

Børn i risikozonen

Psykologisk screening af nyankomne asylsøgende børn

Shapiro, Ditte Krogh; Christiansen, Karen Louise; Nielsen, Morten Velsing

Publication date:
2010

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):
Shapiro, D. K., Christiansen, K. L., & Nielsen, M. V. (2010). *Børn i risikozonen: Psykologisk screening af nyankomne asylsøgende børn*. Dansk Røde Kors.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@ruc.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



BØRN I RISIKOZONEN

PSYKOLOGISK **SCREENING** | DANSK RØDE KORS **ASYLAFDELING**

BØRN I RISIKOZONEN

PSYKOLOGISK **SCREENING** I DANSK RØDE KORS **ASYLAFDELING**

Udgivet af
Dansk Røde Kors' Asylafdeling
Sandholmgårdsvej 40
3460 Birkerød

Tlf. 35422244
www.drk.dk/asyl

Forfatter:
Ditte Krogh Shapiro, Karen Louise Christiansen
og Morten Velsing Nielsen, Psykologenheden

Konsulent:
Edith Montgomery, forskningschef på Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre, RCT.

Foto:
Malet af barn: Legestuen, Center Sandholm

Layout:
Jens Bureau (supergreen.dk)

Tryk: Johansen Grafisk, Holstebro

Indholdsfortegnelse

Abstract	6
Psychological screening of newly arrived children in the Danish Red Cross Asylum Department	6
Indledning	8
Formål med psykologisk screening	8
Formål med statusrapporten	8
Baggrund	9
Danske undersøgelser	9
Internationale undersøgelser	9
Udvikling af en psykologisk screeningsmetode	10
Anvendelse af et standardiseret spørgeskema	10
Metode i den psykologiske screening	11
Psykologsamtale med forældre	11
Sundhedsplejerskescreening af børn fra 0-1 år	12
Pædagogisk observation af børn fra 2-3 år	12
SDQ-besvarelser vedr. børn og unge fra 4-16 år	12
Psykologfaglig vurdering	12
Indstilling til de tværfaglige psykosociale teams	12
Etik	12
Resultater	13
Karakteristika for de screenede børn	14
Antal psykologisk screenede børn, alder og nationalitet	14
Forældrenes erhvervs erfaring og uddannelsesniveau	16
Børnenes erfaringer med sult og skolegang	17
Børnenes erfaringer med krig og forfølgelse	18
Børnenes erfaringer med organiseret vold	19
Børnenes erfaringer med flugt og livet som flygtning	21
Forældres erfaringer med vold og tortur	23
Risiko for psykiske vanskeligheder hos børn mellem 4-16 år	25
Konsekvenser af den psykologiske screening	30
Konklusion	32
Anbefalinger	34
Litteratur	35
Bilag	38

Abstract

Psychological screening of newly arrived children in the Danish Red Cross Asylum Department

The purpose of the psychological screening is to identify the asylum-seeker children who have either developed or are at risk of developing psychological difficulties or who have other special needs upon arrival in Denmark. At the psychological screening, parents are offered guidance based on the psychological reactions of their children and those of themselves. The psychological screening consists of a psychologist interview with the parents through an interpreter, after this the screening records of any 0-1 year-old children are obtained from the assigned health care worker, a structured educational playroom observation for the 2-3 year-old children, and for the 4-16-year-old children, a "Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ" completed by both an educator/teacher and the parents. Children from 11-16 years old fill out an SDQ themselves in school.

Results: In 2009, the majority of children came from, respectively; Afghanistan, Chechnya and former Yugoslavia. The children grew up under different socio-economic conditions and asylum-seeking parents constitute a heterogeneous group with different assumptions as to how to provide support for their children. 25% of children have experienced hunger in one or more periods of their upbringing. Up to 50% of the children of school age have either not or only partially been to school in their homeland. Newly arrived asylum-seeking children have typically grown up with war, general instability and/or oppression and persecution as part of everyday life.

32% of the screened children have witnessed violence and 11% have been victims of violence, which may weaken children's trust in other people and give rise to different types of emotional and behavioral responses. Half of the children have had to leave their home two or more times and 40% have lived in one or more other countries before arriving in Denmark. Life as a refugee outside one's

country of origin is for many accompanied by poverty, discrimination, repeated broken relationships and interrupted schooling. Fleeing for most children brings with it insecurity and stressful living conditions, and 20% have been in life-threatening situations that may increase their vulnerability to psychological difficulties.

38% of the children live in families where at least one parent has been subjected to torture and 60% of children are in families where at least one parent has been subjected to violence. The results of the questionnaire responses indicate that 32% of newly-arrived asylum-seeking children aged 4-16 years are at high risk of having mental difficulties. Of these, it is mostly children and adolescents that are at high risk for having emotional difficulties.

Conclusion: It was possible to complete a psychological screening of 94% of the newly-arrived children who are in the asylum system during the time the family's asylum case was being handled. 56% of the screened children are assigned to a multidisciplinary psychosocial team at the Danish Red Cross operated asylum centers because they are deemed to need coordinated psychosocial attention. To assess the value of psychological screening and to determine the best use of resources requires knowledge of the true incidence of psychological difficulties among newly-arrived children. A status report on results of the psychological screenings conducted in the first half of 2009 gave rise to the following recommendations:

- That the psychological screening be part of the Danish Red Cross Asylum Department operations as part of the reception of newly-arrived families.
- That the psychological screenings of newly-arrived children continue based on the described method and that they will be evaluated in order to improve the screening method.
- That the results of the psychological screening be disseminated nationally and internationally.

In addition, the following recommendations are made for

strengthening the psychosocial work in the Danish Red Cross Asylum Department:

- Further integration of the psychological screening with the medical screening.
- Strengthening and developing the psychosocial and professional healthcare attention for newly-arrived children and families with children with special needs by evaluating the support efforts undertaken in light of the screenings.
- Development of standards for the psycho-educational programs for children and families.
- Develop the work with asylum-seekers that have been subjected to torture.
- The authorities limit the number of relocations between asylum centers to an absolute minimum, to ensure families a stable life and improve the development of children during the asylum period.

Indledning

Formål med psykologisk screening

Denne rapport omhandler psykologisk screening af nyankomne børn, der søger om asyl i Danmark sammen med deres forældre. I rapporten beskrives udviklingen af en psykologisk screeningsmetode og de foreløbige resultater, efter at screeningen har forløbet i et halvt år.

Efter en dialog mellem Dansk Røde Kors Asylafdeling og Ministeriet for Integration blev der i august 2008 indgået en aftale om at iværksætte psykologisk screening af alle nyankomne børn. Det betyder at alle nyankomne asylsøgende forældre, siden den 1. januar 2009, er blevet tilbudt psykologisk screening af deres børn mellem 0-16 år indenfor de første tre måneder efter deres ankomst i Danmark¹. Baggrunden for denne styrkelse af det opsøgende og forebyggende arbejde med børn var en stigende politisk opmærksomhed og videnskabelig dokumentation af, at asylsøgende børn har høj risiko for at have psykiske vanskeligheder (Nielsen et al., 2007; Christensen og Andersen, 2006).

Formålet med den psykologiske screening er, så tidligt som muligt, at identificere de asylansøgende børn, der enten har udviklet, eller er i farezonen for at udvikle psykiske vanskeligheder, eller som har andre særlige behov ved ankomsten til Danmark, jf. Børnekonventionens artikel 39 og Lov om Social Service, kap. 11.² Igennem den psykologiske screening tilbydes forældrene endvidere vejledning med udgangspunkt i

børnenes og deres egne psykiske reaktioner efter ankomsten. Derved suppleres den eksisterende sundhedsfaglige screening af en psykologfaglig screening af nyankomne børn.

Formål med statusrapporten

Formålet med denne statusrapport er at dokumentere og beskrive resultaterne i den psykologiske screening af nyankomne asylsøgende børn med familier, med henblik på:

- At formidle et nuanceret billede af nyankomne asylsøgende børn og deres familier anno 2009.
- At bidrage til udvikling af de forebyggende og behandlingsmæssige tiltag, som tilbydes børn, unge og familier med særlige behov i Dansk Røde Kors Asylafdeling.
- At bidrage med viden til den fremtidige tilrettelæggelse af asylarbejdet for at sikre børns udviklingsmuligheder bedst muligt.

Målgruppen for rapporten er relevante politiske og administrative enheder, Dansk Røde Kors Asylafdeling og andre interesseorganisationer. Rapporten skrives og udgives på initiativ af Dansk Røde Kors Asylafdeling, og udgør ikke en evaluering af den psykologiske screening.

1 Fra 1. maj 2010 påbegyndes et pilotprojekt for psykologisk screening af alle nyankomne uledsagede børn, som søger asyl i Danmark.

2 Artikel 39:

Deltagerstaterne skal træffe alle passende forholdsregler for at fremme fysisk og psykisk helbredelse og resocialisering af et barn, der har været udsat for enhver form for forsømmelse, udnyttelse eller misbrug, tortur eller anden form for grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf eller væbnede konflikter. Sådan helbredelse og resocialisering skal finde sted i omgivelser, der fremmer barnets sundhed, selvrespekt og værdighed.

Kapitel 11:

Særlig støtte til børn og unge

Formålet med at yde støtte til de børn og unge, der har et særligt behov for denne, er at skabe de bedst mulige opvækstvilkår for disse børn og unge, så de på trods af deres individuelle vanskeligheder kan opnå de samme muligheder for personlig udfoldelse, udvikling og sundhed som deres jævnaldrende.

Baggrund

Danske undersøgelser

Der er tidligere gennemført psykologiske screeninger af nyankomne børn i Danmark som led i videnskabelige undersøgelser. Alle undersøgelser dokumenterer, at der, i gruppen af asylsøgende børn, er en forhøjet forekomst af børn med psykiske vanskeligheder. Denne viden underbygger vigtigheden af at tilbyde psykologisk screening i modtagelsen af asylsøgende børnefamilier, med henblik på at afhjælpe eller forebygge udvikling af psykiske vanskeligheder blandt asylsøgende børn.

Den seneste undersøgelse af asylsøgende børns psykiske helbred i Danmark blev gennemført i 2006. Den var initieret af Dansk Røde Kors Asylafdeling, og bestod af besvarelser på spørgeskemaet SDQ³ fra pædagoger, lærere og børn mellem 11 og 16 år. Undersøgelsen omfattede 246 børn og viste at 35 % af de 4-16-årige børn på Dansk Røde Kors drevne asylcentre havde symptomer på psykisk lidelse, hvilket er en betydelig højere andel end blandt børn i den generelle befolkning (Nielsen et al., 2007). Halvdelen af børnene mellem 11 og 16 år gav selv udtryk for at have følelsesmæssige vanskeligheder. I samme undersøgelse fandt man at der blandt børn, som havde været asylsøgende i Danmark i mere end et år, var en forhøjet forekomst af psykiske vanskeligheder. Samtidig var fire flytninger mellem asylcentre eller flere forbundet med øget risiko for have psykiske vanskeligheder (Nielsen et al., 2009).

En undersøgelse fra 1992 af 311 nyankomne asylsøgende børn fra Mellemøsten i alderen 3-15 år, viste at omkring 65 % af børnene havde symptomer på psykisk lidelse eller adfærdsproblemer, hvoraf symptomer på angst, depression og aggressiv adfærd var mest udbredt (Montgomery, 2000). Denne undersøgelse fokuserede på børnenes oplevelser af krig og organiseret vold, samt børnenes symptomer på psykisk lidelse og adfærdsproblemer.

En undersøgelse af sundhedsplejerskers udfyldelse af Dansk Røde Kors' Traume og Symptom Skema for 1224 børn fra

Kosovo, via forældreinterview, finder at 20 % af børnene har symptomer på følelsesmæssige vanskeligheder, og 24 % har psykosomatiske symptomer (Abdallah og Elklit, 2001). En sammenligning af traumatiseringssymptomer hos 233 børn fra Kosovo, som havde besvaret et selvevalueringsskema og undersøgelsen af de 1224 børn, viste en stor diskrepans mellem sundhedsplejerskernes vurdering ud fra forældreinterview og resultatet af selvevalueringen. Den samlede opgørelse af selvevalueringsskemaerne pegede på, at 69 % af børnene var i høj risiko for at udvikle en posttraumatisk belastningsreaktion, forkortet PTSD, ved ankomsten til Danmark (Stæhr, 2001).

Internationale undersøgelser

Internationale undersøgelser dokumenterer at erfaringer med krig, organiseret vold og flugt kan være forbundet med øget risiko for at udvikle PTSD, depression og angst hos børn, samt med en øget sårbarhed overfor at udvikle psykiske vanskeligheder senere i livet (Heptinstall et al., 2004). Undersøgelser viser samtidig at der er divergens i omfanget og sværhedsgraden af disse børns psykiske vanskeligheder. Udbredelsen af PTSD blandt flygtningebørn vurderes at ligge mellem 20-70 % blandt de undersøgte børn. For depression, som er en veldokumenteret psykisk reaktion blandt flygtningebørn og unge, vurderes omfanget at variere mellem 15-47 % (Crowley, 2009).

Der er i andre undersøgelser, fundet en sammenhæng mellem antallet af belastende hændelser eller forhold i barnets liv og risikoen for at udvikle psykiske vanskeligheder (Bean et al., 2006; Fazel og Stein, 2003). På trods af en øget risiko for udvikling af psykiske vanskeligheder blandt børn med flygtningebaggrund, konkluderer forskere indenfor området at disse børn ofte er velfungerende og klarer sig ligeså godt som andre børn i skolen og uddannelsessystemet (Crowley, 2009).

De internationale undersøgelser bekræfter således de danske, og understreger behovet for tidlig identifikation af udsatte børn, iværksættelse af forebyggende tiltag og behandling af psykiske vanskeligheder blandt asylsøgende børn i Danmark.

³ SDQ står for "Strengths and Difficulties Questionnaire" og er et spørgeskema til vurdering af børns psykiske helbred (Obel et al., 2003).

Udvikling af en psykologisk screeningsmetode

Screeningsmetoden er udviklet med henblik på at få et bredt og nuanceret billede af det enkelte barn for at kunne vurdere barnets risiko for at have eller udvikle psykiske vanskeligheder. Vi anvender screeningsbegrebet som en betegnelse for en kortfattet, indirekte psykologisk vurdering af det enkelte barns risiko for at have eller udvikle psykiske vanskeligheder.

Vi har udviklet en screeningsmetode med fokus på barnets og forældrenes ressourcer, belastninger og reaktioner. Det betyder at viden om individuel sårbarhed, familie- og samfundsmæssige forhold, risikofaktorer, beskyttende og medierende faktorer indgår i vurderingen af det enkelte barns risiko for at have eller udvikle psykiske vanskeligheder.

Den psykologiske screening tager udgangspunkt i en økologisk forståelse af børns udvikling som et komplekst samspil mellem biologiske, psykologiske, sociale og samfundsmæssige processer, med udgangspunkt i familien som den primære sociale kontekst (Betancourt og Khan, 2008). En sådan forståelse af børns udvikling forudsætter bl.a. kendskab til barnets tidlige udvikling, opvækstvilkår samt forældrenes ressourcer og psykiske belastninger, som har afgørende betydning for barnets trivsel (Lustig et al., 2004; Montgomery, in press).

International forskning peger på at børns reaktioner på krig og flugt er mere forskelligartede og sammensatte end de symptomer, som beskrives med diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion PTSD (Goldin et al., 2008; Hedegaard et al., 2004, Bovbjerg og Kahler, 2007). PTSD-diagnosen beskriver et mønster af symptomer, som er direkte relateret til reaktioner på en eller flere afgrænsede specifikke hændelser (Elklit og Gudmundsdottir, 2006). Opvæksten i et land præget af krig og anden organiseret vold er ofte karakteriseret af en fortsat tilstedeværelse og gentagelse af mange forskellige typer belastninger, som kan have en omfattende indflydelse på barnets psykosociale udvikling (Montgomery, 2000). I den psykologiske screening fokuseres derfor på barnets psykosociale udvikling fremfor alene på barnets risiko for traumatisering.

Anvendelse af et standardiseret spørgeskema

Som anført ovenfor, anvender vi spørgeskemaet "Strengths and Difficulties Questionnaire", SDQ, der er internationalt anerkendt som screeningsinstrument (Crowley, 2009) (bilag 1). Spørgeskemaet SDQ er udviklet til screening af symptomer på psykiske

vanskeligheder hos børn i alderen 4-16 år, jf. diagnosesystemerne ICD-10 og DSM-IV (Obel et al., 2003). Skemaet består af 25 spørgsmål vedr. hyperaktivitet/uopmærksomhed, følelsesmæssige problemer, adfærdsproblemer og problemer i forhold til jævnaldrende, samt barnets sociale kompetencer. Derudover afdækker spørgeskemaet i hvilken grad eventuelle vanskeligheder belaster barnet i sine relationer til andre i hjemmet, i skolen og i fritiden.

Børns udvikling er et kontekstuel fænomen, da børn agerer og reagerer på forskellige måder afhængig af situationen, og de relationer de indgår i. Derfor er det relevant at anvende et spørgeskema til vurdering af børns risiko for at udvikle psykiske vanskeligheder, som kan besvares af både forældre, pædagoger, lærere og børn mellem 11 og 16 år. Tidligere undersøgelser viser at forældre, lærere og børn besvarer spørgeskemaer forskelligt og at validiteten af resultatet øges, når besvarelserne sammenholdes (Goldin et al., 2008).

Om spørgeskemaet skal følgende anføres:

- SDQ har en god specificitet og sensitivitet⁴ i baggrundspopulationer og blandt sårbare grupper børn⁵ (Goodman et al., 2000).
- SDQ har været anvendt i udviklings- og industrilande, og i begrænset omfang blandt flygtningebørn, og har en vis tværkulturel robusthed (Crowley, 2009).
- Da SDQ er relativt kortfattet og let forståeligt, er det bedre accepteret af lærere, sammenlignet med andre mere omfattende spørgeskemaer (Obel et al., 2003).
- SDQ-skemaet er oversat til mere end 40 sprog, og findes på en del af de nyankomne asylsøgende børnefamiliers modersmål⁶.

SDQ-skemaet er tidligere anvendt i en dansk videnskabelig undersøgelse af asylsøgende børns psykiske helbred (Nielsen et al., 2007), og udgør en integreret del af det psykosociale arbejde med børn på Omsorgscenter Kongelunden i Dansk Røde Kors Asylafdeling.

4 Specificitet betyder sandsynligheden for et negativt resultat blandt børn, der reelt ikke har psykiske vanskeligheder. Sensitivitet står for sandsynligheden for et positivt resultat blandt børn, som har psykiske vanskeligheder (Juul, 2008).

5 I en engelsk undersøgelse sammenlignes resultater fra SDQ med uafhængig psykiatrisk diagnosticering af 1028 børn, som var anbragt udenfor hjemmet. Udfaldet af denne sammenligning var at SDQ identificerer børn med psykiske vanskeligheder med en specificitet på 80 % og en sensitivitet på 85 % (Goodman et al., 2004).

6 SDQ findes bl.a. på arabisk, farsi, dari, russisk, serbisk. Skemaet findes dog ikke på tjetjensk, kurdiske sprog eller romani. Under psykologisamtalen oversættes SDQ-skemaet ordret af en tolk, hvis forældrene ikke kan læse eller forstå formuleringer i spørgeskemaet.

Metode i den psykologiske screening

Den psykologiske screening består samlet set af:

- En psykologsamtale af ca. 1,5-3 timers varighed (afhængig af antal børn i familien) med forældrene via tolk.
- Journalen fra sundhedsplejerskernes screening af de 0-1-årige børn (bilag 2).
- En struktureret pædagogisk observation i legestuen af de 2-3-årige børn (bilag 3).
- En pædagog/lærer- og forældrebesvarelse af spørgeskemaet SDQ for de 4-16-årige børn.
- Børn og unge mellem 11-16 år udfylder selv et SDQ-skema i skolen via telefontolk, og med en psykolog tilstede.

Psykologsamtale med forældre

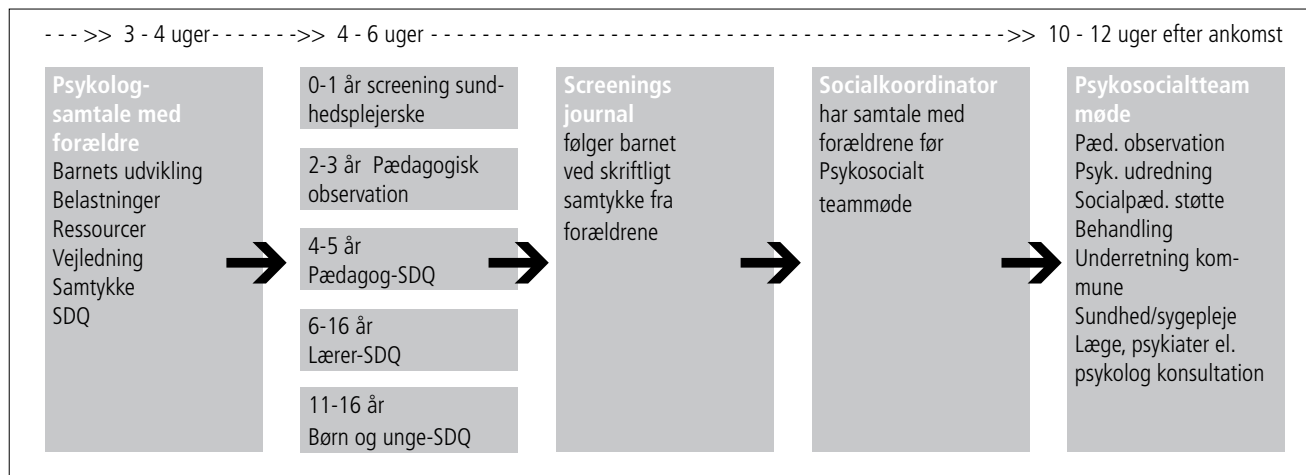
Psykologsamtalen med forældrene er struktureret ud fra følgende temaer:

- Hjemlandet
- Flugten
- Forældrenes historie
- Børnenes historie
- Familiens aktuelle situation

Samtalen føres ud fra en semistruktureret spørgeguide (bilag 4), og omhandler blandt andet familiens historie, med fokus på belastninger, tab og mestringsstrategier før, under og efter flugten. Psykologen spørger til forældrenes uddannelses- og erhvervsbaggrund, sundhedstilstand og indbyrdes relationer, samt til barnets opvækst og forældrenes eventuelle bekymring for barnets trivsel. Psykologen får viden om individuel sårbarhed og belastninger samt beskyttende forhold i familien, som fx forældrenes forståelse og håndtering af familiens aktuelle situation. Det er således muligt at blive opmærksom på børn, som er truede i deres udvikling, før de udvikler symptomer på psykiske vanskeligheder.

Da forældrene udgør den væsentligste ressource i forhold til barnets udvikling, udgør anerkendelse af forældrenes indsats for at beskytte og drage omsorg for deres børn i hjemlandet og under flugten en væsentlig del af samtalen, der således også har en støttende funktion. Med udgangspunkt i barnets og forældrenes reaktioner og ressourcer ydes vejledning, med henblik på at styrke forældrenes mestringsstrategier og modstandsdygtighed.

Model 1. Oversigt over indholdet i den psykologiske screening.



Sundhedsplejerskescreening af børn fra 0-1 år

I den psykologiske screening af de 0-1-årige børn indhentes journalen fra sundhedsplejerske- screeningen, som indgår i den screeningen af børn. Sundhedsplejerskernes screening består af en undersøgelse af barnets udvikling, hvor relationen mellem forælder og barn, samt forældrenes omsorgsevne vurderes på baggrund af observation og samtale med forældrene.

Pædagogisk observation af børn fra 2-3 år

Under anvendelse af et observationsskema indgår der, i den psykologiske screening af de 2-3-årige børn, en struktureret pædagogisk observation af barnet i legestuen. I observationen fokuseres der på barnets trivsel indenfor følgende fem områder: Kontakt til børn og voksne, sindsstemning, engagement og somatisk tilstand. Hvis pædagogen er bekymret for barnets trivsel tilføjes det i skemaet.

SDQ-besvarelser vedr. børn og unge fra 4-16 år

SDQ-spørgeskemaet besvares så vidt muligt af alle forældre, som deltager i en psykologsamtale. Forældre som ikke kan læse, besvarer spørgsmålene via tolk. Pædagoger i legestuerne udfylder SDQ for de 4-5-årige børn, og lærere i skolerne for de 6-16-årige børn, efter at de har gået der i omkring en måned. Børn og unge mellem 11 og 16 år udfylder et SDQ-selvrapporteringsskema i skolen, via telefontolk og med en psykolog tilstede.

Psykologfaglig vurdering

Da den psykologiske screening udgør en vurdering af barnets risiko for at have eller udvikle psykiske vanskeligheder, fokuseres der på, hvad der kan prædisponere, udgøre risikofaktorer og henholdsvis fremskynde, vedligeholde, eller beskytte barnet mod at udvikle psykiske vanskeligheder (Betancourt og Khan, 2009). Risikofaktorer forstås som belastninger, der kan påvirke barnets udvikling i en negativ retning. Ophobningen af risikofaktorer og udviklingen af psykiske vanskeligheder medieres af forskellige typer af beskyttende faktorer, der er udtryk for barnets og forældrenes modstandsdygtighed (Montgomery, in press).

Indstilling til de tværfaglige psykosociale teams

På baggrund af psykologsamtalet med forældrene og observations- eller spørgeskema vedr. barnet, vurderer psykologen, om barnet er i risiko for at udvikle psykiske vanskeligheder, og hvorvidt der er behov for en forebyggende eller behandlingsmæssig indsats. Indsatsen koordineres af det tværfaglige psykosociale team på det asylcenter, hvor familien aktuelt bor.

Der er følgende mulige udfald af den psykologiske screening:

- Barnet indstilles ikke til det tværfaglige psykosociale team.
- Barnet indstilles til det tværfaglige psykosociale team.
- Barnet vurderes at have behov for opfølgning, og indstilles til det tværfaglige psykosociale team om tre måneder.

De tværfaglige psykosociale teams er sammensat af lærere, pædagoger, netværksmedarbejdere, syge- og sundhedsplejersker, der har kendskab til familien, samt en socialkoordinator og psykolog. Teamet koordinerer indsatsen for asylansøgere med særlige behov, herunder henvisning til lægelig, psykiatrisk eller psykologisk konsultation, psykologisk udredning af børn, og socialpædagogiske foranstaltninger i legestue, klub, skole eller hjemmet samt underretning af kommunen.

Etik

Den psykologiske screening blev anmeldt til Datatilsynet i forbindelse med anmeldelsen af et nyt elektronisk journal-system "Elektronisk Social Journal", som anvendes i Dansk Røde Kors Asylafdeling. Forældre til børn som deltager i den psykologiske screening, informeres om screeningen i et brev på deres modersmål, som samtidig udgør invitationen til psykologsamtalet.

Psykologsamtalet med forældrene afholdes på en måde, hvor risikoen for retraumatisering af forældrene i forbindelse med berøring af voldsomme hændelser, begrænses mest muligt. Ved samtalebegyndelse informeres forældrene om formålet og rammerne for den psykologiske screening. Det understreges at psykolog og tolk har tavshedspligt, at det er frivilligt om forældrene ønsker at deltage i samtalen og at informationer fremkommet under psykologsamtalet ikke videregives til udlændingemyndighederne.

Forældre skal give deres skriftlige samtykke, før der indhentes oplysninger om barnet fra sundhedsplejerske, legestuepædagog eller skolelærer. Ligeledes skal forældre give deres skriftlige samtykke, før oplysninger, på baggrund af den psykologiske screening, videregives til det tværfaglige psykosociale team på det asylcenter, hvor familien bor.

Hvis et barn eller en forælder indstilles til det tværfaglige psykosociale team, bliver forældrene informeret om baggrunden for indstillingen og efterfølgende, ved en samtale med socialkoordinator og tolk på det pågældende center, om udfaldet af det psykosociale teammøde. Informationer indhentet i forbindelse med den psykologiske screening sammenfattes i en elektronisk journal. Journalen kan med en forælders skriftlige samtykke videregives, når barn eller familien indstilles til det psykosociale team, når familien flyttes til et andet asylcenter, får opholdstilladelse eller udrejser, og forældrene ønsker at screeningsjournalen medsendes.

Resultater

Karakteristika for de screenede børn

I det følgende beskrives de børn, som ankom til Danmark med deres forældre og søgte asyl i perioden den 1. december 2008 til den 1. juni 2009. Der tegnes et billede af de gennemgående karakteristika for populationen mht. alder, nationalitet, opvækstvilkår, forældreressourcer, samt børnenes og deres forældres erfaringer med potentielt traumatiserende hændelser.

Resultaterne i statusrapporten stammer fra statistiske opgørelser af oplysninger fra samtlige screeningsjournaler, som er oprettet i perioden den 1. januar til 1. juli 2009. Nedenstående temaer afspejler de informationer i psykologsamtalerne, som det er muligt at opgøre statistisk. Da psykologsamtalerne er afholdt ud fra en semi-struktureret spørgeguide, og forældrene derfor ikke er blevet udspurgt systematisk, er nogle spørgsmål ubesvarede og betegnes som "ikke oplyst" i tabellerne.

Antal psykologisk screenede børn, alder og nationalitet

I perioden fra den 1. januar til 1. juli 2009 er 150 børn fra 70 forskellige familier blevet psykologisk screenet ved ankomsten til Danmark, som asylansøgere⁷. Det svarer til 69 % af det samlede antal børn med forældre, der blev registreret som asylansøgere i Danmark i perioden. Af dette samlede antal er 31 familier forsvundet eller udrejst før de modtog en skriftlig invitation til psykologsamtalen⁸. Når man ser på disse familiers nationalitet, er der forholdsmæssigt flere familier fra Irak og det tidligere Jugoslavien, end i den psykologisk screenede population.

Otte familier udeblev fra psykologsamtalen efter at de op til tre gange var blevet inviteret skriftligt ved en personlig henvendelse. Hvis man betragter de otte familier som de eneste, der har fravalgt at deltage i en psykologisk screening, har vi screenet 94 % af alle børn, som er indrejst med deres forældre og er blevet i asylsystemet, mens deres sag er behandlet af myndighederne.

⁷ 51 forældrepar har deltaget i psykologsamtalen i Modtagecenter Sandholm og 19 på et opholdscenter, da de er blevet flyttet før psykologerne i Udredningsenheden nåede at gennemføre samtalen, bl.a. pga. et stærkt stigende indrejsetal i foråret 2009.

⁸ Det er ikke usædvanligt at nogle asylansøgere forsvinder eller udrejser kort tid efter ankomsten til Danmark.

Tabel 1: Karakteristik af de 150 screenede børn fra 70 familier.

	Antal børn	Procent
Køn		
Drenge	77	51 %
Piger	73	49 %
Alder		
0 – 5 år	73	49 %
6 – 10 år	42	28 %
11 – 16 år	35	23 %
Nationalitet		
Afghanistan	43	29 %
Tjetjenien m.fl.	33	22 %
Ex-Jugoslavien	30	20 %
Syrien	14	9 %
Iran	8	5 %
Irak	6	4 %
St. palæstinenser	5	3 %
Anden	11	8 %
Antal børn i familien		
1 – 2 børn	47	67 %
3 – 4 børn	16	23 %
5 – 7 børn	7	10 %

Som det fremgår af tabellen udgør børn fra Afghanistan knapt 1/3 af de screenede børn, og børn fra Tjetjenien og det tidligere Jugoslavien udgør hver især ca. 20 %.

Børnene er i gennemsnit 6,7 år og de 2-3-årige udgør den forholdsmæssigt største aldersgruppe i den screenede population.

80 % af børnene ankom til Danmark sammen med begge deres forældre, mens 20 % ankom med én forælder, da den anden forælder enten er afdød, befinder sig i hjemlandet eller et tredje land. De to største registrerede etniske grupper blandt de screenede børnefamilier er 17 % med romatilhørsforhold og oprindelse i Serbien og Kosovo, og 14 % med kurdisk tilhørsforhold fra Syrien og Iran.

Delkonklusion

Erfaringerne fra de første 6 måneder, hvor den psykologiske screening har forløbet, viser at det er muligt at gennemføre en psykologisk screening af 94 % af de nyankomne børn, som bliver i asylsystemet, mens familiens asylsag behandles. Der ankom flest børnefamilier fra Afghanistan, Tjetjenien og det tidligere Jugoslavien.

Forældrenes erhvervs erfaring og uddannelsesniveau

Resultater

Forældrene oplyser i psykologsamtalerne at næsten alle fædre var erhvervsaktive i hjemlandet, og havde hovedansvaret for at forsørge familien, mens 42 % af mødrene arbejdede udenfor hjemmet. Forældrene var beskæftigede indenfor en lang række forskellige erhverv, primært som landmænd, bygningsarbejdere, håndværkere eller sælgere. En del mødre fra Tjetjenien er uddannet læge eller sygeplejerske, og har erhvervet sig som sådan.

Uden at have en total opgørelse over forældrenes uddannelsesniveau er der tydeligvis store forskelle blandt dem. Mens nogle forældre er universitetsuddannede, kan hverken mor eller far læse og skrive i omkring 30 % af familierne. En stor del af de sidstnævnte forældre kommer fra Afghanistan, hvor 79 % af kvinderne aktuelt er analfabeter ifølge UNICEF (2008).

Mange forældre oplyser under psykologsamtalen, at familien havde gode økonomiske forhold sammenlignet med andre familier i deres hjemland. Dette udsagn betyder ikke nødvendigvis, at familierne var velhavende, men at de kunne forsørge sig selv og havde eget hjem, som udgjorde en økonomisk tryk ramme for børnenes opvækst.

En del forældre fra det tidligere Jugoslavien oplyser, at de havde særdeles svært ved at forsørge familien pga. meget begrænset adgang til arbejdsmarkedet og løse ansættelser hos private i daglejerlignende ansættelsesforhold, (jf. Dansk Flygtningehjælps Landeprofil for Serbien, 2007). Opvæksten for børnene i disse familier er karakteriseret af fattigdom, trange boligforhold og begrænset adgang til lægehjælp.

Forskning

Forældres uddannelsesniveau og socioøkonomiske baggrund i hjemlandet har betydning for deres forudsætninger for at støtte børnene i Danmark. Undersøgelser indenfor

området peger på, at forældres uddannelsesniveau, som en indikator for familiens ressourcer, fungerer som en beskyttende faktor i sammenhængen mellem potentielt traumatiserende hændelser og psykiske vanskeligheder hos barnet på længere sigt (Montgomery, in press). En opfølgende undersøgelse af konsekvenserne af organiseret vold for flygtningebørns psykiske helbred ni år efter ankomsten til Danmark, beskriver en sammenhæng mellem mødres længere uddannelse og færre psykiske vanskeligheder hos barnet (Montgomery, 2008a).

Delkonklusion

Resultaterne fra psykologsamtalerne peger på at forældre, som søger om asyl i Danmark, er en heterogen gruppe med meget forskellige forudsætninger for at støtte børnene og forsørge deres familie. Samtidig ved vi også, at de nyankomne børn er opvokset under meget forskellige økonomiske vilkår i hjemlandet.

Børnenes erfaringer med sult og skolegang

Resultater

Oplysninger om, hvorvidt barnet har sultet under opvæksten i hjemlandet, og om børn i skolealderen har modtaget undervisning, anvendes her som indikatorer på børnenes opvækstvilkår. Ifølge forældrenes oplysninger har 25 % af de 150 børn oplevet at sulte i en eller flere perioder af deres opvækst. Det giver et indtryk af, at disse børns opvækst har været præget af fattigdom, hvilket kan have påvirket deres fysiske og psykiske udvikling.

Tabel 2: Sult under børnenes opvækst.

Barnet har sultet under opvæksten	Antal	Procent
Ja	38	25 %
Nej	77	51 %
Ikke oplyst	35	23 %

En del af de familier som oplyser, at børnene har sultet, er fra det tidligere Jugoslavien, hvor det skyldes reel fattigdom. Andre fra Tjetjenien, hvor forældre i perioder har haft svært ved at skaffe mad pga. tilbagevendende krig og generel ustabilitet i samfundet.

Når det drejer sig om skolegang oplyser forældrene, at 51 % af børnene i alderen 6-16 år enten ikke, eller kun delvist har modtaget undervisning, mens de boede i hjemlandet eller i et tredje land. Skolegangen er ofte blevet afbrudt af krigshandlinger, generel ustabilitet i lokalområdet eller chikane mod barnet pga. minoritetstilhørsforhold.

Fleere forældre fra Afghanistan oplyser at deres børn fik privatundervisning i hjemmet, mens skolerne var lukkede pga. krigshandlinger og risiko for at blive bortført. En række forældre fra det tidligere Jugoslavien fortæller at deres børn, gentagende gange er blevet udsat for mobning og chikane

i og udenfor skolen, angiveligt pga. minoritetstilhørsforhold, hvorfor børnenes skolegang blev afbrudt.

Forskning

Fattigdom i børnefamilier kan bl.a. komme til udtryk i utilstrækkelig og ensidig kost, usunde boligforhold og manglende tandlæge- og lægebehandling. På kort sigt kan sult og utilstrækkelig kost for børn og gravide kvinder betyde øget dødelighed, sygelighed og risiko for at udvikle handicap. På længere sigt kan det få betydning for barnets vækst, øge risikoen for livsstilssygdomme, påvirke barnets kognitive udvikling og muligheder for uddannelse og selvforsørgelse (Black et al, 2008).

Umiddelbart skulle man tro, at skolegang og kontakt med jævnaldrende børn kan virke beskyttende i forhold til børns risiko for at få symptomer på angst. En dansk undersøgelse fra 1990'erne viste at børn, der havde gået i skole i hjemlandet, i større udtrækning led af mareridt end andre børn. Det kan skyldes, at skolegang kan være belastende, hvis barnet udsættes for chikane pga. minoritets- tilhørsforhold eller politisk propaganda, som står i modsætning til forældrenes holdning (Montgomery, 2000).

Delkonklusion

Resultaterne peger på, at på trods af at en del forældre oplyser om gode økonomiske vilkår, så har en fjerdedel af børnene oplevet at sulte i en eller flere perioder af deres opvækst. Disse børns fysiske og psykiske udvikling kan således være påvirket af reel fattigdom eller mangel på fødevarer i krigstid. Op mod 50 % af børnene i skolealderen har kun delvist eller slet ikke modtaget undervisning i hjemlandet. Denne viden giver et indtryk af hvordan nogle børns hverdag har været præget af krig og forfølgelse i hjemlandet.

Børnenes erfaringer med krig og forfølgelse

Resultater

I kraft af den psykologiske screening kan vi konkludere, at asylsøgende børn med forældre ankommer til Danmark med to overordnede typer erfaring med krig og forfølgelse. De har enten oplevet krigshandlinger og ustabilitet i samfundet eller at familien er blevet udsat for forskelsbehandling, undertrykkelse og forfølgelse pga. deres minoritets tilhørsforhold.

I den samlede opgørelse viser det sig, at 59 % af børnene er opvokset i samfund, som var præget af tilbagevendende krige og væbnede konflikter. Halvdelen af samtlige screenede børn er opvokset i Afghanistan eller Tjetjenien, som begge er lande, der har været præget af krig og interne konflikter igennem årtier, og hvor familierne sjældent kan søge myndighedernes beskyttelse mod forfølgelse og overgreb.

Nogle forældre fra Afghanistan fortæller, at deres børn primært er opvokset indenfor hjemmets fire vægge, da forældrene søgte at skærme dem mod krigshandlinger og bortførelse. Disse børn har haft begrænsede muligheder for at lege og modtage undervisning sammen med jævnaldrende børn. Det kan betyde, at de kommer til Danmark med begrænset erfaring med at omgås andre børn end deres egne søskende.

14 % af børnene kommer fra Iran og Syrien, hvor familierne oplyser, at de har været udsat for diskrimination, chikane eller direkte forfølgelse fra myndighederne, fordi familien er kurdere, og tilhører en undertrykt minoritet. I Iran oplever kurdere diskrimination i stort omfang, og de iranske myndigheder slår hårdt ned på kurdiske løsrivelsesbestrebelse, hvor opbevaring af et stykke papir på kurdisk er tilstrækkeligt til at blive betragtet som politisk modstander og risikere forfølgelse (Dansk Flygtningehjælps landeprofil for Iran, 2009).

Forskning

Børn kan rammes direkte af krig ved at være vidne til krigshandlinger og husundersøgelser, opleve adskillelse fra foræl-

dre m.m., og ved at blive udsat for vold og andre former for overgreb. Men børn rammes i høj grad også indirekte gennem deres forældres reaktioner og håndtering af krigshandlinger, og af de konsekvenser, som krig kan have for det omgivende samfund i form af nedbrudte samfundsstrukturer, begrænset adgang til fødevarer, lægehjælp og skolegang (Hedegaard, et al, 2004).

Manglende muligheder for at lege og have kontakt med jævnaldrende børn udgør én af flere vigtige risikofaktorer for børn, som er opvokset i krigsramte områder, og som har symptomer på angst (Montgomery, 1998). Det kan skyldes, at kontakt med andre børn og muligheder for at engagere sig i aldersrelevante aktiviteter hjælper barnet til at forholde sig og bearbejde voldsomme oplevelser (Montgomery, 2000).

Børn, der vokser op indenfor familiens ramme i hjemmet, kan være beskyttet mod konsekvenserne af krig etc., men de risikerer også at blive isolerede og have begrænsede muligheder for at udvikle sig personligt og socialt i relationer til jævnaldrende børn og unge (Hedegaard et al, 2004).

Delkonklusion

Børn, der søger om asyl i Danmark sammen med deres forældre, er typisk opvokset med krigshandlinger, generel ustabilitet i samfundet og/eller undertrykkelse og forfølgelse tæt inde på livet. Halvdelen af de screenede børn kommer fra Afghanistan eller Tjetjenien, hvor der har været krig og interne konflikter i årtier. Andre undersøgelser beskriver hvordan børn rammes både direkte og indirekte af krig, og selvom børn beskyttes i hjemmet, kan begrænsede legemuligheder og erfaringer med at omgås jævnaldrende få betydning for deres sociale og personlige udvikling (Hedegaard et al, 2004).

Børnenes erfaringer med organiseret vold

Resultater

Hvad angår børnenes direkte erfaringer med krigshandlinger, har 32 % af børnene, ifølge forældrene, været vidne til vold. Dvs. at børnene enten har set deres forældre blive slået af soldater, f.eks. har overværet deres mor blive voldtaget eller set naboen blive skudt og dræbt på gaden. For 11 % af børnene gælder, at de selv har været udsat for fysisk vold.

Tabel 3: Børnenes oplevelser af organiseret vold.

Barnet har været vidne til organiseret vold	Antal	Procent
Ja	48	32 %
Nej	42	28 %
Ikke oplyst	60	40 %

Barnet har været udsat for vold	Antal	Procent
Ja	16	11 %
Nej	101	67 %
Ikke oplyst	33	22 %

Følgende beretninger illustrerer hvad der eksempelvis gemmer sig bag de ovenstående tal:

En mor fra Afghanistan fortæller at hendes 11-årige søn så sin storebror blive skudt og dræbt af Taleban i familiens hjem. En enlig mor oplyser at det ikke var muligt for hende at beskytte børnene mod at bevidne, at mennesker blev dræbt på gaden i det sydlige Afghanistan, da de søgte kontakt med andre børn udenfor hjemmet. Et forældrepar oplevede at deres små børn så dem blive slået af politiet i Grækenland under flugten. Forældreparret var uheldige, og følte sig krænkede

over, at de ikke kunne beskytte deres børn mod at blive vidne til denne umenneskelige behandling i et europæisk land.

En tjetjensk mor fortæller, at hendes datter på 3 år to gange blev udsat for grov vold, i forbindelse med at maskerede soldater ransagede hjemmet. En anden mor fortæller, at hele familien er traumatiseret efter at børnene blev kropsviserede og slået af soldater ved en grænsepost, og den ældste søn blev ydmyget og mishandlet for øjnene af dem. Børnenes erfaringer med vold er ofte forbundet med skyldfølelse hos forældrene over, at de ikke kunne beskytte deres børn mod overgreb.

Disse eksempler indgår i den større sammenhæng som familiernes historier udgør. Børns erfaringer med at blive udsat for vold står sjældent alene, og indgår ofte som del af en opvækst præget af mange forhold, som kan være belastende for et barns udvikling. Der er også eksempler på børn, som er blevet udsat for vold fra deres egne forældre, hvilket ikke er et ukendt fænomen i familier, der er påvirket af krig.

Forskning

Det siger sig selv, at børn påvirkes af, og reagerer på vold, som de selv har været udsat for eller været vidne til. En metaundersøgelse beskriver, de ældste børn oftest reagerer udad imod omgivelserne, reagerer yngre børn i højere grad indad med følelsesmæssige problemer, som f.eks. symptomer på angst (Fowler et al., 2009). Børns symptomer på angst, som f.eks. øget vagtsomhed, angst for mørke og separationsangst kan opfattes som en hensigtsmæssig overlevelsestrategi i samfund præget af vold, da symptomerne signalerer, at barnet har behov for tryk og forældrenes beskyttelse (Montgomery, 2000).

Vold kan også skabe tvivl hos barnet om, hvorvidt forældrene er i stand til at beskytte dem. Barnets basale tillid til andre mennesker kan - som følge af volden - blive svækket, når de erfarer at omgivelserne er uforudsigelige og utrygge (Montgomery, 2000). Den organiserede vold kan virke nedbrydende på de relationer, som barnet definerer sig selv ud fra, og kan

således få betydning for barnets evne til at udvikle, eller genskabe tillidsfulde relationer, og udvikle et fremtidsperspektiv (Hedegaard et al., 2004).

Undersøgelser peger på at betydningen af at være vidne, eller blive udsat for vold, medieres af forældrenes reaktioner og håndtering af situationen. Gentagne belastninger og vedvarende stress, som en integreret del af hverdagen, udgør i højere grad en risikofaktor for at udvikle psykiske vanskeligheder end enkeltstående traumatiserende hændelser (Montgomery, 2000). Forskningen peger på, at børns akkumulerede erfaringer med voldsomme hændelser og en hverdag præget af krig og forfølgelse, kan have alvorlige konsekvenser for børns udvikling (Hedegaard et al, 2004).

Delkonklusion

Ifølge forældrenes oplysninger har 32 % af de screenede børn været vidne til vold, og 11 % af børnene har været udsat for vold mod deres egen krop. Forældrene beskriver voldsomme hændelser, som ofte involverer nærtstående familiemedlemmer. Tidligere forskning dokumenterer, at erfaringer med vold kan svække børns tillid til andre mennesker og give anledning til forskellige typer af reaktioner hos børn, som både rettes indad eller ud mod omgivelserne.

Børnenes erfaringer med flugt og livet som flygtning

Resultater

Ved at fokusere på familiernes flugt til Danmark får vi et indtryk af, hvilke livsvilkår børnene har haft op til ankomsten, og hvilke belastninger familien kan have været udsat for undervejs. Samtlige af de screenede børn har oplevet at måtte forlade deres hjem, ejendele, familie og venner mindst én gang i deres liv før ankomsten til Danmark. Nogle børn har oplevet det gentagne gange, da familien har været på flugt igennem flere år.

Helt overordnet kommer børnefamilier til Danmark med to forskellige typer flugtforløb bag sig. Enten er familien flygtet direkte fra hjemlandet gennem en lang række andre lande, eller også har familien opholdt sig i et eller flere lande i længere perioder. Familiene har enten opholdt sig i tredjelande som asylansøgere på asylcentre, afviste asylansøgere under fængselslignende forhold, eller som illegale flygtninge i lejligheder eller på gaden, med risiko for at sulte og blive udsat for overgreb. Mange familier oplyser, at de har opholdt sig under sådanne forhold primært i Grækenland, Iran og Polen.

Tabel 4: Ophold i tredje land og flugt.

Barnet har opholdt sig i et tredje land	Antal	Procent
Ja	69	46 %
Nej	56	37 %
Ikke oplyst	25	17 %

Barnet har oplevet livstruende hændelser under flugten

Ja	29	19 %
Nej	39	26 %
Ikke oplyst	82	55 %

Som det fremgår af ovenstående tabel, har knapt halvdelen af børnene to eller flere gange oplevet at måtte forlade deres hjem, ejendele og kammerater før ankomsten til Danmark.

Selve flugten foregår ofte via en menneskesmugler, som planlægger og guider familien til Europa. Familien har ofte solgt alle deres ejendele for at finansiere flugten. Nogle få familier ankommer til Danmark med fly, mens langt de fleste har benyttet flere forskellige transportmidler undervejs. En del familier har gået i bjerge om natten langs bevogtede landegrænser, og har overnattet under åben himmel. En del familier fortæller, at de har siddet i en tætpakket gummibåd om natten på vej til Europa, og har oplevet, at de har været nær ved at drukne.

At være på flugt er ofte forbundet med uforudsigelighed og generel utryghed for børnene, da mange forældre har måtte lægge familiens skæbne i menneskesmuglernes hænder. Samtidig er flugten for 1/5 af familierne forbundet med potentielt traumatiserende hændelser. Alt afhængig af familiens tidligere erfaringer og modstandsdygtighed kan forældre og børn, der har været udsat for en eller flere livstruende hændelser under flugten, være præget af angst og symptomer på PTSD m.m. ved ankomsten til Danmark.

Tabel 5: Flugtens længde og antal tredjelande.

Antal måneder på flugt	Antal	Procent
0 – 2	33	22 %
3 – 6	29	19 %
7 – 9	28	18 %
10 – 120	16	11 %
Ikke oplyst	44	29 %

Antal tredjelande, som de 69 børn jf. tabel 4, har opholdt sig i	Antal	Procent
1	37	54 %
2	13	19 %
3 – 4	5	7 %
Ikke oplyst	14	20 %

Forældrene oplyser at i alt 46 % af børnene boet i et eller flere tredjelande i mere end 6 måneder, og 15 % af børnene i mere end 10 måneder. En lille andel af børnene har boet i 3-4 forskellige tredjelande før ankomsten til Danmark.

Familier, som har opholdt sig i flere tredjelande, før ankomsten til Danmark, har ofte søgt om asyl i flere lande, og har fået afslag på deres ansøgning om flygtningestatus. De oplyser, at de frygter for deres liv ved tilbagevenden til deres hjemland, og føler sig nødsaget til at fortsætte med at leve som flygtninge. Når de får afslag og bliver bedt om at forlade landet, rejser de til et andet EU-land i håbet om, at kunne få en mere almindelig tilværelse.

Et forældrepar med to børn fra et asiatisk land fortæller, at de før ankomsten til Danmark har søgt om asyl, og er blevet afvist, i fire forskellige europæiske lande. De forlod hjemlandet, da den ældste søn var 6 måneder. Den yngste søn er født i et andet europæisk land. Forældrene føler sig magtesløse og opgivende overfor deres situation. Sønnen kommunikerer fragmentarisk på modersmålet og flere europæiske sprog, og

forældrene er derfor bekymrede for deres sproglige udvikling. Et ægtepar, som kommer fra hvert sit østeuropæiske land beskriver, hvordan de har levet på flugt uden rettigheder de sidste 12 år. Deres tre børn er alle født under flugten, hvor de har opholdt sig i fire forskellige lande og søgt om asyl i Danmark to gange tidligere .

Eksemplerne viser nogle af de store konsekvenser det kan have for børn og forældre, som har måtte forlade deres hjemland, når de ikke bliver anerkendt som flygtninge, eller gentagende gange tilbagesendes til det land, hvor familien først søgte asyl, jf. Dublin-forordningen.

Forskning

Børn, som vokser op i et eller flere forskellige tredjelande, lever som flygtninge i en hverdag præget af økonomisk usikkerhed, diskrimination, gentagne brudte relationer og afbrudt skolegang. De børn, der får mulighed for at gå i skole, har ikke nødvendigvis forudsætninger for at kunne kommunikere på det sprog, som tales i skolen. Disse forhold kan få betydning for børnenes udviklingsbetingelser og indlæringsmuligheder (Hedegaard et al, 2004).

Delkonklusion

Næsten halvdelen af børnene har forladt deres hjem to eller flere gange, og 46 % af børnene har boet i et eller flere tredjelande, før ankomsten til Danmark. Livet som flygtning udenfor hjemlandet er ofte forbundet med økonomisk usikkerhed, diskrimination, gentagne brudte relationer og afbrudt skolegang. Selve flugten er ofte forbundet med utryghed og belastende livsvilkår. 19 % af børnene har været i livstruende situationer undervejs, som kan øge deres sårbarhed overfor at udvikle psykiske vanskeligheder.

Forældres erfaringer med organiseret vold og tortur

Resultater

Megen forskning peger på, at forældres psykiske helbred har afgørende betydning for deres forudsætninger for at drage omsorg for deres børn (Lund et al, 2008). I løbet af psykologsamtalen bliver det derfor også søgt afdækket, hvorvidt de nyankomne forældre selv har været udsat for vold, om de har været tilbageholdt, og eventuelt har været udsat for tortur.

I den samlede opgørelse viser det sig at 62 % af børnene har mindst én forælder, som oplyser at de har været udsat for vold. 37 % af børnene har mindst én forælder, som oplyser, at de har været udsat for tortur i forbindelse med, at de har været tilbageholdt.

Tabel 6: Børn med forældre, der har været udsat for vold, tortur, tilbageholdelse.

Børn med min. én forælder, der har været udsat for organiseret vold	Antal børn	Procent
Ja	93	62 %
Nej	15	10 %
Ikke oplyst	42	28 %

Børn med min. én forælder, der har været udsat for tortur	Antal børn	Procent
Ja	56	37 %
Nej	38	25 %
Ikke oplyst	56	37 %

Børn med min. én forælder, der har været tilbageholdt

Ja	70	47 %
Nej	40	27 %
Ikke oplyst	40	27 %

Ved en af de første screeningssamtaler som blev afholdt med nyankomne forældre, blev det tydeligt, hvor stor betydning traumatiseringen af en forælder kan have for en familie. Under psykologsamtalen var begge forældre til stede, men manden deltog i et begrænset omfang. Han sad anspændt og sammenkrøbet i stolen med et stift blik i øjnene. Da samtalen nærmede sig de voldsomme begivenheder blev han urolig. Hans hustru oplyser, at han genoplever belastende hændelser om dagen og har mareridt om natten, hvor han skriger og vækker børnene. Hustruen oplever, at manden er lydfølsom, irriteret overfor børnene og at han isolerer sig fra familien

Manden i en anden familie fortæller, at hans hustru blev voldtaget i hjemmet af ukendte maskerede mænd, og udsat for vold på gaden gentagende gange i hjemlandet. Manden beskriver, at hustruen ændrede sig markant efter overgrebene og ikke længere kunne tage vare på sig selv.

Forskning

Amnesty Internationals danske lægegruppe (2008) udførte i 2007 systematiske torturundersøgelser af 142 nyankomne voksne asylsøgere, både enlige og forældre, i Modtagecenter Sandholm. Resultatet af undersøgelsen dokumenterer at 45 % af de undersøgte oplyste, at de havde været udsat for tortur. Deraf opfyldte 63 % kriterierne for diagnosen PTSD, og 30-40 % fremtrådte angste, depressive og/eller forpinte.

Familier, hvor den ene eller begge forældre er traumatiserede, er ofte kendetegnet ved langvarig og kronisk sammenbrud i familiestrukturen, hvor de ældste børn ofte må påtage sig voksenopgaver og -ansvar (Cicchetti, Toth og Lynch, 1993). Undersøgelser viser, at fysisk og psykisk omsorgssvigt begået af forældre har større konsekvenser for børnene end overgreb

begået af andre. Traumereaktioner hos forældre, som følge af krig, tortur og vold, risikerer at blive sekundært traumatiserende for barnet og skadeligt for dets psykosociale udvikling, da symptomer på PTSD har en negativ indflydelse på forældres omsorgsevne (Lund et al., 2008). Manglende støtte fra forældrene kan mindske barnets muligheder for at udvikle og revidere sine overlevelsesstrategier og tilpasning i eksillandet (Montgomery, 2000; Montgomery, in press).

En dansk undersøgelse viser, at familierelaterede forhold er de vigtigste risikofaktorer i forhold til børns søvnproblemer efter traumatiske oplevelser i forbindelse med krig og organiseret vold (Montgomery og Foldspang, 2001). Samtidig ved man, at kommunikation i familien om flygtningeoplevelserne i høj grad påvirker børnenes muligheder for at skabe mening i familiens historie (Montgomery, 2000). Et stærkt familiesammenhold kan også udgøre en beskyttende faktor for flygtningebørn i eksillandet (Goldin et al, 2008).

Delkonklusion

Ud fra forældrenes oplysninger ved vi, at 60 % af børnene lever i en familie, hvor mindst én forælder har været udsat for vold, og næsten 50 % af børnene har forældre, der har været tilbageholdt mindst én gang. Det væsentligste fund er dog at 37 % af børnene lever i en torturramt familie. Fundene i Amnesty's Internationals danske lægeundersøgelse i 2007 bekræfter omfanget af tortur blandt nyindrejste asylansøgere. Samtidig giver lægeundersøgelsen et billede af alvorlige følger af tortur, som vi genkender i de psykologfaglige vurderinger af omfanget af traumatiserede forældre. Psykologsamtalerne med forældrene tydeliggør, hvordan traumatisering underminerer forældres ressourcer og øger risikoen for, at børnene bliver sekundært traumatiserede.

Risiko for psykiske vanskeligheder hos børn mellem 4-16 år

De følgende resultater bygger alene på en statistisk opgørelse⁹ af samtlige SDQ-spørgeskemaer, som er blevet udfyldt af forældre, pædagoger, lærere og børn mellem 11-16 år, i perioden 1. januar til 1. juli 2009. Forældre og pædagoger/lærere har udfyldt SDQ-skemaer om 102 børn ud af i alt 105 børn i aldersgruppen 4-16 år. Ud af de i alt 37 børn mellem 11-16 år, har 35 børn selv udfyldt et SDQ-skema. Besvarelsesprocenten har således været meget høj.

Resultaterne kan opfattes som en kortlægning af de 4-16-årige nyankomne børns indadrettede og udadvendte reaktioner, og deres aktive håndtering af deres direkte og indirekte erfaringer med krig, overgreb, flugt og usikre opvækstvilkår, indenfor 3 måneder efter familiens ankomst til Danmark.

Resultater af spørgeskemabesvarelser

Som beskrevet kan erfaringer med krig, overgreb og flugt give anledning til at børn reagerer med følelsesmæssige, såvel som med adfærdsmæssige vanskeligheder (Goldin et al, 2008).

I den samlede opgørelse af SDQ-besvarelser fra forældre, pædagoger/lærere og de 11-16-årige børn, vurderes 34 % af børnene at være i høj risiko for at have psykiske vanskeligheder, som svarer til kriterierne for psykisk sygdom hos børn, jf. diagnosesystemet ICD-10 (WHO, 1994). 25 % af børnene vurderes at være i høj risiko for at have følelsesmæssige vanskeligheder.

I SDQ-skemaet kategoriseres symptomer på angst, depression og psykosomatiske klager som udtryk for følelsesmæssige vanskeligheder. Det kan være at barnet ofte græder, er trist og utrygt, let bliver skræmt eller har ondt i maven, hvilket kan have betydning for barnets trivsel, indlæring, leg med andre børn og udvikling på længere sigt.

⁹ Opgørelsesmetoden for beregning af risiko på baggrund af SDQ-skemaerne er beskrevet andetsteds (Goodman et al., 1998; Goodman, 1999).

Tabel 7: Estimeret risiko for psykiske vanskeligheder blandt nyankomne asylsøgende børn på baggrund af forældres (n = 102), pædagoger/læreres (n = 102) og børns egne besvarelser (n = 35).

Risiko ¹⁰	Psykiske vanskeligheder	Følelsesmæssige vanskeligheder	Adfærdsmæssige vanskeligheder	Hyperaktivitet og opmærksomhedsvanskeligheder
Lav	43 %	63 %	69 %	84 %
Medium ¹¹	24 %	13 %	23 %	13 %
Høj	34 %	25 %	9 %	4 %

Forældre, pædagoger, lærere og børn mellem 11-16 år besvarer SDQ-skemaet ud fra hvert deres perspektiv på eventuelle problemer omkring barnet, som indgår i forskellige typer af sammenhænge og relationer. Denne viden understreger betydningen af at anvende informant-triangulering, da det øger SDQ-skemaets sensitivitet betydeligt (Goodman et al, 2000a). De samlede resultater på baggrund af både forældre-, pædagog/lærer- og børnebesvarelserne kan derfor tillægges størst vægt. Nedenstående resultater formidles for at give et billede af tendenserne i forældres, pædagogers, læreres og de store børn og unges egne besvarelser i forhold til hinanden.

¹⁰ Kategoriseringen af risiko er foretaget på baggrund af en scoringsalgoritme, som er baseret på en britisk baggrundspopulation og klinisk børnepsykiatrisk materiale, www.sdqinfo.com /april 2010.

¹¹ Tidligere undersøgelser af SDQ har vist, at af de børn, som er estimeret til at være i medium risiko for at have psykiske vanskeligheder, havde 10-26 % en psykiatrisk diagnose, og 74-90 % havde ikke en psykiatrisk diagnose (Goodman et al., 2000a; Goodman et al., 2004).

Tabel 8: Andel nyankomne asylsøgende børn med symptomer på psykiske vanskeligheder.

	Forældres besvarelser for de 4-16-årige n = 102	Pædagoger og lærerebesvarelser for de 4-16-årige n = 102	De 11-16-åriges egne besvarelser n = 35
Symptomer på generel stress			
Usandsynligt	61 %	69 %	71 %
Sandsynligt	30 %	12 %	9 %
Ikke besvaret	9 %	20 %	20 %
Symptomer på følelsesmæssige vanskeligheder			
Usandsynligt	41 %	70 %	60 %
Sandsynligt	50 %	11 %	20 %
Ikke besvaret	9 %	20 %	20 %
Symptomer på adfærdsmæssige vanskeligheder			
Usandsynligt	71 %	72 %	74 %
Sandsynligt	20 %	9 %	6 %
Ikke besvaret	9 %	20 %	20 %
Symptomer på hyperaktivitet og opmærksomhedsproblemer			
Usandsynligt	82 %	70 %	77 %
Sandsynligt	9 %	11 %	3 %
Ikke besvaret	9 %	20 %	20 %
Problemer med at omgås jævnaldrende			
Usandsynligt	57 %	69 %	57 %
Sandsynligt	34 %	12 %	23 %
Ikke besvaret	9 %	20 %	20 %
Manglende sociale kompetencer			
Usandsynligt	82 %	62 %	74 %
Sandsynligt	9 %	18 %	6 %
Ikke besvaret	9 %	21 %	20 %
Symptomer på overordnet belastning			
Usandsynligt	50 %	70 %	51 %
Sandsynligt	24 %	8 %	23 %
Ikke besvaret	27 %	23 %	26 %

I tabel 8 viser der sig en klar tendens til at forældrene, indenfor flest symptom-kategorier, rapporterer at flest børn viser tegn på at have vanskeligheder, sammenlignet med pædagog/lærer- og børnebesvarelserne. Når man ser på besvarelserne vedr. omfanget af symptomer på generel stress, er der tydelige forskelle mellem forældrenes besvarelser og pædagogernes, lærernes og de store børns besvarelser.

Forældres, pædagoger og læreres besvarelser ligger tættest på hinanden, når det drejer sig om omfanget af symptomer på hyperaktivitets- og opmærksomhedsproblemer blandt børnene. Det eneste område hvor forældre og de store børn vurderer det samme omfang af problemer er vedr. den overordnede belastning, dvs. i hvor høj grad psykiske vanskeligheder påvirker barnets hverdag.

Både forældre, pædagoger, lærere og nogle børn mellem 11-16 år rapporterer at de har vanskeligheder med at omgås jævnaldrende børn, dog i forskelligt omfang. Dette resultat kan afspejle at nogle af de nyankomne børn har begrænsede erfaringer med at omgås jævnaldrende i hjemlandet pga. krig, ustabilitet i samfundet, begrænset skolegang og isolation under flugten, samt sprogbarrierer.

Det eneste område hvor pædagoger og lærere vurderer at flere børn har problemer end forældrene, er i forhold til børnenes sociale kompetencer. Når man ser på forældrenes besvarelser vurderes de fleste børn at have gode sociale kompetencer, hvilket stemmer med internationale forskeres påpejning af at børn med flygtningebaggrund ofte er i besiddelse af gode sociale kompetencer.

Forskning

Til sammenligning udviser 8-10 % af 5-15-årige børn i England tegn på at have psykiske vanskeligheder ud fra lærerbesvarelser (www.sdqinfo.com /april 2010). I Norge viser 9 % af de 11-16-årige børn tegn på psykiske vanskeligheder ved selvrapportering (Ronning et al., 2004).

I undersøgelsen af samtlige asylsøgende børn på Røde Kors

asylcentre i 2006, ud fra pædagog/lærer- og børnebesvarelser af SDQ-skemaer, fandt man at 35 % af de 4-16-årige var i høj risiko for at have psykiske vanskeligheder, og 50 % af de 11-16-årige havde følelsesmæssige vanskeligheder ud fra deres egen besvarelse (Nielsen et al., 2007). Resultatet fra denne undersøgelse er dog ikke direkte sammenligneligt med resultatet af den psykologiske screening i 2009. Resultatet fra 2007 bygger på besvarelser fra pædagoger, lærere og børnene selv, og inddrager ikke forældrebesvarelser, som i den psykologiske screening.

Børnegruppen i 2006 havde en gennemsnitlig opholdstid i det danske asylsystem på 4 år, mens børnene, som indgår i den psykologiske screening, er nyankomne og, ved pædagog- og lærerbesvarelser af SDQ, har gået i legestuen eller skolen mellem 3 uger og 3 måneder. Pædagoger og lærere må derfor formodes at have et mere indgående kendskab til børnene i undersøgelsen fra 2006, mens pædagog- og lærerbesvarelserne i den psykologiske screening muligvis afspejler et begrænset kendskab til børnene. Nyankommene børn formodes også at være optagede af at tilpasse sig hverdagen i legestue og skole, og endnu ikke betror sig til personalet om deres bekymringer og problemer. Den svenske forsker Gustafsson beskriver at børn, som er opvokset under krig og har været på flugt ofte trives med voksenstyrede aktiviteter indenfor en tydelig ramme; en model som anvendes i Dansk Røde Kors Asylafdeling og betegnes STROF¹². På den baggrund vurderes, at de nyankomne børn ofte være motiverede for at deltage i legestue og skoleaktiviteter sammen med andre børn, og gennem denne deltagelse at få mulighed for at bearbejde eller lægge deres voldsomme erfaringer bag sig, for en stund.

Tidligere fund fra psykologiske screeninger peger på at skolelærere ofte identificerer færre følelsesmæssige problemer hos flygtningebørn, særligt blandt børn mellem 13-17 år, end forældre og børnene selv gør. Det kan skyldes at lærere ofte fokuserer på det faglige indhold i skolen og at børn ofte agerer og udtrykker følelser på andre måder i skolen end hjemme (Goldin et al, 2008).

¹² Forkortelsen STROF står for: struktur, tale og tid, ritualer, organiserede aktiviteter og forældresamarbejde (Gustafsson et al., 1990).

Samtidig er følelsesmæssige vanskeligheder ofte mindre synlige end problemer med at koncentrere sig og omgås andre børn.

I en dansk undersøgelse af unges psykiske helbred ni år efter deres ankomst til Danmark som flygtninge, findes en lav grad af sammenhæng mellem resultaterne fra forældre og de unges spørgeskema-besvarelser. Dette på trods, vurderes det som værende vigtigt at anvende forældre- og børnebesvarelser, da de hver især bidrager med valid information, som ikke kan stå alene (Montgomery, 2008b). Undersøgelsen dokumenterer, at forældres besvarelser påvirkes af forældrenes egne vanskeligheder. Forældre med fysisk sygdom skønnes at undervurdere deres børns eventuelle psykiske vanskeligheder, og forældre med psykisk sygdom skønnes at overvurdere deres børns eventuelle psykiske vanskeligheder (Montgomery, 2008b). Dette fund understreger vigtigheden af at supplere den psykologiske børnescreening med screening af forældrenes fysiske og psykiske helbred, med henblik på at udarbejde en samlet vurdering af familiens behov for en psykosocial indsats. Robert Goodman, som har udviklet SDQ-skemaet, beskriver at børn og unges besvarelser af SDQ afspejler deres selvindsigt i eventuelle psykiske vanskeligheder og ikke den reelle forekomst eller typen af psykiske vanskeligheder hos de 11-16-årige (Goodman et al, 1998). Da børn og unge, som er flygtede, ofte er loyale overfor deres forældre og bevidste om forældrenes bekymringer, er der grund til at antage, at de ofte vil søge at skjule deres egne bekymringer og følelser for ikke at bebyrde forældrene (Goldin et al, 2008). Der er således gode grunde til at inddrage børn- og ungebearbejdede af SDQ uden at lade resultaterne stå alene.

Delkonklusion

Resultaterne fra spørgeskema-besvarelserne, som led i den psykologiske screening af nyankomne asylsøgende børn i aldersgruppen 4-16 år, tyder på en forhøjet forekomst af børn og unge, der er i risikozonen for at have psykiske vanskeligheder, sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Resultatet peger på, at flest asylsøgende børn og unge er i høj risiko for at have følelsesmæssige vanskeligheder, hvilket bekræftes i internationale undersøgelser indenfor området.

Andelen af nyankomne børn, der er i høj risiko for at have psykiske vanskeligheder, ligger på linje med resultatet af en spørgeskemaundersøgelse fra 2007, uden at de to resultater er umiddelbart sammenlignelige. Når man sammenligner resultaterne af besvarelser fra forældre, pædagoger, lærere og børn mellem 11-16 år, er der tydelige forskelle, hvilket genfindes i andre undersøgelser. Resultaterne kan afspejle at børns følelsesmæssige vanskeligheder ofte er mindre synlige end andre typer vanskeligheder.

Resultaterne peger på at nogle af de asylsøgende børn og unge har svært ved at omgås jævnaldrende, hvilket kan skyldes en lang række af de forhold som børnene har erfaring med i hjemlandet og under flugten. Samtidig vurderes mange børn at have gode sociale kompetencer, hvilket stemmer overens med internationale forskeres påpejning af at børn med flygtningebaggrund ofte er i besiddelse af gode sociale kompetencer.

Konsekvenser af den psykologiske screening

På baggrund af psykologsamtalet med forældre, og sundhedsplejerskernes screeningsjournal for de 0-1-årige, observationsskema fra legestuen for de 2-3-årige og SDQ-spørgeskema fra legestuen eller skolen for de 4-16-årige, samt selvrapporteringskema for de 11-16-årige, er der foretaget en psykologfaglig vurdering af, om det enkelte barn har behov for en psykosocial indsats.

Resultater

Konsekvenserne af den psykologiske screening opgøres ud fra hvor stor en andel af de screenede børn, der indstilles til de psykosociale teams i Dansk Røde Kors Asylafdeling, med henblik på en udredende, forebyggende eller behandlende indsats. I perioden den 1. januar 2009 til den 1. juli 2009 blev 56 % af alle screenede børn indstillet til de tværfaglige psykosociale teams. Børnene blev enten indstillet umiddelbart efter psykologsamtalet, ved modtagelse af observations-/spørgeskemaer eller til opfølgning efter 3 måneders ophold på et asylcenter.

Tabel 9: Andel indstillede børn (n = 150).

Indstilles barnet til Psykosocialt team	Antal	Procent
Ja	63	42 %
Ja, til opfølgning efter 3 måneder	20	13 %
Nej	66	44 %

Disse resultater viser at flere børn indstilles, end resultaterne fra SDQ-opgørelserne udpeger, som børn i høj risiko for at have psykiske vanskeligheder. Den væsentligste baggrund for dette er, at vi også indstiller børn hvis trivsel vurderes at være alvorligt truet, f.eks. pga. forældrenes traumatiseringsgrad. Dette gøres for at forebygge omsorgssvigt, at barnet på længere sigt får psykiske vanskeligheder eller forsinkes i sin udvikling.

De tværfaglige psykosociale teams koordinerer den psykosociale indsats omkring de indstillede børn og familier på alle Røde Kors drevne asylcentre. Psykologenheden i Dansk Røde Kors Asylafdeling står for psykologisk udredning af børn. Behandling af børn og voksne varetages af Psykotraumesektionen i Psykologenheden samt privatpraktiserende psykologer og psykiatere eller det danske sundhedsvæsen. For behandling kræves kautio fra Udlændingesservice. Sociale støtteforanstaltninger tilbydes ifølge Lov om Social Service i samarbejde med den kommune, hvor asylcentret ligger. Der er afsat midler til interne støtteforanstaltninger, og til eksterne foranstaltninger skal der søges kautio hos Udlændingesservice (Bilag 5).

At invitere forældre til en psykologsamtale i forbindelse med screening af deres børn kan skabe nervøsitet og usikkerhed. For at imødekomme dette informeres forældrene om formålet og rammerne for screeningen ved samtalebegyndelse, og de får så vidt muligt en tilbagemelding ved samtaleafslutning. Opgørelsen over hvor mange børn der er blevet screenet viser, at langt de fleste forældre tager positivt imod tilbuddet om screening. Samtidig oplyser psykologerne, som afholder samtalerne at de fleste forældre deltager konstruktivt i samtalen.

Forskning

I en svensk undersøgelse af 48 bosniske flygtningebørn identificeres 48 % af børnene med psykiske problemer, som krævede opfølgning (Goldin et al, 2008). En dansk undersøgelse fra 1992-93 fandt at ca. 65 % af de nyankomne asylsøgende børn havde symptomer på psykiske vanskeligheder (Montgomery, 2000). Internationale undersøgelser dokumenterer at omfanget af psykiske vanskeligheder blandt flygtningebørn varierer (Crowley, 2009).

Når man vurderer hvorvidt en screening er brugbar og etisk forsvarlig, bør man tage stilling til, hvorvidt der er tilstrækkelig adgang til relevant behandling for de personer, der identificeres via screeningen. Der skal samtidig være ressourcer til psykologisk eller lægelig udredning af de vanskeligheder, som de identificerede personer indstilles på baggrund af. En screeningprocedure bør ikke skabe bekymring hos personer, der identificeres, uden at de reelt har behov for opfølgning. Det

er afgørende at målgruppen for screeningen har realistiske forventninger til screeningen. Samtidig bør man overveje om ressourcerne, som bliver brugt på at gennemføre screeningen, kunne anvendes på en bedre måde (Goodman et al, 2004). Det kræver dog en evaluering af udbyttet af screeningen for at kunne tage stilling til spørgsmålet om hvordan ressourcerne bruges bedst. For at kunne vurdere screeningens værdi skal man have kendskab til den egentlige forekomst af psykiske vanskeligheder blandt nyankomne asylsøgende, hvilket vil kræve en videnskabelig undersøgelse.

Delkonklusion

Som et resultat af den psykologiske screening af nyankomne børn, efter at screeningen har forløbet i 6 måneder, er 56 % af børnene blevet indstillet til de psykosociale teams med det samme eller til opfølgning efter 3 måneder. Andelen af børn, som vurderes at være i risiko for at have psykiske vanskeligheder eller have behov for en psykosocial indsats, ligger på niveau med danske og internationale undersøgelser af flygtningebørns psykiske helbred.

Et andet resultat af den psykologiske screening er erkendelsen af, at knapt halvdelen af alle nyankomne børn vurderes at have forældre, som er tilstrækkeligt ressourcestærke til at kunne støtte deres børn, på trods af voldsomme hændelser i hjemlandet og belastninger under flugten. Langt de fleste forældre deltager konstruktivt i psykologisamtalen og tager positivt imod tilbuddet om psykologisk screening af deres børn kort tid efter ankomsten til Danmark.

Den psykologiske screening giver mulighed for at få et systematisk billede af nyankomne børns trivsel indenfor 3 måneder efter ankomsten til Danmark. Dokumentation af den psykologiske screening kan synliggøre risikoniveauet og børnenes behov, med henblik på at forebygge udviklingen af psykiske vanskeligheder blandt asylsøgende børn. For at kunne tage stilling til børnenes og familiernes udbytte af den psykologiske screening og hvorvidt ressourcerne kan anvendes på en bedre måde, er der behov for at evaluere hvilke foranstaltninger den psykologiske screening giver anledning til, samt resultaterne heraf.

Konklusion

Denne rapport beskriver udviklingen af en metode til psykologisk screening af nyankomne asylsøgende børn. Den psykologiske screening har forløbet siden den 1. januar 2009 i supplement til den eksisterende modtagelse af asylsøgende børnefamilier i Danmark. I rapporten bliver der gjort status over resultaterne af den psykologiske screening indenfor de første seks måneder. Samtidig dokumenteres den indsamlede viden om de nyankomne børn og forældre, og deres behov for koordinerede psykosociale indsatser.

På baggrund af statusrapporten kan der drages følgende konklusioner:

1. Det var muligt at gennemføre en psykologisk screening af 94 % af de nyankomne børn, som blev i asylsystemet, mens familiens asylsag behandles. De fleste forældre tager positivt imod tilbuddet og deltager konstruktivt i psykologisamtalen. Den psykologiske screening giver et systematisk billede af nyankomne asylsøgende børns trivsel, hvilket muliggør iværksættelsen af en tidlig og målrettet indsats overfor børn med særlige behov.
2. Som konsekvens af den psykologiske screening indstilles 56 % af de nyankomne børn til de tværfaglige psykosociale teams på Dansk Røde Kors drevne asylcentre, da de vurderes at have behov for en koordineret psykosocial indsats.
3. For at kunne vurdere værdien af den psykologiske screening og tage stilling til hvorvidt ressourcerne anvendes bedst muligt, skal man have kendskab til den reelle forekomst af psykiske vanskeligheder blandt nyankomne børn og deres behov for psykosociale indsatser.

Herudover, så kan følgende konkluderes ud fra den viden, der foreligger om de psykologisk screenede børn, i den beskrevne periode:

- I 2009 kom flest børnefamilier fra Afghanistan, Tjetjenien og det tidligere Jugoslavien. Børnene er opvokset under forskellige socioøkonomiske vilkår, og asylsøgende forældre udgør en heterogen gruppe med forskellige forudsætninger for at støtte deres børn.
- 25 % af børnene har oplevet at sulte i en eller flere perioder under deres opvækst. Disse børns fysiske og psykiske udvikling kan således være påvirket af fattigdom eller perioder med fødevareknaphed.
- Op mod 50 % af børnene i skolealderen har enten ikke eller kun delvist modtaget undervisning i hjemlandet, hvilket kan have betydning for deres forudsætninger for at lære.
- Nyankomne asylsøgende børn er typisk opvokset med krigshandlinger, generel ustabilitet og/eller undertrykkelse og forfølgelse, som del af hverdagen. Selvom mange børn beskyttes i hjemmet, kan begrænsede erfaringer med at omgås jævnaldrende, få betydning for børnenes sociale og personlige udvikling.
- 32 % af de screenede børn har været vidne til vold og 11 % har været udsat for vold, hvilket kan svække børns tillid til andre mennesker og give anledning til forskellige typer af følelses- og adfærdsmæssige reaktioner.
- Halvdelen af børnene har måtte forlade deres hjem to eller flere gange og 46 % har boet i et eller flere tredjelande, før ankomsten til Danmark. Livet som flygtning udenfor hjemlandet er for mange forbundet med fattigdom, diskrimination, gentagne brudte relationer og afbrudt skolegang.
- Flugten er for de fleste børn forbundet med utryghed og belastende livsvilkår, og 19 % har været i livstruende situationer, som kan øge deres sårbarhed overfor psykiske vanskeligheder.
- 37 % af børnene lever i familier, hvor mindst en forælder har været udsat for tortur, mens 62 % af børnene lever i familier, hvor mindst en forælder har været udsat for vold. Amnesty Internationals danske lægeundersøgelse fra 2007 bekræfter omfanget af tortur blandt nyankomne asylansøgere og beskriver symptomer på PTSD, depression, angst og forpinthed som typiske følgevirkninger af tortur. Den psykologiske screening tydeliggør hvordan traumatisering kan underminere forældres ressourcer og øge risikoen for, at børn bliver sekundært traumatiserede.
- Resultaterne fra spørgeskemabesvarelserne peger på at

34 % af de nyankomne asylsøgende børn mellem 4-16 år er i høj risiko for at have psykiske vanskeligheder, og 25 % af børnene er i høj risiko for at have følelsesmæssige vanskeligheder.

- Andelen af nyankomne børn, der er i høj risiko for at have psykiske vanskeligheder, ligger på linje med resultatet af en spørgeskemaundersøgelse fra 2007, uden at de to undersøgelser er umiddelbart sammenlignelige. Når man sammenligner resultaterne af besvarelser fra forældre, pædagoger, lærere og børn mellem 11-16 år, er der tydelige forskelle, hvilket genfindes i andre undersøgelser. Resultaterne kan bl.a. afspejle, at børns følelsesmæssige vanskeligheder ofte er mindre synlige end andre typer vanskeligheder.

Anbefalinger

Konklusionerne i statusrapporten om den psykologiske screening af nyankomne børn ved ankomsten til Danmark giver anledning til følgende anbefalinger:

- At den psykologiske screening indgår i Dansk Røde Kors Asylafdelings drift, som led i modtagelsen af nyankomne børnefamilier.
- At den psykologiske screening af nyankomne børn fortsætter ud fra den beskrevne metode.
- At den psykologiske screening evalueres med henblik på at udvikle screeningsmetoden.
- At resultaterne af den psykologiske screening formidles nationalt og internationalt.

Det systematiske kendskab til de nyankomne børnefamilier, som den psykologiske screening tilvejebringer, tydeliggør behovet for at styrke det psykosociale arbejde i Dansk Røde Kors Asylafdeling. På den baggrund anbefales:

- Yderligere integration af den psykologiske screening med den sundhedsfaglige screening i en samlet modtagelse af nyankomne asylsøgende børnefamilier.
- At styrke og udvikle den psykosociale og sundhedsfaglige indsats for nyankomne børn og børnefamilier med særlige behov ved at evaluere de tiltag, som iværksættes på baggrund af screeningerne.
- At udvikle standarder for de psykoedukative tiltag for børn og familier, i lighed med andre indsatser i Dansk Røde Kors Asylafdeling.
- At udvikle arbejdet med asylansøgere, der har været udsat for tortur.
- At opfordre Udlændingemyndighederne til at begrænse antallet af flytninger mellem asylcentre til et absolut minimum, for at sikre børnefamilier en stabil hverdag og styrke børnenes udviklingsmuligheder i asylperioden.

Litteratur

Abdallah, K. og Elklit, A. (2001): **A nation-wide screening survey of refugee children from Kosovo.** *Torture*, 11: 45-54.

Amnesty Internationals Danske Lægegruppe i Samarbejde med Dansk Røde Kors (2008): **Asylansøgere i Danmark. En undersøgelse af ny-ankomne asylansøgere's helbreds-tilstand og traumatiseringsgrad.** *Amnesty International Dansk Afdeling*.

Bean, T. (2006): **Assesing the psychological distress and mental healthcare needs of unaccompanied refugee minors in the Netherlands.** <https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/1887/4921/1/Thesis.pdf>.

Betancourt, TS. og Khan, KT. (2008): **The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience.** *Int. Review of Psychiatry*, 20(3): 317-328.

Black et al. (2008): **Maternal and child under nutrition.** *www.The-lancet.com*

Bovbjerg, A. og Kahler, EM. (2007): **Det traumatiserede barn. Symptomer, konsekvenser og behandling.** *Frydenlund*.

Christensen, E. og Andersen, KV. (2006): **Livsvilkår for børn med familie på danske asylcentre.** *Socialforsknings-instituttet 06:25*.

Cicchetti, D., Toth og Lynch, M. (1993): **The developmental sequelae of child maltreatment: implications for war-related trauma. I: The psychological effects of war and violence on children.** *Leavitt og Fox (red.). Lawrence Erlbaum Associated Publishers*.

Crowley, C. (2009): **The mental health needs of refugee children: A review of literature and implications for nurse practitioners.** *J. of the Am. Acad. of Nurse Practitioners*, 322-331.

Dansk flygtningehjælps landeprofil for Iran (2009). *www.flygtning.dk/viden-fakta/publikationer/dk*

Dansk flygtningehjælps landeprofil for Serbien (2007). *www.flygtning.dk/viden-fakta/publikationer/dk*.

Elklit, A. og Gudmundsdóttir, D. (2006): **Posttraumatisk stressforstyrrelse hos børn og unge.** *Forlaget skolepsykologi, Blå serie nr.B29*.

Fazel, M. & Stein, A. (2003): **Mental health of refugee children: comparative study.** *BMJ* 327: 134.

Fowler et al. (2009): **Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents.** *Development and psychopathology*, 21/1, 227-259.

Goldin et al. (2008): **Mental health of Bosnian refugee children: A comparison of clinician appraisal with parent, child and teacher reports.** *Nord J Psychiatry* 62:204-216.

Goodman R, Meltzer H, Bailey V (1998): **The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version.** *Eur Child Adolescent Psychiatry*;7:125-30.

Goodman, R. (1999): **The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden.** *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-801.

Goodman, R. et al. (2000b): **Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka.** *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9:129-134.

Goodman, R. et al. (2000a): **Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample.** *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.

Goodman, R. et al. (2004): **Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders.** *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11/25-11/31.

Gustafsson, LH. et al. (1990): **Flyktningbarn i Lycksele. En undersökning av 30 barn och deras familjer.** *Nya Tryckeriet, Lycksele.*

Hedegaard, M. Frost, S. & Larsen, I. (2004): **Krigsramte børn i eksil.** *Forlaget KLIM.*

Heptinstall, E., Sethna, V. og Taylor, E. (2004): **PTSD and depression in refugee children.** *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13: 373-380.

Juul, S. (2008): **Epidemiologi og evidens. Munksgaard, Danmark.**

Lund, M., Sørensen, JH, Christensen, JB. og Ølholm, A. (2008): **MTV om behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge.** *Center for Kvalitet, Region Syddanmark.*

Lustig, SL. et al. (2004): **Review of child and adolescent refugee mental health.** *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 43 (1):24-36.

Montgomery, E. (2000): **Flygtningebørn – traume, udvikling, intervention.** *Psykologisk forlag.*

Montgomery, E. (2008a): **Long-term effects of organized violence on young middle eastern refugees' mental health.** *Social science & medicine.*

Montgomery, E. (2008b): **Self- and parent assessment of mental health: disagreement on externalizing and internalizing behaviour in young refugee from the middle-east.** *Clinical child psychology and psychiatry*, 13; 49.

Montgomery, E. (in press): **Trauma and resilience in young refugee.** *Development and psychopathology.*

Montgomery, E. og Foldspang, A. (2001): **Traumatic experience and sleep disturbance in refugee children from the middleeast.** *European J. of Public Health*, 41:18-22.

Montgomery, E. og Foldspang, A. (2005): **Seeking asylum in Denmark: refugee children's mental health and exposure to violence.** *European Journal of Public Health*, 3, 233-237.

Nielsen, SS. et al. (2007): **Psykisk helbred blandt asylbørn i Danmark.** *Ugeskrift for læger* 169/43.

Nielsen, SS. et al. (2009): **Betydning af opholdstid og antal flytninger på asylbørns psykiske helbred – sekundærpublikation.** *Ugeskrift for læger* 171/12.

Obel, R. et al. (2003): **Spørgeskema om barnets styrker og vanskeligheder (SDQ-Dan).** *Ugeskrift for læger*, 462-466.

Ronning, JA. et al. (2004): **The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries.** *Eur Child Adolescent Psychiatry*, 13: 73-82.

SDQ – information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaire. *www.sdqinfo.com /april 2010.*

Stæhr (2001): **Psykoedukation med kosovoalbanske flygtningebørn – en effektundersøgelse af et program til forebyggelse af alvorlige psykiske belastningsreaktioner. I: Psyke og Logos**, 22, 127-146.

WHO (1994): **International sygdoms klassifikation udgave nr. 10, ICD-10.**

Spørgeskema om barnets styrker og vanskeligheder (SDQ-Dan)

F4-16

Vi vil bede dig vurdere om beskrivelserne i skemaet ikke passer, passer delvist eller passer godt på barnet. Det vil være os en stor hjælp, hvis du besvarer alle spørgsmålene også selvom du er i tvivl eller synes at beskrivelserne ikke helt giver mening i forhold til barnets alder. Vi vil bede dig svare ud fra barnets opførsel indenfor de sidste 6 måneder.

1. SDQ spørgeskemaer til forældre, lærere og børn.

Barnets navn Dreng/Pige

Fødselsdato

	Passer ikke	Passer delvist	Passer godt
Er hensynsfuld og betænksom overfor andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er rastløs, 'overaktiv', har svært ved at holde sig i ro i længere tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klager ofte over hovedpine, ondt i maven eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er god til at dele med andre børn (slik, legetøj, blyanter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofte raserianfald eller bliver let hidsig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er lidt af en enspænder, leger mest alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gør for det meste, hvad der bliver sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymrer sig om mange ting, virker ofte bekymret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prøver at hjælpe, hvis nogen slår sig, er kede af det eller skidt tilpas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sidder konstant uroligt på stolen, har svært ved at holde arme og ben i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har mindst én god ven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer ofte i slagsmål eller mobber andre børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er ofte ked af det, trist eller har let til gråd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er generelt vellidt af andre børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er nem at distrahere, mister let koncentrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er utryk og klæbende i nye situationer, bliver nemt usikker på sig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er god mod mindre børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyver eller snyder ofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bliver mobbet eller drillet af andre børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilbyder ofte af sig selv at hjælpe andre (forældre, lærere, andre børn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tænker sig om før han/hun handler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjæler fra hjemmet, i skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er bange for mange ting, er nem at skræmme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gør tingene færdige, er god til at koncentrere sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andre bemærkninger eller bekymringer, kan du skrive dem her

Vend venligst skemaet- der er nogle få spørgsmål til på bagsiden

Samlet, mener du barnet har vanskeligheder på et eller flere af følgende områder det følelsesmæssige område, koncentration, adfærd, samspil med andre mennesker:

Nej	Ja, mindre vanskeligheder	Ja, tydelige vanskeligheder	Ja, alvorlige vanskeligheder
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis JA: vær venlig at besvare følgende spørgsmål:

- Hvor længe har disse vanskeligheder stået på?

Mindre end 1 måned	1-5 måneder	6-12 måneder	Mere end et år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Er barnet ulykkelig eller ked af disse vanskeligheder?

Slet ikke	Kun lidt	Ret meget	Virkelig meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Påvirker disse vanskeligheder barnets dagligdag

	Slet ikke	Kun lidt	Ret meget	Virkelig meget
Derhjemme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I barnets forhold til venner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med hensyn til indlæring i skolen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I forbindelse med fritids aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Er disse vanskeligheder en belastning for dig eller familien som helhed?

Slet ikke	Kun lidt	Ret meget	Virkelig meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Underskrift.....

Dato

Mor / far / anden relation (angiv venligst)

Mange tak for din hjælp

© Robert Goodman, 2005

Bilag

2. Sundhedsplejerske screeningsjournal.

UDL: _____
 Navn: _____
 Nation: _____
 Fødselsdato: _____

Sundhedsplejerskens undersøgelse af børn ved ankomsten Screening

Sygdomme	ja	nej	ved ikke	Bemærkninger
Allergi				
Aktuel medicin				
Misbrug				
Tidligere sygdomme				
Epidemiske / tropesygdomme				
Hepatitis a/b				
TB				
Henvist til blodprøve mht hepatis B vacc.				
Andet				

Har barnet aktuelt eller tidligere haft problemer med	ja	nej		Bemærkninger
at sove				
at spise				
Synet				
Hørelsen				
Ufrivillig vandladning				
Ufrivillig afføring				
Urinvejsinfektion				
Hovedpine / tandpine				
Motorikken				
Andet				

Separation	ja	nej	hvornår	Hvor længe
Far				
Mor				
Søskende				

Tab	ja	nej	hvornår	Bemærkninger
Far				
Mor				
Søskende				
Andre				

Vold	ja	nej	ved ikke	Bemærkninger
Barnet har været vidne til vold				
Barnet har været udsat for vold				

Center Sandholm,
 Dansk Røde Kors Asylafdeling

Udskrevet d. 27-01-201
 Ansv. Side 1 af

UDL:

Navn:

Nation:

Fødselsdato:

Barnet har selv udøvet vold				
-----------------------------	--	--	--	--

Fattigdom / sult	ja	nej	hvornår	Hvor længe - Bemærkninger
Barnet har levet under ekstrem fattigdom				
Barnet har sultet				

Symptomer	ja	nej	ved ikke	Bemærkninger
Angst				
Depression				
Aggression				
Nervøsitet				
Psykosomatiske reaktioner				
Regressive træk				
Skoleproblemer				
Tegn på PTSD				
Sammenfattende om adfærd				

3. Pædagogisk observations-skema for 3-4-årige børn.

Pædagogisk observation af børn i legestueregi 2-3 år (pædagogisk del af psykologisk screening)

Målgruppe for screening

Målgruppen for denne screening er børn i nyankomne asylansøgerfamilier, der er startet i legestue og som ikke er fyldt 4 år på screeningstidspunktet. I praksis betyder dette at screeningen dækker over aldersgruppen 2-3 år.

Formål med screening

Formålet er at lave en screening af denne aldersgruppe, der på linje med SDQ kan danne grundlag for at finde børn med særlig risiko for at udvikle psykiske vanskeligheder.

Observation af børn i alderen 2-3 år

Jo yngre børnene er, des mindre (tydelig) bliver sammenhængen mellem en specifikt observeret adfærd og årsagen til denne, samt mulighederne for at kommunikere med/om barnet om dette med henblik på nærmere afklaring.

Det betyder i praksis at observationens sigte for denne aldersgruppe bliver at observere barnets trivsel, efter at barnet har gået i legestue i 2-4 uger. Eventuel mistrivsel må herefter afdækkes nærmere.

Metode til screening

Udgangspunktet bliver på dette grundlag at se på, hvordan barnet har det og fungerer på nogle områder, hvor det er almindeligt at forvente at et barns velbefindende vil/kan komme til udtryk.

En observation af nedenfor beskrevne specifikke områder vil sammen med psykologens samtale med forældrene danne basis for et screeningsresultat. Observationen af de 2-3 årlige skal på den måde ses som en ud af flere led i den samlede vurdering.

Hvilke tegn kan vi se på at et barn 2-3 år trives ?

- Ikke nævneværdigt plaget af somatiske forhold, herunder smerter, sult, søvn og handicaps
- Har en kontakt til voksne som i kvalitet og kvantitet modsvarer barnets behov for dette
- Har en kontakt til børn som i kvalitet og kvantitet modsvarer barnets behov for dette
- Er der noget i legestuen, som barnet er glad for (legetøj, børn, voksne, aktiviteter)
- Er i stand til at give udtryk for de behov som barnet selv oplever der skal tilfredsstilles

Instruktion til at udfylde skema

Skemaet er opdelt i 5 områder, der hver især skal besvares (krydses af) med *god*, *delvis* eller *ringe*. Det er vigtigt at alle 5 områder besvares, og at der tilføjes eksempler under *kommentarer*, hvis det skønnes relevant. Det er vigtigt at der beskrives og ikke tolkes på observationerne.

Efterfølgende er der mulighed for at knytte kommentarer vedr. barnets trivsel, som måtte skønnes relevant og som ikke er kommet til udtryk gennem eksempler.

Observation af børn i legestueregi 2-3 år

Navn:

Udl.nr.:

Kontaktperson:

	God	Delvis	Ringe	Eksempler
<u>Kontakt til voksne</u> Kan barnet kontaktes af den voksne og har barnet tillid og evner at tage kontakt til den voksne evt. for at få tilfredsstillende behov af forskellig karakter.				
<u>Kontakt til børn</u> Er den kontakt barnet har til de andre børn alderssvarende, under hensyntagen til at børn kan være meget forskellige med hensyn til kontaktbehov. Appellerer barnet for eksempel til mere eller mindre kontakt til øvrige børn end det aktuelt mødes med.				
<u>Glad for noget</u> Man kan forvente at et barn der trives i løbet af sin dagligdag oplever nogle situationer der vækker positive følelser og udtryk hos barnet. Eksempelvis genkendelsesglæde i forhold til bestemte personer, legetøj eller rutiner og aktiviteter der finder sted i løbet af dagen. Altså at noget kan gøre barnet glad i løbet af dagen.				
<u>Somatisk</u> Er barnet påvirket af somatiske forhold som f.eks. smerter, handicaps, sult eller søvnproblemer. Har barnet påfaldende dårlig hygiejne.	<u>meget</u>	<u>lidt</u>	<u>nej</u>	
<u>Sindsstemning</u> Er barnet påfaldende trist eller apatisk.				

Psykologisk screening af nyankomne børn Samtaleguide til forældresamtale

Intro

Velkommen, tak fordi I ville komme. Jeg hedder... og er psykolog i Røde Kors Asylafdeling, hvor jeg taler med alle nyankomne forældre. Tolken introducerer sig. Det kan være svært at falde til i asylsystemet. Nogle børn og familier får brug for støtte eller behandling, fordi de har haft voldsomme oplevelser i deres hjemland og under flugten. Formålet med samtalen er at lære jer som børnefamilie at kende og høre hvilke belastninger I har været udsat for, for at kunne vurdere om I eller jeres børn har behov støtte eller behandling.

Er det i orden at jeg stiller jer nogle spørgsmål? Hvis der er noget I ikke har lyst til at svare på, er det vigtigt at I siger dette. Samtalen har ikke noget med politiet eller jeres asylsag at gøre. Samtalen omhandler jeres børns udvikling og trivsel. Det I fortæller bliver opbevaret som fortrolige oplysninger og både tolken og jeg har tavshedspligt.

1. Nutid:

- Hvor længe har I været i DK? Hvordan bor I?
- Er jeres børn begyndt i legestue/skole? Børnenes navn og alder.
- Hvordan går det lige nu? Hvad er I særligt optagede af?
- Hvilke tanker/drømme har I for den nærmeste fremtid og på længere sigt?

2. Hjemlandet:

- Hvor/hvad kommer I fra?
 - Land/by, erhverv, levevilkår, social status, skole/uddannelse, familie/netværk.
 - Krig, belastende hændelser, hvor længe.
 - Samfundsstruktur, adgang til læge.
 - Hvad har været det sværeste for jer som familie?
 - Flygtningelejr/center? Antal flytninger.

Voldsomme/skræmmende hændelser:

- Enkeltstående eller gentagende? Hvornår? Hvor længe siden?

Far/mor udsat for vold:

Far/mor deltaget i krig/vold:

Far/mor fængslet:

Far/mor udsat for tortur:

Krigsoplevelser: direkte/indirekte.

Indespærret i hjemmet pga. krigshandlinger:

Husundersøgelser:

Børn udsat for vold:

Børn vidne til drab:

Børn vidne til vold:

Børn har haft voksenansvar:

Andre situationer, som var særligt skræmmende eller I følte at jeres liv var i fare:

Forældrenes historie:

- Ægteskab, sundhed/sygdom, hvor længe?
- Opgave/rollefordeling i hjemlandet og nu.

- Symptomer efter ankomsten: Søvn, vedvarende uro/ængstelse/angst, undgåelse i tanke/handling, ufrivillig genoplevelser, følelsesløshed. Somatisk?
- Psykisk sårbarhed/sygdom i familien.

3. Børnenes udvikling og opvækst:

- Graviditet, fødsel, barnets tidlige udvikling, familiens livssituation.
- Barnets trivsel i hjemlandet, før flugten? Børnepasning, muligheder for at lege?
- Skolegang, ressourcer, relationer, interesser.
- Hvordan er forældre-barn samspil og tilknytning samt søskende-relationer?
- Voldsomme hændelser: Barnets alder, reaktioner, symptomer. Forældres reaktioner og bekymring? Er der et eller flere af jeres børn, som I er særligt bekymrede for?

4. Flugten:

- Baggrund, beslutning, omstændigheder: Planlagt eller akut? Mistede ejendele.
- Hvad var det sværeste? Frygtede I for jeres liv undervejs? Husly, mad/sult, indespærret.

Adskillelse:

Forsvundne familiemedlemmer:

Udsat for vold:

Vidne til vold:

Kunne I beskytte børnene:

- Ankomsten: modtagelsen, lægeundersøgelse.

Afslutning

- SDQ-skema på modersmål om børn mellem 4-16 år.

Skemaet består af 25 spørgsmål, I vurderer hvorvidt udsagnet beskriver jeres barn.

Der er tre svarmuligheder: Passer ikke, passer delvist, passer godt.

På side 2 kan I skrive, hvis jeres barn har problemer, hvor længe de har stået på og om barnet er ked af dem. I kan skrive om problemerne påvirker barnets og jeres hverdag som familie. Nogle udsagn i skemaet kan være svære at svare på i jeres situation, men jeg vil bede jer forsøge at besvare alle spørgsmål.

- Underskrive samtykkeerklæring:
 - Få beskrivelse af jeres barn fra; Sundhedsplejeske (0-1 år), personale i legestue (2-5 år) eller et lærerskema om jeres barns trivsel i skolen (6-16 år). Gælder også hvis I flytter asylcenter. At jeres børn (11-16 år) må udfylde et skema i skolen med psykolog og tolk.
 - Skrive indstilling til en socialkoordinator på det asylcenter, hvor I bor, hvis jeg vurderer at I eller jeres børn har særlige behov for støtte eller behandling.

Hvis jeg ud fra den samlede screening vurderer at I eller jeres børn har særlige behov for støtte eller behandling bliver I indkaldt til en samtale en socialkoordinator (vedr. indstilling til psykosocialteam). Efterfølgende vil I blive informeret om muligheder for støtte eller behandling.

5. Vejledning/psykoedukation - undervejs i samtalen

Reaktioner børn/voksne, symptomer, anerkende forældrenes evne til at beskytte deres børn.

Bilag

5. Oversigt over tiltag for børn i Dansk Røde Kors Asylcentre.

hvilke børn	hvornår	fagområde	tilbud	kommentar
alle børn	ved modtagelse i center	sundhed	screening sundhedsplejerske mogenfrueprojekt (Sandholm) lægeundersøgelse	hjælper børn med at komme afsted i skole
	løbende	sundhed	sundhedsplejerske adgang til læge og sygeplejerske børneundersøgelser, som danske børn	
		pædagogiske tilbud	legestue 2-6 år klub 7-18 (21) år eksterne fritidstilbud	
		skole	børnehaveklasse 6 år skole 7-16 AKT-lærer (adfærd, kontakt og trivsel) udeskole 7-16 "ungdomskole" 17-21 år alm. Ungdomsuddannelse	
bekymringsbørn	løbende løbende	indstilles til vurdering Udredning	i tværfagligt team i intern udredningsenhed (intern PPR)	evt. efter underretning til kommunen
børn med behov for foranstaltninger		sundhed	behovsbesøg fra sundhedsplejersken speciallæge(herunder psykiater) psykolog psyko-eksklusion	
		pædagogisk	socialpædagogisk støtte i legestue/klub talepædagog	evt. efter underretning til kommunen i samarbejde med kommunens PPR
		skole	særlig tilknytning til AKT-lærer socialpædagogisk støtte i skolen specialundervisning internt/eksternt morgenfrueprojekt (Sandholm) ekstern specialpædagogisk tilbud	evt. efter underretning til kommunen hjælper børn med at komme afsted i skole i samarbejde med kommunen (underretning)
		sociale foranstaltninger	samtale og særlig opmærksomhed omsorgsperson i hjemmet personlig støtte i hjemmet praktisk hjælp i hjemmet aflastningsfamilie ekstern vuggestue/børnehave dag- og døgnanbringelse	efter underretning og samarb. med kommune efter underretning og samarb. med kommune efter underretning og samarb. med kommune efter underretning og samarb. med kommune efter underretning og samarb. med kommune
		underretning	kommunens underrettes som første tiltag	ved akut behov

