

Flyktingbarn – en angelägenhet för skolhälsovården

Staffan Mjönes

Efter andra världskriget var många européer flyktingar på sin egen kontinent, för längre eller kortare tid, men de flesta kunde repatrieras och bygga en ny framtid i sina hemländer. I dag möter vi fortfarande många flyktingar i Europa, nu med föga hopp om snabb repatriering. Under det senaste dryga decenniet har den Europeiska unionen tagit emot flera hundratusen flyktingar som kommit från både Europa och andra världsdelar, från Balkanstaterna och forna Sovjetunionen, från Asien – särskilt Mellanöstern – från Afrika – särskilt Afrikas horn och Kongostaterna – och från Syd- och Centralamerika, till exempel El Salvador.

Vid början av 2005 fanns det i hela världen hos UNHCR, FN:s flyktingorgan, 19,2 miljoner människor registrerade som flyktingar. Av dessa var 9,2 miljoner erkända flyktingar, dvs. de hade fått uppehållstillstånd i något land, 839 200 var asylsökande, 1,5 miljoner hade återvänt till sina hemländer efter att ha varit registrerade som flyktingar i ett annat land, 5,6 miljoner var fördrivna inom sitt eget land och 2 miljoner övriga.

År 2005 hade Sverige 17 530 asylsökande, en minskning från föregående år då antalet sökande var 23 161.

Flyktingarna är ofta barn och ungdomar; 30–40 procent är under 18 år. De söker skydd mot politisk förföljelse och krig och fattigdom. Det senare ofta förknippat just med politiska motsättningar. Det är väl känt att krig inte skonar barnen. Många asylsökande är märkta av detta. Undernäring och bristjukdomar förekommer, det finns en överrepresentation av kongenitala, ofta obehandlade tillstånd som missbildningar av hjärta och skelett samt neurologiska tillstånd som cerebreal pares och epilepsi. Kroniska infektioner som i dag är sällsynta hos oss förekommer, till exempel malaria och tuberkulos. HIV är alltid en diagnostisk möjlighet. Karies är mycket vanligt och förvärras ofta i Sverige.

Det som dominerar den medicinska bilden i Sverige är trots allt effekten av förföljelse och krig. Det är vanligt att barnen har egna minnen, de kan ha hotats av artillerield eller flygbombning, terrorattacker eller av brutala paramilitära styrkor. Några barn har sett sina föräldrar misshandlas och våldtas. Depression och posttraumatiska stressymtom är vanliga. Detta hotar barnens psykosociala utveckling. Barnen kan ha egna politiska och/eller humanitära skäl för uppehållstillstånd. Väntetiderna är som vi vet långa och bidrar säkert på sitt sätt till en pålagring av redan existerande traumatiska skador. Man ska komma ihåg, att dessa väntetider tar upp en stor andel av barnens liv. Den ökande främlingsrädslan gör barnens psykosociala situation svårare.

Vidare möter barnen en helt ny fysisk miljö, föräldrarna är ofta stressade och risken för fysiska skador ökar.

De lagar och förordningar som reglerar asylrätten är främst Genève-konventionen och Schengen- och Dublinkonventionerna. Den första ger rätt till asyl till individer med "...wellfounded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion...". Dock finns möjligheten att ge uppehållstillstånd av humanitära skäl utanför denna formulering. Schengenkonventionen säger att samma regler för asyl gäller alla stater i unionen. Dublinkonventionen säger att rätten till asyl ska prövas i det första land i unionen som den asylsökande anländer till.

Europarådet säger om asylsökande barn:

1. I första hand skall hänsyn till barnets bästa tas när medlemsstaterna genomför bestämmelser som gäller underåriga i detta direktiv.
2. Medlemsstaterna skall se till att underåriga som varit utsatta för någon form av övergrepp, försummelse, utnyttjande, tortyr eller grym, omänsklig och förnedrande behandling eller som har drabbats av väpnade konflikter ges tillgång till rehabilitering, och se till att lämplig psykisk vård tillhandahålls och att det ges tillgång till kvalificerad rådgivning när så behövs.



Betydelsen av FN-konventionen om barnets rättigheter

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal för barn i hela Europa arbetar medvetet med flyktingfamiljerna och samarbetar kring dessa frågor. Dessa barn finns mitt ibland oss och de europeiska parlamenten har ratificerat FN-konventionen om barnets rättigheter. Den ska vara en ledstjärna för barnens läkare och sjuksköterskor.

Artikel 6: Rätt till liv och överlevnad

1. Konventionsstaterna erkänner att varje barn har en inneboende rätt till livet.
2. Konventionsstaterna skall till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling.

Barnen har en ”inneboende rätt till livet”. Livet är hotat för några barn som nekas asyl, oavsett hur föräldrarnas asylskäl bedöms. Vidare säkerställs barnets rätt till utveckling i artikeln. Ibland hotas barnets psykiska, fysiska eller känslomässiga utveckling då det nekas asyl eller av en omöjlig familjesituation i väntan på uppehållstillstånd.

Artikel 24: Hälsa och sjukvård

1. Konventionsstaterna erkänner barnets rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering. Konventionsstaterna skall sträva efter att säkerställa att inget barn är berövat sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård.
2. Konventionsstaterna skall sträva efter att till fullo förverkliga denna rätt och skall särskilt vidta lämpliga åtgärder för att:
 - a) minska spädbarns- och barnadödligheten
 - b) säkerställa att alla barn tillhandahålls nödvändig sjukvård och hälsovård med tonvikt på utveckling av primärhälsovården
 - c) bekämpa sjukdom och undernäring, däri inbegripet åtgärder inom ramen för primärhälsovården, genom bland annat utnyttjande av lätt tillgänglig teknik och genom att tillhandahålla näringsrika livsmedel i tillräcklig omfattning och rent dricksvatten, med beaktande av de faror och risker som miljöförstöring innebär
 - d) säkerställa tillfredsställande hälsovård för mödrar före och efter förlossningen
 - e) säkerställa att alla grupper i samhället, särskilt föräldrar och barn, får information om och har tillgång till undervisning om barnhälsovård och näringslära, fördelarna med amning, hygien och ren miljö och förebyggande av olycksfall samt får stöd vid användning av sådana grundläggande kunskaper
 - f) utveckla förebyggande hälsovård, föräldrarådgivning samt undervisning om och hjälp i familjeplaneringsfrågor.
3. Konventionsstaterna skall vidta alla effektiva och lämpliga åtgärder i syfte att avskaffa traditionella sedvänjor som är skadliga för barns hälsa.
4. Konventionsstaterna åtar sig att främja och uppmuntra internationellt samarbete i syfte att gradvis uppnå det fulla förverkligandet av den rätt som erkänns i denna artikel. Särskild hänsyn skall härvid tas till utvecklingsländernas behov.

Detta är den viktigaste artikeln. Den är kompromisslös och kräver samma rätt till hälso- och sjukvård för flyktingbarn som för barn i värdlandet.

Artikel 23: Handikappade barn

1. Konventionsstaterna erkänner att ett barn med fysiskt eller psykiskt handikapp bör åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar självförtroende och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhället.
2. Konventionsstaterna erkänner det handikappade barnets rätt till särskild omvårdnad och skall, inom ramen för tillgängliga resurser, uppmuntra och säkerställa att det berättigade barnet och de som ansvarar för dess omvårdnad får ansökt bistånd som är lämpligt med hänsyn till barnets tillstånd och föräldrarnas förhållanden eller förhållandena hos andra som tar hand om barnet.
3. Med hänsyn till att ett handikappat barn har särskilda behov skall det bistånd som lämnas enligt punkt 2 i denna artikel vara kostnadsfritt, då så är möjligt, med beaktande av föräldrarnas ekonomiska tillgångar eller ekonomiska tillgångarna hos andra som tar hand om barnet, och skall syfta till att säkerställa att det handikappade barnet har effektiv tillgång till och erhåller undervisning och utbildning, hälso- och sjukvård, habilitering, förberedelser för arbetslivet och möjligheter till rekreation på ett sätt som bidrar till barnets största möjliga integrering i samhället och individuella utveckling, innefattande dess kulturella och andliga utveckling.
4. Konventionsstaterna skall i en anda av internationellt samarbete främja utbyte av lämplig information på området för förebyggande hälsovård och medicinsk, psykologisk och funktionell behandling av handikappade barn, innefattande spridning av och tillgång till information om habiliteringsmetoder och skol- och yrkesutbildning, i syfte att göra det möjligt för konventionsstater att förbättra sina möjligheter och kunskaper och vidga sin erfarenhet på dessa områden. Särskild hänsyn skall härvid tas till utvecklingsländernas behov.

Det psykiskt utvecklingshämmande eller neurologiskt eller på annat sätt funktionshinderade barnet har rätt till kompetent medicinsk vård, inklusive habilitering med särskild pedagogik, sjukgymnastik etc. Väntan på uppehållstillstånd kan ta år och denna tid får inte passera utan åtgärder. Även när uppehållstillstånd beviljats finns det skäl att kontrollera att barnen kommer i åtnjutande av sina rättigheter.



Artikel 3 markerar att alla juridiska och administrativa åtgärder som vidtas ska ha barnets bästa som prioritet. Detta gäller till exempel vid omhändertagande av sociala myndigheter och andra situationer där barnets intresse kan stå i konflikt med föräldrarnas. Denna princip gäller också flyktingbarn.

Enligt *artikel 27* har barnet rätt till en rimlig materiell levnadsnivå som förutsättning för en allsidig utveckling. Kvaliteten på den sociala och medicinska omsorgen bestämmer i stor utsträckning barnets sociala prognos. Barn som får otillräcklig omsorg i sin familj behöver särskilt skydd.

Barn som kommer ensamma behöver fosterfamiljer eller ett gott institutionsboende. Särskilda åtgärder bör alltid vidtas för att spåra föräldrarna, även om detta ibland har visat sig svårt att genomföra.

Alla barn har rätt till skola och utbildning, och barnen bör få skolgång på samma villkor som värdlandets barn. Barn har kulturella rättigheter och ska få ta del av sitt hemlands kultur och lära sig hemspråket.

Artikel 22 markerar det särskilda ansvar personal i människovårdande yrken, inte minst läkare och sjuksköterskor, har för flyktingbarn.

Rekommendationer

Den europeiska barnläkarunionen, CESP, till vilken Svenska barnläkarföreningen anslutit sig, har beslutat att rekommendera sina medlemmar att följa nedanstående råd. Rimligen kan de vara av värde för all medicinsk personal som arbetar med barn och ungdomar. Föreningen rekommenderar läkaren att:

1. Ta reda på ungefär hur många flyktingbarn som finns i landet och inom det egna upptagningsområdet.
2. Skaffa sig en egen uppfattning om hur barn behandlas i asylprocessen, särskilt hur barnens individuella rättigheter tillgodoses i bedömningen av asylskäl.
3. Säkerställa att flyktingbarn får tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård inom det egna upptagningsområdet.
4. Skaffa sig kunskap för att diagnostisera och behandla sjukdomar som förekommer i barnens ursprungsländer och vilka risker för smittspridning som kan finnas.
5. Skaffa sig kunskap för att identifiera symtom knutna till posttraumatisk stress och depression på grund av utsatthet för krig och förföljelse och inleda och/eller initiera behandling.
6. Säkerställa möjligheterna att ge medicinsk vård och rehabilitering till barn med kroniska tillstånd.
7. Säkerställa barnens sociala möjligheter under och efter asylprocessen, dvs. öppna möjligheter till förskola, skola, fritidsaktiviteter och kontakter med sociala myndigheter.
8. Använda tolkar.

Artikeln är en bearbetning av Mjönes S., Refugee children – a concern for European paediatricians. *Eur J Pediatrics* 2005; 164:535–538.