

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**”Ensamkommande flyktingbarns möte med  
Flyktingbarnteamet i Göteborg - En journalstudie”**

Hannes Norblad

Examensuppsats 30 hp  
Psykologprogrammet  
Höstterminen 2014  
Handledare: Ole Hultmann

# Ensamkommande flyktingbarns möte med Flyktingbarnteamet i Göteborg - En journalstudie

Hannes Norblad

*Sammanfattning:* Studien undersöker 56 journaler från ensamkommande flyktingbarn som besökt Flyktingbarnteamet i Göteborg. Syftet var att samla kunskap om gruppen ensamkommande flyktingbarn och deras möte med en svensk sjukvårdsinrättning. Bakgrundsinformation om barnen och information om insatser som gets på Flyktingbarnteamet presenteras. Barnens hjälpbehov, som det beskrivits av remittenter och av behandlare på Flyktingbarnteamet, analyserades med kvalitativ tematisk analys. Resultatet visade att barnen har ett brett hjälpbehov med posttraumatisk stress, andra ångesttillstånd, depression och somatiska besvär men även problem kopplade till vardagen i Sverige som ensamhetskänslor och grubblerier om framtiden. Omkring var tredje barn bedömdes någon gång ha mått så dåligt att det hade svårt för att berätta om sina problem för behandlaren. Studiens resultat diskuteras och förslag till fortsatt forskning ges.

Mot slutet av 2013 befann sig 51,2 miljoner människor på flykt i världen. Man räknar med att ungefär hälften av dessa är barn. FN:s flyktingorgan UNHCR, som bland annat har till uppgift att föra statistik över världens flyktingströmmar, konstaterar i sin senaste rapport att både antalet flyktingar och andelen barn som flyr nu ligger på de högsta nivåerna sedan man började föra statistik i slutet på 80-talet (UNHCR, 2014).

De våldsamma politiska skeenden vi får höra om via Internet och satellitsändningar märks också, med en viss fördröjning, i statistiken. Under 2013 fortsatte det osäkra läget i Afghanistan och Somalia att producera en jämn ström av flyktingar. Samtidigt eskalerade krisen i Syrien vilket, särskilt mot slutet av året, resulterade i en massiv flyktingkris. Även i Afrika bröt våldsameror ut på flera håll vilket tvingade många människor på flykt.

Paraplybegreppet som FN använder om flyktingar är ”forcibly displaced persons”. De allra flesta, drygt 33 miljoner, är ”internally displaced” det vill säga flyktingar i sina egna hemländer. Ytterligare en stor grupp har tagit sig över gränsen till närmsta grannland. Dessa människor hamnar oftast i flyktingläger eller andra provisoriska boenden och lever under mycket svåra sanitära och humanitära förhållanden. Så kallade utvecklingsländer tar idag emot 86 % av världens flyktingar. Detta är, återigen, en rekordnotering. Statistiken visar en tydlig trend där de allra fattigaste länderna sedan slutet på 90-talet fått stå för en allt större del av det totala flyktingmottagandet (UNHCR, 2014).

En liten del av världens flyktingar försöker dock ta sig till länder i Västvärlden med en förhoppning om att få asyl eller om att få återförenas med släktingar. Av denna grupp, utgörs en ännu mindre del av barn som flyr på egen hand, utan sina vårdnadshavare. Dessa *ensamkommande flyktingbarn* har uppmärksammats från flera håll den senaste tiden. Forskning har visat att barnen flyr för att deras föräldrar eller syskon har mördats, förföljelse på grund av sin etnicitet, religion eller sexuella läggning, krig i hemlandet, extrem fattigdom, människohandel, rekrytering till barnsoldatsstyrkor,

hedersproblematik eller hot om tvångs gifte. (Stretmo & Melander, 2013 se också Brendler-Lindqvist, 2004 och Thomas, Thomas, Nafees & Bhugra, 2003).

Omkring 100 000 barn befinner sig nu i Europa utan sina vårdnadshavare enligt en uppskattning (Lundqvist, 2006). I början av 2000-talet sökte ca 400 ensamkommande barn asyl i Sverige varje år. Gruppen har dock ökat kontinuerligt och 2013 sökte 25300 ensamkommande barn asyl i 77 av FN:s medlemsländer. Av dessa kom 3900 till Sverige (UNHCR, 2014).

I och med ratificeringen av FN:s konvention om barnets rättigheter har Sverige åtagit sig att säkerställa att alla flyktingbarn får skydd, humanitärt bistånd och att deras rättigheter som barn tillgodoses. I detta ingår även att tillhandahålla hälso- och sjukvårdsinsatser. Alla barn som befinner sig i Sverige har i enlighet med Barnkonventionen samma rätt till sjukvård som svenska barn. I Västra Götalandsregionen finns sedan 2008 *Flyktingbarnteamet* som ska stärka omhändertagandet av denna grupp. Denna uppsats kommer, med hjälp av Flyktingbarnteamets journaler, undersöka mötet mellan ensamkommande flyktingbarn och en tvärprofessionell sjukvårdsinriktning i Västsverige. Vad bär barnen med sig och vad vill de ha hjälp med? Hur bedöms barnen av behandlarna på Flyktingbarnteamet? Vilken hjälp får barnen?

## **Definition av ensamkommande flyktingbarn**

Begreppet ”ensamkommande flyktingbarn” används i denna studie för att beskriva individer under 18 år som befinner sig i Sverige utan sina vårdnadshavare. På engelska motsvaras begreppet närmast av ”unaccompanied minors” eller ”separated children”. Den definition som FN formulerat om barnen lyder: “[A] person who is under the age of eighteen /.../ and who is separated from both parents and is not being cared for by an adult who by law or custom has responsibility to do so” (UNHCR, 1994: 121).

Att vara ensamkommande innebär alltså att barnet *separeras* från sina vårdnadshavare. Det betyder att barnet kan ha kommit till Sverige med föräldrar som senare lämnar dem här, de kan ha kommit tillsammans med en annan anhörig eller vän, de kan ha med sig ett litet syskon, ett eget barn, en make eller maka eller ha migrerat hit alldeles ensamma (Stretmo & Melander, 2013). Gränsen mellan ”flykting” och ”migrant” är, som Vervliet m.fl. (2013) påpekat, vag särskilt när det gäller barn. Begreppet flykting- används här brett om barn som söker asyl men också om ensamkommande barn som befinner sig i Sverige av andra skäl, exempelvis för att ansöka om familjeåterförening med släktingar. Begreppet barn, slutligen, används – också i enlighet med FN:s konvention över barns rättigheter – om alla personer under 18 års ålder. De flesta ensamkommande flyktingbarn i Sverige är ungdomar i de sena tonåren. I uppsatsen används dock ”de ensamkommande” och ”barnen” synonymt för att understryka deras rättigheter som just barn. Begreppet ”ungdomar” används ibland för att fokusera på vissa utvecklingsspecifika drag eller behov.

## **Vad vet vi om de ensamkommande flyktingbarnen?**

Barn som på egen hand tvingas migrera är ett mycket gammalt fenomen. Ketil Eide (2012a) nämner i en historisk kunskapsöversikt den bibliska historien om hur Moses sätts ut i en korg på floden Nilen som ett tidigt exempel på hur makropolitiska

skeenden – i detta fall ett kungligt dekret om att låta döda alla gossebarn födda av hebreiska föräldrar – skapar individuella tragedier där familjer splittras och barn tvingas fly på egen hand.

I modern tid var Andra Världskriget en källa till stora strömmar av flyktingbarn men även en källa till mycket av den kunskap som numera finns om barn i utsatta situationer. I England observerades hur de barn som fått stanna hos sina föräldrar inne i de krigshärjade och bombdrabbade städerna, ofta trots allt klarade sig bättre än de barn som separerats från sina föräldrar och skickats ut på landsbygden (Burlingham & Freud, 1943). I Sverige, som tog emot tusentals finska krigsbarn men även ensamkommande judiska barn från Tyskland, noterades många år senare att en stor del av barnen som separerats från sina vårdnadshavare fått bestående ärr. Många av de finska krigsbarnen kände som vuxna en stark rädsla för separationer, ett överdrivet behov av kontroll, språksvårigheter och minnesbilder som störde deras vuxenliv (Brendler-Lindqvist, 2004).

Erfarenheter av den här typen bidrog starkt till kunskapsutvecklingen inom det utvecklingspsykologiska fältet på 1900-talet. En majoritet av de barn som flyr själva till Väst idag är ungdomar i de sena tonåren. Det är viktigt att komma ihåg att dessa barn, samtidigt som de befinner sig i en flyktingkris som nyanlända, också genomgår en utvecklingskris där de håller på att bli unga vuxna. Ungdomarna är ensamkommande flyktingbarn samtidigt som de är ”vanliga” tonåringar som måste lösa alla de frågor om tillhörighet, självständighet och intimitet som hör tonårstiden till (Hultmann, 2009). Eftersom de ensamkommande barnen saknar föräldrar får det omgivande samhället, eller släktingar, stor betydelse för om barnet ska klara sina utvecklingsuppgifter på ett bra sätt. En hög grad av socialt stöd har beskrivits som en av de viktigaste faktorerna i mottagarlandet för att det ska gå bra för barnet på alla plan (Ehnholt & Yule, 2006).

Andra Världskrigets unga flyktingbarn skickades från sina hem i grupp på tåg och bussar. De barn och ungdomar som flyr till Väst idag har ofta en mycket mödosam resa bakom sig - inte sällan finns en flyktingsmugglare med i bilden. Dagens flyktingbarn kommer dessutom en och en. Av den anledningen finns ett stort behov av ny forskning som specifikt undersöker villkoren för de barn som idag flyr från krigs- och oroshärdar i länder som Afghanistan, Syrien, Irak och Somalia (Lustig m.fl., 2004).

Även om flera studier gjorts de senaste åren så är omfånget på forskningen inom området fortfarande begränsad (Lustig m.fl., 2004). Det finns mycket få longitudinella studier och få studier som undersöker behandlingsutfall (Dittmann & Jensen, 2010; Ehnholt & Yule, 2006; Huemer m.fl., 2009). Det finns också få studier där barnen själva får berätta om sina erfarenheter (Carlson, Cacciatore & Klimek, 2012; Wernesjö, 2012).

## **De ensamkommande barnen är både sårbara och motståndskraftiga**

De ensamkommande barnen har trots sin låga ålder, ofta helt på egen hand, lyckats färdas en lång sträcka för att söka skydd i ett främmande land. Ur det perspektivet kan den grupp som kommer möjligen representera ett tvärsnitt av de mest resursstarka flyktingbarnen (Ayotte & Williamson, 2001). Några studier, som bygger på intervjuer med ensamkommande flyktingbarn, har också tagit fasta på barnen som motståndskraftiga aktörer som skapar meningsfulla bemästringsstrategier, framtidsförhoppningar och nya grupptillhörigheter när de låter sina tidigare erfarenheter möta olika normsystem i det nya landet (Goodman, 2004; Rousseau, Said, Gagne &

Bibeau, 1998). Många forskare har dock påpekat att det i beskrivningar av barnen ofta är en uttalad offerposition som målas upp (Broch, 2012). Det har också framförts varningar för att en alltför ensidig fokusering på barnets sårbarhet kan hejda barnens introduktion, anpassning eller rehabilitering i det nya landet (Eide, 2012b). Något som därför kan vara bra att ha med sig, också när man tar del av forskningsresultaten nedan, är att även om de ensamkommande barnen framstår som en svårt sårbar grupp, så är barnen samtidigt självständiga aktörer som är i stånd att fatta bra och självständiga beslut i de flesta frågor som angår dem.

## **De ensamkommande barnen har många traumatiska upplevelser i bagaget**

Enligt Migrationsverkets akter hade 61 % av de ensamkommande barn (n=154) som anlände till Göteborgsregionen år 2008 blivit utsatta för våld, 33 % hade bevittnat våld mot en annan person, 19 % hade bevittnat någon dödas och 40 % av barnen hade upplevt krig på nära håll. Dessutom uppgav 11 % av flickorna att de utsatts för våldtäkt och 21 % uppgav hot om tvånggifte som ett viktigt skäl till att fly (Stretmo & Melander, 2013).

Samma höga prevalens, dock med variation beroende på kategorisering av våldsupplevelser, återfinns i internationella studier rörande ensamkommande flyktingar.

I Norge (Oppedal, Seglem & Jensen, 2009) uppgav 76 % av barnen (n=325) att de upplevt krig på nära håll och att de fortfarande hade plågsamma minnen från dessa upplevelser (61 %) eller mardrömmar (47 %).

I tre större studier (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert, & Spinhoven, 2007; Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2013; Vervliet m.fl., 2014) i Holland (n=1110), Norge (n=93) och Belgien (n=103) uppgav barnen upplevelser av krig eller väpnad konflikt (62 % - 69 %) våld mot den egna personen (55-63 %), en nära anhörigs död (68-85 %), bevittnandet av fysiskt våld (63-73 %), att skiljas från sin familj mot sin vilja (33-67 %), olycka (15-34 %), livshotande sjukdom eller skada (24-39 %), sexuellt utnyttjande av pojkar (8 % - 20 %) och flickor (17 % - 62 %). Likande resultat framkom i en ofta citerad studie från Storbritannien (Thomas, Thomas, Nafees & Bhugra, 2003) där forskarna systematiskt jämförde barnens berättelser med dokument från sociala myndigheter och barnets asylansökan.

Svåra traumaerfarenheter har även påvisats hos ensamkommande barn i vården. En studie inom BUP i Nederländerna (Wiese & Burhorst, 2007) visade att 29 % av de ensamkommande barnen (n=59) hade upplevelser av krig, 59 % hade erfarenheter av fysiskt våld, 53 % hade känt sig hotade till livet, 41 % hade bevittnat hur någon blev dödad, 34 % hade erfarenheter av tortyr och 27 % hade varit fängslade, 67 % av flickorna och 14 % av pojkarna hade utsatts för sexuella övergrepp.

Prevalensstudierna tyder på mångdubbling av potentiellt traumatiserande upplevelser hos denna grupp jämfört med befolkningen i stort och jämfört med flyktingbarn som kommit med minst en vårdnadshavare (Bean m.fl., 2007). Sammantaget kan sägas att sannolikheten för att ett barn som kommer till Västvärlden utan vårdnadshavare för att söka asyl har flera mycket svåra händelser med sig i bagaget är mycket stor.

## **De ensamkommande barnen löper stor risk att utveckla psykisk ohälsa**

Av de 158 barn som kom till Göteborgsregionen 2008 hade 52 % uppgifter om psykisk ohälsa registrerade i Migrationsverkets eller socialtjänstens akter. För 30 % fanns uppgifter om fysisk ohälsa, för 10 % uppgifter om psykosomatiska eller andra symtom och för 38 % fanns inga uppgifter om ohälsa alls (Stretmo & Melander, 2013).

Två omfattande översiktsartiklar har konstaterat att de ensamkommande barnen är en svårt sårbar grupp med mer psykisk ohälsa än befolkningen i stort och flyktingbarn som kommer med en vårdnadshavare (Huemer m.fl., 2009; Dittmann & Jensen, 2010). Studier med både generella och kliniska populationer har gett liknande resultat. Den förhöjda risken gäller särskilt symtom på depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom (Dittmann & Jensen, 2010).

Även i kvalitativa intervjustudier med ensamkommande barn i Finland (Sourander, 1998) och Storbritannien (Chase, Knight & Statham, 2008) framkom psykisk ohälsa samt olika typer av stressorer, först och främst att barnen saknade sina föräldrar. Barnen berättade också om en stor oro inför asylprocessen (som de förstod dåligt), olika somatiska plågor (oftast huvudvärk, magont och sömnsvårigheter) och om självmordstankar och panikattacker. Barnen framförde också önskningsom att ha någon vuxen som de kunde lita på för att kunna prata med om sin situation i det nya landet (Sourander, 1998). Flera barn hade känt sig främmande för det språk som användes om deras känslomässiga mående i mottagarlandet. Många lokaliserade till exempel sina känslomässiga reaktioner från separation och trauma till ”hjärtat” och hade känt stor förvirring när andra velat betrakta deras problem som ”mentala” eller ”psykiska”. I detta fanns också en stigmatisering där flera av barnen upplevt oro kring att ses som ”galna” om de exempelvis gått i någon form av samtalsbehandling (Chase m.fl., 2008).

## **De ensamkommande barnens psykiska hälsa samvarierar med faktorer i och utanför barnet**

En mycket lång rad studier (Almqvist & Brandell-Forsberg, 1997; Bean m.fl. 2007; Ehntholt & Yule, 2006) har beskrivit en hög grad av traumatiska och påfrestande upplevelser som den enskilt starkaste prediktionen för psykiskt lidande för flyktingbarn. En hög nivå av socialt stöd har på samma sätt beskrivits som den enskilt viktigaste skyddande faktorn (Ehntholt & Yule, 2006).

Andra faktorer i barnets omgivning som visat sig samvariera med försämrad psykisk hälsa är asylsökarpöcessen i sig själv, ekonomiska svårigheter, arbetslöshet, täta byten av boende, social isolering, kulturanpassnings-svårigheter och rasism barnet möter i mottagarlandet. Till skyddande faktorer hos barnet som identifierats hör: lugnt temperament, hög intelligens, bra självförtroende, ideologisk övertygelse eller religiös orientering, förmåga att anpassa sig till nya situationer och goda problemlösningstrategier samt att ha någon form av kontakt med sin ursprungskultur (Ehntholt & Yule, 2006; Carlson m.fl., 2012)

Några studier (Bean m.fl., 2007; Oppedal m.fl., 2009) har pekat ut de yngre barnen som ”friskare” än de äldre medan minst en studie (Sourander, 1998) har hävdat motsatsen. Andra studier (Jensen m.fl., 2013; Vervliet m.fl., 2014) har inte funnit något samband alls mellan ålder och symtomens svårighetsgrad. Dittmann & Jensen (2010)

spekulerar i sin översiktsartikel att de samband vissa studier funnit kan handla om att barn som ännu inte beviljats asyl upplever en ökad press då de närmar sig sin 18-årsdag. Det kan också vara så att de äldre barnen upplevt mer trauma än de yngre (Bean m.fl., 2007)

När det gäller effekten av kön är forskningsresultaten något mindre tvetydiga än när det gäller effekten av ålder. I en studie (Derluyn & Broekheart, 2007) rapporterade flickorna en högre grad av inåtvända symtom och depression. En annan studie (Bean m.fl., 2007) fick samma resultat men visade också att pojkarna skattade högra avseende utåtagerande symtom. Att flickorna tenderar att rapportera svårare symtom och oftare hamnar över de kliniska gränsvärdena för PTSD kan enligt Dittmann och Jensen (2010) bero på att de har fler traumatiska händelser bakom sig, exempelvis sexuella övergrepp, men också på att de har lättare än pojkarna för att verbalisera sina svåra erfarenheter.

## **De ensamkommande barnens lidande förbises ofta i mottagarländerna**

Avslutningsvis tyder befintlig forskning på att de ensamkommande barnen måste över en högre tröskel för att bli aktuella för vård i mottagarländerna jämfört med andra barn. Av de barn som kom till Göteborgsregionen år 2008 hade 34 % haft någon kontakt med primärvården och 20 % hade haft någon kontakt med Barn- och ungdomspsykiatrien. För 9 % av de barn som hade psykisk ohälsa registrerad i Migrationsverkets akter fanns inga noteringar om stödinsatser (Stretmo & Melander, 2013). Intervjumaterial i samma studie belyste också en intressant ”missmatch”: trots stor samstämmighet om de ensamkommande barnens förhöjda risk att utveckla psykisk ohälsa så verkade stöd- och myndighetspersoner försöka undvika att beröra till exempel frågor om mående och smärtsamma erfarenheter i stor utsträckning. De strategier som lyftes fram för att främja välmående bland barnen tenderade också att vikta sportaktiviteter framför till exempel terapi eller behandling (Stretmo & Melander, 2013).

I en studie från Nederländerna underskattade lärare och gode män systematiskt de ensamkommande barnens (n=920) psykiska ohälsa jämfört med barnens egna rapporter. I samma studie framkom också att de ensamkommande rapporterade högre nivåer av stress innan de själva ansåg att de var i behov av psykologisk behandling jämfört med ungdomar som fötts i Nederländerna (Bean, Eurelings-Bontekoe, Mooijaart & Spinhoven, 2006).

I en systematisk studie vid en psykiatrisk specialistmottagning i London jämfördes ensamkommande barn (n=49) med barn som migrerat med en vårdnadshavare (n=29). Trots högre förekomst av PTSD och sorgereaktioner och likvärdig förekomst av depressiva symtom hade en signifikant lägre andel av de ensamkommande barnen fått motta behandling på mottagningen. De ensamkommande barnen hade också i lägre utsträckning fått praktisk hjälp såsom att kontakta skola och asylmyndigheter (Michelson & Sclare, 2009).

## **Omhändertagande av ensamkommande flyktingbarn i Sverige**

På Migrationsverkets hemsida finns information samt en grafisk sammanställning av ärendets gång när det gäller ensamkommande flyktingbarn som söker asyl i Sverige (Migrationsverket, 2014). Barnen lämnar en ansökan om asyl

antingen via polisen direkt vid gränsen till Migrationsverket eller på något av Migrationsverkets kontor. Migrationsverket kontaktar då Socialtjänsten i den kommun barnet befinner sig eller i en kommun där det finns en anhörig. Har barnet en anhörig i Sverige väljer man i första hand den kommun där den anhörige bor. Kommunens socialtjänst ansvarar för att så fort som möjligt utse en "god man" som ska ha juridiskt och ekonomiskt ansvar för barnet. Kommunen ansvarar också för att barnet får någonstans att bo. Finns det anhöriga kan Socialtjänsten utreda om dessa är lämpliga som "familjehem" (tidigare kallat fosterhem). I annat fall ordnas familjehem i en svensk familj eller ett s.k. HVB-hem (gruppboende) åt barnet. Kommunen ansvarar också för att det görs en anmälan till skola och till hälsoundersökning. Regionen eller landstinget ansvarar för att barnet får samma hälso- och sjukvård som andra barn bosatta i Sverige.

Handläggare på Migrationsverket genomför ett utredningssamtal för att ta reda på omständigheterna runt barnets ansökan. Visar det sig att barnet är ett så kallat "Dublin-ärende", d.v.s. att barnet redan fått sitt asylärende registrerat i ett annat EU-land som ingår i Schengenavtalet är praxis att barnet ska återvända till det land han eller hon först sökte asyl i. I dagsläget är Grekland ett undantag då landet har så undermåligt mottagande att Sverige fattat beslut om att inte skicka tillbaka asylsökanden till Grekland och prövar istället deras asylansökan i Sverige. Ibland finns också särskilda skäl för att pröva barnets asylärende i Sverige även om barnet har varit i ett annat EU-land tidigare.

I annat fall kallas barnet sedan till en asylutredning på Migrationsverket. Där får barnet berätta mer, med stöd av offentligt biträde och god man, om varför han eller hon söker asyl i Sverige. Baserat på barnets berättelse och tillgänglig information om situationen i barnets hemland tar sedan Migrationsverket beslut i asylfrågan. Får barnet tillfälligt eller permanent uppehållstillstånd fortsätter kommunens ansvar att ge barnet stöd och hjälp enligt socialtjänstlagen (boende, god man, skola). Får barnet avslag på sin asylansökan kan beslutet överklagas till Migrationsdomstolen. Endast principiella fall kan sedan föras vidare upp till Migrationsöverdomstolen. Får barnet avslag i båda dessa instanser kallas det till ett återvändandesamtal på Migrationsverket. Om barnet uteblir lämnas ärendet över till polisen och barnet registreras som avviken (gömd flykting).

Till och med december 2013 stod det varje kommun fritt att sluta avtal med Migrationsverket om antal barn man ansåg sig beredd att ta emot i kommunen. På grund av den ökande flyktingströmmen uppstod dock problem där några få kommuner fick ta ett mycket stort ansvar och där många barn fastnade på så kallade transitboenden. Vid årsskiftet 2014 trädde därför en ny lag i kraft som utökade Migrationsverkets befogenheter att anvisa barnen och kommunerna framtogs möjligheten att helt neka att ta emot ensamkommande flyktingbarn (Delin, 2014). Göteborgs kommun hade i mars 2014 ca 300 ensamkommande barn som aktuella ärenden inom Socialtjänsten avseende placering. Dessa bodde i såväl HVB-boenden som familjehem och en majoritet av barnen hade någon anhörig som den bodde hos eller utreddes för att bo hos i kommunen (Göteborgs Kommun, 2014).

## **Flyktingbarnteamet i Göteborg**

Flyktingbarnteamet är en del av Västra Götalandsregionen. Verksamhet startade i augusti 2008 och drivs som ett samarbete mellan barn- och ungdomspsykiatriska (BUP)



och barn- och ungdomsmedicinska (BUM) mottagningen i Gamlestad. Flyktingbarnteamet är en tvärprofessionell enhet som erbjuder sjukvård på specialistnivå till nyanlända flyktingbarn och ungdomar. Specialistnivå är steget efter den "basnivå" som primärvård och skolhälsovård utgör och det innebär att verksamheten vänder sig mot patienter med svårare problem och/eller en sammansatta somatiska och psykiatriska problem.

Under verksamhetsåret 2013 hade Flyktingbarnteamet 3,5 heltidstjänster fördelade på sjuksköterska, läkare, psykolog och kurator och sekreterare. Teamet tar emot remisser från framförallt socialsekreterare, barnhälsovård och skola/skolhälsovård men även i visa fall egenremisser eller remisser från andra instanser. Under 2012 tog man emot sammanlagt 89 remisser varav 69 barn kom på nybesök. Ungefär 65 procent av patientgruppen är ensamkommande barn och 35 procent är barn i familj.

Uppdraget har två huvuddelar: (1) att erbjuda psykiatrisk och medicinsk konsultation till flyktingbarn med sammansatt psykiatrisk och somatisk problematik och (2) att utgöra en samlad kompetens kring medicinska och psykosociala aspekter av barns flyktingskap. Teamet kan erbjuda utredning och medicinsk och psykologisk behandling. Organisatoriskt torde Flyktingbarnteamet vara unikt i sitt slag i Sverige. Vad författaren av denna studie känner till, så finns ingen annan sjukvårdsenhet som helt ägnar sig åt omhändertagandet av barn och unga som tvingats fly från andra länder.

## Om journaldata

Journalföringen på Flyktingbarnteamet regleras, som vid alla allmänna sjukvårds-inrättningar i Sverige, av *Hälso- och sjukvårdslagen* samt *Patientdatalagen* (Arvill, Hjelm & Säaf, 2010). Lagtexterna ovan föreskriver, till att börja med, att journal utan undantag ska föras vid vård av patienter. Med vård avses även undersökning och behandling. Kravet på journalföring är dessutom generellt, det vill säga det gäller alla individuellt inriktade vård- och behandlingsmoment (Arvill m.fl., 2010).

Lagtexterna beskriver *syftet* med journalföringen som att den i första hand ska bidra till en god och säker vård av patienten. Journalen ska vara ett stöd och en hjälp för den som behandlar patienten. Den ska också tjäna som information åt andra personer som ska ge patienten vård och behandling (till exempel övriga behandlare i arbetsgruppen men även vikarier och efterträdare). Journalen har också betydelse för patienten själv. Han eller hon ska kunna se vilka åtgärder som planerats och vidtagits och bedöma om han eller hon anser att åtgärderna varit riktiga. Till sist slås fast att journalen även har betydelse för olika tillsynsmyndigheter såsom Socialstyrelsen men också, som föreliggande studie vittnar om, för forskning och metodutveckling (Arvill m.fl., 2010).

Angående *innehållet* i journalen slår lagtexterna fast att det ska handla om uppgifter som på något sätt har betydelse för vården av patienten. Journalerna på Flyktingbarnteamet innehåller förutom noteringar från själva besöken dessutom bland annat remissvar, brev, telefonanteckningar och kopior av intyg gällande patientens mående. Journalerna innehåller även den inkomna remissen avseende varje patient. Dessa remisser har i föreliggande studie legat till grund för att besvara frågan om hur remittenterna beskriver de ensamkommande barnens hjälpbehov.

Förutom vad journalen *får* innehålla slår Patientdatalagen också fast att varje journal *måste* innehålla: (1) Uppgifter om patientens identitet, (2) väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, (3) uppgift om ställd diagnos och anledning till mer betydande åtgärder, (4) väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder samt (5) uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning (Arvill m.fl., 2010). Det finns alltså en lagstadgad skyldighet att journalföra samtliga åtgärder man vidtagit på en sjukvårdsinrättning.

Journalen ska vara skriven på svenska språket och användandet av utländska fackuttryck tillåts enbart om det saknas en svensk motsvarighet. Den som skriver ska utforma journaltexten så enkelt och lättförståeligt som möjligt. Lagen föreskriver dessutom att korta meningar bör eftersträvas (Arvill m.fl., 2010). Dessa bestämmelser kan vara bra att ha i åtanke när beskrivningar av barnens hjälpbehov presenteras i denna studie. Om citaten ur journalerna upplevs som korthuggna, trots att de beskriver ett subjektivt lidande, så kan det delvis bero på att lagen reglerar att journaltext ska skrivas på det sättet inom svensk sjukvård.

## **Denna studie**

Forskning har visat att de ensamkommande flyktingbarnen har varit med om många traumatiska upplevelser och att de löper stor risk att utveckla psykisk ohälsa. Få studier har dock genomförts i sjukvården avseende barnens behov.

Två översiktsartiklar (Dittmann & Jensen, 2010; Huemer m.fl. 2009) har påtalat den metodologiska svårigheten med att rekrytera deltagare till studier, då de barn som låter sig rekryteras möjligen utgör en extra resursstark grupp. Flyktingbarnteamet tar enbart emot barn med sammansatta psykiatriska och somatiska symtom. Barnen söker dessutom inte själva utan kommer oftast som ett resultat av att en skolsköterska eller socialsekreterare träffat barnet och börjat oro sig. Föreliggande studie undersöker därför möjligen en grupp av ensamkommande barn som forskningen annars haft svårt att nå fram till.

Antalet ensamkommande flyktingbarn som kommer till Sverige spås av de flesta bedömare öka de närmsta åren (UNHCR, 2014). En lång rad studier har visat att traumatiska upplevelser har stor betydelse för den psykiska hälsan på kort sikt men att det är förhållanden i ankomstlandet som är avgörande för hälsan på längre sikt (Ascher, 2009; Hubertus & van Essen, 2004). Att få till ett fullgott omhändertagande av barnen – där välfungerande sjukvårdsinsatser ingår som en betydelsefull del – är därför av yttersta vikt. Sedan tidigare finns ingen sammanfattande beskrivning av den vård som Flyktingbarnteamet i Göteborg erbjuder till ensamkommande flyktingbarn. Förhoppningsvis kan uppsatsen vara med och bidra till att omhändertagandet förbättras.

## **Syfte och frågeställningar**

Studiens övergripande syfte är att samla kunskap om gruppen ensamkommande flyktingbarn och deras möte med en svensk sjukvårdsinrättning. Målsättningen är att få ett underlag för att styra och eventuellt ändra verksamheten i Flyktingbarnteamet. En central frågeställning är vilken information som finns i journalerna avseende till

exempel barnens bakgrund och nuvarande hjälpbehov. Studien ska även beskriva hur Flyktingbarnteamet går till väga när de tar emot nya patienter och beskriva de insatser som sedan ges utifrån psykologisk, social och somatisk synvinkel.

### **Frågeställningar:**

- 1) Vilken bakgrundsinformation finns om barnen i journalerna?
- 2) Vilken information finns om svåra förluster och/eller potentiellt traumatiserande upplevelser i barnens anamnes?
- 3) Hur beskrivs barnens hjälpbehov av de som remitterar dem till Flyktingbarnteamet?
- 4) Hur beskrivs barnens hjälpbehov av behandlarna på Flyktingbarnteamet?
- 5) Vilken/vilka utredningsmetoder används på Flyktingbarnteamet?
- 6) Vilken/vilka diagnoser har barnen enligt journalen?
- 7) Vilka insatser får barnen på Flyktingbarnteamet?

### **Metod**

Studien är retrospektiv och baserad på information i medicinska journaler. Studiens frågeställningar skiljer sig åt, bland annat avseende abstraktionsgrad, och frågorna behövde därför besvaras på olika sätt. Fråga 3-4 om barnens hjälpbehov besvarades med kvalitativ tematisk analys medan övriga frågeställningar var av mer deskriptiv karaktär där insamlad data sammanställdes statistiskt efter att den samlats in.

För att få en uppfattning om vilken information som fanns i Flyktingbarnteamets journaler genomfördes en förstudie som bestod av närläsning av 10 journalärenden. På Flyktingbarnteamet fanns också ett utkast, då man tidigare påbörjat ett arbete med att sammanställa journaldata från patientgruppen. Detta material, tillsammans med förstudien och diskussioner med kliniskt verksamma personer på mottagningen resulterade i att studiens frågeställningar kunde fastställas. Processen låg även till grund för att den journalenkät som användes i den fortsatta datainsamlingen kunde utformas.

### **Urval**

Urvalskriterier som sattes upp för denna studie var journaler från ensamkommande barn (definition ovan), som besökt Flyktingbarnteamet vid minst ett tillfälle och vars ärende hunnit avslutas på mottagningen.

När studien inleddes i januari 2014 hade ca 330 barn remitterats till Flyktingbarnteamet sedan verksamheten startade år 2008. Av dessa definierades omkring hälften som ensamkommande. På mottagningen fanns en lista där man sammanställt ärenden som avslutats efter att en team-konferens tagit ett sådant beslut.

Ett första steg i urvalsprocessen blev att sortera ut de 60 senast avslutade ensamkommande ärendena från denna lista. Antalet 60 valdes utifrån en bedömning att antalet räckte för att besvara studiens frågeställningar. De senast avslutade ärendena valdes utifrån att vissa nybesöksrutiner, remissblanketter etc. delvis förändrats sedan starten och att studien skulle belysa så rådande förhållanden som möjligt. I ett andra

steg sorterades fyra ärenden bort från analysen. Två ärenden uppfyllde inte urvalskriteriet om att ha besökt mottagningen minst en gång. Ett ärende fanns registrerat på två olika personnummer. Det fjärde ärendet, slutligen, gällde att läkare på mottagningen enbart genomfört åldersbedömning på uppdrag av Migrationsverket. Detta bedömdes inte vara en egentlig vårdkontakt på Flyktingbarnteamet och ärendet behandlades därför som bortfall. Studien är således baserad på journaler från 56 ensamkommande barn. Dessa remitterades till mottagningen under perioden december 2011 till augusti 2013.

## Variabler och datainsamling

I Tabell 1 åskådliggörs de variabler som studien undersökt samt definitioner och riktlinjer som använts när data samlats in avseende de olika variablerna. En journalenkät utformades för att användas vid datainsamlingen. Journalenkäten var baserad på de undersökta variablerna och användes till all datainsamling ur de 56 journalerna.

För att säkra journalenkätens tillförlitlighet valdes tre journalärenden slumpvist ut i ett tidigt skede. Data från dessa samlades in av studiens författare samt av handledaren. Resultatet av insamlingarna jämfördes sedan. Överensstämmelsen bedömdes i sin helhet vara god. Undantaget var punkterna "psykosociala insatser" och "stödsamtal" i enkäten där författaren och handledaren gjort delvis olika bedömningar. Definitionen för när dessa insatser ansågs ha genomförts preciserades därför därefter ytterligare (se Tabell 1).

Data samlades in från samtliga 56 journaler som ingick i studien. Journalerna var i elektronisk form och fanns i journalsystemet MediDoc. Författaren fick åtkomst till systemet efter godkännande av klinikens verksamhetschef. Datainsamlingen utfördes för hand med penna och journalenkäter som skrivits ut på papper. Informationen renskrevs sedan i ordbehandlare.

Tabell 1

*Undersökta variabler samt definitioner för hur data samlats in ur 56 journaler under perioden 2014-02-16 - 2014-05-29.*

Nr.	Variabel	Definition
1.1.	Födelsedatum	Noteras med födelseår och födelsemånad.
1.2.	Kön	Kille eller tjej.
1.3.	Tolk	Språk på tolkbokningen noteras.
1.4.	Ursprungsland	Barnets medborgarskap eller ursprungsland noteras.
1.5.	Inresedatum Sverige	Noteras om information finns i journalen.
1.6.	Antal månader på flykt	Noteras om information finns i journalen.
1.7.	Remissdatum	I journalerna förekommer ibland flera remisser, då noteras utställningsdatum på den första remiss som har Flyktingbarnteamet som mottagare. Detta gäller även muntliga remisser.
1.8.	Sista besök	Datum för sista gången som barnet besöker mottagningen innan ärendet avslutas.

fortsättning Tabell 1

---

1.9. Antal skolår	Antal skolår i barnets hemland noteras.
1.10. Skrivkunnig	"Nej" om uttalad analfabet. "Ja" om uttalat skrivkunnig eller info om skolgång i 1 år eller mer. "Vet ej" om inget av föregående kriterier uppfylls.
1.11. Kontakt med ursprungsfamilj	"Ja", "Nej" eller "Vet ej". Om "ja" noteras vilka i ursprungsfamiljen.
1.12. Pågår sökande	"Ja" om uttalat ja, "Nej" om uttalat nej, annars "Vet ej".
1.13. Önskar kontakt	"Ja" om uttalat ja, "Nej" om uttalat nej, annars "Vet ej".
1.14. Önskar återförening	"Ja" om uttalat ja, "Nej" om uttalat nej, annars "Vet ej".
1.15. Återförening skett	"Ja" om det finns information angående att barnet återförenats i Sverige med syskon eller vårdnadshavare, i annat fall "Nej".
1.16. Ifrågasatt ålder	"Ja" om info kring att Migrationsverket ifrågasatt barnets uppgivna ålder eller ifall det genomförts åldersbedömning, i annat fall "Nej".
1.17. Asylprocess	Barnets asylstatus noteras utifrån följande kategorier: "asylsökande", "gömd" eller "permanent uppehållstillstånd". Även förändringar under vårdkontakten på Flyktingbarnteamet noteras.
1.18. Boendesituation	Samtliga boendeformer under vårdkontakten som det finns information om i journalen noteras enligt följande kategorier: "gruppboende", "familjehem", "eget boende", "bostadslös" eller "annan". Vid annan boendeform noteras vilken.
1.19. Friskfaktorer i journalen	Information som rör barnets fritidsintressen, framtidsutsikter eller andra välfungerande aspekter i barnets tillvaro noteras (t.ex. "trivs i skolan", "har goda kamratrelationer", "tränar tae-kwon-do"). Enbart information från de 4 första besöken noteras.
2. Information om svåra förluster och/eller potentiellt traumatiserande upplevelser i barnens anamnes.	Relevanta citat från hela journalen (remiss och besök), företrädesvis från när skattningsinstrumentet <i>Lifetime incidence of traumatic events</i> (LITE) har administrerats, noteras. Om det finns olika information som är motstridig noteras detta för ärendet.
3. Remittentens beskrivning av barnens hjälpbehov.	Relevanta citat från hela remissen noteras. Om det finns flera remisser med Flyktingbarnteamet som mottagare tas info med från samtliga. Med relevanta citat avses <u>alla</u> uppgifter i remissen/erna som rör barnets hälsa, mående, psykiatriska samt somatiska symtom, psykosociala situation eller andra utsagor som på något sätt beskriver ett försämrat mående hos barnet, både när det är barnets egna utsagor eller någon form av bedömning/iakttagelse som remittenten har gjort

fortsättning Tabell 1

---

4.	Behandlarna på Flyktingbarnteamets beskrivning av barnens hjälpbehov.	Relevanta citat från barnets ”utredningsfas” noteras. ”Utredningsfas” definieras som de fyra första besöken på Flyktingbarnteamet. Med relevanta citat avses <u>alla</u> uppgifter från utredningsfasen som rör barnets hälsa, mående, psykiatriska samt somatiska symtom, psykosociala situation eller andra utsagor som på något sätt beskriver ett försämrat mående hos barnet, både när det är barnets egna utsagor eller någon form av bedömning/iakttagelse som behandlaren på Flyktingbarnteamet gjort.
5.1.	Utredningsmetod	Vem/vilka behandlare (professioner) som träffar barnet i ”utredningsfasen” noteras.
5.2.	Skattningsformulär	Samtliga skattningsformulär som administrerats till barnet noteras.
6.1.	F-diagnos	Samtliga diagnoser enligt <i>ICD-10</i> (World Health Organization, 1992) från varsomhelst i journalen noteras.
6.2.	Z-diagnos	Se punkt 6.1.
6.3.	Somatisk diagnos	Se punkt 6.1.
7.1.	Medicinsk utredning/behandling	”Ja” när läkare eller sjuksköterska gör somatisk bedömning eller behandling utöver rutinkontroll. T.ex. undersöker trumhinnan efter frågeställning från remittent eller skriver ut sömnmedicin.
7.2.	Psykosocial insats *	”Ja” om barnet får psykosociala insatser. Med psykosociala insatser avses att behandlaren genom <i>egen aktion</i> eller <i>direkt styrning</i> initierar ett förändringsarbete med fokus på det sociala sammanhang/system som barnet befinner sig i (ex. ordnar fotbollsklubb, söker ekonomiskt bidrag från stiftelse). Om ”ja” ska vilken insats noteras i enkäten.
7.3.	Stödjande insats	”Ja” om barnet får en stödjande insats. Med stödjande insats avses en samtalskontakt på mottagningen i uttalat stödjande syfte eller en samtalskontakt med psykoedukativa och stödjande inslag som inte kan kategoriseras som traumafokuserad behandling. Om ”ja” noteras vilken insats i enkäten.
7.4.	Traumafokuserad behandling	”Ja” om barnet påbörjar traumafokuserad behandling och deltar vid två eller fler tillfällen. Med traumafokuserad behandling avses behandling som utgår från eller har uttalade inslag av en namngiven traumabehandlande terapimetod, t.ex. EMDR eller TF-KBT.
7.5.	Gruppbehandling	”Ja” om barnet deltar i gruppbehandling. Med gruppbehandling avses att ytterligare minst 1 patient är närvarande vid minst två behandlingstillfällen.

*fortsättning Tabell 1*

---

7.6. Konsultativa/ samordnande insatser	“Ja” om en behandlare är i kontakt med någon i barnets nätverk avseende en specifik fråga. Om “ja” ska det noteras i enkäten vem man varit i kontakt med (ex god man, socialsekreterare) samt vad frågan gällde. "nej" om kontakten enbart gäller påminnelser/avstämningar kring barnets vård-kontakter.
7.7. Nätverksmöte	”Ja” om det ordnas ett möte med uttalat syfte att samordna insatser runt barnet. Minst 2 externa parter (ex. god man, boendepersonal, socialsekreterare) utöver barnet ska delta.
7.8. Intyg i asylprocessen	”Ja” om någon behandlare på mottagningen skriver ett intyg som rör barnets asylprocess.
7.9. Remis till annan vårdinrättning	”Ja” om remiss skrivs till annan vårdinrättning. Om “ja” ska vad remissen rör sig om noteras i enkäten
7.10. Läkarbesök	Antal enskilda besök till läkare noteras.
7.11. Psykologbesök	Antal enskilda besök till psykolog noteras.
7.12. Sjuksköterskebesök	Antal enskilda besök till sjuksköterska noteras.
7.13. Kuratorbesök	Antal enskilda besök till kurator/socionom noteras.
7.14. Summa besök **	Summan av de enskilda besöken noteras.
7.15. Gruppbehandling	Antal tillfällen som ungdomen deltar i gruppbehandling.
7.16. Konsultativa/ samordnande besök	Antal tillfällen som behandlare träffar någon ur barnets nätverk enskilt på mottagningen noteras. Det kan vara exempelvis stöd till familjehemsföräldrar eller möte med god man utan att barnet själv närvarar.
7.17. Nätverksmöte	Antal nätverksmöten som ordnas noteras.
7.18. Avbruten insats	“Nej” om det finns info om att barnet aktivt tackat nej till fortsatt kontakt eller erbjudna insatser. “Nej” även då det finns team-beslut om att det ej föreligger behov av psykiatriska insatser på specialistnivå. I övriga fall “ja” (ex då barnet flyttar eller försvinner mitt i behandling). Även “ja” om barnet avbryter en påbörjad gruppbehandling. Formerna för avslutet noteras i journalenkäten för ev. senare kvalitativ analys.

---

\* Definitionen är hämtad från Bernler & Johnsson (1988) som med psykosocialt arbete avser allt förändringsarbete som tar hänsyn till både en yttre samhällelig verklighet och en inre personlig hos patienten. Författarna urskiljer tre handlingsnivåer som en behandlare kan befinna sig på: egen aktion (behandlaren genomdriver själv förändringen, t.ex. ordnar lägenhet), direkt styrning (behandlaren står för intentionen men patienten måste själv genomföra förändringen, t.ex. uppmuntran om att börja träna fotboll) och slutligen indirekt styrning (behandlaren försöker få till en förändring genom att arbeta med insikts- och medvetandskapande tekniker). Definitionen som används i denna studie inbegriper enbart de två första handlingsnivåerna.

\*\* Det förekommer att barnen träffar olika yrkesgrupper, exempelvis läkare och sjuksköterska, vid ett och samma besökstillfälle. I dessa fall noteras ett besök på den som gjort anteckningen om det bara finns en anteckning och två besök om båda behandlarna gjort varsin anteckning i samband med besöket.

## **Databearbetning**

Data till frågeställning 1 och 5-7 var av deskriptiv karaktär och sammanställdes statistiskt efter att den samlats in. Data till frågeställning 2 om förluster och potentiellt traumatiserande händelser i barnens anamnes sammanställdes med hjälp av kategorier hämtade ur det vanligt förekommande screeningsformuläret *Stressful Life Events* (SLE). Formuläret innehåller 12 items där barnet får svara ”ja” eller ”nej” på om de upplevt en rad olika potentiellt traumatiserande händelser (Bean m.fl., 2007). För att åskådliggöra vilka typer av händelser barnen som kommer till Flyktingbarnteamet varit med om sorterades och sammanställdes insamlade textelement i enlighet med dessa 12 kategorier.

Data som rörde frågeställning 3-4 om barnens hjälpbehov samlades in enligt definitionen i Tabell 1, punkt 3-4. Materialet bearbetades sedan enligt principerna för tematisk analys (Braun & Clarke, 2006; Langemar, 2008).

De insamlade citaten transkriberades ordagrant och fördes in i en ordbehandlare. Initiala idéer noterades. Därefter kodades hela datasetet. Kodningen skedde med hjälp av dataprogrammet ATLAS.ti. Analysen gjordes ”vågrätt”, det vill säga alla ärenden analyserades samtidigt och inte var för sig, något som enligt Langemar (2008) är viktigt för att de senare valda temana verkligen ska passa materialet. Kodningskategorier identifierades som organiserades i under- och huvudteman. De citat som låg till grund för koderna jämfördes fortlöpande med de identifierade kategorierna. Analysen gick mellan delarna till helheten och tillbaka i en cirkulär och induktiv rörelse för att skapa struktur i materialet. De färdiga temana gavs en slutgiltig benämning och materialet sammanfattades sedan under varje tema. Belysande citat valdes ut för varje enskilt tema.

Analysen gällande barnens hjälpbehov har alltså skett induktivt, det vill säga har inte utgått från något explicit teoretiskt perspektiv då studien inleddes. Studiens författare har dock, i egenskap av snart examinerad psykolog, med sig ett ”teoretiskt bagage” som självfallet påverkat hur materialet bearbetats och tolkats i ett tidigt skede. Kunskaper avseende deskriptiva diagnostiska system såsom DSM-IV har exempelvis kunnat påverka hur citaten ur journalerna sorterats i olika symtom-kategorier.

## **Etiska överväganden**

Flyktingbarnteamet ingår i Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus som är en del av Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Tillåtelse till att använda journalerna i studien utfärdades av verksamhetschefen på område 1, Kvinno- och barnsjukvård. För att skydda barnens identitet tilldelades varje ärende ett diarienummer i datainsamlingen. För att para ihop diarienummer med rätt namn och personnummer användes en lista som funnits inlåst i Flyktingbarnteamets journalarkiv. Namn på personer och orter där barnen kommer ifrån har avidentifierats i alla insamlade citat och ersatts med bokstäverna ”Q” och ”X”. Detaljer i barnens biografiska information som på något sätt kunnat bidra till att deras identitet avslöjas har helt utelämnats från analysen.

I en artikel som rör etiska överväganden vid forskning på ensamkommande flyktingbarn nämner Thomas och Byford (2003) en rad frågor som bör besvaras innan ett forskningsprojekt dras igång. Bland annat ska man fråga sig om de forskningsfrågor man ställt verkligen kräver barnens aktiva deltagande som informanter och om de resultat studien ska leda fram till kan tänkas vara de ensamkommande själva till nytta.



Andra forskare (Backe-Hansen, 2009) har vänt på perspektivet och påtalat *rättigheten* att få sin situation belyst av forskningen. Barn kan ses som kompetenta informanter som bidrar med kunskap som vuxna informanter annars har mycket svårt att förmedla.

Föreliggande studie undersöker medicinska journaler och har alltså inte samlat data genom direktkontakt med ensamkommande barn. I ett större perspektiv syftar uppsatsen till att förbättra mottagandet av den sårbara patientgrupp som de ensamkommande utgör. På basis av ovanstående resonemang har författaren därför bedömt användandet av information ur barnens journaler som etiskt försvarbart.

## Resultat

### Bakgrundsinformation om barnen

Av barnen var 37 (66 %) pojkar och 19 (34 %) var flickor. Det yngsta barnet var 6 år och 1 månad och det äldsta var 19 år och 1 månad (uppskriven i ålder efter att vårdkontakten inletts) när det kom på nybesök till Flyktingbarnteamet. I 10 ärenden fanns någon form av osäkerhet om barnets ålder, sju barn skrevs upp i ålder av Migrationsverket under vårdkontakten. Efter uppskrivningarna låg genomsnittsåldern på 16,5 år.

Afghanistan (28 barn) och Somalia (14 barn) var de vanligaste ursprungsländerna. Andra ursprungsländer som förekom var Iran (4 barn), Kosovo (2), Syrien (2), Kurdiska Irak (1), Sierra Leone (1), Etiopien (1), Eritrea (1) och Jemen (1).

Tio journaler (18 %) saknade helt information om barnets kontakt med föräldrar eller ursprungsfamilj. För 19 barn (34 %) fanns information om att de förlorat kontakten med familjen och för nio av dessa framgick att de letade eller ville ha hjälp med att leta efter familjen. Tre barn (6 %) ville inte ha någon ytterligare kontakt med sin familj enligt journalen. För 27 barn (48 %) framgick att de hade kontakt med sin familj eller kände till var de befann sig. Sex barn (11 %) återförenades med en vårdnadshavare i Sverige under vårdkontakten.

För de 18 ärenden där det fanns information om tiden som barnet tillbringat på flykt hade det tagit i genomsnitt 4,6 månader att ta sig till Sverige. I de ärenden det fanns information om ankomstdatum (49) hade barnen befunnit sig i Sverige i medel ca 29 veckor när remissen till Flyktingbarnteamet skrevs.

Socialtjänst var den vanligaste avsändaren av remisser för barnen i urvalet. Sammanlagt kom 34 av barnen (61 %) på remiss från en socialsekreterare. Skolhälsovård (5 remisser), primärvård (4 remisser), BUP (4 remisser) och Enheten för vuxna flyktingar (4 remisser) var andra vanliga remittenter. Dessutom kom ett barn på remiss från i tur och ordning god man, familjehemskonsulent, ungdomsmottagning och medicinsk specialistavdelning inom Sahlgrenska sjukhuset. I ett ärende slutligen framgick inte var barnet remitterats ifrån.

Avseende skolgång och skrivkunnighet var två flickor från Afghanistan och en flicka från Sierra Leone uttalade analfabeter. För 20 barn fanns ingen information om skrivkunnighet eller skolgång och för de resterande 33 fanns information om att de kunde skriva eller att de gått i skola i minst ett år. Fyra och ett halvt år var den genomsnittliga längden på skolgången för de 17 ärenden där det fanns information om

antal år i skolan. För nio ärenden fanns information om att barnet inte gått i skolan alls eller haft mycket begränsad skolgång (exempelvis enbart koranskola under en kort period).

Avseende boendeformer så hade barnen i genomsnitt 1,63 olika boenden under vårdkontakten, det vill säga drygt vartannat barn flyttade minst en gång. Några barn flyttade från tillfälliga så kallade transitboenden till någon av Göteborg kommuns mer permanenta gruppboendestäder. I övrigt förekom såväl att barnen flyttade från gruppboendestad till familjehem, från familjehem till gruppboendestad eller från ett familjehem till ett annat familjehem. Två barn bodde också med sina mammor som kommit till Sverige vid vårdkontaktens slut. I Tabell 2 framgår hur den senast noterade boendeformen för varje barn såg ut.

Tabell 2

*Den senast noterade boendeformen i barnens journal.*

Boendeform	Antal (%)
Gruppboendestad	26 (46)
Familjehem	11 (20)
Eget boende	6 (11)
Hos släkting *	6 (11)
Gömd/bostadslös	2 (4)
Flyttat till annan ort	2 (4)
Bor med vårdnadshavare	2 (4)
LVU-boende **	1 (2)
Totalt	56 (100)

\* Dessa barn hade notering som löd t.ex. ”bor hos kusin/morbror”. Detta kan i praktiken innebära att de var jour- eller familjehemsplacerade hos släktingen eller att utredning om familjehemsplacering pågick.

\*\* Barnet omhändertogs enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Avseende barnens asylstatus så hade ca en tredjedel (18) permanent uppehållstillstånd vid kontaktens början, drygt hälften av barnen (34) hade permanent uppehållstillstånd när vårdkontakten avslutades. Sju barn (12 %) i urvalet var fortfarande asylsökande, d.v.s. de väntade på beslut från Migrationsverket. Tre barn (5 %) blev hämtade av gränspolis och fick sina utvisningsbeslut verkställda och fem barn (9 %) levde som gömda efter att ha fått avslag i alla instanser på sin ansökan om asyl. För sju barn (12 %) framgick inte asylstatusen i journalen.

Avslutningsvis var det vanligt att barnen hade någon form av salutogen eller ”frisk-faktor” nämnd i besöksanteckningarna från de fyra första besöken. Exempel på sådana anteckningar var: ”tycker mycket om sin lärare på Introduktionsskolan”, ”börjat träna zumba”, ”patienten har framtidstankar om att bli sjuksköterska”, ”skulle möjligen vilja bli bilmekaniker i framtiden”, ”studierna och musiken är det som är positivt i hans tillvaro” och ”patienten kan också se att han sover bättre då han spelat fotboll”. Sammanlagt 42 av journalerna (75 %) innehöll en friskfaktor av den typen under utredningsfasen.

## Information om svåra förluster och potentiellt traumatiserande upplevelser i barnens anamnes

Både remisserna och anteckningar från Flyktingbarnteamet innehöll mycket information om barnens bakgrund. Insamlade citat om potentiellt traumatiserande händelser i barnens anamnes sorterades enligt kategorier hämtade från skattningsinstrumentet Stressful Life Events (SLE). I Tabell 3 framgår dessa kategorier och hur stor andel av barnen som hade erfarenhet av respektive kategori av händelse. I genomsnitt hade varje barn upplevt 2,58 olika kategorier av händelser.

Tabell 3

*Förekomst av olika traumatiska händelser. Antal och (andel) barn som upplevt händelsen enligt information i journalen.*

Händelse	Antal (%)
Förlust av betydelsefull person *	31 (55)
Bevittnat fysiskt våld	27 (48)
Blivit utsatt för fysiskt våld	25 (45)
Annan händelse, självupplevd	24 (43)
Annan händelse, bevittnat	11 (20)
Sexuella övergrepp	
Flickor	4 (21)
Pojkar	3 (8)
Totalt	7 (12)
Krig eller väpnad konflikt **	7 (12)
Allvarlig olycka ***	5 (9)
Naturkatastrof	1 (2)
Livshotande skada eller sjukdom	0 (0)

Not. Två kategorier från SLE (Bean m.fl., 2007) har uteslutits här: ”dramatisk förändring i familjen” samt ”ofrivillig separation från föräldrar”. Dessa händelser bedömdes som för svåra att definiera eller för vanligt förekommande i urvalet för att en sammanställning skulle anses meningsfull.

\* Definierades här som information i journalen om att någon av barnets vårdnadshavare eller syskon dött eller varit försvunnen sedan mer än 3 år.

\*\* Definierades här som att ordet ”krig”, ”krigstillstånd” eller liknade nämndes i anamnesen.

\*\*\* Oftast en båt som förlit under flykten.

Hälften av barnen hade alltså upplevt att ett syskon eller förälder dött eller försvunnit/förts bort och inte setts till på minst tre år. Något som inte framgår i Tabell 3 var också att det för fyra barn (7 %) fanns information om att en eller både föräldrarna varit skäl till att barnet flytt, till exempel på grund av upprepad misshandel eller hot om tvångs gifte.

Erfarenheter av krig är i denna sammanställning mycket lägre än vad ensamkommande barn själva brukar rapportera med SLE. I de insamlade citaten framgick att många barn, främst från Afghanistan och Somalia, hade levt under extremt osäkra förhållanden där fundamentalistiska grupper som talibaner och Al-Shabab kontinuerligt utövade våld i barnets omedelbara närhet. Under denna kategori samlades dock enbart citat där ord som ”krig” och ”krigstillstånd” förekom.

Andra självupplevda händelser som inkluderades här rörde bl.a. hot och trakasserier riktade mot familjen, överfall i hemmet, fängelsevistelser, kvinnlig könsstympning samt tvångsgifte eller hot om tvångsgifte. Andra bevittnade händelser som inkluderades här rörde bl.a. grannar som misshandlats och våldtagits av milisgrupper, familjemedlem som kidnappats av religiösa fundamentalister, bevittnat drunkningar eller att ha sett döda människor på gatan.

### **Barnens hjälpbehov enligt remissen och utredningsfasen på Flyktingbarnteamet.**

Insamlade citat om barnens hjälpbehov analyserades med kvalitativ tematisk analys. Tabell 4 visar de sammanlagt 66 kodningskategorier som identifierades i materialet. Kodningskategorierna delades in i 17 underkategorier och fyra huvudkategorier: (A) postmigration stressorer, (B) psykopatologi, (C) kroppsliga besvär samt (D) andra hjälpbehov som aktualiserades i vårdkontakten.

Efter Tabell 4 följer en beskrivning av de identifierade kategorierna. Exempel på citat som legat till grund för de olika kategorierna presenteras. Var och ett av de 56 barnen i urvalet är representerat med minst ett citat i texten. Varje citat återges tillsammans med det ärendenummer (i parentes) som barnets journal tilldelades i datainsamlingen. Biografisk information som till exempel ursprungsland har uteslutits eller ändrats i syfte att skydda barnens identitet.

Tabell 4

*Barnens hjälpbehov. Översikt och prevalens av de kategorier som identifierats i 56 journaler. Antal och (andel) av barnen som uppvisade hjälpbehovet i remissen, vid utredningsfasen på Flyktingbarnteamet, samt antingen i remissen eller utredningsfasen.*

Hjälpbehov	Remiss (%)	Utredningsfas (%)	Remiss eller utredningsfas (%)
<b>A. POSTMIGRATION STRESSORER</b>			
<b>1. Flykt och asylprocess *</b>	<b>32 (57)</b>	<b>48 (86)</b>	<b>52 (93)</b>
Oro för asylprocessen	10 (18)	11 (20)	18 (32)
Får avslag	-	6 (11)	6 (11)
Får utvisningsbeslut	-	3 (6)	3 (6)
Engagerad i anknytnings ärende	-	5 (9)	5 (9)
Saknar och orolig för familj	18 (32)	24 (43)	33 (60)
Grubblrier och oro för framtiden	12 (21)	29 (52)	34 (61)
Skuld- och skamkänslor	2 (4)	4 (7)	5 (9)
<b>2. Vardagen i Sverige</b>	<b>14 (25)</b>	<b>23 (41)</b>	<b>34 (61)</b>
Oro för barnet från omgivningen	8 (14)	-	8 (14)
”Anpassningsproblem”	1 (2)	-	1 (2)
Problem med boende	4 (7)	7 (12)	10 (18)
Problem i familjehemmet	-	4 (7)	4 (7)
Problem med god man	1 (2)	6 (11)	7 (12)
Konflikter med kamrater/anhöriga	-	7 (12)	7 (12)
Skolfrånvaro	3 (6)	8 (14)	10 (18)
Ont om fritidsaktiviteter	-	5 (9)	5 (9)
Känna sig ensam	1 (2)	9 (16)	10 (18)
<b>B. PSYKOPATOLOGI</b>			
<b>1. Symtom på trauma</b>	<b>17 (30)</b>	<b>27 (48)</b>	<b>30 (54)</b>
Återupplever det hemska	7 (12)	21 (37)	22 (39)
Frånvarande, försvinner iväg	4 (7)	6 (11)	10 (18)
Rädd, spänd och orolig	6 (11)	17 (30)	18 (32)
”Undvikandesymtom”	-	4 (7)	4 (7)
”PTSD-symtom”	5 (9)	6 (11)	9 (16)
<b>2. Ångestsymtom</b>	<b>5 (9)</b>	<b>10 (18)</b>	<b>12 (21)</b>
Social fobi	-	2 (4)	2 (4)
Oro för somatisk hälsa	-	4 (7)	4 (7)
Övriga ångestsymtom	5 (9)	6 (11)	8 (14)

fortsättning Tabell 4

<b>3. Nedstämdhet</b>	<b>25 (45)</b>	<b>34 (61)</b>	<b>42 (75)</b>
Ledsen och gråter	17 (30)	23 (41)	30 (54)
Orkar inget, vill inget	10 (18)	15 (27)	22 (39)
Isolerar sig socialt	5 (9)	4 (7)	9 (16)
Livströtthet, suicidtankar	9 (16)	12 (24)	18 (32)
Suicidförsök	-	3 (6)	3 (6)
Självskadebeteende	2 (4)	3 (6)	4 (7)
<b>4. Ilska</b>	<b>9 (16)</b>	<b>18 (32)</b>	<b>22 (39)</b>
Blir arg	4 (7)	13 (23)	15 (27)
Börjar slåss	5 (9)	5 (9)	7 (12)
<b>5. Sömnsvårigheter</b>	<b>37 (66)</b>	<b>47 (84)</b>	<b>50 (89)</b>
Sömnsvårigheter	35 (62)	46 (82)	50 (89)
Mardrömmar	17 (30)	35 (62)	39 (70)
<b>6. Koncentrationssvårigheter</b>	<b>12 (21)</b>	<b>21 (37)</b>	<b>27 (48)</b>
<b>7. Förändrad aptit</b>	<b>18 (32)</b>	<b>21 (37)</b>	<b>30 (54)</b>
<b>8. Övrig psykopatologi</b>	<b>3 (6)</b>	-	<b>3 (6)</b>
Neuropsykiatrisk frågeställning	2 (4)	-	2 (4)
Personlighetsförändringar	1 (2)	-	1 (2)
<b>C. KROPPSLIGA BESVÄR</b>			
<b>1. Kroppsliga besvär</b>	<b>31 (55)</b>	<b>38 (68)</b>	<b>43 (77)</b>
Ont i huvudet och yrsel	17 (30)	24 (43)	25 (45)
Ont i magen	5 (9)	9 (16)	10 (18)
Övrig smärta	-	12 (21)	12 (21)
Besvär av tidigare skador	4 (7)	5 (9)	8 (14)
Förstopning	-	4 (7)	4 (7)
Andning	-	3 (6)	3 (6)
Ljuskänslighet	-	2 (4)	2 (4)
Besvär från könsstympling	-	2 (4)	2 (4)
”Psykosomatiska besvär”	3 (6)	-	3 (6)
Övriga somatiska besvär	15 (27)	16 (29)	26 (46)
<b>D. ANDRA HJÄLPBEHOV</b>			
<b>1. Kontaktsvårigheter med barnet</b>	<b>5 (9)</b>	<b>28 (50)</b>	<b>28 (50)</b>
Vill inte, svårt för att berätta	5 (9)	16 (29)	18 (32)
Har talesperson	-	8 (14)	8 (14)
”Ej hjälpsökande”	-	13 (23)	13 (23)

fortsättning Tabell 4

<b>2. Specifik fråga från remittent</b>	<b>26 (46)</b>		<b>26 (46)</b>
Samtalskontakt/psykolog	20 (36)	-	20 (36)
Somatisk vård/undersökning	3 (6)	-	3 (6)
Åldersutredning	1 (2)	-	1 (2)
Vaccination	1 (2)	-	1 (2)
”Vad ska man göra?”	6 (11)	-	6 (11)
<b>3. Insatser på Flyktingbarnteamet</b>	-	<b>24 (43)</b>	<b>24 (43)</b>
Medicin	-	17 (30)	17 (30)
Provtagning hos sjuksköterska	-	6 (11)	6 (11)
Ålderbedömning	-	1 (2)	1 (2)
Psykosocial insats av behandlare	-	9 (16)	9 (16)
<b>4. ”Vad vill du ha hjälp med” **</b>	-	<b>7 (12)</b>	<b>7 (12)</b>
<b>5. Önskemål från barnet ***</b>	<b>20 (36)</b>	<b>23 (41)</b>	<b>36 (64)</b>
Önskar få någon att prata med	20 (36)	10 (18)	23 (41)
Önskar hjälp att få hit familjen	-	5 (9)	5 (9)
Andra specifika önskemål	-	17 (30)	17 (30)
<b>6. Förbättring</b>		<b>23 (41)</b>	<b>23 (41)</b>
Symtom som förbättrats	-	20 (36)	20 (36)
Barnets egna bemästringsstrategier	-	5 (9)	5 (9)

\* Sifferangivelserna till underkategorierna (i fetstil) avser hur stor andel av barnen som uppvisade något av de hjälpbehoven som hör till kategorin.

\*\* Notering i journalen där det framgick att behandlare ställt öppen fråga om hjälpbehov.

\*\*\* Notering i journalen där det framgick att barnet uttryckt ett specifikt önskemål om hjälp.

**Postmigration stressorer.** Huvudkategori A utgörs av hjälpbehov som hänger ihop med själva den juridiska och sociala situation som barnen befinner sig i – att de är barn, att de tvingats fly, att de separerats från sin familj och att de måste förhålla sig till en osäker juridisk process som handläggs av Migrationsverket.

En allmän oro i väntan på Migrationsverkets beslut var ett problem som identifierades ofta bland barnen: ”[När han] umgås med de andra på boendet så kan han vara riktigt glad men att han snabbt blir nedstämd om han tänker på migrationsverket eller med något som har med dom att göra” (2) stod i en journal. Ett annat barn berättade för remitterande socialsekreterare att ”han har svårt att sova då han är mycket rädd för vad som ska hända. Han har ingen aning om vart hans familj är och måste återföras till Italien där han har Dublinträff” (57).

Några barn fick avslag eller utvisningsbeslut under utredningsfasen på Flyktingbarnteamet. I en journal stod: ”Patienten har inte orkat gå till skolan mer än två dagar sedan beskedet från gränspoliserna om att han och kusinen skall utvisas” (58). Ett annat barn ”känner hopplöshetskänslor efter avslaget av asylansökan” (12).

Att sakna och oroa sig för sin familj i hemlandet var ett av de vanligaste problemen barnen tog upp, både enligt remissen och i utredningsfasen: ”[Pojken] blir nedstämd och får ont i magen samt har svårt att äta då han oroar sig för sin mamma och

småsyskon i Somalia samt för pappan som är försvunnen sedan flera år” (59) skrev en socialsekreterare i en remiss. Det framgick också att barnen följde händelseutvecklingen i sina hemländer: ”Han säger att sedan 3 veckor tillbaka är det mycket oroligt i området där hans familj bor och han hars sedan dess sovit mycket sämre” (25) berättade ett barn på Flyktingbarnteamet. Några barn var också engagerade i anknytningsärenden om att få sin familj till Sverige.

Barnens juridiska och sociala situation innebar också att de har väldigt svårt att veta något om framtiden, vilket för många ledde till grubblerier och en stor oro: ”Mycket tankar om varför han är i det här landet och om han ska återvända” (23) stod i en journal och ”säger att det som bekymrar honom är det förflutna, framtiden och situationen nu. Han är väldigt rädd. Han är rädd att förlora den situation han har här som har inneburit ett nytt liv för honom med fina människor omkring honom” (46) stod i en annan journal.

Även så kallad ”överlevnadsskuld” förekom hos några barn. Ett barn berättade för remitterande socialsekreterare att ”hans föräldrar och bror blivit dödade. Hans upplevelse är att han på något sätt är inblandad och ansvarig för deras död. Han plågas starkt över detta” (10).

Åtta av remisserna innehöll information om att det uppstått oro för barnet i dess omgivning. En skolsköterska skrev till exempel i en remiss: ”Lärarna i skolan är bekymrade flickan och undrar hur de skall kunna stödja henne på bästa sätt” (3). En remiss talade om ”anpassningsproblem” (50) i Sverige utan att specificera närmre vad som avsågs. Några barn var missnöjda med eller saknade boende: ”har inget permanent boende utan bor hos olika kompisar” (19) stod i en journal. Det förekom också problem med familjehemmet, en socialsekreterare skrev: ”[Pojken] har haft svårt att komma till ro i familjehemmet och beskriver en stor ensamhet och känsla av att inte vara en del av familjen” (43). Några av barnen upplevde att kontakten med sin gode man inte fungerade så bra, en flicka berättade att: ”hon inte fått så mycket information av sin gode man och att den gode mannen ställt in tre överenskomna tider den senaste tiden” (27). Några av barnen trivdes inte i skolan, uteblev, eller ville ha hjälp med att byta skola: ”det enda han egentligen vill ha hjälp med är att byta skola. Hans kritik mot [skolan] där han går är att det bara är invandrarkillar där och att dom retas med honom” (54) stod i en journal.

Flera av barnen hade hamnat i konflikter med personer i sin omgivning. Ett barn rapporterade att ”klasskamraterna börjat ta avstånd ifrån honom på grund av hans negativitet” (14) och ett barn som kom på läkarbesök var ”blåslagen i ansiktet och uppger att detta är efter en konflikt med en skolkamrat som gick till attack på henne (enligt pat. helt oprovocerat) /.../ Patienten är ledsen och upprörd över det som har hänt och hade gärna velat anmäla detta men vet inte hur hon ska bete sig med tanke på att hon talar bristfällig svenska” (32).

I övrigt var sysslolöshet och känslor av ensamhet något som bekymrade flera av barnen. Ett barn var till exempel ”sysslolös på dagarna och har då svårt att skingra tankarna” (58) Ett annat barn ”tycker om skolan men har inga kompisar där än så länge. Han känner sig ensam i skolan” (35).

**Psykopatologi.** Huvudkategori B utgörs av hjälpbehov som överensstämmer med symtom på psykopatologi enligt klassificeringssystem som DSM-IV och ICD-10 (American Psychiatric Association, 1994; World Health Organization, 1992).



Hälften av barnen i urvalet uppvisade symtom på trauma. I diagnosmanualen DSM-IV:s kriterier för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) delas symtom på trauma in i tre kategorier: återupplevandesymtom, undvikandesymtom samt överspändhet. Både i remissen och på Flyktingbarnteamet förekom att dessa kategorier namngavs, till exempel ”patienten bekräftar ptsd-symtom” (15) och ”patienten berättar om återupplevandesymtom, undvikandesymtom och överspändhet” (32). Det förekom även citat som mer beskrivande stämde in på definitionen av dessa kategorier. Exempelvis berättade ett barn på Flyktingbarnteamet att ”han har det bra just nu men att han ibland tänker på det som hänt. Ibland när de andra ungdomarna bråkar på boendet så kommer minnesbilder från kriget som han inte kan slå ifrån sig” (9). Även beskrivningar av hur barnen tycks dissociera eller ”försvinna iväg” kategoriserades här. En remiss från Socialtjänsten återgav till exempel hur ett barn ”beskrivit en känsla av överklighet där han inte varit medveten om han sovit eller varit vaken” (12).

Det förekom också många citat som rörde ångesttillstånd som inte gick att knyta direkt till en traumatisk upplevelse. Exempelvis skrev en remitterande socialsekreterare: ”Under vistelsen i Sverige har [pojken] börjat må psykiskt dåligt. Han har fått panikångest och uppvisar ett dåligt mående” (47). Ett barn berättade på Flyktingbarnteamet att hon ”hyperventilerar och får panikångestattacker i stort sett dagligen. Detta i samband med att hon blir ledsen och vill gråta. Ibland svimmar hon i samband med dessa attacker” (3). På Flyktingbarnteamet framkom också barn med en social oro som inbegrep exempelvis ”oro över att bli dömd av andra och oro inför att tala inför klassen och räcka upp handen i klassrummet” (5). Flera barn hade också ångest inför sin fysiska hälsa. Ett barn var till exempel ”extremt oroad över lungröntgensvaret och kan varken äta eller sova och tänker på det hela tiden” (24).

Tre fjärdedelar av barnen bejakade någon gång depressionsliknande symtom. Att barnen på olika sätt var ledsna och grät hörde till den vanligaste problembeskrivningen både i remisserna och i utredningsfasen. En läkare på Flyktingbarnteamet skrev om ett barn: ”Mycket allvarlig, nedstämd, talar väldigt tyst men utan latens, svarar fåordigt, ofta med huvudvickningar eller skakningar. Blir påtagligt ledsen då han närmar sig svåra minnen” (39). Flera av barnen uppvisade en håglöshet där de varken orkade eller ville göra något: ”Sista två månaderna har blivit värre och patienten säger att han inte orkar med något. Inte träna, inte plugga och inte spela fotboll med de andra barnen” (54). Nedstämdheten visade sig också för några barn genom att de valde att isolera sig från sin omgivning: ”Hon äter ej middag på boendet utan går och lägger sig. Hon äter för det mesta ensam på sitt rum och låser in sig” (33).

Även kategorier om suicidtankar och suicidförsök identifierades. En skolsköterska citerade till exempel barnet hon remitterat: ”Jag tänker mycket, varför leva, jag kan lika gärna dö, det är lika bra att jag dör. (25)”. I en annan journal stod: ”Vid frågan om självmordstankar framkommer att patienten tänker på självmord och inte kan lova att hon inte kommer göra sig illa innan nästa besök här” (33). Även självskadebeteende förekom bland barnen, i en journal stod ”skurit sig i armar och dunkat huvudet i väggen enligt god man” (15).

Flera av barnen i urvalet hade problem med att de blev arga på personer i sin omgivning. En remitterande socialsekreterare skrev: ”Han går snabbt igång på de andra ungdomarna. Lättretlig, tål inte höga ljud” (34). I en journal stod: ”när patienten tänker på det förflutna och saker som berört henne blir hon väldigt arg men visar inte upp det för allmänheten utan försöker vara lugn” (36). För några av barnen resulterade ilskan i slagsmål eller fysisk våld. I en remiss stod till exempel: ”har nyligen agerat ut genom att

ge sig på en vakt utanför ett uteställe och han är nu misstänkt för misshandel /.../ var vid detta tillfälle så berusad att han omhändertogs av polis för observation” (53).

Nästan alla barn beskrev sömnproblem någon gång. ” [Flickan] mår dåligt, hon saknar sin familj och har svårt att sova” (24) skrev en remitterande vårdcentralsläkare och ”[Pojken] har svårt att somna på kvällarna, uppger att tankarna snurrar i huvudet på honom och gör honom ’galen’” (34) skrev en annan remittent. Ofta hängde sömnlösheten ihop med sådana postmigration-stressorer som nämns ovan. I en journal stod till exempel: ”Det som hindrar honom från att somna är att han grubblar mycket på kvällen. Han tänker på det som hänt, på problem i familjen samt på vad som ska hända framöver” (58).

Nästan 70 % av barnen beskrev också att de någon gång haft problem med mardrömmar. I en journal stod: ”drömmer mardrömmar varje natt om att hon drunknar, ramlar ner från berg, att det är krig och skrik. Hon somnar om, vaknar, men kan somna om igen” (20). Ett barn berättade på Flyktingbarnteamet att han ”drömmer om mamma och om att dom är tillsammans och vaknar av detta och blir då ledsen och gråter” (6).

Svårigheter med uppmärksamhet och koncentration beskrevs ofta tillsammans med andra typer av problem eller hjälpbehov. Oftast fanns en traumatisk upplevelse i bakgrunden. Följande citat kan illustrera hur det trauma ett barn varit med om yttrade sig i flera olika psykiatriska symtom:

”Efter att patienten varit utsatt för skrämmande upplevelser i samband med attacken från talibanerna samt under flykten till Sverige har hon haft problem med att hon känner sig konstant orolig, har svårt att somna, drömmer hemska mardrömmar om folk som blir avrättade varje natt, vaknar på natten, känner sig lättskrämmd och blir ännu lättare arg än tidigare. Har svårt att koncentrera sig på skolarbetet i skolan” (32)

För drygt hälften av barnen fanns information om plötsliga vikt- eller aptitförändringar. ”Kan inte äta frukost på grund av dålig aptit” (37), stod till exempel i en journal. Två remisser innehöll också frågeställningar om neuropsykiatrisk problematik (ADHD) och en remiss beskrev hur ett barn genomgått plötsliga och oförklarliga personlighetsförändringar.

**Kroppsliga besvär.** Huvudkategori C utgörs av hjälpbehov som rör kroppen och kroppens funktioner. Dessa besvär hängde ofta ihop med andra typer av hjälpbehov. Ett barn berättade till exempel att ”han har mycket svårt med sömnen och att detta i sin tur påverkar hur han äter, vilket i sin tur leder till magont och huvudvärk” (58). En flicka sa att ”tankar kring vad hon varit med om och minnesbilder kommer upp i samband med att hon försöker somna. Hon somnar, men uppger att hon oftast vaknar av stark huvudvärk och ibland av näsblödning” (51). Huvudvärk och yrsel, följt av ont i magen, var också de klart vanligaste fysiska åkommorna bland barnen i urvalet.

Flera barn berättade också om andra typer av smärta. Ett barn hade ”ryggsmärta flera gånger i veckan” (11). Ett annat barn beskrev en ”oro som leder till ont i hjärtat” (6).

Besvär från tidigare skador uppmärksammades både i remisserna och på Flyktingbarnteamet. En familjehemskonsulent skrev i en remiss: ”En ’gammal’ skottskada i sitt vänstra ben, och är i behov av behandling för detta då det finns splitter kvar i benet” (13). I en journal stod: ”Somatiskt har han alltså problem med ögonen och dessutom ont i benen. Detta uppträdde efter att smugglaren kastat ut honom för ett stup

på kanske 5-6 meter” (21).

Flera av barnen hade problem med förstoppning: ”Beskriver att hon egentligen sedan flera år tillbaka har problem med förstoppning, har hård avföring ca 2 gånger i veckan och det gör alltid ont när hon ska bajsas” (30), stod i en journal. Ett barn hade notering om problem med andningen: ”Ont i bröstet. Besvären började innan han kom till Sverige. Känner ett tryck över bröstet. Har svårt med djupa andetag” (47). Två barn var också ljuskänsliga: ”Patienten ägnar tid vid datorn i hemmet men säger att han får ont i ögonen efter 10 minuter. Han är ljuskänslig” (4), stod till exempel i en pojkes journal. Besvär kopplade till könsstymning uppmärksammades hos två flickor: ”Könsstympad i hemlandet för cirka 5 år sedan. Sökt för buksmärta redan i hemlandet där hon fått behandling av en man från byn med bränningsmetod på huden” (45).

Tre remisser omnämde ”psykosomatiska besvär” utan att gå in i djupare detalj på vilka problem som avsågs. Andra remisser var mer detaljerade, en remitterande socialsekreterare skrev: ”fick känslöbortfall samt motoriska svårigheter i höger kroppshalva, han kördes till barnakuten /.../ det fastställdes att symtomen inte utlösts av kroppslig art utan symtomen bedöms själsligt utlösta på grund av den oro [pojken] bär på för sin familj” (54).

I övrigt identifierades en bred repertoar av somatiska eller kroppsliga besvär. Ett barn hade enligt remittenten ”ont ovanför vänster öga. Det känns tungt och hon säger att hon har svårt att hålla det ögat öppet. Hon uppger att hon har ont i vänstra delen av ansiktet och huvudet och känner sig yr” (26). Ett annat barn hade enligt journalen ”problem med att hon har svårt att hålla urinen /.../ kissar väldigt ofta på sig för att hon inte hinner till toa i tid” (30).

Många barn hade diffusa symtom. Om en pojke nämndes att ”han upplever smärta på olika ställen i kroppen och att hjärtat ibland slår konstigt” (25). I en journal stod: ”Patienten är orolig över sin hälsa, säger att så fort hon känner av kroppen, ifall hon har ont någonstans exempelvis, så oroar hon sig. Hon har också ont i nedre delen av magen, beskriver att det känns som is i magen och låren ibland” (24).

Ibland var symtomen mer konkreta, ett annat barn till exempel ”hör inte på vänster öra och har enligt hälsoundersökning en perforation på trumhinnan. Ibland rinner det ur örat och luktar illa” (33). En annan flicka hade enligt remissen ”problem med tänderna. Hon har dragit ut en tand utan att somalisk tolk var närvarande och detta har skrämt henne mycket” (26).

**Andra hjälpbehov som aktualiserades i vårdkontakten.** Huvudkategori D, slutligen, utgörs av andra hjälpbehov som aktualiserades under vårdkontakten. Till att börja med förekom citat i både remisserna och utredningsfasen där olika typer av kontakt-svårigheter med barnet framgick. Flera barn hade som uttalad överlevnadsstrategi att inte prata om tidigare jobbiga upplevelser: ”Patienten själv vill inte tala om sina upplevelser som bara gör honom mer orolig” (42) stod i en remiss. Önskar inte ”tala så mycket om sina svåra livsupplevelser då han helst vill försöka glömma dem” (5) stod i en journal.

Ibland berodde istället kontaktsvårigheterna på att barnet tycktes ha svårt, eller vara i för dåligt skick för, att berätta: ”uppger för skolläkare och skolsköterska att han är rädd för att ’brista’ om han börjar prata om sin situation. Är rädd för det” (14), stod i en remiss från en skolkurator. ”Extremt oroad. Gråter. Svårt att ta till sig information” (24) stod i en journal och ”Patienten är mycket nedstämd och har mycket lång svarslatens” (10) stod i ytterligare en journal. Som framgår i Tabell 5 uppvisade nästan var tredje

barn (32 %) i urvalet kontaktsvårigheter av den typen någon gång, antingen i remissen eller i utredningsfasen.

Vid många besök under utredningsfasen på Flyktingbarnteamet hade barnen med sig en anhörig. De citat där det framgick att en sådan "talesperson" berättat om barnets hjälpbehov i barnets ställe samlades under en kategori i analysen. Om ett barn stod till exempel i journalen: "Patienten är vid dagens samtal mycket tystlåten och återhållsam. Vid direkta frågor till patienten tittar han för det mesta ängsligt på storasyster och familjehemsmodern och låter helst någon av dem svara i hans ställe" (17).

Några citat kategoriserades som "ej hjälpsökande", det vill säga att det varit svårt att få fram ett specifikt hjälpbehov hos barnet eller att barnet varit negativt inställd till att vara på Flyktingbarnteamet. En psykolog skrev till exempel efter att ha träffat ett barn: "Patienten uttrycker viss skepsis angående sådana samtal han haft på BUP [ort] och även dagens samtal hos undertecknad, men kommenterar även 'dom kallar på mig ... jag kommer'" (8). Om ett annat barn stod i journalen: "Han uppvisar också ett negativt och ibland aggressivt beteende i rummet och påpekar gång på gång att han inte är intresserad av att komma hit och prata" (31). Om ytterligare en pojke stod: "patienten är inte direkt hjälpsökande och ser ingen nytta med att komma hit idag" (48).

Remisserna till Flyktingbarnteamet innehöll ibland en specifik frågeställning. I en remiss efterfrågades till exempel både vaccination och åldersutredning (3). Ibland efterfrågades somatisk vård eller utredning: "Krossad näsa, behov av operation" (14) skrev till exempel en skolkurator i en remiss.

I övrigt innehöll drygt en tredjedel av remisserna en förfrågan om psykologsamtal eller annan samtalskontakt: "önskar själv kontakt för att prata med någon. Han säger att han bär på många otrevliga upplevelser och är rädd för framtiden och att må sämre" (38), stod i en remiss.

De citat där remittenten ställde en öppen fråga om bedömning ordnades under en egen kategori. "Behöver [flickan] stöd utifrån sin bakgrund och nuvarande situation som ensamkommande barn?" (26), skrev en socialsekreterare och "lider [flickan] av PTSD? Vilket stöd behöver hon utifrån sin bakgrund och livssituation?" (51) frågade en annan remitterande socialsekreterare.

Till underkategorin "Insatser" sorterades citat där barnet fått någon form av insats på Flyktingbarnteamet som underförstått vittnade om ett bakomliggande hjälpbehov. Ett barn genomgick ålderbedömning på Flyktingbarnteamet (41) och för sex barn ingick provtagning hos sjuksköterska som en del av utredningsfasen. Anteckningar som rörde utskrivning och justering av mediciner var vanliga, i en journal stod till exempel "kommer till undertecknad idag för uppföljning av medicinering. Vad gäller biverkan har han /.../ blivit mer trött av Theralen och har enormt svårt att komma upp ur sängen på morgonen" (5). Olika typer av psykosociala insatser var också vanliga. I en pojkes journal fanns till exempel en notering om att han bör "få solglasögon med tanke på ljuskänsligheten" (21). I en annan journal skrev en psykolog: "tar också upp med patienten om att hon vill träffa hans familjehem för att berätta och informera lite om hur man ska tänka när man har ett barn i familjen som varit utsatt för mycket trauma" (13). I en annan journal föreslog en läkare "ett nätverksmöte /.../ för att försöka strama upp hållandet och omhändertagandet av [pojken]" (7). I ytterligare en journal skrev en sjuksköterska: "När det gäller magbesvär har hon fått tips på en medicin från Vårdcentralen. Hon skulle dock behöva hjälp att köpa medicinen och vi kommer överens om att jag hjälper till genom att kontakta boendepersonal om detta" (52).

Citat där det rent språkligt framgick att behandlaren på Flyktingbarnteamet ställt

en öppen fråga om barnets önskemål om hjälp sorterades i en egen kategori. En läkare skrev till exempel: ”När man frågar patienten vad han vill ha hjälp med så tar han upp familjen som det viktigaste” (43). I en annan journal stod: ”Då undertecknad frågar vad hon framförallt vill ha hjälp med svarar hon örat” (33).

Även citat där det framgick att barnet framfört ett specifikt önskemål om hjälp till remittenten eller behandlaren på Flyktingbarnteamet sorterades under en egen kategori. Att barnet önskade få någon att prata med var ett vanligt tema i remisserna till Flyktingbarnteamet: ”[Flickan] efterfrågar stöd i form av samtal med psykolog och är positiv till att remissen skickas” (28) stod till exempel i en remiss. Under utredningsfasen bad barnen ofta om hjälp med att få sin familj till Sverige eller hjälp i den juridiska processen kring ett anknytningsärende: ”Främst av allt önskar dock patienten hjälp med att få kontakt med mamma och syskon i Iran och dessutom hjälp att få klarhet i var hans ärende ligger hos migrationsverket.” (57) stod exempelvis i en journal.

Nästan en tredjedel av barnen i urvalet framförde någon annan typ av önskemål om hjälp under utredningsfasen. Dessa önskemål var mycket skiftande till karaktär: ”Patienten skulle vilja lära sig att spela gitarr, undertecknad tar upp detta med god man vid nästa samtal” (50), stod till exempel i en journal. ”Uppger att han gärna skulle vilja ha en sysselsättning som inte bara är skola” (22) stod i en annan journal. Om en patient stod att han först och främst ”vill ha hjälp med att han ofta tänker på familjen” (59). En sjuksköterska skrev: ”Patienten vill gärna ha hand om sina mediciner själv. Som det är nu på boendet är de inlåsta och han måste be personalen om dem varje gång. För att få ta hand om dem själv krävs ett intyg/brev från läkare” (5). Ett barn önskade få taktill massage (20) och ytterligare ett barn hade ”en stark önskan om att få hörlurar för att kunna ligga och lyssna på musik när han ska somna, han delar rum med en annan och kan därför inte lyssna på musik utan hörlurar” (29).

Till sist förekom citat som beskrev symtom eller hjälpbehov som förbättrats under utredningsfasen eller sedan remissen skrevs. En psykolog skrev till exempel: ”Patienten uppger att mycket är bättre nu /.../ uppger att han dock fortfarande är mycket besvärad av sina minnesbilder (44). Även citat där barnets egna bemästringsstrategier kring ett problem eller svårighet framkom identifierades som en egen kodningskategori. Om ett barn stod till exempel i journalen: ”Saknar sin mamma och sina syskon och söker tröst hos familjehemsmodern när hon blir ledsen” (40).

## **Utredningsmetoder som används på Flyktingbarnteamet**

”Utredningsmetoder” definierades i denna studie som (1) vilken typ av personal barnen får möta då de kommer till Flyktingbarnteamet och (2) vilka formulär och skattningsskalor som administreras till barnen. I Tabell 5 åskådliggörs vilken yrkeskategori barnen mötte vid första respektive andra besöket på Flyktingbarnteamet. Tabell 6 visar också hur stor andel av barnen som träffade de olika yrkeskategorierna någon gång under utredningsfasen, d.v.s. vid de fyra första besöken.

Tabell 5

*Yrkeskategorier som barnen mötte på första och andra besöket på Flyktingbarnteamet samt yrkeskategorier barnen mötte någon gång under utredningsfasen.*

Yrkeskategori	Antal (%) barn som mötte
<b>Första besöket</b>	
Läkare	25 (45)
Psykolog	17 (30)
Sjuksköterska	8 (14)
Socionom	6 (11)
<b>Andra besöket *</b>	
Läkare	14 (33)
Psykolog	20 (46)
Sjuksköterska	4 (9)
Socionom	5 (12)
<b>Någon gång under utredningsfasen</b>	
Läkare	38 (68)
Psykolog	32 (57)
Sjuksköterska	16 (29)
Socionom	8 (14)

\* Tretton barn i urvalet besökte mottagningen enbart vid ett tillfälle. Andelen här avser de 43 barn som kom minst två gånger.

Det förekom alltså att både sjuksköterskor och socionomer genomförde nybesök fastän det var vanligare att läkare och psykologer gjorde detta. Läkare, tätt följt av psykolog, var också den yrkesgrupp som flest barn fick träffa någon gång under utredningsfasen på Flyktingbarnteamet.

Journalerna innehöll också information om vilka skattningsskalor som barnen fått besvara. I Tabell 6 presenteras en sammanställning över denna information. Det är alltså skalor som administrerats under hela vårdkontakten som avses, inte bara skalor som administrerats under utredningsfasen. Barnen fick fylla i mellan noll och fem formulär, 1,43 stycken i genomsnitt, och till 13 barn (23 %) administrerades inga formulär alls.

Tabell 6

*Skattningsskalor som administrerats till barnen på Flyktingbarnteamet under vårdkontakten. Antal och (andel) barn som fyllt i formuläret.*

Skala	Antal (%)
The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	24 (43)
Lifetime Incidence of Traumatic Events (LITE)	22 (39)
The Child PTSD Symptom Scale (CPSS)	18 (32)
The UCLA PTSD Index for DSM-IV (UCLA PTSD)	2 (4)
Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)	3 (5)
”Ptsd Screening” *	2 (4)
The Beck Anxiety Inventory (BAI)	1 (2)
The Beck Depression Inventory (BDI)	2 (4)
Becks Ungdomsskalor	4 (7)
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (KIDDIE-SADS)	2 (4)

\* Information om att formulär administrerats men inte vilket formulär.

Det vanligaste formuläret, SDQ, undersöker barns beteende för att därigenom få en uppfattning om dess psykiska hälsa. Formuläret finns också i en uppföljningsversion men bara några få av de 24 barn som fyllt i formuläret enligt journalerna gjorde också uppföljningsversionen. Formulären LITE, CPSS, UCLA PTSD samt TSCC är alla utformade för att undersöka potentiellt traumatiserande händelser som barnet kan ha varit med om eller symtom på trauma. Som Tabell 6 visar var CPSS det vanligaste formuläret på Flyktingbarnteamet för att undersöka traumasymtom. Två barn hade också notering i sin journal om att de screenats för PTSD men inte vilket formulär som använts. Becks ungdomsskalor samt BAI och BDI undersöker symtom på ångest och depression samt emotionell och social problematik i vidare bemärkelse. KIDDIE-SADS slutligen, är ett formulär som undersöker symtom enligt DSM-IV.

## Diagnoser som barnen får enligt journalen

Tabell 7 visar en sammanställning över de diagnoser som förekom hos minst två barn i urvalet.

Tabell 7

*Prevalens över de diagnoser som förekom hos minst två barn i urvalet.*

Kod	Diagnos	Antal och (andel) barn med diagnosen
<b>F431</b>	<b>Posttraumatiskt stressyndrom</b>	<b>20 (36)</b>

*fortsättning Tabell 7*

---

**Andra ångeststörningar**

F439	Reaktion på svår stress, ospecificerad	15 (27)
F438	Andra specificerade reaktioner på svår stress	3 (5)

**Affektiva störningar**

F329	Depressiv episod, ospecificerad	7 (12)
F321	Medelsvår depressiv episod	5 (9)

**Andra F-diagnoser**

F519	Icke organisk sömnstörning, ospecificerad	13 (23)
F510	Icke organisk sömnlöshet	6 (11)
F515	Mardrömmar	3 (5)
F430	Akut stressreaktion	2 (3)

**Problem relaterade till social miljö**

Z603	Kulturanpassningssvårigheter	3 (5)
Z605	Föremål för diskriminering och förföljelse	2 (3)

**Problem relaterade till traumatiska upplevelser**

Z611	Avflyttning från hemmet under barndomen	42 (75)
Z617	Personlig skrämmande upplevelse under barndomen	12 (21)
Z655	Exponering för katastrof, krig och andra fientligheter	9 (16)
Z610	Förlust av kärleksfull relation under barndomen	4 (7)
Z616	Problem med samband till fysisk barnmisshandel	3 (5)
Z619	Negativ händelse under barndomen, ospecificerad	2 (3)

**Medicinska diagnoser**

G442	Spänningshuvudvärk	6 (11)
E638	Andra specificerade näringsbristtillstånd	3 (5)
G479	Sömnstörning, ospecificerad	3 (5)
K297	Gastrit, ospecificerad	3 (5)
R101	Smärtor i övre delen av buken	3 (5)
E559	D-vitaminbrist, ospecificerad	2 (3)
M54	Lumbago	2 (3)

---

Barnen i urvalet hade mellan en och nio diagnoser noterade i sin journal med ett genomsnitt på 3,64 diagnoser per barn. Totalt 47 barn (84 %) hade någon F-diagnos, 44 barn (79 %) hade någon Z-diagnos och 25 barn (45 %) hade någon medicinsk diagnos.



Några av diagnoserna ovan betraktas som ”preliminära” diagnoser av kliniker. Exempelvis är ”F439 Reaktion på svår stress” en diagnos som ofta sätts innan man kunnat genomföra en grundlig undersökning av barnet. Diagnosen ”övergår” sedan ofta till att barnet får en PTSD-diagnos.

Sammanlagt 29 diagnoser som bara förekom hos ett barn har utelämnats i Tabell 7. Det handlar om fem F-diagnoser (till exempel ”F410 Paniksyndrom” och ”F323 Svår depressiv episod med psykotiska symtom”), sju Z-diagnoser (till exempel ”Z601 Atypisk föräldrasituation” och ”Z635 Splittring av familj genom separation och skilsmässa”) och 17 medicinska diagnoser (till exempel ”E611 Järnbrist”, ”G470 Insomni”, ”K590 Obstipation”, ”H042 Tårflöde”, ”M79 Smärtor i extremitet” och ”R011 Hjärtblåsljud, ospecificerat”).

### Insatser som barnen får på Flyktingbarnteamet

Barnen i urvalet var aktuella på Flyktingbarnteamet i genomsnitt 28 veckor. Variationen var stor: tretton barn kom enbart en gång och det barn med längst vårdkontakt var aktuell under nästan två år innan ärendet avslutades. Under vårdkontakten hade barnen i genomsnitt 7,95 registrerade besök (gruppbehandlingar borträknade) till en behandlare. Denna siffra varierade mellan ett besök och 33 besök för det barn som kom flest gånger. Det förekom att barnet träffade till exempel både läkare och sjuksköterska vid ett och samma besökstillfälle på mottagningen. Detta registrerades som två besök om båda behandlarna gjorde varsin separat anteckning från besöket. Antal tillfällen som barnen faktiskt besökte mottagningen är därför något lägre. Tabell 8 visar vilka yrkeskategorier barnen träffade vid de enskilda besöken.

Tabell 8

*Enskilda besök till olika yrkeskategorier. Antal och (andel) barn som träffade yrkeskategorin vid minst ett tillfälle samt medelvärdet av antal besök under vårdkontakten.*

Yrkeskategori	Genomsnittligt antal besök	Antal (%) som träffade någon gång
Läkare	1,68	43 (77)
Psykolog	4,00	32 (57)
Sjuksköterska	1,16	25 (45)
Socionom/kurator	1,11	9 (16)

Drygt tre fjärdedelar av barnen träffade alltså läkare vid minst ett tillfälle. Psykolog var dock den yrkeskategori som barnen gick till flest gånger med i snitt fyra besök per barn. Socionomer fick ett relativt högt besöks-snitt vilket berodde på att en mindre andel barn träffade socionom under relativt långa samtalskontakter.

Utöver de enskilda besöken så deltog två pojkar i urvalet i traumafokuserad gruppbehandling. Dessa pojkar gick i gruppbehandling vid 7 respektive 8 tillfällen. För fem ärenden (9 %) fanns också notering om att behandlare träffat någon ur barnets

nätverk (till exempel familjehems-föräldrar) enskilt på mottagningen i stödjande och/eller konsultativt syfte.

Tabell 9 visar vilka typer av insatser barnen fick på Flyktingbarnteamet såsom insatserna definierades i studiens metodavsnitt. Antal insatser som barnen fick skiftade mellan noll och åtta med ett genomsnitt på 2,94 insatser per barn. Som Tabell 9 visar var konsultativa/ samordnande insatser vanligast tätt följt av medicinska och stödjande insatser.

Tabell 9

*Typ av insatser som barnen fått på Flyktingbarnteamet enligt journalerna.*

Typ av insats	Antal och (andel) av barnen som fick insatsen
Konsultativa/samordnande insatser	42 (78)
Medicinska insatser	35 (65)
Stödjande insatser	31 (57)
Psykosociala insatser	23 (43)
Remiss till annan vårdinrättning	15 (28)
Intyg i asylprocess	7 (13)
Traumafokuserad behandling	7 (13)
Nätverksmöte	4 (7)
Gruppbehandling	2 (4)

Till de konsultativa och samordnande insatserna inkluderades alla ärenden där behandlaren ringt eller kontaktat någon i barnets nätverk angående en specifik fråga (ej enbart stämma av tider). Dessa kontakter gällde allt från att samordna uthämtning av mediciner till att informera familjehemsföräldrar och skolpersonal eller att samordna vaccinerings med tidigare behandlare.

De medicinska insatserna rörde oftast utskrivning eller reglering av sömnmedel och ångestdämpande farmaka som Propavan och Atarax. Behandling med Movicol mot förstoppning och d-vitaminsdroppar mot av d-vitaminbrist var också vanligt. På några barn togs längd, vikt och EKG och några fick lämna avföringsprover i syfte att undersöka infektionssjukdomar såsom heliobacter.

De stödjande insatserna definierades som "samtalskontakt på mottagningen i uttalat stödjande syfte eller samtalskontakt med psykoedukativa och stödjande inslag som inte kan kategoriseras som traumafokuserad behandling". Sammanlagt 31 barn fick insatser som föll in under den definitionen. Exempel på hur behandlarna beskrev sådana insatser i journalen var: "talar om mående och livssituation", "ångesthantering" "ger sömnhygieniska råd", "stabiliserande insatser", "oroshantering", "går igenom avslappningsövningar med patienten", "distraktionsövningar" och "ger psykoeducation om trauma och depression".

Några exempel på de 23 insatser som definierades som psykosociala är: en sjuksköterska bokade tid åt barnet hos nätverket Ingen människa är illegal för juridisk rådgivning; en läkare uppmuntrade barnet att prata med boendepersonalen när han hade ångest samt ringde barnets goda man angående asylärende och barnets önskan om

målvaktshandskar; ett barn fick lite pengar från en kuratorskassa samt information om olika kontakter för papperslösa flyktingar; ett barn fick information om sommaraktiviteter för nyanlända med sig hem; en läkare ”medlade” i en konflikt mellan barnet och dess familjehemsföräldrar; en sjuksköterska förmedlade en bärbar dator från nätverket Ingen människa är illegal så att barnet skulle kunna göra läxor på den.

Remisserna som skrevs till andra vårdinrättningar rörde bland annat rehabilitering för ond axel och rygg, behandling av tinnitus och återkommande näsblod, åldersutredning, plastkirurgi för ärr i ansiktet, endoskopi- och gastroskopiundersökning, röntgen av hjärta och lungor, näsfraktur som läkt dåligt samt en remiss till BUP för suicidriskbedömning.

Enligt information i journalerna fick dessutom sju barn ett intyg till sin asylprocess. Sex barn fick traumafokuserad KBT-behandling (TF-KBT) och ett barn fick behandling med inslag från metoden Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR). För fyra barn ordnades nätverksmöte och två barn deltog i gruppbehandling.

## **Diskussion**

### **Bakgrundsinformation om barnen**

En stor majoritet av barnen i denna studie kom från antingen Afghanistan eller Somalia. Detta gäller även på nationell nivå och av de ensamkommande barn som sökte asyl i Sverige 2012 var 58 % från Afghanistan och 13 % kom från Somalia (Migrationsverket, 2013). Ingenting i resultatet pekar alltså mot att Flyktingbarnteamet skulle ha extra svårt att nå ut till barn från något specifikt land.

Ca 16 % av de ensamkommande barn som sökte asyl i Sverige 2012 var flickor och ungefär så har könsfördelningen sett ut de senaste åren (Migrationsverket, 2013). Av de barn som kom till Flyktingbarnteamet var 34 % flickor och denna könsfördelning är mer i linje med många tidigare studier som rört ensamkommande flyktingbarn (t.ex. Bean m.fl., 2007; Oppedal m.fl., 2009). Flickor är möjligen något bättre på att verbalisera sina erfarenheter än pojkar (Dittmann & Jensen, 2010). På samma sätt som flickorna blir något överrepresenterade i rekrytering till forskning kan det vara så att de blir något överrepresenterade när det gäller att remitteras till vård på specialistnivå. Det kan också vara så att flickor som grupp mår sämre på grund av större erfarenhet av till exempel tvångs gifte och sexuella övergrepp.

Det har i medierna förts fram att unga vuxna medvetet skulle uppge att de är under 18 år i syfte att bli behandlade som barn och inte som vuxna och på så sätt ha lättare att beviljas asyl (Stretmo & Melander, 2013). I studien fanns någon form av osäkerhet om barnets ålder i tio ärenden och sju barn blev uppskrivna i ålder av Migrationsverk under vårdkontakten. Endast tre av barnen fick dock sin ålder justerad till över 18 år. I några fall gällde åldersutredningen också mycket osäkra åldersbestämningar som gjorts i andra EU-länder där barnet tidigare sökt asyl. Även i Sverige är åldersutredning något det råder mycket oklarhet kring och Socialstyrelsen genomför just nu en översyn av vilka förfaringsätt som kan användas vid fastställande av ålder i tveksamma fall (Stretmo & Melander, 2013).

Tre barn uttryckte enligt journalen att de ej var intresserade av att ha någon kontakt med sin ursprungsfamilj och fyra barn angav förhållanden i familjen som ett bidragande skäl till att fly. Minst hälften av barnen hade dock kontakt med sin familj, sex barn återförenades med en förälder i Sverige under vårdkontakten och många bad om hjälp med att leta efter sina föräldrar. Sammantaget framstod alltså konflikter med och våld i familjen samt hedersproblematik som ett marginellt problem bland de ensamkommande barnen som grupp. De flesta tycktes istället bära på en känsla av att ha förlorat sina föräldrar och en önskan om att återförenas med dem på något sätt.

Barnen i urvalet hade varit i Sverige i genomsnitt 29 veckor när remissen till Flyktingbarnteamet skrevs. Det kan å ena sidan ses som naturligt att det tar ett tag innan barnet signalerar att det behöver hjälp eller att den ”sammansatta somatiska och psykiatriska problematik” som barnet ska ha för att bli aktuell för vård på specialistnivå upptäcks. Å andra sidan är 29 veckor en lång tid med tanke på att de barn i sämst psykiskt skick sannolikt skulle dra nytta av de samordningsinsatser som Flyktingbarnteamet kan erbjuda i ett tidigt skede av sin vistelse i Sverige.

Den stora övervikten av remisser från Socialtjänsten i studien är ett observandum. En del forskning visar att de ensamkommande barnens behov i för liten grad uppmärksammas av stöd- och omsorgspersoner och att de måste över en högre tröskel för att bli aktuella för vård i mottagarländerna. Skola, goda män och familjehems-föräldrar remitterar ensamkommande barn till Flyktingbarnteamet i mycket liten omfattning. Då skola och familjehem har daglig kontakt med barnen kunde man vänta sig fler remisser från dem. En slutsats är att Socialtjänsten spelar en viktig roll när det gäller att fånga upp de ensamkommande flyktingbarn som mår allra sämst och att det är viktigt att barnens mående uppmärksammas från fler håll än från de primära omsorgspersonerna.

För drygt en tredjedel av barnen saknades information om skrivkunnighet eller skolgång i journalen. Information om barnets utbildningsbakgrund har betydelse för till exempel hur mycket ansvar man kan lägga på patienten för att ta till sig skriftlig information om medicinering och andra insatser. Då skolan ofta blir en central struktur i de ensamkommande barnens liv är också en god och välavvägd introduktion till den svenska skolan av yttersta vikt (Stretmo & Melander, 2013). Alla journaler borde därför innehålla information om barnens utbildningsbakgrund.

En femtedel av barnen i studien uttryckte någon gång att de upplevde problem med sitt nuvarande boende. Att enbart vartannat barn flyttade minst en gång tyder ändå på att barnen hade en relativt stabil boendesituation under vårdkontakten. Detta är viktigt och bra för barnen som är i stort behov av stabilitet runt sig när de kommer nyanlända till Sverige (Ehnholt & Yule, 2006).

Flyktingbarnteamet har som föresats att ”stärka det som fungerar” hos barnen. En fjärdedel av journalerna innehöll ingen notering som kunde definieras som en salutogen- eller ”friskfaktor” under utredningsfasen. En medicinsk journal ska fungera som informationskälla för olika behandlare. Att ha en uttalad målsättning om att alltid få med en friskfaktor i varje barns journal skulle möjligen kunna fungera som en styrmekanism för att behandlaren inte ska glömma det perspektivet.

## Traumatiska upplevelser

Att undersöka ensamkommande flyktingbarns erfarenheter av trauma är alltid en metodologisk utmaning. Svårt traumatiserade barn kan ha svårt för, eller vara ovilliga, att berätta vad de varit med om (Broch, 2012). Då barnen skiljts från sina föräldrar står de också ensamma som uppgiftslämnare. Informationen barn ger om sin bakgrund kan dessutom vara påverkad av föreställningar om vad man skall säga för att undvika att skickas tillbaka till sitt hemland (Kohli, 2006; Lidén, 2012). I denna studie förekom bara ett ärende där barnets uppgifter om sin bakgrund var inkonsistenta och/eller förändrades mellan besöken. I de övriga 55 ärendena påvisades inga direkta motsägelser i den information som fanns i journalen. Däremot hade flera barn som uttalad överlevnadsstrategi att inte berätta så mycket om tidigare upplevelser och var tredje barn bedömdes någon gång ha mått så dåligt att det var svårt för behandlaren att uppnå en arbetsallians med dem i rummet.

Både remisserna och journalanteckningarna på Flyktingbarnteamet innehöll många uppgifter om svåra händelser i barnens historia. Sammanställningen visade, i linje med tidigare forskning, att en stor del av de ensamkommande barnen har upplevt förluster av anhöriga samt bevittnat eller utsatts för våld. Det var framförallt interpersonellt våld barnen har varit med om, vilket beskrivits som den mest patogena formen av trauma. I synnerhet flickor hade oftare än normalbefolkningen i Sverige utsatts för sexuella övergrepp. Att barnen hade upplevt i genomsnitt 2,58 olika kategorier av händelser indikerar att många av dem kan vara multitraumatiserade. Detta är allvarligt inte minst då forskning kring posttraumatisk stress visat att olika svåra upplevelser tenderar att ömsesidigt förstärka en eventuellt psykisk känslighet hos individen (Yule & Williams, 1990).

Resultatet visade också att barnens flykt ofta var en källa till obehagliga upplevelser. Det fanns sällan information om hur länge barnen varit på flykt i journalen men för de 18 ärenden där detta framgick tog det alltså i snitt 4,6 månader att ta sig till Sverige. Flera av barnen hade varit med om båtolyckor i överfulla flyktingbåtar där de sett människor drunkna. Det förekom också att barn blivit inlåsta eller misshandlade av flyktingsmugglare under flykten.

Journaluppgifterna tyder på att traumatiska upplevelser uppmärksammas och värderas som viktiga i vårdkontakten. En slutsats som kan dras av resultatet är vikten av att vårdpersonal rutinmässigt frågar om barnens upplevelser. Om man inte explicit frågar om specifika upplevelser finns en risk att de förblir oupptäckta.

För sju av barnen (12 %) förekom orden ”krig”, ”krigstillstånd” eller liknande i anamnesen. I tidigare studier där man ställt en direkt fråga till ensamkommande barn om krigsupplevelser brukar mer än hälften bejaka att de har sådana erfarenheter (Oppedal m.fl., 2009; Bean m.fl., 2007). I tidigare studier där skattningsformuläret SLE administrerats brukar dessutom omkring en tredjedel av barnen bejaka att de upplevt en livshotande sjukdom eller skada (Bean m.fl., 2007; Vervliet m.fl., 2014). På Flyktingbarnteamet framkom inte i någon journal att barnet haft livshotande sjukdom eller skada. Även erfarenheter av naturkatastrofer och olyckor (så kallade typ 1-trauman) var i denna studie lägre än vad som framkommit tidigare. Man kan konstatera att det är svårt att jämföra information som samlats ur medicinska journaler med data som samlats mer systematiskt med självskattningsformulär. Behandlare inom vården verkar dock i hög utsträckning fokusera på interpersonella traumaerfarenheter (typ 2-trauman) då de intervjuar ensamkommande barn om deras bakgrund.

## Barnens hjälpbehov enligt remittenter och behandlare

Barnen som kommer till Flyktingbarnteamet oroas över sin situation som ensamkommande och asylsökande, de upplever anpassningsproblem i Sverige, kan inte sova och har tecken på allvarliga psykiska besvär som PTSD och depression. En betydande del av barnen mår periodvis så dåligt att de har svårt att redogöra för sin situation. De har somatiska besvär med framförallt huvudvärk och smärtupplevelser i kroppen. Barnen efterfrågar också hjälp med praktiska ting som att få klarhet i familjens asylärende, fritidsaktiviteter, träningskläder eller hjälp med att lösa konflikter med vuxna där de bor.

Flyktingbarnteamet tar emot den patientkategori man avser att ta emot. Eftersom barnen som ingår i denna studie remitterats till en sjukvårdsinrättning på specialistnivå förväntades att de skulle uppvisa en sammansatt psykiatrisk och somatisk problematik och resultatet visade tydligt att så var fallet.

Inget barn i urvalet remitterades däremot vidare till neuropsykiatrisk utredning och inget barn hade en neuropsykiatrisk diagnos. Detta är ett observandum då sådana problembeskrivningar är mycket vanliga inom BUP. Två inkommande remisser föreslog ADHD-utredning men för inget barn aktualiserades behovet av en sådan utredning på Flyktingbarnteamet. Det kan vara så att ensamkommande barn med neuropsykiatriska problem hamnar på BUP i högre utsträckning. Det kan också vara så att behandlarna på Flyktingbarnteamet underskattar den problematiken. En tredje möjlig förklaring går i linje med teorin om att de ensamkommande barn som lyckas ta sig till Väst visserligen är traumatiserade, men att de i övrigt representerar ett tvärsnitt av de mest resursstarka barnen (Ayotte & Williamson, 2001).

Jämfört med patienter inom BUP har gruppen ensamkommande barn dessutom färre beteende- och ångeststörningar (bortsett från PTSD och reaktioner på svår stress) och färre har självskadebeteende eller suicidalt beteende.

Betydligt fler typer av hjälpbehov identifierades i utredningsfasen på Flyktingbarnteamet jämfört med remissen. Prevalensen var också konsekvent högre i utredningsfasen, d.v.s. för de hjälpbehov som beskrevs i både remisen och utredningsfasen så uppvisade en större andel av barnen hjälpbehovet under utredningsfasen. Generellt kan sägas att remisserna beskrev symtom på trauma i låg utsträckning jämfört med vad som framkom på Flyktingbarnteamet. Däremot innehöll remisserna ofta information om potentiellt traumatiserande händelser. Remisserna beskrev också i lägre utsträckning problem som rörde vardagen i Sverige som grubblerier, ensamhetskänslor och konflikter med personer i omgivningen. Man kan anta att behandlarna på Flyktingbarnteamet mer systematiskt undersöker barnens psykosociala situation och symtom på trauma. Skillnaderna kan möjligen också förklaras av att analysen av utredningsfasen var baserad på data från upp till fyra besök hos en behandlare medan remisstexten ofta var baserad på färre besök.

En uppenbar brist med journalmaterialet är att informationen inte har samlats in på ett systematiskt vis och heller inte återgivits på ett systematiskt vis i journalen. Av den anledningen måste de identifierade kategorierna tolkas med försiktighet. Att 12 % av barnen enligt denna studie fått frågan ”vad vill du ha hjälp med” betyder till exempel bara att detta rent språkligt gått att utläsa i 12 % i journalerna, inte att 12 % av barnen faktiskt fått den frågan. Att inhämta uppgifter rutinmässigt skulle underlätta för senare utvärdering av den här typen. Men rutinmässigt journalförda uppgifter kan också hjälpa till så att behandlaren verkligen tar reda på specifika uppgifter i alla patientärenden. Det

kan diskuteras om den patientfokuserade frågan ”vad vill du ha hjälp med?”, är en fråga som på något tvingande sätt skall journalföras, eller om det är upp till varje behandlare att se till att den ställs.

Befintlig forskning om ensamkommande barn har kritiserats för att i för hög utsträckning utgå från västcentrerade sjukdomskategorier som PTSD och depression (Wernesjö, 2012). En styrka med metoden som använts i denna studie är att barnens hjälpbehov så som det beskrivs i journalerna på Flyktingbarnteamet kunnat sammanställas på ett brett sätt. Eftersom kategorierna identifierats i en kvalitativ induktiv process har även hjälpbehov som ligger utanför en gängse medicinsk och psykiatrisk begreppsapparat kunnat upptäckas. Exempelvis visade analysen att många barn vill ha hjälp med praktiska ting såsom hörlurar och att många barn mår så dåligt i vårdkontakten att de har svårt att kommunicera vad de vill ha hjälp med.

De hjälpbehov som identifierades under rubriken ”psykopatologi” liknar dock symtom- och diagnosbeskrivningar man finner i klassificeringssystem såsom DSM-IV och ICD-10. Detta beror på att det i hög utsträckning är utifrån sådana kategorier som behandlarna på Flyktingbarnteamet undersöker och bedömer patienterna. Journalerna kunde till exempel innehålla noteringar om ”ptsd-symtom” eller ”överspändhet och undvikandesymtom”. Självklart har även författarens bakgrund som psykologstudent påverkat hur materialet sammanställts i olika symtomkategorier.

Ytterligare en fördel med den tematiska analysen är att den gett en fingervisning om hur vanliga olika typer av problem är bland de ensamkommande barnen. Analysen visade att barnens diagnoser dåligt beskriver hur de faktiskt mår. Exempelvis hade 75 % av barnen symtom på nedstämdhet och 89 % hade uttalade sömnsvårigheter beskrivna i journalen. Enbart en femtedel hade dock någon depressionsdiagnos eller en diagnos som rör sömnrubbnings. Vidare berättade 45 % av barnen någon gång om huvudvärk eller yrsel men bara 11 % hade diagnosen spänningshuvudvärk.

## **Insatser som barnen får på Flyktingbarnteamet**

Flyktingbarnteamet hade ingen tydlig rutin kring nybesök under den period som barnen i urvalet kom till mottagningen. Såväl läkare, psykologer, sjuksköterskor och socionomer träffade barnen vid de första besöken och det fanns ingen yrkesgrupp som samtliga barn fick träffa under utredningsfasen. Många behandlare screenade för trauma och andra symtom med skattningsformulär som LITE och SDQ i ett tidigt skede men för 13 barn i urvalet fanns ingen notering om skattningsskalor alls i journalen. Dessutom framkom en individuell variation mellan olika behandlare. Man använde sig till exempel av olika intervju-tekniker och journalanteckningarna kunde skilja sig åt avseende detaljrikedom och språklig stil. På basis av journalmaterialet som sammanställts i denna studie går inte att värdera om något specifikt tillvägagångssätt ger en mer utförlig bild av barnets bakgrund och problemområden. Däremot ger materialet ett underlag för att diskutera om de insatser som ges på Flyktingbarnteamet motsvarar de ensamkommande barnens hjälpbehov.

En stor del patienterna på Flyktingbarnteamet har inte permanent uppehållstillstånd. Den kvalitativa analysen visade att frågor som rör barnets, eller anhöriga till barnets, asylprocess ofta ”överskuggade” andra problemområden. Även barn som visade tecken på PTSD och depression ville ofta först och främst ha hjälp med praktiska frågor som rörde vardagen i Sverige eller hjälp med sin juridiska process. Man

kan därför konstatera att det är av yttersta vikt att vårdpersonal som möter de ensamkommande barnen är kunniga om både traumabehandling och asylprocessen och lägger upp stöd och behandling utifrån barnets position i denna process. Sju av barnen i urvalet fick intyg skrivna till sin asylprocess. Det förekom också exempelvis att barn hänvisades till nätverket Ingen människa är illegal för juridisk rådgivning och till Röda Korset som kan hjälpa till när det gäller att eftersöka anhöriga.

Resultatet som framkom avseende de insatser barnen fick är självklart avhängigt hur insatserna definierades i studien. De konsultativa och samordnande insatserna var till exempel vanliga mycket på grund att de definierades brett. Alla ärenden där behandlaren ringt eller kontaktat någon i barnets nätverk angående en specifik fråga (ej enbart stämman av tider) inkluderades. Kontakterna kunde röra till exempel avstämningar kring tidigare vård, information till skola och familjehemsföräldrar eller praktiska saker som uthämtning av mediciner. Att 78 % av barnen fick samordnande insatser tyder ändå på att behandlarna på Flyktingbarnteamet är mycket aktiva när det gäller att aktivera eller samordna nätverken runt de ensamkommande barnen. Nämnas bör också att det i några journaler framkom information om att barn nekats vård de haft rätt till inom VG-regionen. Några av de samordnande insatserna rörde kontakter med vårdenheter som inte känt till att den juridiska skiljelinje mellan ”vård” och ”vård som inte kan anstå” som finns för vuxna asylsökande inte gäller barn. Detta indikerar att det finns ett behov av sådan typ av samordning.

Även de stödjande och psykosociala insatserna blev vanliga utifrån hur de definierades i studien. Dessa insatser kunde handla om till exempel stödsamtal, avslappningsövningar, sömnhygieniska råd och psykoedukation samt konkreta hjälpinsatser i barnens vardag som information om fritidsaktiviteter och hjälp med att ordna målvaktshandskar.

Då patientgruppen i så hög utsträckning är traumatiserad kan det framstå som anmärkningsvärt att en så låg andel av barnen erhöll traumafokuserad behandling. Studiens resultat innebär dock bara att 13 % av barnen hade notering om en namngiven terapeutisk metod i sin journal, inte att behandlarna arbetade traumafokuserat med 13 % av barnen.

De flesta traumafokuserade terapimetoder skiljer mellan en inledande stödjande eller stabiliserande fas och sen senare mer traumabearbetande fas (Herman, 1992). Traumabearbetande behandling innebär att man ”går in i traumat” och det kräver ett vist mått av psykisk stabilitet hos barnet. Barnet måste vara motiverat, ha impulskontroll och tåla affekter samt även ha en viss stabilitet i sin omgivning som boende och uppehållstillstånd (Kjolseth Braein & Johnsen, 2012). Som vi sett gäller detta för en ganska liten del av de barn som kommer till Flyktingbarnteamet.

Traumafokuserad KBT (TF-KBT) som praktiseras på Flyktingbarnteamet utgörs till exempel av en rad ”moduler” där man utgår från att psykoedukation och avslappningsövningar är nödvändiga moment innan man kan gå vidare med mer traumabearbetande insatser. Psykoedukation i TF-KBT kan till exempel gå ut på att lära patienten vad som sker i kroppen och hjärnan när man utsatts för skrämmande upplevelser och hur andra som utsatts för liknande händelser brukar reagera. Olika insatser som här definierats som ”stödjande” kan därför mycket väl vara tänkta som en del av en traumafokuserad behandling.

Ett syfte bakom etableringen av Flyktingbarnteamet var att Hälso- och sjukvårdskansliet ville motverka rundgång i de ensamkommande barnens vårdkontakter (personlig kommunikation, Ole Hultmann, 2014). Det är svårt utifrån journalmaterialet



att dra slutsatser om Flyktingbarnteamet bidrar till att motverka detta. Resultatet visade däremot att det förekommer okunskap om de ensamkommande barnens rättigheter i vården. Mycket av det som görs på Flyktingbarnteamet kan framstå som relativt ”enkla” insatser i form av stöd, information och praktisk hjälp. Utifrån vad som framkom om barnens traumaerfarenheter och hjälpbehov i denna studie så talar dock mycket för att de ensamkommande barnen är i stort behov av att få träffa välutbildade och erfarna behandlare med klinisk kompetens avseende inte minst traumabehandling, psykosocialt arbete, asylprocessen och kulturmöten i vården.

## **Begränsningar i studien**

Som nämndes ovan reglerar Patientdatalagen att en journal alltid ska innehålla information om samtliga åtgärder man vidtagit vid en sjukvårdsinrättning samt väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården (Arvill m.fl., 2010). Information i medicinska journaler är dock inte alltid insamlad eller återgiven på ett systematiskt vis och detta utgör en metodologisk begränsning som gäller även i denna studie.

Från början fanns en frågeställning i studien om hur barnen själva beskriver sitt hjälpbehov på Flyktingbarnteamet. Frågan blev dock svår att besvara med enbart journaldata. När man läser denna studie måste man komma ihåg att samtliga uppgifter helt och hållet utgår från det perspektiv som vårdpersonal och remitterter representerar.

## **Kliniska implikationer och framtida forskning**

De ensamkommande barnen inom vården i Västra Götalandsregionen är en svårt utsatt grupp med specifika behov. Några har ”traditionella” krigserfarenheter men de flesta har upplevt andra former av interpersonella trauman. Barnen uppvisar både psykiatriska och somatiska besvär som kan kopplas till deras tidigare upplevelser. Barnen är i behov av insatser på olika nivåer: från stöd, konsultation och samordning till juridisk och praktisk hjälp och traumabehandling.

När det gäller framtida forskning så vore det först och främst önskvärt att undersöka hur de ensamkommande barnen själva beskriver sitt hjälpbehov samt de insatser de fått på Flyktingbarnteamet. Det finns ett stort underskott av forskning där de ensamkommande barnen själva får komma till tals och berätta om sina erfarenheter (Wernesjö, 2012). Även studier som mäter behandlingsutfall samt studier som undersöker vårdpersonalens erfarenheter av att träffa patientgruppen skulle fylla ut viktiga kunskapsluckor.

Enligt tidigare forskning blir många flyktingar remitterade till psykiatrisk vård utan att förstå varför de blivit remitterade eller vad psykiatrisk vård på specialistnivå innebär (Jareg & Sveaass, 2007). I denna studie framkom att 13 barn i urvalet enbart besökte mottagningen vid ett tillfälle. Några barn sa att de mådde bra, några uttryckte skepsis angående att komma till Flyktingbarnteamet och några barn hade en ”talesperson” som förde deras talan. Det finns ett behov av att ytterligare undersöka denna relativt stora grupp barn som får få eller inga insatser. Förstår dessa barn varför de blivit remitterade? Anser de själva att de mår helt bra? Kommunicerar behandlaren på Flyktingbarnteamet vilken hjälp man kan erbjuda? Har dessa barn andra former av socialt stöd runt sig eller står de helt ensamma?

Ytterligare en intressant fråga är under vilka former ärendena på Flyktingbarnteamet avslutas. Är det behandlarna på Flyktingbarnteamet eller barnen själva som anser att det inte längre finns ett vårdbehov? Även uppföljningsstudier hade varit önskvärt. Var tar barnen vägen när kontakten avslutas och hur går det för dem på lång sikt?

Avslutningsvis kan återigen påpekas att journalföring i bästa fall fungerar som en styrmekanism för att inte behandlaren ska glömma ett visst perspektiv. Exempel på information som hade kunnat journalföras mer rutinemässigt på Flyktingbarnteamet var: salutogena faktorer, uppgifter om skolgång, tid som barnet varit på flykt samt information om barnets kontakt med sin ursprungsfamilj. När denna studie färdigställdes hösten 2014 uppmärksammades från VG-regionen, och från andra håll i världen, att det gått 25 år sedan FN:s generalförsamling antog konventionen om barnets rättigheter. Barnkonventionens Artikel 12 konstaterar att barn har rätt att uttrycka sin mening i alla frågor som rör det. Tolv procent av journalerna på Flyktingbarnteamet innehöll uttrycklig information om att barnet fått svara på frågan ”Vad vill du i första hand ha hjälp med?”. Ett riktat arbete mot att göra den andelen större skulle därför utan tvekan gå helt i linje med barnkonventionens intentioner.

## Referenser

- Almqvist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: Post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse and Neglect, 21*, 351-366.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Vol. 4:th edition). Washington, DC: APA.
- Arvill, E. S., Hjelm, Å., & Säaf, C. (2010). *Etik och juridik för psykologer och psykoterapeuter*. Lund: Studentlitteratur.
- Ascher, H. (2009). Ensamkommande flyktingbarn måste få stöd. *Läkartidningen, 106*, 1254-1255.
- Ayotte, W., & Williamson, L. (2001). *Separated children: An overview of the current situation*. London: Save The Children.
- Backe-Hansen, E. (2009). *Barn*. Hämtat 29 maj, 2014, från <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/>.
- Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A. B., & Spinhoven, P. (2006). Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33*, 342-355.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 288-297.
- Bernler, G., & Johnsson, L. (1988). *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101.

- Brendler-Lindqvist, M. (2004). *Att möta de ensamkommande barnen*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Broch, T. (2012). Ethiske og metodiske utfordringer i forskning rettet mot enslige flyktingbarn. I K. Eide (red), *Barn på flukt: Psykososialt arbeid med mindreårige flyktinger* (ss. 271-292). Oslo: Gyldendal.
- Burlingham, D., & Freud, A. (1943). *War and Children*. New York: New York Books.
- Carlson, B. E., Cacciatore, J., & Klimek, B. (2012). A risk and resilience perspective on unaccompanied refugee minors. *Social Work, 57*, 259-269.
- Chase, E., Knight, A., & Statham, J. (2008). *The emotional well-being of young persons seeking asylum in the UK*. London: British Association for Adoption and Fostering.
- Delin, M. (2014, oktober 16). Kommunerna tvingas ta emot fler flyktingbarn. *Dagens Nyheter, 4*.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health, 12*, 141-162.
- Dittmann, I., & Jensen, T. K. (2010). Enslige mindreårige flyktingers psykiske helse: En litteraturstudie. *Tidskrift for Norsk Psykologforening, 47*, 812-817.
- Ehnholt, K. A., & Yule, W. (2006). Practitioner review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 1197-1210.
- Eide, K. (2012a). Flyktingbarn i historien. I K. Eide (red), *Barn på flukt: Psykososialt arbeid med mindreårige flyktinger* (ss. 31-47). Oslo: Gyldendal.
- Eide, K. (2012b). Omsorg, utvikling og alderens betydning: En kunnskapsoversikt. I K. Eide (red), *Barn på flukt: Psykososialt arbeid med mindreårige flyktinger* (ss. 61-78). Oslo: Gyldendal.
- Goodman, J. H. (2004). Coping with trauma and hardship among unaccompanied refugee youths from Sudan. *Qualitative Health Research, 14*, 1177-1196.
- Göteborgs Kommun (2014). *Ensamkommande barn och ungdomar i Göteborg: 25 frågor och svar*. Hämtad den 11 augusti, 2014, från <http://goteborg.se/wps/wcm/connect/97103208-9f02-4a10-9c3d-bbed6ee1b512/Ensamkommande+barn+och+ungdomar+i+G%C3%B6teborg+-+25+fr%C3%A5gor+och+svar%2C+mars+2014.pdf?MOD=AJPERES>.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence, from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books
- Hubertus, A., & van Essen, J. (2004). In-between: Adolescent refugees in exile. I J. P. Wilson & B. Drozdek (red:er), *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims* (ss. 521-546). New York: Brunner- Routledge.
- Huemer, J., Karnik, N. S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, S., Dervic, K., Friedrich, M. H., & Steiner, H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 3*, 1-10.
- Hultmann, O. (2009). *Ensamkommande barn: Psykologiska perspektiv*. Examination för handledar- och lärarutbildning, steg 3-nivå. Hämtad 20 maj, 2014, från [http://www.grkom.se/download/18.617428bd117abc0da4880002233/oles\\_uppsats.pdf](http://www.grkom.se/download/18.617428bd117abc0da4880002233/oles_uppsats.pdf)
- Jareg, K., & Sveaass, N. (2007). *Nyttige spørsmål i tidlige møter med flyktinger henvist til behandling i det psykiatriske hjelpeapparat*. Nasjonalt kunnskapssenter om

- vold og traumatisk stress. Hämtad 15 februari, 2014, från <http://www.nkvts.no/tema/Sider/Nyttigesporstmalitidligemotermedflyktingerhenvisttilbehandlingidetpsykiatriskehjelpeapparat.aspx>.
- Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L., & Wilhelmsen, N. H. (2013). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 0*, 1-11.
- Kjølseth Braein, M., & Johnsen Christie, H. (2012). Terapi med enslige mindreårige flyktinger og asylsøkere. I K. Eide (red), *Barn på flukt: Psykososialt arbeid med mindreårige flyktinger* (ss. 271-291). Oslo: Gyldendal.
- Kohli, R. (2006). The sound of silence: Listening to what unaccompanied asylum-seeking children say and do not say. *British Journal of Social Work, 36*, 707–721.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetode i psykologi: Att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Lidén, H. (2012). Det vanskelige asylintervjuet. I K. Eide (red), *Barn på flukt: Psykososialt arbeid med mindreårige flyktinger* (ss. 118-143). Oslo: Gyldendal.
- Lundqvist, K. (2006). *Identitet okänd: Om socialt arbete på grupphemmen för barn som ensamma söker asyl i Finland*. Åbo: Åbo Universitet.
- Lustig, S. L., Kia-Keating, M., Knight, W. G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J. 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.
- Michelson, D. & Sclare, I. (2009). Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: A comparative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 14*, 273–296.
- Migrationsverket (2013). *Inkomna ansökningar om asyl, helåret 2012*. Hämtad 5 maj, 2014, från <http://www.migrationsverket.se/download/18.5e83388f141c129ba63128c0/1381926423391/Inkomna+ans%C3%B6kningar+om+asyl+2012+-+Applications+for+asylum+received+2012.pdf>.
- Migrationsverket (2014). *Fakta om ärendes gång*. Hämtad 10 april, 2014 från <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Fakta-och-statistik/Fakta-om-migration/Fakta-om-ett-arendes-gang.html>.
- Oppedal, B., Seglem, K. B., & Jensen, L. (2009). *Avhengig og selvstendig: Enslige mindreårige flyktingers stemmer i tall og tale*. Rapport 11. Oslo: Folkhelseinstituttet.
- Rousseau, C., Said, T. M., Gagne M. J., & Bibeau, G. (1998). Resilience in unaccompanied minors from the north of Somalia. *Psychoanalytic Review, 85*, 615-637.
- Sourander, A. (1998). Behaviour problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse and Neglect, 22*, 719–727.
- Stretmo, L., & Melander, C. (2013). *Får jag vara med? Erfarenheter från ensamkommande barn och ungdomar i Göteborgsregionen och arbetet med denna grupp*. Göteborg: FoU i Väst.
- Thomas, S. L., & Byford, S. (2003). Research with unaccompanied children seeking asylum. *British Medical Journal, 327*, 1400–1402.

- Thomas, S., Thomas, S. Nafees, B., & Bhugra, D. (2003). 'I was running away from death': The pre-flight experiences of unaccompanied asylum seeking children in the UK. *Child: Care, Health and Development*, 30, 113–122.
- UNHCR (2014). *Global Trends 2013*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR (1994). *Refugee children: Guidelines on protection and care*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- Vervliet, M., Meyer Demott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., & Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 33-37.
- Wernesjö, U. (2012). Unaccompanied asylum-seeking children: Whose perspective? *Childhood*, 19, 495-507.
- Wiese, E. B. P., & Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44, 596-613.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Yule, W., & Williams, R. (1990). Post-traumatic stress reactions in children, *Journal of Traumatic Stress*, 3, 279-295.