

Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom

– trauma, kultur, asylprocess

*Rapport från den nationella samordnaren för barn i
asylprocessen med uppgivenhetssymtom*

Stockholm 2006



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2006:49

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-690 91 91
Ordertel: 08-690 91 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen, 2003.
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som skall svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2006

ISBN 91-38-22572-7
ISSN 0375-250X

Till migrationsminister Barbro Holmberg

Den 2 september 2004 tillkallade regeringen en nationell samordnare för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom. Samordnarens uppdrag enligt direktiv 2004:115 kan sammanfattas i tre delar. Samordnaren ska

- kartlägga och analysera förekomsten av asylsökande barn med svåra stressreaktioner som uppgivenhet, avskärmning och regression. Även internationella erfarenheter ska beaktas,
- tillsammans med berörda myndigheter utveckla metoder för att upptäcka och möta barn i riskzonen och genom förebyggande insatser förhindra att barn utvecklar svåra stressreaktioner,
- i samspel med berörda myndigheter stimulera till utveckling av samarbetsformer och främja utbyte av kunskap och erfarenheter.

Uppdraget ska rapporteras kontinuerligt till regeringen. Senast den 31 december 2006, då uppdraget ska vara slutfört, ska samordnaren lämna en slutrapport.

Vi presenterar här den tredje delrapporten i en serie rapporter inom det nationella samordningsuppdraget. Rapporten är en fortsättnings- och fördjupningsstudie efter de tidigare två delrapporterna (rapport 2005:1; Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom, kunskapsöversikt och kartläggning, samt rapport 2005:2 som är en uppdaterad version av den första rapporten).

Studien har genomförts av docent Nader Ahmadi. En forskningsgrupp bestående av fil.dr, leg. psykolog Kjerstin Almqvist, leg. psykolog Andreas Tunström, statsvetare Merrick Tabor och fil.dr, sociolog Maria Appelqvist bildades i början av fördjupningsstudien. Forskningsteamets uppgift var att bidra med idéer, medverka i delar av datainsamlingen samt kommentera resultat och analys.

Till studien har också en referensgrupp knutits med uppgiften att på avstånd och objektivt kommentera resultatet och analysen.

Denna grupp har bestått av Jan-Paul Brekke, sociolog och migrationsforskare vid Institutet för samfunnsforskning i Norge, Bruno Hägglöf, professor i barnpsykiatri vid Umeå Universitet, Karin Aronsson, professor vid Tema Barn, Linköpings Universitet samt Henrik Pelling, barnpsykiater och överläkare vid barn- och ungdomspsykiatri i Uppsala. Samordningsuppdragets sekreterare Anna Mannikoff har bidragit till studiens genomförande. Utredningsassistent Marit Dozzi har varit ansvarig för produktion av heloriginal till denna rapport.

Socialstyrelsen redovisade i oktober 2005 regeringsuppdraget att utforma rekommendationer när det gäller tidiga insatser, vård och behandling av barn med uppgivenhetssymtom. Socialstyrelsen gav samtidigt ut ett Meddelandeblad där bl.a. det förebyggande arbetet och behovet av samordnade insatser på övergripande nivå och i individfokuserade nätverk fokuserades.

Under året som gått har vi inom det nationella samordningsuppdraget i direkt samverkan med berörda myndigheter fortsatt arbetet med att utveckla metoder för tidig upptäckt av asylsökande barn i riskzonen för att utveckla psykisk ohälsa med i värsta fall uppgivenhetssymtom. I oktober 2005 presenterades "Skolan är det bästa jag har", en informationsskrift som belyser de asylsökande barnens situation och skolans betydelse för att i ett tidigt skede kunna främja barns hälsa och förebygga uppgivenhet och apati. Skriften har skickats till landets alla kommuner.

En väl fungerande samverkan i nätverk med alla de goda krafter som finns kring asylsökande barn är av stor betydelse för att kunna möta barnens och familjernas behov på bästa sätt. Samverkan behövs också för att förebygga att barn insjuknar. Under året har vi, i direkt samverkan med berörda myndigheter runt om i landet, deltagit i och initierat seminarier till stöd för detta viktiga arbete.

Det är vår förhoppning att den föreliggande rapporten, som bygger på ett mycket omfattande och rikt empiriskt material, ska bidra till att öka kunskapen och kasta ytterligare ljus över ett mycket allvarligt, mångfasetterat och synnerligen komplicerat fenomen; asylsökande barn med uppgivenhetssymtom i Sverige.

Stockholm i april 2006

Marie Hessle
Nationell samordnare

Tack

Flera personer har gjort denna studie möjlig. Personal vid landets alla BUP-verksamheter har kontinuerligt rapporterat till oss om asylsökande barn med uppgivenhetsymtom. En del har vidare bidragit till genomförandet av intervjuundersökningen antingen genom att själva ha deltagit i gruppintervjuerna eller förmedlat kontakter mellan oss och de familjer som också intervjuades. Vi riktar här ett stort och varmt tack till er alla.

Tack också alla ni, vårdpersonal inom den barnmedicinska vården, offentliga biträden, handläggare på Migrationsverket, för att ni ställde upp i denna studie med er erfarenhet och kunskap. Vi riktar också ett stort tack till de invandrarföreningar som bidragit med sin erfarenhet och förtroghetskunskap.

Många personer i utlandet, barnexperter, representanter för frivilliga organisationer och FN-organ samt företrädare för ministerier i Azerbajdzjan, Kirgizistan, Kazakstan, Serbien-Montenegro och provinsen Kosovo har delat med sig av sin kunskap och erfarenhet när det gäller barns villkor och utsatthet i sina länder/regioner. Stort tack till er. Tack också till personal vid svenska ambassader och konsulat i dessa länder vilka förmedlat nödvändiga kontakter samt underlättat vårt arbete.

Stort tack ska också riktas till forskarteamet, Kjerstin Almqvist, Andreas Tunström, Maria Appelqvist och Merrick Tabor samt till referensgruppen Jan-Paul Brekke, Bruno Häggelöf, Karin Aronsson och Henrik Pelling som med sitt kunnande bidragit till denna rapport. Alla eventuella brister och tillkortakommanden i rapporten är dock mina. Anna Mannikoff och Marit Dozzi har varit oumbärliga i arbetet med denna rapport. Tack ska ni ha.

Slutligen riktar vi ett stort tack till de barn och föräldrar som ställt upp och berättat om upplevelser och livserfarenheter som många gånger varit smärtsamma.

Stockholm i april 2006

Nader Ahmadi
Forskningsledare, docent

Innehåll

Sammanfattning	11
Inledning	13
Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – lägesbeskrivning ett år efter den första kartläggningen ...	15
Uppdaterad kartläggning	17
Kunskapsläget	24
Asylprocess	24
Kultur	25
Manipulation och misshandel	26
Metod	27
Etiska aspekter	31
Granskning av forskningens design och resultat	31
Delstudie 1 – De aktuella ländernas/regionernas politiska och sociala kontexter	33
Tillvägagångssätt för studierna av kontexter	33
Azerbajdzjan	34
Landet i korthet	34
Intervjuerna	35
Sociala problem	35
Kulturen	36
Om barnens hälsa/ohälsa i allmänhet	37
Om uppgivenhetssymtom	37
Serbien	38
Intervjuerna	38

Sociala problem	38
Kulturen.....	39
Om barnens hälsa/ohälsa i allmänhet	39
Om diskriminering i samhället.....	39
Om uppgivenhetssymtom.....	40
Kosovo	40
Regionen i korthet	40
Intervjuerna	41
Sociala problem	41
Kulturen.....	42
Om barnens hälsa/ohälsa i allmänhet	42
Om diskriminering	43
Om uppgivenhetssymtom.....	43
Kirgizistan	43
Landet i korthet	43
Intervjuerna	44
Sociala problem	44
Kulturen.....	45
Om barns hälsa/ohälsa i allmänhet	46
Om diskriminering	46
Om uppgivenhetssymtom.....	47
Kazakstan	48
Landet i korthet	48
Intervjuerna	49
Sociala problem	49
Om barns hälsa/ohälsa i allmänhet	49
Om diskriminering	49
Om uppgivenhetssymtom.....	50
Slutsatser	50
Delstudie 2 – Komparativ studie av asylprocessen i tre nordiska länder	53
Den svenska asylpolitikens ambivalens.....	53
En jämförelse mellan asylprocessen i tre nordiska länder.....	56
Ankomsten.....	56
Asylskäl	56
Asylprocessen.....	58

Ländernas specifika betoningar	61
Slutsatser.....	63
Delstudie 3 – Barnens/familjernas upplevelser av och samhällets syn på problemet	65
Tillvägagångssätt för intervjuerna med familjer	65
Intervju med familjerna.....	68
Beskrivning av familjernas sammansättning	70
Orsaken till flykten	70
Resan till Sverige.....	71
Barnens tillstånd i hemlandet och i Sverige före avslagsbeslut	72
Övriga familjemedlemmars hälsa.....	76
Vård och stöd.....	77
Övriga omständigheter	78
Efter Migrationsverkets beslut	78
Intervju med invandrarföreningar	80
Kommentarer	81
Intervju med vårdpersonal.....	82
Insjuknandet	83
Föräldrarna.....	83
Vården	85
Kommentarer	86
Intervju med offentliga biträden och med Migrationsverket	87
Offentliga biträden.....	87
Handläggare på Migrationsverket	89
Kommentarer	90
Diskussion	93
Trauma	93
Kultur.....	95
Asylprocessen i Sverige.....	97
Manipulation och misshandel.....	98

Slutord.....	99
Referenslista	103
Bilagor	
Bilaga 1. Instrument för att mäta funktionsnedsättningar hos asylsökande barn med uppgivenhetssymtom	107
Bilaga 2. Enkät för månatlig uppföljning	109
Bilaga 3. Enkät för den nya kartläggningen	113
Bilaga 4. Intervjuguide familjerna.....	117
Bilaga 5. Intervju med familjerna.....	119

Sammanfattning

Denna fördjupningsstudie består av tre delar. I den första delen studeras de länders/regioners politiska och sociala kontexter från vilka en absolut majoritet av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom kommit de senaste åren. Del två handlar om en komparativ studie av asylprocessen i Sverige, Norge och Danmark. Delstudie tre har slutligen studerat barnens/familjernas upplevelser av och samhällets syn på problemet.

Vetenskapen kan fortfarande inte förklara varför fenomenet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom uppstod i Sverige i början av 2000-talet och sedan utvecklades till ett epidemilikhande tillstånd i den aktuella gruppen fram till år 2005.

Den nya uppdaterade kartläggningen som ingår i studien visar en klar tendens till minskning av fall av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom.

I början av mars 2006 var 65 asylsökande barn med uppgivenhetssymtom under behandling vid landets barn- och ungdomspsykiatriska enheter. Vid samma tidpunkt var ytterligare 82 barn, som tidigare varit asylsökande och som numera beviljats uppehållstillstånd, också aktuella. En uppföljning i april 2006 visar att denna siffra på knappt en månad har sjunkit till 59 (cirka 28 % minskning).

Barnens tillfrisknande inträffar nästan alltid efter ett beviljat uppehållstillstånd.

En majoritet av de asylsökande barn som fortfarande är aktuella kommer från det tidigare Sovjetunionen och före detta Jugoslavien. Drygt 58 % av barnen är mellan 8–15 år gamla, cirka 8 % är under 8 år och nästan 11 % är över 16 år. Cirka 69 % av barnen lever tillsammans med båda sina föräldrar och i cirka 27 % av fallen är det ensamma mödrar som flyttat hit med sina barn.

Studien har inte funnit något samband mellan händelseutvecklingen eller kulturen i de länder/regioner vars medborgare är överrepresenterade i statistiken och förekomsten av uppgivenhets-

symtom bland asylsökande barn från dessa länder/regioner. Det har inte heller kommit fram någon information om att ett uppgivenhetsbeteende ha observerats bland utsatta barn i dessa länder, varken i krigstid eller under tiden efter eller bland interna flyktingar i flyktinglägren.

Jämförelse mellan asylprocessen i tre nordiska länder visar att Sverige på intet sätt har hårdare eller restriktivare asylpolitik än de andra nordiska länderna; att det egentligen inte tar avsevärt längre tid i Sverige att fatta ett beslut i normala asylärenden; att väntetiden i asylärenden kan vara längre i Sverige på grund av bl.a. landets mer flexibla regler för nyansökan; att andra omständigheter t.ex. avsaknad av passhandlingar (91 % av ärenden) och av den tid som behövs för att förvandla ett avslagsbeslut till ett bifall som gör väntetiden lång.

Studien har inte kunnat finna något belägg för att trauma (förutom möjligen i enstaka fall) skulle vara förklaring till de asylsökande barnens uppgivenhetstillstånd i Sverige.

Kulturen i barnens hemländer kan betecknas som holistisk där föreställningen är dominerande att man måste offra sitt liv, sin lycka och sina intressen för dem inom familjen och där barn sedan tidig ålder socialiseras in i föreställningen om att de först och främst tillhör familjen och sedan sig själva. Kultur kan dock förklara vissa beteenden eller förhållningssätt hos enskilda personer men aldrig vara en ensam förklaring till ett socialt fenomen som asylsökande barn som visar uppgivenhetssymtom.

Det finns inga generella förklaringar till fenomenets uppkomst. Följande omständigheter kan dock var för sig eller i kombination förklara enskilda fall av barn med uppgivenhetssymtom: asylprocessen och Sveriges tvetydiga hållning i hanteringen av avslagsbeslut i asylärenden; enskilda traumatiserande eller stressande händelser i hemlandet, i andra asylländer och i Sverige; barnets tidigare psykiska hälsotillstånd; föräldrarnas omsorgsförmåga samt; kulturella tänkesätt och beteenden. Problemet är komplicerat vilket kräver en multifaktoriell förklaringsmodell.

Inledning

Tiden för denna studie har varit drygt ett halvt år (första veckan i juni 2005 samt under perioden september 2005–mars 2006). Studien har bestått av tre olika delstudier som sammantagna utgör grunden för slutsatserna.

Mycket har hänt sedan vår första rapport och dess uppdatering som kom ut i april respektive juni 2005 (Rapport 2005:1 och 2005:2). Bland de viktigaste händelserna kan man nämna regeringens uppdrag till Socialstyrelsen den 7 juli 2005 att utforma rekommendationer när det gäller tidiga insatser, vård och behandling av barn med uppgivenhetssymtom och Socialstyrelsens redovisning till regeringen (samt Meddelandeblad) i oktober 2005. Samtidigt den 7 juli 2005 fattade regeringen ett vägledande beslut i ett enskilt ärende med en uzbekisk pojke som visade uppgivenhetssymtom. Beslutet, som var positivt i frågan om uppehållstillstånd, slog bl.a. fast att större hänsyn ska tas till hur barn påverkas av en avvisning. Den tillfälliga lagen som Riksdagen beslutade om och som trädde i kraft den 15 november 2005 och gällde till den 31 mars 2006 har gjort det möjligt för bl.a. barnfamiljer att få en ny prövning av sitt asylärende. Under samma tid har polisen inlett förundersökningar angående några misstänkta fall av misshandel/förgiftning av asylsökande barn i syfte att visa uppgivenhetssymtom. Samtidigt har diskussionerna fortsatt såväl medialt som inom facktidningar och bland experterna. Emellertid kan man konstatera att det inte kommit fram några större vetenskapliga rön som kan förklara fenomenets uppkomst, dess explosionsartade spridning, vissa grupperns överrepresentation samt problemets samband med negativa/positiva beslut om uppehållstillstånd. Förvisso har dock en del artiklar publicerats som kastar nytt ljus över delar av problematiken vilket kommer att diskuteras i ett senare avsnitt.

Min egen förförståelse, efter att ha studerat vidden av problematiken i den första rapporten (a.a.), har varit att det bör finnas flera olika förklaringar till problemet och att det inte skulle vara möjligt

att finna ett enda svar eller en förklaringsmodell som skulle kunna tillämpas på problematiken.

I denna rapport kommer först en ny lägesbeskrivning innehållande en ny uppdaterad statistik avseende antalet aktuella barn och deras tillstånd att presenteras samt en kort översikt över det aktuella kunskapsläget. Därefter redogörs för den forskningsmetod som har tillämpats i studien. Studiens empiri redovisas i tre kapitel vilka står för studiens tre oberoende delstudier. I det avslutande kapitlet presenteras en diskussion och en analys av såväl teorierna som empirin.

Asylsökande barn med uppgivenhets- symtom – lägesbeskrivning ett år efter den första kartläggningen

Innan vi går in på en fördjupad diskussion i syfte att försöka förklara problemet är det på sin plats att ge en uppdaterad lägesbeskrivning.

Utifrån den symtombild (bilaga 1) som framställdes inom vårt forskarlag skapades en enkät som låg till grund för den första totala kartläggningen om förekomsten av barn med uppgivenhetssymtom i Sverige. Den uppdaterade rapporten (Rapport 2005:2) visade att sedan 1 januari 2003 till den 30 april 2005 hade 424 fall av barn med uppgivenhetssymtom registrerats i Sverige. Av dessa var 178 barn fortfarande under behandling vid tidpunkten för rapportens publicering. Vidare kunde man konstatera att antalet rapporterade fall av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom ständigt hade ökat från 1 barn under år 2000 till 15 barn under 2001, 65 barn 2002, 143 barn 2003, 182 barn 2004. Under den period studien avsåg (2003-2004) hade en stor koncentration av fallen i stockholmsregionen (153 fall) konstaterats. En absolut majoritet av barnen var mellan 8 och 15 år gamla (cirka 80 %). Det framkom också att nästan 85 % av barnen för vilka uppgifter om ursprungsland fanns kom från det tidigare Sovjetunionen och före detta Jugoslavien. Vidare visade rapporten att nästan 28 % av barnen hade fått uppehållstillstånd.

Under det andra halvåret 2005 följde vi upp utvecklingen av situationen för asylsökande barn med uppgivenhetssymtom genom en enkätundersökning. Syftet var att med hjälp av uppdaterade data om antalet nya fall undersöka eventuella förändringar i utvecklingen av situationen.

Efter en genomgång av statistiken i vår tidigare rapport (Rapport 2005:2) kunde vi konstatera att barn- och ungdomspsykiatriska enheter i sex län hade haft fem procent eller mer av de 424 fallen av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. Norrbotten, Skåne, Stockholm, Värmland, Västra Götaland och Örebro valdes då för en uppföljning. I nästa steg valdes de enheter i vart och ett av dessa sex län där det största antalet asylsökande barn med uppgivenhets-

symtom hade förekommit. Fjorton enheter inom barn- och ungdomspsykiatrin valdes på detta sätt. Efter överenskommelse med dessa enheter fick de svara på en mindre enkät (bilaga 2) i slutet av varje månad under perioden juli–december 2005. Tabellen nedan visar resultatet av denna uppföljning. Kursiverade siffror visar det totala antalet fall i varje län vilka sedan bryts ner i antal fall i varje enhet inom länet.

Tabell 1 Månatlig uppföljning av antal aktuella barn under juli–december 2005 i de utvalda länen

Län/Enhet	Antal Juli	Antal Aug	Antal Sep	Antal Okt	Antal Nov	Antal Dec
Norrbottnen	4	3	5	5	5	3
Boden/Luleå	1	1	2	2	2	2
Gällivare	3	2	3	3	3	1
Skåne	14	15	13	0	0	1
Malmö	13	15	13	0	0	1
Lund	1	0	-	-	-	-
Stockholm	28	27	26	26	23	22
Järva	20	20	19	19	19	19
Flyktingenheten	1	-	2	2	2	1
Botkyrka	7	7	5	5	2	2
Värmland	5	6	5	5	3	3
Karlstad	5	6	5	5	3	3
Västra Götaland	11	19	4	13	4	12
Vänersborg mm	5	13	-	12	3	10
Göteborg	6	6	4	1	1	2
Örebro	7	10	4	8	7	6
Hallsberg	0	0	0	-	-	-
Ringen	2	2	2	2	2	2
Lindesberg	3	6	-	4	4	4
Karlskoga	2	2	2	2	1	-

Tabellen ovan visar att det finns en tendens till minskning av fall i de enheter som tidigare hade redovisat en högre frekvens av fall. Om man jämför förekomsten av fall i början och slutet av undersökningsperioden, det vill säga siffrorna från slutet av juli och de från slutet av december 2005, kan man konstatera att förekomsten av fall har sjunkit med drygt 30 %. Tabellen nedan visar det totala antalet ”nya” fall i de sex undersökta länen under perioden juli–

december 2005. Kolumnen längst till höger visar att många av dessa ”nya” fall egentligen inte är nya utan omfattar barn som hade flyttat till annat län och därmed registrerats hos en ”ny” barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning. Det bör påpekas att det kan finnas ett mörkertal beträffande de nya fallen eftersom uppgifter om tidigare kontakter med andra barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar i andra län inte alltid kommer fram.

Tabell 2 Antal nya fall under andra halvåret 2005 i de utvalda länen

Månad	Totalt antal nya fall	Varav flyttat från annat län
Juli	5	2
Augusti	7	2
September	2	1
Oktober	3	0
November	1	1
December	1	1
Totalt	19	7

Som framgår av tabellen ovan har ca 37 % av de nya fallen under andra halvåret 2005 varit ”gamla” fall som på grund av familjernas flytt till andra län registrerats på nytt. Samtidigt visar siffrorna att inga nya fall har förekommit vid de undersökta enheterna under de två sista månader förra året.

Uppdaterad kartläggning

Inför sammanställningen av den här rapporten och i syfte att tillhandahålla en mera komplett bild över problematiken genomfördes en ny landsomfattande kartläggning av förekomsten samt en uppföljning av situationen för de asylsökande barn som vid tidpunkten för denna kartläggning fortfarande var aktuella inom barn- och ungdomspsykiatrin. Som i den förra nationella kartläggningen riktade vi oss till verksamhetschefer inom barn- och ungdomspsykiatrin inom landets alla län och regioner med uppmaningen att de skulle vidarebefordra enkäten till alla enheter som de ansvarade för. Vi använde oss av samma frågeformulär som vi hade i den förra kartläggningen, men av tidsskäl begränsade vi antalet frågor till 11 i den nya enkäten (bilaga 3). Kartläggningen genomfördes under

mars 2006. Tabellen nedan visar prevalensen av fall i olika enheter och län.

Tabell 3 Spridning av fall över landet

Län/enhet	Antal aktuella asylsökande barn med uppgivenhets- symtom	Andel	Barnet blev aktuellt
Blekinge	0	0 %	
Karlskrona (BUP Öst)	0		
Dalarna	1	1,5 %	
Avesta	1		Juli 2004
Gotland	0	0 %	
Visby	0		
Gävleborg	3	4,6 %	
Bollnäs	0		
Gävle	0		
Hudiksvall	0		
Sandviken	2		
Söderhamn	1		September 2004 (uppgivenhetssymtom sedan juni/juli 2005)
Halland	5	7,7 %	September 2004, juli 2004, och två fall i maj 2005. Info om ett fall saknas helt.
Jämtland	1	1,5 %	
Östersund	1		Februari 2005
Jönköpings län	1	1,5 %	
Eksjö/Nässjö	1		April 2005
Jönköpings sjukvårdsdistrikt	0		
Värnamo	0		
Kalmar	0	0 %	
Kronoberg	2	3,1 %	
Växjö/Ljungby	2		Februari 2006
Norrbottnen	2	3,1 %	
Boden	1		Februari 2006 (uppgivenhetssymtom sedan november 2005)
Gällivare	0		
Kalix	0		
Piteå	1		2001 (uppgivenhetssymtom sedan maj/juni 2005)

Skåne	1	1,5 %	
Helsingborg	0		
Lund	0		
Malmö, Akut avd.	0		
Malmö	1		September 2004
Trelleborg	0		
Stockholm	10	15,4 %	
Botkyrka	2		April 2005 och januari 2005
BUP Brommaplan	0		
Flyktenheten	0		
Handen	0		
Järva	3		Mars 2005, juni 2005 (uppgivenhetssymtom sedan september/oktober 2005), september 2005
Skärholmen	2		
Södertälje	3		Januari 2004, maj 2003
Södermanland	9	13,8 %	
Eskilstuna	9		
Katrineholm	0		
Nyköping	0		
Uppsala	0	0 %	
Värmland	1	1,5 %	
Centralsjukhuset	1		Februari 2005
Karlstad			
Västerbotten	3	4,6 %	
Lycksele	0		
Skellefteå	2		April 2005, augusti 2005
Umeå	1		
Västernorrland	7	10,8 %	
Kramfors	0		
Sollefteå	0		
Sundsvall	7		Mars 2005, december 2002, november 2003 (uppgivenhetssymtom sedan maj 2005), oktober 2003 (uppgivenhetssymtom sedan maj 2005), augusti 2003 (uppgivenhetssymtom sedan juni 2005), september 2003 (uppgivenhetssymtom sedan september 2005), mars 2005 (uppgivenhetssymtom sedan september 2005)

Örnsköldsvik	0		
Örnsköldsvik (Hälso- och sjukvårdscentralen)	0		
Västmanland	3	4,6 %	Oktober 2003 December 2002 (uppgivenhetssymtom sedan juli 2005), augusti 2003 (uppgivenhetssymtom sedan februari/mars 2005)
Västra Götalandsregionen	14	21,5 %	
Alingsås	0		
Borås asylmottagning	6		Mars 2005, december 2005, december 2004 (uppgivenhetssymtom sedan hösten 2005), april 2005 (uppgivenhetssymtom sedan sommaren 04), juli 2004, april 2005
Borås BUP Solhem	0		
Borås Elinsdal	0		
BUP Gamlestaden	2		Maj 2005, september 2004
Lidköping	1		Mars 2005
Skaraborgs sjukhus	5		Januari 2006, december 2003, juli 2005, september 2005, november 2005
Skövde, slutenvård avd. 17	0		
Örebro	1	1,5 %	
BUP-mot i Karlskoga	-		
Hallsberg	0		
Lindesberg	1		September 2005
Örebro, Ringen	0		
Östergötland	1	1,5 %	
Centrala Östergötland	0		
Mjölby	0		
Motala	0		
Norrköping	1		2002- (uppgivenhetssymtom sedan juni 2005)
Totalt:	65	99,7 %	

Enligt tabell 3 ovan var det 65 asylsökande barn med uppgivenhetssymtom som fortfarande var under behandling vid tillfället för enkätundersökningen (början av mars 2006). Vid samma tidpunkt

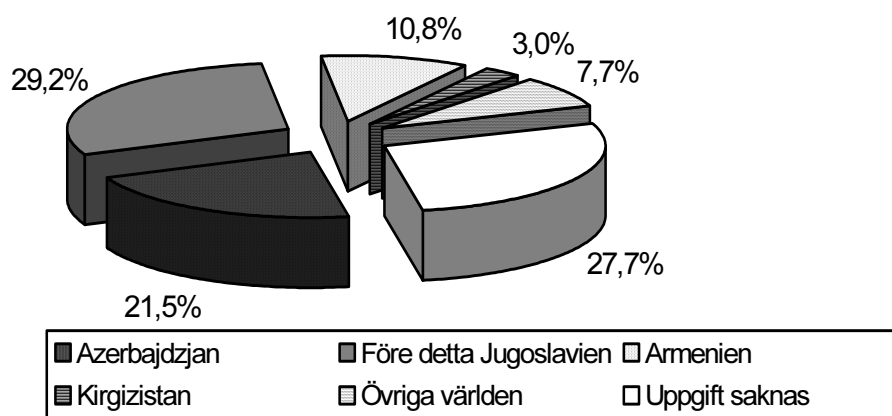
visade enkätundersökningen att ytterligare 82 barn, som tidigare varit asylsökande och som numera beviljats uppehållstillstånd, var aktuella inom landets barn- och ungdomspsykiatriska enheter. Vid en uppföljning av statistik över antalet aktuella barn med uppgivenhetssymtom vilka har beviljats uppehållstillstånd (genomfört i mitten av april 2006) framkom att ytterligare 23 barn hade tillfrisknat helt eller lämnat uppgivenhetstillståndet. Därmed har antalet aktuella barn med uppehållstillstånd sjunkit från 82 till 59 (cirka 28 %) under en månad. Dessutom framgår av Tabell 3 att under det senaste kvartalet har endast 5 nya fall registrerats hos landets BUP-mottagningar. Dessa sjunkande siffror kan tyda på att de flesta barn med uppgivenhetssymtom förhoppningsvis är på väg att återgå till ett normalt liv.

Beträffande de 65 barn som fortfarande var aktuella hos barn- och ungdomspsykiatrien vid tillfället för vår studie lämnades tyvärr inte detaljerade uppgifter in om alla i gruppen. Uppgifterna nedan bygger därför på de 47 enkäter som lämnades in innehållande detaljuppgifter om barnen. I de resterande 18 fallen fick vi information om antalet aktuella fall samt en del kompletterande uppgifter men inga fullständigt detaljerade svar. Tabell 4 nedan visar att ingen större förändring har inträffat beträffande de aktuella barnens ursprungsland – förutom att andelen aktuella barn från Centralasien minskat kraftigt.

Tabell 4 Ursprungsland

Medborgarskap	Antal	Andel
Azerbajdzjan	14	21,5 %
Före detta Jugoslavien	19	29,2 %
Armenien	7	10,8 %
Kirgizistan	2	3 %
Övriga världen	5	7,7 %
Uppgift saknas	18	27,7 %
Totalt	65	99,9 %

Figur 1 Ursprungsland



Beträffande de aktuella barnens kön och ålder kan man konstatera att bland de barn för vilka uppgifter inlämnats har fler äldre barn varit aktuella samt att andelen flickor har ökat.

Tabell 5 Barnens ålder

Ålder när barnet blev aktuellt hos BUP	Antal	Andel
0–3	0	0 %
4–7	5	7,7 %
8–12	19	29,2 %
13–15	19	29,2 %
16–20	7	10,8 %
Uppgift saknas	15	23 %
Totalt	65	99,9 %

Tabell 6 Barnens kön

Kön	Antal	Andel
F	32	49,2 %
P	17	26,1 %
Uppgift saknas	16	24,6 %
Totalt	65	99,9 %

Enligt tabell 7 nedan lever en majoritet av barnen (cirka 69 %) tillsammans med båda sina föräldrar. I en ganska stor andel av fallen (cirka 27 %) är det ensamma mödrar som kommit hit med sina barn.

Tabell 7 Familjesammansättning

Lever med	Antal	Andel
Mamma	13	20 %
Pappa	1	1,5 %
Båda	33	50,8 %
Ensam	1	1,5 %
Uppgift saknas	17	26,1 %
Totalt	65	99,9 %

Tabell 8 nedan illustrerar förekomsten av uppgivenhetssymtom av olika grad hos de asylsökande barnen. Symtomen behöver inte nödvändigtvis ha följt någon kronologisk ordning eller förekommit samtidigt,

Tabell 8 Grad av funktionsnedsättning

Funktionsnedsättning enligt symtombilden ¹	Antal barn	Andel
Endast symtom på nivå grad I*	15	23 %
Ett symtom på nivå grad II, för övrigt någon/några symtom på nivå grad I**	5	7,7 %
Två symtom på nivå grad II, för övrigt någon/några symtom på nivå grad I**	10	15,4 %
Tre symtom på nivå grad II, för övrigt någon/några symtom på nivå grad I**	2	3 %
Fyra symtom på nivå grad II, för övrigt någon/några symtom på nivå grad I**	10	15,4 %
Endast symtom på nivå grad II*	7	10,8 %
Uppgift saknas	16	24,6 %
Totalt	65	99,9 %

*någon/några/alla symtom, separat, under olika perioder och/eller samtidigt och i kombination.

** separat, under olika perioder och/eller några samtidigt och i kombination.

Tabellen visar att bland de asylsökande barn som för närvarande är aktuella har nästan var fjärde barn visar/visat någon/några/alla symtom på nivå grad I på vår funktionsnedsättningskala. Drygt 10 % visar/visat endast symtom på grad II.

¹ Se bilaga 1.

Kunskapsläget

Sedan vår första rapport publicerades i april 2005 (Rapport 2005:1) har diskussionerna kring situationen för asylsökande barn som visar uppgivenhetssymtom fortsatt att pågå. Olika förklaringar till problemet och olika förslag för att lösa problemet har lagts fram.

I vår första rapport framkom att det inte har funnits några vedertagna och internationellt erkända teorier som tillhandahöll någon vetenskapligt grundad förklaring till problemet. Samtidigt redogjordes i vår rapport för de dittills kända internationella och nationella rapporter som hade behandlat närliggande eller liknande fall. I en del av dessa rapporter påstods att trauma och stress var de viktigaste bakomliggande faktorerna för barnens uppgivenhetstillstånd (bl.a. Sundelin och Lindberg 2005). En del andra (Bodegård 2004) lyfte också fram hopplöshet och hjälplöshet till följd av en långdragen asylprocess samt kulturella beteenden (kvävande moderskap) som förklaringar till problemet. Dessa och en del andra svenska författare som uppmärksammat frågan hade huvudsakligen utgått från teorier om Pervasive Refusal Syndrome (Lask et al 1991) och inlärld hjälplöshet (Nunn & Thompsons 1996). De senare teorierna handlade dock om en annan patientgrupp (huvudsakligen flickor tillhörande majoritetsbefolkningen) som hade helt andra problem (ofta sexuella övergrepp i hemmet) och uppvisade ett annat beteende (aktiv vägran att ta emot hjälp samt motstånd mot sina familjer). En av de mest verksamma behandlingarna i de flesta fall som beskrivits i de internationella rapporterna har varit ett omhändertagande av barnen.

I följande avsnitt kommer vi att i korthet presentera några av de nya perspektiv som tillkommit sedan den första rapporten.

Asylprocess

En förklaringsmodell som lades fram under senare delen av 2005 tillhör Lars Joelsson och Karin Dahlin (2005). Författarna menar att det är asylprocessen och ett negativt beslut om uppehållstillstånd som kan betraktas som grogrunden för uppgivenhetstillståndet hos asylsökande barn. Samtidigt ifrågasätter författarna hypoteser om trauma eller familjepatologi som grundläggande orsak till barnens tillstånd. Författarna studerade 124 barn varav 15 med uppgivenhetssymtom (11 hade lindrigare form av apati, 4

beskrevs ha drabbats av depressiv devitalisering).² Deras studie bekräftar i stort resultatet av vår kartläggning, bl.a. att barnen huvudsakligen kommer från vissa bestämda geografiska områden; att ”de flesta hade fungerat normalt före negativt besked och efter det att de fått uppehållstillstånd”, att det är svårt att ”ställa diagnos eftersom symtomen är skiftande och [att] det inte finns någon bra definition av vad som menas med apatiska barn”.³ Studien visar att ”utlösande faktor för symtom var ofta negativt besked om uppehållstillstånd. Besked om permanent uppehållstillstånd var den faktor som bäst påverkade tillståndet i positiv riktning.” Enligt denna studie var mediantiden för kontakt med barn- och ungdomspsykiatri ca 1 månad efter erhållandet av permanent eller tillfälligt uppehållstillstånd. Liknande observation har gjorts av Ulf Schöldström (2006:191) som menar att ”De erfarenheter som hittills har vunnits tyder på att det är ett positivt beslut om uppehållstillstånd som har betydelse för tillfrisknande, inte vilket beslut som helst”.

Kultur

I sin strävan att förklara varför en del asylsökande barn har visat uppgivenhetssymtom under de senaste åren lyfter en del experter fram kulturens roll. Förmodligen har en betoning på det kulturella perspektivet ytterligare förstärkts av att en absolut majoritet av barnen kommer från vissa bestämda länder. Förvisso har olika kulturer sina egna särdrag beträffande sjukbeteende, synen på psykiska eller mentala störningar samt synen på hur dessa störningar ska behandlas. Likaså finns det i olika kulturer olikheter i synen på barnuppfostran och på relationen mellan barn och föräldrar. Konsensus råder emellertid bland forskare om att det kulturella perspektivet inte ensamt kan förklara företeelser på individnivå.

Det som kan beskriva de aktuella kulturerna – låt vara med en viss risk för generalisering – är att dessa kulturer i olika grad kan betecknas som kulturer som präglas av ett holistiskt tänkande. ”Enligt den holistiska uppfattningen är människan en odelbar del

² Joelsson och Dahlin (2005) likställer inte behovet av näringstillförsel med uppgivenhetssymtom eller ett tecken på apati. Av det totala antalet barn som ingick i deras studie hade 27 behövt näringstillförsel medan endast 15 bedömdes som ”apatiska”.

³ Även andra personer som uttalat sig i denna fråga har på senaste tiden medgivit svårigheterna med att använda begreppet ”apatiskt barn”. Thernlund et al. skriver att ”Apatiska barn är heller ännu inte tydligt definierat och innefattar sannolikt flera olika tillstånd med olika svårighetsgrad” (2005:2169).

av en större helhet; en del vars existens får sin mening i förhållande till helheten. I detta tänkesätt ... upplöses gränsen mellan individen och gruppen ... Man kan till och med säga att ens liv tillhör familjen, att man på något sätt ägs av sin familj” (Ahmadi, 2003, sid. 55–57). Ett kännetecken för holistiska kulturer är att det där blir svårt att dra gränser mellan individens privata sfär och kollektivets domän, att det är gruppens ändamål och intressen som snarare prioriteras än individens personliga lycka och välbefinnande. Därför blir varje enskild individs rättigheter och intressen underordnade familjens intressen och ”barnen socialiseras från början in i föreställningen om att de först och främst tillhör familjen och sedan sig själva” (a.a. sid. 57). Föreställningen om att man måste offra sitt liv, sin lycka och sina intressen för dem inom familjen är då dominerande i de holistiska kulturerna. Individen får ett socialt erkännande i egenskap av att vara en ansvarsfull medlem av kollektivet, en som följer sina förpliktelser gentemot sin grupp till fullo. Detta innebär då att det inte är individen själv som styr sina val och handlingar. I gengäld mot denna ”uppoftning” ”vinner individen inom gruppen en livslång trygghet, ett stöd och en känsla av tillhörighet som skyddar henne från ensamhet” (a.a. sid. 58).

Manipulation och misshandel

Ett nytt perspektiv som diskuterats av flera experter handlar om möjligheten att genom manipulering eller simulering uppvisa uppgivenhetssymtom. Bland andra lanserade Thomas Jackson (2006) begreppet ”Group malingering by proxy”. Med detta begrepp ville han uppmärksamma möjligheten att föräldrar kan påverka/tvinga sina barn att hamna i ett sjukt tillstånd i syfte att uppnå direkta ekonomiska eller juridiska fördelar eller tillgodose sina egna behov av uppmärksamhet. Förvisso är begrepp som malingering, factitious disorder, illness deception, patomimi och Münchausen by proxy syndrom både välkända och sedan länge diskuterade i såväl svensk som internationell psykiatrisk litteratur (Meadow 1977; Rosenberg 1987; Lundin & Croner 2001; Bodegård 2001; Halligan, Bass, & Oakley 2003). Anders Lundin och Christian Oldenburg (2005) refererar till Halligan et al. (a.a.) och tar upp olika former av malingering (patomimi, factitia-sjukdom, Münchausens syndrom) som ett självdestruktivt beteende som sätter den egna hälsan på spel. Samtidigt betonas det att ”de symtom som individerna

presenterar är falska, men bakom den falska sjuka fasaden finns inte en frisk verklighet utan oftast en ännu sjukare och, åtminstone för individen själv, mer svårbegripbar psykologisk störning som markeras av de självframkallande kroppsliga symtomen” (Lundin & Oldenburg 2005:3908). Författarna uppmärksammar också detta faktum att ”symtomöverdrifter” inte uteslutande förekommer hos patienter utan ”en tredjedel av amerikanska läkare ... anger felaktiga diagnoser i syfte att hjälpa sina patienter till ersättningar från försäkringsbolagen eller juridiska ombud som coachar sina klienter hur de ska uppträda vid läkarundersökningar” (a.a.). I enighet med Halligan et al. menar Lundin och Oldenburg att ”symtomförvrängning kan uppfattas som ett uttryck för människornas fria vilja och därmed också förmåga att, med olika grad av medvetenhet, sträva efter förmåner associerade med sjukdomen” (a.a.).

Ett annat perspektiv som kommit fram är det som förespråkar möjligheten att barnen har förgiftats. Tomas Eriksson (2006) ifrågasätter de läkare som ”trosvisst” och ”utan bärande argument” förklarat psykisk stress och trauma som grunden för barnens tillstånd. Han räknar upp en del ”egendomligheter”, bland andra den explosionsartade ökningen av fallen i Sverige som enda land där problemet förekommit, att tillståndet enbart drabbar asylsökande barn med ett avslagsbeslut, att inte ensamkommande barn drabbas i större utsträckning, att de berörda barnen kommer från vissa bestämda geografiska områden i världen, att endast påfrestningar under asylprocessen påstås förorsaka tillståndet och inte andra eventuella traumatiska eller stressande upplevelser såsom att ha levt i krigssituation eller bevittnat mord och våldtäkt. Erikssons slutsats blir då att ”en sammanvägning av dessa egendomligheter väcker misstanken att tillståndet är resultatet av någon form av manipulation, syftande till att öka möjligheterna för att få uppehållstillstånd” (a.a.).

Metod

Det är alltid en utmaning för den forskare som bedriver en kvalitativ forskning att utifrån ett omfattande kvalitativt datamaterial skapa en klar och lättillgänglig resultatbeskrivning. Det viktigaste för forskaren är då att hitta en strategi för att kategorisera datamaterialet samt för att hitta mönster i resultatet. Utifrån den kvantitativa studie som genomfördes tidigare (Rapport 2005:2) identifi-

erades tre specifika frågeområden som kunde kopplas till den fortsatta fördjupningsstudiens syfte och problemställningar.

Enligt uppdrag från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom var syftet med studien att tillhandahålla ”en analys av förekomsten av asylsökande barn med svåra stressreaktioner som uppgivenhet, avskärmning och regression”. I slutet av den kartläggning och den kunskapsöversikt som lades fram i den första rapporten (a.a.) formulerades följande frågeställningar:

Varför förekommer problemet enbart i Sverige och först under 2000-talet?

Varför drabbas enbart asylsökande barn från vissa geografiska områden?

Vad kan ha bidragit till förekomsten av problemet – traumatiska händelser i hemlandet, asylprocessen i Sverige eller andra faktorer?

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

- I) En studie av de aktuella ländernas/regionernas politiska och sociala kontexter. För att undersöka varför barn från vissa särskilda områden/länder i världen är överrepresenterade bland populationen asylsökande barn med uppgivenhetssymtom genomfördes följande forskningsaktiviteter:
 - a) En analys av den sociala och politiska situationen i de aktuella områdena. Metoden för denna delstudie var litteraturstudier baserade på tidigare internationell forskning samt rapporter från FN, Utrikesdepartementet och frivilliga organisationer (NGOs). En statsvetare från Stockholms universitet, Merrick Tabor, kopplades till projektet för att sammanställa resultatet.
 - b) Fältbesök och intervjuer med lokala experter. Under försommaren och hösten 2005 genomfördes resor till länder i Kaukasus, Centralasien och f.d. Jugoslavien. Under dessa resor genomfördes intervjuer med representanter för sociala myndigheter och sjukvårdsmyndigheter, frivilliga organisationer, FN-organ samt experter inom vården (barnläkare, barnpsykiatrer och psykologer). Intervjuerna var semi-strukturerade med öppna frågor och genomfördes både individuellt och i grupp. En utförligare

diskussion kring intervjuerna presenteras i ett senare avsnitt i samband med redovisningen av resultatet.

- II) En komparativ studie av asylprocessen i tre nordiska länder. Syftet med denna delstudie var att undersöka varför asylsökande barn med uppgivenhetssymtom endast har förekommit i Sverige. För att undersöka eventuella samband mellan asylprocessen i Sverige och förekomsten av problemet genomfördes en jämförande studie om asylprocessen i tre nordiska länder. Metoden för denna delstudie var litteraturstudier. En migrationsforskare från Malmö högskola, Maria Appelqvist, kopplades till projektet för att sammanställa resultatet.
- III) En studie av barnens/familjernas upplevelser av och samhällets syn på problemet. För att undersöka såväl barnen och familjernas som en del inblandade aktörers kognitiva perspektiv på problemet genomfördes intervjuer med olika grupper som på olika sätt varit inblandade eller engagerade i frågan. Syftet med denna intervjuserie var att genom en ”triangulering av datakällor med beaktande av rollperspektiv” (Larsson, Lilja och Mannheimer 2005:109; Patton 1990) kunna undersöka hur olika aktörer uppfattar och tolkar problemet – t.ex. de som själva har en direkt erfarenhet av problemet och de som behandlar eller handlägger dessa personers problem.

Triangulation has been generally considered a process of using multiple perceptions to clarify meaning by identifying different ways the phenomenon is being seen.

(Stake 1994 sid 241).

Dessutom är denna metod användbar eftersom en ”triangulering av datakällor syftar på att pröva konsistensen som olika datakällor kan ge med användande av samma metod” (Larsson, Lilja och Mannheimer 2005:109). Följande intervjuades:

- a) Representanter för det offentliga Sverige – jurist- och myndighetsperspektivet. Tre offentliga biträden och tre handläggare från Migrationsverket intervjuades både individuellt och i grupp. En inbjudan skickades till olika verksamheter och de som svarade positivt bjöds in till intervju. Intervjuerna var semi-strukturerade med öppna frågor.
- b) Representanter för det offentliga Sverige – vårdens perspektiv. Ett tjugotal representanter för barn- och ung-

domspsykiatrien samt medicinska experter (en barnläkare och tre sjuksköterskor) intervjuades i grupp vid tre olika tillfällen. Intervjuerna var semi-strukturerade med öppna frågor. För att designa och genomföra intervjuerna kopplades psykolog Kjerstin Almqvist till projektet.

- c) Intervjupersoner från den privata sfären – familjernas/barnens samt invandrargruppernas perspektiv. Tio familjer, föräldrar, några syskon och i vissa fall barn som själva tidigare visat uppgivenhetssymtom intervjuades. Intervjuerna var semi-strukturerade med öppna frågor. Urvalet var selektivt och målgruppen var såväl familjer som beviljats uppehållstillstånd som de som ännu väntade på besked/fått avslag vid intervjutillfället. I urvalet ingick barn med uppgivenhetssymtom av båda könen, från olika åldersgrupper och med olika etnisk bakgrund. En del av intervjuerna planerades och genomfördes tillsammans med en psykolog från barn- ungdomspsykiatrien i Stockholm, Andreas Tunström, som har lång erfarenhet av att behandla asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. Representanter för tre invandrarföreningar med rötter i de länder vars medborgare varit överrepresenterade i statistiken över asylsökande barn med uppgivenhetssymtom intervjuades enligt samma intervjumetod som ovan. En utförligare diskussion kring intervjuerna presenteras i ett senare avsnitt i samband med redovisningen av resultatet.

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

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

Etiska aspekter

Inför intervjuundersökningarna med familjerna/barnen söktes tillstånd hos den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm. Efter nämndens godkännande kontaktades de presumtiva intervjupersonerna. På grund av studiens känsliga natur översattes inbjudan till medverkan i intervjuer samt informationsmaterial om studiens syfte, upplägg och urvalsgrunder (riktat till familjerna) till ryska, armeniska och romani samt, vid begäran, tillhandahölls en kopia av informationsmaterialet på svenska. Intervjupersonerna gav sitt skriftliga godkännande inför intervjuerna. Vidare försäkrades de om att deras anonymitet skulle garanteras samt att all information skulle behandlas enligt reglerna för forskningssekretess. Samtidigt betonades att intervjupersonerna fick bestämma över intervjusituationens villkor (var, när, i vems närvaro) och formerna för dokumentationen av intervjuerna (föra anteckningar eller spela in intervjuerna på band) samt att de hade möjlighet att när som helst under intervjuerna avbryta sin medverkan eller ta tillbaka sina ord. Dessutom lovades intervjupersonerna att de, om de så önskade, skulle få en kopia av den publicerade rapporten.

Granskning av forskningens design och resultat

En forskargrupp bestående av statsvetaren Merrick Tabor, sociologen Maria Appelqvist och psykologerna Kjerstin Almqvist och Andreas Tunström bildades i början av fördjupningsstudien. Forskningsteamets uppgift var att bidra med idéer, kommentera resultat och analys samt medverka i delar av datainsamlingen.

Till forskningen har också en referensgrupp knutits för att på avstånd och objektivt kommentera resultaten och analyserna. Denna grupp har bestått av Jan-Paul Brekke, sociolog och migrationsforskare, vid Institutet för samfunnsforskning i Oslo, Henrik Pelling, barnpsykiater och överläkare, barn- och ungdomspsykiatri i Uppsala, Bruno Hägglöf, professor i barnpsykiatri vid Umeå universitet och Karin Aronsson, professor vid Tema Barn, Linköpings universitet.

Delstudie 1 – De aktuella ländernas/regionernas politiska och sociala kontexter

Tillvägagångssätt för studierna av kontexter

Vår första rapport (2005:2) visade en koncentration av fallen bland medborgare från några bestämda geografiska områden i världen, nämligen f.d. Jugoslavien (Kosovo, Serbien), Kaukasus (Azerbajdzjan, Armenien) och Centralasien (Kazakstan, Kirgizistan, Uzbekistan). Dessa länder stod för en absolut majoritet av fallen av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom (ca 85 %). I denna delstudie valdes därför att avgränsa studiens fokus till att undersöka de utsatta barnens situation i dessa länder. I detta sammanhang användes följande metoder för att samla data:

1. Litteraturstudie om de aktuella ländernas politiska och sociala situation
2. Fältstudier

Litteraturstudie

För att studera den politiska och sociala situationen i de aktuella länderna samt för att kunna identifiera eventuella faktorer i dessa länders politiska och sociala situation som kan ha gett upphov till uppgivenhetssymtom hos en del asylsökande barn från dessa länder och regioner fick Merrick Tabor, statsvetare och expert på f.d. Sovjetunionen vid Stockholms universitet, i uppdrag att genomföra en litteraturstudie om de fem ländernas sociala och politiska situation. En förkortad sammanfattning av denna studie återges före presentationen av resultatet av fältstudierna.

Fältstudier

Totalt genomfördes fältstudier i 5 länder och regioner enligt följande: Azerbajdzjan (juni 2005), Serbien (oktober 2005), Kosovo (oktober 2005), Kirgizistan (december 2005) och Kazakstan (december 2005). I varje land genomfördes intervjuer med representanter från fyra olika kategorier: FN-organ, sjukvården (såväl

intervjuer med pediatriken/psykiatrien – barnpsykiatrien där sådan förekom – som besök på sjukhus/institutioner för mentalvård), frivilliga organisationer samt myndigheter. Intervjuerna var semi-strukturerade med möjlighet till kompletterande följdfrågor. Alla informanter hade på förhand fått ett brev innehållande en kort beskrivning av studiens syfte, situationen i Sverige samt den symptom-bild som hade tagits fram i samband med kartläggningen 2005. Intervjuerna genomfördes både enskilt och i grupp beroende på informanternas önskemål och omständigheterna kring besöken. Språket i intervjuerna varierade mellan engelska, ryska och i vissa fall det aktuella landets officiella språk (azeriska, serbiska, albanska). Tolk användes. Samtliga intervjuer genomfördes av forskningsledare Nader Ahmadi.

Azerbajdzjan

Landet i korthet⁴

Republiken Azerbajdzjan förklarades självständig 1991 i samband med Sovjetunionens upplösning. Befolkningen uppgår uppskattningsvis till ungefär 7,9 miljoner. Azerier, den titulära gruppen, utgör ungefär 90,6 % av befolkningen. De största etniska minoritetsgrupperna har varit dagistanier (2,2 %), ryssar (1,8 %) och armenier (1,5 %). Azeriska är det officiella språket. Sedan självständigheten har en relativt omfattande utvandring skett, inte minst bland ryssar. Efter pogromerna mot armenier 1990 och konflikten i Nagorno-Karabach 1992 finns få armenier kvar i Azerbajdzjan. Ungefär 10–15 % av befolkningen uppskattas vara flyktingar eller internflyktingar.

Under senare år har landet visat upp en snabb ekonomisk tillväxt, främst på grund av betydande ökningar i olje- och gasproduktion. Även om läget har förbättrats i vissa avseenden under senare år, råder det fortfarande allvarliga missförhållanden i relation till politiska och mänskliga rättigheter. Det förekommer bl.a. vad som kan betecknas som godtyckliga arresteringar liksom polisbrutalitet vid förhör av misstänkta. Det juridiska systemet är inte

⁴ Bakgrundsbeskrivningen är en del av Merrick Tabors sammanställningar och bygger främst på uppgifter hämtade från följande rapporter från International Crisis Group, UNHCR, UNICEF, Transparency International, Human Rights Watch, Amnesty International, Utrikesdepartementet (särskilt årliga rapporter om de mänskliga rättigheterna i världens länder), U.S. Department of State (rapporter om de mänskliga rättigheterna – *Human Rights Reports*).

helt oberoende av den exekutiva makten, trots att konstitutionen garanterar domstolarnas självständighet.

Det finns inga uppgifter om att någon utbredd diskriminering av minoriteterna förekommer i Azerbajdzjan. Vissa minoriteter såsom lezghiner, talysher och avarer har haft representanter i parlamentet och regeringen. Enstaka händelser mellan etniska grupper har rapporterats, men inga stora våldsamma sammandrabbningar. Konstitutionen föreskriver rätten för inhemska etniska grupper att bevara sin kultur och sitt språk.

Barns rättigheter: Våld mot barn anses vara sällsynt i det azeriska samhället och straffrätten föreskriver stränga påföljder för övergrepp mot barn. Den legala åldersgränsen för att få utföra arbete är 14 år vid föräldrarnas samtycke, i annat fall 16 år.

Intervjuerna

Intervjuer genomfördes med följande instanser i huvudstaden Baku:

1. UNICEF, UNHCR, WHO
2. Institute of obstetrics and gynaecology, Sanatorium nr 22 (Zarabat district), Children's Regenerative Centre, Neural – Mental Health Centre for Children, Rehabilitation Centre for Children, Institute of Paediatrics, Orphanage nr 3
3. Save the Children UK, World Vision, United Aid for Azerbaijan Reliable Future
4. Ministry of Labour and Social Protection, Norska ambassadörens residens (intervju med ambassadpersonal samt representanter för Save the Children UK och UNICEF), Nätverk för psykiatrer och psykologer (3 personer).

Nedan följer en beskrivning av hur intervjupersonerna beskrev situationen för utsatta barn och familjer i landet.

Sociala problem

Enligt respondenterna lämnade kriget med Armenien en stor grupp interna flyktingar efter sig vilka hade flytt från de ockuperade områdena till resten av landet. I mitten av 1990-talet uppgick antalet interna flyktingar (Internally Displaced Persons – IDP) till

cirka en miljon, men detta antal har i dag minskat något. Dessa personer har i drygt 10 år bott i förläggningar eller andra tillfälliga bostäder såsom skolor och gamla tågagnar där det finns stora risker för att de stigmatiseras. För närvarande finns det dock inga planer i sikte för hur dessa personers situation ska förändras. Barn till dessa flyktingar får inte gå i normala skolor utan har endast tillgång till speciella skolor.

UNICEF-representanter betonade dock i intervjun att det som de möter i dag hos barnen till interna flyktingar inte har att göra med några traumatiska upplevelser från kriget (vilket avslutades för drygt 10 år sedan). Inte heller finns det i dag någon större pågående etnisk konflikt i landet. Under kriget fullbordades en massförflyttning av armenier som bodde i landet. Den grupp som då kom i kläm var de som levde i så kallade blandäktenskap (ca 25 000 par där den ena partnern var armenier och den andra azerier). Större delen av denna grupp lämnade landet på 1990-talet. De som finns kvar har antingen accepterats av omgivningen eller försöker dölja att de lever i blandäktenskap.

Det azeriska samhället har blivit extremt otrött på senare år – på grund av problem som är relaterade till övergångsperioden, det tidigare kriget och medborgarnas obesvarade förväntningar i förhållande till det välstånd som hade lovats komma med landets stora oljeinkomster. Interna flyktingar lever under särskilt otrött förhållanden och är stressbelastade eftersom de har förlorat allt de tidigare haft och saknar utsikter om att få något tillbaka.

Våld i hemmet är ett stort och mycket utbrett problem i samhället.

Efter Sovjetunionens fall vittrade hela välfärdssystemet sönder, inklusive vården och utbildningsväsendet. Formellt är vård och utbildning avgiftsfria men i verkligheten kostar det att få vård och utbildning.

Fattigdom är det enskilt största problemet som drabbar majoriteten av familjerna på landsbyggen och i mindre orter.

Kulturen

Kulturen präglas av ett holistiskt/kollektivistiskt tänkande (se vidare avsnittet Diskussion). Dock läggs det mycket litet ansvar på barnen för familjens angelägenheter. Först efter att barnen blivit stora och lämnat familjen (ofta när de nått 30–35 år) börjar de ta

ansvar för familjen. Innan dess är det föräldragenerationen som måste bära hela ansvaret.

Vid sjukdomar är det kulturella mönstret att föräldrarna inte är angelägna att lägga in sina barn på sjukhus eftersom de då kan betraktas som ”dåliga föräldrar”. Folk föredrar i allmänhet att vårda de sjuka i hemmet.

Det är helt främmande i denna kultur att ett barn vägrar äta mat. Anorexia är ett ovanligt problem bland ungdomar. Ännu mindre vanligt är det med självmord. Landet har haft det lägsta självmordstalet i hela före detta Sovjetunionen. Emellertid är det vanligt att hota med att begå självmord när man känner sig desperat eller vill fånga uppmärksamhet. Detta anses dock vara ett symboliskt hot.

I allmänhet brukar föräldrarna tala om sina problem inför barnen. Det är inte heller ovanligt att hemsckheter som barnen inte själva bevittnat förmedlas till dem. Överföring av föräldrarnas stress och bekymmer till barnen är ett mycket vanligt problem.

Om barnens hälsa/ohälsa i allmänhet

Släktäktenskapen leder till många nyfödda med olika funktionsnedsättningar (fysiska och mentala). Sjukdom och funktionshinder uppmärksammas ofta inte vid födseln och barnet beskrivs som friskt medan det kan ha olika neurologiska störningar. Psykiatriska kliniker i landet rapporterar ett mycket högt antal barn med neurologiska störningar. Vanliga psykiatriska störningar bland barn är depression, ångest, mardrömmar, post traumatisk stress syndrom, enures och allvarliga varianter av autism. Flera psykiska störningar, bl. a. depression, betraktas inte som en sjukdom och behandlas i familjen och genom nätverket. På senare år har epilepsi och även schizofreni ökat bland barnen.

Om uppgivenhetssymtom

Inga fall liknande fallen med asylsökande barn med uppgivenhetssymtom har konstaterats i landet vare sig under eller efter kriget. Såväl sjukvårdsmyndigheter som frivilliga organisationer har en omfattande kunskap och i många fall ett register över förekomsten av barnpsykiska störningar vilka hade föranlett medicinska eller

psykiatriska åtgärder. En läkare som ansvarar för en frivillig hjälporganisation som är verksam bland interna flyktingar uttrycker sin totala förvåning över de symtom som uppstått bland azeriska asylsökande barn i Sverige. Han betonar att under de 15 åren som han har jobbat med krigsdrabbade barn och andra barn i flyktingförläggningarna har han aldrig sett några barn komma ens i närheten av den symtombild som betecknar situationen i Sverige.

Serbien

Eftersom en absolut majoritet av de asylsökande barn som visat uppgivenhetssymtom tillhör den romska minoriteten som i många fall är fördriven från Kosovo till Serbien, kommer vi endast att behandla den politiska och sociala situationen i den delen av Serbien i nästa avsnitt.

Intervjuerna

Följande instanser intervjuades i huvudstaden Belgrad:

1. UNICEF, UNHCR, WHO
2. Institutet för mentalhälsa, Institute of Public Health of Serbia
3. Medecins sans frontieres – Belgien, Save the Children – UK, Group 484, IAN, Amity
4. Ministry of Labour, Employment and Social Policy

Nedan följer en beskrivning av hur intervjupersonerna beskrev olika teman.

Sociala problem

Sedan krisen och bombningarna under åren 1999–2001 har det politiska läget nu stabiliserats. Dagens traumatiska upplevelser har enligt de nationella experterna inget med krig och konflikt att göra utan beror huvudsakligen på andra faktorer, främst fattigdom och diskriminering. Det har inte konstaterats många fall av PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Problemen beror mest på krigets konsekvenser, bl.a. att människor fördrivits från sina hem samt livet på förläggningarna. Ungefär 200 000 interna flyktingar lever i

förläggningar, ca 22 % av dem är barn. Flyktingarna är huvudsakligen serber från Kosovo men också romer.

Våld inom familjen är ett stort problem särskilt bland romer och interna flyktingar. Många föräldrar har psykiska problem. Hälso- och sjukvård finns inom landet men är inte tillgänglig för alla på grund av kostnaderna. Det är långa köer för att bli inlagd på institutet för mentalhälsa.

Fattigdom är det stora enskilda problemet i landet.

Kulturen

Romska familjer är ofta ytterst patriarkala. Familjerna utgör slutna system med extremt kollektivistiska strukturer. ”Det finns en tradition av att prata i barnens närvaro om hemska saker och om familjens problem.” Romska barn beskrevs som starka och vana vid att överleva i svåra situationer.

Själv mord är inte nämnvärt förekommande i landet – särskilt inte bland romer.

Om barnens hälsa/ohälsa i allmänhet

Många barn mår dåligt på grund av livet i förläggningar. En del visar utvecklingsstörningar, ångest och rädsla till följd av kriget och bombningarna. Det förekommer problem med anorexi, självskadebeteende och asocialitet.

Om diskriminering i samhället

Samhället är oerhört segregerat där romer inte har möjlighet att beblandas med majoritetsbefolkningen. Att många romer saknar identitetshandlingar/registreringsbevis föranleder stora problem för dem, bl.a. att de inte får tillgång till vård och skola. De har dessutom problem med språket. De flesta romer från Kosovo kan inte serbiska men deras barn måste ändå gå i serbiska skolor där det inte finns något stöd till språkundervisning. Diskriminering är ett utbrett problem och många fattiga eller romska barn kan inte gå i skolan. Dessutom förekommer diskriminering av romska barn i skolan.

Om uppgivenhetssymtom

Många barn, särskilt på förläggningarna, regredierar eller visar svåra traumareaktioner men inget fall som påminner om uppgivenhetssymtom hos asylsökande barn i Sverige har konstaterats.

UNICEF betonade att de definitivt skulle ha informerats om det hade funnits liknande fall bland barn.

Kosovo

Regionen i korthet⁵

Efter konflikten 1999 kom Kosovo att administreras av FN Interim Administrative Mission i Kosovo (United Nations Mission in Kosovo – UNMIK). Lokala myndigheter, provisoriska institutioner för självstyre (Provisional Institutions of Self-Government – PISG), etablerades. Ansvaret för majoriteten av Kosovos samhällsfunktioner har successivt förts över till det temporära självstyret.

I dag består befolkningen i Kosovo huvudsakligen av etniska albaner. Under senare år har det skett en ständig minskning av antalet serber som bor i området, medan en större andel av de albaner som lämnade Kosovo före år 1999, då KFOR tog ansvaret för säkerheten i regionen, har återvänt i dag. Samtidigt som albanerna återvände flydde många icke-albaner – bl.a. serber, ashkali, romer och egyptier – till Serbien, Montenegro och Makedonien. Det finns fortfarande ett stort antal flyktingar och internflyktingar. Brist på säkerhet för minoriteter och osäkerhet om Kosovos politiska status försvårar alla försök att få flyktingar och internflyktingar att återvända hem.

Det finns stora problem i förhållande till politiska och mänskliga rättigheter, även om situationen har förbättrats gradvis. Läget är särskilt allvarligt när det gäller minoriteters ställning. På vissa håll förekommer att minoritetsgrupper utsätts för hot och trakasserier. Detta gäller särskilt serber och romer.

⁵ Bakgrundsbeskrivningen är en del av Merrick Tabors sammanställningar och bygger främst på uppgifter hämtade från följande rapporter från International Crisis Group, UNHCR, UNICEF, Transparency International, Human Rights Watch, Amnesty International, Utrikesdepartementet (särskilt årliga rapporter om de mänskliga rättigheterna i världens länder), U.S. Department of State (rapporter om de mänskliga rättigheterna – *Human Rights Reports*).

Diskriminering av minoriteter är mycket utbredd inom rättsväsende, utbildning, hälsovård m.m. Diskriminering av romer är särskilt påtaglig. De flesta lever i undermåliga bosättningar och utsätts för diskriminering när det gäller utbildning, arbete och hälsovård. De flesta romer som flydde Kosovo efter juli 1999 befinner sig i en besvärlig situation i grannländer, t.ex. Serbien. Detta förvärras av de svårigheter som finns med officiell registrering som behövs för att kunna få tillgång till hälsovård och socialbidrag.

Kvinnor befinner sig i en mycket utsatt situation. Våld mot kvinnor är mycket vanligt, inte minst i hemmet. Klantänkande och familjetraditioner är särskilt viktiga.

Barns rättigheter: på grund av den dåliga ekonomiska och sociala situationen i många familjer har många barn i Kosovo det svårt. Antalet barn som arbetar på gatan har ökat kraftigt sedan slutet på 1990-talet.

Intervjuerna

Följande instanser intervjuades i huvudstaden Pristina och i Gjilan:

1. UNICEF
2. Kosovo Rehabilitation Centre for Victims of Torture and Trauma
3. Terres des Hommes, Doctors of the World, Save the Children, Balkan Sunflowers – Roma projekt
4. Ministry of Labour and Social Welfare, Ministry of Health, Svenska ambassadens Sektionskontor i Pristina

Sociala problem

Före år 1999 var de största problemen i samhället relaterade till övergången till marknadsekonomi. Under 1999–2001 kom krig/bombningar och därefter utgjorde återuppbyggnaden av den totalt havererade ekonomin samt integrationen av interna flyktingar huvudfrågorna i landet. Enligt socialministern har det nu uppstått ett nytt problem i samband med de asylsökande som återvänder från Europa och som saknar såväl arbete, bostad som andra möjligheter att klara sig i samhället. De flesta blir bidragsberoende och många barn från dessa familjer hamnar i kriminalitet.

Det finns inget fungerande välfärdssystem och ingen välfärds- politik i landet. Ett bidrag om 50 euro per månad betalas ut till barnfamiljerna vilket inte räcker långt.

Det finns totalt ett 20-tal psykologer/psykiatrer i landet. Det psykiska hälsotillståndet i landet är sådant att UNICEF inte prioriterar traumabehandling utan satsar på utbildning och hälsa.

Kulturen

I allmänhet saknar romska familjer kontakt med det civila samhället. För det mesta lever dessa familjer inom sin egen grupp, vilken för övrigt är välorganiserad. Romgruppen har utvecklat en egen parallell hälsovård inom sitt kollektiv. ”Den offentliga hälso- och sjukvården utnyttjas endast för andra syften ofta för att få intyg och socialt stöd.”

Romska kvinnor har lättare att söka psykiatriskt stöd för sina problem än män. I allmänhet betraktas mentala sjukdomar som skamfulla och de personer som drabbas av dessa sjukdomar hålls inomhus. Om någon söker psykolog/psykiatrisk hjälp finns det risk för att denna person stämplas som ”galning”. I allmänhet är det svårt för de professionella i landet att få kvinnor att tala om för dem om de hade varit utsatta för våldtäkt och andra övergrepp. ”Dessa problem talar man inte om för någon.”

Barnen är ofta mycket vitala och glädjefulla trots de svåra ekonomiska omständigheterna som råder i deras familjer.

Själv mord är ovanligt i landet särskilt bland ungdomarna.

Om barnens hälsa/ohälsa i allmänhet

Traumatiserade barn som bevittnat mord och våld visar de traditionella barnpsykiatriska symtomen såsom bristande koncentrationsförmåga, mardrömmar, enures, asocialt beteende m.m. Många föräldrar brister i sin omsorgsförmåga på grund av att de själva mår dåligt och att de har en svår ekonomisk situation.

Münchenhausen by proxy nämns av en av de få barnpsykiatriska experter som finns i landet (sjukhuset i Gjilan) som ett vanligt förekommande problem.

Om diskriminering

Varken under eller efter kriget fick romerna samma uppmärksamhet som andra etniska grupper. Inte heller frivilliga organisationer har uppmärksammat romerna tillräckligt ”eftersom de inte var politiskt viktiga”.

Om uppgivenhetssymtom

Den reaktion som visades när situationen för de asylsökande barn som visat uppgivenhetssymtom i Sverige presenterades var överraskning. Ingen hade sett något liknande bland barnen i landet trots att man hade observerat ganska många svåra fall av traumatiserade barn i landet.

Kirgizistan

Landet i korthet⁶

Kirgizistan ansågs länge vara den mest demokratiska av de centralasiatiska staterna. Landet profilerade sig som ”en ö av demokrati” i Centralasien. Utvecklingen har dock gått i en alltmer auktoritär riktning och närmat sig de andra centralasiatiska staterna. Befolkningen uppgår uppskattningsvis till ungefär 5,1 miljoner. Kirgiser, den titulära gruppen, utgör ungefär 66 % av befolkningen. De största etniska minoriteterna har varit uzbeker (14 %), ryssar (12 %), dunganer (1,1 %), ukrainare (1 %), uigurer (1 %). Kirgiziska är statsspråket medan ryska har fått status som officiellt språk.

Det politiska systemet har präglats av en stark presidentmakt. Sedan ”tulpanrevolutionen” i mars 2005 har den politiska situationen försämrats i många avseenden. Det har skett en dramatisk ökning av politiskt våld och kriminalitet.

Konstitutionen föreskriver yttrande- och tryckfrihet men i praktiken begränsas dessa rättigheter. Regeringen utövar starkt inflytande över medierna. Det anses inte förekomma någon

⁶ Bakgrundsbeskrivningen är en del av Merrick Tabors sammanställningar och bygger främst på uppgifter hämtade från följande rapporter från International Crisis Group, UNHCR, UNICEF, Transparency International, Human Rights Watch, Amnesty International, Utrikesdepartementet (särskilt årliga rapporter om de mänskliga rättigheterna i världens länder), U.S. Department of State (rapporter om de mänskliga rättigheterna – *Human Rights Reports*).

utbredd officiell diskriminering av de etniska minoriteterna. Etniska kirgiser är dock privilegierade jämfört med andra etniska grupper. Icke-kirgiser saknar oftare tillträde till högre statliga poster.

Även om det inte finns någon sanktionerad diskriminering mot uigurer i Kirgizistan, har uiguriska aktivister uttryckt oro över en del medierapporter där det, enligt dem, förekommer allmänna beskrivningar av uigurer som terrorister eller separatister.

Våld mot kvinnor och även människohandel är ett växande problem. Kirgizistan fungerar i det sammanhanget framför allt som ursprungsland och transitland. Det finns ingen lag som explicit förbjuder detta. Brudkidnappning och tvångsäktenskap är ett växande problem, särskilt på landsbygden.

Barns rättigheter: regeringen har antagit särskilda program för att förbättra barns villkor och sprida information om barnets rättigheter men resurserna är inte tillräckliga för att säkra barns grundläggande behov. Barnmisshandel är ett utbrett problem. Fattiga föräldrar överger sina barn i allt större utsträckning.

Intervjuerna

Intervjuer genomfördes med följande instanser i huvudstaden Bishkek:

1. UNICEF, UNHCR
2. ITTIPAK (Uyghur Society of the Kyrgyz Republic), Save the Children UK, International Committee of Red Cross (ICRC), Mental Health and Society
3. The Mental Health Hospital
4. Ministry of Labour and Social Protection, Ministry of Health

Sociala problem

Enligt officiella uppgifter lever 40 % av befolkningen (enligt frivilliga organisationer/FN-organ 60 %) under fattigdomsgränsen. Andelen barn under 18 år som lever i extrem fattigdom är 25 %. Enligt experter drabbar de psykosociala och ekonomiska problem som finns i samhället alla lika hårt oavsett etnisk tillhörighet.

Officiellt är både skolan och hälso- och sjukvården gratis för barn men i verkligheten finns det olika avgifter vilka gör skolan och

vården otillgängliga för låginkomstfamiljer. Det allmänna folkhälsoprogrammet inkluderade inte mentalhälsa fram till för ett år sedan. Nu finns det planer för att främja mentalhälsa ”men än existerar planerna bara på papper”.

I landet finns det bara två specialister på barn med psykiska problem (en i huvudstaden Bishkek och en i näst största staden Osh). Många patienter kommer inte till de psykiatriska klinikerna på grund av långa avstånd och dyra resekostnader.

Enligt en av intervjupersonerna råder det korruption inom hälso- och sjukvården, t.ex. väljer läkare att sälja statligt subventionerad medicin på den svarta marknaden för att tjäna pengar.

Kulturen⁷

Uigurerna beskrevs av såväl sina egna representanter som övriga intervjupersoner (internationella eller nationella experter) som en sluten grupp. De bor huvudsakligen på landsbygden och gifter sig inom sin etniska grupp. Uiguriska familjer har ofta många barn. Barnarbete är ganska vanligt. Det råder en hård disciplin inom familjerna och barnen förväntas följa föräldrarnas uppmaningar utan minsta protest. Barn, särskilt flickor, är strängt uppfostrade att inte titta upp när vuxna talar med dem, de ska visa absolut lydnad. I den uiguriska kulturen är familjemedlemmarna mycket sammanhållna. Att offra sig för andra familjemedlemmars skull är inte sällsynt. Nätverken är i de uiguriska gemenskaperna mycket starka och familjerna har en tendens att dölja sina problem från utomstående och i stället lösa dem inom det egna kollektivet. Uigurer lever ofta i stora familjer, tillsammans med den stora släkten där kvinnornas ställning är mycket svag.

Normalt får det första barnet inte tillräckligt med uppmärksamhet och lämnas ofta till far-/morföräldrarna för omsorg och uppfostran när det andra barnet föds. Det sist födda barnet i familjen ägnas alltid störst uppmärksamhet.

Traditionellt sett söker uigurerna inte kontakt med vården utan försöker lösa sina problem inom gruppen. ”Att söka psykolog är tabu”. Det är också tabu att prata om sina egna psykiska problem eller om våld inom familjen, vilket för övrigt är mycket vanligt i dessa familjer. Vid psykiska sjukdomar väljer man att dölja problemet

⁷ Denna del är gemensam för både länderna Kirgizistan och Kazakstan p.g.a. att den uiguriska minoriteten har samma struktur, kultur och historia i båda länderna.

på grund av risk för att utsättas för skam/stigmatisering inom gruppen.

Barnen är ofta exponerade för familjens alla bekymmer. Enligt representanten för Save the Children UK kan ”föräldrarna projicera sina farhågor om ett eventuellt återvändande till sina hemländer på barnen. Trauman skapas av föräldrarna”.

Om barns hälsa/ohälsa i allmänhet

Fattigdom och arbetslöshet är de största problemen som finns i samhället. De orsakar många andra problem, bl.a. ökat våld i samhället och i hemmet; alkohol- och drogmisbruk, prostitution och relaterade sjukdomar (HIV/AIDS). Våld inom familjen, hög skilsmässofrekvens och barnarbete är mycket vanligt förekommande problem inom familjerna.

Därför är skolavhopp ett påtagligt stort problem. De typiska problem som drabbar barnen är bl.a. förståndshandikapp/skolavhopp/asocialt beteende och aggressivitet.

Enligt socialministern är gatubarnen det största barnrelaterade problemet i samhället. Detta problem har vuxit enormt under de senaste 10–15 åren till följd av familjesplittring, föräldrarnas arbetslöshet eller deras utvandring till Ryssland/Kazakstan för att söka arbete. Barnarbete och barn som föds med fysiska och mentala funktionshinder är exempel på andra vanligt förekommande problem.

Om diskriminering

UNHCR har inga uppgifter om någon systematisk förföljelse av uigurer som är medborgare i landet – dock bekräftas rykten om att kinesiska uigurer kan utlämnas till Kina och riskera hårda straff.

Inga rapporter finns om allvarliga etniska konflikter mellan minoriteter och majoritetsbefolkningen i allmänhet eller mellan kirgiser och uigurer i synnerhet. Diskriminering sker mest på grund av bristande språkkunskaper i kirgisiska språket eftersom all skolundervisning sker på detta språk. En annan grund för diskriminering kan vara att den diskriminerade ser ”sydländsk” ut, vilket innebär att han/hon anses vara extremt fattig.

Representanten för International Committee of Red Cross betonade att de inte kunde ”bekräfta att uiguriska barn skulle ha särskilda problem som andra minoriteter eller fattiga barn från majoritetsbefolkningen inte skulle ha”. Emellertid kan det inte utslutas att enstaka fall av polistrakasserier eller annan diskriminering sker.

”Trycket från Kina” samt ”uigurofobi” togs upp av uiguriska representanter. Enligt dem har medierna en uigurfientlig hållning och misstänkliggör dem för att vara brottslingar/terrorister. ”Uigurerna har i allmänhet bättre ekonomi och därför är de föremål för avundsjuka från majoritetssamhällets sida”.

Enligt grundlagen har minoriteter samma rättigheter som majoriteten men verkligheten är annorlunda särskilt inom den politiska sfären. Dock kan man inte tala om en systematisk förföljelse. Den diskriminering som finns är främst kännbar på arbetsmarknaden men påverkar inte möjligheten att få vård.

Om uppgivenhetssymtom

Intervjupersonerna visade i allmänhet en stor förvåning över den situation som råder i Sverige avseende asylsökande barn från Kirgizistan. Ingen, varken representanter för hälso- och sjukvården, FN-organ, myndighetspersoner eller företrädare för frivilliga organisationer, hade någon erfarenhet av eller kännedom om förekomsten av liknande problem hos utsatta barn i landet. Förvisso framkom det att man inom vården hade observerat och behandlat olika typer av psykiatriska problem hos barn samt sett olika reaktioner efter traumatiska händelser hos barn i form av symtom som enures, enkopres, ångest, mutism m.m. Men att symtomen förekommit på ett liknande sätt som de förekommer hos asylsökande barn i Sverige, det vill säga i kombination och med stor intensitet, har aldrig noterats i landet.

I intervjun med den uiguriska föreningens ordförande, som är medlem av den internationella uigurkongressen, framkom att den nationella föreningen inte hade någon information/kunskap om förekomsten av problematiken i Sverige. Enligt experter på Hälso- ministeriet är uigurerna inte särskilt uppmärksammade eller över-representerade i mentalsjukvården.

Kazakstan

Landet i korthet⁸

Republiken Kazakstan förklarades självständig den 16 december 1991. Kazakstan konstituerades som en politisk enhet under den tidiga Sovjetperioden. Det är förmodligen det mest ekonomiskt stabila och rikaste landet bland de centralasiatiska staterna. Den ekonomiska tillväxten har byggts främst på naturtillgångar, särskilt gas och olja. Befolkningen uppgår uppskattningsvis till ungefär 5,2 miljoner. Kazaker, den titulära gruppen, utgör ungefär 53 % av befolkningen. De största etniska minoriteterna har varit ryssar (30 %), ukrainare (3,7 %), uzbekar (2,5 %), tyskar (2,4 %), tatarer (1,7 %), uigurer (1,4 %). Kazakiska är det officiella språket med ryska som ett språk för interetnisk kommunikation.

Det politiska systemet är dock autokratiskt, med mycket mer makt koncentrerad i presidentfunktionen. Konstitutionen föreskriver ett oberoende juridiskt system, men i praktiken är rättsväsendet påverkat av det exekutiva. Det finns dessutom omfattande korrup­tion i landet. Det finns ingen officiell policy som innebär diskriminering av icke-kazaker. De allra flesta som emigrerar anses göra det av ekonomiska skäl. Kazakisk nationalism och kazakifiering av den offentliga sektorn har dock gjort att etniska kazaker i viss mån är privilegierade jämfört med andra etniska grupper. De icke-kazakiska grupperna förfördelas i sådana avseenden, men denna form av diskriminering tycks inte vara riktad mot några speciella grupper i större utsträckning än andra.

Våld mot kvinnor och handel med kvinnor är vanligt förekommande.

Barns rättigheter: En ny lag om barnets rättigheter antogs 2002 men det finns inte tillräckliga resurser för att se till att den efterlevs. Från 14 års ålder är deltidsarbete tillåtet.

⁸ Bakgrundsbeskrivningen är del av Merrick Tabors sammanställningar och bygger främst på uppgifter hämtade från följande rapporter från International Crisis Group, UNHCR, UNICEF, Transparency International, Human Rights Watch, Amnesty International, Utrikesdepartementet (särskilt årliga rapporter om de mänskliga rättigheterna i världens länder), U.S. Department of State (rapporter om de mänskliga rättigheterna – *Human Rights Reports*).

Intervjuerna

Följande intervjuer genomfördes i staden Almaty:

1. UNICEF, UNHCR
2. International Red Cross and Red Crescent Societies, The World Uighur Congress (W.U.C.) in Kazakhstan, The Republic Centre of Kazakhstan's Uighurs, Children's Fund of Kazkhstan, Community Development Centre Accord
3. Sjukvårdsförvaltningen i Almaty

Sociala problem

Efter Sovjetunionens sammanbrott, bröt också Kazakstans hälso- och sjukvård samman. Kvar finns nu en basal service medan mediciner, operationer och kvalificerad sjukvård är dyr/otillgänglig. Enligt landets chefspediatriker, tillika ansvarig för sjukvårdsförvaltningen i Almaty, spelar det ”ingen roll om man är migrant, minoritet eller majoritet. Har man pengar får man allt man behöver”.

Mental ohälsa är stigmatiserande och de som drabbas hålls hemma. ”Man visar upp sådana problem endast när man söker bidrag.” Funktionshinder, sjukdom och mental ohälsa är de enda skäl som berättigar de fattiga till bidrag.

Om barns hälsa/ohälsa i allmänhet

De största problemen i landet är gatubarn, alkoholmissbruk och endogami. Det senare kan leda till att barn föds med funktionshinder.

Det finns många ensamstående mödrar, särskilt bland uigurer, eftersom många familjer splittrades efter Sovjetunionens sammanbrott.

Om diskriminering

Det finns en ganska stor grupp uigurer i landet. Enligt officiella siffror är de ca 300 000 personer och enligt frivilliga organisationer ca 500 000. Drygt hälften av dessa personer bor i Almaty (ca 170 000 enligt officiella siffror och ca 200 000 enligt NGOs). Uigurerna utgör i allmänhet en minoritet med låg utbildningsnivå. Brist-

ande kunskaper i landets officiella språk är en av orsakerna till denna situation men också traditionen att låta barn arbeta inom sina föräldrars affärsverksamhet på marknader, gator o.d.

När det gäller representation på den politiska nivån kan man konstatera att uigurerna är representerade i politiken. I de västra delarna av landet (där flest uigurer bor) finns det uiguriska medlemmar i den lokala administrationen och nationellt finns det en uigurisk medlem i senaten. Men i allmänhet kan det konstateras att uigurerna i lägre grad får ledande positioner i olika myndigheter och regeringsorgan. Språket anses utgöra ett hinder för uigurer att kunna bli mera jämlika med kazaker.

”Polisbrutalitet och poliskorruption, våldshandlingar och våldtäkter samt förföljelse av politiska oliktkänkande är ett problem som drabbar alla oavsett etnicitet.” UNICEF betraktar inte uigurernas situation som särskilt alarmerande och har därför inte fört särskild statistik eller skapat särskilda projekt för barnen inom denna minoritet.

Om uppgivenhetssymtom

Ingen av intervjupersonerna hade någon kännedom om ett tillstånd som liknade det som råder bland asylsökande barn med uppgivenhetssymtom i Sverige. Enligt landets chefspediatriker kan det inte heller bekräftas att det finns särskilda problem som är kopplade till den uiguriska minoriteten. De instanser som hade haft en lång erfarenhet av att arbeta med tjetjenska flyktingar som hade flytt kriget i Tjetjenien och sökt asyl i Kazakstan hade inte heller erfarenhet av liknande tillstånd. PTSD påstås inte vara ett vanligt förekommande problem inom psykiatrin med förklaringen att inga större traumatiserande händelser i form av krig eller naturkatastrofer har förekommit i landet de senaste decennierna. Det som kan finnas är stressande händelser inom familjen som uppstår exempelvis på grund av byte av bomiljö, byte av skolmiljö, överkrav från föräldrarnas sida på barnen för att få toppbetyg m.m.

Slutsatser

Varken litteraturöversikten eller intervjuerna under fältbesöken ger någon förklaring till varför just medborgare från de länder som var

överrepresenterade i statistiken över asylsökande barn med uppgivenhetssymtom skulle vara särskilt drabbade.

Avseende det politiska, sociala och ekonomiska läget skiljer sig inte länderna i fråga avsevärt från många andra länder. Förvisso förekommer brott mot demokratiska principer och mänskliga rättigheter i olika grad, men detta är inte heller unikt eller särskilt anmärkningsvärt i dessa länder jämfört med många andra länder. Åtminstone erkänner nästan alla dessa länder demokratiska principer och mänskliga rättigheter – bland dem minoriteternas rättigheter – i sina grundlagar. En del av länderna, t.ex. Kazakstan och Kirgizistan, har haft regimer som är förhållandevis mer demokratiska än i många andra länder vars medborgare sökt asyl i Sverige, och en del andra – Azerbajdzjan (men även Kazakstan) – har åtnjutit en betydande ekonomisk tillväxt under de senaste åren.

Varken i de aktuella länderna i Kaukasus eller Centralasien finns det bevis för en systematisk diskriminering och förföljelse av minoriteter. Emellertid kan inte förekomsten av enskilda fall av diskriminering och trakasserier uteslutas. Den minoritetsgrupp från Centralasien som varit överrepresenterad i statistiken över asylsökande barn med uppgivenhetssymtom, nämligen uigurerna, utgör en liten grupp i dessa länder (1 % i Kirgizistan och 1,4 % i Kazakstan). Det finns inga uppgifter om att uigurer som är medborgare i de aktuella länderna är särskilt utsatta för diskriminering eller systematiskt förtryck – uiguriska flyktingar från Kina har en annan situation.

Förvisso har romer (en annan minoritetsgrupp som var överrepresenterad i statistiken) en annan situation i både Serbien och Kosovo. Diskriminering och trakasserier hör till romernas vardag.

Inget av de aktuella länderna har sedan 2002 (tidpunkten för den snabba ökningen av antalet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom i Sverige) upplevt naturkatastrof, krig eller större väpnade konflikter (Kazakstan och Kirgizistan har sedan självständigheten 1991 aldrig upplevt krig, kriget i Azerbajdzjan tog slut för mer än 10 år sedan). Serbien och Kosovo drabbades av krig och konflikter under 1998–2001.

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

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

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

Delstudie 2 – Komparativ studie av asylprocessen i tre nordiska länder

Den svenska asylpolitikens ambivalens

I denna delstudie undersöks eventuella samband mellan asylprocessen i Sverige och förekomsten av problemet genom en jämförande studie om asylprocessen i tre nordiska länder: Norge, Danmark och Sverige. Syftet är att identifiera eventuella faktorer som är utmärkande för den svenska asylprocessen.

Flera olika faktorer kan påverka en asylsökandes förväntningar och beteenden under asylprocessen. Bland annat kan ett lands signaleringsstrategi (Brekke 2004a) och asylprövningsrutiner nämnas. Den första handlar om det sätt på vilket ett land "väljer" att skapa bilden av sig självt som asylland och den andra om de lagar, regler, attityder och möjligheter som påverkar asylprocessen.

Beträffande den första faktorn menar Brekke att "the manipulation and management of a country's reputation as a soft or hard destination country can be as important as making actual changes in the control regime" (a.a. sid. 24). Sverige har traditionellt setts som ett land med en generös och humanistisk attityd gentemot flyktingar. Den uppmärksamhet och det engagemang som såväl regeringspartierna som oppositionen ägnat problemet med asylsökande barn som visat uppgivenhetssymtom är ett exempel på djupet av det stöd som finns hos svenska politiker för den humanistiska sidan av flyktingpolitiken.

De personer som av olika skäl tvingas eller väljer att överge sitt land och söka asyl i ett annat land är väl medvetna om och beaktar i sitt val av destinationsland mottagarländernas förutsättningar att ta emot asylsökande. De odlar därför olika förväntningar på sina möjligheter i dessa länder. Intervjuerna såväl i Sverige som i de länder som besöktes inför denna studie bekräftar denna uppfattning. Till exempel ställdes frågan till representanten för en invandrarförening om varför en del barn från hans hemland visar så starka reaktioner vid ett avslagsbeslut som att hamna i ett uppgivenhets-

tillstånd i Sverige medan detta beteende och dessa reaktioner inte förekommer i andra europeiska länder, blev svaret: ”Därför att vi anser att Sverige är ett snällt land och att vi inte förväntar oss att de beter sig på samma sätt som andra europeiska länder.” Intervjuer som genomfördes i barnens ursprungsländer visade också att det finns en stor medvetenhet om olika länders asylpolitik och attityder i frågan bland presumtiva asylsökande. Till exempel nämnde representanten för en minoritetsgrupp i Kirgizistan att medlemmar av hans grupp har blivit avskräckta av kravallerna i Parisförorterna och blivit mera intresserade av att söka asyl i nordiska länder. I ett annat land uppgav en lokal expert att det inom stora grupper (ofta bland urban medelklass) i landet finns ganska goda kunskaper om asylregler och asyلفörmåner i Sverige.

En jämförelse mellan Sverige, Norge och Danmark visar att med hänsyn tagen till a) mängden av asylansökningar per land, b) mängden av behandlade asylärenden och c) andelen beviljade uppehållstillstånd framstår Danmark som det mest restriktiva asyllandet följt av Norge. Sverige ligger på den andra sidan av axeln som det mest generösa asyllandet bland de tre jämförda nordiska länderna även om man har konstaterat en hårdare asylpolitik sedan början av 1990-talet – Sverige har ställt hårdare krav på identitetshandlingar samt inkluderat begrepp som repatriering och återvändande i asylpolitiken (Brekke 2004a sid. 25). Denna slutsats stöds av det faktum att andelen asylsökande som sökte asyl i Sverige stadigt har ökat (från 41 % av alla dem som sökt asyl i Sverige, Norge och Danmark år 2000 till 60 % år 2003), medan färre personer har sökt asyl i Danmark (31 % år 2000 jämfört med 9 % år 2003). Söktrycket i Norge har under denna period varit nästan oförändrat (Brekke 2004a).

Den andra faktorn som påverkar asylsökandes beteende och förväntningar består som tidigare framhållits av alla de villkor och förutsättningar som ett land erbjuder under väntan i asylprocessen, från den stund de sökande anländer till landet tills ett beslut om avslag eller uppehållstillstånd är taget av migrationsmyndigheterna. Det handlar om allt från rättigheten att vara självförsörjande på arbetsmarknaden till möjligheter när det gäller språkundervisning. Boendeformer, t.ex. möjlighet till egen bostättning eller påtvingat boende på förläggning, samt tillgången till ekonomiskt stöd och rättshjälp kan nämnas bland andra viktiga faktorer som kan påverka attraktionskraften hos ett mottagarland.

Viktigt i detta sammanhang är vilka möjligheter som ett land erbjuder de asylsökande att överklaga ett beslut.⁹ I Sverige har möjligheten att lämna in en ny ansökan om ”nya omständigheter” uppkommit i asylärendet lett till långa handläggningstider, vilka vållat stor frustration bland såväl de asylsökande som de tjänstemän som är involverade i asylprocessen. Samtidigt har omprövningsmöjligheten gett upphov till förhoppningar – ofta falska – om att alla/de flesta asylsökande får uppehållstillstånd i slutändan, bara man är ihärdig nog under den långa processen och utnyttjar alla medel som står en till buds. Å andra sidan har möjligheten att förnya sin ansökan lett till att de asylsökande tenderar att inte ta Migrationsverkets första avslagsbeslut på allvar. Det första avslagsbeslutet betraktas ofta som ett första obligatoriskt led eller en tom rutin i spelet om uppehållstillstånd. Brekke (2004a:26) menar att det svenska systemet för ny ansökan har varit en självuppfyllande profetia eftersom väntetiden har producerat anledningar till att få ett uppehållstillstånd, vilket har givits av humanitära skäl. Detta eftersom de flesta anledningar som uppgetts som ny grund har handlat om hälsoproblem som ofta uppstått till följd av vad det inneburit att vistas som gömd i Sverige. I slutändan handlar det om överlevnadsstrategier där personliga risktaganden faktiskt kan resultera i ett uppehållstillstånd. Om detta sker under en lång och slitsam process, med ökad personlig stress och ohälsa, hur ser då tilltron ut till det svenska samhället vid ett eventuellt uppehållstillstånd? Frågan är också på vilket sätt detta påverkar individens och familjens strategier inför framtiden?

Samtidigt menar Brekke att all asylpolitik karaktäriseras av en ambivalens; avvisning eller integration, mjukhet mot hårdhet, godhet och humanism gentemot en gränskontrollerande politik. Det handlar om en policy som samtidigt förbereder för integration och för repatriering. Denna ambivalens är något starkare i svensk asylpolitik där man ger starka signaler om en eventuell integrering genom bl.a. språkundervisning och orientering mot arbetsmarknaden samtidigt som man låter dörren för en avvisning alltid stå på glänt. Med andra ord förväntar man sig att de asylsökande ska vara beredda på att medverka i ett ”frivilligt återvändande”¹⁰ samt att de

⁹ I syfte att inte Europas stater ska hantera denna fråga hur godtyckligt som helst, finns sedan 2003 ett s.k. mottagningsdirektiv som anger minimigränserna för den nationella standard när det gäller mottagning av asylsökande som medlemsstaterna ska ha (Directive 2003/9/EC).

¹⁰ Faktum är att hela terminologin för att tala om avslagsbeslut och avvisningsprocedur kan ses som ett uttryck för svensk ambivalens, t.ex. begreppet *frivilligt återvändande* (avvisning).

ska se sin tid och sin medverkan i språkundervisning eller yrkesutbildning som tillgångar som de senare kan använda antingen som ett startkapital för livet i Sverige eller som investeringar inför framtiden i sitt hemland. Dock leder denna svenska satsning på ”orientering, kvalificering och integrering” till ”disorientering, diskvalificering och disintegration” enligt Brekke (2004b).

För att ytterligare utröna potentiella skillnader mellan asylprocessen i Sverige, Norge och Danmark samt för att kunna identifiera eventuella faktorer i den svenska asylprocessen som kan ha gett upphov till uppgivenhetsymtom hos en del asylsökande barn under åren 2000–2005 gav Maria Appelqvist, sociolog och migrationsforskare vid Malmö högskola, uppdraget att genomföra en komparativ studie av dessa tre länders asylprocesser. En förkortad sammanfattning av denna studie återges i nästa avsnitt.

En jämförelse mellan asylprocessen i tre nordiska länder¹¹

Ankomsten

Vid ankomsten till Sverige lämnar personer in sin ansökan om asyl hos Migrationsverket som kontrollerar identitet samt fastställer familjebilden och resvägen. I Norge och Danmark är det i stället polisen som tar emot sådana ansökningar. Det är polisens uppgift att utreda nationalitet, identitet samt resväg.

Asylskäl

Personer som faller in under FN:s flyktingkonvention från 1951 har i samtliga tre länder rätt till asyl som konventionsflyktingar. Den nationella lagstiftningen refererar till eller citerar konventionens första artikel som säger att en flykting är en person som har en välgrundad fruktan för förföljelse med anledning av ras, religion, nationalitet, tillhörighet med viss social grupp eller politiska åsikter och som därför befinner sig utanför det land där man är medborgare.

¹¹ Avsnittet är ett utdrag ur Maria Appelqvists redovisning av sitt uppdrag inom detta forskningsprojekt.

Sverige

Förutom att utlänningslagens tredje kapitel definierar flyktingars rätt till asyl lämnar den också utrymme för skyddsbehövande utifrån tre olika kategorier: de som har starka skäl att vara rädda för exempelvis dödsstraff eller tortyr, de som behöver skydd på grund av krig eller miljökatastrof i sitt hemland, samt de som är rädda att bli förföljda på grund av sitt kön eller sin homosexualitet.

Personer som har starka humanitära skäl kan också få ett uppehållstillstånd i Sverige i enlighet med utlänningslagens andra kapitel (5 §). Det gäller till exempel den som lider av någon livshotande sjukdom som han eller hon inte kan få behandling för i hemlandet.

Från och med den sista mars 2006 gäller en ny utlänningslag i Sverige (SFS 2005: 763). Den nya lagen ersätter termen humanitära skäl mot ”synnerligen ömmande omständigheter” och anger att vid bedömningen ”skall särskilt beaktas utlänningsens hälsotillstånd, anpassning till Sverige och situationen i hemlandet” (5:6, 1st). När det gäller barn kan det beviljas uppehållstillstånd för omständigheter som inte behöver ha ”samma allvar och tyngd som krävs för att tillstånd skall beviljas vuxna personer” (5:6, 2 st).

Upphållstillstånd kan också beviljas om det skulle vara humanitärt angeläget. Vid bedömningen av detta beaktas huruvida avvísning- eller utvisningsbeslut inte kan verkställas till hemlandet med tvång, eller att verkställigheten inte bör ske med tanke på barns sociala situation eller anknytning till Sverige. Avgörande är om personen kan visa att han eller hon vistats i Sverige under en lång och sammanhängande tid. Vid prövningen beaktas ”särskilt om utläningen gjort sig skyldig till brottslighet eller brottslighet i förening med annan misskötsamhet”. (2005/06:SfU5).

Norge

Den norska utlänningslagen öppnar också upp för andra personer än flyktingar, nämligen de som har behov av skydd på flyktingliknande grunder. Föreskrifterna (Utlendingsforskriften) slår fast att myndigheten ska undersöka om det finns starka mänskliga hänsyn som talar för att uppehållstillstånd ska beviljas i situationer när asylsökande inte uppfyller de villkor som talar för asyl. Detta betyder att myndigheten prövar om ”opphold på humanitært grunnlag” kan ges om inte asyl kan beviljas. Skillnaden handlar ofta om graden av allvaret i den förföljelse som individen fruktar. I vissa situationer kan det ges uppehållstillstånd därför att andra starka

mänskliga hänsyn och humanitära grunder talar för detta. I dessa fall finns inte en rätt till uppehållstillstånd, men det kan ges efter en helhetsvärdering där även invandringspolitiska hänsyn beaktas. Sammantaget faller dessa bedömningar (på grund av starka mänskliga hänsyn och på grund av behov av skydd för flyktingliknande skäl) under kategorin humanitära grunder/uppehållstillstånd. Ensamkommande barn som vid beslutstillfället är minderåriga och som riskerar att stå utan en vårdnadshavare vid ett återvändande kan också få uppehållstillstånd av humanitära skäl.

Danmark

För att få asyl ska man uppfylla villkoren i relation till utlänningslagens sjunde kapitel som hänvisar till konventionsstatus. Härutöver lämnas utrymme för det som sedan 1 juli 2002 har kommit att kallas för ”beskyttelsestatus”, s.k. B-status, vilken ersatte tidigare de facto-flyktingbegrepp. Beskyttelsestatus gäller för personer som inte faller in under Flyktingkonventionens definition, men för anledningar som är liknande dem som är listade i konventionen och för vilka den sökande riskerar dödsstraff, tortyr, omänsklig eller nedvärderande behandling eller straff vid återvändande till hemlandet (UtlL7:2). Danmark ger tillstånd främst i enlighet med flyktingstatus. Beviljande av humanitära skäl är mycket ovanligt.

Asylprocessen

I varje land finns det handläggningsrutiner för ”snabba” och ”tidskrävande” ärenden. I Sverige skiljer man mellan korta och långa ärenden. *Korta ärenden* resulterar ofta i direktavvisningar (t.ex. i enlighet med Dublinförordningen – personer som sökt asyl i ett annat EU-land ska sändas tillbaka dit, eller i enlighet med utlänningslagen 8:8 – återvändande till hemlandet). Verkställigheten sker omedelbart och den sökande har inte rätt att invänta svaret på sitt överklagande i Sverige (såvida inte Utlänningsnämnden meddelat inhibition av den omedelbara verkställigheten). *Långa ärenden* innebär att ärendet går vidare till asylenheten för vidare utredning. Den sökande är nu inne i vad som kallas för normalprocess.

I Norge handläggs ärenden som bedöms innehålla ”uppenbart grundlösa skäl” (antatt grundlösa saker) eller ”uppenbart goda skäl” (antatt godt begrunde saker) snabbare, medan i ”ordinära ärenden” genomgår sökanden en grundligare utredning.

I Danmark skiljer man mellan inresta asylsökande (de som av olika anledningar, t.ex. med hänvisning till Dublinförordningen, inte går vidare i asylprocessen) och registrerade asylsökande vars sak prövas i Danmark. När Utlänningsstyrelsen avgjort att den sökande har rätt att få sitt ärende prövat är personen inne i den s.k. normalproceduren.

Kortare handläggning – snabb avvisning

Sverige

I Sverige sker verkställigheten i direktavvisningsärenden omedelbart och den sökande har inte rätt att invänta svaret på sitt överklagande i Sverige (såvida inte Utlänningsnämnden meddelat inhibition av den omedelbara verkställigheten).

Norge

Den 1 januari 2004 infördes en snabbare asylprocedur som innebär att Utlänningsdirektoratet (UDI) inom loppet av 48 timmar ska intervjua och fatta beslut i s.k. grundlösa asylärenden. Sökande som synes ha behov av skydd tas ut ur 48-timmarproceduren och förs över till normal procedur för en mer genomgående utredning. Sökande som bedöms som uppenbart grundlösa bor kvar i transitmottagandet i avvaktan på avvisning.

Danmark

Om ärendet hänvisas till processen för *uppenbart grundlöst* skickas detta till Dansk flyktinghjälp som ger ett utlåtande i ärendet. Om Dansk flyktinghjälp är oenig så sker normalt sett ett avslag, men ärendet blir skickat vidare för prövning hos Flyktingnämnden. Vissa ärenden bedöms till proceduren för *särskilt hastande och uppenbart grundlösa*. Om Dansk flyktinghjälp är enig får den sökande avslag och sätts i avvissningsprocedur. Detta beslut kan inte överklagas – avvisning sker inom några dagar.

Längre handläggning

Sverige

Om det finns anledningar till att det ska bli ett avslag på asylansökan, tilldelas den sökande ett juridiskt ombud som får betalt av

Migrationsverket. Om ansökan avslås kan den sökande överklaga beslutet till Utlänningsnämnden som slutgiltigt avgör ärendet.¹² Om Utlänningsnämnden avslår överklagandet ska personen lämna Sverige. Migrationsverket kan bistå med hjälp såsom betalning och anordning av hemresan. Om personen inte vill medverka till att resa hem, lämnas ärendet över till polisen. Preskriptionsregeln meddelar att ”beslut om avvisning eller utvisning, som inte har meddelats av allmän domstol, upphör att gälla, om det inte har verkställts inom fyra år från det att beslutet vann laga kraft” (UtlL 8:15). Detta betyder att personer som hållit sig kvar i landet har kunnat lämna in en så kallad ny ansökan till Utlänningsnämnden. Under tiden som man väntar på besked i sitt asylärende kan man välja att antingen hyra bostad på egen hand/bo hos någon man känner eller bo i någon av Migrationsverkets hyrda lägenheter, s.k. anläggningsboende. Under väntetiden har de sökande en rätt till dagersättning om de saknar egna medel. Dagersättningen är en form av bistånd som kräver motprestation från den sökandes sida. Därför ska asylsökande delta i den organiserade verksamhet som finns av olika slag, exempelvis svenskundervisning, data, engelska, praktik eller någon annan sysselsättning. Den sökande ska också hålla sig tillgänglig för att underlätta utredningen samt ”medverka till åtgärder som är nödvändiga för att beslut om avvisning eller utvisning skall kunna verkställas” (MIFS 2003:10). Om ärendet hos Migrationsverket beräknas ta längre tid än fyra månader har asylsökande personer rätt till ett undantag från kravet på att ha ett arbetstillstånd i Sverige (s.k. AT-UND).

Norge

Asylsökande vars ärenden blir överförda till normal beslutsgång flyttas över till ett ordinarie mottagningscenter. Här har de rätt att bo under tiden som de väntar på besked i ärendet. Det finns också många asylsökande som väljer att finna bostad på egen hand. Vid ett avslagsbesked ska individen återvända och även medverka till detta. I situationer när så inte sker, mister individen sedan den 1 januari 2004 sin plats på mottagningscentret. Eftersom många asylsökande trots ett avvisningsbesked av olika anledningar har

¹² Till följd av riksdagsbeslut den 14 september 2005 bestämdes en ny instans- och processordning i Sverige. Detta innebar att Utlänningsnämnden avvecklades den 30 mars 2006 och att överprövning av beslut enligt utlänningslagen, som samtidigt ersatts med en ny utlänningslag, och lagen om svenskt medborgarskap från och med den 31 mars 2006 hanteras av tre migrationsdomstolar inom länsrätterna i Stockholm, Malmö och Göteborg. En Migrationsöverdomstol vid Kammarrätten i Stockholm är slutinstans.

kommit att bli kvar i Norge, har detta inneburit en påfrestning för kommunerna. Samhället har ett ansvar för att ingen svälter eller fryser ihjäl. Den norska staten har således bestämt sig för att ta på sig ansvaret att säkra nödhjälpsplikten för denna grupp. Därför kommer från 2006 ett statligt utresecenter att etableras, så att asylsökande med avslagsbesked där kan få tak över huvudet till dess att ett återvändande kan ske. Sedan den 1 januari 2005 ges fri rättshjälp utan behovsbedömning till samtliga sökande som fått ett avslagsbesked på sin asylansökan. Avslag som överklagas ses över en andra gång av UDI. Om det inte finns grund för att ändra beslutet skickas ärendet vidare till behandling i Utlänningsnämnden (Utländingsnemnda) som har till uppgift att överpröva UDI:s beslut i utlänningsärenden.

Danmark

Om den sökande får avslag så ska personen omedelbart utresa från Danmark. Det finns dock rimliga möjligheter att förbereda sig på detta. Exempelvis tas det hänsyn till om den sökande lider av akut sjukdom, är höggravid eller just har fött barn innan avslaget. Enigt avslag betyder att det inte finns flera möjligheter att överklaga för den sökande. Om individen inte medverkar frivilligt sköter polisen denna uppgift. Sökande som väntar på ett besked i sitt ärende vistas i ett asylcenter under huvudmannaskap av Danska Röda Korset och Beredskapsstyrelsen. I vissa fall kan asylsökande också bo privat. Under 2004 drogs det finansiella stödet in till asylsökande med avslagsbeslut som inte samarbetar kring sitt återvändande. För sökande som bodde i mottagningscenter utan catering ersattes det ekonomiska stödet under perioden 1997–2005 med matboxar. Anledningen var att man bättre skulle kunna styra ersättningen för asylsökande personer mot mat och logi och inte till utgifter för underhåll.

Ländernas specifika betoningar

Sverige

Att den sökande kan stärka sin trovärdighet är viktigt för utgången i asylärendet. Enligt ett regeringsbeslut från 1991 är det faktum att individen saknar både pass och resehandlingar grund för förmodan att denne undanhåller uppgifter av väsentlig betydelse, vilka anses nödvändiga för att få ett uppehållstillstånd i Sverige (reg. 37–91).

Utan pass och identitetshandlingar anses man helt enkelt inte som trovärdig. Likaså erinrar ett regeringsbeslut från 1997 om de sökandes upplysningsskyldighet (reg. 74–97). Att kunna visa på sin identitet är viktigt för trovärdigheten. Under 2005 saknade 91 %¹³ av de sökande passhandlingar, vilket kan jämföras med 1996 när andelen utan pass utgjorde 34 % (prop. 2003/2004, s. 15). Detta utgör stora svårigheter för bedömningen men också när det gäller verkställigheten av ärenden. Ett vägledande regeringsbeslut från 1991 stipulerar att den omständigheten att en asylsökande vid ankomsten till Sverige saknade såväl pass som vissa resehandlingar har i ett fall ansetts inte kunna ge anledning till annan slutsats än att den asylsökande undanhållit omständigheter av väsentlig betydelse för bedömningen av hennes rätt att få skydd här (reg. 37–91).

Att inte ha identitetshandlingar anses alltså påverka trovärdigheten. Tilltron till de uppgifter som lämnats förmodas därför minska. Regeringen har gett uttryck för att innehav av handlingar är nödvändiga för ett snabbt beslut. Detta är inte minst viktigt om den sökande riskerar förföljelse eller är i behov av skydd, eftersom ett snabbare beslut gynnar integreringen i det svenska samhället (prop. 2003/04:50, s. 17).

Norge

UDI svarar för att de nödvändiga mottagningsplatserna finns tillgängliga, vilket sker via offentlig upphandling. Asylmottagningarna drivs av olika typer av aktörer efter avtal med UDI: kommuner, frivilligorganisationer och privata initiativ.

I Norge har det särskilt uppmärksammats att det fanns sökande med psykiska problem till följd av upplevelser före och under flykten. Under 2005 har det därför införts särskilda åtgärder för att stärka mottagningsavdelningarna med en högre bemanning vid fyra särskilda enheter. På detta vis har man kunnat rikta sig till en målgrupp av personer med psykiska problem som inte har kvalificerat sig för inläggning på sjukhus eller psykiatrisk klinik. Dessa personer har fått erbjudande om att vistas i en förstärkt mottagningsenhet.

Danmark

Den politiska ledningen från 2001 införde en rad incitament som har kommit att uppfattas som restriktiva åtgärder gentemot

¹³ Migrationsverkets årsredovisning 2005.

invandrare generellt och asylsökande specifikt. Detta ledde till en halvering av andelen asylsökande till Danmark mellan åren 2001 och 2002, från dryga 12 000 till 6 000 sökande. En asylsökande har inte rätt att arbeta i Danmark, såvida det inte finns ett uppehålls- eller arbetstillstånd. Om ett uppehållstillstånd beviljas av asylskäl, ges detta under en ettårsperiod som kan förlängas två gånger. Efter en period av tre års bosättning finns det möjlighet att söka permanent uppehållstillstånd. Till följd av 1998 års tillägg till utlänningslagstiftningen ges dessa tillstånd inte längre per automatik utan är relaterade till att individen uppvisar prov på att denne lyckats med sitt ”integrationsprogram”. De som inte möter dessa krav får sitt temporära tillstånd förnyat och kan söka ett permanent igen vid ett senare tillfälle. Vuxna sökande tecknar ett kontrakt med det asylcenter där han eller hon är inskriven. Av kontraktet framgår vilken undervisning som den sökande ska följa och vilka arbetsuppgifter som personen ska utföra på asylcentret. Om kontraktet inte hålls kan Utlänningsstyrelsen sätta ned det kontanta stödet.

Slutsatser

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

Förhoppningsvis kommer denna situation att påverkas i rätt riktning i den nya processordningen och utlänningslagen vilka trätt

i kraft den 31 mars 2006. Förutom åtgärder för att nå fram till ett snabbare beslut såsom fastställanden av tydligare och oförhandlingsbara kriterier bl.a. för att bevisa identitet, landsspecifika regler, snabba rutiner för direktavvisning är det viktigt att skapa möjligheter för en meningsfull tillvaro under väntetiden. Detta kräver samverkan mellan olika aktörer – migrationsmyndigheter, socialtjänsten, sjukvården, kommuner samt frivilliga organisationer.

Delstudie 3 – Barnens/familjernas upplevelser av och samhällets syn på problemet

Den tredje delstudien syftade till att belysa olika uppfattningar, erfarenheter och synpunkter på problemet. För att uppnå detta syfte genomfördes intervjuer med olika kategorier, aktörer i det offentliga rummet samt barnen och familjerna. Intervjupersonerna valdes så att de skulle representera såväl systemvärlden som livsvärlden (Habermas 1987). De offentliga biträdena (det juridiska perspektivet) tillsammans med handläggare från Migrationsverket (lagen/myndighetsperspektivet) å ena sidan och representanter från vården å andra sidan återspeglade det officiella/offentliga Sveriges perspektiv medan familjerna själva och företrädare för invandrarföreningar stod för det privata Sveriges/livsvärldens perspektiv.

Tillvägagångssätt för intervjuerna med familjer

Från början var tanken att Stockholm skulle utgöra basen för rekryteringen av familjerna för intervjuer, eftersom en absolut majoritet av fallen (drygt 40 %) under 2003–2005 hade förekommit i denna region. För övrigt valdes orter för intervjuerna dels utifrån överrepresentation av en viss grupp på dessa orter, dels beroende på praktiska möjligheter att få tag på personer som var villig att ställa upp för intervju.

Ambitionen var att intervjua ett större antal familjer (ca 15–20 familjer). Vissa omständigheter gjorde det dock svårt att uppnå denna ambition. En del av förklaringen kan kanske vara vårdens benägenhet att ”skydda” sina patienter från omvärlden. Detta trots att de presumtiva intervjupersonerna själva skulle få bestämma om de ville medverka i undersökningen eller inte efter att ha tagit del av informationsmaterialet och undersökningens syfte. En annan faktor som eventuellt kan ha begränsat möjligheterna att få tag på intervjupersoner var att de flesta presumtiva intervjupersonerna befann sig i en prekär situation. Osäkerheten i asylsituationen gör

att en del asylsökande i förhållande till nya personer och nya händelser kan känna både misstro och förhoppning om att det kan ha betydelse för utgången av deras asylansökan. Därmed kan deras grad av försiktighet öka. Det faktum att jag själv hade kommit till Sverige som politisk flykting och att vår familj inklusive min då ett-åriga son hade gått igenom samma asylprocess som de gör i dag bidrog emellertid till att jag kunde etablera en förtroendefull relation till familjerna.

Olika BUP-enheter över hela landet samt Migrationsverkets lokala kontor bidrog till att sprida informationen bland familjerna. Flera informationsmöten för behandlarna på olika BUP-enheter anordnades, där såväl syftet med studien som intervjuernas innehåll och form presenterades. Vid ett medgivande till medverkan fick jag kontakt med intervjupersonerna. Familjerna själva bestämde tid och plats för intervjun. I flera fall organiserades intervjuerna på så sätt att barnets behandlare vid barn- och ungdomspsykiatri kunde vara med barnet under hela den tid som intervjun pågick med föräldern/föräldrarna. Familjerna fick också själva bestämma vem/vilka inom familjen som skulle intervjuas.

Syftet med alla försök att tillmötesgå familjerna så mycket som möjligt var att minimera påfrestningarna för en grupp som redan var utsatt. Resultatet blev att det var motiverade och medvetna familjer som helhjärtat deltog i studien och betraktade det som en positiv erfarenhet. Alla intervjuer genomfördes med hjälp av tolk. Efter de första intervjuerna och med hänsyn till intervjupersonernas önskemål fördes anteckningar i stället för att spela in samtalen.

Efter att ha genomfört 10 intervjuer gjorde jag bedömningen att intervjuerna började uppnå mättnadspunkten (Bernard 1998; Patton 1990). När forskaren anser att hon/han har fått tillräckligt med information för att förstå ett fenomen har mättnadspunkten uppnåtts. "När den insamlade informationen inte längre ger nya insikter eller ny förståelse är detta en signal att fältarbetet kan avslutas. Om det går att gissa vad respondenten kommer att göra eller säga i en given situation har troligen mättnad uppnåtts" (Depoy & Gitlin 1999, sid. 332–333). Även om fortsatta intervjuer skulle kunna generera ny information om t.ex. familjernas unika historia eller deras asylskäl, så bedömdes att mättnadspunkten för forskningsfrågorna hade uppnåtts efter tio intervjuer med föräldrar, några syskon till de aktuella barnen samt några barn som hade visat uppgivenhetssymtom men som nu återhämtat sig. Vi började se nästan samma mönster upprepas i intervjuerna och det gick att

förutse vad intervjupersonerna skulle säga om hur barnet hamnade i uppgivenhetstillståndet, hur samhällets insatser fungerade och vad som ledde till barnens tillfrisknande. Vidare måste påpekas att det aldrig var studiens syfte att generalisera resultaten av intervjuerna med familjerna till att omfatta alla. Den syftade snarare till att förstå hur intervjupersonerna upplevde sin situation och förklarade det som hade drabbat dem och deras familjer.

Intervjuerna var upplagda att vara flexibla och öppna. En rad förbestämda frågor ställdes till intervjupersonerna (bilaga 4). Det var samtidigt möjligt att anpassa och förändra intervjuguiden utifrån intervjupersonernas svar och beroende på kontexten. Nya följdfrågor tillkom alltid baserade på intervjupersonernas svar, nya teman kunde uppstå och frågor som kändes för känsliga kunde utelämnas. Ändå innehöll intervjuerna flera frågor som kunde upplevas som känsliga. Uppgiften var att bedöma varje enskild intervjupersons situation och tillstånd då intervjun genomfördes för att bestämma vilka frågor som skulle ställas eller utelämnas. Detta utifrån det etiska övervägandet att deltagandet i studien inte skulle leda till att intervjupersonerna kände sig sämre än vad de gjorde före intervjuerna. Det fanns också en risk för att hela intervjusituationen kunde avslutas abrupt om starka känslor väcktes. Vid ett par tillfällen började intervjupersonerna gråta men valde själva att fortsätta intervjun.

Språket har varit viktigt i denna studie. Alla intervjuer genomfördes med hjälp av tolk. För intervjupersoner som kom från f.d. Sovjetunionen anlätades rysktalande tolkar oavsett intervjupersonernas egna modersmål. Detta för att det inte alltid var lätt att hitta kvalificerade tolkar som kunde alla lokala språk (uiguriska, azeriska m.fl.). Eftersom alla vuxna som kommer från f.d. Sovjetunionen och som har en grundutbildning i princip kan ryska, bedömdes att användningen av rysktalande tolkar inte skulle utgöra något problem för studien. Romska och serbiska språken användes för intervjuer med personer som kom från f.d. Jugoslavien.

Min bedömning var att medvetenheten var tillräcklig om de utmaningar som situationen, med flera olika språk inblandade, kunde ge upphov till. Därför har vi noggrant följt upp och försökt att få preciseringar till de svar som kändes otydliga samtidigt som citaten från intervjupersonerna hanterats med försiktighet.

Intervju med familjerna

Totalt genomfördes 10 intervjuer med familjer till barn med uppgivenhetssymtom under månaderna februari och mars 2006 i fyra städer i Norra-, Mellan- och Sydsverige.¹⁴

Tre familjer kom från Uzbekistan (båda föräldrarna i alla tre familjerna var etniska uzbeker), tre familjer från Serbien (båda föräldrarna i alla tre familjerna var romer), en familj från Kirgizistan (båda föräldrarna var uigurer), en familj från Azerbajdzjan (båda föräldrarna var azerier), en familj från Ukraina (båda föräldrarna tillhörde en religiös minoritet i Ukraina) och en familj från Ryssland (pappan var ryss och mamman rysk judinna). Hälften av familjerna tillhörde medelklassen i sitt hemland och hade enligt egna uppgifter ganska god ekonomi. Föräldrarna i de resterande fem familjerna var antingen arbetslösa eller hade haft tillfälliga jobb i sitt hemland. Föräldrarnas utbildningsnivå var varierande, ett fåtal hade eftergymnasial utbildning, en förälder var total analfabet och resten hade genomgått minst den obligatoriska grundskolan i hemlandet. Av de 16 vuxna i familjerna tillhörde drygt hälften minoriteter i sitt hemland.

Föräldrarnas ålder varierade mellan 30 och 48 år. I sex familjer levde båda föräldrarna tillsammans med ett/flera barn, medan de resterande fyra familjerna bestod av ensamma mammor (två av dem väntade på att männen skulle återförenas med dem i Sverige). Antalet barn i familjerna varierade mellan ett och fem. Totalt fanns det 11 barn som visat/visar uppgivenhetssymtom i de tio intervjuade familjerna. Barnens ålder och antalet syskon i familjerna framgår av tabellen nedan. Barn med uppgivenhetssymtom visas med fetstil.

¹⁴ En utförlig redovisning av intervjuer med varje familj presenteras i bilaga 5.

Tabell 9 De intervjuade familjerna och deras barn

Familjer	Antal pojkar/ålder	Antal flickor/ålder
Familj nr 1	1 (16 år gammal)	1 (19 år gammal)
Familj nr 2	1 (14 år gammal)	0
Familj nr 3	1 (12 år gammal)	0
Familj nr 4 (OBS två barn)	2 (22 och 18 år gamla)	1 (14 år gammal)
Familj nr 5	1 (13 år gammal)	0
Familj nr 6	0	3 (12, 7 och 5 år gamla)
Familj nr 7	2 (9 och 5,5 år gamla)	1 (7 år gammal)
Familj nr 8	4 (13, 12, 7 och 1,5 år gamla)	0
Familj nr 9	1 (10 år gammal)	4 (14, 9, 7, och 3 år gamla)
Familj nr 10	1 (16 år gammal)	0

Av tabellen ovan framgår att det yngsta barnet med uppgivenhets-symtom i intervjumaterialet var 9 år och det äldsta 16 år. Tre av de aktuella barnen var flickor och sju pojkar.

Tabell 10 Familjernas status i migrationsprocessen

Familjer	Ankomst till Sverige	Migrationsstatus
Familj nr 1	2005	PUT ¹⁵ – jan 2006
Familj nr 2	2003	TUT ¹⁶ tom nov 2006
Familj nr 3	2003	TUT tom nov 2006
Familj nr 4	2002	PUT – jan 2006
Familj nr 5	2003	Väntar på beslut
Familj nr 6	Första gången 2003, andra gången 2005	PUT 2006
Familj nr 7	1998	Väntar på beslut
Familj nr 8	2000	PUT – feb 2004
Familj nr 9	2003	PUT – sep 2005
Familj nr 10	2000	PUT – aug 2005

I fem intervjuer deltog mödrarna i familjen, i tre fäderna och i två intervjuer deltog båda föräldrarna. I en av familjerna genomfördes samtal med de yngre syskonen (5,5 och 7 år gamla) till barnet med uppgivenhetssymtom som också var närvarande i rummet i sin rullstol med slutna ögon. Vidare intervjuades tre barn (12, 14 och 18 år

¹⁵ Permanent uppehållstillstånd

¹⁶ Tillfälligt uppehållstillstånd

gamla) som tidigare visat uppgivenhetssymtom och som nu tillfrisknat. Vi fick också möta tre barn som var helt okommunicerbara, liggande med sond.

När det gäller de övriga barn som tidigare hade visat uppgivenhetssymtom, var det tre barn som av föräldrarna bedömdes för sköra för intervju. I ett fall genomfördes intervjun under den tid pojken var skolan och i ett fall kunde pojken inte medverka i intervjun eftersom han hade fotbollsmatch.

Beskrivning av familjernas sammansättning

I en familj lever den aktuella pojken tillsammans med sin mamma och sin syster. Pappan är kvar i hemlandet i Centralasien och förväntas återförenas med familjen. I tre andra familjer har de aktuella barnen kommit till Sverige tillsammans med sina mammor. I två av dessa familjer är föräldrarna skilda och papporna har bildat ny familj och bor kvar i hemlandet. I den ena familjen har en 16-årig dotter lämnats kvar i hemlandet hos mammans syster, eftersom hon saknade resehandlingar när modern och brodern reste till Sverige. I hemlandet bodde modern och de två barnen tillsammans, medan fadern, utan att ha skilt sig från kvinnan, hade flyttat till en annan kvinna och skaffat nya barn. I den andra familjen sitter pappan, efter upprepade utvisningar från olika europeiska länder, häktad i hemlandet. Familjen väntar på en återförening.

I sex fall har hela familjen bestående av det aktuella barnet och dess båda föräldrar kommit tillsammans till Sverige. I två familjer har syskonen följt med och i ett fall har den aktuella flickan varit drygt ett år gammal vid ankomsten och hennes båda syskon (7 respektive 5,5 år) fötts senare i Sverige.

Orsaken till flykten

I tre fall uppgavs att orsaken till flykten hade varit faderns politiska aktiviteter. I ett av fallen var modern trakasserad. I ytterligare ett annat fall berodde flykten på morbroderns politiska aktiviteter. Modern blev anhållen och hotad, misstänkt för samröre med terroriststämplade organisationer. Hon utsattes dock inte för några fysiska trakasserier och frigavs efter några dagar med hänsyn till att

hon hade barn (den aktuella pojken som då var 6 år gammal). I inget av dessa fall bevitnade barnen våldet mot föräldrarna.

I en annan familj uppgavs att orsakerna till flykten var de allmänna problem som fanns för minoriteter i hemlandet samt fattigdom och svåra familjeförhållanden. I två familjer uppgav föräldrarna att de förföljdes och trakasserades av extremistiska grupper på grund av sin religiösa tillhörighet. I båda fallen uppgav föräldrarna att också barnen misshandlades och i ett fall uppgav fadern att hans son såg hur hans mor våldtogs vid upprepade tillfällen.

I ett annat fall drevs familjen bort från sitt hem och sin by. Enligt intervjupersonen misshandlades familjen och anklagades för att ha mördat en flicka under kriget. Hela deras klan/släkt befinner sig i Sverige eller på annat håll i Europa. Familjen uppgav att de utsattes för diskriminering och trakasserier på grund av sin etniska bakgrund. Mannen i denna familj berättade – i barnens närvaro – att hans fru hade våldtagits och tillade att den aktuella flickan hade bevittnat händelsen. En annan familj tillhörande samma etniska grupp uppgav att de tvingades ”ge bort” sitt hus till medlemmar av den dominerande folkgruppen, vilka i sin tur hade fördrivits från sitt hem i granlandet. Enligt intervjupersonen utsatte polisen i hemlandet föräldrarna för trakasserier i barnens närvaro när de anlände till sitt hemland efter att de hade avvisats från Tyskland första gången.

I en annan familj ville mannen, som tillhörde en minoritetsgrupp i sitt hemland, inte delta i kriget och flydde därför till Tyskland. Han avvisades två gånger till Serbien. Efter att ha gift sig i hemlandet kom han år 1998 till Sverige tillsammans med sin fru och det drygt ett år gamla barn som nu utvecklat uppgivenhetssymtom.

Resan till Sverige

De som kommer från Centralasien eller Kaukasus har i regel betalat för att resa till Ryssland (Moskva eller St. Petersburg). Efter en kortare vistelse i Ryssland har de skaffat falska identitetshandlingar samt köpt/skaffat svenskt/Schengen visum. Flera uppgav att de hade sålt bostaden och betalat smugglare för resan. En familj hade köpt visum i sitt hemland och kom direkt till Sverige med flyg från hemlandet i Kaukasus.

De som kommit från Ukraina och Ryssland uppgav att de med hjälp av bekanta/genom att betala hade fått visum till Sverige och flugit hit direkt från hemlandet.

Alla de som kommit från före detta Jugoslavien har varit bekräftade eller misstänkta Dublinärenden. En familj påstår att de kommit direkt till Sverige efter att ha betalat smugglare för att ta dem till Belgrad för att sedan ta flyget därifrån till Sverige. En annan familj lämnade sitt land 1999, flyttade till Tyskland och bodde där fram till 2003. Efter att ha fått avvisningsbesked sökte de asyl i Sverige, avvisades till Tyskland, återfördes till hemlandet och kom tillbaka till Sverige 2005. Den tredje familjen har sedan 1998 fått flera avslags- och avvisningsbeslut i Sverige vilka av olika anledningar inte verkställts (bl.a. uppgavs att Serbien vägrade ta emot familjen). Under denna period har familjen sökt asyl i samtliga nordiska länder (först Finland, sedan Danmark och till slut Norge) men varje gång avvisats till Sverige med hänvisning till Dublinfördraget. I Sverige har familjen levt gömd under flera månader med hjälp av asylkommittén.

Barnens tillstånd i hemlandet och i Sverige före avslagsbeslut

För att ge en så noggrann bild som möjligt av varje barns situation redogörs här för tillståndet för vart och ett av barnen.

Barnet i familj 1

Pojken hade inga kända fysiska eller psykiska problem i hemlandet. Han uppges ha varit frisk och väl fungerande i skolan – dock lättirriterad, aggressiv, ganska känslig och inåtvänd.

Pojkens psykiska hälsa i Sverige före avslaget har varit bra och han fungerande väl i skolan.

Uppgivenessymtom: Han har kunnat gå, sitta, ligga m.m. Har inte sondmatats utan modern har mosat maten och matat honom. Han äter mycket litet, inget kan fånga hans intresse, sover långa stunder – dock dåligt och vaknar emellanåt. Uppmärksammar inte sina toalettbehov och får ofta hjälp med toalettbesöken.

Barnet i familj 2

Pojken hade andningsproblem och kramper i hemlandet, var mörkrädd och rädd för oväsen. Han hade ”social fobi” enligt modern.

Hälsotillståndet förbättrades redan efter ankomsten till St. Petersburg och i Sverige var pojken ganska välfungerande och duktig i skolan före avslagsbeslut.

Uppgivenhetssymtom: Efter Migrationsverkets första avslagsbeslut i december 2004 blev hans tillstånd sämre. Han hade svårare med skolan och i kontakter med andra. Modern begärde att få lugnande medicin till pojken men läkarna vägrade. Under hösten 2005 fick han diagnosen astma (på grund av rädsla) vilket både modern och advokaten ifrågasatte och protesterade emot. Modern ville att läkarnas diagnos ogiltigförklarades och att en psykiatrisk diagnos istället fastställdes på honom.

Pojken blev sämre under tiden och hade spasmer på dagarna, hans andfåddhet varade i dagar och han började äta dåligt vilket ledde till att han gick ner i vikt. Vägrade ta kontakt med utomstående, låg i sängen. Även under den svåraste perioden kunde han gå på toaletten själv och det gör han även nu. Han går själv till mottagningen men pratar inte med utomstående, bara med modern. Han har alltid hört och varit medveten om det som andra (läkare, psykolog m.fl.) har sagt. Ingen sond har satts in.

Barnet i familj 3

Pojken har varit normal i hemlandet men också ganska känslig och mycket aggressiv. Han har varit väl fungerande i skolan men är inte en särskilt social person.

I Sverige var pojken före avslaget glad, frisk och gick i skolan. Men efter avslaget försämrades hans tillstånd.

Uppgivenhetssymtom: Matvägran, skolvägran, aggressivitet och sömnlöshet, enures. Barnet hade svårt att gå och vägrade att prata med BUP-personal.

Barnen (nr 4 och 5) i familj 4

Pojken gick aldrig i skolan i sitt hemland trots sin höga ålder (18 år i dag). I stället brukade han driva omkring med kompisar och var frisk i allmänhet. Hans syster var normal och frisk i hemlandet.

I Sverige blev pojken rädd och orolig och sov dåligt före avslaget. Flickan hade kontakt med barn- och ungdomspsykiatrien redan före avslaget men tillståndet försämrades efteråt. Hon gick i skolan ca 1 år före avslaget.

Uppgivenhetssymtom: Pojken matvägrade och har för det mesta legat på soffan de senaste fyra åren. Flickan ville ta livet av sig med hjälp av moderns värktabletter. Hon lämnade inte sängen och fick näringsdryck som hon själv intog. Slutade prata i april 2005 och fick hjälp med toalettbesök/blöjor.

Barnet i familj 5

Barnet hade epilepsi redan i hemlandet dock väl fungerande i skolan och spelade instrument. Efter övergreppen mot hans föräldrar blev pojken rädd och ville inte lämna hemmet på flera månader. Redan i hemlandet fick han starka lugnande mediciner och sömn-tabletter.

I Sverige fortsatte hans epileptiska anfall under första halvåret men med tiden avtog såväl oron som anfällen. Han gick i skolan samt började idrotta och spela instrument igen.

Uppgivenhetssymtom: Först ökade frekvensen av epileptiska anfall, sedan blev pojken tystare, lämnade skolan och så småningom slutade han att gå och fick rullstol. I början enures och enkopres men nu kan han gå på toaletten med hjälp av fadern. Pojken blev gradvis sämre, slutade äta och fick näringsdryck som gavs med sked, slutligen sattes sond in. Pojken vägrade aktivt att ta sina epilepsitabletter.

Barnet i familj 6

Flickan har alltid (både under åren i Tyskland och efter avvisningen till hemlandet) varit ett friskt och väl fungerande tills familjen kom tillbaka till Sverige utan fadern för cirka ett år sedan. Hon var mycket fäst vid fadern och påverkades psykiskt av att de hade skiljts åt.

I hemlandet gick hon inte i skolan – dock gjorde hon det i Tyskland. Efter familjens återkommande resor mellan Tyskland, Sverige och hemlandet blev flickan orolig och nedstämd och sov

dåligt. I Sverige gick hon i skolan i två månader men kände sig mobbad och var tillbakadragen.

Uppgivenhetssymtom: Flickan var rädd, deprimerad, slutade prata och gjorde ett självmordsförsök med tabletter. Sedan dess öppnade hon inte ögonen, åt och drack inte och lade sig ner. Hon sitter i dag i rullstol och sondmatas.

Barnet i familj 7

Medan familjen levde i hemlandet var hon baby.

Flickan har sedan flera år tillbaka haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri i de länder där familjen sökt asyl (Sverige, Norge, Danmark och Finland). År 2005 kom modern och de tre barnen i familjen till Sverige medan fadern försökte hålla sig kvar i Norge. Då hamnade den äldsta flickan i ett uppgivenhetstillstånd. Tillståndet utvecklades gradvis genom att hon blev mer och mer tyst och tillbakadragen.

Uppgivenhetssymtom: Flickan visar inga reaktioner alls förutom att hon då och då öppnar ögonen. Har under 8–9 månader sondmatats, haft enures och enkopres.

Barnet i familj 8

Pojken var helt normal i hemlandet och duktig i skolan.

I Sverige har han varit normal, gått i skolan men alltid varit orolig för att avvisas till hemlandet.

Uppgivenhetssymtom: Symtomen utvecklades gradvis. Först var pojken orolig och hade ångest sedan skolvägrade han, ville inte kliva ur sängen, åt dåligt och förlorade vikt. Han hade kontakt enbart med föräldrarna. Pojken behövde aldrig sondmatas och kunde klara sina toalettbehov.

Barnet i familj 9

Flickan har varit ganska normal men föräldrarna kan inte uttala sig om hur hon verkligen mår i hemlandet med hänvisning till att de "hade många barn i familjen och mamman hade en psykisk sjukdom". Detta ledde till att det inte "fanns någon tid för att upp-

märksamma vart och ett av barnens tillstånd”. Om barnen inte klagade över att de hade ont så antog man att de var friska.

Före avslagsbeslutet i Sverige var den aktuella flickan fosterhemsplacerad och då utvecklade hon symtomen. Även hela familjen bodde under en längre tid på ett behandlingshem. Föräldrarna vet inte hur och när uppgivenhetstillståndet utvecklades hos flickan. Det var behandlingshemspersonalen som uppmärksammade att flickan inte mådde bra och kontaktade barn- och ungdomspsykiatrin. Innan hon blev sjuk hade hon hela ansvaret för sina små syskon då fadern var upptagen med att ta hand om sin psykiskt sjuka hustru.

Uppgivenhetssymtom: Flickan har haft alla symtom på grad II i vår symtomskala (sondmatades, hade enures och enkopres, kunde inte gå och kommunicerade inte alls).

Barnet i familj 10

Pojken gick i skolan i 4 år i hemlandet, för övrigt var han alltid inåtvänd och nervös med nästan inga vänner. Han var rädd att mobbas i skolan på grund av sin judiska bakgrund och stannade ofta hemma.

Före avslag i Sverige var pojken normal och gick i skolan.

Uppgivenhetssymtom: Efter avslag utvecklade han uppgivenhetssymtom genom att först skolvägra och sedan matvägra. När fadern utvisades slutade pojken att prata, sondmatades och blev inlagd på sjukhus.

Övriga familjemedlemmars hälsa

Nästan alla syskonen uppges ha varit/vara friska och väl fungerande. Syskon som är i skolåldern går alltid i skolan, hjälper och stöder föräldrarna, har lärt sig svenska, är fast beslutna att inte återvända till hemlandet och har inte några nostalgiska känslor för hemlandet. Flera har följt händelseutvecklingen och debatten om barn med uppgivenhetssymtom och har vidarebefordrat nyheterna till föräldrarna.

Flera föräldrar uppgav att de har haft sömnproblem eller mått dåligt psykiskt men att de valt att inte ta sina mediciner för att vara alerta/vakna och ta hand barnen. En del mödrar har mått sämre och

har haft kontakt med vuxenpsykiatrin. En mor sa att hon har varit så desperat efter avslaget att hon funderade på självmord för att pojken skulle få större chans att stanna i Sverige. En annan mamma hade även i hemlandet psykiska störningar och i Sverige gjorde hon ett suicidförsök efter avslag. Hon var inlagd på sjukhus för psykiatriska problem och lider fortfarande av svår depression trots PUT. En pappa ansåg sig vara psykiskt sjuk och sökte vuxenpsykiatrisk stöd och blev inlagd under en kortare tid men förklarades frisk av vuxenpsykiatrin.

I flera fall har båda föräldrarna uppgett sig vara deprimerade. Det fanns dock även föräldrar som aldrig har haft några psykiska problem.

Vård och stöd

De flesta familjerna har regelbunden kontakt med barn- och ungdomspsykiatrin. Antingen går familjerna och barnen till mottagningen eller också åker personal hem till dem. Ibland handlar det om 1–3 kontakter per vecka och ibland om ett par besök/kontakter per månad.

Även sjuksköterskor och sjukgymnaster har kontakt med familjerna (ibland på mottagningar och ibland hemma hos dem).

I många fall har socialtjänsten regelbundna kontakter med familjerna och tar ut barnen m.m. I ett fall har familjen behållit sina BUP-kontakter (på mottagningen) men avböjt hjälp från socialtjänsten med hänvisning till att de inte vill ha främmande personer i sitt hem.

En annan familj har också brutit alla sina kontakter med socialtjänsten sedan socialtjänsten hade anmält familjen för misshandel av sina barn. Kyrkan och asylkommittén har dock varit mycket engagerade i familjernas ärende och hjälpt dem.

Flera olika frivilliga organisationer inklusive kyrkan samt ett politiskt parti har varit engagerade i en av familjernas situation och anordnat aktioner för att hjälpa dem. I flera fall har de frivilliga organisationer som varit i kontakt med dem uppmuntrat dem att gömma sig.

Övriga omständigheter

I en av familjerna trivdes modern inte med klimatet i norra Sverige och därför flyttade familjen till Stockholm. En annan anledning till flytten har enligt henne varit att hon ansåg att barnet skulle få bättre vård i Stockholm. Pojken har inte gått i skolan sedan flytten till Stockholm.

Barn från cirka 8 år och äldre har i regel varit glada och medvetna om innebörden av flytten till Sverige (enligt föräldrarna). En mamma sa att hennes pojke var glad ”över att kunna dricka läsk och äta hamburgare i Sverige”.

I många familjer informeras barnen om allt som försiggår när det gäller familjens asylsituation. Barnen uppges ofta vara oroliga för att familjen ska avvisas. Många gånger är barnen vittne till föräldrarnas oro och ser dem vara deprimerade eller gråta. Många familjer berättar öppet för sina barn att de är rädda för att hamna i hemlöshet och misär om de avvisas eftersom de ofta har satsat allt de ägt för att komma till Sverige.

En mamma gifte om sig i väntan på uppehållstillstånd medan pojken var sjuk.

En familj uppgav att de medvetet hade valt Sverige då de hade hört gott om Sverige och fått information om att det finns en förening i Sverige som hjälper asylsökande.

Under de senaste 8 åren har föräldrarna varken arbetat eller gått i skolan och att ”leva dag för dag utan visshet om framtiden” tär på dem och deras relation till varandra.

Ett par familjer/barn har varit placerade i behandlingshem/fosterfamilj.

Efter Migrationsverkets beslut

Barn 1

Familjen har fått PUT. Pojken mår bättre nu, sover bättre och kissar inte längre på sig. Han äter själv. Dottern, som går i gymnasiet, läser tidningar och översätter åt honom. Han går på promenader 2 ggr om dagen och sitter tillsammans med familjen i tv-soffan och tittar på tv.

Barn 2

Familjens TUT har inte påverkat pojkens tillstånd. Ibland går pojken upp och går ut på promenader med sin mamma. Modern matar honom men han dricker själv.

Barn 3

Pojken blev bättre före TUT men är fortfarande orolig och har ångest för att skickas till hemlandet. Han kommer ihåg den tid han var sjuk.

Barn 4 och 5

Familjen har fått PUT. Detta har varit glädjande. Pojken har tillfrisknat men flickan ligger fortfarande och är okontaktbar.

Barn 6

Familjen har fått PUT. Barnet öppnar ögonen, vänder sig i sängen och äter lite.

Barn 7

Familjen har fått PUT. Barnet grät när hon fick besked om PUT, rörde på huvudet men återgick sedan till sitt uppgivenhetstillstånd.

Barn 8

Väntar på beslut.

Barn 9

Familjen har fått PUT. Allt är normalt igen. Pojken går i femte klass, spelar basketboll och musik.

Barn 10

Familjen har fått PUT. Flickan är återställd några månad efter PUT och går i skolan och idrottar.

Barn 11

Familjen har fått PUT. Återhämtat sig och går i skolan. Dock fortfarande tillbakadragen och har inte många vänner.

Intervju med invandrarföreningar

Under september 2005 genomfördes intervjuer med ordföranden/motsvarande för tre olika föreningar som representerar invandrare från de aktuella grupperna i Sverige.

Enligt en av intervjupersonerna hade romerna under kriget det mycket svårt och trakasserades av båda parterna som var inblandade i konflikten. Under denna period fördrevs de från sina hem och sökte asyl i andra länder. Efter att läget stabiliserades i början av 2000-talet har det blivit svårare för denna grupp att få uppehållstillstånd beviljat i Europa. Då har många personer från denna grupp rest runt i Europa och sökt asyl i olika länder innan de kommit till Sverige. Tyskland och Italien är ofta huvuddestinationer för medlemmar av en av de aktuella grupperna och Sverige utgör ofta det sista land de söker sig till efter att ha prövat söka asyl i andra europeiska länder ("slutstation") menar en av intervjupersonerna. Detta gör att många familjer blir splittrade och påfrestningarna ökar inom familjerna, menar denna intervjuperson. Många föräldrar har psykiska problem, uppger denna person som samtidigt betonar att synen på psykiska sjukdomar är annorlunda i den aktuella gruppen. Dessa sjukdomar uppfattas ofta som skamfulla och följs av guds bestraffning för onda gärningar och därför håller man tyst om dem. "Att barnen blir 'apatiska' i Sverige beror på att de tror sig ha nått sin resas ände och orkar inte mer. Man tycker att Sverige är 'snällare' än andra mottagarländer och därför blir besvikelsen ännu större när man inte välkomnas in i Sverige", tillade denna person.

Representanter för en annan grupp som kommer från ett stort område i före detta Sovjetunionen (flera länder) menar att efter dessa länders självständighet i början på 1990-talet har situationen för minoriteter blivit svårare i allmänhet. Krav på språkkunskaper i landets officiella språk samt diskriminering på arbetsmarknaden har ökat menar några intervjupersoner. Enligt en av dem betraktar EU-länderna de flesta regimer i dessa områden som någorlunda demokratiska och stabila och därför inte beviljar uppehållstillstånd för asylsökande från dessa länder. Detta försätter enligt honom asylsökande från dessa länder i en prekär situation och "tvingar dem ta till alla medel för att få sin sak prövad". En annan intervjuperson menar att "familjerna har övergett allt för att komma till Europa. De har ingenting kvar och ingenstans att åka tillbaka till". Han betonar vidare att "frågan om de apatiska barnen är en fråga om

uppehållstillstånd. Uppgivenessstillståndet är en protest från barnen för att de inte får stanna i Sverige. Botemedlet har de svenska myndigheterna och det är PUT”.

Föreningarna har i allmänhet varit mycket engagerade och involverade i de familjers situation vars barn har visat uppgivenesssymtom de senaste åren. Dels genom att uppvakta kommunpolitiker och migrationsmyndigheter, dels genom att stödja och ge råd till familjerna.

Kommentarer

Även om nästan alla föräldrar uppger att politisk och religiös förföljelse har varit grunden för deras flykt från hemlandet och samtidigt hävdar att de själva, andra medlemmar av deras familj och i vissa fall också deras barn varit föremål för våld och trakasserier är det ändå ingen av föräldrarna som påstår att något barn har visat uppgivenesssymtom i hemlandet. Förvisso har en del barn mått psykiskt dåligt i hemlandet och även i Sverige haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. Men uppgivenessstillstånd verkar nästan alltid ha uppstått i samband med ett första eller andra avslagsbeslut.

Några barn har levt större delen av sitt liv i olika mottagarländer då föräldrarna, efter att ha fått avslag i ett land, försökt söka asyl i ett annat land.

Dessa förhållanden samt det faktum att nästan alla andra syskon i familjerna är friska, fungerar normalt, går i skolan, idrottar eller har andra fritidsintressen och lärt sig svenska talar emot de förklaringsmodeller som pekar ut trauma som orsaken till barnens uppgivenesssymtom.

En annan faktor som inte bör underskattas i sammanhanget är föräldrarnas ansvar och deras påverkan på barnens situation. Av intervjuerna framgår att barnen ofta exponeras för föräldrarnas oro och sorg. En del föräldrar pratar om de mest dramatiska händelser, som kan ha hänt dem eller andra i barnets bekantskapskrets, inför barnen, en del överför sin oro och sin besvikelse över att inte kunna få stanna i Sverige till barnen. Andra föräldrar påverkar barnen, om än omedvetet, med sina egna psykiska problem. Ett exempel på föräldrars självupptagenhet är mamman som flyttar med sitt apatiska barn från norra Sverige till Stockholm eftersom hon inte trivdes med klimatet i norr. Vissa föräldrar har varit upptagna med

andra problem än det aktuella barnets, t.ex. pappan som fick höra från behandlingshemspersonal att hans dotter blivit apatisk eftersom han hade ägnat all sin uppmärksamhet åt sin sjuka hustru. Eller en annan mamma som tillsammans med sin pojke bodde på ett behandlingshem och utgick från att det var personalens uppgift att ha hela ansvaret för hennes barn och enligt egen utsago upptäckte med ett par månader fördröjning att hennes pojke hade "nästan slutat äta". Föräldrars ansvar i sammanhanget ska inte negligeras. Självfallet finns det många andra föräldrar som fungerar som goda exempel för att aktivera och stödja sina barn.

Det framgår också av intervjuresultaten att många utomstående aktörer (ofta representanter för systemvärlden) är närvarande i familjernas liv och på ett eller annat sätt påverkar dem och tvingar sitt perspektiv på dessa familjer. Förutom barn- och ungdomspsykiatri, barnmedicin, olika paramedicinska grupper, socialtjänsten, advokater och migrationshandläggare finns det också de individer eller organisationer som gömmer flyktingarna eller ger råd och stöd åt de närvarande i familjernas vardag. Det stora samhällsintresset, mediabevakningen och de olika intressegrupper som har följt denna fråga tränger sig in i barnens och familjernas livsvärld och styr enligt sin agenda eller sina uppfattningar. Resultatet är ofta att familjerna förvandlas till passiva offer som är beroende av hjälp utifrån.

Intervjuerna visar också att barnens tillfrisknande nästan alltid inträffar efter ett beviljat uppehållstillstånd oberoende av föräldrarnas omsorgsförmåga och oavsett hur stora vårdinsatserna har varit.

Intervju med vårdpersonal

Under januari 2006 genomfördes en gruppintervju med 10 representanter från barn- och ungdomspsykiatri. I intervjun deltog verksamhetschefer, enhetschefer, psykologer och socionomer från Stockholm, Borås, Göteborg, Uddevalla, Skellefteå, Örebro, Malmö och Gällivare/Kiruna. En kompletterande intervju genomfördes på Järva BUP-mottagning i Stockholm den 2 mars 2006 med ca 10 deltagare (enhetschef, psykologer och kuratorer). Vidare genomfördes under januari 2006 en intervju med en barnläkare samt tre sjuksköterskor som arbetar specifikt med asylsökande barn med uppgivenhetssymtom.

Insjuknandet

Enligt BUP framkallas barnens tillstånd ofta av ett avslagsbeslut. Dock anser man att såväl sociala omständigheter som familjesituationer kan vara bakomliggande orsak.

Skolan, kyrkan, frivilliga organisationer (t.ex. Rädda Barnen) men framför allt föräldrarna har tagit en första kontakt med BUP. Primärvården, socialtjänsten, Migrationsverket och asylhälsovården har också uppmärksammat barnens situation.

Ofta får BUP tidiga signaler om att ett barn är på väg in i uppgivenhetstillstånd. En del barn kommer in akut efter en krissituation, andra hamnar i uppgivenhetstillståndet gradvis (har haft tidigare kontakt med BUP, deras tillstånd har försämrats med tiden – i flera fall utlöstes uppgivenhetstillståndet av ett avslagsbeslut). Denna grupp visar först något/några av de traditionella barnpsykiatriska symtomen, vilka sedan anhopas och intensifieras tills barnet lägger sig helt. Den tredje gruppen är de som redan haft allvariga psykiska problem innan de kom till Sverige. Man har vidare inom vården konstaterat att det nästan alltid är det första barnet som utvecklar uppgivenhetstillståndet utan att andra syskon berörts. ”Ofta lever de andra syskonen ett helt normalt liv. I ett antal fall har man dock konstaterat att även yngre syskon har varit på väg att utveckla ett apatiskt tillstånd.”

Enligt sjuksköterskorna har barn som legat länge i ett uppgivenhetstillstånd inte visat några tecken på muskelförtvinning eller ligg-sår och mått bra fysiskt. Vid sondmatning förekommer det att barnet gråter medan få visar reaktion vid stick. Sond sätts in av vårdpersonal. Om barnet är vaket kan det själv bestämma om det vill ha sond eller ej. Det ges möjlighet att inte ha sond men då måste barnen gå med på att samarbeta i fråga om att äta och dricka. En del barn visar aggressivitet innan de lägger sig eller i samband med att de börjar vakna.

Föräldrarna

Många föräldrar anses av barn- och ungdomspsykiatrin själva ha psykiska problem eller vara deprimerade. Det finns variationer i hur föräldrarnas situation hanteras; i Stockholm har en stor del av föräldrarna kontakt med vuxenpsykiatrin, medan nästan ingen av föräldrarna i Göteborg har vuxenpsykiatrisk kontakt. Orsaken

bedöms vara ett intensivt nätverksarbete i Göteborg. Över huvud taget konstateras det att det finns stora lokala variationer beträffande hur snabbt och i vilken utsträckning socialtjänsten och vuxenpsykiatrien kopplas in i familjernas liv. Intervjupersoner som kom från Stockholmsregionen var kritiska mot socialtjänstens insatser och påstod att det finns ett motstånd och en oförståelse inom socialtjänsten att engagera sig i de drabbade barnens situation. ”Efter en anmälan från barnläkare tar det minst 4–5 månader för socialtjänsten att börja agera. Socialtjänsten lägger ansvaret på Migrationsverket”, menade en av intervjupersonerna.

BUP möter olika attityder hos föräldrar: en del är samarbetsvilliga, andra är ”varken eller” och slutligen finns det föräldrar som aktivt motverkar behandlingen. Dessutom har man inom BUP kunnat konstatera en ambivalens hos föräldrarna i förhållande till barnets tillstånd. ”Å ena sidan finns det en förtvivlan över barnens lidande och å andra sidan kan man inte negligera fördelarna med barnets sjukdom” och att dess lidande kan leda till vinster för hela familjen (permanent uppehållstillstånd). ”Detta återspeglas i föräldrarnas strävan efter att få barnen på benen samtidigt som de ihärdigt försöker få olika intyg om barnets tillstånd i hopp om att framkalla ett positivt beslut från Migrationsverket.” Enligt flera deltagare från BUP saknar många föräldrar emotionell kontakt med sina barn och pratar inte med dem. Fäder är särskilt icke-deltagande. Många föräldrar visar god omsorgsförmåga när det gäller den fysiska/materiella omsorgen av barnen men har bristande förmåga beträffande barnets emotionella behov, utvecklingsbehov, behovet av att komma till tals och få prata om sina egna upplevelser och önskemål. ”Föräldrarna verkar vara helt upptagna av sina egna kriser och bekymmer i första hand.”

Alla är överens om att familjerna behöver struktur i sin vardag och att normalisering är nödvändig för att skapa en känsla av sammanhang för familjerna och hjälpa dem att börja fungera normalt.

En del intervjupersoner menade att ”i vissa fall finns det inget annat alternativ än att omhänderta barnet enligt LVU”. Flera exempel togs upp på hur en snabb återhämtning kom till stånd när barnet skildes från föräldrarna. Dock ansåg de flesta deltagare att omhändertaganden ska göras sällan och varsamt. Det fanns olika uppfattningar om socialtjänstens roll i sammanhanget. En del påpekade att de upplever att socialtjänsten är mindre benägen att gripa in med ett omhändertagande när det gäller just asylsökande

familjer. Några föreslog tillfälliga åtgärder av typen att skilja föräldrar och barn åt – i separata rum eller bostäder.

Vårdgivarna var överens om att man måste förmå föräldrarna att förstå att de själva måste ta ansvaret för sina barn, att man måste göra familjerna till aktiva parter i vården av barnen.

En annan fråga som uppmärksammades av intervjupersonerna var hur samhället (det vill säga vården, politikerna, kyrkan, hjälporganisationer och massmedier) genom sitt agerande och sitt förhållningssätt gentemot asylsökande familjer bidragit till att en del asylsökande barn i vårt land har hamnat i en situation där de utvecklat ett oppgivenessstillstånd. ”Det känns ibland som om Vårdsverige passiviserar familjerna. Vården kan både visa misstroende mot föräldrar och tvärtom ta på sig rollen av försvarsadvokat”. Det framkom av intervjuerna att man inom vården upplever att asylsökande barn med oppgivenesssymtom har tagit en för stor plats i diskussionerna kring flyktingar och deras hälsotillstånd (”samhällsfråga nummer ett under lång period”) och att andra grupper av utsatta barn inte har fått samma uppmärksamhet. Vidare menade intervjupersonerna att en del frivilliga organisationers agerande i frågan, t.ex. Rädda Barnen och Kyrkan, har förstärkt familjernas oro och rädsla (såväl för barnets hälsa som för eventuella konsekvenser av ett återvändande) och slutligen ökat påfrestningarna hos barnen och bland familjemedlemmarna.

Vården

De medicinska experter som deltog i intervjun betonade att de genomför fullständiga somatiska undersökningar när ett barn med oppgivenesssymtom blir aktuellt samt beaktar vad föräldrarna uppger vara barnets problem. Man undersöker bl.a. barnets neurologiska status, infektioner (t.ex. hepatit och HIV), kollar blodstatus, levern, njurar och näringsstatus. Läkaren bedömer också behovet av hemsjukvård samt sammankallar ett vårdplaneringsmöte. I Stockholmsregionen är det 2–3 månader mellan läkarundersökningarna.

Sjuksköterskor besöker barnet i hemmet minst en gång i veckan och genomför rutinmässiga kontroller av barnets tillstånd. Dessutom följer de upp barnens dagliga rutiner, t.ex. om de går upp och sätter sig vid frukostbordet, om de har några dagliga aktiviteter m.m. Utöver sjuksköterskor är det andra paramedicinska grupper

såsom kuratorer, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och dietister som också gör hembesök hos familjerna.

Intervjupersonerna var eniga om att normaliserande aktiviteter i hemmet tillsammans med åtgärder på s.k. mellanvårdsnivå har varit de mest verkningsfulla hjälpinsatserna för familjerna. Vidare menar de att en grundförutsättning för att insatserna ska ge effekt är att familjerna beviljas permanent uppehållstillstånd. ”Chansen att barnens situation förändras utan PUT är marginell. Först efter PUT börjar barnens situation att förändras. PUT betyder för familjerna inte bara möjlighet att stanna i landet utan även att få bättre bostad, bättre social situation m.m. Hela situationen förändras och förbättras för familjen.”

Däremot anser inte intervjupersonerna att traumabehandling är nödvändig i fråga om asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. Samverkan är svaret när det gäller att förebygga och bromsa epidemin. Nätverk bestående av vården, skolan, socialtjänsten och Migrationsverket håller på att etableras i syfte att stödja en basal vardagsstruktur för familjerna.

Kommentarer

Den bild som målas av experterna inom vården bekräftar i stora drag resultatet av våra intervjuer med familjerna. Å ena sidan kan man konstatera att barn- och ungdomspsykiatri och barnmedicinen gör stora insatser för att hjälpa de drabbade barnen och å andra sidan ser man att dessa insatser inte ger några egentliga resultat förrän uppehållstillstånd beviljas. Intervjuerna med vården bekräftar också att det många gånger är ett avslag eller en kris som utlöser uppgivenhetstillståndet. För övrigt menar man att en del barn redan har haft psykiska problem antingen före ankomsten till Sverige och/eller innan ett avslagsbeslut.

Även vårdens uppfattning om förhållandena inom familjen överensstämmer med vår bild av familjeintervjuerna. Syskonen (ofta yngre än det aktuella barnet) är i regel friska och opåverkade/mindre påverkad av de omständigheter som förmodas ha orsakat uppgivenhetssymtom hos de drabbade syskonen. Av intervjuerna framgår också att man inom vården har uppmärksammat tre olika typer av reaktioner och attityder hos föräldrarna avseende behandlingen av barnen: de som engagerar sig, de som inte bryr sig och de som motverkar behandlingen. Samtidigt betonas det i intervjuerna

också att en del föräldrar är för upptagna av sina egna problem/behov. En del andra bedöms vara kluvna inför barnens situation, å ena sidan lida med barnen och å andra sidan försöka att dra nytta av situationen genom ett aktivt sökande efter intyg som kan förstärka deras ställning i asylprocessen.

Liknande bild kommer fram i intervjuerna med vården beträffande samhällets roll i att passivisera familjerna samt behovet av aktivering och normalisering som ett första steg för att stödja föräldrarna att återta sitt föräldraansvar.

Intervju med offentliga biträden och med Migrationsverket

Offentliga biträden

Sammanlagt intervjuades tre offentliga biträden vid två tillfällen, den 20 januari och den 17 februari 2006. Intervjupersonerna kom från Amnesty, Flyktinggruppernas och Asylkommittéernas Riksråd (FARR) och en advokatfirma.

En av intervjupersonerna menade att barn fortfarande inte hörs och att barnens egna asylskäl inte uppmärksammas vid asylutredningar. Det framkom också i intervjuerna att det inte är helt ovanligt att familjerna tar upp barnens asylskäl i efterhand, t.ex. efter ett avslagsbeslut. Samtidigt betonade de att de hittills inte sett tecken på fusk bland sina egna klienter. En annan intervjuperson betonade att ”frågan om barnen simulerar eller inte är helt ointressant. Det allvarliga är att en del barn och familjer känner sig tvungna att gå så långt som att vålla eget lidande.”

Vidare påpekade intervjupersonerna att familjerna i regel ges tillfälle att skriva ner en berättelse om barnets liv. Att barnens egna asylskäl samt det de påstås ha varit med om inte alltid kommer fram före ett avslagsbeslut, beror enligt intervjupersonerna på Migrationsverkets nedskärningar när det gäller advokatarvodet och att det inte finns tillräcklig tid för offentliga biträden att få fram all information som kan finnas hos familjerna.

De offentliga biträdenas bild av överrepresentation av barn från vissa bestämda länder bland asylsökande barn med uppgivenhets-symtom överensstämmer med den beskrivning som framkom i den första rapporten.

En av intervjupersonerna kritiserade vårdens attityd gentemot familjerna och menade att familjerna känner sig kränkta och är

upprörda över att vårdpersonal ifrågasätter äktheten i barnens sjukdom. Enligt denna intervjuperson försöker vårdpersonal hitta andra förklaringar (bl.a. migrationsskäl) till barnets tillstånd i stället för att helt enkelt betrakta problemet som medicinskt. Samtidigt påpekade intervjupersonen att hennes klienter har upplevt att vården väntar på ett beslut om permanent uppehållstillstånd innan man erbjuder adekvata vårdinsatser till familjerna. Att vårdare, kuratorer och annan personal som kommer i kontakt med familjerna ställer frågan om vad familjen skulle göra när/om de avvisas upplevs som ångestskapande menar intervjupersonerna. Enligt en annan intervjuperson är ”utgångspunkten för det svenska asylsystemet att de sökande ljuger”. Denna ifrågasättande attityd kombinerad med ”ett obegripligt asylsystem” och en skenbar vänlighet hos handläggarna – i vilkas roll ingår både hjälpar- och kontrollantfunktionen – skapar frustration och misstro hos asylsökande.

Även offentliga biträden instämde med andra experters uppfattning om att ”barnen fungerar bra i skolan och har ett bra socialt liv tills ett första avslag kommer”. En intervjuperson påpekade att ”faktum är att många barn mår psykiskt dåligt men om det verkligen handlar om ett apatiskt tillstånd, med alla dess gråskalor, kan ifrågasättas”.

Enligt en annan av intervjupersonerna tyder inte familjernas beskrivning av situationen i de aktuella länderna på någon systematisk och organiserad förföljelse från statsmakternas sida, utan det handlar ofta om vardagliga problem och trakasserier.

Många av de familjer vars barn har drabbats de senaste åren beskrevs av en intervjuperson som mycket slutna familjer som i Sverige förlorat kontakten med sitt traditionella kollektiv och blivit mera sårbara. Enligt ett offentligt biträde är familjeförhållandena ”i regel dåliga före ett permanent uppehållstillstånd” samt att de vuxna i många familjer medicineras för ångest, psykiska problem eller självmordsbenägenhet. Emellertid hävdar denna intervjuperson att barnen och föräldrarna ändå inte ska skiljas åt. Enligt denna intervjuperson skulle de flesta av familjernas problem lösas med ett permanent uppehållstillstånd. ”PUT ger föräldrarna möjligheten att ta sitt föräldraansvar och ta hand om sina barn.”

Handläggare på Migrationsverket

Den 16 december 2005 genomfördes intervjuer med tre handläggare från Migrationsverkets verksamhetsområden i två städer i Syd- och Mellansverige.

Ett asylärende tar vanligen upp till två år. Ett första beslut från Migrationsverket kommer normalt inom sex månader. Efter avslag finns det ytterligare olika steg att vidta, t.ex. överklaga till Migrationsverket och sedan lämna in ansökan hos Utlänningsnämnden. Detta gör att asylprocessen blir långsammare. Med andra ord fattas ett beslut ganska snabbt, men systemet gör att om familjerna vill få ett för dem positivt beslut så måste de vänta länge. ”Att asylprocessen är ovanligt lång i Sverige är en sanning med modifikation eftersom beslut fattas snabbt men för att få ett ’önskvärt’ beslut måste man vänta ganska lång tid.” Vidare påpekades det att barnens asylskäl ofta inte tas upp vid en första ansökan utan åberopas i efterhand efter ett avslagsbeslut. Intervjupersonerna ansåg att tydlighet saknas hos Migrationsverket och att nuvarande asylsystem ger dubbla budskap till de asylsökande. Vidare betonar intervjupersonerna att det är viktigt att undersöka om och hur barn kommer i fokus i asylärenden. ”Man måste undersöka vad barnet självt vill i stället för att nästan alltid låta en tredje persons syn, vilja och önskemål komma i första rummet – vare sig denna person är barnets förälder, dess läkare eller psykolog.”

Det blev tydligt i början av intervjun att olika enheter arbetar olika. Det finns olika arbetssätt vid migrationsverksamheter i olika delar av landet. Vid enheten i Sydsverige t.ex. träffar handläggarna alla barnen/familjerna någorlunda regelbundet samt har kontinuerlig kontakt med kommunerna – särskilt med skolan och socialtjänsten. Det finns också olika rutiner för att upptäcka barn som kan ha problem. I vissa delar av landet gör handläggarna regelbundna hembesök, vilket gör det möjligt för dem att förutse eller bli varse om t.ex. ett barn är på väg in i uppgivenhetstillstånd. Skolan spelar en viktig roll genom att den tidigt kan larma Migrationsverket om att ett barn slutat att gå i skolan. Därefter brukar man där sätta igång ett nätverksarbete. Kommun och socialtjänst ingår alltid i nätverksarbetet.

Enligt intervjupersonerna mår ganska många barn psykiskt dåligt redan när de anländer till Sverige. Informationen om barnens tillstånd bygger ofta på föräldrarnas utsagor. Uppgivenhetssymtom förekommer dock ofta i samband med ett avvisningsbeslut och när

barnens familjer lämnat förläggningarna och flyttat till Stockholm och eget boende. Enligt Migrationsverkets uppfattning är situationen för barnen normal så länge de bor på förläggningar, går i skolan och har socialt umgänge. I många fall upphör barnen att gå i skolan när familjen flyttar till så kallad eget boende.¹⁷ När familjerna lämnar förläggningarna visar barnen större sjukbenägenhet, menar intervjupersonerna. Barnen befinner sig ofta i situationer där föräldrar lider av svåra depressioner, har gett upp eller brister i sin omsorgsförmåga. Handläggarna har ofta upplevt att barnen hemma lever i en atmosfär av "likvaka". Intervjupersonerna uppmärksammar vikten av att andra, "friska" barn i familjen – det vill säga syskonen till barn med uppgivenhetssymtom – ofta glöms bort och att ingen bryr sig om "vilken omsorg de får?". Vidare menar intervjupersonerna att "den uppblåsta samhällsdebatten och den stora uppmärksamheten på de 'apatiska' barnens situation har varit mer till skada än nytta för många familjer. Det överdrivna stödet från utomstående aktörer har i många fall passiviserat föräldrarna och fått dem att lämna ifrån sig ansvaret för sina barn." Intervjupersonerna ställer sig kritiska till de aktörer som i frågan om asylsökande barn med uppgivenhetssymtom med "sitt agerande intensifierat det sjuka beteendet hos barnen och familjerna". En av intervjupersonerna ifrågasätter om en del av de "experter" som uttalat sig i den aktuella frågan verkligen har hållit sig inom ramarna för professionalitet, yrkesetik och yrkesansvar.

Kommentarer

En viktig punkt som både offentliga biträden och handläggare på Migrationsverket pekade på är att barnens asylskäl inte alltid kommer fram vid tillfället för familjernas första ansökan, att barnen inte hörs i asylärenden och att först efter ett avslag tar familjerna upp barnens situation i asylansökan. Detta kan föranleda (enligt migrationshandläggarna) eller förstärka (enligt offentliga biträden) en misstänksamhet hos myndigheterna om att barnens genuina eller förmodade tillstånd är en förevändning för att föräldrarna skall kunna stanna i Sverige.

Offentliga biträden tar upp såväl kulturen som asylprocessen som eventuella förklaringar till förekomsten av uppgivenhetssymtom bland en del asylsökande barn. Migrationshandläggarna upp-

¹⁷ Det finns i dag ingen lagstadgad skolplikt för asylsökande barn.

märksammar vikten av att familjerna inte isoleras och att känslan av sammanhang i deras vardag inte går förlorad under väntetiden. Trauma lyfts däremot inte fram som förklaringsmodell av någon av intervjupersonerna.

Intervjuerna med migrationshandläggare bekräftar den bild som kom fram i litteraturstudien om asylprocess i Norden. Det vill säga att asylprocessen inte är längre eller hårdare i Sverige än våra nordiska grannländer.

Av intervjuerna framgår också hur olika aktörers särintressen i frågan kan ha betydelse för barnens och familjernas situation. Offentliga biträden betonar att de inte får tillräcklig ersättning för att kunna lägga mer tid på familjernas ärenden. Migrationsverkets handläggare påpekar att en del andra yrkesgrupper kan ha överskridit sin yrkesetik på grund av sina särintressen i frågan.

Genom att ha använt en triangulering av datakällor har vi kunnat öka validiteten i studiens resultat. En analys av intervjuerna med representanter för såväl systemvärlden (vården, Migrationsverket och offentliga biträden) som livsvärlden (familjerna och invandrarföreningar) leder oss till i huvudsak samma slutsatser som även förstärks av andra delstudier som vi har genomfört. En utförligare diskussion förs i nästa avsnitt.

Diskussion

Det måste tyvärr konstateras att vetenskapen fortfarande inte kan förklara varför fenomenet asylsökande barn med uppgivenhets-symtom uppstod i Sverige i början av 2000-talet och sedan utvecklades till ett epidemiliknande tillstånd i den aktuella gruppen. Våra första rapporter (2005:1; 2005:2) och också andra studier (bl.a. Joelsson & Dahlin 2005) har visat att problemet främst drabbat asylsökande barn från vissa länder/folkgrupper samt att barnen i majoriteten av fallen har varit somatiskt friska och välfungerande före ett negativt beslut om uppehållstillstånd. Samtidigt tyder all erfarenhet på att ett tillfrisknande nästan uteslutande förutsätter ett positivt beslut om uppehållstillstånd. I detta avsnitt försöker vi med hjälp av våra empiriska data undersöka en del av de faktorer som har påståtts ligga till grund för problematiken.

Trauma

Begreppet trauma används ofta vårdslöst och blandas även ihop med stress. Trots att det inom psykiatrin finns tydliga kriterier för bl.a. vad som kan orsaka PTSD hos en person, tolkas begreppet trauma ibland på ett mera subjektivt sätt. Psykiatriska diagnoser är till sin karaktär deskriptiva och innehåller vare sig förklarande eller orsaksrelaterade samband. Traumatisering kan därför inte användas för att förklara ett samhällsfenomen av den storlek som de asylsökande barnen med uppgivenhetssymtom utgör. Samtidigt har vi genom litteraturstudier och kontakter med experter inte kunnat hitta belägg för att det som i gängse psykologiskt språkbruk uppfattas som traumatiska händelser lett till uppgivenhetssymtom av det slag som vi i Sverige har sett hos barn. (Det finns visserligen undantag där barnen till följd av bl.a. sexuella övergrepp blivit tysta, rädda, tillbakadragna – men aldrig helt "apatiska".) Det har heller inte hänt i Sverige före början av 2000-talet att ett negativt beslut om uppehållstillstånd, nästan helt uteslutande, varit den utlösande

faktorn för ett så omfattande uppgivenhetssymtom hos barn att de behöver sondmatas och sättas i rullstol.

Vi vill inte på något sätt utesluta trauma som en bidragande faktor bland andra faktorer i vissa enskilda fall. Dock vill vi betona att vår studie inte har kunnat finna något belägg för att trauma skulle vara *den* bakomliggande faktor som man påstått för de asylsökande barnens tillstånd i Sverige. Det finns olika fakta som stöder denna slutsats. Fältbesöken och intervjuerna i de länder barnen kommer från samt analysen av det politiska och sociala läget i de aktuella länderna visar att det inte förekommer något systematiskt våld eller hot mot någon särskild grupp. Förvisso finns det varierande grad av brister i demokrati och respekt för mänskliga rättigheter i dessa länder. Det kan inte heller uteslutas att enskilda individer kan utsättas för förföljelse, hot och trakasseri p.g.a. religion, etnicitet eller annan tillhörighet. Dock har vi inte kunnat hitta belägg för att situationen i de aktuella länderna skulle vara allvarligare än i många andra länder där det råder krig, diktatur och olika former av övergrepp på individernas fri- och rättigheter. Därför blir det ännu svårare att förstå varför medborgare från just dessa länder drabbas av uppgivenhetssymtom.

Vidare har det framkommit (såväl i vårt intervjumaterial som i flera tidigare rapporter, bl.a. Bodegård 2004, Joelsson & Dahlin 2005) att barnen i majoriteten av fallen har varit förhållandevis friska och välfungerande (de flesta barn uppges ha varit duktiga i skolan eller i idrottssammanhang både i hemlandet och i Sverige före avslagsbeskedet).

Det kan inte förnekas att ett avslag i ett asylärende och utsikten att avvisas till hemlandet kan vara påfrestande för en del barn. Många av de barn som visat uppgivenhetssymtom de senaste åren har varit tillräckligt stora för att kunna jämföra och förstå innebörden av livet i Sverige och livet i hemlandet där i många fall fattigdom, social misär och otrygghet skulle kunna begränsa deras framtidsmöjligheter. Det ska heller inte glömmas bort att barn också är aktörer som är medvetna om sina intressen. Många bland de asylsökande som visar uppgivenhetssymtom är långtifrån passiva offer (i motsats till vad som har dominerat den svenska debatten om dessa barn). De är fullt kapabla att göra aktiva val för att maximera sina chanser i livet. Barn som betar sig självdestruktivt eller använder sin hälsa/ohälsa som ett maktmedel för att driva igenom sin vilja är aktiva aktörer snarare än traumatiserade offer, förlamade av sin hopplöshetskänsla. Detta kan delvis förklara den stora sprid-

ningen av problemet under de senaste åren. Solvig Ekblad och Magne Raundalen (2005) betonar att "när bottenlöst förtvivlade, självmordsnära flyktingbarn får vetskap om andra barn som lagt sig ned i veckor och månader, kan de kopiera detta som en lösning för sin egen situation". Citatet visar tydligt att författarna betraktar barnen som aktiva aktörer såväl när de "lägger sig ned" som när de "kopierar" en viss handling som ett svar på sina egna behov.

Enligt alla experters enhälliga bedömningar är uppehållstillstånd den viktigaste faktorn som har en helande verkan på barnen. Detta kan inte tolkas på annat sätt än att orsaken till barnens tillstånd inte kan sökas i traumatiska händelser utan i sociala förhållanden.

En kritisk och vetenskaplig hållning skulle inte bortse från att föräldrarna själva är en part i frågan om att få asyl – med ett eget intresse av att framhäva traumatiska händelsers betydelse. Förvisso kan det inte uteslutas att en del barn kan ha varit med om någon/några traumatiska händelser av olika slag. Joelsson och Dahlin (2005) påpekar svårigheterna med att "värdera hur barnen mått och hur traumatiserade de varit före ankomsten till Sverige". I brist på säker kunskap om den verklighet som ligger bakom varje enskilt barn förefaller det dock vara långtifrån vetenskapligt att påstå att trauma är huvudorsaken till barnens beteende/tillstånd. Det är naturligt att människor överdriver hoten för att maximera sina chanser hos migrationsmyndigheterna. Detta bekräftas av det resultat som Joelsson och Dahlin redovisar i sin artikel i *Läkartidningen* (2005). "Vid jämförelse med alla barn på flyktingförläggningen visade det sig att de barn som hade sökt PBU fick uppehållstillstånd dubbelt så ofta som de övriga barnen." Enligt denna studie var andelen asylsökande barn som varit i kontakt med PBU (Psykiska barn- och ungdomsvården, motsvarande BUP) och som fick uppehållstillstånd 60 % jämfört med andelen för samtliga barn som bott på flyktingförläggningen (32 %). 64 % av barnen i samma studie debuterade på PBU i samband med att familjen fick negativt besked om uppehållstillstånd. 85 % av de barn som fick näringstillförsel slutade äta i samband med ett negativt besked.

Kultur

De fältbesök och de intervjuer som genomfördes såväl med experter och myndigheter i de aktuella länderna som med de drabbade familjerna och representanter för de berörda invandrarorganisa-

tionerna har inte kunnat ge något belägg för ett direkt samband mellan kulturellt särdrag och förekomsten av uppgivenhetssymtom hos barn.

Av intervjuerna i de aktuella länderna framgår att det holistiska tänkandet är starkt hos de minoriteter som är överrepresenterade bland asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. De beskrivs som slutna grupper med en stark inre organisation och ett eget system av stöd och bestraffning för gruppens medlemmar. Anmärkningsvärt är att inte ens vid sjukdom (vare sig fysisk eller psykisk) är dessa grupper mer angelägna att utnyttja det omgivande samhällets resurser. Förbindelsen mellan det omgivande samhället och individen är indirekt och går genom ett mellanled, t.ex. familjen. I holistiska kulturer "fungerar familjen ... som en sluten enhet som har till uppgift att skydda sina medlemmar inför utomstående" samtidigt som gruppen "ser till att varje individ underordnar sig gruppens föreskrifter och outtalade bestämmelser" (Ahmadi 2003 sid. 68). Det har ofta varit det första barnet i familjen som utvecklat uppgivenhetstillståndet – ett barn som dessutom varit tillräckligt gammalt (mellan 10 och 18 år) för att ha införlivat det holistiska tänkesättet. Detta kan i en del fall förklaras med hjälp av ovanstående perspektiv. Barn kan få för sig att de genom att offra sig räddar sin familj och sina syskon. Även om ingen direkt uppmaning eller inget direktiv kommer från familjen kan många barn som är uppfostrade i det holistiska tänkandet ändå agera enligt gruppens "outtalade" regler. Barn kan därför vara aktörer som agerar som beskyddare för kollektivet (t.ex. familjen) och som använder de medel som finns till buds för kollektivets överlevnad och bevakandet av dess intressen. Att de flesta asylsökande barn med uppgivenhetssymtom återhämtar sig efter ett positivt beslut om uppehållstillstånd kan delvis förklaras med hjälp av det holistiska tänkandet, särskilt när det handlar om barn som är tillräckligt gamla för att ha införlivat detta tänkesätt. Kollektivet har kunnat skydda sig mot yttre hot och klarat av den kris som drabbat det, därför finns det inte längre något behov av extrema uppoffringar från medlemmarnas sida för att beskydda kollektivet.

Som tidigare påpekades kan kulturen inte ensam förklara fenomenet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom. Kultur kan i bästa fall förklara vissa beteenden eller förhållningssätt hos enskilda personer men aldrig ett socialt fenomen som asylsökande barn som visar uppgivenhetssymtom.

Asylprocessen i Sverige

Den jämförelse som gjordes mellan asylprocessen i Sverige, Norge och Danmark ger inte några belägg för att behandlingen av asylsökande skulle vara hårdare eller den ordinarie väntetiden för att få ett besked längre i Sverige. Asylsökande har förhållandevis större friheter och möjligheter i Sverige, vilket kan vara en anledning till att en större andel söker asyl i Sverige framför andra nordiska länder.

Det som skiljer den svenska asylprocessen från asylprocessen i de övriga länderna är däremot större möjligheter att lämna in ny ansökan och vid upprepade tillfällen. (Här refererar vi till det system som rådde fram till sista mars 2006.)

I flera fall har familjerna till de drabbade barnen bott i Sverige sedan senare delen av 1990-talet. Förvisso får de flesta asylsökande ett beslut relativt snabbt – genomsnittstiden är mellan ett halvt år och två år efter att ansökan lämnats in, beroende på om personernas identiteter går att fastställa eller inte. Dock kan tiden för att få ett positivt beslut vara olika lång för de sökande beroende på vilka åtgärder som de väljer att vidta för att försöka få ändring av beslutet efter ett avslag. Nästan alla asylsökande överklagar negativa beslut från Migrationsverket. Vid ett slutgiltigt avvisningsbesked väljer en del sökande att gömma sig eller tillfälligt flytta till tredje land för att sedan lämna in en ny ansökan om asyl i Sverige – detta har varit fallet med flera familjer där barn utvecklat uppgivenhetssymtom. Hade Sverige haft striktare regler för överklagande/ny ansökan hade väntetiden och därmed gapet mellan hopp och förtyvlan bland familjerna inte varit så betydande.

Slutsatsen blir att det inte går att helt avfärda den svenska asylprocessen som en bidragande faktor till att en del asylsökande barn utvecklat uppgivenhetssymtom – men med betoningen att asylprocessen omöjlig kan vara hela förklaringen. Då skulle nämligen många andra barn från andra länder och kulturer än de aktuella länderna också drabbats av uppgivenhetssymtom i jämförbar utsträckning. Inte heller kan man hänvisa till asylprocessen för att förklara varför denna epidemilikhande situation uppstått först efter år 2001. Detta med tanke på att asyllagarna och asylprocessen inte har förändrats nämnvärt sedan början av 1990-talet.

Manipulation och misshandel

Under senare delen av förra året har en del experter inom vården (psykologer, psykiatrer och annan vårdpersonal) samt Migrationsverket, socialtjänsten och polisen tagit upp frågan om simulering och misshandel av barn genom manipulation eller förgiftning. Liknande misstankar har framförts i några av intervjuerna med representanter för FN-organ, sjukvårdspersonal, frivilliga organisationer och myndigheterna i de besökta länderna. Även några representanter för invandrarorganisationer i Sverige vars landsmän är överrepresenterade i statistiken över barn med uppgivenhetssymtom har antytt att fusk och manipulation kan ha förekommit i en del fall.

Simulering som en möjlig förklaring till förekomsten av uppgivenhetssymtom hos en del asylsökande barn har förkastats av en del barnläkare, bl.a. Tor Lindberg och Lars H Gustafsson (2006). Möjligen kan en del läkares hållning förklaras med hjälp av vad Anders Lundin och Christian Oldenburg kallar läkares moraliska dilemma.

Det är därför ett moraliskt dilemma när man ställs inför att så i grunden ifrågasätta patientens trovärdighet att man tror att han eller hon ljugar, bluffar eller gör sig till. Olusten att upptäcka och avslöja fusk leder sannolikt både till att det upptäcks alltför sällan och till att det inte heller diskuteras.

(Lundin & Oldenburg 2005:3908)

Samtidigt kan föreställningar om ”läkares godhet” försvåra situationen,

... läkaren i mångas ögon, och inte sällan i sina egna, uppfattas och bekräftas som en god och hedervärd människa.

(Kongstad 2005:1960)

Denna tro kan i vissa situationer leda till att en del medicinska experter anser sig vara ofelbara eller opåverkbara och stående utanför det mänskliga systemet av fusk, bedrägeri m.m. En självpåtagen roll som samhällets samvete kan leda till att en del läkare tror att de kan sätta sig över lagen och ikläda sig rollen som samhällets överdomare. Lars H Gustavsson (2005:322) beskriver själv denna situation:

Läkares etiska dilemma uppkommer när hon, eller han, menar att Migrationsverket, Utlänningsnämnden eller polis inte ser till barnets bästa ... läkaren då stundom agerar i utkanten av lagens rāmärken?

Vi har i denna fördjupningsstudie varken haft för avsikt eller haft möjlighet att närmare studera dessa misstankar. Frågan om en del av barnen varit förgiftade eller inte kan bäst besvaras genom medicinska, sociala och polisiära utredningar. En utredning om föräldrars/vuxnas roll när det gäller att manipulera, instruera eller tvinga barnen till att bete sig sjukligt behöver en stor och kvalificerad egen studie. Det hamnar utanför ramarna för uppdraget med den här rapporten.

Emellertid kan man med utgångspunkt i sunt förnuft inte helt avfärda möjligheten att en del barn (särskilt de som är något äldre) kunnat välja att hjälpa sina familjer genom simulering eller att någon förälder (direkt eller indirekt) har påverkat sitt barns uppgivenhetstillstånd. Det bör också påpekas att man i debatten om barn med uppgivenhetssymtom ofta har målat upp en bild av föräldrar utan hopp som trots sin maktlöshet och sina egna psykiska besvär offerar allt för sina barn.

Förvisso kan denna bild överensstämma med flertalet av fallen. Det som glöms är dock föräldrarnas negativa påverkan på barnen och deras roll i att bibehålla eller till och med försämra situationen för sina barn. Föräldrarnas roll är i verkligheten mer komplicerad än vad som framkommit i debatten om barn med uppgivenhetssymtom. Man har bl.a. konstaterat att ”mödrarnas ... omsorgsförmåga förbättrades vid besked om permanent uppehållstillstånd” (Joelsson & Dahlin 2005), och i flera fall har man sett att föräldrarna överför sin oro till barnen och att de exponerar sina berättelser om grymheter som de påstår sig ha varit med om för barnen. Ytterligare ett exempel på detta är modern till en numera tillfrisknad pojke vilken aktivt tog kontakt med ensamstående män med uppehållstillstånd för att lösa problemet med sin asylansökan medan hennes pojke fortfarande var i uppgivenhetstillstånd. Många asylsökande familjer präglas av aggression och våld inom familjen, störda familjeförhållanden och emotionell svikt från föräldrarnas sida.

Slutord

Det finns inte någon enskild förklaring till den situation som har rått i Sverige beträffande en del asylsökande barn som visat uppgivenhetssymtom. Detta har visat sig av drygt ett års studier, inklusive litteraturstudier av internationella och nationella vetenskapliga

och populärvetenskapliga bidrag, granskning av svensk och utländsk asylprocess, fältbesök inklusive omfattande intervjuer och litteraturstudier om de överrepresenterade ländernas politiska, sociala och ekonomiska situation, intervjuer med experter samt intervjuer med familjerna i/eller utan närvaro av de drabbade barnen och deras nästan alltid friska syskon.

Något som försvårar en tillfredsställande förklaring är att det än i dag inte finns konsensus bland experter om en diagnos. Eftersom fenomenet varit sällsynt eller inte förekommit internationellt så har man inte beskrivit det i Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM).¹⁸ Även i Sverige har såväl medicinska experter som experter inom barn- och ungdomspsykiatri tillämpat olika kriterier för att bedöma om ett barn tillhör gruppen ”apatiiska barn” vilket kraftigt har minskat reliabiliteten i diagnostiseringen. De svar som kommit till oss i våra enkätundersökningar både år 2005 och i år tyder på en stor osäkerhet eller snarare godtycklighet i verksamheternas bedömningar om ett barn tillhör gruppen barn med uppgivenhetssymtom eller inte. I en del fall har man efter att ha rapporterat barn med uppgivenhetssymtom kontaktat oss och ”korrigerat” sin tidigare diagnos till något annat. I andra fall kan man konstatera att flera av de barn som har rapporterats till oss har inte någonsin behövt näringstillförsel, hjälp med toalettbesök eller hjälp med att ta hand om sin personliga hygien m.m., samtidigt som en del andra haft behov av hjälp med detta. En möjlig slutsats kan då vara att det inte är möjligt att stadfästa en diagnos därför att det inte handlar om något enda tillstånd som är karaktäristiskt för alla de barn som klassats under begreppen apatiiska barn, barn med uppgivenhetssymtom eller depressivt devitaliserade barn. Vår studie har visat att bland de barn som under åren 2003–2006 har behandlats för uppgivenhetssymtom har cirka 25–30 % endast visat någon/några symtom på nivån grad I på vår funktionsnedsättnings-skala, 10–15 % visat någon/några symtom på nivån grad II och den stora majoriteten (60–70 %) pendlat mellan grad I och II eller visat någon/några symtom på dessa två grader under olika perioder och/eller samtidigt. Det finns ingen tvekan om att alla dessa barn har problem av olika slag. Men handlar det om uppgivenhet om ett barn visar någon/några symtom av grad I på vår skala? Otydligheten är som sagt mycket stor om det över huvud taget kan handla om ett enda tillstånd. I de fall barnen har varit svårt sjuka kan det

¹⁸ Psykiatriska diagnoser är symtombeskrivningar som blivit kriterier efter överenskommelse.

snarare ha handlat om olika sjukdomstillstånd/problem som anhopats och förstärkt varandras effekter hos ett och samma barn (en del barn har varit mörkrädda, inåtvända och en del andra har haft ångest, epilepsi, astma, depression, mutism o.d.).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att ingen av de förklaringsmodeller och hypoteser som under senare år har presenterats av olika kategorier experter ensamt kan förklara fenomenet. Alla studier hittills har bekräftat att detta är ett fenomen som är kopplat till vissa etniska grupper från vissa bestämda geografiska områden i världen. I vår undersökning har vi funnit att problemet är okänt i ursprungsländerna, både bland majoritetsbefolkningen och bland de aktuella etniska minoriteterna. Det har ibland hävdats att traumatiska erfarenheter/stress samt svåra familjesituationer är orsaken till problemet. Detta påstående bestrids av empirin i denna studie samt av det faktum att ett stort antal barn/föräldrar på andra platser/tider utsatts för motsvarande utan att fenomenet uppstått. Att det finns för många variationer i barnens historier (hälsotillstånd, klasstillhörighet, etnicitet och religion m.m.) och i deras uppgivenhetstillstånd (olika grader av sjukligt beteende under olika perioder, olika typer av respons till vården m.m.) gör det ännu svårare att hitta en enda förklaring till varför dessa barn har hamnat i ett uppgivenhetstillstånd. Kvar står ändå de gemensamma nämnarna, det vill säga att majoriteten av barnen kommer från före detta Sovjetunionen och före detta Jugoslavien; att alla barnen visade uppgivenhetssymtom efter år 2001; att uppgivenhetssymtom endast utvecklats i Sverige och att barnen varit friska såväl i sina hemländer som i de andra asylländer de bott i tidigare – och viktigast av allt: att den enda verkningsfulla åtgärden för barnens tillfrisknande har varit ett beviljat uppehållstillstånd (efter införandet av den nya generösare tillfälliga asyllagen i höstas har antalet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom minskat till en tredjedel).

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

föräldrarnas omsorgsförmåga/brist på sådan samt deras bristande engagemang i barnets uppfostran och välmående; manipulation och simulering samt; kulturella tänkesätt och beteenden. Problemet är komplicerat vilket kräver en multifaktoriell förklaringsmodell.

Att fenomenet tog en epidemiliknande form under några få år är inte svårt att förstå. Det har tidigare hänt att olika psykiska fenomen har "brutit ut" under en begränsad tid (se t.ex. Hacking 2002). Dessutom kan spridningen delvis förklaras med hjälp av "kopiering" (Ekblad & Raundalen, 2005). Den stora massmediala exponeringen av de drabbade barnen kan ha påverkat en del andra barn att med Ekblad & Raundalens ord "kopiera detta som en lösning för sin egen situation". Den stora mediala och samhällsliga uppmärksamheten på frågan kan därför med fog betraktas som en bidragande faktor till den epidemiliknande spridningen av tillståndet under den korta tid som fenomenet uppstod.

Lyckligtvis har vi kunnat konstatera att antalet asylsökande barn med uppgivenhetssymtom har minskat drastiskt under det senaste halvåret. Det finns också gott hopp om att det snart inte ska finnas barn som lider på det vis som vi har sett att en del av de drabbade barnen gjort. Det som är viktigt är att vi i framtiden inte enbart riktar all vår uppmärksamhet på symtomen utan också ser de bakomliggande problemen. Sökandet efter svar får inte heller begränsas enbart till ett enda perspektiv – vare sig det medicinska, det psykologiska eller det sociologiska. Alla dessa perspektiv kan i varierande grad användas för att förklara enskilda fall av uppgivenhetssymtom hos barn, eftersom det inte går att komma med generella förklaringar i alla de fall av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom som förekommit under de senaste 5 åren. Detta aktualiserar även betydelsen av nätverksarbetet kring asylsökande familjer – dels för att återskapa meningsfullhet i deras vardagliga tillvaro, dels för att stödja dem i krissituationer. Nätverket kan med fördel inkludera professionella och experter från dessa familjers hemländer.

Referenslista

2005/06:SfU5 *Ny prövning av avvísnings- och utvisningsbeslut.*

Ahmadi, N. (2003) Om jaguppfattningens betydelse för tolkningen av sociala roller, i N. Ahmadi (red.) *Ungdom, kulturmöten, identitet*. Stockholm: Liber.

Bernard, H. R. (1998) *Research Methods in Cultural Anthropology*. Newsbury Park: Sage.

Bodegård, G. (2001) Münchausen by proxy-syndromet. När en till synes engagerad förälder förfalskar sitt barns symptom, *Läkartidningen*, 98:2294–96.

Bodegård, G. (2004) Asylsökande flyktingbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall, *Läkartidningen*, 101:1696-1699.

Bodegård, G. (2005) De apatiska barnen – en utmaning för svensk barnsjukvård, *Läkartidningen*, 102:3627-28.

Brekke, J. P. (2004a) *The Struggle for control. The impact of national control policies on the arrival of asylum seekers to Scandinavia 1999-2004*. Oslo: Institute for social Research, nr 2004:13.

Brekke, J. P. (2004b) *While we are waiting. Uncertainty and empowerment among asylum-seekers in Sweden*. Oslo: Institute for Social Research, nr 2004:10.

Depoy, E. & Gitlin, L. N. (1999) *Forskning – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Ekblad, S. & Raundalen, M. (2005) Asylsökande barn ... myndigheter väntar och kräver fakta på bordet, *Läkartidningen*, 102:2082-83.

Eriksson, T. (2006) Apatiska barn måste utredas medicinskt, *Läkartidningen* 2006-03-15.

- Gustavsson, L. H. (2005) Flyktingbarnen och läkaretiken. Rappor- teringsplikt när läkare gör fel bör införas och gå före kollegiali- teten, *Läkartidningen* 102: 322-23.
- Habermas, J. (1987) *The Theory of Communicative Action, vol 2, Lifeworld and System*. Cambridge: Polity.
- Hacking, I. (2002) *Mad Travelers. Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Halligan, P. W., Bass, Ch. & Oakley D. A. (2003) *Malingering and Illness Deception*. Oxford: Oxford University Press.
- Jackson, T. (2006) Ny diagnos krävs för att förstå apatiska flyk- tingbarn, *Dagens Medicin* (www.dagensmedicin.se, 2006-01-18).
- Joelsson, L. & Dahlin, K. (2005) Asylprocess grogrund för apati hos vissa barn. Negativt besked om uppehållstillstånd ofta utlösande faktor, *Läkartidningen*, 102:3646-49.
- Kongstad, P. (2005) Läkaretiken och de apatiska flyktingbarnen, *Läkartidningen* 102:1960-61.
- Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (2005) *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Lask, B., Britten, C, Kroll, L., Magagna, J. & Tranter, M. (1991) Children with pervasive refusal, *Archives of Diseases in Child- hood*, 66:866-869.
- Lindberg, T. & Gustafsson, L. H. (2006) Anklagelserna mot oss barn- läkare saknar grund, *Dagens Medicin* (www.dagensmedicin.se 2006-01-25).
- Lundin, A. & Oldenburg, Ch. (2005) Är vi alla lurade? Om över- drifter, hemligheter och lögner i sjukvården, *Läkartidningen*, 102: 3906-12.
- Lundin, B. & Croner, S. (2001) Münchausen syndrome by proxy. Barnmisshandel genom förfalskning av symptom, *Läkartidningen*, 98:2302-11.
- Meadow, R. (1977) Munchhausen syndrome by proxy. The hinter- land of child abuse, *Lancet*, 2:343-5.

- Nunn, K. P. & Thompson, S. L. (1996) The pervasive refusal syndrome: Learned helplessness and hopelessness, *Child Clinical Psychology and Psychiatry*, 1:121-32.
- Patton, M. (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newsbury Park: Sage.
- Prop. 2003/04:50 *Åtgärder för att klarlägga asylsökandes identitet m.m.*
- Rapport 2005:1. *Asylsökande sökande barn med uppgivenhetsymtom – en kunskapsöversikt och kartläggning*. Rapport från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetsymtom.
- Rapport 2005:2 *Asylsökande sökande barn med uppgivenhetsymtom – en kunskapsöversikt och kartläggning*. Rapport från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetsymtom. Uppdaterad version.
- Rosenberg, D. A. (1987) Web of deceit: a literature review of MSbP. *Child Abuse Negl*, 11:547-63.
- Schöldström, U. (2006) De apatiska barnen – politik och etik, *Läkartidningen* 103:191.
- Stake, R. E. (1994) Case studies, i N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications.
- Sundelin, C. & Lindberg, T. (2005) Apatiska barn – var står vetenskapen idag?, *Läkartidningen*, 102:1338-45.
- Thernlund, G., Ferander, T., Miklos Ljungberg, J. och Bodegård, G. (2005) Verksamhetschefernas inlägg stöd för inhuman flyktingpolitik, *Läkartidningen*, 102:2169.

Källor: URL

Sverige

Migrationsverket, Sverige: <http://www.migrationsverket.se>

Utlänningsnämnden, Sverige: <http://www.un.se>

Sveriges riksdag: <http://www.riksdagen.se>

Regeringskansliet, *Migrations- och asylpolitik*:

<http://www.regeringen.se/sb/d/2666>

Översikt asylärendets gång i Sverige:

http://www.migrationsverket.se/pdf/afil/asylarend/fran_asylansokan_till_beslut.pdf

Danmark

Utlänningsstyrelsen, Danmark: <http://www.udlst.dk>

Flyktingnämnden, Danmark: <http://www.fln.dk>

Dansk flyktinghjälp: <http://www.flygtning.dk>

Danmarks statistik: <http://www.dst.dk>

Ministeriet for Flygtninge, Invandrere og Integration:

<http://www.inm.dk/Index/mainstart.asp?o=1&n=3&s=4>

Översikt asylprocedur i Danmark:

<http://www.udlst.dk/Asyl/Asylansoegning/oversigtoversagsgang.htm>

Norge

Utlänningsdirektoratet, Norge: <http://www.udi.no>

Utlänningsnämnden, Norge: <http://www.une.no>

Norsk flyktinghjälp: <http://www.nrc.no>

NOAS – Norsk organisation för asylsökande:

<http://www.noas.org>

Kommunal og regionaldepartementet, *Asyl- och flyktingpolitiken*:

<http://odin.dep.no/krd/norsk/tema/innvandring/asyl/bn.html>

De fleste har tiltro til utlendingsmyndighetene:

http://www.une.no/c2002/UNE_no/templates/applications/internet/Dokumenter/Norsk/presse/pressemeldinger/pm20051215.htm

[15.12.2005]

Instrument för att mäta funktionsnedsättningar hos asylsökande barn med uppgivenhetssymtom

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

Enkät för månatlig uppföljning

Avstämning

Månatlig statistik över antal barn med uppgivenhetssymtom som är aktuella inom barn- och ungdomspsykiatri – ett stickprov

Avstämning nr ... består av ett frågeformulär avseende ... månad. Var god fyll även i vilken BUP-verksamhet informationen gäller samt kontaktperson (nedan).

Informationen har lämnats av BUP verksamheten i _____

Kontaktperson, tfn: _____

Frågor om enkäten besvaras av Anna Mannikoff, sekreterare i samordningsuppdraget, tfn 08-405 47 39, e-post anna.mannikoff@foreign.ministry.se

Var god skicka samtliga ifyllda frågeformulär till:

Nader Ahmadi
UD 2004:06
Regeringsgatan 30-32
103 33 Stockholm

Tack på förhand för er medverkan!

I: Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom (enligt symtombild i fråga 7) som var aktuella hos er den.

Totalt antal _____

Varav nya fall som blev aktuella under den aktuella perioden _____

Var god och fyll i ett formulär för varje nytt fall av barn med uppgivenhetssymtom i de formulär som följer detta försättsblad.

Följande information gäller de fall som tillkommit under den aktuella perioden:

1. Pojke _____ Flicka _____

2. Ålder: _____

3. Barnets medborgarskap _____

4. Barnet kom till Sverige År _____ Månad _____

5. Har barnet varit aktuellt hos annan BUP-enhet innan det blev aktuellt hos er?

Ja _____ Nej _____ Vet ej _____

Om Ja, var och när _____

6. Var i asylprocessen befinner sig barnet?

Väntar på första beslut _____

Har fått avslag _____

Har fått uppehållstillstånd _____

Har fått avvisningsbesked, men inväntar avvisning _____

7. Vilka av följande symtom har det aktuella barnet visat någon/några gång/er under sjukdomsförloppet?

Symtom	Grad I	Grad II
a. Kommunikationsförmåga	Icke-verbal respons (t.ex. nickar eller sänker blicken)	Ingen respons alls (t.ex. inga ord eller blundar)
b. Förmåga att klara dagliga rutiner	Gör saker på uppmaning (t.ex. klär på sig, tvättar sig, borstar tänderna)	Ingen förmåga att ta hand om sig själv (måste t.ex. kläs på; eneures; enkopres)
c. Förmåga att röra sig	Kan förmås gå med hjälp	Ligger, står inte på sina ben; faller ihop; inget ansiktsuttryck

d. Basala överlevnadsförmågor

Matas, tuggar
och sväljer själv

Sondmatas

e. Medvetenheten om omvärlden

Hör eller reagerar
på enstaka händelser
kan t.ex. titta upp
ibland

Är helt avskärmd från
omvärlden

Kommentarer (t.ex. hur länge symtomen varat, variationer över tid eller beroende på situation mm): _____

Enkät för den nya kartläggningen

Enkät för kartläggning av asylsökande barn med uppgivenhetssymtom, våren 2006.

1. Kön Flicka Pojke
2. Barnets medborgarskap _____
3. Barnets etnicitet, folkgrupp _____
4. Ålder när barnet blev aktuellt på kliniken
 - 0-3
 - 4-7
 - 8-12
 - 13-15
 - 16-20

5. Har det aktuella barnet visat något/några av följande symtom någon gång under sjukdomsförloppet?

Symtom	Grad I	Grad II
a. Kommunikationsförmåga	Icke-verbal respons (t.ex. nickar eller sänker blicken)	Ingen respons alls (t.ex. inga ord eller blundar)

Kommentarer (t.ex. hur länge symtomet varat, variationer över tid eller beroende på situation m.m.): _____

Symtom	Grad I	Grad II
--------	--------	---------

b. Förmåga att klara dagliga rutiner

Gör saker på uppmaning (t.ex. klär på sig, tvättar sig, borstar tänderna)

Ingen förmåga att ta hand om sig själv (måste t.ex. kläs på; enures; enkopres)

Kommentarer (t.ex. hur länge symtomet varat, variationer över tid eller beroende på situation mm):

c. Förmåga att röra sig

Kan förmås gå med hjälp

Ligger, står inte på sina ben; faller ihop; inget ansiktsuttryck

Kommentarer (t.ex. hur länge symtomet varat, variationer över tid eller beroende på situation mm):

d. Basala överlevnadsförmågor

Matas, tuggar och sväljer själv

Sondmatas

Kommentarer (t.ex. hur länge symtomet varat, variationer över tid eller beroende på situation mm):

e. Medvetenheten om omvärlden

Hör eller reagerar på enstaka händelser kan t.ex. titta upp ibland

Är helt avskärmd från omvärlden

Kommentarer (t.ex. hur länge symtomet varat, variationer över tid eller beroende på situation m.m.):

6. Barnet blev aktuellt inom barnpsykiatri första gången År _____ Månad _____

7. Har barnet varit aktuellt hos annan BUP-enhet innan det blev aktuellt hos er?

Ja _____ Nej _____ Vet ej _____

Om Ja, var och när

8. När lämnade barnet hemlandet? År _____

9. När kom barnet till Sverige? År _____

10. Var i asylprocessen befinner sig barnet?

Väntar på första beslut _____

Har fått avslag _____

Har fått avvisningsbesked, men inväntar avvisning _____

11. Barnet lever med

båda föräldrarna och syskon

båda föräldrarna

pappa och syskon

mamma och syskon

endast pappa

endast mamma

är ensamkommande

Annat: _____

Intervjuguide familjerna

1. Basinformation
 - Om det aktuella barnet: ålder, kön
 - Hur många barn inom familjen och deras ålder
 - Föräldrarnas antal och ålder
 - Andra anhöriga/släktingar i Sverige
2. En så komplett bild av det aktuella barnets uppgivenhetsbeteende enligt studiens modell (familjens uppskattning)
3. Familjens sociala bakgrund i sitt hemland
 - Minoritet eller intern flykting (IDP)/flykting från annat land
 - Föräldrarnas yrke och utbildning
 - Familjens ekonomiska förhållanden
 - Familjens sociala nätverk
4. Det aktuella barnets sociala och psykosomatiska tillstånd i hemlandet
 - Skolgång
 - Socialt liv
 - Mental hälsa
 - Fysisk hälsa
5. Omständigheter som gjorde att man lämnade hemlandet
 - Etnicitet/minoritetstillhörighet
 - Politik/religion
 - Icke statliga trakasserier/annan orsak
6. Tiden efter flykten från hemlandet
 - För hur många år sedan lämnade man hemlandet/vad har hänt under denna tid (i stora drag)

Varför valdes Sverige/ev. andra länder före ankomsten till Sverige

7. Tiden i Sverige
 - Hur mår föräldrarna
 - Hur mår andra, ”friska” barn
 - Status i asylprocessen
 - Vardag
 - Synen på barnuppfostran
 - Föräldrarnas förhållningssätt inför barnen (om de skyddar barnen eller exponerar sin ångest m.m.)
 - Relationen mor/barn
 - Relationen far/barn
 - Socialt nätverk/kontakter med svenskar och andra – myndigheter, privatpersoner eller frivilliga organisationer
 - Medvetenhet om mediernas/politikernas intresse för ”apatiska barn”
8. Hur ser framtiden ut enligt familjen

Intervju med familjerna

Familj 1

Den aktuella pojken lever med sin mamma och sin syster. Fadern kvar i hemlandet i Centralasien, förväntas bli återförenad med familjen.

Orsaker till flykt

Politiska, p.g.a. mannens aktiviteter, kvinnan trakasserad men inte inför barnen.

Resan

Betalade för att komma till Moskva, skaffade sedan falska identitetshandlingar och skaffade svenskt visum.

Pojkens tillstånd i hemlandet

Inga kända fysiska eller mentala sjukdomar i hemlandet. Frisk och fungerande i skolan men lättirriterad och aggressiv. I allmänhet ganska känslig och inåtvänd.

Pojkens tillstånd i Sverige före avslag

I allmänhet förbättrad psykisk hälsa, fungerande i skolan

Uppgivenhetssymtom

Han kan själv gå, sitta, ligga m.m. Har ej sondmatats utan modern mosar maten och matar honom, äter mycket litet. Inget fångar hans intresse, sover långa stunder, dock dåligt och vaknar emellanåt. Uppmärksammar inte sina toalettbehov och får ofta hjälp med toalettbesöken.

Andra omständigheter

Eftersom modern inte trivdes med klimatet i Gällivare flyttade familjen till Stockholm i augusti 2005. Dessutom ansåg hon att

barnet skulle få bättre vård i Stockholm. Pojken har inte gått i skolan sedan flytten till Stockholm.

Vård och stöd

Går till MAST på måndagar och personal från MAST går hem till dem på tisdagar och fredagar. Även sjuksköterskor från barnsjukhuset och sjukgymnaster besöker familjen.

De övrigas hälsa i familjen

Dottern: frisk och stark, hjälper och stöder modern mycket, lärt sig svenska, fast besluten att inte återvända, inga nostalgiska känslor för hemlandet. Har följt flyktingdebatten och apatiska barns situation via medierna och vidarebefordrat till dem men ej så ingående. Dottern lever ett normalt liv och har många vänner samt kontakt med uiguriska föreningen.

Modern: sömnproblem, tar dock inte de preskriberade medicinerna för att vara alert/vaken och ta hand om pojken.

Livet efter PUT

Pojken mår bättre nu, sover bättre och kissar inte längre på sig, äter själv. Dottern, som går i gymnasiet, läser tidningar och översätter åt honom. Han går på promenader 2 ggr om dagen och sitter tillsammans med familjen i tv-soffan och tittar på tv.

Familj 2

Den aktuella pojken kom till Sverige tillsammans med sin mamma. Föräldrarna är skilda och fadern har bildat ny familj och bor kvar i hemlandet i Centralasien.

Orsaker till flykt

Politiska, p.g.a. morbroderns aktiviteter, kvinnan anhållen och hotad. Inga fysiska trakasserier mot modern eller pojken. Pojken har inte bevittnat våld personligen.

Resan

Betalade för att komma till St. Petersburg, skaffade sedan falska identitetshandlingar och skaffade svenskt visum.

Pojkens tillstånd i hemlandet

Andningsproblem, kramper samt mörkrädd och rädsla för oväsen, social fobi. Pojken blev stressad av morbroderns situation.

Pojkens tillstånd i Sverige före avslag

Hälsotillståndet förbättrades redan efter ankomsten till St. Petersburg och i Sverige var pojken ganska normal i början och välfungerande och mycket duktig i skolan.

Uppgivenhetssymtom

Efter Migrationsverkets första avslagsbeslut i december 2004 blev hans tillstånd sämre. Han hade svårare med skolan och med att ha kontakter med andra. Modern begärde att få lugnande medicin för pojken men läkarna vägrade. Under hösten 2005 fick han diagnosen astma (p.g.a. rädsla) vilket både modern och advokaten ifrågasatte och protesterade emot. Hon vill att läkarnas diagnos ogiltigförklaras och att man fastslår ett psykiatrisk symtom på honom. Pojken blev sämre under tiden och hade spasmer hela dagar, hans andfåddhet varade i dagar och han började äta dåligt vilket ledde till att han gick ner i vikt. Vägrade ta kontakt med utomstående, låg i sängen. Även under de värsta kriserna kunde han gå på toa själv och det gör han även nu. Han går själv till mottagningen men pratar inte med utomstående, bara med modern. Han har alltid hört och varit medveten om det som andra (läkare/psykolog m.fl.) har sagt. Ingen sond sattes in.

Andra omständigheter

Frivilliga organisationer som var i kontakt med dem uppmuntrade dem att gömma sig.

De övrigas hälsa i familjen

Modern säger att när hon själv mår dåligt och inte vet vad som kommer att hända i framtiden – hur skulle hon kunna ge hopp till pojken och ta hand om honom? Modern kopplades också till vuxenpsykiatri i Rinkeby.

Livet efter TUT

PUT har inte påverkat pojkens tillstånd. Ibland går pojken upp och går ut på promenader med sin mamma. Modern matar honom men han dricker själv.

Familj 3

Pojken kom till Sverige tillsammans med sin mamma. En 16-årig dotter lämnades kvar hos kvinnans mor i hemlandet Centralasien då hon inte hade resehandlingar. I hemlandet bodde modern och de två barnen tillsammans, medan fadern utan att ha skilt sig från kvinnan hade flyttat till en annan kvinna och skaffat nya barn.

Orsaker till flykt

Allmänna problem för minoriteter i hemlandet, fattigdom och svåra familjeförhållanden.

Resan

Sålde bostaden och betalade smugglare för resan som gick via Ryssland till Sverige.

Pojkens tillstånd i hemlandet

I allmänhet har pojken varit normal men ganska känslig och mycket aggressiv i hemlandet. Väl fungerande i skolan men inte en social person.

Pojkens tillstånd i Sverige före avslag

Glad och frisk, gick i skolan. Men efter avslag försämrades hans tillstånd. Gick upp och ner.

Uppgivenhetssymtom

Matvägran, skolvägran, aggressivitet och sömnlöshet, enures, hade svårt att gå och vägrade att prata med BUP-personal.

Andra omständigheter

Pojken helt medveten om innebörden av flytten till Sverige, glad över att kunna "dricka läsk och äta hamburgare". Pojken informeras om allt som försiggår kring deras asylsituation och är orolig för att familjen ska avvisas. Han var ständigt vittne till moderns oro och såg henne ofta gråta. De båda var rädda att hamna i hemlöshet och misär om de avvisas eftersom de hade satsat allt de hade för att komma till Sverige. I väntan på uppehållstillstånd gifte hon om sig. Familjen valde medvetet Sverige då de hade hört gott om Sverige och fått information om att det finns en förening i Sverige som hjälper asylsökande.

De övrigas hälsa i familjen

Modern desperat och funderade på självmord för att pojken skulle få större chans att stanna i Sverige.

Livet efter TUT

Pojken blev bättre före TUT men är fortfarande orolig och har ångest för att skickas hem. Han kommer ihåg den tid han var sjuk men inte alls hemlandet, trots att han var 9 år gammal när familjen lämnade hemlandet för tre år sedan.

Familj 4

Hela familjen bestående far, mor och tre barn kom till Sverige efter kriget i Kosovo.

Orsaker till flykt

Fördrivna från sitt hem och sin by. Familjen trakasserades, miss-handlades och anklagades för mord. Hela deras klan/släktingar befinner sig i Sverige eller på annat håll i Europa. Familjen utsattes för diskriminering och trakasserier p.g.a. sin etniska bakgrund. Flickan bevittnade att modern våldtogs framför henne.

Resan

Hävdar att de kommit direkt till Sverige men tillägger att de har betraktats som ett misstänkt Dublinärende. De uppger att de betalade smugglare för att komma till Belgrad för att sedan ta flyget därifrån till Sverige. Alla hade resehandlingar.

Pojkens tillstånd i hemlandet

Har aldrig gått i skolan trots sin höga ålder (18 år), har drivit runt med kompisar, för övrigt frisk.

Flickans tillstånd i hemlandet

Normalt.

Pojkens tillstånd i Sverige före avslag

Varit rädd och orolig, sovit dåligt.

Flickans tillstånd i Sverige före avslag

Hon hade kontakt med BUP före avslag men tillståndet försämrades efteråt. Hon gick i skolan ca 1 år före avslag.

Uppgivenhetsymtom

Pojken: matvägrade, mest legat på soffan de senaste fyra åren.

Flickan: Hon ville ta livet av sig med hjälp av moderns värktabletter. Lämnade inte sängen och fick näringsdryck som hon själv intog. Slutade prata i april 2005, fick hjälp med toalettbesök/blöjor.

Andra omständigheter

Modern och de två stora pojkarna är analfabeter, dottern har gått ett år i skolan. Kyrkan och frivilliga organisationer är aktiva i familjens ärende.

Vård och stöd

Socialtjänsten har regelbundna kontakter, tar ut barnen m.m. BUP besöker dem varannan vecka.

De övrigas hälsa i familjen

Modern har kontakt med vuxenpsykiatri. Båda föräldrarna verkar deprimerade, fadern tar hand om hela familjen.

Livet efter PUT

Glädjande, dock ligger flickan fortfarande och är okontaktbar. Inga planer för framtiden.

Familj 5

Pojken kom från ett område i f.d. Sovjetunionen till Sverige tillsammans med båda föräldrarna. Familjen åkte runt i hemlandet och gömde sig ett år före flykten till Sverige.

Orsaker till flykt

Förföljdes och trakasserades av extremistiska grupper p.g.a. sin religiösa tillhörighet. Pojken misshandlades och såg hur hans mor våldtogs vid upprepade tillfällen.

Resan

Fick med hjälp av bekanta visum till Sverige och flög med direktflyg från hemlandet.

Pojkens tillstånd i hemlandet

Epilepsi. Bra i skolan. Spelade fiol. Efter övergreppen blev pojken rädd och lämnade inte hemmet på månader. Fick starka lugnande mediciner och sömntabletter.

Pojkens tillstånd i Sverige före avslag

De epileptiska anfallen fortsatte under första halvåret men med tiden avtog såväl oron som anfallen. Han gick i skolan, började spela musik och idrotta.

Uppgiftshetsymtom

Först ökade frekvensen av anfallen, blev sedan tystare, lämnade skolan och så småningom slutade att gå, fick rullstol. I början enures och enkopres men kan nu gå på toa med hjälp av fadern. Pojken blev gradvis sämre, slutade äta och fick näringsdryck som gavs med sked, slutligen kopplades sond in. Vägrade aktivt att ta sina epilepsitabletter.

Vård och stöd

BUP och socialtjänsten är inkopplade. Sjuksköterska och sjukgymnast.

De övrigas hälsa i familjen

Modern hade även i hemlandet psykiska störningar och gjorde i Sverige ett suicidförsök efter avslag. Inlagd på sjukhus för psykiatriska problem. Fortfarande svår depression trots PUT.

Livet efter PUT

Öppnar ögonen, vänder sig i sängen och äter lite.

Familj 6

Modern och tre döttrar flyttade till Sverige medan mannen uppges vara häktad i Serbien.

Orsaker till flykt

Familjen tvingades "ge bort" sitt hus till medlemmar av den dominerande folkgruppen, vilka i sin tur hade fördrivits från sitt hem i granlandet. Efter första avvisningen trakasserades föräldrarna av polisen i barnens närvaro.

Resan

Familjen lämnade sitt land 1999, flyttade till Tyskland och bodde där fram till 2003. Efter att ha fått avvisningsbesked sökte de asyl i Sverige, lämnades tillbaka till Tyskland, avvisades till Serbien, kom tillbaka till Sverige 2005. Förväntar återförening med fadern.

Flickans tillstånd i hemlandet

Hon har alltid varit ett friskt och väl fungerande barn tills de kom tillbaka till Sverige utan fadern i april 2005. Hon var mycket fäst vid fadern och påverkades psykiskt av att de har skilts åt.

Flickans tillstånd före avslag

I hemlandet gick hon inte i skolan men det gjorde hon i Tyskland. Efter familjens återkommande resor mellan Tyskland, Sverige och hemlandet blev flickan orolig och nedstämd och sov dåligt. I Sverige gick hon i skolan i två månader men kände sig mobbad och blev mera tillbakadragen.

Uppgivenhetssymtom

Rädd, deprimerad, slutade prata och gjorde ett självmordsförsök med tabletter. Sedan dess öppnade hon inte ögonen, åt och drack inte och lade sig ner. Hon sitter i dag i rullstol och sondmatas.

Vård och stöd

BUP-kontakter, har dock avböjt hjälp från socialtjänsten (vill inte ha främmande i sitt hem).

De övrigas hälsa i familjen

Modern och de två yngre syskonen är helt friska. Ett av de yngre barnen går i skolan och det andra i förskola. Båda är glada och livliga flickor.

Livet efter PUT

Barnet grät när hon fick besked om PUT, rörde på huvudet men återgick sedan till sitt uppgivenhetstillstånd.

Familj 7

Den aktuella flickan kom till Sverige tillsammans med båda föräldrarna när hon var drygt ett år gammal. Båda syskonen (7 respektive 5,5 år) föddes i Sverige.

Orsaker till flykt

Mannen, som tillhör en minoritetsgrupp i sitt hemland, ville inte delta i kriget och flydde därför till Tyskland. Han avvisades två gånger till Serbien. Efter att ha gift sig i hemlandet kom han år 1998 till Sverige tillsammans med sin fru och det drygt ett år gamla barnet som nu utvecklat uppgivenhetssymtom.

Resan

Sedan 1998 har familjen fått flera avslags- och avvisningsbeslut i Sverige vilka av olika anledningar inte verkstälts (bl.a. därför att Serbien vägrade ta emot familjen). Under denna period har familjen sökt asyl i samtliga nordiska länder (först Finland, sedan Danmark och till slut Norge) men har varje gång avvisats till Sverige med hänvisning till Dublinfördraget. I Sverige har familjen levt gömd under flera månader med hjälp av asylkommittén.

Flickans tillstånd i hemlandet

Medan familjen var i hemlandet var hon en baby.

Flickans tillstånd i Sverige före avslag

Flickan har sedan flera år tillbaka haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatri i de länder familjen befann sig. År 2005 kom modern och de tre barnen till Sverige medan fadern försökte hålla sig kvar i Norge. Då hamnade den äldsta flickan i ett uppgivenhetstillstånd. Tillståndet utvecklades gradvis genom att hon blev mer och mer tyst och tillbakadragen.

Uppgivenhetssymtom

Flickan visar inga reaktioner alls förutom att hon då och då öppnar ögonen. Har under 8–9 månader sondmatats och haft enures och enkopres.

Andra omständigheter

Under de senaste 8 åren har föräldrarna varken arbetat eller gått i skolan och att ”leva dag för dag utan visshet om framtiden” tär på dem och deras relation till varandra.

Vård och stöd

Kyrkan och asylkommittén har varit mycket engagerade i familjens ärende. Familjen har kontakt med vården var fjortonde dag. Dock har familjen brutit sina kontakter med socialtjänsten sedan man där anmält familjen för misshandel av sina barn.

De övrigas hälsa i familjen

De andra två syskonen i familjen (en pojke på 7 år och en flicka på 5,5 år) är helt friska och fungerar normalt i skola respektive daghem. Föräldrarna har inte heller haft några psykiska störningar.

Livet efter PUT

Väntar på beslut.

Familj 8

Den aktuella pojken kom till Sverige tillsammans med sina föräldrar och tre syskon. Det sista syskonet föddes här i Sverige för 1,5 år sedan.

Orsaker till flykt

Mannens politiska aktiviteter i hemlandet.

Resan

Köpte visum och kom direkt till Sverige med flyg från hemlandet i Kaukasus.

Pojkens tillstånd i hemlandet

Helt normal i hemlandet och duktig i skolan.

Pojkens tillstånd i Sverige före avslag

I Sverige har han varit normal, gått i skolan men alltid varit orolig för att avvisas till hemlandet.

Uppgivenhetssymtom

Symtomen utvecklades gradvis. Först var pojken orolig och hade ångest, sedan skolvägrade han, ville inte kliva ur sängen, åt dåligt och förlorade vikt. Han hade kontakt enbart med föräldrarna. Pojken behövde aldrig sondmatas och kunde klara sina naturliga behov.

Vård och stöd

BUP och socialtjänsten har 1–2 gånger i veckan besökt familjen och stöttat dem.

De övrigas hälsa i familjen

Alla de andra barnen har varit helt friska. Mamman använde lugnande och/eller sömnmedel men fadern har inte haft problem.

Livet efter PUT

Allt är normalt igen. Pojken går i femte klass, spelar basketboll och musik.

Familj 9

Familjen bestående av både föräldrar och 5 barn kom till Sverige från ett centralasiatiskt land år 2003. Det aktuella barnet var då 13 år gammal.

Orsaker till flykt

Mannens politiska/religiösa aktiviteter/tillhörigheter.

Resan

Över Ryssland och med hjälp av köpt visum till Sverige. Samma dag som de anlände till Sverige föddes det sista barnet(?).

Flickans tillstånd i hemlandet

Ganska normalt men föräldrarna kan inte bedöma hennes tillstånd med säkerhet med hänvisning till att de ”hade många barn i familjen och mamman hade en psykisk sjukdom” vilket ledde till att det inte ”fanns någon tid för att uppmärksamma vart och en av barnens tillstånd. Klagade de inte över ont så antog man är att de var friska.”

Flickans tillstånd i Sverige före avslag

Den aktuella flickan var fosterhemsplacerad när hon utvecklade symtomen. Hela familjen bodde sedan på ett behandlingshem. Föräldrarna vet inte om hur och när tillståndet utvecklades. Det var behandlingshemspersonalen som uppmärksammade att flickan inte mådde bra och kontaktade BUP. Innan hon blev sjuk hade hon hela ansvaret för sina små syskon då fadern var upptagen med att ta hand om sin psykiskt sjuka hustru.

Uppgivenhetssymtom

Flickan har haft alla symtom på grad II i vår symtomskala (sondmatades, hade enures, enkopres, kunde inte gå och kommunicerade inte alls).

Vård och stöd

Socialtjänsten och BUP har varit mycket aktiva och tillhandahållit alla möjliga hjälpinsatser/hjälpmedel. Flera olika frivilliga organisationer inklusive kyrkan samt ett visst politiskt parti har varit engagerade i familjens situation och anordnade aktioner för att hjälpa dem.

De övrigas hälsa i familjen

Modern har alltid varit psykiskt sjuk medan syskonen uppenbarligen är friska.

Livet efter PUT

Flickan är återställd några månader efter PUT och går i skolan och idrottar.

Familj 10

Pojken kom till Sverige tillsammans med båda sina föräldrar.

Orsaker till flykt

Modern tillhörde en religiös minoritet i sitt hemland och kände sig diskriminerad/mobbad. Modern misshandlades men inte i närvaro av pojken.

Resan

Direkt flyg till Sverige med köpt visum.

Pojkens tillstånd i hemlandet

Gått i skolan i 4 år, för övrigt en inåtvänd pojke med nästan inga vänner och ganska nervös. Rädd att mobbas i skolan, stannade ofta hemma.

Pojkens tillstånd i Sverige före avslag

Normal pojke som gick i skolan.

Uppgivenhetssymtom

Efter avslag utvecklade han uppgivenhetssymtom genom att först skolvägra och sedan matvägra. När fadern utvisades slutade pojken att prata. Sondmatades och blev inlagd på sjukhus.

Andra omständigheter

Familjen placerades på behandlingshem medan fadern sökte psykiatrisk hjälp. Fadern utvisades sedan till hemlandet. Efter att pojken och modern fick uppehållstillstånd kom fadern tillbaka till Sverige och återförenades med familjen.

Vård och stöd

BUP och socialtjänsten mycket aktiva och närvarande. Beslut om tvångsvård för barnet.

Frivilliga organisationer, t.ex. asylkommittén, mycket aktiva i familjens fall.

De övrigas hälsa i familjen

Fadern ansåg sig vara psykiskt sjuk men förklarades frisk av vuxenpsykiatri. Modern nedstämd.

Livet efter PUT

Återhämtat sig och går i skolan. Dock fortfarande tillbakadragen och har inte många vänner.

Statens offentliga utredningar 2006

Kronologisk förteckning

1. Skola & Samhälle. U.
2. Omprövning av medborgarskap. Ju.
3. Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning i hela landet. N.
4. Svenska partnerskap – en översikt. Rapport 1 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
5. Organisering av regional utvecklingspolitik – balansera utveckling och förvaltning. Rapport 2 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
6. Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt. En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. UD.
7. Studieavgifter i högskolan. U.
8. Mångfald och räckvidd. U.
9. Kontroll av varor vid inre gräns. Fi.
10. Ett förnyat programkontor. U.
11. Spel i en föränderlig värld. Fi.
12. Rattfylleri och sjöfylleri. Ju.
13. Djurskydd vid hästavel. Jo.
14. Samernas sedvanemarker. Jo.
15. Detaljhandel med nikotinläkemedel. S.
16. Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. Fö.
17. Ny häkteslag. Ju.
18. Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. Fö.
19. Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. Ju.
20. Tonnageskatt. Fi.
21. Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. Ju.
22. En sammanhållen diskrimineringslagstiftning. Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. Ju.
23. Nya skatteregler för idrotten. Fi.
24. Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. S.
25. Arbetslivsresurs. Ett statligt ägt bolag efter sammanslagning av Samhall Resurs AB (publ) och Arbetslivstjänster. N.
26. Sverige som värdland för internationella organisationer. UD.
27. Stöd till hälsobefrämjande tandvård. S.
28. Nya upphandlingsregler 2. Fi.
29. Teckenspråk och teckenspråkiga. Kunskaps- och forskningsöversikt. S.
30. Är rättvisan rättvis? Tio perspektiv på diskriminering av etniska och religiösa minoriteter inom rättssystemet. Ju.
31. Anställ unga! U.
32. God sed vid lönebildning – Utvärdering av Medlingsinstitutet. N.
33. Andra vägar att finansiera nya vägar. N.
34. Den professionella orkestermusiken i Sverige. U.
35. Värdepapper och kontrolluppgifter. Fi.
36. För studenterna... – om studentkårer, nationer och särskilda studentföreningar. U.
37. Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. Ju.
38. Vuxnas lärande. En ny myndighet. U.
39. Ett utvidgat miljöansvar. M.
40. Utbildningens dilemma Demokratiska ideal och andrafierande praxis. Ju.

41. Internationella sanktioner. UD.
42. Plats på scen. U.
43. Översyn av atomansvaret. M.
44. Bättre arbetsmiljöregler I. Samverkan, utbildning, avtal m.m. N.
45. Tänka framåt, men göra nu. Så stärker vi barnkulturen. + Bilaga/rapport: "Det ser lite olika ut..." En kartläggning av den offentligt finansierade kulturen för barn. U.
46. Jakten på makten. Ju.
47. Ökade möjligheter till trafiknykterhetskontroller vid gränserna. Ju.
48. Bidragsbrott. Fi.
49. Asylsökande barn med uppgivenhets-symtom – trauma, kultur, asylprocess. UD.

Statens offentliga utredningar 2006

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Omprövning av medborgarskap. [2]
Rattfylleri och sjöfylleri. [12]
Ny häkteslag. [17]
Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. [19]
Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. [21]
En sammanhållen diskrimineringslagstiftning.
Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. [22]
Är rättvisan rättvis?
Tio perspektiv på diskriminering av etniska och religiösa minoriteter inom rättssystemet. [30]
Om välfärdens gränser och det villkorade medborgarskapet. [37]
Utbildningens dilemma
Demokratiska ideal och andrafierande praxis. [40]
Jakten på makten. [46]
Ökade möjligheter till trafiknykterhetskontroller vid gränserna. Ju.

Utrikesdepartementet

- Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt.
En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. [6]
Sverige som värdland för internationella organisationer. [26]
Internationella sanktioner. [41]
Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – trauma, kultur, asylprocess. [49]

Försvarsdepartementet

- Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. [16]
Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. [18]

Socialdepartementet

- Detaljhandel med nikotinläkemedel. [15]
Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. [24]
Stöd till hälsobefrämjande tandvård. [27]
Teckenspråk och teckenspråkiga.
Kunskaps- och forskningsöversikt. [29]

Finansdepartementet

- Kontroll av varor vid inre gräns. [9]
Spel i en föränderlig värld. [11]
Tonnageskatt. [20]
Nya skatteregler för idrotten. [23]
Nya upphandlingsregler 2. [28]
Värdepapper och kontrolluppgifter. [35]
Bidragsbrott. [48]

Utbildnings- och kulturdepartementet

- Skola & Samhälle. [1]
Studieavgifter i högskolan. [7]
Mångfald och räckvidd. [8]
Ett förnyat programkontor. [10]
Anställ unga! [31]
Den professionella orkestermusiken i Sverige. [34]
För studenterna...
– om studentkårer, nationer och särskilda studentföreningar. [36]
Vuxnas lärande. En ny myndighet. [38]
Plats på scen. [42]

Tänka framåt, men göra nu. Så stärker vi barnkulturen. + Bilaga/rapport: "Det ser lite olika ut..." En kartläggning av den offentligt finansierade kulturen för barn. [45]

Jordbruksdepartementet

Djurskydd vid hästavel. [13]

Samernas sedvanemarkar. [14]

Miljö- och samhällsbyggnadsdepartementet

Ett utvidgat miljöansvar. [39]

Översyn av atomansvaret. [43]

Näringsdepartementet

Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning i hela landet. [3]

Svenska partnerskap – en översikt.

Rapport 1 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. [4]

Organisering av regional utvecklingspolitik – balansera utveckling och förvaltning.

Rapport 2 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. [5]

Arbetslivsresurs.

Ett statligt ägt bolag efter sammanslagning av Samhall Resurs AB (publ) och Arbetslivstjänster. [25]

God sed vid lönebildning – Utvärdering av Medlingsinstitutet. [32]

Andra vägar att finansiera nya vägar. [33]

Bättre arbetsmiljöregler I. Samverkan, utbildning, avtal m.m. [44]