de nye mottakene. Disse mottakene vil være særlig tilrettelagt for barn, og man slipper å dele opp, avhengig av om barna er utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Det forutsetter imidlertid at mottakene får helsepersonell med kompetanse til å undersøke ungdom.

Barneombudet anbefaler:

- Det må opprettes egne volds- og overgrepsmottak for barn tilknyttet sykehusene med de største barneavdelingene.
- Alle barn som har vært utsatt for alvorlig vold eller seksuelle overgrep bør så raskt som mulig undersøkes av helsepersonell med spesialkompetanse.

MEDISINSKE UNDERSØKELSER PÅ STATENS BARNEHUS



Barnehuset er et tilbud til barn og ungdom som kan ha vært utsatt for, eller vært vitne til vold eller seksuelle overgrep, der det foreligger en politianmeldelse.¹⁰⁸ Hensikten med å opprette barnehus var å gi et helhetlig tilbud til disse barna. Det innebærer at tjenestene skal være samlet ett sted, og at tjenestene skal komme til barnet, ikke omvendt. I Norge har vi pr. mars 2014 ti barnehus.

Barnehusene legger til rette for dommeravhør, gir veiledning og følger opp barn og pårørende. I noen tilfeller gjennomføres også medisinsk undersøkelse av barnet. Som nevnt over, skjer disse undersøkelsene ikke i akuttfasen, men etter anmodning fra politiet, eventuelt barnevernet, og har status som rettsmedisinsk undersøkelse.¹⁰⁹ Barnelegene som foretar undersøkelsene er ikke ansatt ved barnehuset, men leid ut fra et sykehus for å gjennomføre undersøkelsen.

I Barneombudets ekspertgrupper hadde kun noen få fått medisinske undersøkelser ved barnehusene. Flere mente at dette var noe alle burde få tilbud om, ikke minst for å få vite at ting var normalt og for å kunne spørre om vanskelige ting. Mange hadde hatt spørsmål om kroppen i etterkant som de ikke hadde fått svar på, eller det hadde tatt tid å få svar.

«Alle bør få tilbud om medisinsk undersøkelse. Også for å få muligheten til å spørre om noe man lurer på.»

- jente i ekspertgruppen

Evalueringen av barnehusene viser at ulike faggrupper vektlegger ulike formål ved den medisinske undersøkelsen.¹¹⁰ I evalueringen er dommere, advokater og politiet gjennomgående mer skeptiske til å gjennomføre medisinske undersøkelser, da de mener det har liten bevismessig verdi. Mange av disse undersøkelsene kommer i lang tid etter hendelsen, og dessverre kan det da være for sent å sikre spor, noe som kan bidra til den negative

holdningen. Nettopp derfor er det så viktig at man ser undersøkelsen på barnehuset i sammenheng med et godt akutttilbud.

Skeptikerne legger liten vekt på at undersøkelsen kan ha et annet formål. Mange har også en oppfatning om at undersøkelsen er traumatisk for barnet. Kompetanse om hensikten med undersøkelser, og hva man kan finne under undersøkelser, er også lav.¹¹¹ Evalueringen av barnehusene viser at voksne¹¹² mente at den medisinske undersøkelsen ble opplevd som greit av de aller fleste barna, og nesten alle barna syntes det var bra etterpå.¹¹³

Lederne for barnehusene og legene vektlegger at barnet får en medisinsk oppfølging, og at barnet blir tatt på alvor og eventuelt «friskmeldt». De påpeker også at selv om ikke funnene isolert sett kan få betydning som bevis, vil det kunne være en viktig brikke i å se helheten, og eventuelt nye skader kan sees i sammenheng med gamle funn. Og om ikke alle funnene skulle holde som bevis i en straffesak, kan de likevel være nyttige for barnevernet når barnets omsorgssituasjon skal vurderes.

Få barn får medisinske undersøkelser ved barnehusene

I gjennomsnitt fikk bare 13 %¹¹⁴ av alle barn som kom til barnehusene i 2012 medisinsk undersøkelse. Barneombudet stiller spørsmål ved om det lave antallet undersøkelser er heldig. Både legene og lederne for barnehusene mener at det gjennomføres for få medisinske undersøkelser. Flere argumenterer for at det bør være obligatorisk å tilby medisinsk undersøkelse.

Det er store variasjoner barnehusene imellom når det gjelder antall medisinske undersøkelser. I 2012 hadde f.eks. barnehuset på Hamar 275 dommeravhør og 15 medisinske undersøkelser. Det vil si medisinsk undersøkelse i ca 5 % av sakene. I Oslo ble det til sammenligning foretatt medisinsk undersøkelse i 21 % av sakene. Barneombudet tenker at den store forskjellen kan henge sammen med om det finnes gode medisinskfaglige miljøer i nærheten som kan foreta undersøkelsen. Det er viktig at når man plasserer barnehus på steder som ikke har et relevant medisinsk fagmiljø i nærheten, må det jobbes for å bygge opp slike miljøer.

Barneombudet mener at dagens lave antall medisinske undersøkelser viser at man ikke tar hensyn til at undersøkelsen har en verdi ut over bevissikring. Det er særlig viktig at barn som ikke har blitt undersøkt tidligere får tilbud om en grundig medisinsk undersøkelse ved barnehuset. Også der barnet har hatt en medisinsk undersøkelse før, bør barnehuset forsikre seg om at denne er gjennomført av en kompetent fagperson. Vi mener at barnet bør ha vært sett på av en barnelege som har undersøkt hele kroppen.

Barneombudet har også fått innspill fra leger, politi og ansatte ved barnehus om at politiets anmodning om medisinsk undersøkelse i noen tilfeller blir avslått. Begrunnelsen er blant annet at helseforetakene ikke har nok sosialpediatere til å gjennomføre undersøkelsen. Dette er veldig alvorlig for de barna det gjelder.

Barneombudet anbefaler:

- Alle barn som kommer til barnehuset må få tilbud om medisinsk undersøkelse, med mindre det ikke anses å være til barnets beste. Dette må i så fall begrunnes.
- De regionale helseforetakene må sørge for at det finnes tilstrekkelig antall fagpersoner til å dekke behovet for medisinske undersøkelser på barnehusene.

Kompetanse og kapasitet i helsetjenesten

Vold og seksuelle overgrep er et krevende fagfelt, både medisinsk og ikke minst emosjonelt. Man kan lett komme opp i vanskelige situasjoner hvor man må handle annerledes enn ut fra vanlige prosedyrer – helsepersonell er f.eks. ikke lært opp til å mistro den informasjonen som gis fra pårørende og pasienten selv. Derfor er det spesielt viktig at det settes av nok tid og ressurser i utdanningene, og at helsepersonell får jevnlig faglig påfyll på temaet uavhengig av hvor de jobber.

Sykehusene må ha kompetanse

I oppdragsbrevet til de regionale helseforetakene (RHF) for 2013 ba Helse- og omsorgsdepartementet RHFene om å sikre at det «er tilstrekkelig kompetanse i helseforetakene og gode rutiner for å ivareta barn som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep og annen type mishandling.»

Barneombudet ba RHFene i brev av 3. juli 2013 om informasjon om hva de har gjort for å sikre at målet i oppdragsbrevet fra departementet blir nådd. Det varierer hvorvidt RHFene i sine tilbakemeldinger gir en vurdering av helsetilbudet. Av de som beskriver innholdet, sies det gjennomgående at tilbudet er bra, og at de har tillit til at helseforetakene sikrer at de har tilstrekkelig kompetanse.

Barneombudet er ikke beroliget over svarene vi har mottatt fra RHFene. Det henger sammen med at vi våren 2013 gjennomførte en spørreundersøkelse direkte til sykehusene som viser et annet bilde.

Spesialisthelsetjenesten - for få sosialpediatere på sykehusene

Sosialpediatere har særlig kompetanse til å undersøke og følge opp barn utsatt for vold og overgrep. I ovennevnte undersøkelse spurte Barneombudet alle barneavdelingene ved landets store sykehus hvor mye legetid, målt i stillinger, som brukes til sosialpediatrisk arbeid.¹⁵ Svarene viser at det er svært få stillinger som er spesifikt avsatt til dette:

> De fleste sykehusene rapporterte om mellom null og én stilling.

> Oslo Universitetssykehus har flest, med 2,5 stillinger, som er en nylig økning.

Flere sykehus opplyste at det kan være vanskelig å anslå en prosentstilling, fordi mye av arbeidet på dette området går inn i den vanlige behandlingen. Andre igjen rapporterte at sykehuset kan ha god kompetanse på sosialpediatri, selv om ingen har dette som sitt spesielle område.

Ett sykehus har f.eks rapportert til Barneombudet at det kun er satt av 0,5 prosent legetid til sosialpediatrisk arbeid. Samtidig opplyser et Regionalt helseforetak (RHF) til oss om samme sykehus: «Alle leger som går bakvakt har sosialpediatrisk kompetanse tilstrekkelig til å kunne gjøre medisinske undersøkelser, herunder rettsmedisinske undersøkelser.»

Det blir også påpekt at andre sykehus i regionen lener seg på dette sykehusets spesialkompetanse. Her er det med andre ord et stort gap mellom hva RHFet skriver, og svaret fra sykehuset. Vi mener at dagens situasjon er foruroligende og gir grunn til bekymring.

Dagens fagmiljø er svært sårbare for utskiftning. Et sykehus beskriver situasjonen slik:

«Vi mistet for noen år siden den av overlegene som hadde spesialkompetanse på undersøkelser etter mistenkt seksuelt misbruk. De siste to årene har vi brukt til å «bygge opp» hennes etterfølger blant overlegene....»

Barneombudet stiller spørsmål ved om det er faglig forsvarlig å organisere seg slik at man nesten ikke har sosialpediatere til å gjennomføre undersøkelser som faglig sett krever en slik høy spesialkompetanse.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 stiller krav om at helseforetakene ikke legger seg på en minstandard av hva som anses å være faglig forsvarlig, men at de strekker seg etter hva som anses å være god praksis.¹¹⁶ Det synes klart for Barneombudet at «god praksis» krever at barneavdelingene i det minste har knyttet til seg en eller flere sosialpediatere, og at disse har tilstrekkelig stillingsbrøk til at de kan gjennomføre de medisinske undersøkelsene på dette området. Det må ved organiseringen tas i betraktning at tilbudet bør være døgnbemannet.

I ovennevnte sykehusundersøkelse spurte vi barneavdelingene om det forelå planer om å styrke det sosialpediatriske tilbudet på barneavdelingen. 59% svarte nei. I lys av den lave bemanningen som er per i dag på dette området, er dette svært betenkelig. Norske myndigheter er forpliktet etter barnekonvensjonen artikkel 19 til å treffe alle egnede tiltak for å beskytte barn mot vold og mishandling, herunder organisere seg på en måte som sikrer god beskyttelse og oppfølging av barna.

Det er krevende å foreta medisinske undersøkelser av barn som mistenkes å ha blitt utsatt for vold eller seksuelle overgrep, blant annet fordi det er vanskelig å skille hva som er normale og hva som er unormale funn. Det er derfor en stor utfordring at det finnes for få sosialpediatere.

Barneombudet mener dagens situasjon i realiteten handler om hvor lite villige helseforetakene er til å prioritere barn som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Som vi har sett tidligere i kapitlet, går dette også utover de medisinske undersøkelsene på barnehusene.

Oslo Universitetssykehus har tatt grep og økt sin bemanning av sosialpediatere til 2,5 stilling. Vi mener andre sykehus må følge etter.

Barneombudet anbefaler:

- Alle større barneavdelinger må ha minimum én stilling satt av til sosialpediatrisk arbeid, gjerne flere.
- Alle barneavdelinger bør ha et tverrfaglig sosialpediatrisk team bestående av barnelege, sykepleier, sosionom, psykolog/barnepsykiater, og ansvarlige fagpersoner fra andre involverte avdelinger etter behov.
- Alle avdelinger som behandler barn bør ha minst én person med fagansvar for vold og overgrep mot barn.

Kompetanseheving i helseforetakene

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 pålegger sykehusene å sørge for at ansatte gis den kompetanse som er nødvendig for å kunne utføre arbeidet sitt forsvarlig.

Barneombudets sykehusundersøkelse viser at mange av sykehusene har internundervisning om vold og seksuelle overgrep, både på barneavdelingen og for andre avdelinger, eksempelvis røntgen og ortopedi. Noen barneavdelinger rapporterer imidlertid kun om internundervisning på egen avdeling. Det er grunn til å spørre hvordan disse sykehusene sikrer at deres ansatte på andre avdelinger har nødvendig kompetanse til å avdekke og håndtere barn som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep.

Strategien fra regjeringen kommer med flere tiltak som skal øke kompetansen på temaet vold og seksuelle overgrep i spesialisthelsetjenesten. Det er vi glad for. Vi støtter at barneleger får obligatoriske kurs om temaet.

Vi savner imidlertid at det stilles tilsvarende krav om obligatoriske kurs for kirurger og radiologer. Disse faggruppene kommer i kontakt med mange barn, og får tilgang til informasjon som kan være sentral for å avdekke om barnet har vært utsatt for vold og mishandling. En undersøkelse fra 2010 viser at prosessen som ledet til mistanke om mishandling og utredning, virket nokså tilfeldig ved de ulike barneavdelingene.¹¹⁷ Det er med andre ord behov for mer kunnskap og bedre organisering av tjenesten.

Barneombudet er kjent med at det finnes flere gode prosedyrer om barnemishandling. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har utarbeidet en håndbok¹¹⁸, og ansatte ved Oslo universitetssykehus har utarbeidet en prosedyre for mishandling av barn.¹¹⁹ Barneombudet mener det er viktig at alle sykehus og alle avdelinger forholder seg til én intern prosedyre om barnemishandling.

En pågående studie ved NKVTS viser at mange barn som henvises til BUP for behandling har vært utsatt for, eller har opplevd, vold i familien eller seksuelle overgrep. I en betydelig andel av henvisningene til BUP ble det ikke referert til at barna hadde volds- eller overgrepserfaringer.¹²⁰ Nettopp derfor er det viktig at leger og annet personell på BUP har kunnskap om avdekking av vold og overgrep.

Primærhelsetjenesten

Strategien fra regjeringen har flere tiltak som retter seg mot kompetanseheving i førstelinjetjenesten. Barneombudet er positiv til at allmennleger skal få obligatoriske kurs om vold og seksuelle overgrep, samt at det stilles krav om at alle som deltar i legevakt har gjennomført kurs om vold og seksuelle overgrep.

En undersøkelse fra Helsetilsynet i Oppland viser at behovet for kompetanseheving ser ut til å være stort. Undersøkelsen viser hvor mange bekymringsmeldinger helsetjenesten har sendt til barnevernet. I de fleste av kommunene i Oppland hadde ikke legevakten sendt en eneste bekymringsmelding i løpet av 2012. Barneombudet finner det lite sannsynlig at legevaktene i disse kommunene ikke har hatt inne barn i løpet av 2012 som det har vært grunn til å være bekymret for i forhold til hjemmesituasjonen. Det er mer nærliggende at tallene gjenspeiler manglende kunnskap og rutiner for å fange opp disse barna.

Helsesøstre er en annen viktig faggruppe i primærhelsetjenesten. Som nevnt i kapittelet om en forsvarlig skolehelsetjeneste har barna vi snakket med ofte hatt varierende erfaring med helsesøstrenes håndtering av vold og seksuelle overgrepstematikk. Det ble bl.a. sagt at de opplevde at helsesøster ikke visste noe særlig om vold og seksuelle overgrep, og hva hun skulle gjøre med det de hadde fortalt. Eller som et av barna sa:

«Jeg føler at helsesøster ikke har kunnskap. Jeg tror hun er flinkere til å sette sprøyter og stelle sår.»

- gutt i ekspertgruppen

Redd Barnas rapport «Tåler noen barn mer juling?» viser også at helsesøstre ofte mangler kompetanse på vold og seksuelle overgrep.¹²¹ Dette er alvorlig, da helsesøstre mange ganger vil være de første som får vite at et barn kan ha vært utsatt for vold eller overgrep.

Barneombudet anbefaler:

- Det må opprettes obligatoriske kurs om vold og seksuelle overgrep i spesialistutdanningen for alle sykehus-spesialister som jobber med barn.
- Det bør finnes én prosedyre om barnemishandling som gjelder for hele sykehuset og alle aktuelle avdelinger.

Vold og seksuelle overgrep i medisinstudiet

Grunnlaget for legers fagkompetanse legges i medisinstudiet. Strategien fra regjeringen har et eget punkt om kompetanseheving i utdanningene, men nevner ikke legeutdanningen.

Barneombudet har spurt de medisinske fakultetene i Norge hvilken undervisning legestudentene får for å gjøre dem rustet til å møte volds- og overgrepssproblematikk. Vi har fått svar fra tre fakulteter. Det er variasjoner i omfang av undervisningen, hva det undervises i og av hvem. Oslo ser ut til å ha den mest omfattende undervisningen. Vi er bekymret

Barneombudet anbefaler:

- Det må opprettes obligatoriske kurs om vold og seksuelle overgrep for legevaktleger og fastleger.
- Helsesøstres kompetanse til å fange opp barn og unge som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep må styrkes.
- Kommunene må ha gode helsetjenester til barn og unge, med tilstrekkelig kompetanse på psykisk helsearbeid rettet mot barn utsatt for vold og overgrep (se kapittel om skolehelsetjeneste).

for at noen fakulteter ser ut til kun å ha dette temaet oppe et par ganger i løpet av studiet, i relativt korte sekvenser.

Med tanke på hvor stort, komplisert og viktig dette temaet er, mener vi det er grunn til å spørre om det settes av for lite tid til temaet i medisinstudiene. Barneombudet mener vold og seksuelle overgrep i større grad enn i dag må integreres som tema gjennom hele studiet. Det er et modningsfag – og det er derfor viktig at studentene kommer tilbake til temaet gjentatte ganger. Det er også viktig å gjøre studentene bevisste på at vold og seksuelle overgrep er relevant, ikke bare i pediatri, men også innen andre fagfelt som eks. nevrologi og røntgen, psykiatri/barne- og ungdomspsykiatri og samfunnsmedisin.

Barneombudet anbefaler:

- De medisinske fakultetene må sikre at vold og seksuelle overgrep får tilstrekkelig fokus gjennom hele legeutdannelsen.

Oppfølgingstilbud - innspill fra barn

Det er nærliggende å tenke seg at barn som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep trenger en eller annen form for oppfølging. Men hva slags hjelp barnet trenger, vil være avhengig av blant annet hva de har opplevd, varigheten av krenkelsene, hvem som har utsatt dem for krenkelsene, barnets individuelle reaksjon på volden/de seksuelle overgrepene, og barnets muligheter for å få støtte av sine omsorgspersoner.^{1,22}

Det følger av barnekonvensjonen artikkel 19 nr 2 at staten er forpliktet til å sikre barn beskyttelse mot vold og seksuelle overgrep, herunder «effektive prosedyrer for utforming av sosiale programmer som yter nødvendig støtte til barnet» og andre former for «behandling og oppfølging».

Strategien fra regjeringen inneholder flere tiltak rettet mot oppfølging av barn utsatt for vold og seksuelle overgrep. Det er åpenbart behov for mer kunnskap om hvilket behandlingstilbud som finnes og hvordan det fungerer. NKVTS skal gjennomføre en slik kartlegging. Det er Barneombudets bestemte oppfatning er at dagens behandlings- og oppfølgingstilbud til denne gruppen preges av å være lite helhetlig.

Barneombudets to ekspertgrupper har mye erfaring med ulike hjelpetiltak. Vi vil her løfte fram barnas erfaringer og råd. Vi oppfordrer regjeringen til å lytte til barn som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep når tilbudet til disse barna utformes. Rådene er også relevante for privatpersoner og fagfolk. Barnas erfaringer og råd til helsesøstre står omtalt i kapittelet om en forsvarlig skolehelsetjeneste.

Hvordan møte et barn som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep

Begge ekspertgruppene var veldig opptatt av hvordan de ble møtt. Flere av barna fortalte at det ble kaos da det kom fram hva de hadde opplevd. De ønsker seg rolige, men engasjerte og omsorgsfulle voksne. De etterlyser fagfolk som er personlige og som bryr seg.

Barns råd om hvordan å møte et barn:

- Når et barn forteller om vold eller seksuelle overgrep – ikke reager så voldsomt. Ikke lag masse styr og kaos. Vær tydelig og rolig. Barnet kan ha trodd at det han/hun opplevde er normalt.
- I møte med voksne som skal hjelpe, er det viktig å føle seg trygg, prioritert og føle støtte.
- Pass på hvilke ord du bruker – ikke bruk ord som stakkars, synd på eller skam. La barnet definere selv.
- Vis engasjement, medfølelse og omsorg. Vær personlig og vis at du bryr deg.

Informasjon

Barna har vært veldig tydelige på at de ønsker informasjon om hva som skjer. Flere hadde f.eks. fått et dårlig forhold til helsesøster fordi hun hadde meldt fra videre uten at barna var informert og spurt om råd. De skjønnte i ettertid at det var bra

at helsesøster gikk videre, selv om de ikke ville det da, men de skulle ønske at de hadde fått en forklaring på hvorfor det var nødvendig. De ville også gjerne være med på å påvirke hvordan det skulle gjøres. FNs barnekomité har også understreket betydningen av at barn får god informasjon i spørsmål knyttet til helse.¹²³

Barns råd om hvordan informasjon bør gis:

- Gi god informasjon til barnet hele veien. Fortell hva som skal skje og hvorfor. Vær sikker på at barnet forstår hva som skjer.
- Forklar hvorfor dere har plikt til å fortelle om det som har skjedd videre – og la oss få være med å bestemme hvordan det skal skje.

De fysiske lokalene er viktige

Det er åpenbart at de fysiske forholdene der barna skal få hjelp har mye å si. Begge ekspertgruppene sier at det må være hyggelige omgivelser. Dette handler om å skape en arena som gjør at barnet føler seg velkommen og trygg.

Barns råd om lokaler:

- Det bør være god luft og komfortabelt der man skal få hjelp – lyse, fine farger og gode stoler.



Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

I dag henvises mange barn som har opplevd vold eller seksuelle overgrep til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Det er viktig at barn får et tilbud om psykisk oppfølging fordi emosjonelle, psykiske og psykosomatiske plager ofte er det som gjør livet vanskelig for barna på lang sikt.

BUP kom gjennomgående dårlig ut når det gjelder å hjelpe de barna som var med i Barneombudets ekspertgrupper. Barna fortalte at de følte seg overkjørt av terapeuten i BUP og lite forstått og respektert. De savnet at behandleren var mer personlig engasjert i dem. Møtet med terapeuten opplevdes som upersonlig og lite givende av mange.

Flere av barna var også veldig opptatt av at behandleren i BUP tok utgangspunkt i henvisningspapirene og antok at de dermed kjente hele historien, eller som én sa:

«De har lest papirene om deg og tror de kjenner deg.»

De følte at behandleren var forutinntatt ved første møte og lite opptatt av å få deres historie.

Barna følte også at behandleren kunne lite om vold og seksuelle overgrep og derfor ikke ga dem adekvat hjelp. Flere nevnte at de opplevde at behandleren på BUP stadig rippet opp i det som hadde hendt, uten at det hjalp. De følte at de fikk lite konkrete råd om hva de kunne gjøre for at de skulle få det bedre framover.

«Det eneste de sier er at du må slutte å tenke på det. Jeg vil ha tips på hva jeg faktisk kan gjøre.»

Mange barn som har erfaring med vold og seksuelle overgrep passer ikke inn i BUP slik denne tjenesten fungerer i dag, hvor det gjerne vil være

fokus på diagnostisering og sykdom. I Stortingsmeldingen 15 (2012-2013) står det: «BUP har ansvar for å utrede barnets/ungdommens tilstand og tilby individuelt tilpasset behandlingsintervensjon på grunnlag av diagnostikken.»¹²⁴

Barna fra ekspertgruppene beskriver et sterkt sykdomsfokus hos BUP. Utsagnet fra en av jentene er betegnende:

«Jeg følte meg ikke syk før jeg kom til BUP»

De opplever at BUP har for mye fokus på diagnose, sykdom og problemer.

«På BUP føler jeg at de spør og graver for å sette en diagnose på deg.»

«Det blir bare å få diagnosen og så skal du få hjelp med den. Men det er ikke sikkert det er en diagnose.»

Barn som har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep har ikke nødvendigvis klare symptomer, og det er heller ikke gitt at det er riktig å gi barnet en diagnose. Barna og deres familie kan likevel ha et stort behov for en eller annen form for oppfølging.

Barna i ekspertgruppene føler at de har fått bedre hjelp på Barnehuset og Støttesenter mot incest (SMI) enn på BUP. Vi skal være forsiktige med å generalisere ut fra en liten gruppe barn. Men Barneombudet har fått mange andre negative tilbakemeldinger om BUPs tilbud til denne gruppen barn, både fra barn, foreldre og fagfolk. Barneombudet er derfor bekymret for om BUP klarer å tilby disse barna den oppfølging de trenger.

På spørsmål om hvorfor de følte seg bedre ivaretatt på Barnehuset eller SMI, sa flere at de opplevde de personene de møtte der som oppriktig interesserte.



De viste engasjement, medfølelse og omsorg på den riktige måten. De trakk også fram at det er hjemmekoselig der, og man føler at hver enkelt blir tatt vare på og sett. Man måtte ikke snakke om det man hadde opplevd hvis man ikke ville. Det var også fint å treffe og få støtte hos andre som hadde opplevd noe tilsvarende.

Det er tydelig at hvordan barna blir møtt fra starten har stor betydning for hvordan de opplever oppfølgingen. En jente fortalte at det første hun møtte i BUP var et kjempelangt skjema som skulle fylles ut. Møtet med behandleren opplevdes som lite personlig.

Barns råd til BUP:

- Bruk tid til å bli kjent og skape tillit og trygghet. For å få til dette må du være engasjert, lyttende og gi av deg selv.
- BUP må tenke nytt og ikke bare fokusere på diagnoser. En diagnose kan gjøre at jeg føler meg verre, og hvis jeg ikke har diagnose kan jeg likevel trenge hjelp.
- La meg fortelle historien min selv, og bestemme selv hva jeg vil fortelle og hva mine behov er. Ikke tro du kjenner meg og historien min selv om du har lest henvisningspapirene.
- Vi vil heller vente litt lenger og få snakke med en som kan mye om vold og seksuelle overgrep.
- Ikke fokuser så mye på hva som er problemer – se framover.



Om organisering av hjelpetilbudet

Barna vi har snakket med er opptatt av at man må tenke nytt. De vil gjerne at oppfølgingen skal være mer fleksibel. De vil ikke bare sitte inne på et rom og prate. Det ble sagt at BUP var blitt for gammel-dags i måten de jobbet på.

Barneombudet har tro på at man bør tenke nytt for å klare å hjelpe disse barna. Istedenfor å ta utgangspunkt i dagens hjelpeapparat, og forsøke å putte disse barna inn i det eksisterende tilbudet, bør man gjøre en analyse av hva disse barna faktisk trenger og så organisere tilbudet deretter.

Barneombudet støtter barna i at det bør være et fleksibelt tilbud som oppleves som tilgjengelig, og som i større grad enn i dag er der barna er. Dette er i tråd med anbefalingen fra FNs barnekomité om at staten må sikre et holistisk system som ivaretar barnet gjennom et fullt spekter av tjenester.¹²⁵

Barns råd om hvordan hjelpetilbudet bør organiseres:

- De som skal hjelpe må være tilgjengelige på en annen måte enn i dag. Vi vil kunne ringe når vi trenger å snakke.
- Vi vil ha hjelp der vi trenger det, av noen som har spesiell kunnskap om vold og seksuelle overgrep.
- Det er viktig at ulike instanser vet om hverandre og kan bruke hverandre.

Barneombudet anbefaler:

- Myndighetene må sørge for at barns erfaringer og ønsker kommer fram når man skal organisere og forme tilbudet til barn som har opplevd vold eller seksuelle overgrep.

Barneombudets anbefalinger om helsetilbudet til barn utsatt for vold og seksuelle overgrep

Medisinsk akutttilbud:

- Det må opprettes egne volds- og overgrepsmottak for barn tilknyttet de største barneavdelingene.
- Alle barn som har vært utsatt for alvorlig vold eller seksuelle overgrep bør så raskt som mulig undersøkes av helsepersonell med spesialkompetanse.

Statens barnehus:

- Alle barn som kommer til barnehuset må få tilbud om medisinsk undersøkelse, med mindre det ikke anses å være til barnets beste. Dette må i så fall begrunnes.
- De regionale helseforetakene må sørge for at det finnes tilstrekkelig antall fagpersoner til å dekke behovet for medisinske undersøkelser på barnehusene.

Spesialisthelsetjenesten:

- Alle større barneavdelinger må ha minimum én stilling satt av til sosialpediatrisk arbeid, gjerne flere.
- Alle barneavdelinger bør ha et tverrfaglig sosialpediatrisk team bestående av barnelege, sykepleier, sosionom, psykolog/barnpsykiater, og ansvarlige fagpersoner fra andre involverte avdelinger etter behov.

- Alle avdelinger som behandler barn bør ha minst en person med fagansvar for vold og overgrep mot barn.
- Det må opprettes obligatoriske kurs om vold og seksuelle overgrep i spesialistutdanningen for alle sykehusspesialister som jobber med barn.
- Det bør finnes én prosedyre om barne mishandling som gjelder for hele sykehuset og alle aktuelle avdelinger.

Primærhelsetjenesten:

- Det må opprettes obligatoriske kurs om vold og seksuelle overgrep for legevaktleger og fastleger.
- Helsesøstres kompetanse til å fange opp barn og unge som har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep må styrkes.
- Kommunene må ha gode helsetjenester til barn og unge, med tilstrekkelig kompetanse på psykisk helsearbeid rettet mot barn utsatt for vold og overgrep (se kapittel om skolehelsetjeneste).

Medisinstudiet:

- De medisinske fakultetene må sikre at vold og seksuelle overgrep får tilstrekkelig fokus gjennom hele legeutdannelsen.

Oppfølgingstilbud:

- Myndighetene må sørge for at barns erfaringer og ønsker kommer fram når man skal organisere og forme tilbudet til barn som har opplevd vold eller seksuelle overgrep.

Den juridiske rammen rundt barns helse

I denne delen av rapporten gir vi en kort fremstilling av den internasjonale og nasjonale retten som er spesielt relevant for prosjektet. Barnekonvensjonen er norsk lov, noe som gir den stor tyngde. Konvensjonens bestemmelser skal gå foran dersom det er motstrid med andre regler.

FNs komite for barns rettigheter (barnekomiteen) overvåker gjennomføringen av barnekonvensjonen i Norge. Vi har i denne rapporten vist til deres anbefalinger til Norge spesielt, og til deres generelle kommentarer om hvordan barnekonvensjonen skal tolkes.

Barnekonvensjonens forpliktelser

Barns rett til helsetjenester er nedfelt i flere internasjonale konvensjoner som Norge er forpliktet av. Den mest relevante er barnekonvensjonen artikkel 24.¹²⁶ Man sier gjerne at denne bestemmelsen gir barn rett til helse, mens den egentlig gir barn rett til nødvendige helsetjenester og til fravær av helseskadelige handlinger.¹²⁷

Barnekonvensjonen artikkel 24

Artikkel 24 nr 1 gir bestemmelsens overordnede mål – nemlig at barn skal «nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering.» I det ligger det at myndighetene må legge til rette for at forholdene er mest mulig optimale for at barn kan utvikle god helse. FNs barnekomité presiserer at når man vurderer hva som kan forventes etter artikkel 24, må man ta i betraktning barnets biologiske,

sosiale, kulturelle og økonomiske forutsetninger.¹²⁸ Samtidig må statens forpliktelse ses i lys av landets ressurser og utviklingsnivå. Myndighetene skal gjøre det som er mulig og rimelig basert på det enkelte lands forutsetninger. I rapporten vår viser vi blant annet at forholdene ved flere nyfødteintensivavdelinger på langt nær er optimale.

I artikkel 24 nr 2 ramses det opp mer konkrete målsetninger og påbud som staten har forpliktet seg til å gjennomføre. Primærhelsetjenesten blir spesielt trukket fram i bokstav b). Barnekomiteen er tydelig på at myndighetene må prioritere tilgang til primærhelsetjenesten. Det betyr blant annet at når man organiserer helsetjenesten, må man særlig legge til rette for lavterskeltilbud. Barneombudet viser i flere av kapitlene i denne rapporten at skolehelsetjenestetilbudet ikke fungerer tilfredsstillende i Norge.

Artikkel 24 nr 2 a) pålegger norske myndigheter å treffe egnede tiltak for å redusere spedbarns- og barnedødelighet. I denne rapporten har det betydning for hvordan nyfødteintensivavdelinger på sykehus er organisert rundt i landet, og effekten det har på nyfødtfasen til barn.

Barnekonvensjonen artikkel 4

Artikkel 24 må ses i sammenheng med artikkel 4 i barnekonvensjonen som forplikter staten – norske myndigheter – til å gjøre alt som er nødvendig for å etterleve barnekonvensjonen. Det nevnes spesifikt «alle egnede lovgivningsmessige, administrative og andre tiltak for å gjennomføre de rettigheter som anerkjennes i konvensjonen.» Barnekomiteen har i sin generelle kommentar nr 5¹²⁹ nevnt en rekke tiltak som er nødvendig for en effektiv gjennomføring av konvensjonen: utvikling av spesielle strukturer, overvåking, opplæring og andre aktiviteter innen statsforvaltningen, hos lovgiver og domstolen. Norske myndigheter er blant annet forpliktet til å organisere helsetjenesten på en måte som gjør at barn får reell tilgang på nødvendige helsetjenester. Dette er relevant for flere av områdene vi har sett på i rapporten.

Begrensning i statens forpliktelse for sosiale og økonomiske rettigheter

Artikkel 4 angir – som artikkel 24 – en begrensning i statens forpliktelse når det gjelder økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Staten er forpliktet til å treffe tiltak «i størst mulig utstrekning innenfor de ressurser de har til rådighet.» Det er med andre ord et krav om gradvis realisering i takt med de ressurser landet har til rådighet. Retten til helse i barnekonvensjonen gir uttrykk for et høyt ambisjonsnivå, og land som Norge kan ikke på samme måte som utviklingsland nedprioritere helsetjenester til barn med henvisning til at myndighetene ikke har tilstrekkelige ressurser.

Om norske myndigheter oppfyller kravet i artikkel 4 om «størst mulig utstrekning», vil avhenge av om det er politisk vilje til å prioritere barn og om myndighetene har et effektivt styringssystem.¹³⁰ Myndighetene må kunne vise til at de gjør det som er mulig for å gi barn i Norge best mulige helsetjenester, og at tjenestene er over det man vil definere som en minimumsstandard. Samtidig vil man også i et

velutviklet land som Norge kunne tenke seg at det finnes muligheter innen medisinen som det ikke kan forventes at det offentlige helsevesenet skal tilby.¹³¹

Andre bestemmelser i barnekonvensjonen

Artikkel 4 og 24 må ses i lys av resten av konvensjonen, ikke minst de grunnleggende prinsippene i artikkel 2 (ikke-diskriminering), artikkel 3 (barnets beste), artikkel 6 (retten til liv og utvikling) og artikkel 12 (barnets rett til å bli hørt).

Staten er særlig forpliktet til å gi spesiell oppmerksomhet til de mest ressursvake gruppene av barn. Forbudet mot diskriminering krever blant annet at Norge aktivt kartlegger hvilke barn som kan være avhengig av spesielle tiltak for å få retten til helse realisert. I denne rapporten er for eksempel barn med fluktbakgrunn en gruppe som bør ha spesielle tiltak.

Også innen helsetjenesten må barnets beste, barnekonvensjonens artikkel 3, være et grunnleggende prinsipp i alle avgjørelser, enten vi snakker om barn som gruppe eller på individnivå. Barnekomiteen sier at ved vurderingen av hva som er det enkelte barns beste i helsespørsmål, må man se hen til deres fysiske, følelsesmessige, sosiale og utdanningsmessige behov, alder, kjønn, forholdet til foreldre eller andre omsorgspersoner, deres familie og sosial bakgrunn. Barnekomiteen anbefaler staten å lage klare retningslinjer og rutiner til helsepersonell om hvordan man skal gjøre en barnets beste-vurdering i helsespørsmål.¹³²

Ikke minst må man høre barnets mening i tråd med artikkel 12 for å kunne finne fram til hva som er det enkelte barns beste. Barnekomiteen har understreket betydningen av at barn får informasjon og opplever å få være delaktig i prosessen.¹³³ Denne rapporten viser at Norge har et stort forbedringspotensial når det gjelder å involvere barn på sykehus, i utvikling av skolehelsetjenesten og tilbudet til barn i sårbare situasjoner.

Retten til helse henger nært sammen med et annet grunnprinsipp i konvensjonen, nemlig artikkel 6 om retten til liv og utvikling. En rekke underliggende forhold knyttet til barnets utvikling er avgjørende for at barn kan oppnå den høyest oppnåelige helsestandard. Barnekomiteen nevner blant annet forholdene i familien og nærmiljøet. Omsorgssvikt og vold i nære relasjoner blir fremhevet som særlig avgjørende for barnets mulighet til å utvikle god helse.¹³⁴ Myndighetenes evne til å oppfylle artikkel 19 – som pålegger myndighetene å beskytte barn mot vold og overgrep - har dermed direkte betydning for barns helse.

Barnekomiteen påpeker også at myndighetene burde ha en «barns helse på alle områder» - tilnærming. Alle tiltak må benyttes for å fjerne flaskehalsen som hindrer gjennomsluktighet, koordinering, samarbeid og ansvarliggjøring i alle tjenester som påvirker barns helse.¹³⁵

Kort oversikt over helse retten

Våre offentlige helsetjenester er delt inn i tre tjenesteområder: kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og tannhelsetjenesten.

Tjenestene er regulert gjennom en omfattende lovgivning med forskrifter og veiledere. Tradisjonelt sorterer disse rettsreglene inn under begrepet helse rett, som igjen er en del av vår velferdsrett. For oversiktens skyld er det vanlig å systematisere de ulike reglene inn etter hvilket perspektiv lovgivningen har. Enkelt kan man si det slik at vi har regler som handler om organisering, ansvar og finansiering. Så har vi regler om helsepersonells plikter og rettigheter og til slutt det som er mest sentralt for vår rapport: pasient- og brukerrettighetene.

Pasient- og brukerrettigheter

Som pasient og bruker har man en rekke rettigheter. Disse rettighetene finner vi i hovedsak i

pasient- og brukerrettighetsloven, som gjelder for all helsetjeneste i Norge.

Loven inneholder regler om forholdet mellom pasient/bruker og helsetjenesten og pasient/bruker og helsepersonell, hvor formålet med loven er «å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helsetjenesten.»¹³⁶

Det er vanlig å skille mellom 3 hovedgrupper av pasient- og brukerrettigheter:

- Regler som handler om retten til å bli pasient eller bruker. Dette omfatter mellom annet rett til å få nødvendig helse og omsorgstjenester fra kommunen,¹³⁷ og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.¹³⁸
- Rettigheter som utløses når man får status som pasient eller bruker, for eksempel retten til informasjon om egen helsetilstand og konfidensialitet.
- Ulike saksbehandlingsregler, slik som for eksempel rett til å klage på en avgjørelse.

Hva er nødvendig helsehjelp?

Pasient- og brukerrettighetsloven gir barn og unge rett til nødvendig helsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, og spesialisthelsetjenesten.¹³⁹

Helsehjelp er definert i pasient- og brukerrettighetsloven: «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell.»¹⁴⁰ Hva som anses som nødvendig helsehjelp, er imidlertid ikke nærmere angitt i loven.

Ved siden av ulike forskrifter gir også forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven en viss veiledning i hva som ligger i begrepet rett til nødvendig helsehjelp. Her heter det blant annet at man har krav på: «nødvendig helsehjelp med en forsvarlig standard basert på en helsefaglig og eller sosialfaglig vurdering av behov.»¹⁴¹

I vurdering av behov kan det tas hensyn til økonomien. Likevel er det grenser for hvor mye vekt man kan legge på økonomiske forhold og betraktninger.

Selv om det kan tas hensyn til økonomiske ressurser er det imidlertid «en minstestandard som kommunen ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi.»¹⁴² Bestemmelsen gir dermed et rettskrav på å få nødvendig helsehjelp innenfor en gitt minstestandard. Minstestandarden må igjen defineres av et faglig forsvarlighetskrav.

Kommunenes plikt til å gi helsehjelp er videre regulert i helse- og omsorgstjenesteloven: «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.»¹⁴³ Ansvar avgrenses mot den delen av de offentlig organiserte helse- og omsorgstjenestene som er lagt til spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten har plikt til å sikre at pasientene får helsehjelp innen forsvarlig tid etter at man er vurdert til å ha et behov. Dette reguleres nærmere i prioriteringsforskriften.

Hva er forsvarlig helsehjelp?

Forsvarlighetskravet er en grunnleggende norm i norsk helserett, og er et krav som gjelder både på individ og systemnivå.

På individnivå heter det at «helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig».¹⁴⁴ På systemnivå er kravet slått fast i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. For begge tjenestenivå gjelder det at hjelp og tjenester som tilbys eller ytes «skal være forsvarlige.»¹⁴⁵

Dette betyr at man i tillegg til å ha krav på at den hjelpen man får er forsvarlig, også skal kunne ha en forventning om et forsvarlig tjenestetilbud. Derfor er det også slik at loven stiller krav til at den virksomheten som yter helsehjelpen skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.¹⁴⁶ Det vil si at tilbudet må organiseres og utformes slik at det

enkelte helsepersonell får utført arbeidet sitt i tråd med hva som faglig forsvarlig.

Forarbeidene tydeliggjør at forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettslig standard, og en rettesnor for god praksis, samtidig som det gir et utgangspunkt for hvor grensen for det uforsvarlige går. Det er et visst rom for skjønn mellom god praksis og forsvarlighetskravets nedre grense. Men tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Det rettslige spørsmålet vil derfor være om virksomheten oppfyller minstestandarden, og hvor store avvik fra «god praksis» som kan tolereres. For å finne fram til svaret må det trekkes inn flere momenter som ligger utenfor vanlig lovtolkning, slik som faglige, politiske og etiske betraktninger.¹⁴⁷

Dette medfører at forsvarlighetsbegrepet ikke er statisk – det som ble regnet som forsvarlig behandling for 10 år siden behøver nødvendigvis ikke fylle kravet i dag.

At helsehjelpen skal være «nødvendig» åpner imidlertid for en avveining, der hensynet til hva som er faglig optimalt kan måtte vike for hva som er praktisk og økonomisk mulig.

Barn har særskilte rettigheter

Pasientrettighetene gjelder i utgangspunktet for alle som oppholder seg i landet,¹⁴⁸ men barn er i tillegg gitt særskilte rettigheter. For å tydeliggjøre at barn har spesielle behov, er disse rettighetene gitt et eget kapittel i pasient- og brukerrettighetsloven. I tillegg til at barn har rett til nødvendig helsehjelp, har de blant annet rett til helsekontroller i den kommunen de oppholder seg.¹⁴⁹

Barn som er lagt inn på helseinstitusjon, har rett til å bli aktivisert og stimulert mens de oppholder seg på institusjonen.¹⁵⁰ De har også rett til å ha minst en av foreldrene sine hos seg under hele oppholdet.¹⁵¹ Dette medfører at de avdelingene som mottar barn må innrettes på en måte som ivaretar barnets behov.

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 ventetom
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 ventetom
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 ventetom
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 ventetom 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/etik/etiske-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 sykehuseksperterne: <http://barneombudet.no/for-voksne/vare-publikasjoner/sykehuseksperterne/>
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.



BARNEOMBUDET

www.barneombudet.no