«Krigsbarns levekår.
En registerbasert undersøkelse»
En drøfting av opplevd forakt som sykdomskilde

AV ANNA LUISE KIRKENGEN

I det følgende presenteres og drøftes *Rapport 2004/19 fra Statistisk Sentralbyrå* (1). Den har krigsbarnas helse og levekår som tema. Resultatene tillater slutningen, at oppveksten som krigsbarn, det vil si som barn av en norsk biologisk mor og en tysk biologisk far, medførte en stor risiko for sykdom og for tidlig død sammenliknet med jevnaldrende barn. Studiens metodologi gir ikke adgang til å kunne si noe om hvordan de tallfestede forhold henger sammen. Ved hjelp av nyere studier om forskjeller i helse blant ulike grupper, diskuteres validiteten av resultatene i den førstnevnte studien. Ved å tenke i analogier kan man tilføre tallene en mening som gir dypere innsikt i hittil undervurderte sykdomskilder og destruktive krefter som forkorter livet.

Sammendrag

I rammen av et større prosjekt om krigsbarn og deres levekår finansiert av Norges Forskningsråd, Sosialdepartementet og Barne- og familiedepartementet, fikk forskere ved Statistisk Sentralbyrå adgang til informasjon som ble analysert med henblikk på ulike aspekter ved krigsbarnas liv etter 1945. Forskernes kilder var håndskrevne, mangelfulle tyske krigsarkiver og nyeste elektroniske databaser. Krigsarkivene (Lebensbornregisteret) omfatter omtrent åtte tusen av anslagsvis to til tolv tusen barn med tyske fedre født av norske mødre mellom januar 1941 og mai 1945. Navn og personnummer ble koplet med Folkeregisteret, Helsestatistikk, Dødsregisteret, Trygderegisteret og flere. Med henblikk på ulike parametere ble gruppen tyskerbarna sammenliknet med to andre grupper: barn født av og oppvokst med to norske foreldre i samme periode, og barn av norske foreldre som var født i 1940 og 1946–47 og som vokste opp med en enslig mor. Forskerne påviste at gruppen av krigsbarna hadde høyest risiko for sykdom, sykmelding, uførhet og død som følge av kreft, hjertelidelser og selvmord av disse tre gruppene.

Metode

Tyskerbarnas levekår ble vurdert på grunnlag av data om barndom, utdanning, sivilstand, sykelighet, uførhet, dødelighet, sysselsetting og formue. Siden personnumrene ble innført i Norge sammen med Folke- og boligtellingen i 1960, kunne bare personer som var bosatt i Norge i 1960 inngå i studien. Av alle krigsbarn som kunne spores opp på grunnlag av navn koplet til personnummer, fant forskerne to tredeler. Blant dem ble det foretatt to utvalg som til sammen utgjorde 1155 personer. Disse ble koplet med elektronisk baserte registre for inntekt, formue, utdanning, trygd, sykmelding og død. En kontrollgruppe var barn født av norske foreldre i de samme år og som ennå levde i Norge i 1960 (N=268 545). En annen kontrollgruppen var barn født i henholdsvis 1940 og 1946–47 og som i 1960 bodde sammen med en enslig mor (n=5797). Slik unngikk man å registrere barn av enslige mødre som hadde tysk far men ikke var registrert som sådanne. Å vokse opp med en enslig mor i 50- og 60-årene i Norge ble antatt å være belastende og stigmatiserende, om enn delvis av andre grunner enn de som gjaldt for tyskerbarna.

Anna Luise Kirkengen

Anna Luise Kirkengen har vært allmennlege i Oslo i 30 år. Siden høsten 2006 har hun tre delstillinger: seniorforsker ved Akershus Universitetssykehus og professor i allmennmedisin ved ISM, NTNU (prof. I) og ved ISM, UiT (prof. II).

Resultater

Dødelighet

Forskerne presenterer sine funn angående dødelighet slik:

> Om en befolkningsgruppe har høy eller lav dødelighet er et viktig demografisk, helsemessig og sosialt mål. ... Grupper med dårlige boforhold, lav utdanning, lav inntekt, i en del utsatte yrker eller uten yrkestilknytning, vil gjennomgående ha høyere dødelighet enn andre. Dødelighet er også et mål på atferd, eller livsstil om man vil. ... Ut fra det foran sagte, skulle man forvente en høyere dødelighet blant krigsbarn enn blant deres jevnaldrende, i tråd med våre forventninger om mer utsatte liv. Så er også tilfellet. Blant de 1155 krigsbarna i vårt utvalg er det 120 som døde i årene 1960–2002. Det innebærer en andel døde på 10.4 prosent. Blant deres jevnaldrende er det 7.4 prosent som har mistet livet i den samme perioden. ... Vi fester størst lit til re-

sultatene fra 1941 og 1942. ... For å få det beste estimatet på krigsbarnas overdødelighet, regner vi derfor snittet av overdødelighetsratene for de to årene, og får følgende resultat: Overdødeligheten er samlet på 66 prosent, med 70 prosent overdødelighet for menn og 51 prosent for kvinner. Dette er en overdødelighet som er på linje med, endog noe over, overdødeligheten i yrkesaktiv alder blant de aller mest utsatte yrkesgruppene.

Selvmord – Hjerte- og karsykdommer – Kreft

Forskerne presenterer sine funn angående hoveddødsårsakene slik:

> For vårt formål deler vi dødsårsakene i fem hovedgrupper. Godt over halvparten av dødsfallene, både blant alle født i 1941–1945 og blant krigsbarna, skyldes kreft og hjertekarsykdommer. Krigsbarna er overrepresentert for begge disse to sykdomsårsakene, men forskjellen er bare statistisk signifikant for hjerte- og karsykdommer. .. Det kanskje mest påfallende inntrykket .. er overdødeligheten av selvmord. Drøye 10 prosent av de døde krigsbarna har mistet livet på denne måten, mot 6 prosent blant deres jevnaldrende. Blant barn av enslige mødre er andelen litt under 9 prosent. Disse forskjellene er imidlertid ikke statistisk signifikante. Men forskjellen blir statistisk signifikant .. hvis vi sammenlikner kohortene 1941 og 1942 for krigsbarna (12.5 prosent selvmord blant de døde) og de jevnaldrende (5.5 prosent). Det er disse to alderskullene der vi fester størst lit til resultatene for krigsbarna, i og med at vi her har den beste gjenfinningsprosenten. I disse kohortene finnes også overhyppighet av kreft blant krigsbarna (som i totalutvalget) men ingen overhyppighet av hjerte- og karsykdommer.

Uførhet

Forskerne omtaler sine funn med henblikk på uførhet slik:

> Det er i tråd med rimelige faglige forventninger når vi finner at krigsbarna i høyere grad er uførepensjonister enn sine jevnaldrende: 28.4 prosent mot 23.7 prosent. ..Kvinner er generelt hyppigere uførepensjonert enn menn. Blant krigsbarnas jevnaldrende er nesten 29 prosent av kvinnene tilstått slik pensjon mot 19 prosent av mennene. Denne forskjellen er også tydelig blant krigsbarna: 35 prosent av kvinnene og drøyt 22 prosent av mennene er uførepensjonister i 2001. ... Det er en tydelig indikator på tidlig utstøting (fra arbeidslivet) når vi ser hvor høy andel av krigsbarna som blir pensjonister relativt tidlig i livsløpet. Vi har delt de uføre i de tre gruppene inn i tre kategorier etter når de fikk uførepensjon: Under 50 år, første halvdel av 50-årene, og siste halvdel av 50-årene og begynnelsen av 60-årene. Blant krigsbarnas jevnaldrende øker andelen nye pensjonister med alderen. ..Med krigsbarna er fordelingen mer lik mellom de tre alderskategoriene. ... Blant krigsbarna blir begge kjønn like tidlig pensjonert, drøyt 37 prosent av både de mannlige og de kvinnelige uførepensjonistene ble det før de fylte 50 år.

Sykefravær

Forskerne redegjør for sykefraværet i sitt materiale på følgende måte:

> Vi har sett på sykefraværet i perioden 1998–2001 blant dem som var sysselsatte i 2001. Vi har sett både på antallet sykemeldingstilfeller, og antallet dager de samlet har vært borte fra jobben. ... Også disse målene på helse blant de antakelig friskeste, viser en høyere forekomst av sykdom blant krigsbarna. ..Det samme mønsteret får vi når vi ser på det samlede antallet dager man har vært borte fra jobb på grunn av sykdom. Krigsbarna er overrepresentert blant dem som har vært borte lenge, dvs. i 100 dager eller mer (39 prosent) i forhold til sine jevnaldrende (32 prosent).

Oppvekstforhold – Skolegang - Utdanning

Forskerne sammenfatter funnene angående disse forhold som følger (2):

> De fleste av krigsbarna begynte sine liv som barn av enslige mødre. I det første 'elektroniske bilde' vi kan finne av krigsbarna, basert på Folke- og boligtellingen 1960, er imidlertid ikke det situasjonen for de fleste. 'Bare' 19 prosent av krigsbarna bor nå sammen med en enslig mor, mens over halvparten (58 prosent) bor med en mor og en far. Faren vil bare i ytterst få tilfeller kunne være deres biologiske far. Familien består derfor som regel av biologisk mor og stefar, eller av to adoptivforeldre. Noen bor også sammen med besteforeldre.

Krigsbarna har også en særstilling når det gjelder skolegang, utdanning og inntekt. De er klart underrepresentert blant dem som har utdanning på høyskole- og universitetsnivå. De er overrepresentert blant dem som har avsluttet sin skolegang på de laveste utdanningstrinn (skolegang inntil de er 14 år). De er overrepresentert blant dem som står lavest på inntektshierarkiet i Norge, de ligger godt under gjennomsnittlig individuell inntekt for deres jevnaldrende, og de er tilsvarende underrepresentert på de øverste inntektstrinnene.

Diskusjon

Metodisk begrensning

Det sentrale funnet i studien er et overmål av sykdom, uførhet og død i en gruppe som kjennetegnes av en helt spesifikk konstellasjon av tid, geografi og nasjonalitet. Den viser *at* krigstiden i Norge var, slik krigstider pleier å være, generelt preget av vanskelige levekår for barn, men spesielt for noen barn. Disse hadde et opphav som var feilaktig og foraktet. I en gitt tid i nyere norsk historie, var en bestemt kombinasjon av foreldre faktisk toksisk for deres barn. Ikke biologiske forutsetninger men sosiokulturelle omsten-

ILLUSTRASJONSFOTO: MAIGI

digheter gjorde dem til bokstavelig «utsatte» og «sårbare» barn. Metodevalget tillater ikke å si noe om *hvorfor* det er slik. Men i Ericssons og Simonsens studie med krigsbarn i flere land (3) høres deres personlige stemmer. De tematiserer stigmatisering, marginalisering og overgrep. De indikerer at barnas utsatthet og sårbarhet var en følge av at mødrene ikke ville snakke om krig og opphav, at stefedrene ikke utviste særlig stor omsorgsvilje og var ydmykende og ukjærlige inntil seksuelt misbruk, at barna ble uglesett i sine familier og at de ble mobbet på skolen.

Sosial kontekst

Mødrene til barna som ble omtalt som «tyskerbarna», ble kalt «tyskertøser». Det sentrale kjennetegnet ved disse mødre og deres barn med fienden, var ultimal sosial skam. Denne skammen var kilden til en destruktiv kraft som handlet om storsamfunnets dype forakt for fiendens barn født av «egne» kvinner, som derved hadde bevist at de hadde forrådet sine egne. Derfor ble kvinnene kategorisert som avvikere og fordømt på moralsk grunnlag. Derfor ble både kvinnene og barna deres straffet: mødrene synlig ved at deres hår ble klippet, at de ble internert, kjeppjaget, marginalisert og trakassert; barna både synlig og usynlig ved å bli forsømt av storsamfunnet og foraktet, trakassert og vanskjøtt av egne familiemedlemmer, lærere og jevnaldrende. Skammen som falt på mødrene og barna kom til uttrykk i åpen forakt og hån, men også i taushet, ordløshet, hemmelighet og fortielse.

Helsefølger av overgrep tildekket av taushet, ordløshet, hemmelighet og fortielse er blitt utforsket i The Adverse Childhood Experience Study (ACE-study). (4) Opplevelsene som forskerne har fokusert på er: psykisk, fysisk og seksuelt misbruk av barnet selv; å vokse opp med separerte eller skilte foreldre, med voksne som misbruker alkohol eller narkotika, som har mentale lidelser eller har prøvd å ta sitt liv, som mishandler barnets mor, eller som har vært dømt eller fengslet. Jo flere typer opplevelser en studieperson oppgav, desto høyere var vedkommendes samlede sykdomsrisiko (doseresponsforhold).

Krenkelser og sykdom

Doseresponsforhold ble påvist for, blant andre, *selvmord*, *kreft* og flere risikofaktorer for hjertekarsykdom: fedme, inaktivitet, røyking, alkoholisme, KOLS, diabetes, hypertensjon, depresjon og sinne. (5) Funnene støttes av flere store studier. (6–9) Disse viser positive korrelasjoner mellom fysisk mishandling, seksuelt misbruk og generell vanskjøtsel på den ene siden og mavesår, lungesykdommer, leddsykdommer, hjertekarsykdommer, diabetes, autoimmune sykdommer, depresjon, thyreoideasykdommer og kreft på den andre. Funnene støttes også av en studie om virkningen på helse av å vokse opp med en eller to depressive foreldre: i det disse barn nådde 35-års alderen var deres risiko for depresjon, angstlidelse og misbruk av nikotin og alkohol tredoblet, risikoen for narkotikamisbruk seksdoblet, og risikoen for hjertekarsykdom femdoblet sammenliknet med jevngamle hvis foreldre ikke ble diagnostisert eller behandlet for depresjon. (10).

Personlig vold mot mor

ACE-studien identifiserte nøkkelfaktoren for risikoen for å vokse opp under forhold som har negative langtidskonsekvenser for helse: å bevitne vold mot mor. (11) Fenomenet tilhører en generasjonsovergripende sammenheng som nå er svært godt dokumentert. Misbrukte kvinner, og særlig hvis de også har vært misbrukte jenter, har stor risiko for en rekke alvorlige sykdommer og kroniske helseproblemer, selvmord og selvskader, bruk av ulike rusmidler, funksjonssvikt, økonomisk avhengighet og arbeidsuførhet. (12–15) Traumeerfaring, både i barndom og i voksenlivet forutsier den laveste inntekten blant kvinner. (16) Å tilhøre lavinntektsgrupper gir en høy risiko for hjertekarsykdommer.

Strukturell vold mot mødre

Den solide dokumentasjonen som knytter personlig vold mot mødrene til helsefarer både for dem selv og for deres barn, mangler foreløpig for *strukturelle former for vold mot kvinner som er mødre*. Derfor kan «vitneeffekten» fra ACE-studien ikke direkte overføres til «tyskerungene». Men en strukturell effekt blir synlig i sammenlikning med en annen gruppe hvor også skam inngår i en høy risiko for død:

sorte amerikanere. Sort er fortsatt «feil farge» i USA. Med den følger marginalisering, diskriminering og undervurdering. (17–19) De første studier som har knyttet sorte kvinners erfaring av rasisme til deres risiko for å føde prematurt, foreligger allerede. (20,21) Det å vite seg konstant uønsket, undervurdert og «feil», medfører en tilstand av kronisk overlast med målbare endringer i kroppens fysiologi. En slik konstant overlast øker altså risikoen for hjertekarsykdommer og en rekke andre helseproblemer, blant disse – og relevant i denne sammenhengen, depresjon, angst og premature fødsler. Epidemiologene Krieger og Smith krever en epidemiologi som ikke bare teller kropper, men som tar i betraktning at kropper er preget av at all erfaring bokstavelig skrives på og inn i kroppen. (17) Moralfilosofen Arne Johan Vetlesen påpeker at kjernen i både individuell og kollektiv krenkelse er erfaring av skam, altså ofrenes skam over å være krenket. (22)

Konklusjon

Studien om krigsbarnas helse gir bare mening hvis man tar i betraktning at erfaring blir kroppsliggjort. Et liv i fornedrelse er, slik ordet faktisk sier, ikke en hodeøvelse. Anvendt på krigsbarna har «tyskerungene» ikke bare kroppsliggjort sosiale forskjeller karakterisert av for *lite* av det meste, slik som trygghet, økonomi, nære foreldre, omsorg og utdanning. Det som er blitt skrevet på og i deres kropper er for *mye* av noe, nemlig samfunnets og alle medmenneskers avvisning og forakt. De har, i en viss forstand, levert en like sterk statistikk om følgene av *barndomsforgiftning* som de voksne i ACE- studien og de sorte, gravide kvinner i studiene til Collins og Rich-Edvards og medarbeidere. Norske krigsbarn levde i en dobbelt krig: den store i verden og den lille i familien, skolen, naboskapet og bygda som faktisk varte ved da den store krigen sluttet. Den handlet om forakt som førte til selvforakt. Den handlet om en dobbelt skam, mødrenes og deres egen. Slik skam synes å være en undervurdert, men sterk patogen kraft. Det er dødelig for mennesker ikke å bli respektert, aktet og elsket.

De tre mest sentrale referanser

Ellingsen D. Krigsbarnas levekår. En registerbasert undersøkelse. Oslo – Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, Rapport 2004/19.

Ellingsen D. Mange krigsbarn med vanskelige levekår. SSB: Samfunnsspeilet 2004/4. http://www.ssb.no/ssp/utg/200404/01

ACE-studien: http://www.cdc.gov/NCCDPHP/ACE

Referanser til «Krigsbarns levekår. En registerbasert undersøkelse».

1. Ellingsen D. Krigsbarnas levekår. En registerbasert undersøkelse. Oslo – Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, Rapport 2004/19.
2. Ellingsen D. Mange krigsbarn med vanskelige levekår. SSB: Samfunnsspeilet 2004/4. http://www.ssb.no/ssp/utg/200404/01
3. Ericsson K, Simonsen E. Krigsbarn i fredstid. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
4. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edvards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. Am J Prev Med 1998; 14: 245–58.
5. Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, Anda RF. Insights into causal pathways for ischemic heart disease. Adverse childhood experience study. Circulation 2004; 110: 1761–6.
6. Goodwin RD, Stein MB. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. Psychol Med 2004; 34: 509–20.
7. Arnow BA. Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. J Clin Pychiatry 2004; 65 Suppl12: 10–5.
8. Batten SV, Aslan M, Maciejewsky PK, Mazure CM. Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. J Clin Psychiatry 2004; 65: 249–54.
9. Stein MB, Barrett-Connor E. Sexual assault and physical health: findings from a population-based study of elder adults. Psychosom Med 2000; 62: 838–43.
10. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdeli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. Am J Psychiatry 2006; 163: 1001–8.
11. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Williamson DF. Exposure to abuse, neglect and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. Violence Vict 2002; 17: 3–17.
12. Arias I. Report from the CDC. The legacy of child maltreatment: long-term health consequences for women. J Womens Health 2004; 13: 468–73.
13. Donohoe M. Homelessness in the United States: history, epidemiology, health issues, women, and public policy. 2004. http://www.medscape.com/viewarticle/481800
14. Herman DB, Susser ES, Struening EL, Link BL. Adverse childhood experiences: are they risk factors for adult homelessness? Am J Public Health 1997; 87: 249–55.
15. McNutt L-A, Carlson BE, Persaud M, Postmus J. Cumulative abuse experiences, physical health and health behaviors. Ann Epidemiol 2002; 12: 123–30.
16. Thompson KM, Crosby RD, Wonderlich SA, Mitchell JE, Redlin J, Demuth G, Smyth J, Haseltine B. Psychopathology and sexual trauma in childhood and adulthood. J Traum Stress 2003; 16: 35–8.
17. Krieger N, Smith GD. «Bodies count», and body counts: social epidemiology and embodying inequality. Epidemiologic Reviews 2004; 26: 92–103.
18. Matthews KA, Sowers MF, Derby CA, Stein E, Miracle-McMahill H, Crawford SL, Pasternak RC. Ethnic differences in cardiovascular risk factor burden among middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Am Heart J 2005; 149: 1066-73.
19. Mensah GA, Mokdad AH, Ford ES, Greenlund KJ, Croft JB. State of disparities in cardiovascular health in the United States. Circulation 2005; 111: 1233–41.
20. Collins JW, David RJ, Handler A, Wall S, Andes, S. Very low birthweight in African American infants: the role of maternal exposure to interpersonal racial discrimination. Am J Publ Health 2004; 94: 2132–38.
21. Rich-Edwards J, Krieger N, Majzoub J, Zierler S, Lieberman E, Gillman M. Maternal experiences of racism and violence as predictors of preterm birth: rationale and study design. Paediatr Perinat Epidemiol 2001; 15: 124–35.
22. Vetlesen AJ. Det er ofrene som skammer seg. En essay om ondskap og skam. I: Wyller T (red.) Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne. Bergen: Fagbokforlaget, 2001.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: anlui-k@online.no