

Till statsrådet Tobias Billström

Regeringen bemyndigade den 2 september 2004 statsrådet Barbro Holmberg att tillkalla en nationell samordnare för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom. Den nationella samordnaren ska, enligt direktiv 2004:115, kartlägga och analysera förekomsten av asylsökande barn med svåra stressreaktioner som uppgivenhet, avskärmning och regression. Även internationella erfarenheter ska beaktas. Vidare ska den nationella samordnaren tillsammans med berörda myndigheter utveckla metoder för att tidigt upptäcka och möta barn i riskzonen och genom förebyggande insatser förhindra att barn utvecklar svåra stressreaktioner. I samspel med berörda aktörer ska den nationella samordnaren stimulera till utveckling av samarbetsformer och främja utbyte av kunskap och erfarenheter. Den nationella samordnaren ska fortlöpande informera regeringen om arbetet och kan därvid lyfta fram eventuella förslag på ytterligare åtgärder som bör vidtas i asylprocessen.

Med stöd i bemyndigandet förordnades den 29 september 2004 som nationell samordnare leg. psykolog Marie Hessle. Som sekreterare förordnades den 13 december 2004 pol. mag. Anna Mannikoff. Den 15 december 2004 förordnades fil. dr. i sociologi, docent Nader Ahmadi som forskningsledare med ett särskilt uppdrag. Assistent har varit kanslisekreterare Marit Dozzi (t.o.m. november 2006) och kanslisekreterare Sara Freeman (fr.o.m. december 2006).

Som sakkunniga inom det forskningsprojekt som påbörjades förordnades 15 till 31 december 2004 överläkare Frank Ståhl och leg. psykolog Andreas Tunström. I referensgruppen till den första studien inom forskningsprojektet ingick professor Gunvor Andersson, överläkare Göran Bodegård och professor Per-Anders Rydelius. Till fördjupningsstudie inom samma forskningsprojekt förordnades fil. dr. leg. psykolog Kjerstin Almqvist, 1 november 2005 till 28 februari 2006 leg. psykolog Andreas Tunström, 15 september 2005

till 20 januari 2006 statsvetare Merrick Tabor och 15 september 2005 till 31 december 2005 fil. dr. sociolog Maria Appelqvist. I referensgruppen som knöts till fördjupningsstudien ingick dr. polit. Jan Paul Brekke, professor Bruno Hägglöf, professor Karin Aronsson och överläkare Henrik Pelling.

En samrådsgrupp tillkallades i januari 2005 för att följa uppdraget fram till december 2006. Följande verksamhetsföreträdare har ingått i gruppen; samordnaren Ingrid Andersson, Röda Korset, utredaren Arjun Bakshi, Sveriges Kommuner och Landsting (t.o.m. våren 2005), juristen Lotta Dahlstrand, (fr.o.m. sommaren 2006), leg. psykolog Guhn Godani, Rädda Barnen, utbildningsrådet Agneta Nilsson, Myndigheten för skolutveckling, verksjuristen Frank Nordberg, Skolverket (t.o.m. våren 2005), generaldirektören Håkan Sandesjö, Utlänningsnämnden (t.o.m. mars 2006), medicinalrådet Claes Tollin, Socialstyrelsen, juristen Eva Ulveson, Skolverket (fr.o.m. våren 2005), verksamhetschefen Anna Wessel, Migrationsverket, utredaren Stig Wintzer, Sveriges Kommuner och Landsting samt juristen Jens Ölander, Barnombudsmannen (t.o.m. våren 2006).

Som experter med särskilda uppgifter i seminarieserien Case Finding knöts leg. psykolog Lilian Levin, professor Per-Anders Rydelius, överläkare Torgny Gustavsson, jurist Jens Öhlander Barnombudsmannen samt leg. psykolog Andreas Tunström.

Som experter i framtagandet av skrift till skolan deltog utbildningsrådet Mai Beijer, Myndigheten för skolutveckling, undervisningsrådet Mona Bergman, Skolverket, undervisningsrådet Lena Hammarberg, Skolverket, utredaren Laina Kämpe, Sveriges Kommuner och Landsting, utbildningsrådet Agneta Nilsson, Myndigheten för skolutveckling, enhetschefen Ingela Palmér, Utbildningsförvaltningen Stockholms stad, samt juristen Eva Ulveson, Skolverket.

Sist men inte minst har personal vid landets barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter bidragit med underlag i uppdragets kartläggningar.

Utifrån resultaten i de genomförda kartläggningarna, kunskaps-genomgången och fördjupningsstudien har nya angelägna frågeställningar aktualiserats. En nationell kartläggning visade i augusti 2006 att antalet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom minskat dramatiskt. Detta aktualiserade behovet av en förlängning av uppdraget för att kunna genomföra analyser av situationen under 2007.

Flera externa omständigheter har förorsakat hinder igenomförandet av arbetet på det sätt som varit önskvärt. I denna slutrapport sammanfattas det arbete som bedrivits inom det nationella samordningsuppdraget. En ny nationell statistisk uppföljning redovisas. Inga nya slutsatser dras. Vi lägger inte fram några förslag. Emellertid lyfts angelägna frågor till fortsatt forskning fram.

Med överlämnandet av denna slutrapport har den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom slutfört sitt uppdrag.

Stockholm i december 2006

Marie Hessle
Nationell samordnare

/Anna Mannikoff, sekreterare
Nader Ahmadi, forskningsledare

Innehåll

Sammanfattning	11
1 Inledning	13
Ett nationellt samordningsuppdrag	14
Forskning	15
Nationell samrådsgrupp	15
Case Finding-seminarier.....	16
Seminarier för information, kunskapsspridning och samverkan.....	16
Webbinformation.....	16
Samverkan med myndigheter och aktörer: Deltagande i utbildningsdagar, seminarier och konferenser.....	16
Skrift till landets skolor	17
Kontakter med experter i andra länder.....	17
Rapportens upplägg	18
2 Omvärldsanalys	19
Samhällelig och politisk kontext	19
Engagemang i samhället.....	19
Politiken	20
Andra myndigheters insatser.....	22
Migrationsverket och Utlänningsnämnden.....	22
Socialstyrelsen	24
Länsstyrelsens granskning i Stockholm.....	24
Samordningsuppdrag i en komplicerad och politiskt laddad fråga	25

3	Sammanfattning av forskningsresultat samt viktiga frågor för fortsatt forskning	27
	Hur var läget när vi började?.....	27
	Den första studien – en kunskapsöversikt och kartläggning.....	27
	Avgränsa och identifiera problemet	31
	Problemets omfattning i Sverige	32
	Barnens symtombild	33
	Barnens livssituation	36
	Lärdomar från den första rapporten.....	37
	Den andra rapporten – en kvalitativ fördjupningsstudie	37
	Slutsatser från den första kvalitativa delstudien	40
	Slutsatser från den andra kvalitativa delstudien.....	41
	Slutsatser från den tredje kvalitativa delstudien	42
	Vad har vi dragit för slutsatser av de två genomförda studierna?	44
	Förändringar över tid av antalet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom	46
	Situationen för barnen under 2006.....	46
	Sammanfattning och blick mot framtiden	48
4	Stöd till asylsökande barn: förebyggande strategier och samverkan	51
	Myndigheters olika uppdrag ur ett förebyggande- och samverkansperspektiv	51
	Migrationsverket	53
	Kommunen – Skola och socialtjänst	54
	Hälso- och sjukvården	55
	Sekreteress.....	56
	Ett utvecklingsekologiskt synsätt.....	56
	Exempel på förebyggande strategier och samverkan.....	58
	Struktur och etablerade kontakter i Malmö	59
	Projekt: Barn i väntan	60
	Samverkan och helhetstänkande i Gällivare-Kiruna.....	62
	Levande samverkansprocess i Södermanland	63
	Ett brett perspektiv på samverkan i Boden.....	65

Särskilda förutsättningar för stöd till utsatta asylsökande barn.....	67
5 Slutdiskussion	71
Barnperspektivet	72
Konstruktiv samverkan.....	73
Avslutande reflektion.....	74
Referenser	77
Bilagor	
Bilaga 1 Kommittédirektiv.....	81
Bilaga 2 Workshop rapport: Asylum-seeking Children with Severe Withdrawal Behaviour	85
Bilaga 3 Anmälningar till Granskningsnämnden.....	111
Bilaga 4 Instrument för att mäta funktionsnedsättningar hos asylsökande barn med uppgivenhetssymtom.....	123

Sammanfattning

- En bred aktionsinriktad strategi valdes för genomförandet av det nationella samordningsuppdraget. Följande strategier har använts: forskning, nationell samrådsgrupp, Case Finding-seminarier, deltagande i seminarier för information, kunskapsspridning och erfarenhetsutbyte, webbinformation, samverkan med myndigheter och andra aktörer, skrift till landets skolor och kontakter med experter i andra länder.
- Allmänhetens, vårdprofessionens och politikernas intresse och engagemang för de asylsökande barnen har varit mycket stort under den tid uppdraget pågått. Även myndigheternas insatser på en övergripande nivå har varit omfattande. Den nationella samordnaren har, med sitt uppdrag att analysera och verka i utvecklingsprocesser, befunnit sig i skärningspunkten mellan allmänheten, berörda inom olika professioner, intresseföreningar och politiker. Den mediala bevakningen har tidvis varit intensiv och omfattande.
- Att ett stort antal barn, som befinner sig i asylprocessen i Sverige och som har sitt ursprung i huvudsakligen tre bestämda geografiska områden i världen, på ett epidemiliknande sätt och under en begränsad tidsperiod utvecklat allvarliga symtom av uppgivenhet, har inte någon dokumenterade motsvarighet tidigare i Sverige eller annorstädes. Fenomenet kan därför betecknas som svenskt.
- Det har ännu inte gått att finna vetenskapligt beprövade förklaringar till förekomsten av det ovannämnda fenomenet. I våra undersökningar har vi uteslutit några hypoteser (bl.a. traumatisering och svensk asylprocess som generella förklaringsmodeller och huvudorsaker). Vi kan konstatera att det för närvarande inte finns någon tydlig kunskap om vad som skapade den synnerligen allvarliga situationen med drygt 400 barn som

visade olika former av uppgivenhetssymtom i Sverige under de senaste åren. Det krävs fortsatta analyser och forskning för att nå förståelse och förklaringar.

- Det första fallet uppmärksammades år 2001. Problemet nådde sin kulmen åren 2004 (182) och 2005 (188). Totalt registrerade landets barn- och ungdomspsykiatriska enheter 424 fall av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom under åren 2003–2005 (maj). Under år 2006 har antalet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom minskat drastiskt (från 82 i mars 2006 till 21 i december samma år).
- Erfarenheterna talar för att förebyggande strategier och tidig upptäckt av asylsökande barn som riskerar att utveckla uppgivenhetssymtom förutsätter samverkan mellan olika berörda samhällsinstanser. Samverkan är också en strategi för att ge stöd, vård och omsorg när asylsökande barn utvecklat uppgivenhetssymtom. Detta har varit utgångspunkten i den del av det nationella samordningsuppdraget som handlat om förebyggande insatser, metoder för tidig upptäckt av barn i riskzonen och utveckling av samarbetsformer.
- Samhället har samma ansvar att förebygga psykisk ohälsa och att samverka kring utsatta asylsökande barn som för barn som är bofasta i landet. De praktiska förutsättningarna för detta är emellertid annorlunda utifrån barnens och föräldrarnas status som asylsökande.
- Ett konstruktivt samverkansarbete i ett tidigt skede förefaller ha en stor betydelse för förekomsten av barn med uppgivenhetssymtom. I flera delar av landet har man byggt upp strukturen på ett likartat sätt. I första ledet finns de myndigheter som samtliga asylsökande barn kommer i kontakt med – migrationsverket, vårdcentralen (ofta en specialiserad "asylhälsovårdsmottagning") och förskolan/skolan. I nästa skede, om det finns anledning att oroa sig för barnets hälsa eller situationen i övrigt, finns rutiner för hur andra stödjande verksamheter, som t.ex. barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten, kan kopplas in i arbetet.

1 Inledning

I början av 2000-talet började man iaktta en svår problematik bland barn som var asylsökande i Sverige. En del av barnen utvecklade allvarliga psykiska symtom och stressreaktioner med stark uppgivenhet, avskärmning och regression. Ofta visade sig stressreaktionerna genom att barnet efter en tid slutade tala, skärmade av i kontakten, slutade äta och dricka för att sedan bli sängliggande.

Problemet uppmärksammades inom barn- och ungdomspsykiatri vid en nationell konferens hösten 2002. Man kunde då konstatera att asylsökande barn med denna problematik fanns i stort sett i hela landet. Våren 2004 presenterades en sammanställning som visade att 130 barn med denna problematik vårdats inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige under år 2003. I samma sammanställning benämnde man barnens tillstånd som ”generellt uppgivenhetssyndrom” (Tunström 2004).

Samtidigt fanns andra uppgifter som tydde på att det fanns anledning att oroa sig över asylsökande barns hälsotillstånd. Statistiken visade att asylsökande barn var överrepresenterade inom den barn- och ungdomspsykiatriska vården. Under 2003 var det genomsnittliga antalet vård dagar inom slutna psykiatrisk vård 0,98 för asylsökande barn i åldern 7–18 år, vilket kan jämföras med cirka 0,05 vård dagar för samliga barn i samma åldersgrupp (Landstingsförbundet 2004).

Asylsökande barns tillgång till hälso- och sjukvård uppmärksammades av Socialstyrelsen i två utredningar i början av 2000-talet. Bland annat konstaterades brister när det gällde hälsovård och hälsoundersökningar, som i första hand ansågs bero på dålig kännedom om asylsökande barn i verksamheternas upptagningsområde. Behovet av metodutveckling kring tidiga insatser för asylsökande barn med psykosociala problem och riktlinjer för omhändertagande av asylsökande skolbarn inom skolhälsovården lyftes också fram. Socialstyrelsen ansåg det angeläget att vidta åtgärder för att asylsökande

barn i större utsträckning skulle kunna erbjudas hälsosamtal (Socialstyrelsen 2000 samt Socialstyrelsen 2001).

För asylsökande barn som befinner sig i Sverige är det många faktorer som påverkar den psykiska hälsan och situationen i allmänhet, t.ex. handläggningstiden i asylärendet, boendet, stödinsatser, skolan och fritidsaktiviteter. Flera aktörer har delat ansvar för insatser som gäller de asylsökande barnen under deras tid i asylprocessen. Enligt lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. har staten ett huvudansvar för mottagandet av asylsökande, och kommuner och landsting är viktiga aktörer med ansvar för genomförandet av vissa insatser inom mottagandet.

Mot bakgrund av bl.a. detta gjorde regeringen bedömningen att frågan om barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom skulle hanteras särskilt.

Ett nationellt samordningsuppdrag

En nationell samordnare tillkallades i september 2004 för att, med en aktionsinriktad ansats, ta fram kunskap och samordna insatserna för att förbättra situationen för de utsatta asylsökande barnen (se kommittédirektiv 2004:115, bilaga 1). Den nationella samordnarens uppdrag syftade till en förstärkning med särskilt fokus på problemet utifrån en övergripande samordnande funktion. Att särskilt uppmärksamma asylsökande barn som riskerade att drabbas av allvarliga former av stressreaktioner och uppgivenhet lyftes fram som en viktig utgångspunkt, liksom att asylprocessen inte skulle bidra till att försämra barnens situation.

Kunskapen om problemområdet var mycket begränsad när uppdraget formulerades. Samordnaren skulle därför kontinuerligt rapportera till regeringen allteftersom ny kunskap togs fram. Detta innebar att nya frågor kunde uppstå och påverka arbetsplaneringen under uppdragets gång. Av dessa skäl valdes en bred, aktionsinriktad strategi för uppdragets genomförande. Grundläggande i uppdraget var att betrakta barn som individer, med ett eget värde och egna rättigheter, dvs. att ett tydligt barnperspektiv skulle genomsyra arbetet.

De strategier som använts i genomförandet av uppdraget kan sammanfattas enligt följande:

- Forskning (kartläggningar och kunskaps fördjupning)
- Nationell samrådsgrupp

- Case Finding-seminarier
- Deltagande i seminarier för information, kunskapsspridning och erfarenhetsutbyte
- Webbinformation
- Samverkan med myndigheter och andra aktörer
- Skrift till landets skolor
- Kontakter med experter i andra länder

Forskning

Att snabbt få en uppfattning om problemets omfattning och karaktär var i början av uppdraget mycket angeläget. Utvecklingen av antalet barn med uppgivenhetssymtom har följts och redovisats i ett flertal rapporter.¹ För att genomföra denna del av uppdraget anlätades docent Nader Ahmadi. En studie genomfördes i två steg. Den första delstudien syftade till att skapa en bild av den nationella och internationella kunskapsnivån samt av problematikens omfattning och de drabbade barnens psykosociala tillstånd. I ett andra steg genomfördes en fördjupningsstudie utifrån de frågor som framkom i den första delstudien. Studiernas upplägg, resultat och analyser redovisas i kapitel 3.

Nationell samrådsgrupp

En samrådsgrupp med myndigheter och frivilligorganisationer på nationell övergripande nivå tillkallades som ett forum för ömsesidigt kunskaps- och erfarenhetsutbyte. Gruppen har diskuterat övergripande strategier i det förebyggande arbetet och när det gäller samverkan. I samrådsgruppen deltog representanter för Barnombudsmannen, Migrationsverket, Myndigheten för skolutveckling, Skolverket, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Rädda Barnen, Röda Korset och Utlänningsnämnden (t.o.m. myndighetens upphörande den 31 mars 2006). Samrådsgruppen har träffats kontinuerligt vid 10 tillfällen.

¹ Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning, rapporter 2005:1–2. SOU 2006:49 Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – trauma, kultur, asylprocess. Nationell uppföljning av situationen för asylsökande barn med uppgivenhetssymtom, september 2006, dnr UD2004:06/2006/53.

Case Finding-seminarier

Syftet med denna seminarieserie var att utifrån enskilda avslutade och oidentifierade fall reflektera, diskutera och formulera frågeställningar. En grupp med experter från barnpsykiatri, asylsjukvården, Migrationsverket och Barnombudsmannen tillkallades. Gruppen sammanträdde vid sex tillfällen i halvdagsseminarier under perioden november 2004 till juni 2005. Erfarenheterna integrerades i diskussioner vid seminarier runt om i landet med berörda myndigheter och frågor formulerades till forskningen.

Seminarier för information, kunskapsspridning och samverkan

I uppdraget har ingått att stimulera till utveckling av samarbetsformer och rutiner för samverkan mellan myndigheter och andra aktörer. Samordnaren har deltagit i seminariedagar i olika delar av landet (sammanlagt 14 seminariedagar) som fokuserat asylsökande barn med uppgivenhetssymtom och vikten av samverkan. Syftet har varit att tillsammans med seminariearrangörerna initiera samverkan alternativt stödja befintlig samverkan i nätverk.

Webbinformation

För att sprida kunskaper och erfarenheter har en webbplats utvecklats. Rapporter, artiklar och annat relevant material som belyst arbetsmetoder m.m. har kontinuerligt länkats på webbplatsen, liksom samordnarens egna rapporter och informationsmaterial.

Samverkan med myndigheter och aktörer: Deltagande i utbildningsdagar, seminarier och konferenser

Samordnaren har fortlöpande samverkat med Migrationsverket, Myndigheten för skolutveckling, Skolverket, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Samordnaren har även samrått med den nationella psykiatrisamordnaren samt deltagit i migrationsminister (f.d.) Barbro Holmbergs råd för migrations- och asylnpolitiska barnfrågor. Diskussioner och samråd har genomförts med barnläkarföreningens arbetsgrupp för flyktingbarn, samt med FOSIF (Frivilligorganisationernas samverkansorgan i flyktingfrågor). Vidare har sam-

ordnaren deltagit i utbildningsdagar, seminarier och konferenser i olika delar av Sverige samt i Norge och Frankrike.

Skrift till landets skolor

Skolan identifierades tidigt som en nyckelverksamhet i det förebyggande arbetet. För att ge stöd till de som möter och arbetar med asylsökande barn och unga inom förskola, skola och gymnasieskolan togs en informationsskrift fram tillsammans med Myndighetens för skolutveckling, Skolverket och Sveriges Kommuner och Landsting. Skriften *"Skolan är det bästa jag har!"* lyfter fram de asylsökande barnens situation, deras rätt till skola och skolans viktiga roll när det gäller att främja barns hälsa och förebygga att asylsökande barn utvecklar allvarlig psykisk ohälsa. Skriften har tryckts i sammanlagt 18 000 exemplar och distribuerats till landets kommuner och skolor.

Kontakter med experter i andra länder

Samordnaren har kontinuerligt haft kontakter med experter i andra länder, både inom ramen för forskningen (se vidare i kapitel 3 angående enkät till europeiska länder samt studiebesök och intervjuer i Centralasien, Kaukasus och Serbien/Kosovo) och i det övergripande arbetet. Bl.a. har samordnaren haft kontakt med experter från Norge i samband med Case Finding-seminarier samt vid andra seminarier. Samordnaren har genom information från Utrikesdepartementet, andra myndigheter och enskilda vårdföreträdare kunnat följa upp erfarenheter av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom i andra länder.

För att bredda perspektiven och öka förståelsen för situationen i Sverige kring asylsökande barn med uppgivenhetssymtom arrangerade samordnaren i maj 2006 en internationell workshop med representanter från myndigheter, frivilligorganisationer och intresseföreningar från olika delar av Sverige. Till workshopen inbjöds barnexperter från några av de drabbade barnens hemländer samt experter från Danmark, Finland och Norge. Diskussionen dokumenterades i rapporten *"Asylum-seeking Children with Severe Withdrawal Behaviour – Report from International Workshop"* (se bilaga 2).

Rapportens upplägg

Kapitel 2 innehåller en omvärldsanalys av det sammanhang som samordnaren har verkat inom. Den samhälleliga och politiska kontexten beskrivs, liksom andra myndigheters insatser på en övergripande nivå. I en sammanfattande kommentar reflekteras över sammanhanget och samordnarens uppdrag.

I kapitel 3 redovisas resultaten inom forskningen. Förslag på angelägna frågeställningar för fortsatt forskning lyfts fram.

I kapitel 4 sammanfattas erfarenheterna när det gäller stöd till asylsökande familjer, förebyggande strategier och samverkan. Myndigheternas uppdrag i detta avseende redogörs för och ett utvecklingsekologiskt perspektiv anläggs på situationen för de asylsökande barnen med uppgivenhetssymtom i Sverige. Det konkreta arbetet med förebyggande strategier och samverkan beskrivs i fem exempel från olika delar av landet. Kapitlet avslutas med en sammanfattande kommentar.

Kapitel 5 innehåller en slutdiskussion utifrån de samlade erfarenheterna.

2 Omvärldsanalys

Detta kapitel syftar till att ge en översiktlig beskrivning av det sammanhang som samordnaren verkat inom. Beskrivningarna inkluderar framförallt sådant som haft direkt betydelse för arbetet i uppdraget eller för frågan generellt. Andra myndigheters insatser beskrivs också övergripande. I en avslutande kommentar diskuteras sammanhanget i förhållande till samordnarens uppdrag och frågan i allmänhet.

Samhällelig och politisk kontext

Engagemang i samhället

Engagemanget bland allmänheten, religiösa sammanslutningar, organisationer och politiska partier för asylsökande i allmänhet, och för asylsökande barn i synnerhet, har varit mycket stort under den tid som samordningsuppdraget pågått. Sveriges Kristna Råd inledde, med utgångspunkten i temat "Amnesti för barnens skull", i mitten av mars 2005 det s.k. "Påskuppropet" som pågick fram till maj samma år. Uppropet fick mycket stort genomslag och kom att samla mer än 150 000 namnunderskrifter och 64 olika organisationer. Samtidigt pågick kampanjen Flyktingamnesti 2005 som arbetade för en generell flyktingamnesti i samband med att Utlänningsnämnden skulle läggas ner i slutet av mars 2006.

Engagemanget för barnen med uppgivenhetssymtom har även varit stort bland de professionella inom vården. Den intensiva diskussionen, som bland annat har förts i ett mycket stort antal artiklar i Läkartidningen, Dagens Medicin, i dagspressen och i ett flertal TV-inslag/program, har delvis präglats av meningsmotsättningar mellan olika professioner och mellan olika läkare. Innehållet i den vetenskapliga medicinska diskussionen redogörs för i kapitel 3.

Ytterligare ett uttryck för engagemanget över professionsgränser är det ”öppna brev” som ett flertal politiker, kristna företrädare, barnläkare och intresseorganisationer skrev till kammaråklagaren i Sundsvall i slutet av maj 2006. Brevet skrevs med anledning av de förundersökningar som pågick i några ärenden utifrån misstankar om att brott begåtts mot några asylsökande barn med uppgivenhetssymtom av föräldrarna. Avsändarna undrar bl.a. varför det tagit så lång tid att besluta i ärendet, och om det handlade om myndighetsmissbruk mot utsatta människor.¹

Politiken

Barnen med uppgivenhetssymtom har följaktligen varit en högst aktuell fråga inom inrikespolitiken i Sverige. Även FN:s speciella rapportör om rätten till hälsa har uppmärksammat problematiken med asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. Vid sitt besök i Sverige i januari 2006 meddelade den specielle rapportören Paul Hunt att rapporten från besöket, som i skrivande stund inte överlämnats till regeringen, kommer att innehålla yttranden om barnen i asylprocessen med uppgivenhetssymtom (UN Special Rapporteur 2006).²

Frågan om de asylsökande barnen med uppgivenhetssymtom var aktuell i riksdagen vid flera tillfällen från år 2004. I mars 2005 avslog emellertid riksdagen ett antal motioner där man yrkade på uppehållstillstånd för alla asylsökande barn med uppgivenhetssymtom (Riksdagens socialförsäkringsutskott 2005).

I april 2005 överlämnade Utlänningsnämnden ett enskilt ärende som rörde ett barn med uppgivenhetssymtom till regeringen för avgörande. Den 7 juli samma år beslutade regeringen att ge barnet och barnets familj permanent uppehållstillstånd utifrån barnets ohälsotillstånd. Regeringen framhöll i sitt beslut vikten av att i bedömningen av humanitära skäl i ärenden som rör barn beakta i vilken grad barnet kan antas få bestående skada i sin psykosociala utveckling av att flytta tillbaka till hemlandet. Man underströk

¹ Förundersökningarna lades sedan ner då brott inte kunde styrkas.

² I ett nyhetsinslag i SVT:s Aktuellt gjorde Paul Hunt flera yttranden i frågan med hänvisning till vad han blivit rådgiven ("I have been advised"). Han uppgav också att fenomenet inte enbart finns i Sverige, utan att fenomenet finns i andra länder. Samordnaren hade tillfälle att möta Paul Hunt och dennes grupp. Detta möte genomfördes emellertid efter presskonferensen och intervjun i Aktuellt. I en efterföljande brevväxling mellan samordnaren och Paul Hunt framkom inga förtydliganden angående påståendet att fenomenet förekommer i andra länder (handlingar med diarienummer UD2004:06/2006/6).

samtidigt att det i varje enskilt fall måste göras en individuell prövning, även när det gäller barn med uppgivenhetssymtom (Utrikesdepartementet 2005 a). Samtidigt uppdrog regeringen till Socialstyrelsen att utforma rekommendationer när det gäller tidiga insatser, vård och behandling av barn med uppgivenhetssymtom.

Ytterligare ett politiskt beslut som haft betydelse i frågan är den tillfälliga lagen (2005:762) som var i kraft mellan den 15 november 2005 till den 31 mars 2006, och som innebar möjlighet till ny prövning av tidigare fattade beslut om av- eller utvisning. Lagen riktade sig främst till barnfamiljer som vistats länge i Sverige. Totalt beviljades 76 procent av barnfamiljerna som ansökt enligt den tillfälliga lagen uppehållstillstånd (Migrationsverket 2006 a).

För att stärka det förebyggande arbetet beslutade regeringen i februari 2006 att öka stödet till asylsökande barn med en årlig ersättning på 50 miljoner kronor till kommunerna. Ersättningen avsåg insatser av förebyggande karaktär enligt socialtjänstlagen (Migrationsverket 2006 b).

Den 31 mars 2006 infördes en ny instans och processordning för överklagan i migrationsärenden och en ny utlänningslag började tillämpas.

Frågan om de asylsökande barnen med uppgivenhetssymtom har varit aktuell vid flera tillfällen i riksdagens myndighetskontrollerande organ Justitieombudsmannen och konstitutionsutskottet. I mars 2005 anmäldes migrationsminister Barbro Holmberg till konstitutionsutskottet för tillkallandet av den nationella samordnaren. Anmälaren (miljöpartiet) ville granska om regeringen ”gör sig skyldig till så kallat ministerstyre genom att via en direktutnämnd expert sätta upp egna riktlinjer för hur barnen ska, eller inte ska, vårdas” samt grunderna för utnämmandet av leg. psykolog Marie Hessle. Konstitutionsutskottet konstaterade bland annat att samordnarens ställning kunnat uppfattas som oklar av berörda myndigheter och andra, men att det inte fanns någon anledning att kritisera regeringen för tillsättandet av samordnaren ur konstitutionell synpunkt (Riksdagens konstitutionsutskott 2006).

Frågan om asylsökande barn med uppgivenhetssymtom var aktuell i konstitutionsutskottet vid ytterligare ett tillfälle. Socialtjänstminister Morgan Johansson anmäldes hösten 2005 av miljöpartiet för sitt agerande vid misstanke om vanvård av asylsökande barn. Konstitutionsutskottet menade att Johansson borde ha uttalat sig med större försiktighet, med hänsyn till att en polisutredning inletts (Riksdagens konstitutionsutskott 2006).

Den nationella samordnaren har anmälts till Justitieombudsmannen vid två tillfällen. Den första anmälan gjordes av en tidning (Dagens Medicin) i april 2005, och avsåg utlämnande av allmän handling.³ JO gjorde i sitt beslut ingen bedömning av om handlingen var allmän eller inte, men riktade kritik mot samordnaren för att inte ett formellt beslut fattats i frågan (JO 2006 a). Det andra tillfället en JO anmälan riktades mot samordnaren var i maj 2006, då vänsterpartiet anmälde samordnarens rapport SOU 2006:49. Justitieombudsmannen fann emellertid inte anledning att vidta någon åtgärd eller uttala sig med anledning av denna anmälan (JO 2006 b). Vidare har JO öppnat ett eget s.k. initiativärende mot Migrationsverket, angående verkets skyldighet att göra anmälningar till socialnämnden utifrån misstankar om att barn farit illa (JO 2005).⁴

Andra myndigheters insatser

Flertalet myndigheter har gjort särskilda insatser i frågan om barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom. Nedan följer en kortfattad redogörelse för insatserna på en övergripande nationell nivå samt några insatser som uppmärksammats särskilt. I kapitel 4 redogörs för direkta stödinsatser till barnen och familjerna i några delar av landet.

Migrationsverket och Utlänningsnämnden

Med anledning av regeringens vägledande beslut den 7 juli 2005 (se sidan 20) gavs Migrationsverket och Utlänningsnämnden i uppdrag att bl.a. redovisa vilka åtgärder som vidtagits med anledning av regeringsbeslutet och hur detta påverkat beslutsfattandet och inströmningen av ärenden med den aktuella problematiken (Utrikesdepartementet 2005 b).

Av Migrationsverkets redovisning framgår att verket utfärdat interna riktlinjer för såväl asylprövnings- som mottagningsverksamheten. Dessa gäller i vissa delar alla barn. För barn med uppgivenhetssymtom ska man särskilt utreda barnets/familjens situation

³ Handlingen som begärdes ut var en debattartikel som skulle publiceras, och som publicerades, i Dagens Nyheter dagen efter att begäran inkom.

⁴ Initiativärendet inleddes den 7 december 2005 med anledning av uppgifter i media om att Migrationsverket gjort polisanmälningar om "brott mot apatiska flyktingbarn".

och upplevelser i Sverige/hemlandet, samt möjligheterna till vård i hemlandet. Ärenden som rör barn med uppgivenhetssymtom ska prioriteras och behandlas med förtur. För att säkerställa att bedömningarna och besluten följer regeringsbeslutets intentioner har särskilda rutiner för granskning och kvalitetssäkring inrättats. Inom mottagningsverksamheten redovisade Migrationsverket att man sedan 2004 arbetat aktivt med att utveckla samarbetsformerna kring barn med uppgivenhetssymtom, tillsammans med olika aktörer såsom landsting och socialtjänst. Man arbetar för att åstadkomma ett nätverksarbete kring varje sjukt barn.

I november 2005 hade 18 ärenden handlagts där det varit känt att barn med uppgivenhetssymtom funnits i familjen sedan regeringsbeslutet den 7 juli 2005. I 12 av dessa ärenden hade man fattat beslut, varav beslut om uppehållstillstånd fattats i åtta ärenden och avvisning i tre ärenden. Migrationsverket konstaterade att man alltså hade ett relativt litet antal ärenden rörande barn med uppgivenhetssymtom i sin asylprövningsverksamhet, samt att man inte märkt någon förändring i antalet ärenden sedan regeringsbeslutet (Migrationsverket 2005).

Utlänningsnämnden tog med anledning av regeringsbeslutet fram en särskild anvisning för hanteringen av ärenden med barn med uppgivenhetssymtom. Denna innebar bl.a. intern kartläggning och statistikföring, och rutiner för snabb rapportering av nyinkomna eller nydebuterade ärenden. Ärenden som avsåg barn med uppgivenhetssymtom skulle prioriteras och handläggas med förtur.

Utlänningsnämnden konstaterade att en generösare praxis tillämpats efter regeringsbeslutet den 7 juli 2005. Större vikt lades vid bedömningen av barnets egna upplevelser i hemlandet och om barnet kunde antas ta skada i sin psykosociala utveckling vid ett återvändande. Från slutet av år 2004 fram till den 14 november 2005 hade 175 ärenden avgjorts, 73 bifallsbeslut och 102 avslagsbeslut. Från regeringsbeslutet den 7 juli 2005 fram till den 14 november hade nämnden expedierat 47 bifallsbeslut och 34 avslagsbeslut.

När det gäller inströmningen av nya ansökningar hade en tydlig trend registrerats. Från februari 2005 och fram till juni 2005 ökade antalet nya ansökningar markant. I februari var antalet nya ärenden 4, i mars 19, i april 24, i maj 24 och i juni 28. Efter regeringsbeslutet i juli sjönk inströmningen av nya ansökningar och i oktober låg antalet på samma nivå som i februari 2005. De fyra vanligaste ursprungsländerna i Utlänningsnämndens statistik var Serbien-Montenegro med 32 procent, Azerbajdzjan 21 procent, Arme-

nien 9 procent och Kazakstan 8 procent (Utlänningsnämnden 2005).

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen genomförde i juni 2005 en hearing med experter inom barnmedicin och barn- och ungdomspsykiatri för att ta del av erfarenheter avseende vård och behandling, förebyggande strategier m.m. när det gäller asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. Även samordnaren var representerad genom Nader Ahmadi. Denna hearing utgjorde underlag för det Meddelandeblad som redovisades i oktober 2005 (Socialstyrelsen 2005). Meddelandebladet till hälso- och sjukvården och socialtjänsten innehåller stöd och vägledning till personalen för insatser i förhållande till asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. I kapitel 4 refereras innehållet avseende samverkan och förebyggande strategier mer ingående.

Socialstyrelsen har fått in ett antal anmälningar av vården av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. Det har främst handlat om bemötandefrågor och missförstånd till följd av kommunikationssvårigheter. Anmälningarna har i en del fall kommit från personal inom barn- och ungdomspsykiatri som har anmält kollegor. Ett 15-tal tillsynsärenden har granskats. Man har bedömt att inget barn farit illa till följd av den behandling som givits. Kritik har emellertid framförts angående samverkan mellan vården och socialtjänsten.

Länsstyrelsens granskning i Stockholm

Med anledning av uppgifter i media om att socialtjänsten inte utrett Migrationsverkets anmälningar om asylsökande barn som för illa genomförde Länsstyrelsen i Stockholm en granskning av socialtjänstens handläggning i nio ärenden. I dessa ärenden, som handlade om barn med uppgivenhetssymtom, hade Migrationsverket informerat Rikskriminalpolisen om att man misstänkte brott.⁵

⁵ Migrationsverket i Stockholm överlämnade i november 2005 information till Rikskriminalpolisen i ärenden där man misstänkte brott mot barn med uppgivenhetssymtom. Länskriminalpolisen och Internationella åklagarkammaren i Stockholm genomförde förundersökning i ett antal ärenden, men dessa lades ner sommaren 2006 då brott (misshandel) inte kunde styrkas.

Länsstyrelsen konstaterade brister i åtta av de nio ärendena, och allvarlig kritik riktades i ett fall och kritik i sju fall. Bristerna handlade framförallt om att socialtjänsten, trots upprepade anmälningar från olika samhällsinstanser, inte inlett utredning eller gjort bristfälliga utredningar med hänvisning till att barnen redan hade somatisk- och/eller psykiatrisk vård och att Migrationsverket hade erbjudit familjen ett boende. Kritiken handlade också om brister i samverkan med andra myndigheter, att tillräckliga åtgärder för skydd för barn inte hade vidtagits, att vårdplaner inte upprättats vid placering, brister i dokumentation och passivitet. Länsstyrelsen konstaterar att barnen själva har fått ett mycket begränsat utrymme i de utredningar som gjorts (Länsstyrelsen i Stockholms län 2006).

Samordningsuppdrag i en komplicerad och politiskt laddad fråga

Den nationella samordnarens uppdrag har varken haft karaktären av traditionell utredning eller kommitté, trots att den organiserats som sådana inom ramen för det offentliga utredningsväsendet (statens offentliga utredningar). Uppdraget har handlat både om forskning och kunskapsproduktion och om ett aktivt deltagande i utvecklingsprocesser. Uppdragets aktionsinriktade karaktär har givit speciella förutsättningar för genomförandet av uppdragets olika delar. Kravet att kontinuerligt rapportera till uppdragsgivaren har inneburit att man öppnar för synpunkter och kritik under pågående processer. Detta kan anses befogat i ett läge där kunskapen är knapp och situationen uppfattas som alarmerande, men icke desto mindre påverkar dessa förutsättningar arbetet.

Förutsättningarna i uppdragets två delar, att objektivt analysera och samtidigt aktivt driva/delta i utvecklingsprocesser i den fråga som ska analyseras, kan ha bidragit till att skapa en osäkerhet hos omgivningen om samordnarens ställning och insatser. Samordnaren har i flera sammanhang mött detta problem. Anmälningen av Barbro Holmberg till konstitutionsutskottet är i vissa delar också ett uttryck för detta.

Som framgår av redovisningen har allmänhetens, vårdprofessionens och politikernas intresse och engagemang för de asylsökande barnen varit mycket stort under den tid uppdraget pågått. Även myndigheternas insatser på en övergripande nivå har varit omfattande. Detta visar på frågans komplexitet och politiska laddning.

Den nationella samordnaren har, med sitt uppdrag att analysera och verka i utvecklingsprocesser, befunnit sig i skärningspunkten mellan allmänheten, berörda inom olika professioner, intresseföreningar och politiker. Anmälningarna till Justitieombudsmannen och konstitutionsutskottet som gjorts mot uppdraget (se sidan 21) har i flera avseenden haft en "politisk/symbolisk" karaktär som legat utanför de granskande instansernas ansvarsområde, och utöver kritik på en punkt av förvaltningskaraktär har ingen kritik kunnat riktas mot regeringen eller samordnaren angående själva uppdraget eller genomförandet.

Den mediala bevakningen har tidvis varit intensiv och omfattande. Medias bevakning är en fråga i sig som inte ska analyseras mer ingående här. Ett allmänt intryck är emellertid att rapporteringen präglats av ett fokus på konflikter och motsättningar, vilket också är en "naturlig del" i den mediala dramaturgin. Frågan har haft en mycket tydlig politisk prägel vilket medfört att sakfrågan och sakförhållanden ibland har fått stå tillbaka i den allmänna diskussionen och i den mediala rapporteringen.⁶ Bristen på saklighet konstaterades också i en mediakritisk diskussion i ett tidigt skede (Kjöllér 2005).

Uppmärksamheten som riktats mot samordnaren har också medfört att personer som velat dela med sig av sina erfarenheter av enskilda barns situation har kontaktat samordnaren. Det har varit personer som funnits i barnens närhet, vårdgivare, familjehem, tolkar m.fl. Många har uttryckt oro för barnens utsatthet, och samordnaren har hänvisat vidare till berörda myndigheter med ansvar för stöd till barn och familjer. Kontakterna har i flera fall uttryckt att dessa frågor varit svåra att hantera i de olika verksamheterna, och att oron tystats eller inte tagits på allvar.

⁶ Den nationella samordnaren har bl.a. anmält Sveriges Television till Granskningsnämnden vid två tillfällen för förvanskningar av resultaten i samordnarens rapporter och förvrängning av arbetet överhuvudtaget (se bilaga 3). I skrivande stund har inget beslut fattats av Granskningsnämnden.

3 Sammanfattning av forskningsresultat samt viktiga frågor för fortsatt forskning

Hur var läget när vi började?

När forskningsstudien påbörjades rådde ett tillstånd av förvirring och nära på panik i det svenska samhället på grund av den nyuppmärksammade situationen där en del asylsökande barn visade olika symtom på uppgivenhet. Ovissheten och osäkerheten i en situation som uppenbarligen inte hade någon motsvarighet i tiden präglade såväl förklaringarna till problemet som förslagen till vägar ut ur det. Barnpsykiatrer och barnläkare konstaterade att organiska grunder bakom problematiken hos de så kallade apatiska barnen var extremt osannolika. Kliniska observationer hade visat icke-organiska störningar och normala reflexer hos de drabbade barnen. Omständligheter som försvårade forskningsarbetet var:

- osäkerheten i definitionen av problemet (det har inte funnits någon vedertagen klassificering av symtomen vare sig nationellt eller internationellt)
- problemets komplexitet (ett flertal olika mer eller mindre kända och vedertagna symtom fanns med i den aktuella problembilden)
- den stora variationen i problemets uttrycksformer hos olika barn under olika perioder
- barnens och deras familjers sociala och legala status i landet (en del levde gömda med sina familjer, en del inväntade avvisning).

Den första studien – en kunskapsöversikt och kartläggning

En studie planerades i två steg, varav steg ett var en kartläggning och en lägesbeskrivning (genomförda under januari–april 2005) och steg två var en fördjupningsstudie (genomförd under juni 2005–februari 2006). Resultatet av den första, huvudsakligen

kvantitativa, studien har legat till grund för den fördjupade kvalitativa studien.

Syftet med den första delstudien var att skapa en bild av såväl den internationella och nationella kunskapsnivån som problematikens omfattning och de drabbade barnens psykosociala tillstånd. Studien har sökt besvara följande frågeställningar:

1. Vad säger forskningen om tillståndet hos asylsökande barn som visar uppgivenhetssymtom?
2. Förekommer problemet i andra europeiska länder?
3. Vilka är de drabbade barnen: antal, kön, ålder, nationalitet m.m.? Hur mådde de innan de kom till Sverige?
4. Hur ser sjukdomsbilden och sjukdomsförloppet ut?
5. Vilken hjälp har barnen fått? Vilka effekter har hjälpinsatserna haft?
6. Hur ser familjebilden ut? Hur mår föräldrarna? Finns det uppgifter om deras psykosomatiska hälsotillstånd före och efter ankomsten till Sverige och om ja, vad säger de?
7. Var befinner sig familjen i asylprocessen?

Det bör betonas att syftet med studierna inte har varit att tillhandahålla rekommendationer för hur problemet ska lösas medicinskt. Uppgiften var att beskriva forskningsläget kring fenomenet och visa problemets förekomst/omfattning och natur på både nationell och internationell nivå i denna första studie.

Det som utmärkte den vetenskapliga diskussionen kring de asylsökande barnens tillstånd vilka visat uppgivenhetssymtom var en stor osäkerhet i definitionen av problematiken. Varken då eller i dag finns det internationellt vetenskapligt vedertagna definitioner som förklarar detta tillstånd (DSM¹ IV; ICD² 10).

Det kunde konstateras att en del forskare försökt – både internationellt och i Sverige – att avgränsa, beskriva och föreslå åtgärder för behandling av liknande typer av psykiska störningar hos barn. Dock visade vår genomgång av befintlig internationell och nationell barnpsykiatrisk litteratur som har diskuterat frågor kring uppgivenhetssymtom hos barn att det fortfarande saknas en vetenskapligt grundad definition eller förklaring till förekomsten av problemet. Förvisso kastar forskningen ljus över delar av problematiken,

¹ Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Fourth Edition.

² The International Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision.

men denna forskning kommer inte så långt att den tydligt kan avgränsa problemet och fastställa en diagnos. Fallbeskrivningar som presenteras i litteraturen tyder på växelverkan/samverkan mellan några kända psykiska störningar hos barn vilka tycks intensifieras och leda till ett tillstånd av uppgivenhet (ibland med aggressivitet) hos en del barn. De hypoteser och förklaringsmodeller som delar av litteraturen lägger fram är ännu inte vetenskapligt belagda och därför inte internationellt vedertagna och erkända. Variationerna i barnens tillstånd har också varit mycket stora, vilket försvårat den nödvändiga generalisering som krävs för att man ska kunna fastställa en diagnos.

Vi kunde snabbt konstatera att den definition och den behandlingsmetod som förespråkades av en del svenska läkare som hade börjat skriva om dessa barn härrörde sig från Bryan Lask i England. Detta konstaterande bekräftades senare (Bodegård, 2004). I en artikel i *Archives of Disease in Childhood* gav B. Lask, C. Britten, L. Kroll, J. Magagna och M. Tranter fyra fallbeskrivningar baserade på kliniska studier av fyra flickor mellan 9 och 14 år som visat svåra psykiska störningar (Lask mfl., 1991). Enligt författarna befann sig dessa barn under flera månader i ett potentiellt livshotande tillstånd kännetecknat av allvarlig inåtvändhet och en djup, allomfattande och bestämd vägran att äta, dricka, tala, gå eller sköta sin hygien. Den mest signifikanta egenskapen hos dessa barn har enligt författarna varit deras uttryckliga och aktiva vägran. Ofta visade barnen sin vägran genom skrik och häftigt fysiskt motstånd mot att ta emot hjälp. De stängde munnen och vred på huvudet eller spottade för att inte tvångsmatas. De visade med andra ord en stark vilja att inte gå, tala, dricka, äta eller sköta om sig själva. Efter behandlingen fosterhemsplacerades ett par av barnen, vilket klart förbättrade deras tillstånd. Lask m.fl. betonar att det är svårt att tillhandahålla en tillfredsställande diagnos. Vart och ett av barnen hade nämligen visat symtom som är förenliga med flera olika diagnoser, såsom anorexia nervosa, selektiv mutism, ångest, fobi, depression, stupor och posttraumatisk stressyndrom (PTSD). Emellertid ansåg författarna att inget av dessa symtom ensamt kunde förklara barnens vägrande och självbesträffande uppförande.

Författarna lägger fram hypotesen att dessa barn hade valt att gå in i detta tillstånd som en slutgiltig tillflykt för att undgå en outhärdlig situation. Vidare presenterar författarna en ny definition – *Pervasive Refusal Syndrome* (PRS) – som är ett tillstånd med

varierande grad av vägran inom flera olika områden följt av allvarligt socialt tillbakadragande och ett bestämt motstånd mot behandling.

Nunn och Thompson (1996) menar att PRS kan vara en reaktion på känslan av att befinna sig i en okontrollerbar och hopplös situation: förlust av nära anhöriga, övergreppssituation, familjekonflikter, migration m.m.

Ändå påpekar Lask mot slutet av den ovannämnda artikeln att det finns många obesvarade frågor i förhållande till syndromet, bl.a. om syndromet verkligen existerar; finns det mindre allvarliga variationer av syndromet? Vad förorsakar problemet och vilken är den bästa praxisen beträffande behandlingen? Thompson & Nunn påpekar också att det är oklart om syndromet har en egen specifik etiologi och en behandlingsform som är helt olik den för andra typer av barnpsykiatriska störningar. Enligt författarna tyder deras studie av befintlig litteratur inom området på att "there is a potential for overlap between Pervasive Refusal Syndrome (PRS) and several other conditions. It is not clear whether the syndrome represents the severe end of a spectrum of disorders characterized by refusal or a discrete disorder with different aethiology, course and response to treatment" (1997:146).

Tunström (2004) uppmärksammar den hopplösa situationen i vilken barnen och familjerna befinner sig. Vidare uppmärksammar han i sin sammanställning även den frustration och förtvivlan som vårdgivarna upplever inför denna nya situation. Claes Sundelin och Tor Lindberg (2005) påpekar att 'apatiska' barn inte är något nytt. Det nya är enligt dem att en stor anhopning av fall bland asylsökande i Sverige förekommit och att tillståndet kan betecknas som kroniskt.

Göran Bodegård har författat ett antal artiklar/rapporter (2004; 2005) där han har försökt knyta an till de ovan beskrivna internationella studierna och tillämpa deras teorier och slutsatser på situationen för de asylsökande barnen i Sverige vilka visat uppgivenhetssymtom. Bodegård har i sin studie beskrivit tillståndet för fem asylsökande barn som varit inlagda på Eugeniakliniken i Stockholm. Barnen i Bodegårds studie visar nästan samma symtom som de barn som finns med i de internationella studierna – dock med skillnaden att de barn som blivit aktuella i Sverige uteslutande är barn till asylsökande föräldrar, medan barnen i de utländska studierna huvudsakligen tillhör majoritetsbefolkningen. Bodegård betecknar sina patienters tillstånd som *Depressiv Devitalisering* och betraktar den förekommande allomfattande funktionsnedsättningen

hos dem som en variation av PRS. Samtidigt betonar författaren att fram till nyligen har fenomenet inte funnits/varit okänt i landet. Före år 2002 har det inte funnits vare sig kliniska observationer eller rapporter om fall av depressivt devitaliserade barn i relevant svensk facklitteratur. Genom att referera till en litteraturöversikt över flyktingbarns mentala hälsotillstånd (Lustig m.fl. 2004) påpekar Bodegård att det tidigare inte funnits forskning eller annan rapportering om förekomsten av sådana störningar bland flyktingbarn i andra länder. Enligt författaren lär Sverige ha en överrepresentation av devitaliseringsdepression bland barn i asylsökande familjer. Han lägger sedan fram två möjliga hypoteser som förklaring till detta: bristande intresse eller okunnighet bland forskarna om det psykosociala hälsotillståndet hos flyktingar och den svenska migrationsbyråkratins destruktiva påverkan på barnens hälsa.

Detta var den situation som rådde när vi gjorde vår första studie.

Avgränsa och identifiera problemet

För att undersöka förekomsten av problemet uppgivenhet bland asylsökande barn i andra europeiska länder skickade vi ett formulär innehållande frågor samt den symtombild som (se vidare om urvalsgrunder m.m. i rapport 2005:2) tagits fram för denna studie till sju europeiska länder som valdes genom ett selektivt urval. Länderna som enkäten skickades till var Norge, Danmark, Finland, Tyskland, Holland, Österrike och England.

För att förebygga missuppfattningar som kunde bero på de olika ländernas sätt att benämna barnens tillstånd och för att täcka in bredast möjliga grupper av asylsökande barn som visade symptom som liknade uppgivenhetssymtom översattes den av utredningen framtagna symtombilden (bilaga 4) till andra språk (tyska och engelska) och bifogades den enkät som skickades till de valda europeiska länderna. Mottagare av formuläret i respektive land var a) migrationsmyndigheter, b) sjukvårdsmyndigheter och c) frivilligorganisationer såsom Röda Korset, Rädda barnen, Caritas m.fl.

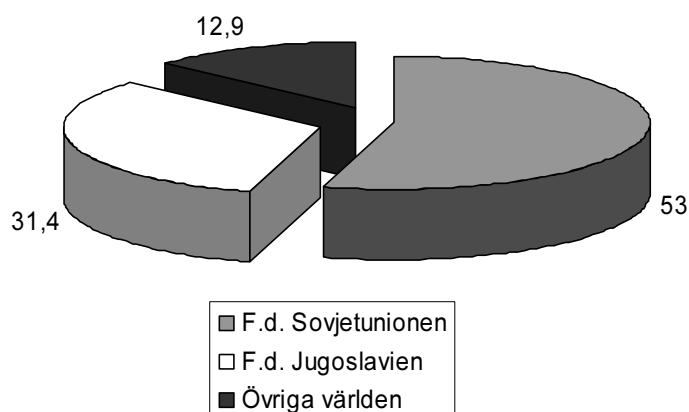
De svar som inkom tydde på att nästan inga kända fall av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom fanns i dessa länder med undantag för Norge där man totalt hade 7 fall, varav 6 flyttat från Sverige, och Finland där man hade haft 4 fall av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom, varav 3 hade flyttat från Sverige till

Finland. Från Österrike kom uppgifter om ett asylsökande barn som tystnat efter bombanfall i hemlandet och varit sjukt i ett år. Man uppskattade att de haft 5 liknande fall bland asylsökande barn. Symtomen i samliga fall hade uppstått i hemlandet (Tjetjenien) men inga kunde likställas med fallen i Sverige.

Problemets omfattning i Sverige

I Sverige genomfördes en totalundersökning som riktade sig till samtliga barn- och ungdomspsykiatriska enheter i hela landet. Ett frågeformulär bestående av 27 frågor med följdfrågor skickades följaktligen till 50 verksamhetschefer/verksamheter inom barn- och ungdomspsykiatri i landets samtliga län och regioner. Totalt fick vi svar från 81 enheter i alla län och regioner vilka visade att från januari 2003 fram till 31 maj 2005 hade 424 asylsökande barn med uppgivenhetsymtom registrerats/behandlats vid landets barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar. Könsfördelningen mellan barnen var ganska jämn: 47,4 % flickor och 52,1 % pojkar. Nästan 80 % av barnen var mellan 8 och 15 år gamla och drygt 14 % var mellan 16 och 20 år. För de barn vilkas nationalitet gick att identifiera (ca 97 %) tydde våra data på en stark snedfördelning beträffande barnens ursprungsland. Nästan 85 % av barnen för vilka uppgifter om ursprungsland fanns kom från före detta Sovjetunionen (53 %) och före detta Jugoslavien (31,4 %).

Figur 3.1 Ursprungsland



En närmare granskning av uppgifterna om barnens nationalitet inom de största grupperna visade på en överrepresentation från länder i Centralasien (22,4 %), Kaukasus – förutom den del som formellt tillhör Ryssland (17,4 %) och Kosovo. Enkätsvaren visade vidare på en kraftig överrepresentation (26,7 % av det totala antalet barn för vilka det finns uppgifter om etnisk tillhörighet) av två minoritetsgrupper i Centralasien respektive Kosovo. Eftersom det i drygt 33 % av fallen saknats uppgifter om etnicitet, kan det inte uteslutas att det förekommit andra minoritetsgrupper bland de drabbade barnen – även om dessa inte varit belagda på samma sätt som för de ovannämnda grupperna.

Fördelningen av fallen med asylsökande barn med uppgivenhetssymtom har varit ojämn över Sverige. Den nationella kartläggningen under våren 2005 visade att i Stockholms län förekom drygt en tredjedel av fallen medan det i andra områden, som Uppsala, aldrig har förekommit några fall. I en del orter i landet, t.ex. Malmö, var antalet aktuella barn relativt stort i början men avtog senare.

Barnens symtombild

I denna första studie kan sammanfattas att nästan 30 % av barnen enbart visade symtom av grad I och cirka hälften av barnen visade två eller flera symtom av grad II någon gång under sitt sjukdomsförlopp. Det ska dock påpekas att symtomen kan ha förekommit ensamma eller i kombination med andra symtom på grad I eller II samt under olika långa perioder från några dagar till över ett helt år.

I enkäterna lämnades också tilläggskommentarer vilka vittnade om en stor symtomvariation, situationsbundenhet samt övergångar/pendlingar mellan olika svårighetsgrader av symtomen hos ett och samma barn under olika perioder. En del barn har ”pendlat” mellan olika grader av funktionsnedsättning (t.ex. sondmatats några dagar/veckor, ätit själv under några veckor/månader, sondmatats igen osv.) medan andra visat en tydlig försämring av tillståndet i en ständig kronologisk takt.

Tillståndet ej kontinuerligt, har kommit och gått (NR 243).

Symtom varierat under behandlingstiden (NR 215).

Symtom varierande mellan depression och utagerande beroende på situation (NR 214).

Barnet har visat symtom av grad I och II, vid olika tillfällen 2–3 veckor åt gången (NR395).

Tillståndet varat under ett års tid i olika grader (NR 210).

Upprepade gånger, grad I eller II, 1–2 veckor varje gång (NR 383).

Apatisk ca 1 vecka (NR 379).

Ibland behöver sondmatas, ibland inte, vi upptäckte inga regler för detta (NR 370).

Går upp vid tillsägelse, ibland pratar, ibland helt stilla (NR 354).

Kan äta men vägrar göra det på avdelningen (NR 257).

Variert mellan grad I och II i ½ år (NR 279).

Talar om man kräver det (NR 234).

Sondmatas kort tid, drar ut sonden själv (NR 232).

Det kunde vidare konstateras att uppgivenhetssymtomen ofta förekom som kommunikationssvårigheter i form av barnets vägran/oförmåga att ge olika form av respons eller samarbeta med omgivningen. Vart femte barn i den grupp som fortfarande vid datasamlingen till den första rapporten var under behandling kommunicerade inte med ord eller var onåbart medan det kunde äta själv, gå med eller utan hjälp, klara av dagliga rutiner (tvätta sig etc.) och var medveten om omgivningen. Data vittnade vidare om att en stor del av barnen hade varit friska, duktiga och aktiva i hemlandet – medan andra hade varit psykiskt sjuka/störda även före ankomsten till Sverige (det finns uppgifter om bland annat depression, ångest, mutism samt misstanke om epilepsi, utvecklingsförseningar m.m. enligt respondenterna). Några barn hade visat symtom som liknar de uppgivenhetssymtom som tagits fram i denna studie redan före ankomsten till Sverige, några hade tagit kontakt med barn- och ungdomspsykiatri nästan direkt efter ankomsten och en del efter avslagsbeskedet.

Barnen har erbjudits olika former av vård och flera har erbjudits en kombination av olika vårdformer. Tabellen nedan visar vilka olika vårdformer som förekommit:

Tabell 3.1 Behandlingens utformning åren 2003–2005

Vårdform	Antal barn	Andel
Endast öppenvård	111	26,2 %
Endast dagvård (i hemmet eller på annat sätt)	5	1,2 %
Endast dygnetruntvård på BUP-klinik	16	3,8 %
Endast dygnetruntvård på barnmedicinsk klinik	2	0,5 %
Endast dygnetruntvård på institution	0	0 %
Två olika vårdformer (under olika perioder)	157	37 %
Tre olika vårdformer (under olika perioder)	79	18,6 %
Fyra olika vårdformer (under olika perioder)	25	5,8 %
Alla fem vårdformerna (under olika perioder)	4	0,9 %
Uppgift saknas	25	5,9 %

Tabellen ovan visar att tendensen för behandlingen av de fall som tillkommit under senare tid har varit att öppenvård använts i en större utsträckning. Vidare visar tabellen att för drygt hälften av barnen har det funnits möjlighet till behandling enligt två till tre olika vårdformer under hela sjukdomsförloppet.

Tilläggskommentarerna har visat att det har förekommit en stor variation i barnens rehabiliteringsprocess. En del barn tillfrisknar i direkt anslutning till beskedet om beviljat uppehållstillstånd (från en dag till några veckor), medan det för en del andra kunde ta upp till flera månader att rehabiliteras helt. Det har också funnits uppgifter om fall där ingen väsentlig förändring i barnets tillstånd hade skett cirka ett år efter permanent uppehållstillstånd. En del andra kommentarer vittnade om att det har funnits föräldrar eller barn som vägrat att ta emot vård eller samarbeta med vårdgivarna.

Lyckligtvis har det funnits flera exempel på att insatserna (såväl sociala som medicinska och psykiatriska) har haft positiva effekter i form av en nedgång i sjukdomens intensitet hos de drabbade barnen. I de fall uppgifter om medicinering finns (39,6 %) har det till största delen varit antidepressiva, lugnande medel, sömnmedel

och neuroleptika som förekommit. Nästan hälften (ca 45 %) av dem som medicinerats har varit under 12 år. Materialet visar vidare att drygt 40 % av dem som fått antidepressiva har varit under 12 år (40 personer) och 40 % varit mellan 13 och 15 år. 60 % av dem som har fått lugnande medel och 30 % av dem som fått sömnmedel har varit mellan 4 och 12 år. Det är anmärkningsvärt att en så stor andel barn behandlats med antidepressiva och sömnmedel/lugnande medel, och i synnerhet att många har varit så unga.

Barnens livssituation

Våra studier har visat att flera av de drabbade barnen under lång tid varit på flykt såväl i sina hemländer som i andra länder i Europa innan de anlät till Sverige. Dessa barns liv kännetecknas av otrygghet och brist på kontinuitet. Flera familjer har vid upprepade tillfällen blivit utvisade till sina hemländer för att efter en kort tid söka asyl i ett annat europeiskt land. Vidare visar data att en stor del av barnen har sökt barnpsykiatrisk hjälp redan innan något beslut har fattats på Migrationsverket. Vid en närmare analys av data kan man konstatera att mer än hälften av barnen har kommit i kontakt med barn- och ungdomspsykiatri före ett första avslagsbeslut från Migrationsverket. Innan den tillfälliga asyllagen beslutades beviljades i genomsnitt 30 % av familjerna uppehållstillstånd där barnen visade uppgivenhetssymtom.

I över 70 % av familjerna har fadern varit närvarande och motsvarande siffra för mödrarna är drygt 90 %. Drygt 85 % av barnen har varit första eller andra barn i syskonskaran (ungefär 60 % första och drygt 25 % andra barnet). Av dessa har 13 % varit enda barnet i familjen, 44 % hade ett syskon, 24 % två syskon och drygt 8 % tre syskon.

Data visar att en stor del av föräldrarna (särskilt mödrar men även många fäder) har haft psykiska störningar både före och efter ankomsten till Sverige; många visar tecken på djupa depressioner och ångest och många fall av suicidförsök (dokumenterat eller informerat genom familjemedlemmar) har förekommit. Vidare har data visat att det finns en stor andel föräldrar som är insufficianta, gravt psykiskt belastade med sviktande omsorgsförmåga att ta hand om sina barn. Även om det inte nödvändigtvis behöver handla om en särskilt patologisk relation mellan förälder och barn är det inte förvånande att föräldrarnas psykiska tillstånd påverkar barnen

negativt. Flera kommentarer vittnar om att konflikter och problem i familjen kan ha utlöst/intensifierat problemet hos barnen: fäder som slår hustru och barn; psykiskt sjuka mödrar som misshandlar barnen; missbrukande/kriminella fäder som hotat döda sin hustru och sina barn; flera fall av hot om att döda sig själv och barnen från fäders eller mödrars sida m.m.

Lärdomar från den första rapporten

Bilden av problemet blev ännu mer komplicerad då vi i den första rapporten kunde konstatera en explosionsartad ökning av antalet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom i Sverige under de senaste åren. Att dessa barn huvudsakligen kom från ett antal begränsade geografiska områden gjorde bilden ännu mer komplicerad: att det inte verkar finnas kända uppgifter om förekomsten av problemet bland asylsökande barn i andra europeiska länder; att huvudsakligen barn från vissa geografiska områden drabbas; att problemet inte tidigare funnits eller åtminstone inte haft den omfattning det har fått sedan år 2002 osv. Vidare lyfte den första studien fram behovet av en vetenskaplig analys av problemet, eftersom befintliga nationella och internationella studier inte tillhandahöll tillfredsställande teorier, förklaringar eller ens redskap för att definiera och bestämma sjukdomsbilden. Mer konkret visade den första studien vägen in i vår andra delstudie, fördjupningsstudien:

Varför förekommer fenomenet först under 2000-talet?

Varför denna stora omfattning av fall i Sverige efter 2002?

Varför drabbas enbart asylsökande barn i Sverige?

Varför drabbas huvudsakligen barn från vissa geografiska områden?

Den andra rapporten – en kvalitativ fördjupningsstudie

För att få svar på dessa frågor genomfördes en fördjupningsstudie bestående av tre delar:

- I. En studie av de aktuella ländernas/regionernas politiska och sociala kontexter. För att undersöka varför barn från vissa särskilda områden/länder i världen är överrepresenterade bland populationen asylsökande barn med uppgivenhetssymtom

genomfördes följande forskningsaktiviteter: En analys av den sociala och politiska situationen i de aktuella områdena med syftet att identifiera eventuella faktorer i dessa länders politiska och sociala situation som kan ha gett upphov till uppgivenhetssymtom hos en del asylsökande barn från dessa länder och regioner. Metoden för denna delstudie var litteraturstudier baserade på tidigare internationell forskning samt rapporter från FN, Utrikesdepartementet och frivilliga organisationer (NGO).

Fältbesök och intervjuer med lokala experter. Totalt genomfördes fältstudier i 5 länder och regioner enligt följande: Azerbajdzjan (juni 2005), Serbien (oktober 2005), Kosovo (oktober 2005), Kirgizistan (december 2005) och Kazakstan (december 2005). I varje land genomfördes intervjuer med representanter från fyra olika kategorier: FN-organ, sjukvården (såväl intervjuer med pediatriken/psykiatrien – barnpsykiatrien där sådan förekom – som besök på sjukhus/institutioner för mentalvård), frivilliga organisationer samt myndigheter. Intervjuerna var semistrukturerade med möjlighet till kompletterande följdfrågor. Alla informanter hade på förhand fått ett brev innehållande en kort beskrivning av studiens syfte, situationen i Sverige samt den symtombild som hade tagits fram i samband med kartläggningen 2005. Intervjuerna genomfördes både enskilt och i grupp beroende på informanternas önskemål och omständigheterna kring besöken. Språket i intervjuerna varierade mellan engelska, ryska och i vissa fall det aktuella landets officiella språk (azeriska, serbiska, albanska).

- II. En komparativ studie av asylprocessen i tre nordiska länder. Syftet med denna delstudie var att undersöka varför asylsökande barn med uppgivenhetssymtom endast har förekommit i Sverige. För att undersöka eventuella samband mellan asylprocessen i Sverige och förekomsten av problemet genomfördes en jämförande studie om asylprocessen i tre nordiska länder. Metoden för denna delstudie var litteraturstudier.
- III. En studie av barnens/familjernas upplevelser av och samhällets syn på problemet. För att undersöka såväl barnens och familjernas som en del inblandade aktörers kognitiva perspektiv på problemet genomfördes intervjuer med olika grupper som på olika sätt varit inblandade eller engagerade i frågan. Syftet med denna intervjuserie var att genom en ”triangulering av

datakällor med beaktande av rollperspektiv” (Larsson, Lilja och Mannheimer 2005:109; Patton 1990) kunna undersöka hur olika aktörer uppfattar och tolkar problemet – t.ex. de som själva har en direkt erfarenhet av problemet och de som behandlar eller handlägger dessa personers problem.

Följande grupper/personer intervjuades:

1. Representanter för det offentliga Sverige – jurist- och myndighetsperspektivet. Tre offentliga biträden och tre handläggare från Migrationsverket intervjuades både individuellt och i grupp. En inbjudan skickades till olika verksamheter och de som svarade positivt bjöds in till intervju. Intervjuerna var semistrukturerade med öppna frågor.
2. Representanter för det offentliga Sverige – vårdens perspektiv. Ett tjugotal representanter för barn- och ungdomspsykiatri samt medicinska experter (en barnläkare och tre sjuksköterskor) intervjuades i grupp vid tre olika tillfällen. Intervjuerna var semistrukturerade med öppna frågor.
3. Intervjupersoner från den privata sfären – familjernas/barnens samt invandrargruppernas perspektiv. Tio familjer, föräldrar, några syskon och i vissa fall barn som själva tidigare visat uppgivenhetssymtom intervjuades. Intervjuerna var semistrukturerade med öppna frågor. Urvalet var selektivt och målgruppen var såväl familjer som beviljats uppehållstillstånd som de som ännu väntade på besked/fått avslag vid intervjutillfället. I urvalet ingick barn med uppgivenhetssymtom av båda könen, från olika åldersgrupper och med olika etnisk bakgrund. En del av intervjuerna planerades och genomfördes tillsammans med en psykolog från barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm, Andreas Tunström, som har lång erfarenhet av att behandla asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. Representanter för tre invandrarföreningar med rötter i de länder vars medborgare varit överrepresenterade i statistiken över asylsökande barn med uppgivenhetssymtom intervjuades enligt samma intervju-metod som ovan. En utförligare diskussion kring intervjuerna presenteras i ett senare avsnitt i samband med redovisningen av resultatet.

För att strukturera resultatet av datasamlingen samt för att skapa ett sammanhang i vilket data skulle tolkas, fokuserades analysen på tre specifika teman som kan kopplas till studiens syfte och problemställningar:

1. Barnets och familjernas situation innan barnet utvecklade uppgivenhetssymtom
2. Förhållanden i Sverige som kan ha påverkat barnets tillstånd
3. Vägen in och ut ur tillståndet – verksamma faktorer och stödinsatser

Slutsatser från den första kvalitativa delstudien

Varken litteraturöversikten eller intervjuerna under fältbesöken gav någon förklaring till varför just medborgare från de länder som var överrepresenterade i statistiken över asylsökande barn med uppgivenhetssymtom skulle vara drabbade.

Avseende det politiska, sociala och ekonomiska läget skiljer sig inte länderna i fråga avsevärt från många andra länder. Förvisso förekommer brott mot demokratiska principer och mänskliga rättigheter i olika grad, men detta är inte heller unikt eller särskilt anmärkningsvärt i dessa länder jämfört med många andra länder. Åtminstone erkänner nästan alla dessa länder demokratiska principer och mänskliga rättigheter – bland dem minoriteternas rättigheter – i sina grundlagar. En del av länderna, t.ex. Kazakstan och Kirgizistan, har haft regimer som är förhållandevis mer demokratiska än i många andra länder vars medborgare sökt asyl i Sverige, och en del andra – Azerbajdzjan (men även Kazakstan) – har åtnjutit en betydande ekonomisk tillväxt under de senaste åren. Det fanns inte bevis för en systematisk diskriminering och förföljelse av minoriteter i majoriteten av de besökta länderna. Emellertid kan inte förekomsten av enskilda fall av diskriminering och trakasserier uteslutas. Förvisso har en minoritetsgrupp som varit överrepresenterad i statistiken en särskilt utsatt position i det tidigare Jugoslavien.

Inget av de aktuella länderna har sedan 2002 (tidpunkten för den snabba ökningen av antalet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom i Sverige) upplevt naturkatastrof, krig eller större väpnade konflikter (Kazakstan och Kirgizistan har sedan självständigheten 1991 aldrig upplevt krig, kriget i Azerbajdzjan tog slut för mer än

10 år sedan). Serbien och Kosovo drabbades av krig och konflikter under 1998–2001.

Vidare har vi i intervjuerna med olika aktörer – från olika politiska företrädare samt internationella organisationer som är verksamma i de aktuella länderna – inte träffat på information om att en liknande situation rått bland utsatta barn i dessa länder, vare sig i krigstid eller under tiden efter eller bland interna flyktingar i flyktinglägren.

Det har inte heller kommit fram någon information om att ett uppgivenhetsbeteende skulle vara en kulturellt känd/accepterad copingstrategi i pressade situationer. Självmord har inte heller kunnat identifieras som en kulturellt utbredd eller vanligt förekommande utväg för individer som befinner sig i hopplösa/svåra situationer.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att vi inte har kunnat finna något samband mellan händelseutvecklingen eller kulturen i de aktuella områdena och förekomsten av uppgivenhetssymtom bland asylsökande barn från dessa länder.

Slutsatser från den andra kvalitativa delstudien

Den slutsats som kan dras av våra jämförande studier om asylprocessen i nordiska länder är att Sverige på intet sätt har hårdare eller restriktivare asylpolitik än de andra nordiska länderna. Snarare kan den svenska asylpolitiken betecknas som en human politik. Däremot står det klart att väntetiden i asylärenden kan vara längre i Sverige. Detta beror bl.a. på Sveriges mer flexibla regler för ny ansökan. Det bör dock påpekas att det egentligen inte tar avsevärt längre tid i Sverige att fatta ett beslut i normala asylärenden. Det som förlänger handläggningstiden är vägen mot ett beslut som godtas av den sökande. Med andra ord, det är tiden för att förvandla ett avslagsbeslut till ett bifall som är lång. De rutiner som hittills varit gällande och de myndigheter som hittills varit inblandade har också bidragit till att skapa den långa handläggningstiden. En annan omständighet som försvårat utredningen och ökat handläggningstiden har varit att en majoritet av de asylsökande saknar identitetshandlingar. I de fall där det inte omedelbart går att fastställa den asylsökandes identitet finns det risk för att handläggningstiden förlängs ytterligare.

Slutsatser från den tredje kvalitativa delstudien

Resultatet av intervjuerna med familjerna tyder på att uppgivenhetstillstånd nästan alltid verkar ha uppstått i samband med ett första eller andra avslagsbeslut. Förvisso har en del barn mått psykiskt dåligt i hemlandet och även i Sverige haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri, några andra har levt större delen av sitt liv i olika länder då föräldrarna, efter att ha fått avslag i ett land, sökt asyl i ett annat land, vilket haft en negativ påverkan på barnens psykiska hälsa.

Att barnen visar uppgivenhetssymtom först i Sverige och i princip i förhållande till ett avslagsbeslut, att tillfrisknandet nästan alltid hänger samman med ett beviljat uppehållstillstånd samt det faktum att nästan alla andra syskon i familjerna är friska, fungerar normalt, går i skolan, idrottar eller har andra fritidsintressen och lärt sig svenska talar emot de förklaringsmodeller som pekar ut trauma som orsaken till barnens uppgivenhetssymtom. Intervjuerna som genomfördes med experter inom vården bekräftar också att syskonen (ofta yngre än det aktuella barnet) i regel är friska och opåverkade/mindre påverkade av de omständigheter som förmodas ha orsakat uppgivenhetssymtom hos de drabbade syskonen.

En annan faktor som inte bör underskattas i sammanhanget är föräldrarnas utsatthet och psykiska belastning. Av intervjuerna framgår att barnen ofta exponeras för föräldrarnas oro och sorg. En del föräldrar pratar om de mest dramatiska händelser som kan ha hänt dem eller andra i barnets bekantskapskrets, inför barnen, en del överför sin oro och sin besvikelse över att inte kunna få stanna i Sverige till barnen. Andra föräldrar påverkar barnen, om än omedvetet, med sina egna psykiska problem. Av intervjuerna med vården framgick också att man har uppmärksammat tre olika typer av reaktioner och attityder hos föräldrarna avseende behandlingen av barnen: de som engagerar sig, de som inte bryr sig och de som motverkar behandlingen. Samtidigt betonas det i intervjuerna också att en del föräldrar är mycket upptagna av sina egna problem/behov. En del andra bedöms vara kluvna inför barnens situation: å ena sidan lider de med barnen och å andra sidan försöker de att dra nytta av situationen genom ett aktivt sökande efter intyg som kan förstärka deras ställning i asylprocessen. Föräldrars ansvar i sammanhanget ska inte negligeras.

Det framgår också av intervjurens resultat att många utomstående aktörer är närvarande i familjernas liv och på ett eller annat sätt

påverkar dem och tvingar sitt perspektiv på dessa familjer. Förutom barn- och ungdomspsykiatri, barnmedicinen, olika paramedicinska grupper, socialtjänsten, advokater och migrationshandläggare finns det också de individer eller organisationer som gömmer flyktingarna eller ger råd och stöd åt de närvarande i familjernas vardag. Det stora samhällsintresset, mediabevakningen och de olika intressegrupper som har följt denna fråga tränger sig in i barnens och familjernas livsvärld och styr enligt sin agenda eller sina uppfattningar. Resultatet riskerar att bli att familjerna passiveras och blir beroende av hjälp utifrån.

Av intervjuerna med vården framgick att trots de stora insatser som barn- och ungdomspsykiatri och barnmedicinen gör för att hjälpa de drabbade barnen ger inte dessa insatser några egentliga resultat förrän uppehållstillstånd beviljas. Intervjuerna med vården bekräftar också att det många gånger är ett avslag eller en kris som utlöser uppgivenhetstillståndet. För övrigt menar man att en del barn redan har haft psykiska problem antingen före ankomsten till Sverige eller innan ett avslagsbeslut.

En viktig punkt som både offentliga biträden och handläggare på Migrationsverket pekade på är att barnens asylskäl inte alltid kommer fram vid tillfället för familjernas första ansökan, att barnen inte hörs i asylärenden och att först efter ett avslag tar familjerna upp barnens situation i asylansökan.

Offentliga biträden tar upp såväl kulturen som asylprocessen som eventuella förklaringar till förekomsten av uppgivenhetsymtom bland en del asylsökande barn. Migrationshandläggarna uppmärksammar vikten av att familjerna inte isoleras och att känslan av sammanhang i deras vardag inte går förlorad under väntetiden. Trauma lyfts däremot inte fram som förklaringsmodell av någon av intervjupersonerna.

Intervjuerna med migrationshandläggare bekräftar den bild som kom fram i litteraturstudien om asylprocessen i Norden, det vill säga att asylprocessen inte är längre eller hårdare i Sverige än i våra nordiska grannländer. Av intervjuerna framgår också hur olika aktörers särintressen i frågan kan ha betydelse för barnens och familjernas situation. Offentliga biträden betonar att de inte får tillräcklig ersättning för att kunna lägga mer tid på familjernas ärenden. Migrationsverkets handläggare påpekar att en del andra yrkesgrupper kan ha överskridit sin yrkesetik på grund av sina särintressen i frågan.

Vad har vi dragit för slutsatser av de två genomförda studierna?

Det finns inte någon enskild förklaring till den situation som har rått i Sverige beträffande en del asylsökande barn som visat uppgivenhetssymtom. Detta har visat sig av drygt ett års studier, inklusive litteraturstudier av internationella och nationella vetenskapliga och populärvetenskapliga bidrag, granskning av svensk och utländsk asylprocess, fältbesök inklusive omfattande intervjuer och litteraturstudier om de överrepresenterade ländernas politiska, sociala och ekonomiska situation, intervjuer med experter samt intervjuer med familjerna i eller utan närvaro av de drabbade barnen och deras nästan alltid friska syskon.

Något som försvårar en tillfredsställande förklaring är att det än i dag inte finns konsensus bland experter om en diagnos. Eftersom fenomenet varit sällsynt eller inte förekommit internationellt så har man inte beskrivit det i Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM).³ Även i Sverige har såväl medicinska experter som experter inom barn- och ungdomspsykiatri tillämpat olika kriterier för att bedöma om ett barn tillhör gruppen ”apatiiska barn” vilket kraftigt har minskat reliabiliteten i diagnostiseringen. De svar som kommit till oss i våra enkätundersökningar både år 2005 och 2006 tyder på en stor osäkerhet eller snarare godtycklighet i verksamheternas bedömningar om ett barn tillhör gruppen barn med uppgivenhetssymtom eller inte. I en del fall har man efter att ha rapporterat barn med uppgivenhetssymtom kontaktat oss och ”korrigerat” sin tidigare bedömning till något annat. I andra fall kan man konstatera att flera av de barn som har rapporterats till oss inte någonsin har behövt näringstillförsel, hjälp med toalettbesök eller hjälp med att ta hand om sin personliga hygien m.m., samtidigt som en del andra haft behov av hjälp med detta. En möjlig slutsats kan då vara att det har varit svårt att bedöma barnens tillstånd. Vår studie har visat att bland de barn som under åren 2003–2006 har behandlats för uppgivenhetssymtom har cirka 25–30 % endast visat något/några symtom på nivån grad I på vår funktionsnedsättnings-skala, 10–15 % visat något/några symtom på nivån grad II och den stora majoriteten (60–70 %) pendlat mellan grad I och II eller visat något/några symtom på dessa två grader under olika perioder eller samtidigt. Det råder ingen tvekan om att alla dessa barn har problem av olika slag. Men handlar det om ”uppgivenhet” om ett barn

³ Psykiatriska diagnoser är symtombeskrivningar som blivit kriterier efter överenskommelse.

visar något/några symtom av grad I på vår skala? Otydligheten är som sagt mycket stor om det över huvud taget kan handla om ett enda tillstånd. I de fall barnen har varit svårt sjuka kan det snarare ha handlat om en komplicerad symtombild med olika sjukdomstillstånd/problem (en del barn har varit mörkrädda, inåtvända och en del andra har haft ångest, epilepsi, astma, depression, mutism o.d.).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att ingen av de förklaringsmodeller och hypoteser som under senare år har presenterats av olika experter ensam kan förklara fenomenet. Alla studier hittills har bekräftat att detta är ett fenomen som är kopplat till vissa etniska grupper från vissa bestämda geografiska områden i världen. I vår undersökning har vi funnit att problemet är okänt i ursprungsländerna, både bland majoritetsbefolkningen och bland de aktuella etniska minoriteterna. Det har ibland hävdats att traumatiska erfarenheter/stress är orsaken till problemet. Detta påstående bestrids av empirin i denna studie. Förvisso kan traumatisering som en bidragande faktor, bland andra faktorer, förklara enskilda fall av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. Men denna förklaring kan inte användas för att förstå ett samhällsfenomen av den storlek som asylsökande barn med uppgivenhetssymtom utgjort i Sverige under de senaste åren.

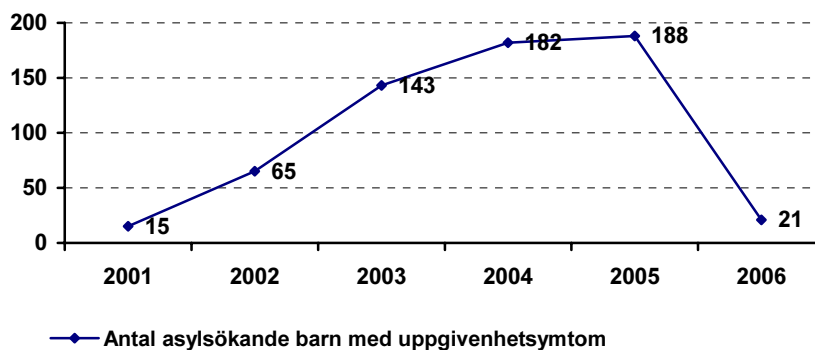
Kvar står ändå de gemensamma nämnarna, det vill säga att majoriteten av barnen kommer från före detta Sovjetunionen och före detta Jugoslavien; att alla barnen visade uppgivenhetssymtom efter år 2001; att barnens uppgivenhetstillstånd utvecklats i Sverige och att barnen varit friska såväl i sina hemländer som i de andra länder de bott i tidigare – och viktigast av allt: att den enda verkningfulla åtgärden för barnens tillfrisknande har varit ett beviljat uppehållstillstånd.

Det finns inga generella förklaringar till fenomenets uppkomst. Vi har dock kommit fram till att följande omständigheter var för sig eller i kombination kan förklara enskilda fall av barn med uppgivenhetssymtom: asylprocessen och Sveriges tidigare (före införandet av den nya instans- och processordningen den 31 mars 2006) tvetydiga hållning i hanteringen av avslagsbeslut i asylärenden; enskilda traumatiska eller stressande händelser i hemlandet eller i andra asylländer där flera familjer bott före ankomsten till Sverige och i Sverige; barnets tidigare psykiska hälsotillstånd; föräldrarnas omsorgskapacitet; manipulation och simulering; kulturella tänkesätt och beteenden. Problemet är komplicerat vilket kräver en multifaktoriell förklaringsmodell.

Förändringar över tid av antalet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom

Om man jämför statistiken över en sexårsperiod kan man konstatera att problemet började år 2001 och uppnådde sin kulmen under 2004 och 2005, för att sedan avta drastiskt under 2006.

Diagram 3.1 Förändringar i antalet fall under en sexårsperiod



Situationen för barnen under 2006

Under år 2006 genomfördes tre kartläggningar beträffande antalet aktuella barn med uppgivenhetssymtom. Samtidigt följdes statistiken särskilt upp för gruppen asylsökande barn.

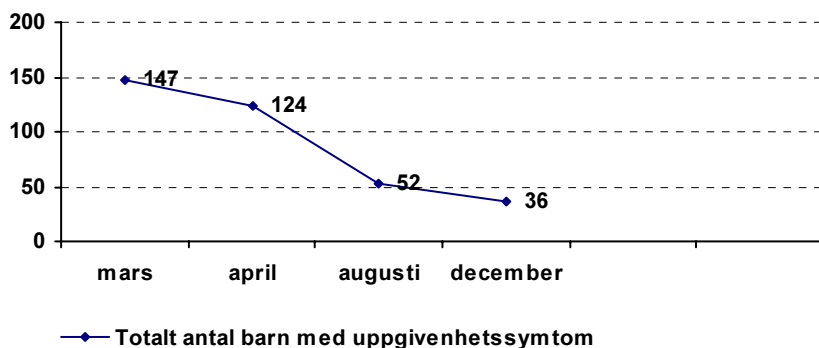
Under mars 2006 gjordes årets första nationella kartläggning i samband med redovisningen av resultatet av den kvalitativa studien. Vid tidpunkten för kartläggningen var 65 asylsökande barn och ytterligare 82 före detta asylsökande barn aktuella vid landets BUP-mottagningar (efter en uppdatering av statistiken inför publiceringen av rapport SOU 2006:49 som kom ut den 2 maj 2006 hade 23 barn inom gruppen före detta asylsökande barn med uppgivenhetssymtom tillfrisknat – en minskning på ca 28 % på en månad – och därmed blev det totala antalet för denna grupp 59). Beträffande de asylsökande barn som då var aktuella kunde man konstatera att ca 30 % kom från f.d. Jugoslavien, drygt 35 % från f.d. Sovjetunionen och ca 7 % från övriga världen – för ca 28 % av populationen saknades uppgifter om medborgarskap/etnisk tillhörighet. Vidare visade data att andelen flickor samt andelen äldre barn var större i denna kart-

läggning jämfört med den kartläggning som genomfördes i våren 2005.

I slutet av augusti 2006 genomfördes den andra kartläggningen inom ramen för årets uppföljningar av situationen för asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. Ett 50-tal svar lämnades in från hela landet. Enligt statistiken var det då 14 asylsökande barn och ytterligare 38 barn som tidigare varit asylsökande men som då hade fått uppehållstillstånd som var aktuella. Könsfördelningen var ganska jämn (antalet flickor var något fler) och majoriteten fanns inom åldergrupper 13–20. Tolv av de fjorton barnen kom från antingen f.d. Jugoslavien eller f.d. Sovjetunionen.

Vid den tredje och avslutande kartläggningen som genomfördes i månadsskiftet november/december svarade totalt 40 enheter. En del svar inkluderade resultat från flera eller alla enheter inom i ett län bl.a. svar från Stockholm, Dalarna, Gävleborg och Värmland. Data visar att i början av december 2006 var det i landet 21 asylsökande barn samt 15 barn som tidigare varit asylsökande men som nu har erhållit uppehållstillstånd som fortfarande visade uppgivenhetssymtom. Könsfördelningen är ganska jämn (12 flickor och 9 pojkar) och visar ingen större avvikelse jämfört med våra tidigare kartläggningar. Däremot visar den nya kartläggningen att andelen barn som är äldre ökat bland de asylsökande barn som visar uppgivenhetssymtom (ca 81 % av barnen är mellan 13 och 20 år gamla varav 13 barn (62 %) är mellan 13 och 15 år).

Diagram 3.2 Förändringar i antalet fall under 2006r



Avseende barnens ursprungsland visar statistiken inte heller större avvikelser: ca 38 % är från det tidigare Jugoslavien (nästan samtliga romer från Kosovo) och drygt 47,5 % från f.d. Sovjetunionen (en absolut majoritet från Kaukasus). Antalet barn från Centralasien som tidigare utgjorde ett av de största riskområdena minskade drastiskt under 2006. Vid kartläggningen i mars fanns det 2 asylsökande barn och i augusti respektive december 1 barn som kom från Centralasien. Antalet barn från Kaukasus har också minskat något, men antalet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom från f.d. Jugoslavien är högt. 3 barn kommer från övriga världen.

Barnens första kontakt med barn- och ungdomspsykiatrien har ägt rum under 2005 (cirka 20 %) och 2006 (cirka 80 %). En absolut majoritet av barnen har kommit till Sverige under 2006 eller slutet på 2005 (över 70 %) medan 5 barn (cirka 24 %) har anlänt mellan åren 2002 och 2004. Nästan hälften av barnen (10 personer) har fått ett avslagsbeslut, ytterligare 25 % har fått avvísingsbesked, medan 4 barn fortfarande väntar på ett första beslut från Migrationsverket. För 2 barn saknas uppgifter om status i asylprocessen.

Sammanfattning och blick mot framtiden

Utredningens två första forskningsrapporter (Rapport 2005:2 och SOU 2006:49) kastade ljus över flera okända områden kring fenomenet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. De viktigaste resultaten som uppnåddes i den första kompletterade rapporten var bland annat:

- Att tillhandahålla en nationell och internationell kunskapsöversikt om problemet
- Att skapa en symtombild som utgick från vårdens samlade erfarenheter
- Att samla statistiska uppgifter om antalet drabbade barn, deras härkomst, ålder, familjesituation, status i migrationsprocessen
- Att tillhandahålla en beskrivning av förändringarna/utvecklingen av de drabbade barnens tillstånd
- Att undersöka fenomenets förekomst i andra länder

Genom att följa den första rapportens resultat lyckades utredningens andra rapport fastställa att det inte fanns en ensam förklaring till den situation som har rått i Sverige beträffande asyl-

sökande barn med uppgivenhetssymtom; att varken trauma, kultur eller migrationsprocess ensamt kunde förklara fenomenet.

Lyckligtvis har vi kunnat konstatera att det totala antalet barn med uppgivenhetssymtom har minskat drastiskt under 2006 (från 147 i mars till 36 i december). Vidare har antalet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom minskat från 82 till 21 under samma period. Det finns också gott hopp om att det snart inte ska finnas barn som lider på det vis som vi har sett att en del av de drabbade barnen gjort. Sökandet efter svar får inte begränsas enbart till ett enda perspektiv – vare sig det medicinska, det psykologiska eller det sociologiska. Alla dessa perspektiv kan i varierande grad användas för att förklara enskilda fall av uppgivenhetssymtom hos barn, eftersom det inte går att komma med generella förklaringar i alla de fall av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom som förekommit under de senaste fem åren. Detta aktualiserar även betydelsen av nätverksarbetet kring asylsökande familjer – dels för att återskapa meningsfullhet i deras vardagliga tillvaro, dels för att stödja dem i krissituationer. Nätverket kan med fördel inkludera professionella och experter från dessa familjers hemländer.

Kvar står också behovet att få veta hur detta till synes unika fenomen, dvs. en epidemi av uppgivenhetstillstånd bland asylsökande barn, kunde uppstå i början av 2000-talet i Sverige för att fem år senare nästan helt upphöra. Det är med andra ord viktigt att forska vidare kring hur ett problem av denna storlek kunde uppstå så plötsligt och utan motstycke i Sverige i början av 2000-talet; vilka faktorer eller aktörer som bidrog till dess förekomst; hur det kunde upprätthållas under så lång tid och vilka faktorer som bidrog till att det upphörde. Detta för att förebygga att liknande problem drabbar barn i framtiden.

Angelägna frågeställningar inför framtida studier:

- Hur har vården (barn- och ungdomspsykiatri samt barnmedicinen) agerat vid problemets utbrott, under dess utveckling samt mot slutet; hur har vårdstrategierna sett ut i olika regioner i landet och vad har de fått för konsekvenser. Studierna hittills har vittnat om en ojämn spridning (och i en del fall ingen spridning alls) av förekomsten av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom i landets olika regioner. Till exempel har Uppsala aldrig haft några fall, i Göteborg avtog förekomsten av problemet mycket snabbt och återkom aldrig samt i Norra Sverige lyckades vården tillsammans med andra aktörer att

förebygga förekomsten av nya fall. Å andra sidan kunde man konstatera att i andra regioner, särskilt i Stockholm, har antalet asylsökande barn med uppgivenhetsymtom varit konstant högt.

- Hur har migrationshandläggares och offentliga biträdens attityder/intressen påverkat situationen?
- Hur har organisationer och myndigheter som inte är specialiserade på flyktingfrågor agerat i frågan (skolan, socialtjänsten, kyrkan, frivilliga organisationer m.fl.).
- Hur har media påverkat situationen.
- Hur har politiska partier och intresseorganisationer i samhället påverkat situationen.

4 Stöd till asylsökande barn: förebyggande strategier och samverkan

Erfarenheterna talar för att förebyggande strategier och tidig upptäckt av asylsökande barn som riskerar att utveckla uppgivenhetssymtom förutsätter samverkan mellan olika berörda samhällsinstanser. Samverkan är också en strategi för att ge stöd, vård och omsorg när asylsökande barn utvecklat uppgivenhetssymtom (Socialstyrelsen 2005). Dessa erfarenheter och angreppssätt är inte unika för arbetet med utsatta asylsökande barn, utan snarare en vedertagen metodik inom socialt arbete med barn som har en komplicerad och sammansatt problematik.

Detta har varit utgångspunkten i den del av det nationella samordningsuppdraget som handlat om förebyggande insatser, metoder för tidig upptäckt av barn i riskzonen och utveckling av samarbetsformer. I detta avsnitt redogör vi översiktligt för myndigheternas uppdrag avseende förebyggande arbete och samverkan. Med avstamp i ett teoretiskt utvecklingsekologiskt perspektiv illustrerar vi vikten av konstruktiv samverkan i nätverken runt de asylsökande barnen. Det konkreta arbetet belyses i fem exempel från olika delar av landet. Avsnittet avslutas med en sammanfattande kommentar.

Myndigheters olika uppdrag ur ett förebyggande- och samverkansperspektiv

Kring det asylsökande barnet med uppgivenhetssymtom finns många formella aktörer som har uppdrag att på olika sätt stödja, ge vård, omsorg och vägledning till barnet och familjen. Följande myndigheter och verksamheter kan vara inkopplade i arbetet med asylsökande barn med uppgivenhetssymtom: asylsjukvården, barnvårdscentralen, barn- och ungdomspsykiatri, skolan/förskolan, skolhälsovården, vuxenpsykiatri, socialtjänsten, migrationsverket, frivilligorganisationer, invandrarorganisationer m.fl.

Samverkan mellan de olika aktörerna är en nödvändighet både när det gäller att uppmärksamma barn i behov av särskilt stöd tidigt i mottagandet i Sverige, och för att insatserna ska vara till hjälp för barnet och familjen när barnet uppvisar allvarliga psykiska reaktioner. Syftet måste alltid vara att förebygga eller dämpa en utveckling mot uppgivenhet, och erfarenheten visar att det är möjligt. När problematiken med svår uppgivenhet och apati väl är etablerad hos barnet är möjligheterna till framgångsrik behandling starkt försämrade (Socialstyrelsen 2005).

Aktörerna är många och det kan vara svårt att få till stånd ett fungerande samverkansarbete. För att det enskilda barnets behov ska kunna uppmärksammas och tillgodoses krävs att någon i det formella nätverket har en helhetsbild när det gäller barnets situation. Det komplicerade sammanhang som asylsökande barn befinner sig i måste klargöras och hanteras på ett för familjen konstruktivt sätt.

Socialstyrelsen har föreslagit att Migrationsverket, kommun och landsting på en övergripande nivå bör formera en samrådsfunktion för att bättre kunna styra arbetet med asylsökande barn som löper risk att utveckla uppgivenhetssymtom. När det gäller enskilda utsatta barn bör individfokuserade nätverk formeras, dels när man identifierat barn som bedöms vara i riskzon för att utveckla ohälsa och dels när ett barn redan uppvisar symtom på ohälsa och/eller uppgivenhet och när insatser av hälso- och sjukvård eller socialtjänst är planerade (Socialstyrelsen 2005).

Huvudprincipen i all samverkan är att den sker med samtycke av den som berörs (Socialstyrelsen 2004 a). Detta är också en förutsättning för att utbyta information som annars är belagd med sekretess.

Den nationella samordnaren har i samverkan med myndigheter och andra aktörer, i seminarier runt om i landet samt när det gäller andra kunskapsspridande insatser (bl.a. skriften till skolan) framhållit vikten av förebyggande strategier och samverkan.

I det följande redogörs översiktligt för myndigheters och verksamheters olika uppdrag i förhållande till personer som är asylsökande, med fokus på det som är förebyggande och när det gäller samverkan. Tillsammans kan dessa myndigheters insatser sägas utgöra samhällets mottagande av asylsökande i Sverige.

Migrationsverket

Migrationsverket är den myndighet som har det övergripande ansvaret för att ta emot personer som är asylsökande i Sverige, enligt lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA). I praktiken innebär detta att en särskild mottagningshandläggare förordnas för den sökande, att bistå i frågor om logi/bostadsersättning, dagersättning och bistånd för särskilda behov (13 § LMA). Mottagningshandläggaren informerar också den asylsökande om samhällets stöd och om "mottagandet" i vid bemärkelse, bland annat om skola, hälso- och sjukvård. Detta gäller så länge den sökande vistas i Sverige utan uppehållstillstånd och är inskriven i Migrationsverkets mottagningsssystem och inte undanhåller sig verkställighet av ett avvisningsbeslut.

Den sökande kan välja att bo i eget boende, vilket ofta innebär att man bor hos släktingar eller vänner, eller i ett boende som anordnas av Migrationsverket, s.k. anläggningsboende. Anläggningsboendet innebär i praktiken ett boende i en lägenhet som Migrationsverket hyr i ett vanligt bostadsområde. Statistiken visar att fördelningen mellan de olika boendeformerna är jämn. Barnfamiljer bor emellertid i större utsträckning i anläggningsboende. I storstäderna Stockholm, Göteborg och Malmö finns endast eget boende.

Inom mottagningsverksamheten kallar Migrationsverket regelbundet familjen och barnet för att stämma av hur den sociala situationen är för familjen. I vissa delar av landet har man också utvecklat mottagandet av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom särskilt genom att erbjuda hembesök om familjen har svårt att ta sig till Migrationsverkets lokaler. Inom asylprövningen har praxis sedan 2004 varit att man hanterar asylärenden med barn som visar uppgivenhetssymtom med förtur, förutsatt att man får kännedom om barnets situation.

Socialstyrelsen har föreslagit att Migrationsverket bör ha rollen som Asylsamordnare för barn och familjer under asylprocessen. Enligt detta förslag bör Asylsamordnaren ha ansvar för att barnen kan komma i daglig aktivitet i skola eller förskola och att ett professionellt nätverk skapas för barn som bedöms vara i riskzonen för att utveckla uppgivenhetssymtom (Socialstyrelsen 2005).

Kommunen – Skola och socialtjänst

Skolan har en mycket viktig roll i det hälsofrämjande arbetet.¹ För de asylsökande barnen kan skolan ge stöd och struktur i en vardag som ofta präglas av osäkerhet och ovisshet. Barn som är asylsökande i Sverige har rätt till förskoleverksamhet (dvs. förskola eller familjedaghem), förskoleklass, skolbarnsomsorg (dvs. fritidshem eller familjedaghem) och den obligatoriska skolan på samma villkor som barn som är bofasta i landet (förordning (2001:976) om utbildning, förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg för asylsökande barn m.fl.). Rätten att gå i gymnasieskola eller gymnasiesärskola gäller om studierna påbörjas före 18 års ålder. Detta innebär att de asylsökande barnen ska erbjudas skolgång och stöd på samma villkor som andra barn, och att de därmed kan ha rätt till t.ex. åtgärdsprogram, studiehundledning på modersmålet och annat stöd inom skolans eller förskolans verksamhet. Staten ersätter kommunerna för asylsökande barns skolgång enligt en schablonersättning (förordning (2002:1118) om statlig ersättning för asylsökande m.fl.).

När det gäller samverkan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa ska förskoleverksamheten, skolan och skolbarnsomsorgen på socialnämndens initiativ samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Anställda inom dessa skolverksamheter är skyldiga att anmäla misstankar om att barn far illa till socialnämnden (1 kap. 2 a § skollagen).

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver enligt 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) (SoL). Det finns särskilda bestämmelser när det gäller kommunens ansvar för asylsökande, som handlar om gränsdragningen gentemot Migrationsverkets ansvar.² När det gäller samverkan ska socialnämndens insatser för den enskilde utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och föreningar (3 kap. 5 § SoL). När insatserna gäller barn ska särskilt beaktas vad hänsynen till barnets bästa kräver (1 kap. 2 § SoL).

Skyldigheten att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa gäller för barn som är asylsökande på samma

¹ Se vidare skolskriften "Skolan är det bästa jag har. Om skolans betydelse för asylsökande barns hälsa".

² Detta handlar bl.a. om att den som har rätt till bistånd enligt LMA inte har rätt till en förmån av motsvarande karaktär från kommunen (2 kap. 2 § tredje stycket SoL)

sätt som för alla barn i Sverige.³ Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att barn som far illa får stöd och skydd. En grundläggande förutsättning för att socialtjänsten ska kunna ta detta ansvar är den anmälnings- och uppgiftsskyldighet som gäller för myndigheter vars verksamhet berör barn och unga. Myndigheternas skyldighet i detta avseende regleras i lagstiftningen för respektive verksamhet, med hänvisning till socialtjänstlagen.

Hälso- och sjukvården

I en överenskommelse mellan staten (Utrikesdepartementet) och Sveriges Kommuner och Landsting åtar sig staten att ersätta landstingen för den vård som ges till asylsökande.

Barn som är asylsökande i Sverige har rätt till hälso- och sjukvård på samma villkor som bofasta barn. Asylsökande över 18 år har i regel endast rätt till ”vård som inte kan anstå”, men enligt överenskommelsen från år 2006 bör landstinget erbjuda föräldrabehandling i de fall det är nödvändigt för barnets vård inom barn- och ungdomspsykiatri. Landstinget ska också erbjuda samtliga asylsökande ett hälsosamtal (Landstingsförbundet, Utrikesdepartementet 2006).

I frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa ska socialnämnden ta initiativ till att hälso- och sjukvården samverkar med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. För bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnd att ett barn kan behöva samhällets skydd hänvisas till 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (hälso- och sjukvårdslag (1982:763) 2 f § samt liknande skrivning i 2 kap. 1 a § och 2 § tredje stycket lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område).

³ Med ”barn som far illa” avses barn som inte får sina behov tillgodosedda inom familjen (Socialstyrelsens ”Strategi för samverkan i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa”). Missförhållanden i hemmet kan bl.a. vara fysisk eller psykisk försummelse, dvs. när den som vårdar barnet aktivt eller passivt försummar att tillgodose barnets grundläggande behov (enligt prop. 2002/03:53. s. 47 f).

Sekretess

Samverkan mellan myndigheter kräver att man hanterar frågor om sekretess mellan de olika myndigheterna och i vissa fall mellan olika verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet. Bestämmelser om detta finns i lagstiftningen för respektive verksamhet.⁴ Som huvudregel gäller dock inte sekretess mot den enskilde själv, vilket innebär att den enskilde själv kan bryta sekretessen genom att lämna samtycke till detta (14 kap. 4 § sekretesslagen). Utan den enskildes samtycke kan uppgifter som är belagda med sekretess endast lämnas ut om det finns lagbestämmelse som bryter sekretessen. En sådan bestämmelse är plikten för anställda inom verksamheter som rör barn att anmäla misstankar om att barn far illa. Bestämmelser om detta, med hänvisning till socialtjänstlagen (14 kap. 1 §), finns bland annat i skollagen och hälso- och sjukvårdslagen (som omnämns ovan).

Ett utvecklingsekologiskt synsätt

Urie Bronfenbrenner (1979, 2005), amerikansk barnpsykolog, är en av de främste företrädarna för utvecklingsekologin. Enligt denna teoribildning ses utvecklingsförloppet som en produkt av samspillet mellan den växande individen och den ständigt föränderliga miljön. Barnets subjektiva upplevelse av sammanhanget är viktig. Miljön kan delas in i ett antal system på olika nivåer runt individen; mikrosystem, mesosystem, exosystem och makrosystem.

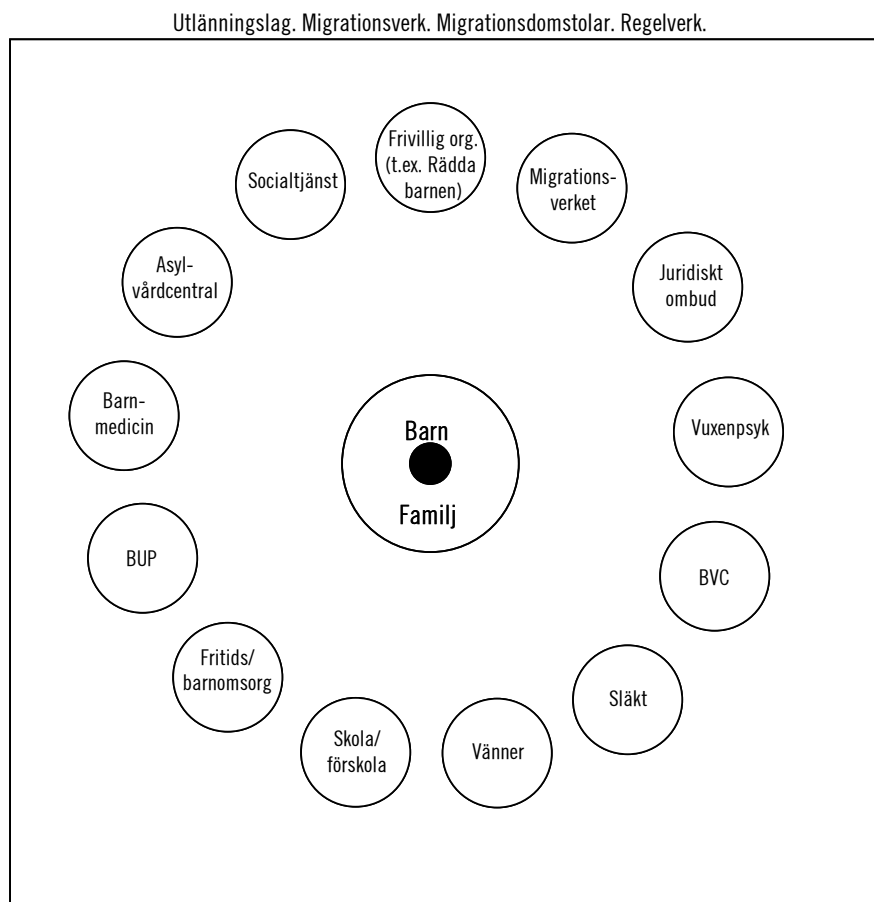
På en övergripande nivå, makronivå, påverkas barn och föräldrar av de regelverk som gäller för asylsökande. Utlänningslagen, liksom Migrationsverkets och migrationsdomstolarnas tillämpning av lagen som har en avgörande betydelse för barn och föräldrar i asylprocessen. Miljön i boendet, föräldrarnas situation i SFI-undervisningen och i den organiserade verksamheten påverkar indirekt barn och föräldrar i väntan-situationen (exempel på exosystem).

Konstruktiv samverkan mellan de olika inblandade aktörerna (mesosystemet) runt barnet och familjen och minimering av konflikter i denna samverkan gynnar barnets välbefinnande och utveckling. Viktiga framgångsfaktorer som brukar nämnas är organisation, form och struktur för samverkan på alla nivåer inom

⁴ En mer detaljerad redogörelse för detta finns i Socialstyrelsens Meddelandeblad, allmänna råd (SOF 2003:16) samt i Socialstyrelsens handbok "Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn".

verksamheterna i syfte att skapa samsyn, förståelse och fungerande rutiner i arbetet.

Figur 4.1 Aktörerna kring barn och familj i Sverige, samt det övergripande makrosystemet

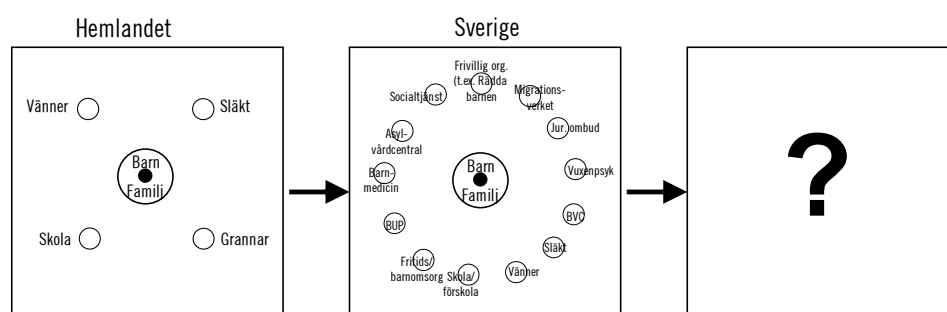


Figuren tydliggör det stora antalet aktörer i Sverige runt det sjuka barnet och för familjen.

När man anlägger det utvecklingsekologiska perspektivet på situationen för asylsökande barn med uppgivenhetsymtom i Sverige, blir det tydligt att det krävs kunskap om och förståelse för det större sociala sammanhang som omger/omgav barnet och familjen, både i Sverige och i hemlandet. Den asylsökande familjen

befinner sig i en utsatt situation separerad från sin sociala och kulturella kontext i hemlandet. I Sverige fortsätter ofta ”uppbrotten” genom att de asylsökande familjerna kan flytta mellan olika kommuner eller mellan olika delar av storstaden. När familjen väljer att flytta kompliceras arbetet. Uppbyggnaden av konstruktiva samverkande nätverk såväl på organisationsnivå som på tvärprofessionell nivå rent generellt försvåras, samtidigt som samverkan/samordning av insatser mellan olika instanser för att få dessa ”att dra åt samma håll” är av avgörande betydelse i arbetet.

Figur 4.2 Nätverk kring barnet och familjen i hemlandet, i Sverige och i en oviss framtid (exemplet är ett barn och föräldrar där barnet varit friskt i hemlandet)



Figurerna väcker frågor om skillnaden i nätverk i hemlandet och i Sverige, om hur det stora antalet aktörer i Sverige påverkar barnet och familjen. Att förstå de olika aktörernas uppdrag är inte bara komplicerat för de samverkande myndigheterna utan i synnerhet också för barnet och föräldrarna.

Exempel på förebyggande strategier och samverkan

Vi har valt att belysa det praktiska arbetet med förebyggande strategier och samverkan i fem konkreta exempel. I exemplen fokuseras olika aspekter och beskrivningarna är översiktliga. Exemplen har valts ut dels utifrån Migrationsverkets översyn av mottagningsverksamheten, där man kartlagt mottagningsarbetet med barn, men också utifrån dokumenterat samverkansarbete inom barn- och ungdomspsykiatri. Vi har också valt att belysa ett unikt

projekt där frivilligorganisationer ger stöd till asylsökande barn, Barn i Väntan.

Struktur och etablerade kontakter i Malmö

I den nationella statistiken har förhållandevis få asylsökande barn i Malmö visat uppgivenhetssymtom. Förklaringarna till detta är sannolikt flera, men myndigheterna tror själva att den utvecklade samverkan ger asylsökande barn och familjer ett stöd i den ofta psykiskt påfrestande asylprocessen.

I Malmö har mottagandet av asylsökande utformats utifrån de asylsökandes behov av information och stöd. I lokal samverkan erbjuder staden och andra ansvariga myndigheter en introduktionsvecka för alla nyanlända asylsökande i kommunen, där Migrationsverket, stadens invandrarservice, skolan, flyktinghälsan, Barn i Väntan m.fl. informerar om sina verksamheter.

När det gäller barn har samverkan byggts upp, i ett första led mellan Migrationsverket, skolan och Flyktinghälsan (primärvården), för att man ska kunna uppmärksamma utsatta barn tidigt och hantera situationen tillsammans. De ansvariga myndigheterna har ansträngt sig för att lösa problem på ett flexibelt sätt och så långt som möjligt tillmötesgå familjernas behov. Genom en ständigt pågående dialog mellan nyckelpersoner i de olika verksamheterna har man etablerat en struktur för samverkan. Rutinerna är kända, liksom personerna och deras uppdrag. Skolan har en nyckelroll när det gäller att tidigt se och uppmärksamma barn i behov av särskilt stöd.

När en asylsökande familj anländer till Malmö ser rutinerna ut så här. Migrationsverkets mottagningshandläggare för barn, s.k. barnhandläggare, träffar alla nyanlända barn och föräldrar på enheten. Man är mycket angelägen om att barnet ska vara med på det första mötet. Om det inte är det bokar man en ny tid för att träffa barnet. Efter samråd med föräldrarna anmäler Migrationsverket barnet till skolan. Kommunen har två samordnare som arbetar med planeringen av de nyanlända barnens skolgång och placeringen i skolan, en handläggare arbetar med grundskolan och en med gymnasieskolan. Kommunen skickar sedan en kallelse till föräldrar/barn. Om barnet inte kommer till skolan efter två kallelser kontakter samordnaren Migrationsverket, som i sin tur kallar familjen för att höra varför barnet inte kommit till skolan. De flesta föräldrar vill

att barnen så snabbt som möjligt ska börja skolan. Familjerna behöver emellertid hjälp med kontakter för att det ska kunna ske så smidigt och snabbt som möjligt. Detta leder i Malmö till att så gott som alla barn börjar skolan. Mottagningshandläggaren på Migrationsverket förmedlar också kontakt med flyktinghälsan så att familjen kan erbjudas ett hälsosamtal. Om familjen/barnet inte kommer till hälsosamtalet kontaktas barnhandläggaren som kontaktar familjen angående detta.

I ett andra led, i de fall det är nödvändigt, har de olika myndigheterna också kontakt med barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten. Dessa har också ett bra samarbete med skolan. Om man befärdar att barn far illa gör antingen skolan eller Migrationsverket själva anmälan till socialtjänsten, eller så gör man anmälan tillsammans, beroende på situation.

Migrationsverket erfar att svårigheter i samverkan kan uppstå när de samverkande instanserna inte har kunskap om varandras uppdrag. Utan denna kunskap finns det en risk att man motarbetar varandra, vilket i förlängningen kan skapa felaktiga förväntningar hos de asylsökande föräldrarna och barnen. De gånger man stött på problem i samverkan har det handlat om att de samverkande myndigheterna inte har haft kunskap om Migrationsverkets uppdrag. Detta har försvårat samarbetet som då blivit ”stelt” och ”känsligt”.

Projekt: Barn i väntan

Barn i väntan (BiV) är ett pedagogiskt program som ska ge stöd till barn i asylprocessen. Det är ett samprojekt mellan Individuell Människohjälp och Svenska kyrkan. Projektet delfinansieras med medel från Allmänna Arvsfonden och påbörjade sin verksamhet i Malmö och Lund år 2005.

Föräldrarna kan komma i kontakt med verksamheten genom t.ex. Migrationsverket eller barn- och ungdomspsykiatri. Projektet informerar också om sin verksamhet i det generella introduktionsprogrammet för nyanlända som finns i Malmö. Kontakter och samverkan med olika myndigheter är en självklar del i den verksamhet man bedriver. Det krävs för att kunna rekrytera barn till projektet, men betraktas också som en förutsättning för att kunna stödja barnen på ett konstruktivt sätt.

Initiativtagarna fick idén till projektet efter att ha träffat många barn som befann sig i väntan i asylprocessen. En erfarenhet var att barnen lätt blir osynliga, att man sällan talar *med* barnen utan snarare *om* dem. Ambitionen och viljan var att stödja barnen. Så här beskriver en av initiativtagarna barnens situation:

Situationen är ofta mycket oklar för barn som kommer hit med föräldrar som söker asyl. Min erfarenhet är att de inte alltid "vet" att familjen är asylsökande. De önskar, liksom de allra flesta barn gör, att få vara som alla andra. Och tvärtemot vad man skulle kunna tro så talar inte de asylsökande barnen med varandra i till exempel skolan om sina erfarenheter. I BiV kan barnen dela erfarenheter, se att de inte är ensamma om att vara i asylsituationen och få hjälp att hantera sin vardag.

Ett annat syfte är att ge barnen kunskap om asylprocessen. Att ständigt hålla barnperspektivet levande och avhända barnet ansvar är en professionell utmaning anser initiativtagarna:

De flesta av barnen tror att de kan påverka familjens möjlighet att få stanna i Sverige. Men vi arbetar med att förmedla att det är de vuxnas ansvar. Det är de vuxna som har valt att ta sig till Sverige och barnen kan bara följa med. Barnen kan uttrycka att "vi är våra föräldrars resväskor".

BiV är ett pedagogiskt program med en tydlig struktur.⁵ Barnen träffas i grupp en gång i veckan under en 16-veckorsperiod. Två gruppleddare håller i verksamheten. Utifrån olika teman, som till exempel känslor, tiden innan flykten, familjen, asylprocessen, samtalar man och har pedagogiska och kreativa övningar. Föräldrar och syskon erbjuds också viss verksamhet under tiden barnen deltar i grupperna. Programmet avslutas med ett knytkalas för barnen och deras familjer. Barnen får ett diplom för sitt deltagande. I projektets egna utvärderingar uttrycker föräldrarna att barnen mår bättre, vilket även föräldrarna gör. Verksamheten utvärderas för närvarande av en utomstående person.

⁵ Mer information om BiV:s program, verksamhet och kontaktuppgifter finns på webbplatsen: www.biv.nu.

Samverkan och helhetstänkande i Gällivare-Kiruna

I Gällivare-Kiruna har intensiv samverkan varit grunden för vård och stöd till utsatta asylsökande barn. Så här sammanfattar barn- och ungdomspsykiatrien situationen och den process man gått igenom (Kjellberg 2005):

I början av 2000-talet ställdes Sverige inför ett nytt problemområde: asylsökande barn och ungdomar med uppgivenhetssymtom, från allmän passivitet till svår apati. Ingen i landet verkade sitta inne med goda lösningar. På BUP i Gällivare-Kiruna trevade vi oss fram, försökte göra det vi bedömde var bäst för barnen, och dra lärdom av erfarenheterna. Successivt har trycket mot mottagningen lättat. Antalet barn som uppvisar allvarliga uppgivenhetssymtom har minskat drastiskt. Och inga nya fall har tillkommit under den senaste åtta-månadersperioden.

Utgångspunkten för att hantera den svåra och nästan kaotiska situationen, där i ett skede 25 procent av barn- och ungdomspsykiatriens platser upptogs av asylsökande barn, var ett fast forum för samverkan mellan olika myndigheter i samhället. I detta nätverk, som fortfarande är verksamt, ingår migrationsverket, flyktingmedicinska enheten, socialtjänsten, skolan, vuxenpsykiatrien och barn- och ungdomspsykiatrien.

En central faktor i arbetet är att alla inblandade myndigheter ska fokusera det egna uppdraget och inte lägga sig i andras ansvarsområden. Nätverkets arbete syftar därför till att:

- tydliggöra vilka insatser som behövs
- insatserna ska kunna sättas in snabbt och enkelt
- minimera konflikter mellan de olika professionerna

Vid nätverksmötena diskuteras övergripande frågeställningar om stöd, vård och mottagande av de asylsökande barnen och familjerna och de problem som kan finnas. Vad kan barn- och ungdomspsykiatrien göra, vilka ska remitteras dit, och vad kan socialtjänsten göra? Migrationsverket har kunnat uppmärksammas på vilka ärenden som behöver hanteras med förtur. Enskilda familjers problematik diskuteras dock inte i detalj utan att familjen själv varit närvarande.

Nätverket träffas en gång i månaden. Det är den flyktingmedicinska enheten som är sammankallande och som på många sätt har en central funktion i arbetet. Man har ett gemensamt synsätt inom landstinget om hur man ska bemöta barnens problematik. Så långt

det är möjligt håller flyktingmedicinska enheten i kontakterna med familjen och barn- och ungdomspsykiatri och barnmedicinskliniken kopplas in när det behövs.

Sedan man utvecklat nätverksarbetet har antalet barn som behöver remitteras till barn- och ungdomspsykiatri (såväl för uppgivenhetssymtom som för andra svårigheter) minskat kraftigt. Man har också erfaren att det går att hjälpa barn att tillfriskna utan uppehållstillstånd, något som man tidigare inte trodde var möjligt. Så här kommenterar en överläkare vid den barnmedicinska kliniken vården och samverkan (Kjellberg 2005):

Jag har märkt att det ofta är nödvändigt att ha med många olika typer av personal eller yrkesgrupper, vid samtalen. Det är ofta så oerhört komplicerade förhållanden som måste hanteras på något sätt, för att barnen ska kunna ha det hyggligt bra. Det har också blivit lugnare för oss när vi alla är mer klara över våra olika roller och att vi har en klar ansvarsfördelning.

En sjuksköterska vid den flyktingmedicinska enheten uttrycker sina erfarenheter så här (Kjellberg 2005):

Min första tanke när du frågar om vad som är viktigast vid behandling av asylsökande barn med uppgivenhetssymptom blir: *samarbete och öppna kort*. Alla som har med familjen att göra är med – inte varje gång men tillräckligt för att alla ska veta vad som händer och vad andra gör. Alla har sin egen sanning. På detta sätt undviks missförstånd.

Levande samverkansprocess i Södermanland

Migrationsverket i Flen, som har hela Södermanland som upptagningsområde, har sedan några år tillbaka utvecklat sin samverkan kring asylsökande barn och familjer. Arbetet fick en extra skjuts efter ett samprojekt med barn- och ungdomspsykiatri.

Utifrån erfarenheterna av detta projekt och andra utvecklingsarbeten på myndigheten om att integrera barnkonventionen i verksamheten, inrättades en tjänst som mottagningshandläggare med särskilt ansvar för barn- och familjefrågor. Denna handläggare har inte några egna ärenden utan fungerar som ett stöd till de övriga mottagningshandläggarna. Samverkan är en prioriterad och självklar del av mottagningsverksamheten.

På en övergripande generell nivå har man återkommande kontakter och möten med socialtjänsten, skolan och landstinget, och ibland även med barn- och ungdomspsykiatri. Strukturen för

detta ser olika ut i de olika kommunerna, men mötena syftar till att utifrån övergripande frågor om mottagandet skapa en öppen dialog och förtroende mellan de samverkande parterna. I detta övergripande samarbete inbjuds Migrationsverket också till de olika verksamheterna för att informera om sin verksamhet och om asylsökande barns situation generellt, och dörren hos Migrationsverket är öppen för studiebesök, vilket upplevs vara ett bra sätt att närma sig och lära känna varandras verksamheter.

Med Flyktingcenter, den enhet inom primärvården som kallar och genomför hälsosamtal med de asylsökande som är nyanlända, har man ett nära och regelbundet samarbete. Flyktingcenter i Flen samordnar och vidarebefordrar information till primärvården i hela Södermanland om nyanlända som ska erbjudas hälsosamtal, och har på så sätt en nyckelroll i mottagandet.

När det gäller samverkan i ett enskilt ärende så byggs nätverket utifrån de händelser och behov som finns. Den myndighet som uppmärksammar problemen försöker först hantera frågan. I nästa skede kan Migrationsverket komma in i förstärkt samverkan utifrån sitt uppdrag. Det kan till exempel handla om att skolan uppmärksammar Migrationsverket på att ett barn börjar bli utagerande. Då kan Migrationsverket i ett första skede buffa tillbaka ansvaret till skolan, utifrån att mottagningshandläggaren vet att föräldrarna tidigare uttryckt oro eller haft frågor kring sin föräldraroll, och föreslå att skolan kallar in föräldrarna till ett samtal. Om föräldrarna inte kommer till detta möte eller är allmänt avvisande till skolans initiativ kan Migrationsverket i sin tur kalla föräldrarna för att gå vidare.

Inom detta samarbete måste man självklart hantera frågor om sekretess. Erfarenheten är att familjerna i de flesta fall gärna ger sitt medgivande till att sekretess bryts, om det är nödvändigt. Familjen upplever ofta en trygghet i att flera, t.ex. Migrationsverket, känner till och kan hjälpa i en svår situation. Men det är inte nödvändigt att bryta sekretessen för att kunna samverka.

Andra insatser som Migrationsverket kan sätta in i förebyggande syfte är stödsamtal, hembesök och särskilda insatser. Det kan handla om att ge extra bidrag till träning, om det bedöms kunna hjälpa utsatta ungdomar. Mottagningsenheten har som mål att träffa familjen minst var tredje månad, och att barnen ska vara med. Om barnen inte är med kallar man till ett nytt möte.

Vad är vinsterna med samverkan och vad är svårt? Genom ett bra samarbete med de olika aktörerna kring familjen är det lättare att se

barns problem tidigt och göra något åt det. När barnet och familjen blir sedda och tagna på allvar blir också föräldrarna lugnare. De blir bekräftade och får förtroende för de personer och myndigheter som kan ge stöd.

En bra samverkan utgår från en långsiktig strategi. I Flen beskrivs samverkansarbetet som en levande process som präglas av en öppenhet för kontakter och en vilja att hitta lösningar. Det kritiska skedet infinner sig ofta i uppföljningsarbetet av svåra ärenden. Erfarenheten är att man ibland släpper för tidigt eller vill lägga ansvaret i någon annans knä. Detta har man i vissa fall löst med gemensamma insatser, t.ex. genom att göra hembesök tillsammans. En annan svårighet är när man gör olika bedömningar i ett enskilt ärende. Då gäller det att vara försiktig och nyanserad i sina synpunkter och förhålla sig professionellt. Och det är här som goda relationer mellan de samverkande myndigheterna är ovärderliga.

Ett brett perspektiv på samverkan i Boden

I Boden har man sedan ett antal år ett nätverk med de professionella aktörer som finns runt barnet och den asylsökande familjen. I det ingår Migrationsverket, barn- och ungdomspsykiatri, flyktinghälsovården, socialtjänsten, vuxenpsykiatri och skolan.

Idén till nätverket kom ursprungligen från socialtjänsten. Man upptäckte att en och samma familj kunde ha stöd och insatser av olika myndigheter, alla arbetade på sitt sätt utan att samordna insatserna. Nätverket skapades för att optimera insatserna utifrån barnets/familjens behov. Tanken är att man tillsammans ska bedöma vilken myndighet som bör gå in med insatser i ett enskilt ärende. På så sätt kan utsatta familjer i behov av stöd och hjälp identifieras snabbt, och insatserna ska också kunna komma utan fördröjning. Skolan har här en mycket viktig roll i nätverket eftersom man har en god kännedom om barnet i vardagen och om situationen innan den blir akut.

Nätverket träffas en gång i månaden. Ibland har man längre träffar för att fördjupa sig i särskilt angelägna frågor. Mötena är vanligtvis förlagda till barn- och ungdomspsykiatriens lokaler. Nätverksmötena har två delar. Den första delen är allmän information, där de olika myndigheterna har stående punkter. Migrationsverkets information kan handla om ändringar i lagar och praxis, inströmningen av asylsökande osv. Denna del är viktigt för att deltagarna

ska få en större kunskap om varandras professioner och roller. Den andra delen av nätverksmötet handlar om enskilda ärenden.

De svårigheter man möter i nätverksarbetet handlar om hur man hanterar sekretessen. I dag finns ingen formalia kring detta, dvs. man kommer överens muntligen i varje enskilt ärende. Det som sägs i nätverksmötena om enskilda ärenden dokumenteras heller inte i protokollet, utan varje myndighet för in det som är viktigt i sin dokumentation.

Alla asylsökande familjer informeras av Migrationsverket när de skrivs in om att de kommer att kallas till ett hälsosamtal. Flyktinghälsan (primärvården) kallar så snart som möjligt och i detta prioriteras barnfamiljerna. I hälsosamtalet tar man särskilt upp preventiva aspekter för att barnen ska må bra, t.ex. vikten av förskola och skola, och att barnen har något att göra på fritiden. Sjuksköterskan som genomför hälsosamtalet tar god tid på sig för att få en så bra bild som möjligt av familjens situation och vilka eventuella behov av stöd man har. Om det visar sig att det finns behov kan nästa steg vara att träffa föräldrar och barn tillsammans med en skolsköterska, eller om behovet är större, tillsammans med barn- och ungdomspsykiatrien.

Flyktinghälsans erfarenheter utifrån arbetet med barnen med uppgivenhetssymtom är att man måste vara tydlig med vad som gäller, både i samarbetet mellan de inblandade myndigheterna och i kommunikationen med familjen. Att socialtjänstens handläggning, när det är aktuellt, kan ske skyndsamt är angeläget. Tidiga insatser i hemmet med stöd till hela familjen är ett vanligt behov hos familjerna. Man arbetar aktivt för att inte ta över föräldrarnas eget ansvar för familjens situation.

Nätverksarbetet har varit fruktsamt. Ett konkret resultat är att kostnaderna för vården har minskat. Nätverket har också kunnat initiera andra samarbetsprojekt. Ett exempel på detta är att Migrationsverket och barn- och ungdomspsykiatrien har provat att samarbeta i två ärenden där familjerna återvände till hemlandet. Barn- och ungdomspsykiatrien var med och hjälpte till att ställa barnets frågor till föräldrarna och till migrationsverkets handläggare, om vad som skulle hända när de kom hem, hur man skulle resa, var man skulle bo osv. När föräldrarna fick höra och svara på barnets oroliga frågor kunde de ge en mer nyanserad bild om vad som skulle hända. På så sätt blev situationen mer förutsägbar för barnet.

Socialtjänsten och skolan har haft ett särskilt projekt med en föräldrautbildning för asylsökande familjer där man tidigt kunde se att det fanns behov av stöd. Syftet med utbildningen var att utifrån ett salutogent perspektiv ge föräldrarna kunskap om friskfaktorer för barn och vuxna under asylprocessen, och hur man kan förhålla sig som förälder. Betydelsen av struktur och fasta rutiner i vardagen lyftes fram. I den ofta ansträngda situationen där många föräldrar sviktar i sin psykiska hälsa och omsorgsförmåga om barnen har det upplevts som positivt att fokusera på att föräldrarna genom att upprätthålla en struktur i vardagen kan ge sina barn ett bra stöd.

Utöver samverkan i nätverket träffar Migrationsverket också socialtjänstens individ- och familjecentral för att diskutera gränsdragningar mellan myndigheternas insatser. Detta brukar ske varje kvartal. Man har också en s.k. tvärgrupp, där också frivilligorganisationer, biblioteket och andra organisationer/föreningar ingår. Gruppen träffas varje månad för att informera och diskutera generella frågor. Ett övergripande syfte är att öka kunskapen om asylprocessen och om olika professioners uppdrag.

Särskilda förutsättningar för stöd till utsatta asylsökande barn

Samhället har samma ansvar att förebygga psykisk ohälsa och att samverka kring utsatta asylsökande barn som för barn som är bofasta i landet. De praktiska förutsättningarna för detta är emellertid annorlunda utifrån barnens och föräldrarnas status som asylsökande. Detta innebär särskilda påfrestningar för de sökande själva, och ger samhällsinstanserna som ska ge stöd, vård och omsorg delvis speciella förutsättningar att förhålla sig till och arbeta utifrån. Hur kan man stödja barn och familjer vars framtid man vet så lite om?

I flera av exemplen från olika delar av landet har man byggt upp strukturen för samverkan på ett likartat sätt. I första ledet finns de myndigheter som samtliga asylsökande barn kommer i kontakt med – migrationsverket, vårdcentralen (ofta en specialiserad "asylhälsovårdsmottagning") och skolan/förskolan. Genom väl utarbetade rutiner säkerställs att barnen och föräldrarna kallas till skolan och kan genomgå hälsosamtal. Att detta fungerar är viktigt grund. I nästa skede, om det finns anledning att oroa sig för barnets hälsa eller situationen i övrigt, finns rutiner för hur andra

stödande verksamheter, som t.ex. barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten, kan kopplas in i arbetet. I Malmö och i Södermanland fungerar Migrationsverket som en ”extra garant” och samordnare i dessa kontakter. I Boden och Gällivare, träffas hela nätverket mer kontinuerligt vilket underlättar kontakterna. I samtliga exempel betonas skolans centrala roll när det gäller att tidigt se och kunna signalera om ett barn mår dåligt. Det är emellertid av stor vikt att man i skolan känner till vilka myndigheter och kontakter man kan vända sig till om familjen behöver extra stöd.

Migrationsverket har det övergripande ansvaret för mottagande, boende och uppehälle under asylprocessen, och är därför en central myndighet för den asylsökande. Mottagningshandläggaren på Migrationsverket har uppdaterad kännedom om var den asylsökande bor och var i asylprocessen ärendet finns. Att Migrationsverket ingår i vissa delar av samverkan är självklart och nödvändigt för att klargöra gränsdragningar i ansvar mellan myndigheter utifrån de regelsystem som gäller för asylsökande, både avseende mottagandet och asylprövningen. Erfarenhet visar att osäkerheten i dessa formella ansvarsdelar försvårar samverkan. Det kan också skapa konflikter mellan myndigheterna vilket ytterst riskerar att drabba dem samverkan ska hjälpa – barnen och föräldrarna.

Hälsosamtals betydelse uppmärksammas också i de olika exemplen. Att de får ta tid och genomförs med hela familjen och att barnens situation uppmärksammas, ses som väsentligt. I t.ex. Gällivare har flyktinghälsan en central roll i samverkan inom landstinget genom att man i så lång utsträckning som möjligt fungerar som plattform för vårdinsatserna.

Statistiken visar att asylsökande barn är överrepresenterade i barn- och ungdomspsykiatri i jämförelse med barn som är bofasta i landet. Erfarenheterna visar emellertid att asylsökande barn kan behöva annat stöd, och i ett tidigare skede, än vad den barn- och ungdomspsykiatriska vården traditionellt kan ge. Detta har Barn i Väntan tagit fasta på och byggt upp en pedagogiskt program för att hjälpa barn att hantera asylsituationen. Detta är ett positivt exempel på att frivilligorganisationer på ett tidigt stadium kan stödja asylsökande barn. Behoven inom detta område är stora.

Med utgångspunkt i ett utvecklingsekologiskt perspektiv synliggörs barnets behov av samband mellan relationer på olika nivåer, och en minimering av konflikter i nätverket, som väsentligt för barnets välbefinnande och utveckling. Komplexiteten i sammanhanget kring de asylsökande barnen och föräldrarna gör det svårt

att få en helhetsbild av situationen. Det stora antalet aktörer som vanligtvis finns kring asylsökande barn med uppgivenhetssymtom kan i sig skapa en osäkerhet för barnen och föräldrarna. Att hantera detta på ett konstruktivt sätt är en av de största utmaningarna i samverkansarbetet.

5 Slutdiskussion

Efter drygt två år av intensivt arbete kring fenomenet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom kan vi nu, i december 2006, konstatera att det finns 21 asylsökande barn och 15 tidigare asylsökande som fortfarande är aktuella hos landets olika barn- och ungdomspsykiatriska enheter för sina uppgivenhetssymtom. Bara för ett år sedan var det totala antalet aktuella barn fem gånger så stort och för drygt ett halvt år sedan 3,5 gånger så stort. Statistiken visar också att spridningen av fall över landet under hela perioden problemet har bestått har varit mycket ojämn. Det största antalet fall har funnits i Stockholm (cirka en tredjedel av fallen) medan andra delar av landet inte haft några eller mycket få fall.

Denna utveckling är självklart glädjande för oss i den nationella samordningen, liksom för alla som på olika sätt arbetat med och engagerat sig i att stödja och hjälpa barnen och deras familjer. Vi menar att den positiva förändringen avseende barnens situation är ett bevis på att mångas arbete och engagemang i denna fråga varit av mycket stor betydelse. Ännu har vi dock ingen tydlig kunskap om vad som skapade den synnerligen allvarliga situationen med drygt 400 barn som uppvisade olika former av uppgivenhetssymtom. Många frågor kvarstår för forskningen. Utvecklingen måste följas innan det är möjligt att göra analyser i backspegeln. Den dramatiska minskningen av fall tycks tyda på att fenomenet snart helt har upphört i vårt land.

Vår slutsats är därför att vi inte kan lägga några förslag till åtgärder. Fenomenet är i det närmaste över och vi har ännu inte tillräcklig kunskap om varför det uppstod och avtog.

Vi ska avslutningsvis bredda diskussionen och reflektera utifrån våra sammantagna erfarenheter.

Barnperspektivet

En reflektion som bör göras är på vilket sätt principen om barnets bästa har beaktats av olika aktörer. Enligt huvudprinciperna i FN:s konvention om barnets rättigheter har alla barn samma rättigheter och samma värde. Barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn. Barn har rätt att överleva, leva och utvecklas. Barn har rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som rör honom eller henne.

Ett komplicerande faktum är att barnen med uppgivenhetssymtom slutar kommunicera, skärmar av i kontakten och stänger av omvärlden. Det är en del av själva problembilden. Återstår gör då för omvärlden att tolka vad barnets reaktioner är ett uttryck för. Självklart är det i första hand föräldrarna som blir barnens ombud och uttolkare. Vi kan också konstatera att många andra aktörer i samhället, inom vården, politiken, olika myndigheter och intresseorganisationer, har varit aktiva när det gäller att tolka barnens reaktioner och ge förslag på hur situationen bör hanteras. Detta är emellertid en bekymmersam situation ur rättssäkerhetssynpunkt för det enskilda barnet. Separerade från sitt sociala sammanhang i hemlandet, i en asylprocess i ett nytt land, är både barn och föräldrar ytterst utsatta.

Utifrån det faktum att barnen tillsammans med sina föräldrar är asylsökande i Sverige, att insjuknandet ofta sker i samband med avslag på ansökan om uppehållstillstånd, samt att uppehållstillstånd i de flesta fall är en förutsättning för att barn ska tillfriskna, bör en fråga ställas och analyseras vidare: lägger den svenska asylprocessen, med dess lagar, praxis, strukturer och med de olika attityder och förhållningssätt med vilka de asylsökande familjerna bemöts, ett indirekt ansvar på barnen?

Statistiken har visat att det i de flesta fallen har handlat om det äldsta syskonet som visat uppgivenhetssymtom. Vi bör fråga oss varför de äldsta barnen reagerar på detta sätt. Vi måste också förhålla oss till att barn i vissa kulturer (barnen med uppgivenhetssymtom lever ofta i en holistisk kultur där det ställs krav på individen att offra sig, sitt liv, sina intressen och rättigheter för familjen/gruppen) kan åläggas ett stort ansvar för att hjälpa sin familj och för hur de yngre syskonen mår.

Detta är en stor och övergripande frågeställning som det ur ett barnrättsperspektiv är ytterst angeläget att gå vidare med.

De asylsökande barnen med uppgivenhetssymtom och deras familjer har i många avseenden betraktats som passiva offer i en utsatt livssituation i vårt land, som därför ska bemötas med barmhärtighet. Kanske är detta en orsak till att frågan om malivering och sekundärvinster, som det har uttryckts i medicinska sammanhang, väckt så starka känslor och skapat så hårda motsättningar mellan olika experter i den offentliga diskussionen. Under hela samordningsuppdraget har detta varit den mest brännande frågan. Vi bör ställa oss frågan varför, och om detta påverkat möjligheten till förståelse av situationen, också för enskilda barn. Ytterst handlar detta på olika sätt om barns utsatthet i sina familjer och familjers utsatthet i samhället. Komplexiteten i dessa frågor ska man ha respekt för. Respekten får emellertid inte leda till att barnens rättsäkerhet, rätt till trygghet och rätt till hälsa, på ett allvarligt sätt äventyras.

Konstruktiv samverkan

Utgångspunkten i samordnarens arbete med förebyggande strategier och samverkan har varit att detta är nödvändigt för att tidigt upptäcka och kunna ge stöd till utsatta asylsökande barn som är i riskzonen för att utveckla uppgivenhetssymtom. Det är också nödvändigt som en del av en strategi när barnet utvecklat uppgivenhetssymtom, för att hantera det komplicerade sammanhang som den asylsökande familjen befinner sig i. Beprovad erfarenhet visar att samverkan kan dämpa en destruktiv utveckling av uppgivenhetssymtom. Detta är också Socialstyrelsens rekommendationer till personal inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (Socialstyrelsen 2005). De erfarenheter man har inom asylsjukvården i Norge ger stöd för en sådan praxis.

I Norge har man tagit emot sju asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. Sex av dessa barn hade insjuknat i och anlänt från Sverige under hösten 2004 och våren 2005. Samtliga barn var mycket dåliga och matades med sond. Myndigheterna (vården, Utlendingsdirektoratet och barnevernet) formerade sig snabbt och skapade en samsyn kring barnens och familjernas problematik och hur man skulle förhålla sig.¹ De insatser som vidtogs vände den negativa

¹ Utlendingsdirektoratet, UDI, är migrationsmyndighet i Norge. Motsvarigheten till Migrationsverket i Sverige. Barnevernet finns i varje kommun i Norge, och ska vara en garanti för att barns och ungas omsorg, trygghet och utveckling säkras (enligt den s.k. barnevernsloven).

utvecklingen hos barnen, som på relativt kort tid kunde tillfriskna.² Myndigheterna i Sverige och Norge förefaller i dessa fall ha gjort olika bedömningar av hur man på bästa sätt skulle stödja och behandla barnen med uppgivenhetssymtom.

En förutsättning för konstruktiv och fungerande samverkan är att de samverkande parternas ansvar och uppdrag är tydliga och att det går att föra en diskussion om gränsdragningar, ansvar och problembilder. Genom våra kontakter runt om i landet är det vår erfarenhet att så inte alltid varit fallet i arbetet med barnen med uppgivenhetssymtom. Den ideologiska laddningen i frågan har på ett påtagligt sätt trängt sig in i de professionella verksamheter som funnits kring barnen och familjerna. Arbetsgrupper har delats i olika åsiktsläger. Utifrån barnets behov av trygghet och en minimering av konflikter i nätverket kan man anta att detta varit ett problem.

När det gäller tydlighet i uppdrag och ansvar är det positivt att det nu kommer förtydliganden i olika delar som berör asylsökande barn. Bland annat pågår ett arbete inom Migrationsverket med interna riktlinjer för hur man ska arbeta med barn i mottagningsverksamheten. Den interna översyn som ligger till grund för detta arbete kommer också att lyfta fram behov av förtydliganden i den övergripande styrningen av mottagningsverksamheten. Socialstyrelsen kommer under år 2007 att ta fram rekommendation för genomförandet av hälsosamtal för asylsökande, vilket varit efterfrågat sedan flera år.

Avslutande reflektion

Den nationella samordnarens uppdrag har varit komplicerat. Uppdraget har handlat om en extremt utsatt grupp asylsökande barn i vårt samhälle, barn som utvecklat mycket allvarliga psykiska symtom. Detta har väckt mycket ångest och oro i det svenska samhället. Uppdraget har handlat både om att producera kunskap och om att aktivt delta i sammanhang när det gäller utveckling av förebyggande och samverkande strategier. Våra kontinuerliga rapporteringar till regeringen har också öppnat för kritik under pågående utredning.

² Samordnaren har fått in dokumentationen i dessa ärenden, handlingar med dnr UD2004:06/2004/1-2, UD2004:06/2005/47-49 och UD2004:06/2006/62.

Samordnaren arbetade före tillsättningen med asylsökande barn med uppgivenhetssymtom och deras familjer inom barn- och ungdomspsykiatri och organiserade bl.a. ett tvärprofessionellt nätverk för att stärka samverkan i denna fråga. Det var också inom denna verksamhet som en första enkel sammanställning lades fram i maj 2004 som visade att 130 asylsökande barn hade vårdats för denna problematik i Sverige under 2003. Utifrån dessa kliniska erfarenheter och uppdragets direktiv valdes en bred aktionsinriktad ansats för genomförandet.

En sociolog med lång erfarenhet av internationellt utvecklingsarbete och forskning om utsatta barn fick forskningsuppdraget. Därmed markerades vikten av att beakta olika perspektivs betydelse samt relevant kulturell insikt för ökad förståelse av problematiken. I backspegeln kan konstateras att det vetenskapliga arbetet har lovordats i akademiska sammanhang, men varit villebråd i den offentliga debatten.³ Forskningsresultaten har i olika sammanhang förvrängts för att passa den politiska, ideologiska och mediala agendan. Vi menar att det är allvarligt att utsatta barn på detta sätt utnyttjats som medel för den egna saken. Dessa omständigheter manar också till eftertanke om forskningens roll i politiskt laddade frågor; ska man låta forskningens oberoende styras av ideologiska intressen och olika påtryckningsgrupper i samhället?

Många har ropat efter svar och snabba åtgärder. Från läkarhåll gavs redan 2004 en tvärsäker förklaring till varför barnen blev sjuka. Att hålla frågorna vid liv och inte ge svar innan det funnits underlag har uppfattats som ”mystifierande”. Det är vår bedömning att detta agerande bidragit till att kompletterande förklaringsmodeller stängts ute och debatten har polariserats.

Arbetet inom det nationella samordningsuppdraget har självklart påverkats av laddningen och intensiteten i frågan – och av de förut-sättningar som funnits i uppdragets direktiv. Det är emellertid samordnarens uppfattning att uppdragets utformning varit ändamåls-enlig och rimlig. När vi i dag reflekterar över det arbete vi gjort kan vi konstatera att öppenhet inför mångfalden av olika perspektiv var en rimlig väg för att söka kunskap i denna komplexa fråga. Detta öppnade för konstruktiva diskussioner och har lockat forskare från andra discipliner, också i andra delar av världen, att arbeta vidare med problematiken.

³ Två av samordnarens rapporter, rapport 2005:2 och SOU 2006:49, har diskuterats med opponenter vid två olika högre seminarier på Stockholms universitet.

Referenser

- Bodegård, G. (2004) *Asylsökande flyktingbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall*, Läkartidningen, 101:1696-1699.
- Bodegård, G. (2005) *De apatiska barnen – en utmaning för svensk barnsjukvård*, Läkartidningen, 102:3627-28.
- Bronfenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2005) *Making Human Beings Human*. London: Sage.
- DSM IV (1994) *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, American Psychiatric Association.
- ICD 10 (1993) *Classification of Mental and Behavioural Disorders*, WHO, Geneva.
- JO (2005) *Initiativärende*. Dnr 5365-2005.
- JO (2006 a) *Beslut*. Dnr 1997-2005.
- JO (2006 b) *Beslut*. Dnr 2741-2006.
- Kjellberg, E. m.fl. (2005) *Intensivt samarbete och helhetstänkande – ett sätt att motverka uppgivenhetsprocesser bland asylsökande barnfamiljer*. Psykisk Hälsa, 3:41–50
- Kjöller, H. (2005) *Svart-vit bild av apatiska barn*. Axess 5:11–12.
- Landstingsförbundet (2004) *Sjukvård åt asylsökande, omfattning och kostnader år 2003*. Stockholm: Landstingsförbundet. (Opublicerad rapport)
- Landstingsförbundet, Utrikesdepartementet (2006) *Överenskommelse om vård åt asylsökande*. Stockholm: Landstingsförbundet, Utrikesdepartementet. (Opublicerat dokument)
- Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (2005) *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Lask, B., Britten, C, Kroll, L., Magagna, J. & Tranter, M. (1991) *Children with pervasive refusal*, Archives of Diseases in Childhood, 66:866–869.

- Lustig, S. L., Kia-Eating, M., Grant-Knight, W., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, D., Keane, T. & Saxe, G. N. (2004) *Review of child and adolescent refugee mental health*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43 (!):24–36.
- Länsstyrelsen i Stockholms län (2006) *Nio barn i en asylprocess. Granskning av socialtjänstens handläggning*. www.ab.lst.se
- Migrationsverket (2005) *Redovisning till regeringen vad gäller ärenden rörande barn med uppgivenhetsymtom*. Norrköping: Migrationsverket.
- Migrationsverket (2006 a) *Resultat av den tillfälliga lagen om prövning av beslut om av- och utvisning*. www.migrationsverket.se
- Migrationsverket (2006 b) *Utbetalning av ersättning för sociala insatser till asylsökande barn*. www.migrationsverket.se
- Nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetsymtom (2005) *”Skolan är det bästa jag har!” Om skolans betydelse för asylsökande barns hälsa*. Informationsskrift. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetsymtom (2006) *Nationell uppföljning av situationen för asylsökande barn med uppgivenhetsymtom, september 2006*. Rapport. Dnr. UD2004:06/2006/53. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Nunn, K. P. & Thompson, S. L. (1996) *The pervasive refusal syndrome: Learned helplessness and hopelessness*, Child Clinical Psychology and Psychiatry, 1:121-32.
- Patton, M. (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newsbury Park: Sage.
- Proposition 2002/03:53 *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.*
- Rapport 2005:2 *Asylsökande sökande barn med uppgivenhetsymtom – en kunskapsöversikt och kartläggning*. Rapport från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetsymtom. Uppdaterad version. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Riksdagens konstitutionsutskott (2006) *Betänkande 2005/06:KU20*. Stockholm: Riksdagens konstitutionsutskott.
- Riksdagens socialförsäkringsutskott (2005) *Betänkande 2004/05:SFU10*. Stockholm: Riksdagens socialförsäkringsutskott.
- Socialstyrelsen (2000) *Medicinskt omhändertagande av asylsökande barn i hälso- och sjukvården*. www.socialstyrelsen.se

- Socialstyrelsen (2001) *Förutsättningar för riktlinjer för hur asylsökande barn skall få tillgång till hälsosamtal och hur deras hälsotillstånd skall kartläggas*. Skrivelse, dnr 33-7410/2001. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004 a) *Strategi för samverkan i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa*. Skrivelse. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2004 b) *Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005) *Uppgivenhetssymtom hos asylsökande barn*. Meddelandeblad. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOFS 2003:16 *Socialstyrelsens allmänna råd om missförhållanden enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2006:49 *Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – trauma, kultur, asylprocess*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Sundelin, C. & Lindberg, T. (2005) *Apatiska barn – var står vetenskapen idag?*, Läkartidningen, 102:1338-45
- Thompson, S. L. & Nunn, K. P. (1997) *The Prevalent Refusal Syndrome: The RAHC Experience*. *Clinical Psychology and Psychiatry*, 2:145-65.
- Tunström, A. (2004) *Barn som gett upp*. Barn- och ungdomspsykiatri, Flyktingenheten (opublicerad sammanställning).
- Utlänningsnämnden (2005) *Rapport avseende ärenden rörande barn med uppgivenhetssymtom*. Stockholm: Utlänningsnämnden.
- UN Special Rapporteur (2006) *Visit to Sweden of UN Special Rapporteur on the right to the highest attainable standard of health, January 2006*. Pressmaterial vid presskonferens i Rosenbad, Stockholm den 18 januari 2006. Dnr. UD2004:06/2006/6.
- Utrikesdepartementet (2005 a) *Regeringsbeslut UD2005/26449/MAP*. Stockholm: Utrikesdepartementet.
- Utrikesdepartementet (2005 b) *Regeringsbeslut UD2005/54159/MAP*. Stockholm: Utrikesdepartementet.

Lagtexter

- Den tillfälliga lagen (2005:762)
- Förordning (2002:1118) om statlig ersättning för asylsökande m.fl.
- Förordning (2001:976) om utbildning, förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg för asylsökande barn m.fl.

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Lag (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl.

Skollag (1985:1100)

Socialtjänstlag (2001:453)

Kommittédirektiv



Barn i asylprocessen som uppvisar svåra stressreaktioner i form av stark uppgivenhet **Dir. 2004:115**

Beslut vid regeringssammanträde den 2 september 2004

Sammanfattning av uppdraget

En nationell samordnare tillkallas för att tillsammans med berörda aktörer verka för att åtgärder vidtas när det gäller barn i asylprocessen som har eller riskerar att utveckla svåra stressreaktioner i form av stark uppgivenhet.

Bakgrund

En del asylsökande barn har eller utvecklar allvarliga psykiska störningar. Under 2003 var exempelvis det genomsnittliga antalet vård dagar inom slutna barnpsykiatrisk vård 0,98 per asylsökande barn i åldern 7–18 år, vilket kan jämföras med cirka 0,05 vård dagar för samtliga barn i samma åldersgrupp.

Det förekommer att asylsökande barn utvecklar svåra stressreaktioner med stark uppgivenhet, avskärmning och regression. Flertalet av dessa barn insjuknar sent under asylprocessen men i enstaka fall uppträder symtomen redan i ett tidigt skede. Ofta visar sig stressreaktionen genom att barnet efter en tid slutar att tala, skärmar av i kontakten, slutar äta och dricka för att sedan bli sängliggande. Orsakerna till att barnen utvecklar dessa symtom varierar troligen. Vidare har föräldrarnas omständigheter och omsorgskapacitet betydelse i situationen.

Kunskap om i vilken mån asylsökande barn utvecklar svåra stressreaktioner som exempelvis stark uppgivenhet är bristfällig. Problemet har dock uppmärksammats i Sverige. Det är däremot inte känt i vilken omfattning det förekommer i andra länder t.ex. Norge, Danmark, Nederländerna eller Belgien.

Det är viktigt att särskilt uppmärksamma asylsökande barn som riskerar att drabbas av allvarliga former av stressreaktioner. Det är också viktigt att asylprocessen inte bidrar till att försämra barnets situation. Handläggningstider i asylärendet, boendet, stödinsatser, skolan och fritidsaktiviteter är några faktorer som påverkar de asylsökande barnens situation.

Flera aktörer har ett delat ansvar för insatser som gäller de asylsökande barnen under deras tid i asylprocessen. Enligt lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. (LMA) har staten ett huvudansvar för mottagandet av asylsökande. Kommuner och landsting är dock viktiga aktörer med ansvar för genomförandet av vissa insatser inom mottagandet. Asylsökande barn har tillgång till utbildning inom det offentliga skolväsendet på i huvudsak samma villkor som gäller för barn som är bosatta i Sverige enligt förordningen (2001:976) om utbildning, förskoleverksamhet och skolbarnsomsorg för asylsökande barn m.fl. Kommunen har ett särskilt ansvar för barn och unga enligt 5 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Migrationsverket och Utlänningsnämnden ansvarar för prövning respektive överprövning av ansökan om asyl enligt utlänningslagen (1989:529). Enligt en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet skall landstinget erbjuda asylsökande barn som inte fyllt 18 år hälso- och sjukvård samt tandvård. Det innebär bl.a. att de asylsökande barnen skall erbjudas vård på samma villkor som barn bosatta i landet. Landstinget skall enligt överenskommelsen erbjuda samtliga asylsökande en hälsoundersökning/hälsosamtal.

I detta sammanhang bör nämnas de två rapporter Socialstyrelsen på regeringens uppdrag har redovisat, Medicinskt omhändertagande av asylsökande barn i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2000) samt Förutsättningar för riktlinjer för hur asylsökande barn skall få tillgång till hälsosamtal och hur deras hälsotillstånd skall kartläggas (Socialstyrelsen 2001).

Vidare har Migrationsverket i maj 2004 uppdragit åt verkets regionkontor i Stockholm att utveckla samarbetet med Stockholms läns landsting och andra myndigheter i syfte att samarbeta bättre kring dessa barns problematik. Uppdraget skall redovisas till generaldirektören den 1 oktober 2004.

Uppdraget

En nationell samordnare skall kartlägga och analysera förekomsten av asylsökande barn med svåra stressreaktioner som uppgivenhet, avskärmning och regression. Samordnaren skall tillsammans med berörda aktörer verka för att utveckla metoder för att tidigt upptäcka de asylsökande barn som riskerar att utveckla svåra stressreaktioner. Härvid bör samordnaren även beakta de erfarenheter som t.ex. Socialstyrelsen tidigare redovisat beträffande hälso-samtalets betydelse för bedömningen av allvarlig ohälsa.

Vidare skall samordnaren tillsammans med berörda aktörer inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, skolan och statliga myndigheter m.fl. verka för att utveckla metoder för att tidigt möta barnens och familjernas behov och ge lämpligt stöd för att om möjligt förhindra att barn utvecklar svåra stressreaktioner. Samordnaren skall också uppmärksamma berörda aktörer på åtgärder som kan behövas för dessa barn samt verka för att förebyggande insatser vidtas.

Samordnaren skall i ett aktivt samspel med berörda aktörer stimulera till en utveckling av samarbetsformer. Rutiner för samverkan bör utvecklas, bl.a. i syfte att uppmärksamma barnen och få till stånd en skyndsam prövning av dessa familjers asylärende.

Vidare skall samordnaren främja ett utbyte av kunskap och erfarenheter mellan berörda aktörer. Samordnaren skall i detta sammanhang även kartlägga och sprida internationella erfarenheter av asylsökande barn med svåra stressreaktioner.

Samordnaren skall fortlöpande informera regeringen om sitt arbete och kan därvid lyfta fram eventuella förslag på ytterligare åtgärder som bör vidtas inom asylprocessen. Rådet för migrations- och asylpolitiska barnfrågor (UD 2003:B) kan vid behov utgöra referensgrupp till samordnaren. Samordnaren skall vidare samråda med berörda statliga myndigheter, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet samt den nationella psykiatrisamordnaren (Dir. 2003:133). Samordnaren skall särskilt beakta erfarenheter från Migrationsverkets särskilda uppdrag i region Stockholm.

Redovisning av uppdraget

Samordnaren skall verka fram till den 31 december 2006 samt redovisa sitt uppdrag i en slutrapport senast den 31 december 2006.

(Utrikesdepartementet)

ASYLUM-SEEKING CHILDREN

WITH SEVERE WITHDRAWAL BEHAVIOUR

Report from International Workshop
Stockholm, Sweden, May 4th–5th 2006



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

Content

Introduction	3
Summary	4
Words of welcome	5
Background to the current situation	6
Azerbaijan	8
Kazakhstan	10
Kyrgyzstan	11
Serbia	12
Kosovo	13
The Swedish National Board of Health and Welfare	15
Child and Adolescent Psychiatry in Stockholm	15
General discussion	17
Final words by the moderator	23
Appendix: Programme from the Workshop	24
Appendix: List of participants	25

The documentation has been written by David Isaksson at Global Reporting with the assistance of Hanna Eriksson Lagerberg. Graphic Design: Lisa Jansson, Global Reporting.

The opinions expressed in this document does not necessary reflect the opinion of the National Coordinator or any institution mentioned or otherwise involved in the work with children with severe withdrawal behaviour.

Introduction

'Since the beginning of the 21st century we are struggling to understand why a significant number of asylum-seeking children in Sweden have developed severe withdrawal behaviour. Knowing what we now know – that this seems to be a phenomenon that is confined to Sweden – we obviously need to look at ourselves in the search for understanding. In this process knowledge from the children's countries of origin is a necessary contribution.'

This is the first paragraph of the invitation to the international workshop on asylum-seeking children with severe withdrawal behaviour that was held in Stockholm on May 4th to 5th 2006. The purpose of the workshop was to move one step further in understanding the situation and, of course, in knowing how to meet the children's needs in the best way.

This document is the result of the workshop. The material has been edited for English language usage to make it more comprehensible. The aim has not been to gather all the participants behind a joint declaration, but rather to highlight the issue from different perspectives. It is our view that all the participants, in one way or another, have helped us gain knowledge and thus further enhance our understanding of this very complex issue.

We hope that this workshop report will stimulate the ongoing dialogue between the public authorities and organisations that are working to support the children and their families. In particular we hope that the knowledge and experience of the experts from Azerbaijan, Denmark, Finland, Kazakhstan, Kosovo, Kyrgyzstan, Norway and Serbia will inspire further contacts and exchange of knowledge and experience.

The perspectives, experiences and knowledge put forward in this workshop are important contributions to our ongoing national coordination mission.

Marie Hessle
National Coordinator

Anna Mannikoff
Secretary

Summary

The purpose of this International Workshop was to enhance our understanding of the situation of asylum-seeking children in Sweden with severe withdrawal behaviour, and how to meet the children's needs. In order to broaden the perspective experts from the children's countries of origin were invited to share their experiences and knowledge. This, together with the results of the in-depth study "Asylum-seeking Children with Severe Withdrawal Behaviour – Trauma, Culture, Asylum Process" and short presentations made by the National Board of Health and Welfare, and the Child and Adolescent Psychiatry in Stockholm, formed the basis for reflection and discussion during the one and a half day long workshop. The participants represented public authorities, interest organisations, non-governmental organisations, healthcare and social services institutions from all across Sweden. Of the five invited child experts from Azerbaijan, Kazakhstan, Kosovo, Kyrgyzstan and Serbia, four represented local non-governmental organisations working with healthcare and child welfare and one represented a university clinic centre. Also participating were experts from Denmark, Finland and Norway.

The discussion can be summarised as follows:

- **Co-operation** between various public authorities around the child and family is of vital importance for giving the best support. This has been a factor for success in Sweden, and also in Norway where cooperation and consensus about how to treat and support the child and family is believed to be an important reason for stopping the epidemic. Lack of respect and distrust between public authorities, healthcare and migration authorities stands out as a troublesome situation that does not promote the children's health. The media's role in this was also a subject for discussion.
- The Swedish **reception system** for asylum-seekers is based on integration in the ordinary Swedish welfare systems and society. This means, for example, that many asylum-seekers arrange their own housing arrangements, use the public healthcare system and their children go to ordinary schools. In the larger cities it is more difficult to find a place to live, which has resulted in families having to change domicile often. In Denmark and Norway most asylum-seekers live in centres where they have access to special healthcare facilities and schooling for their children. Contrary to Sweden it is not the migration authority that is in charge of the reception centres, but rather municipalities and/or NGOs. The discussion focused on differences between the systems and the children's need of continuity and predictability.
- **To be denied permanent residence** in Sweden is very hard for the children and their families. Many families fear, for different reasons, to return to their country of origin. One of the factors that make it difficult to return is that many families have invested all their assets in the migration to Sweden. When residency in Sweden is denied, all their assets are exhausted but they have had

a taste of 'another life'; it is then very hard to repatriate. One question is how to help children find a way to handle this situation, preferably early in the asylum-seeking process. Another question is if we need more cooperation with the countries of origin to facilitate the family's repatriation.

- Many experts report that private companies in the asylum-seeking families' countries of origin **do business** on people's desire to leave their country. The information that these companies give is one-sided and often misleading. They raise false hopes and expectations, promise permanent residency in the host country and in some cases advise the migrants in detail on how to act when they arrive. Is there some way to get around this problem?
- The role of the **Child- and Adolescent Psychiatry (CAP)** in the asylum-seeking process needs to be discussed and clarified. When working very close with the families, it is hard to be reflective/objective and not 'take sides' and become an activist for the family. A crucial issue is that it is the responsibility of the CAP to make out a health certificate for the asylum-seeker. With the new asylum-seeking process introduced in March 2006, the question arises of whether this situation should be handled differently.

Words of welcome

Martin Sandgren, political advisor to Barbro Holmgren, the Swedish Minister for Migration and Asylum Policy, welcomed the participants with the hope that they would contribute to a better understanding of the situation. The minister appointed Marie Hessle as national coordinator in 2004, with the mission to gather information and conduct investigations. But the initiative was more than just another study:

'It was rather an activist approach with the mission to bring together various stakeholders and experts for concerted action and at the same time to encourage new methods and networks in Sweden', Martin Sandgren said.

Martin Sandgren saw several explanations to the decrease in the number of children with severe withdrawal behaviour. Better knowledge among professionals working with the children is one important explanation. He also pointed out the presidential decision by the government in 2005 that clarified to migration authorities how to decide in asylum cases.

'Between the 15th of November last year and the 30th of March this year, we have had a temporary asylum law which granted permanent residence permits to a large number of families. Most of the children recovered after permanent residency was granted', Martin Sandgren stated.

Background to the current situation

Nader Ahmadi, Research Leader and author of the report *Asylum-seeking Children with Severe Withdrawal Behaviour – Trauma, Culture, Asylum Process* (SOU 2006: 49), presented a background to the current situation. The following is a short summary of his presentation.

Until 2005 there was little research on the situation of children with severe withdrawal behaviour, only a short mapping had been done and there were a few reports from doctors and psychiatrists. So the first task for the national coordinator was to define and limit the problem. This resulted in the first report *Asylum-seeking Children with Severe Withdrawal Behaviour – Status of Knowledge and Survey*. The basis of the first report was a study on the number of children, their symptoms, family situation, and also a mapping of the research that had been done so far. Totally 424 asylum-seeking children were reported to have been treated by the child and adolescent psychiatry from 2003 until April 2005.

‘It was important for us to see if any other country had reported the phenomenon. We decided to contact experts in other European countries that receive asylum-seekers. A short questionnaire was sent to seven European countries and to more than 70 organisations. The questionnaire had to include a description of the symptoms, otherwise the respondents would not have understood the question. We received negative answers from all the countries – the phenomenon was unknown in Europe. Science is still unable to explain why the phenomenon of asylum-seeking children with severe withdrawal behaviour appeared in Sweden in the early 2000s and then developed into an epidemic-like condition in 2005,’ Nader Ahmadi explained.

After the first report it was urgent to take the analysis a step further with an in-depth study. The new report consists of three parts based on these three questions:

- Why did the problem occur only in Sweden and first in the 2000s?
- Why are only asylum-seeking children from certain areas in the world affected?
- What has contributed to the incidence of the problem – traumatising events in the home countries, the asylum process in Sweden or other factors?

The first part of the study examines the political and social contexts of the countries/regions from which the absolute majority of asylum-seeking children with severe withdrawal behaviour have come in recent years. The second part is a comparative study of the asylum-seeking process in Sweden, Norway and Denmark. The third and last part is a study of the children’s/families’ experience of and society’s view of the problem. The report includes a new survey of the numbers of asylum-seeking children who show severe withdrawal behaviour. Nader Ahmadi explained further:

‘The new updated survey shows a clear downward trend in the number of asylum-seeking children with severe withdrawal behaviour. In March 2005 our survey identified 178 asylum-seeking children with severe withdrawal behaviour. At the beginning of March 2006, 65 asylum-seeking children with these symptoms were treated by Sweden’s child and adolescent psychiatric services. At the same

time, a further 82 children, former asylum-seekers who had been granted residence permits, were being considered for treatment. A follow-up in April 2006 showed that this figure had fallen in less than a month to 59. The children's recovery almost always took place after a residence permit had been issued.'

Conclusion from the report

The study has found no relation between the events or the culture in the countries/regions whose citizens are overrepresented in the statistics and the incidence of severe withdrawal behaviour among asylum-seeking children from these countries/regions. Nor has any information emerged showing that severe withdrawal behaviour had been observed in children at risk in these countries, neither during nor after war nor among internal refugees in refugee camps.

A comparison between the asylum-seeking process in the three Nordic countries shows that Sweden's asylum policy is in no way more rigid nor more restrictive than that of the other Nordic countries, taking three factors into account (see further in the report). In practice, it does not take appreciably longer time in Sweden to reach a decision in normal asylum cases than it does in the other Nordic countries. The waiting period for asylum cases can at times be longer in Sweden due, for example, to the country's more flexible rules for new applications. Other circumstances that prolong the waiting period are, for example, the lack of a passport or equivalent (91 per cent of the cases) and that it takes time to transform a rejected application to an approved one.

The study has not been able to find any evidence that trauma (apart from possibly in individual cases) could be the explanation for the asylum-seeking children's withdrawal symptoms in Sweden.

The culture in the children's countries of origin may be described as holistic, where a predominant idea is that a person must be willing to sacrifice his or her life, happiness and own interests in favour of those of the family, and where children from an early age are socialised in the idea that they are first and foremost members of the family and only thereafter individuals. However, culture can explain certain behaviours or individual people's attitudes, but it can never be the only explanation for a social phenomenon such as asylum-seeking children exhibiting severe withdrawal behaviour.

No general explanations can be offered for the emergence of the phenomenon. The following circumstances may, however, alone or in combination, explain individual cases of children with severe withdrawal behaviour: the asylum-seeking process and Sweden's ambiguous attitude when processing decisions to reject applications in asylum cases; traumatic or stressful events in the country of origin, in other countries of asylum and in Sweden; the child's previous state of mental health; the parents' capacity to care for the child; and cultural patterns of thought and behaviour. The problem is complex and requires therefore a multifactor explanatory model.



Azerbaijan

An extract from the presentation at the workshop:

Sevil Asadova, Director of Child Development Centre of the NGO Caspian Mental Health Association, Baku, gave a brief overview of the situation in her country:

Azerbaijan is the largest country in South Caucasus with a population of 8 million people; of them 2 million are under 14 years of age. The official unemployment rate is 20%, NGOs say 40%. Azerbaijan is an oil-producing country and should have good possibilities for development. A mayor problem is the corrupt system. In 1988 and until the cease-fire was signed in 1994, Armenia and Azerbaijan were in armed conflict over Nagorno-Karabakh. The conflict has greatly impacted the development of the country. Azerbaijan lost nearly 20% of its territory and has had to support some 1 million refugees and internally displaced people (IDP). Furthermore, after the war most Armenians left Azerbaijan. There are also many refugees coming from Chechnya, Afghanistan and other countries into Azerbaijan.

‘Many children from Chechnya have experienced much worse atrocities than what you have heard about from the families seeking asylum in Sweden. Still they don’t show the same withdrawal behaviour,’ Sevil Asadova remarked.

Psychiatric treatment in Azerbaijan ‘is not so bad’, according to Sevil Asadova. The main outpatient clinic for children is in the capital Baku. The problem is that the clinic is for neurological as well as psychiatric disorders.

‘Among internally displaced children (IDP Children) we can see psychological

disturbances. Some of the symptoms are fear, anxiety, aggressive and auto-aggressive behaviour, low self-esteem, depression, insomnia and nightmares. Many children have a low self-esteem. I visited one camp; it was at Christmas-time. The children said: "Santa Claus is not going to visit us, he only visits local children, not us, because we're IDP".'

The education system in Azerbaijan is very authoritarian and the same goes for the relations within the family. Violence against children is not recognised and there is no child policy in the country.

'Parents can influence, manage and abuse children, and we believe that this could also influence what happens here in Sweden. But at the same time, I don't see any link between our culture and what happened in Sweden. Azerbaijan is not a country where it is dangerous to be politically active. The television is under government control but we have opposition newspapers and opposition parties. People are not afraid to speak out. There is no prejudice against mothers living alone with their children. Two million men are in Russia working. The problem you encounter in Sweden is social and economic, not cultural,' she continued.



Kazakhstan

An extract from the presentation at the workshop:

Yelena Vinogradova, Program Director of the NGO Development Centre 'Accord', gave a brief overview of the situation in Kazakhstan, a large country (4 times the size of Texas) with 15 million inhabitants.

Twenty-six per cent of the population in Kazakhstan is under 15 years of age. School enrolment is high and there is ethnic diversity with many minorities. Representatives of more than 130 nationalities live in Kazakhstan. Fifty-seven per cent of the population are Kazakhs.

During the years 1995-1999, the general feeling was of a country on the verge of collapse, but Kazakhstan did not have any ethnic conflicts, no war. Now many ethnic Russians, Koreans and Germans are returning to Kazakhstan to start businesses.

'When somebody tells you that he or she was a victim of violence or political issue, it can be true. Perhaps one or another family can be affected by the situation; for example, neighbours might not accept you because you are from another ethnic group. But there is no systematic discrimination against Uigurs or other ethnic groups,' Yelena Vinogradova explained.

In fact, people would have difficulty telling who comes from which group. Or as Yelena put it while showing workshop members a photo of a group of teenagers:

'Take a look at this picture; it's from my son's school. Can you tell me who is Kazak, who is Uigur, who is of German origin? No, and no one else would be able to do so either', she remarked, stating further that the current migration problem in Sweden has nothing to do with the relations among the various ethnic groups in Kazakhstan.



Kyrgyzstan

An extract from the presentation at the workshop:

Burul Makenbaeva, Executive Director of the NGO Mental Health and Society in Bishkek, Kyrgyzstan, gave a picture of a multicultural society with more than eight ethnic groups.

There is a high level of corruption and strong migration trends in Kyrgyzstan, both within the country and to countries abroad, mostly to Germany, Israel, Russia and Kazakhstan. Kyrgyzstan lacks the large oil reserves that some of the neighbouring countries possess.

There have been some campaigns to turn public attention to the rights of the child. Democracy is not very well developed, but several NGOs monitor the human rights situation. There is discussion of the need to reform the constitutional system.

'In post-totalitarian countries, many social policies are top-down. We do not have enough capacity to work from bottom-up. Another problem is the low capacity of the civil society,' Burul explained.

'The Uigur tribe has historically collaborated with the Kazak tribe, seeking protection from the strong Chinese empire. In this, Russia has been an ally. Uigurs and other communities are developing their own identities. The Islamic influence is growing. People speak their native languages in the family but not in school. In general, there are no serious ethnic conflicts in the country.

'Before I came here I met with Uigur leaders. They say that they have the same problems as other ethnic groups, such as police corruption, complaints about the educational system,' Burul said.

'There is a National Mental Health Policy with a National Mental Programme since 2001. Kyrgyzstan ratified The European Declaration of Mental Health in 2005. However, since 1998 there has been a reduction of mental health professionals working with children. There is only one adolescent centre for the whole country. The treatment is free of charge, but that is not enough.'



Serbia

An extract from the presentation at the workshop:

Nadezda Sataric, Manager within the NGO Amity in Belgrade, gave an introduction to the situation in Serbia-Montenegro. As the federation is now being divided into two countries, her presentation concerned Serbia only.

Of a population of 7.5 million, 20% or 1.5 million are below 18 years. Ten per cent of the population live below the poverty line, and many young people have already left the country due to the economic and social situation. The refugee situation started in 1992 with the wars in former Yugoslavia. In 1999 a new wave of refugees arrived, this time from Kosovo. The Roma people constitute a large group among the refugees. Many refugees and internally displaced persons have difficulty adapting to the new situation; there are problems in meeting basic needs and psychosocial problems as well. The most vulnerable children are those who have lost one or both parents, or those with families that have been divided due to ethnic reasons.

In the Roma population there have also been some specific problems. The Roma have a nomadic way of life with a tendency towards emphasising group acceptance. They enter marriage at age 14-15 and they live in multigenerational households. The structure is highly patriarchal. At the same time, they have healthy inner resources for survival. It is important to help Roma children to fit in with their peers from the domestic population. It is also important to work with the parents, as they do not understand the necessity for integration.

‘The Roma way of bringing up their children gives the children a wide scope of freedom; children are treated like small adults. But it is freedom with responsibility. For example, the children are expected to contribute to the family’s income or to take care of younger brothers and sisters. It is possible that this has given them an extra responsibility to ensure that the family will be granted residence in Sweden, and that this, in turn, has resulted in the behaviour you can see,’ Nadezda Sataric explained.



Kosovo

An extract from the presentation at the workshop:

Mimoza Shahini, Head of Child and Adolescent Mental Health Centre at University Clinical Centre of Kosovo, explained that when she returned to Kosovo in 1999 there was no child psychiatry at all in the country. Now there is a mental health clinic in Kosovo. The government talks about giving priority to the health of the young population, but there is no budget for mental health work with children.

Everyone who has lived through the war years in Kosovo is traumatised in one way or another. Initially, many NGOs and other donors were working in the country. Now the donors are phasing out.

One principle for her work is to make use of best practices from other countries and to work with other entities in Kosovo, for example with the primary health care.

Among the important aspects to take into consideration, Mimoza Shahini mentioned the following:

- Norms of society
- Lack of infrastructure
- Extended families
- Transition (status, economy, politics, values, nuclear family etc)
- Conflicts (society, individual, new values)

'We think of ourselves as a group, but now the norms are changing and we are becoming more individualistic. Traditionally, families in Kosovo have been strong, relying on the extended family, but when the social structure changes to the nuclear family, we lack the infrastructure to support the families in this process.'

We are working a lot with adolescents who find themselves caught between the new and the old and who face many problems of adjustment.'

Mimoza Shahini's clinical experience is that children in the Kosovo culture express their distress through physical illness. She believes that the syndrome in Sweden is more a learnt behaviour than a disorder.

'We have Kosovo refugees in many countries, so maybe there is something in Sweden that makes them develop such a syndrome only there; maybe you have a law that supports such a syndrome? Yes – if you are very ill you can stay – so we have found the solution! I may sound ironic, but I believe that this has very much to do with what you experience in Sweden. Also, people believe in Sweden. You have a very good structure and a long reputation for receiving refugees. Maybe the loss people are facing in Sweden is bigger when they do not get accepted. They are not only losing the possibility to stay, but also their belief in Sweden as heaven,' she concluded.

The Swedish National Board of Health and Welfare

Claes Tollin, Medical Director at the Department of Health Care and Medical Services of The National Board of Health and Welfare, presented an overview of the role of the board:

The National Board of Health and Welfare is a government agency under the Ministry of Health. The Board's overall aim is to promote good health and social welfare, a high quality care on equal terms for the entire population.

The Board issues guidance to the health and social service professions on standards of professional conduct and ethics. Based on experiences presented at an expert hearing in June 2005, the board published in October 2005 a guidance about asylum-seeking children with severe withdrawal behaviour. The guidance is written both for politicians and personnel in county councils and the municipalities (in healthcare and the social services).

Claes Tollin highlighted one problem that was taken into account when formulating the guidance; namely, that many families move around in Sweden during the asylum-seeking process. This is one reason a coordinator is needed.

'In the guidance we focus on how to prevent and how to discover early these children. We suggested that each child and family have a coordinator. The coordinator would be responsible for the continuity of the professional support with networks around the child. If the family moved within Sweden, the coordinator would find a new coordinator at the new place so that the needs of the children can still be fulfilled. Also, we point out that there is the duty for all personnel in the Health and Social services to report on the situation if they find that a child is being harmed or injured. It is our experience that earlier this reporting was not so good,' Claes Tollin explained.

Child and Adolescent-Psychiatry in Stockholm

Olav Bengtsson, Head of Child- and Adolescent Psychiatry (CAP) in Stockholm, gave a presentation of the situation in Sweden's capital city. In Stockholm the problem of asylum-seeking children who were suddenly transformed from being healthily (more or less) alive to being 'living-dead' increased between 2003 and 2005. The people working with the children used the theories of psychiatry and their own many years of experience in the psychiatric care of asylum-seeking families/children to try to explain what had caused the situation. They applied three levels of analysis: the individual, the family and the system (context).

'We know that children look to their parents to read how their life should be interpreted. They notice much more how their parents *feel* than what their parents

actually *say*. Often children assume a certain role to help the parents feel better. When the problem grew we became confused. Why did so many children show an identical pattern of symptoms? It was a new syndrome occurring in a large group and in a short time. Our theory was that many families saw that the only way to stay in Sweden was to present an illness. As the number of children with withdrawal syndrome increased and the symptoms became more intensive, the situation turned into a major problem. We had never before during 15–20 years of ‘asylum-seeking psychiatry’ experienced such a new syndrome in such large groups,’ Olav Bengtsson explained.

An increasing number of families turned to paediatric care because of the alarming intensity of their child’s symptoms. In the hospital many children developed severe withdrawal behaviour very quickly and required tube feeding. No form of somatic treatment could reduce the symptoms. The patients were then transferred to the psychiatric in-patient unit, but even here the treatment could not reduce the symptoms. The situation became more and more critical as the number of children with severe symptoms increased. The only way the children could recover was if the family was granted a Permanent Residence Permit (Swedish acronym PUT). But very few families were granted a PUT. The families were suffering and expressed no idea of hope; they didn’t believe that anything at all positive was in store for them in the future.

‘It became a fight between paediatric and psychiatric experts. The child- and adolescent psychiatric care choose out-patient treatment for these children, whereas paediatric care preferred hospitalisation. The media became deeply involved; perhaps this was the reason why so many cases developed in such a short time,’ Olav Bengtsson continued.

In 2005 a new out-patient system was introduced in Stockholm. The idea was to coordinate child and adolescent psychiatric care with paediatric care and adult psychiatric care. The aim was to support the families so that their children would not have to be hospitalised.

‘We supported the parents, stimulated them to participate in everyday life; for example, to take walks outside the home. We wanted to help parents feel that they could take charge of their situation. We also helped the parents to take care of their child’s nursing process. It was a very intense model designed to give maximum support.’

In the beginning of 2005, 30 children in Stockholm showed severe withdrawal behaviour. In September of the same year the number had risen to 50, and in November 2005 Stockholm had 70 children with severe withdrawal behaviour. By May 2006 the number had declined to 34 children. Of the 70 families in November, 36 had received the PUT.

‘When the families got the PUT, we could see the first signs of recovery. For some, it took a few days or weeks, but the average time of recovery was three to six months. A little group showed no signs of recovery. Our general experience is that a PUT is a condition for recovery. We could also see, however, that a period of intensive treatment, with support given to both the parents and the children in combination with changed expectations from the staff, can result in signs of some progress towards recovery without a PUT,’ Olav Bengtsson stated.

General discussion

The following is a summary of the general discussion that followed after the presentations. To make the discussion more comprehensible for the reader, the comments have been structured along thematic lines.

The feeling of fear

Is the fear of returning home cited by many families real, or is it somewhat exaggerated? The moderator, Kjerstin Almquist, from Research & Public Health County Council of Värmland, noted that we must be really careful not to ignore the fact that children have the ability to think, reflect and act. Kjerstin Almquist stated in her introduction that:

‘To work with asylum-seeking children and their families is very challenging and affects you deeply. Many others as well as I myself have been deeply involved in the situation of individual children.’

Torgny Gustavsson from the Swedish Association for Child and Adolescent Psychiatry stressed that there is always a mix of explanations to any given situation. He believed that it was too simplistic to talk about fear as being either realistic or exaggerated; rather, it has to do with the children relating to what their parents say. He described a situation in which a child hears the same story all day long, lying in a semi-dark apartment, with the mother weeping in bed and the father standing out on the balcony smoking.

‘The only thing the child hears about is the danger of returning. Children relate to what the parents say. They are also afraid of losing one or both parents. In many cases, the child starts to develop the symptoms when the mother gets ill. Children interpret reality through their parents. So it is not so much the fear of returning to the real world, but rather to the world the parents have described,’ he concluded.

Could the fact that many children come from post-totalitarian countries be one explanation, Torgny Gustavsson asked:

‘Could that have resulted in a tendency to give up in the face of the public authorities? It might explain the deep hopelessness many parents show. This could also be a signal to the children that there is a danger. I don’t think that the children have experienced real danger, but when parents signal danger, children are deeply affected and therefore believe that they are in a dangerous situation.’

Yelena Vinogradova protested at what she called a very stereotype image of her country:

‘Many people ask us, how do people survive in your country? But please, don’t imagine that we live in a country where everybody is afraid to go outside. This stereotype image of Kazakhstan works as an obstacle to the rebuilding of our country. The problem of parental behaviour in Sweden is not about our totalitarian past. During Soviet time 15 years ago, we had a very strong education system; children participated in a wide range of activities. Everything was available and free of charge for children.’

Another aspect of fear is the feeling of failure – having to return home when asylum has not been granted. Or as Thor Arne Hauge from Norwegian Directorate of Immigration remarked: ‘There are push factors and pull factors in migration. But how does society meet people when they come back and they have not succeeded?’

Yelena Vinogradova answered by giving a different example: 'Imagine that you have sold everything you own and go to Italy, realising that you have spent everything on paying for the journey. How would you feel if you were then forced to return? So the feeling is not so much about the danger of coming back, but about the failure of having to return home when everything has been spent.'

Guhn Godani from Swedish Save the Children stressed the child's own perspective on the situation and the individual reactions to fear:

'It is important to see that all children are different. When you are involved with asylum-seekers, you have to remember that you are dealing with human rights. We need to be more educated in human rights. We talk about children and their way of seeing trauma, when we talk to them about going home. We talk about violence in the society. From their perspective it is dangerous,' she commented.

Mimoza Shahini from Kosovo compared the present situation with that in her region after the war:

'I'm an activist in the defence of the rights of the child. But being professional in my work doesn't mean that I deny children their rights. Some have had a very hard time in their country of origin, but others have not. In 1999, 600,000 people fled to Albania; when the war was over they returned home. Most of them have horrible stories to tell, but it is not traumatic to send someone back to his or her country of origin. Nevertheless, we do have some very difficult cases, like when children who were born and raised in Germany are suddenly expelled to Kosovo, a country where they have no first-hand experience of living.

'It is known that you can be re-traumatised when you return back', Mimoza Shahini said, and continued, 'But if you were not traumatised in the war, you can't be re-traumatised. It might be the case for some of the children, but from reading the report it seems to me that very few have experienced real trauma.'

Sevil Asadova from Azerbaijan was also puzzled about how the symptoms had developed in Sweden:

'In Azerbaijan we had one million internally displaced persons, but I never heard of anything like this. We had atrocities, such as children who saw their parents being burned alive in front of them, but it did not create this kind of syndrome. So I do not understand what has happened with the children here in Sweden, if they, according to the report, didn't already have mental health problems in Azerbaijan.'

Another aspect, Sevil Asadova continued, that could contribute to the explanation is the role of the extended family in Azerbaijan. When people migrate with just the mother and father they become separated from the whole of the good environment at home:

'Maybe it was the grandmother and not the mother who took care of the children. Now they are left with only their parents. Maybe the children do not want to recover and thereby live only with their parents'.

The situation for minorities

Lars Hellgren from The National Board of Health and Welfare asked why so many Uigurs came to Sweden. Do they have special information channels to get information about Sweden?

Burul Makenbaeva replied: 'After the Soviet Union collapsed, we have seen the rise of a migration industry with a number of companies doing business. Many families looking for a better life use this service. Historically, Uigurs have been more ready to move. The Dungan minority has a closer relationship to the land because traditionally they own their own land. Uigurs are creative people. They

have a great history. They are good musicians, chefs and they own and operate many restaurants.'

Yelena Vinogradova added that in the northern part of China there is a large Uigur population and a strong movement for independence. We have information about the arrest of terrorists; nobody knows where but the people who were arrested were Uigur.

Nader Ahmadi also stressed the importance of distinguishing between the situation for the Uigur population in China and their situation in Central Asia:

'In China the situation is complicated, with uprisings and severe repression. But in Sweden we have not seen any case of Chinese Uigur developing the same symptoms as the Uigur from the Central Asian countries, although Central Asian Uigurs don't risk the same fate as Chinese Uigurs should they have to return.'

Differences between the Nordic countries

In practice it does not take an appreciably longer time in Sweden to reach a decision in normal asylum-seeking cases than it does in Norway or Denmark. However, the waiting period for asylum-seekers may be longer in Sweden due to the country's more flexible rules for new applications.

Thor Arne Hauge believes that a big difference between Sweden and Norway is the reception centres. In Norway there were six families with children displaying severe withdrawal behaviour. Two of them were immediately sent back to their countries of origin.

'In one case the child became well on the day they left, at the very moment they considered the game to be over. Two other families returned to Sweden. One of them came to Norway with their child in a wheel chair. They did not like the stay so they returned to Sweden after 1–2 weeks, leaving the wheelchair behind. At our camp the child was laughing and playing around. Three weeks later we received a call from Sweden, asking us to return the wheelchair, as it was needed once again by the same family.'

'What did we do that was so different from Sweden? A big difference between Sweden and Norway is that we looked to the child, not the family. From the minute the families arrived they had 24-hour supervision by a nurse. We did not let the mother and child have much interaction without the nurse being present. We believe that this method has been a success. Another thing I noticed about your system in Sweden is the lack of trust between healthcare authorities and immigration authorities. In Norway we work very closely together. We quickly built a network so that no one acted alone,' he said, adding:

'Yet another difference between Norway and Sweden is the media debate. It becomes a big problem when people who have great authority in healthcare are not discussing healthcare, but rather migration issues.'

Karen Louise Christiansen from The Danish Red Cross could also see differences between the Danish and the Swedish system. In Denmark the asylum-seeking process has nothing to do with the care, which is run by the Red Cross independently.

'Our system is not better, but it might have a few answers to your situation. In Denmark, all asylum-seekers live in centres, like institutions. In many ways this is not good, but it could have some positive effects for the children. The centres have kindergartens and schools. They are not so much in touch with normal society, but newcomers never find themselves in the minority; the teachers know who they are. The negative side is that after 3–4 years of living in the centres, it is difficult for the children to move on and learn more,' she said.

All staff members in the centres in Denmark have the same idea of how to meet the children. So if children move from one centre to another, they will be accorded the same treatment and reception.

'In the centres, the network around the children is very tight. If a child is observed to be having problems, the professional network will discuss and initiate support in the school and healthcare. Maybe that's why we haven't seen this in Denmark. And yet, we have been very aware of the symptoms you have here,' Karen Louise Christiansen added.

Kjerstin Almqvist, the moderator, reminded everybody that in the 1990s also in Sweden many asylum-seekers were living in centres. At that time we did not have the problems we are discussing today.

'With the present system in Sweden, the asylum-seeking families are left much on their own. They live separated from other families. Perhaps this is one key to our understanding the problem,' she remarked.

Torgny Gustavsson agreed: 'The change in our system from centres to individual living is good in intention, but it is not entirely good for the children. We can also see that the syndrome has happened only to children arriving together with their families; we have no cases among children who came alone to Sweden. But they, on the other hand, live together with others.'

Torgny Gustavsson also emphasised the need for a multiple analysis:

'This problem emerged in Sweden. We must investigate what happened here, in the families, in society, in the healthcare system and in the media. There is not one explanation, but many; we need to get the whole picture.'

Anna Wessel from the Swedish Immigration Board stressed the importance of not ignoring the political dimension: 'I represent the bad guy in society. Our politicians have decided on our immigration policy and we have been assigned to uphold it. We have also signed the Geneva Convention and it is our mission to achieve a balance between these two sides. It is easy for me to sit here and point fingers at the media, social welfare, NGOs and others, but in fact we all have our roles to play.'

Anna Wessel, whose task is to evaluate how the Immigration Board has handled its reception mission, continued with a reflection on the reception system in Sweden:

'I have found that there are things we could improve within our present system. Some of you have pointed at the problems in Stockholm, with individual living and a scattered organisation for support in the large city. That can be part of the answer, but not all of it. Because the first cases did not appear in Stockholm, but at a reception centre in northern Sweden, where there was good co-operation among the public authorities. And yet, they had many cases. So this is a very complex problem – and we all have to look at ourselves.'

Mimoza Shahini added: 'Another thing that surprises me a lot is the asylum-seeking process and that you consider denying permanent residency to be a trauma. Each country has its own set of rules and it is very important that people know this so that they understand what will happen if they are refused. Sometimes you do harm, even when your intentions are very good. But being an immigrant doesn't mean you are ill. It means you have a reason not to stay in your own country.'

Is life in Sweden too good?

So then, why do only children from certain countries develop the symptom, and why only in Sweden? Nader Ahmadi believes that a simplistic and naive perspective

has dominated the discussion in Sweden during the last two years:

‘Are only those coming to Sweden in danger in their countries of origin? Apparently those coming to Norway are in no danger, as asylum-seekers there do not need a PUT to stay healthy. In fact, I think we are too good; we are naive when we project our own fears on these families. We should overcome our own obstacles. I’m not a medical doctor, but what kind of physical disease is this that needs a ‘political’ medicine – PUT?’

Sevil Asadova from Azerbaijan repeated that she did not believe the political situation in her home country was a cause. The answer lies with those who have made migration a profitable business:

‘For sure, we are a developing country, but all countries have human rights problems, even the USA. But people are not moving from the USA because of rights violations. Migration is a very good business for some companies and individuals. You contact them and you can choose in which country you would like to seek asylum. Sweden has a good social system and in Azerbaijan people are told that everything will work out for them in Sweden. That is why they are so shocked when they are rejected here,’ she said, adding:

‘It is very nice that you in Sweden are so kind to people from our country, but there are other ways to solve the problem. In Azerbaijan the healthcare system is not so terrible as you might have heard from the families. If you would like to give them treatment, you could pay for it in Azerbaijan, where people could live in their normal surroundings.’

Leena-Maija Qvist, from the Immigration and Work Permit team at the Ministry of Finland, also saw the problem as being specific for Sweden:

‘The problem is very Swedish. The systems are very much alike in the Nordic countries. The only difference is that Sweden has a higher number of asylum-seekers. Maybe this is part of the problem. I have been working for 25 years with asylum-seekers. In the beginning we had people who really had political reasons, now they are mostly immigrants.’

Strategies for prevention and coping

What, then, should be done to prevent this situation from recurring? What should we do about the families that were not granted a PUT? Yelena Vinogradova argued for a change of focus in the Swedish asylum-seeking process:

‘What I have seen in Sweden is that when seeking asylum people are given a lot of information about the asylum-seeking process, the social services and the possibility for young people to go to school – about all the good things in Sweden. It’s like “Welcome to Paradise!” But I have seen nothing, correct me if I’m wrong, about what should be the family’s potential strategy if it is not granted residence and will have to return home. When families come to Sweden, everything is handed to them and their lives become someone else’s responsibility. We must think about the young people. What will be their strategy if the family doesn’t get a PUT? What will they tell their friends when they go back home? Their parents brought them to Sweden; they left part of their life back home. They need some kind of coping strategy that will prepare them for the return if they do not receive a PUT.’

Anna Wessel suggested that perhaps Sweden should help people to become reintegrated. She also saw a need for a stronger cooperation with the countries of origin.

Another measure to prevent new cases from developing, Sevil Asadova suggested, could be public awareness campaigns in the countries of origin so that people understand that their applications might be rejected in Sweden.

Henrik Pelling, from Child and Adolescent Psychiatry in Uppsala, emphasised the need to talk to the parents about what is real, and not to medicalise the problem:

‘I think we, the paediatricians and child psychiatrists, are the bad guys. We have had poor practices for handling the problem, and have made the phenomenon a medical and psychiatric problem. All parents want to help their children, but in the process of medicalisation, which they are also a part of, they become afraid – through us. In Uppsala we learned from a few cases and therefore started group discussions with the parents about what is real. About how to prepare and support their child if they are allowed to stay, and also how to handle the situation if they must return after maybe having spent all they have to get. That is a real crisis! But not a trauma to be treated in medical psychiatry. But group discussions are, in my experience, very effective. The phenomenon stopped spreading.’

Residency – the key to recovery?

One topic of debate is what role receiving permanent residency, PUT, plays in the recovery. Several of the participants were certain that being granted permanent residency plays a key role in the recovery process. As Torgny Gustavsson described it:

‘It begins with PUT; they see the mother become full of hope, and the children understand that the danger is over. An interesting part of this is the role of the media and the public discussion focussed on catastrophe. When people get better, the media is no longer interested. This shows the harmfulness of intense media exposure.’

However, although granting permanent residency, PUT, seems to play an important role in the recovery process, it is often very difficult to put an end to the symptoms and return to normality. Torgny Gustavsson compared it with working with anorexic patients: ‘Once you have passed a certain point, the way back is much longer than the way in,’ he explained.

Bernice Aronsson, from the Sachska Children’s Hospital, explained that in their experience most of the children regain their functions very slowly; six months for many of them. It takes a long time, especially to talk again.

‘They are like newborn children. A newborn does not look at you. It takes time to get eye contact with the child. It is like a brain injury that recovers only gradually. I have a very deep respect for the syndrome – when the syndrome started; the pattern is an indication of a severe psychological disorder with loss of neurotological functions,’ she said.

The national report has provided important information on the social background of these children; in the opinion of Bernice Aronsson, it unfortunately does not discuss manipulation and intoxication in a scientific way:

‘To enhance our knowledge about the syndrome, I would like to see a meeting with different actors and experts to discuss national guidelines for the diagnostic examination of these children,’ she remarked.

Claes Tollin replied that this is a question for the professions, and The National Board of Health and Welfare has asked the Paediatric and the Child- and Adolescent Psychiatric associations to give their members some guidelines.

Referring to the situation in Stockholm presented by Olav Bengtsson, Guhn Godani of Save the Children Sweden wondered if all the children really had the same symptoms. Nader Ahmadi replied that his research has shown that there is a wide variation of symptoms.

Sevil Asadova put another perspective on permanent residency as ‘a medicine’: ‘It is nice to be kind, but this is also a social problem. The children receive style-behaviour for life. “If I’m ill, I can be rewarded”, and the pattern is set. That is not humanitarian.’

Eva Kjellberg from the Department of Child and Adolescent Psychiatry in Gällivare-Kiruna, stressed the importance of changing our way of working with the children:

‘When the problem escalated in our county, we were very concerned with how we should change our own behaviour. Working with the families in hospitals led to a negative spiral. When we instead started a new way of working with the families, in their homes, it gave positive results. Some children recovered completely without a PUT. When we changed our approach in order to strengthen the parents’ ability, it worked. The children recovered when the parents calmed down.’

Final words by the moderator

In her concluding remarks, the moderator Kjerstin Almqvist highlighted the difficulties facing all those working with the children:

‘It is not easy to draw conclusions from the situation. The issue of children with severe withdrawal symptoms needs much respect and reflection. I have been working with many families over the years, and I have many times felt their anxiety, and I had no possibility whatever to be reflective. One of the biggest problems with this issue is that when we are connected to a suffering child we are not able to reflect. We want to do whatever we can to help them stay in Sweden. It is not because we are manipulative, but because we feel so strongly for the child. Only when I am no longer working directly with the families can I be more reflective.’

‘In this workshop we have had a very good discussion with respect to our different opinions. Thor Arne Hauge reflected on the differences between Denmark and Norway on the one hand and Sweden on the other, and the mutual suspicion between migration authorities, welfare services and healthcare. This might be one part of the problem in Sweden. We have to respect that we have different roles and we need more discussions about the task of child psychiatry in the asylum-seeking process, and in particular the writing of health certificates. We have to think about how we can serve the children’s rights in the best way. The situation today is not a good one, it is not beneficial for the children.’

‘Another conflict is the one between child psychiatry and paediatrics. It has been highlighted in the media and it has affected asylum-seeking children. In the schools, children waiting for asylum know which doctor they should go to to get a good certificate and which ones to avoid. This is not a good way of putting responsibility on the shoulders of the child. As children, they will do everything to help their family, especially if they are members of minority groups of extended families. We have been speaking of the families and children as victims. I think we should put more focus on the children as capable young persons trying to resolve the situation.’

‘I would also like to point out how important it is to have had this discussion here and now. At present, the number of children with withdrawal symptoms is on

the decline. Several times in the past we have had large numbers of children suffering severely from a range of symptoms; then, thanks to a general granting of residency, the problem vanished. And that made us happy because we were so involved with the suffering children. But a couple of years later, we find ourselves in the same situation again. So we need to act now in order to improve the system so as to avoid having this problem arise again in the future.'

Programme for the Workshop

Thursday May 4th

- 9.30 **Assembly in the Rosenbad Reception**
Welcoming coffee outside Rotundan seminary hall
- 10.00 **Introduction Address**
Marie Hessle, National coordinator
Barbro Holmberg, Minister for Migration and Asylum Policy
Kjerstin Almqvist, Moderator
- 10.30 **Asylum-seeking Children with Severe Withdrawal Behaviour in Sweden**
Presentation of the national survey and in-depth study
Nader Ahmadi, Research leader
- 12.30 Lunch in Rosenbad Guest Dining Hall
- 14.00–18.00 **Comments and Reflections on the Reports. Psychosocial Vulnerability among Children and Families in Caucasus, Central Asia and former Yugoslavia**
Sevil Asadova, Caspian Mental Health Association, Baku, Azerbaijan
Yelena Vinogradova, Development Center "Accord", Almaty, Kazakhstan
Burul Makenbaeva, Mental Health and Society, Bisjkek Kyrgyzstan
Nadezda Sataric, NGO Amity, Belgrade, Serbia and Montenegro
Mimoza Shahini, Department of Psychiatry, University Clinical Centre of Pristina, Kosovo

Coffee will be served during the afternoon
- 18.00 **Closing of Day One**
- 19.00 Dinner

Friday May 5th

- 9.00 **What Have Been Done in Sweden so far?**
Claes Tollin, Medical Director, The National Board of Health and Welfare
Olav Bengtsson, Head of Child- and adolescent psychiatry, Stockholm
- 9.30 **Discussion and Comments on Swedish and International Experiences**
- 10.45 Coffee
- 11.15 **How Can We Continue to Coordinate and Cooperate in the Future?**
- 11.45–12.15 **Concluding Remarks**
Kjerstin Almqvist
Nader Ahmadi
Marie Hessle

List of participants at the Workshop

Nader Ahmadi, *Research Leader*
nader.ahmadi@socarb.su.se

Kjerstin Almqvist, *Ph.D., Director, Research & Public Health, County Council of Värmland*
kjerstin.almqvist@liv.se

Ingrid Andersson, *Coordinator SRCC for victims of torture, Swedish Red Cross*
ingrid.andersson@redcross.se

Bernice Aronsson, *M.D. Sachsska Child Hospital*
bernice.aronsson@sodersjukhuset.se

Sevil Asadova, *Director of Child Development Centre of the NGO Caspian Mental Health Association, Baku, Azerbaijan*
sevil_asadova@yahoo.com

Mai Beijer, *Director of Education, Swedish Agency for School Improvement*
mai.beijer@skolutveckling.se

Olav Bengtsson, *Head of Child- and Adolescent Psychiatry in Stockholm*
olav.bengtsson@sll.se

Karen Louise Christiansen, *Psycho-social consultant, Danish Red Cross*
klc@redcross.dk

Lotta Dahlstrand, *Legal officer, Children's Ombudsman*
Lotta.dahlstrand@bo.se

Sakir Demirel, *Chief of Social Service/ Rinkeby District Administration, Stockholm*
sakir.demirel@rinkeby.stockholm.se

Marit Dozzi, *Administrative Officer*
marit.dozzi@adm.ministry.se

Jennie Edlund, *Special Adviser, Ministry for foreign Affairs, Department for Migration and Asylum Policy*
jennie.edlund@foreign.ministry.se

Guhn Godani, *Lic. Psychologist, Save The Children Sweden*
guhn.godani@rb.se

Torgny Gustavsson, *Senior Child and adolescent Psychiatrist, The Swedish Association for Child and Adolescent Psychiatry*
torgny.gustavsson@ltkronoberg.se

Thor Arne Hauge, *Senior Adviser The Norwegian Directorate of Immigration (UDI)*
itah@udi.no

Lars Hellgren, *Senior Medical Expert, National Board of Health and Welfare*
lars.hellgren@socialstyrelsen.se

Marie Hessle, *National Coordinator*
marie.hessle@foreign.ministry.se

Eva Kjellberg, *M.D., Department of Child and Adolescent Psychiatry Gällivare, Kiruna*
eva.kjellberg@nll.se

Burul Makenbaeva, *Executive Director of the NGO Mental Health and Society in Bishkek, Kyrgyzstan*
mhealth@mail.kg

Anna Mannikoff, *Secretary*
anna.mannikoff@foreign.ministry.se

Katarina Munier, *commissioner/projectleader, Stockholm social service administration staff*
katarina.munier@sot.stockholm.se

Gertrud Nordin, *Nurse, Refugee Medical Unit, Boden*
gertrud.nordin@nll.se

Ingela Palmér *Unit Manager, Head Psychologist, The Stockholm Education Administration*
ingela.palmer@utbildning.stockholm.se

Henrik Pelling, *M.D, Director, Child and Adolescent Psychiatry, University Hospital Uppsala*
henrik.pelling@akademiska.se

Leena-Maija Qvist, *Senior Adviser, Ministry of Finland, Immigration and Work Permit-team*
Leena-Maija.Qvist@mol.fi

Martin Sandgren, *Political Adviser to the Swedish Minister for Migration and Asylum Policy Barbro Holmberg*
martin.sandgren@foreign.ministry.se

Nadezda Sataric, *Manager from the NGO Amity in Belgrade, Serbia*
amity@yubc.net

Mimoza Shahini, *Head of Child and Adolescent Mental Health Centre at University Clinical Centre of Kosovo*
mimoza.shahini@gmail.com

Britt Stadin, *Child and Adolescent Psychiatry, Sundsvall*

Claes Tollin, *Medical Director at the Department of Health Care and Medical Services of The National Board of Health and Welfare*
Claes.Tollin@socialstyrelsen.se

Andreas Tunström, *Lic. Psychologist/Stockholm Child and Adolescent Psychiatry, Refugee Center*
andreas.tunstrom@sll.se

Eva Ulveson, *Legal Adviser, Swedish National Agency for Education*
eva.ulveson@skolverket.se

Yelena Vinogradova, *Program Director of the NGO Development Centre "Accord", Kazakhstan*
elena_vinogradova@akkord.kz

Anna Wessel, *Head of Division, Swedish Migration Board*
anna.wessel@migrationsverket.se

Stig Wintzer, *Senior Adviser, Swedish Association of Local Authorities and Regions*
Stig.Wintzer@skl.se

Doris Öhlund, *Family Therapist, Child and Adolescent Psychiatry in Skellefteå*
doris.ohlund@vll.se

Anmälningar till Granskningsnämnden

Anmälan till Granskningsnämnden (2006-10-18)

Härmed anmäler vi, Marie Hessle och Nader Ahmadi inom den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhets-symtom, till Granskningsnämnden Uppdrag Granskning program den 19 september kl. 20:00 i SVT 1; "Spelet om apatiska barnen".

Vi vill anmäla följande uppgifter/påståenden i programmet. Punkterna är återgivna i kronologisk ordning. Den första punkten syftar på Karin Mattissons presentation av programmet. Övriga punkter härrör sig till rapporter Gellert Tamas reportage:

1. Uppdrag Granskning säger i presentationen av programmet: "Låtsas de (asylsökande barnen – *vårt förtydligande*) bara vara sjuka? Det skulle den här utredningen ta reda på."

Kommentar: Uppdrag Granskning ger i presentationen av programmet en felaktig beskrivning av den nationella samordnarens uppdrag. Av kommittédirektiv 2004:115 framgår tydligt att uppdraget på intet sätt handlar om det som Uppdrag Granskning påstår.

2. Uppdrag Granskning säger i inledningen till programmet: "Den statliga utredningen slår fast i två rapporter att det inte enbart handlar om en sjukdom, att det lika väl kan röra sig om förgiftning och simulering"

Kommentar: Detta är felaktigt. I den första rapporten berörs överhuvudtaget inte frågor om förgiftning och simulering. I den andra rapporten (SOU 2006:49) slås fast att det inte gått att finna några generella förklaringar till fenomenets uppkomst.

Studien har funnit att en rad olika omständigheter, var för sig eller i kombination, kan förklara *enskilda fall* av barn med uppgivenhetssymtom (sid. 101). Manipulation och simulering nämns som "en" av dessa eventuella omständigheter. Begreppet "sjukdom" används här överhuvudtaget inte. Taget ur sitt sammanhang blir Uppdrag Granskning påståenden missvisande.

3. Uppdrag Granskning säger, angående mötet den 17 februari 2005 i Riksdagens Socialförsäkringsutskott: "(...) Regeringens samordnare Marie Hessle och psykologen Peter Engelsöy framför misstankar om simulering och manipulation på ett liknande sätt som de gjort i radion och TV."

Kommentar: Detta är ett felaktigt påstående. Inga sådana "misstankar" framfördes av Marie Hessle vid detta tillfälle.

4. Uppdrag Granskning säger: "(...) Marie Hessle (...) men som också är känd för sin syn på de apatiska barnen"

Kommentar: Detta är ett tendensiöst påstående som saknar grund. Det framgår överhuvudtaget inte vad man bygger detta påstående på.

5. Uppdrag Granskning säger, angående den nationella samordnarens första rapport:
"Den slår fast att de apatiska barnen är ett nytt fenomen, som enbart drabbar asylsökande barn i Sverige."

Kommentar: Detta är felaktigt. Inte i någon av våra rapporter (2005:1–2 samt SOU 2006:49) har vi påstått att apati, varken hos barn eller vuxna, är nya fenomen. Inte heller har vi påstått att apati enbart drabbar asylsökande barn i Sverige. Vi har däremot kunnat konstatera, efter kartläggningar, kunskapsgenomgångar och vidare undersökningar, att ett liknande fenomen, dvs. förekomsten av drygt 400 asylsökande barn med uppgivenhetssymtom under en begränsad tidsperiod (5 år) och huvudsakligen från några bestämda geografiska områden i världen, inte förekommit i andra länder. Vi har dessutom redovisat i de första rapporterna (2005:1–2) att ett fåtal fall med asylsökande

barn med uppgivenhetssymtom har rapporterats från andra europeiska länder.

6. Uppdrag Granskning säger: "Trots den internationella forskningen fortsätter Marie Hessle att hävda att apatiska barn bara finns i Sverige."

Kommentar: Se kommentar punkt 5. Påståendet är felaktigt och saknar grund. Man ställer sig frågan vad Uppdrag Granskning bygger detta påstående på, eftersom inga fakta på att det skulle vara så redovisas i programmet.

7. Uppdrag Granskning säger, angående rapport SOU 2006:49: "Utredarna lägger stort fokus på teorier om manipulation och förgiftning."

Kommentar: Detta påstående är helt felaktigt och saknar grund. I rapporten refereras till den pågående debatten mellan olika experter om manipulation och misshandel (på sammanlagt 3 av rapportens totala 135 sidor), samt till uppgifter om detta som förts fram i de olika intervjustudierna. Rapporten fastslår följande: "Vi har i denna fördjupningsstudie varken haft för avsikt eller haft möjlighet att närmare studera dessa misstankar. Frågan om en del av barnen varit förgiftade eller inte kan bäst besvaras genom medicinska, sociala eller polisiära utredningar."

8. Uppdrag Granskning säger: "Man slå fast att det är en av förklaringarna till apatin."

Kommentar: Detta är felaktigt. Ingen generell förklaring till förekomsten av fenomenet fastslås. I SOU 2006:49 räknas en rad olika omständigheter upp, som var för sig eller i kombination kan förklara *enskilda fall* av barn med uppgivenhetssymtom. Manipulation och simulering är "en" av dessa eventuella omständigheter. Taget ur sitt sammanhang blir Uppdrag Gransknings påstående missvisande.

9. Uppdrag Granskning säger: "Rapportens slutsatser om förgiftning stödjer sig på en enda namngiven läkare. Tomas Eriksson."

Kommentar: Detta är felaktigt. En artikel skriven av Tomas Eriksson refereras på ett ställe i rapporten (sid. 27), men rapporten drar ingen slutsats om förgiftning som förklaring. Rapporten fastslår följande: ”Vi har i denna fördjupningsstudie varken haft för avsikt eller haft möjlighet att närmare studera dessa misstankar. Frågan om en del av barnen varit förgiftade eller inte kan bäst besvaras genom medicinska, sociala eller polisiära utredningar.”

10. Uppdrag Granskning säger: ”Påståenden om att barn tillfrisknar på flyget tycks bara vara ett rykte. Och trots att jag letar i tre månader så lyckas jag inte hitta ett enda exempel på ett förgiftat barn.”

Kommentar: Detta påstående är anmärkningsvärt eftersom Uppdrag Granskning i sin research gick igenom hela vårt diarium där sådana uppgifter finns. Det är uppenbart att man väljer att ta med de fakta som passar den egna vinklingen.

11. Efter en intervju med Mats Strandberg (MS) visas samordnarens rapport, lagd som en bild över MS.

Kommentar: Detta ger en bild av att MS:s erfarenheter/skrivelser beaktats i rapporten. Detta är helt felaktigt. Det finns ingen referens till MS i rapporten.

12. Uppdrag Granskning säger: ”(...) lyfts också simulering fram som en möjlig förklaring till apatin. Rapportens enda referens till detta är en artikel i Dagens Medicin, skriven av Thomas Jackson.”

Kommentar: Detta är fel. Simulering lyfts fram som en av flera faktorer som kan förklara enskilda fall, men inte som förklaring till fenomenet. Taget ur sitt sammanhang blir påståendet missvisande.

13. Uppdrag Granskning säger: ”Thomas Jackson är alltså den auktoritet som en statlig utredning lutar sig mot vad gäller påståenden om simulering.”

Kommentar: Detta är en grov förvrängning av hur det förhåller

sig. En artikel skriven av Thomas Jackson refereras på ett ställe i rapporten (sid. 26), men i rapporten dras ingen slutsats utifrån denna artikel.

14. Uppdrag Granskning säger: ”Men hur kan då en statlig utredning slå fast att det förekommer manipulation när det inte finns några konkreta bevis?”

Kommentar: Detta är helt felaktigt. Inte i någon av samordnarens rapporter fastslås att det förekommer manipulation.

15. Uppdrag Granskning säger: ”Marie Hessle har med några få undantag undvikit kontakt med de svenska och utländska experter som inte delar hennes uppfattning.”

Kommentar: Detta påstående saknar helt grund. I samordnarens rapporter refereras samtliga experter och forskare, svenska och utländska, som publicerat sig i frågor som är relevanta för frågeställningarna i samordnarens uppdrag. Detta framgår tydligt av rapporterna. Utöver detta har kontakt tagits med ett stort antal experter i Europa och i de drabbade barnens hemländer, inom ramen för den europeiska kartläggningen och fältstudierna i Azerbajdzjan, Kirgizistan, Kazakstan och Serbien/Kosovo. Detta framgår också av de båda rapporterna. Dessutom har flera av de hänvisade experterna på olika sätt ingått i samordnarens arbets- och referensgrupper samt rådgivande grupper, e.g. Göran Bodegård. Detta framgår av våra rapporter samt av de mötesanteckningar och deltagarförteckningar som Uppdrag Granskning tagit del av.

16. Uppdrag Granskning säger: ”Magne Raundalen och Solvig Ekbaldh har i en artikel förkastat teorier om simulering. Men i Marie Hessles rapport har samma artikel använts som bevis för simulering.”

Kommentar: Detta är felaktigt. Citatet från den aktuella artikeln refereras i ett teoretiskt resonemang om barn som aktörer i sitt eget liv. Inte som bevis för simulering.

17. Uppdrag Granskning säger: ”Marie Hessle bedrev samtidigt en egen spaningsverksamhet med syfte att visa att många apatiska

barn egentligen var manipulerade.”

Kommentar: Denna beskrivning är en tendensiös förvrängning av verkligheten. I samordnarens uppdrag ingår att analysera och kartlägga förekomsten av uppgivenhetssymtom hos asylsökande barn, och i detta ingår att ta del av erfarenheter i praktiken. Att beskriva detta arbete som en ”egen spaningsverksamhet” med ett i förväg uttalat syfte, är en grov förvanskning av verkligheten.

18. Uppdrag Granskning säger: ”Med hjälp av bland annat de här mailen kan vi visa att det pågick ett medvetet och välplanerat spel bakom kulisserna. Ett spel som hade två huvudaktörer. Marie Hessle, som nu också inleder ett intensivt arbete med att leta efter enskilda fall av misstänkt vanvård.”

Kommentar: Se under punkt 24.

19. Följande utdrag ur mail till Inger Schanche, chef för hälsokontoret för asylsökande i Baerum kommune i Norge, visas och läses upp i programmet:
”Inger,
.... (Klipp – *vårt förtydligande*)

Nu skriver jag till dej och bifogar Annica Rings mejl (Annica samverkar vi nära med. Hon arbetar på Migrationsverket som beslutsfattare och har ett specialuppdrag som handlar om de apatiska barnen. Kan du vara henne behjälplig med ngt förnamn eller så utifrån hennes behov nedan så kan vi få ta del av Migrationsverkets material i fallet och se vad dom har fått info om! Hälsn. Marie”

Kommentar: Se under punkt 24.

20. Följande utdrag ur mail till *psykiater* Peter Engelsøy, visas och läses upp i programmet:
”Hej,
...(Klipp – *vårt förtydligande*)

Vi är överens om att vi behöver kortfattade dokumentationer från er på olika fall högst ½ A4-sida per barn ni mött/möter där

misstanke om att barnet utnyttjas/används av föräldern/föräldrarna beskrivs.

...(Klipp – *vårt förtydligande*)

Och vi ser situationen som akut! Ring gärna! Hälsn Marie”

Kommentar: Se under punkt 24.

21. Uppdrag Granskning säger: ”Den intensiva mailkontakten mellan Annica Ring och Marie Hessle fortsätter. Nu handlar det om att lägga upp en mediastrategi.”

Kommentar: Se under punkt 24.

22. Följande utdrag ur mail från Annica Ring visas och läses upp i programmet:

”Hej,

...(Klipp – *vårt förtydligande*)

Vad gäller media så är det hittills bara TV4 som hört av sig. Informatörerna här funderar på om de ska lägga ut något på vårt verksnät, jag applåderar vi måste bli mer offensiva. //Annica”

Kommentar: Se under punkt 24.

23. Följande utdrag ur mail från Marie Hessle visas upp och läses i programmet:

”... (Klipp – *vårt förtydligande*)

Tycker det är bra att vara offensiv om det är rätt tajmat. Det bästa just nu vore om informationen kom från Polisen tycker jag. Media har ju sin dramaturgi & barnen är utsatta av systemet i Sverige, där ju MIV ingår! Håller ni nu på att misstänkliggöra de stackars föräldrarna??? kan de kanske tänka!? Marie”

Kommentar: Se under punkt 24.

24. Uppdrag Granskning säger: ”Marie Hessle och Annica Rings strategi har lyckats. Bilden att det är många fall med beräk-

nande föräldrar som förgiftar och manipulerar sina barn är etablerad.”

Kommentar punkt 17–24: Genom en tendensiös klippning i e-post som skickats mellan befattningshavare på olika myndigheter befästs en förvrängd och felaktig bild av verkligheten. I samordnarens uppdrag ingår att analysera och kartlägga förekomsten av uppgivenhetssymtom hos asylsökande barn, och i detta ingår att ta del av erfarenheter från praktiken. I uppdraget ingår också att samverka med berörda myndigheter och aktörer. Att förhålla sig till och ha en beredskap för eventuella frågor från media är också en självklar uppgift för en statlig utredning – särskilt när medias och allmänhetens intresse är så stort som i detta fall. Men när Uppdrag Granskning väljer att beskriva detta arbete som ett *”medvetet och välplanerat spel bakom kulisserna”*, där de inblandade uppges ha en gemensam media strategi i syfte att etablera *”bilden av att det är många fall med beräknande föräldrar som förgiftar och manipulerar sina barn”*, är detta en mycket grov förvanskning av verkligheten.

Med vänlig hälsning

Marie Hessle
Nationell samordnare

Nader Ahmadi
Forskningsledare

Anmälan angående inslag om "apatiska barn" i Aktuellt (2006-11-21)

Härmed anmäler vi, Marie Hessle och Nader Ahmadi inom den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhets-symtom, till Granskningsnämnden SVT:s program Aktuellt den 16 november 2006 kl. 21.

Vi konstaterar att de felaktigheter som framkommer i programmet delvis är en upprepning av tidigare felaktiga uppgifter som framförts i Uppdrag granskning program den 19 september 2006. Detta program har vi anmält tidigare (diarienummer hos GRN; 1062/06).

Vi vill anmäla följande uppgifter/påståenden i programmet. Punkterna är återgivna i kronologisk ordning.

1. Aktuellt säger: "Marie Hessle, som utredaren heter, har fel på punkt efter punkt visar en ny rapport som Aktuellt har läst."

Kommentar: Se under punkt 3.

2. Aktuellt säger: "I dag är de (apatiska barnen - *vår anmärkning*) strax under 200 stycken i Sverige."

Kommentar: Detta är felaktigt. Vi har i vår senaste rapport till regeringen i september 2006 redovisat aktuell statistik över antalet barn med uppgivenhetssymtom – både när det gäller barn som är asylsökande och barn som tidigare varit asylsökande men som nu fått uppehållstillstånd. I augusti 2006 var antalet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom 14 och antalet barn med uppehållstillstånd med uppgivenhetssymtom³⁸.

Denna rapport finns på vår webbplats:

http://www.sou.gov.se/barniasylproc/dokument/uppfoljning_2006.pdf

Aktuellts uppgifter är alltså gamla och felaktiga.

3. Aktuellt säger: "I regeringssamordnaren Marie Hessles två rapporter slås bland annat fast att det inte funnits apatiska barn i Sverige före år 2000, att det inte finns apatiska barn i andra länder och att det saknas en vetenskapligt grundad definition av

problemet.”

Följande lista visas i bild:

”apatiska barn” fanns inte före 2000

”apatiska barn” finns bara i Sverige

vetenskapligt grundad definition saknas

Kommentar: Detta är felaktigt. Inte i någon av våra rapporter (2005:1–2 samt SOU 2006:49) har vi påstått att apati, varken hos barn eller vuxna, är nya fenomen. Vi har däremot kunnat konstatera, efter kartläggningar, kunskapsgenomgångar och vidare undersökningar, att ett liknande fenomen, dvs. förekomsten av drygt 400 asylsökande barn med uppgivenhets-symtom under en begränsad tidsperiod (5 år) och huvudsakligen från några bestämda geografiska områden i världen, inte förekommit i andra länder. Och när vi i våra rapporter konstaterar att det inte finns ”en vetenskapligt grundad definition av *problemet*” syftar vi till det problem som uppenbarligen uppstått enbart i Sverige i början av 2000-talet och som inneburit att ett större antal barn (endast asylsökande) från bestämda geografiska områden i världen visat uppgivenhets-symtom i den utsträckning vi har kunnat kartlägga. Vi har dock redovisat i de första rapporterna (2005:1–2) att ett fåtal fall med asylsökande barn med uppgivenhetssymtom har rapporterats från andra europeiska länder. Än i dag finns inga vetenskapliga rapporter eller annan dokumentation som bygger på empiriskt material som säger emot våra konstateranden. Än i dag har *vi* inte sett bevis på att det problem som vi har skrivit om vetenskapligt förklarats.

4. Aktuellt säger: ”Hans rapport (Per-Anders Rydelius – *vår anmärkning*) motbevisar regeringssamordnarens slutsatser.”

Kommentar: Eftersom man felaktigt återgivit våra slutsatser i de tidigare rapporterna (se punkt 3) blir också denna slutsats felaktig. Det är vår bestämda uppfattning att Per-Anders Rydelius rapport inte motstrider slutsatserna i våra tidigare rapporter.

5. Aktuellt säger: ”Socialstyrelsen överväger att ta bort uppmaningen till vårdpersonal att beakta manipulation.”

Kommentar: Det framgår inte vad man bygger detta påstående på. Vår information angående detta stämmer inte överens med detta påstående.

Med vänlig hälsning,

Marie Hessle
Nationell samordnare

Nader Ahmadi
Forskningsledare

Instrument för att mäta funktionsnedsättningar hos asylsökande barn med uppgivenhetssymtom

Symtom	Grad I	Grad II
a) Kommunikationsförmåga	Icke-verbal respons t.ex. nickar eller sänker blicken	Ingen respons alls t.ex. inga ord eller blundar
b) Förmåga att klara sköta dagliga rutiner	gör saker på uppmaning klär på sig, borstar tänderna	ingen förmåga att ta hand om sig själv (t.ex. måste kläs på; enures; enkopres)
c) Förmåga att röra sig	kan förmås gå med hjälp	ligger, står inte på sina ben; faller ihop; inget ansiktsuttryck
d) Basala överlevnadsförmågor	matas, tuggar och sväljer själv	sondmatas
e) Medvetenheten om omvärlden	t.ex. hör eller reagerar på enstaka händelser, kan ibland titta upp	är helt avskärmad från omvärlden