

BRIS RAPPORT 2017:3

Barn som flytt

– en riskgrupp för psykisk ohälsa

BRIS

Innehåll

01 Förord

03 Sammanfattning

06 Sveriges åtaganden för barn som flytt

12 Psykisk ohälsa bland asylsökande och
nyanlända barn och ungdomar

22 Diskussion & slutsatser

28 Definitioner

30 Källor

32 Bris och Agenda 2030

Om rapporten

Redaktör: Magnus Jägerskog

Skribenter: Laure Abado, barnrättsjurist Bris, Natalie Durbeej, medicine doktor Karolinska institutet, Mikael Drackner, projektledare Bris, Clara Hellner, professor Karolinska Institutet, Magnus Jägerskog, generalsekreterare Bris, Marie Angsell, sakkunnig Bris.

Layout: Narva

Foto: Shutterstock

Tryck: Elanders, Mölnlycke 2017

Barnen på bilderna har ingen koppling till innehållet i rapporten.



Förord

Jag letade på andra sidan gränsen, i Turkiet, men hittade dem inte. Jag ville gå tillbaka, men alla sa att det inte gick, att jag skulle bli dödad då. De sa att min familj var i Iran eller hade blivit skickade till Afghanistan. Jag vet inte.

Varje människa bär sin egen unika historia. Vad människor varit med om och bär med sig skiljer sig åt. I vardagligt tal brukar det beskrivas som att vi bär ryggsäckar som innehåller olika saker och kan väga olika mycket. En annan sida av samma mynt (som vi tyvärr inte lika ofta pratar om) är att vi människor, utöver att ryggsäckarna skiljer sig åt, även har olika möjligheter att axla och bära det som finns däri. I litteraturen brukar detta vanligen beskrivas i termer av risk- och skyddsfaktorer. Baserat på vad vi har varit med om bär vi med oss olika slags, och grad av, riskfaktorer som kan påverka vårt mående. Och utifrån hur vår livssituation ser ut erhåller vi också skyddsfaktorer, där exempelvis ett välfungerade socialt nätverk präglad av trygghet och en förutsägbart inför framtiden, ger skydd mot att utveckla eller ytterligare förvärra psykisk ohälsa.

Oavsett vad ett barn bär med sig så ska Sverige, utifrån att år 1990 ha ratificerat barnkonventionen,

verka för varje barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Det innebär att Sverige har ett ansvar att, utifrån hur varje barns ryggsäck ser ut, stödja barnet och agera för att barnets hälsa ska vara så bra som möjligt.

Denna rapport kan sammanfattas i en mening: Barn som flytt utgör en riskgrupp för allvarlig psykisk ohälsa och Sverige lever inte upp till sitt åtagande.

I din hand håller du en kunskapsöversikt baserad på forskning kring barn som flytts mående och vad som påverkar det. Rapporten mynnar ut i slutsatser och rekommendationer för ett Sverige som i högre utsträckning ska leva upp till artikel 24 i barnkonventionen, att verka för varje barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa.

Jag hoppas att denna rapport kommer bidra till ett Sverige som står upp för, och verkar för allas rätt att må bra.

Magnus Jägerskog
Generalsekreterare Bris

”

Jag hoppas att denna rapport kommer bidra till ett Sverige som står upp för, och verkar för allas rätt att må bra.

Magnus Jägerskog



Sammanfattning

Varje barn i Sverige har enligt barnkonventionen rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Forskning visar att psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland barn som flytt. Rapportens övergripande slutsats är att Sverige brister i sitt åtagande att ge stöd till asylsökande och nyanlända barn för deras mående i den utsträckning att de kan må bra.

Personer som har flytt och sökt skydd i Sverige befinner sig ofta i en svår situation. De behärskar vanligtvis inte det svenska språket och saknar ofta närmare kännedom om samhällsstrukturen. I förarbeten till 1989 års utlänningslag betonades att barn oftast inte själva har valt att lämna sitt land och att barn i mindre grad än vuxna kan överblicka konsekvenserna av en flykt.¹ Barn som befinner sig i en migrationsprocess är ofta mer utsatta än vuxna migranter, just eftersom de som barn är särskilt skyddslösa. I en sådan utsatt situation är de mänskliga rättigheterna särskilt viktiga.

Syftet med denna rapport är att sammanställa kunskap om barn på flykts psykiska hälsa, samt utveckla övergripande rekommendationer för varje barns rätt att uppnå bästa möjliga hälsa. Rapporten fokuserar på asylsökande och nyanlända, ensamkommande och barn som flytt med familj. Rapporten baseras på relevant forskning, rapporter från myndigheter och organisationer, juridik och rättigheter samt Bris erfarenheter från möten med barn som flytt.

RISKGRUPP FÖR PSYKISK OHÄLSA

Forskning visar att en stor del av barn som flytt har erfårit traumatiska händelser såväl innan, som under och efter flykten från hemlandet. De traumatiska händelserna rapporteras bland ensamkommande barn men även bland de som flyr med sina vårdgivare². De utgörs bland annat av förluster av anhöriga, att ha bevittnat anhörigas död, att ha blivit tvångsrekryterade som barnsoldater, att ha blivit förföljda³, att ha varit med om väpnade konflikter och tortyr samt att ha blivit utsatta för fysiskt och sexuellt våld⁴. Eftersom de ensamkommande flyr utan stöd och skydd från vuxna är de särskilt utsatta för att erfara traumatiska händelser⁵. Dessutom blir ankomsten till ett nytt land, som är förknippad med ensamhet och osäkerhet om framtiden, särskilt

påfrestande för barn och ungdomar som inte har omsorg av en vuxen. Kulturella förändringar, boendeförändringar och potentiell utsatthet för diskriminering i mottagarlandet är ytterligare faktorer som kan upplevas som belastande både bland ensamkommande och bland de som flytt tillsammans med vårdnadshavare⁶. Asylprocessen kan i sig vara mycket påfrestande då den ofta innebär osäkerhet och långa väntetider på besked om uppehållstillstånd⁷. I en ny svensk enkätstudie med ensamkommande barn i åldrarna 9-18 år som rekryterats från primärvården i

Bris arbete – för barn som flytt

Den psykiska ohälsan bland barn som flytt till Sverige är utbredd och behovet av såväl professionellt som annat socialt stöd stort. För att säkra varje barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa behövs åtgärder på ett antal olika områden. Utifrån den insikten bedriver Bris ett arbete kallat "Tillsammans för barn som flytt". Verksamheten innebär bland annat att Bris erbjuder hälsofrämjande och evidensbaserade stödgrupper för asylsökande och nyanlända barn i samarbete med kommuner runtom i landet. Arbetet baseras på bred samverkan och dialog med bland annat skola, socialtjänst, boende och civilsamhälle i de kommuner som vi verkar i. Samhället har tydliga samverkansbrister i arbetet kring barn som flytt och ett prioriterat mål i satsningen är att förstärka just samverkan. Det finns idag ett kompetensglapp i såväl mötet med, som i att ge ett gott stöd till barn som varit med om traumatiska händelser. En central del i arbetet är att med bas i forskningen sprida kunskap, erfarenheter och metoder som kan användas för att förbättra samhällets stöd till barn som flytt, till viktiga vuxna runt barnen, kommuner, landsting och aktörer på nationell nivå.

Projektet "Tillsammans för barn som flytt" finansieras av familjen Erling Perssons stiftelse. För mer information se Bris.se.

¹ SOU 2016:19, s149 med referens till Prop. 1996/97:25 s. 246 f.

² Pacione, Measham, & Rousseau, 2013

³ Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2015; Thomas, Nafees & Bhugra, 2004

⁴ Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekart, & Spinhoven, 2007; Humer et al., 2009

⁵ Bean, Eurelings-Bontekoe, & Spinhoven, 2007; Derluyn, Mels, & Broekaert, 2009; Hodes, Jagdev, Chandra, & Cunliff, 2008

⁶ Jensen, Skårdsalmo, & Fjermestad, 2014; Pacione et al., 2013

⁷ Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2012; Ramel, Täljemark, Lindgren, & Johansson, 2015

99

Snart är terminen slut och jag får inte jobba på sommaren. Flera av de andra får, men inte jag eftersom jag inte har uppehållstillstånd. Jag vet inte varför det är så. Jag vet inte vad jag ska göra i sommar.

Uppsala framkom att närmare 80 procent screenats positivt för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Sammantaget löper barn som flytt en stor risk för att utveckla eller få förvärrad psykisk ohälsa och det är därför angeläget att förebygga den, bland annat genom att stärka frisk- och skyddsfaktorer. Forskning pekar på att ett väl fungerande mottagande är viktigt för att förebygga psykisk ohälsa i det långa loppet. I februari 2017 genomförde Socialstyrelsen intervjuer i 51 kommuner för att få en uppfattning om suicidrisken för ensamkommande barn. I de intervjuade kommunerna rapporterades att 68 ensamkommande barn försökt ta sitt liv och tre har begått självmord. Kommunerna menar att suicidförsöken har en tydlig koppling till asylprocessen och att det i många fall är svårt att få kontakt med barn- och ungdomspsykiatri för hjälp.

Bris, liksom många andra, ser att den tillfälliga utlänningslagen som trädde i kraft i juni 2016 kraftigt försvårar asylsökande och nyanlända barns möjlighet att uppnå god psykisk hälsa, då den innebär att uppehållstillstånd som ges av asylskäl ska vara tillfälliga och försvårar återförening av familjer. Tillsammans med de långa handläggningstiderna för att få beslut ökar den osäkerheten, svårigheten att leva ett vanligt liv och att integreras i samhället. Detta får en negativ inverkan på barnets hälsa och välbefinnande.

Forskning visar att ett stabilt socialt nätverk runt barnet är av stor vikt för dess mående exempelvis genom samverkan mellan olika aktörer såsom skola, socialtjänst och boendepersonal.⁸ Utifrån detta borde det vara självklart att utgå från barnets bästa när beslut om placering av ensamkommande barn tas. Tyvärr ser vi en verklighet där många kommuner på grund av ekonomiska skäl "tar hem" barn som placerats i andra kommuner, ibland med mycket kort varsel och bristfällig information. Barnen har i många fall hunnit skapa just den trygghet, den struktur och de relationer som utgör viktiga skyddsfaktorer mot ohälsa.

⁸ Pacione et al., 2013; Wimelius et al., 2017

2017

inledde Bris en satsning för att stärka nyanlända och asylsökande barns psykiska hälsa.



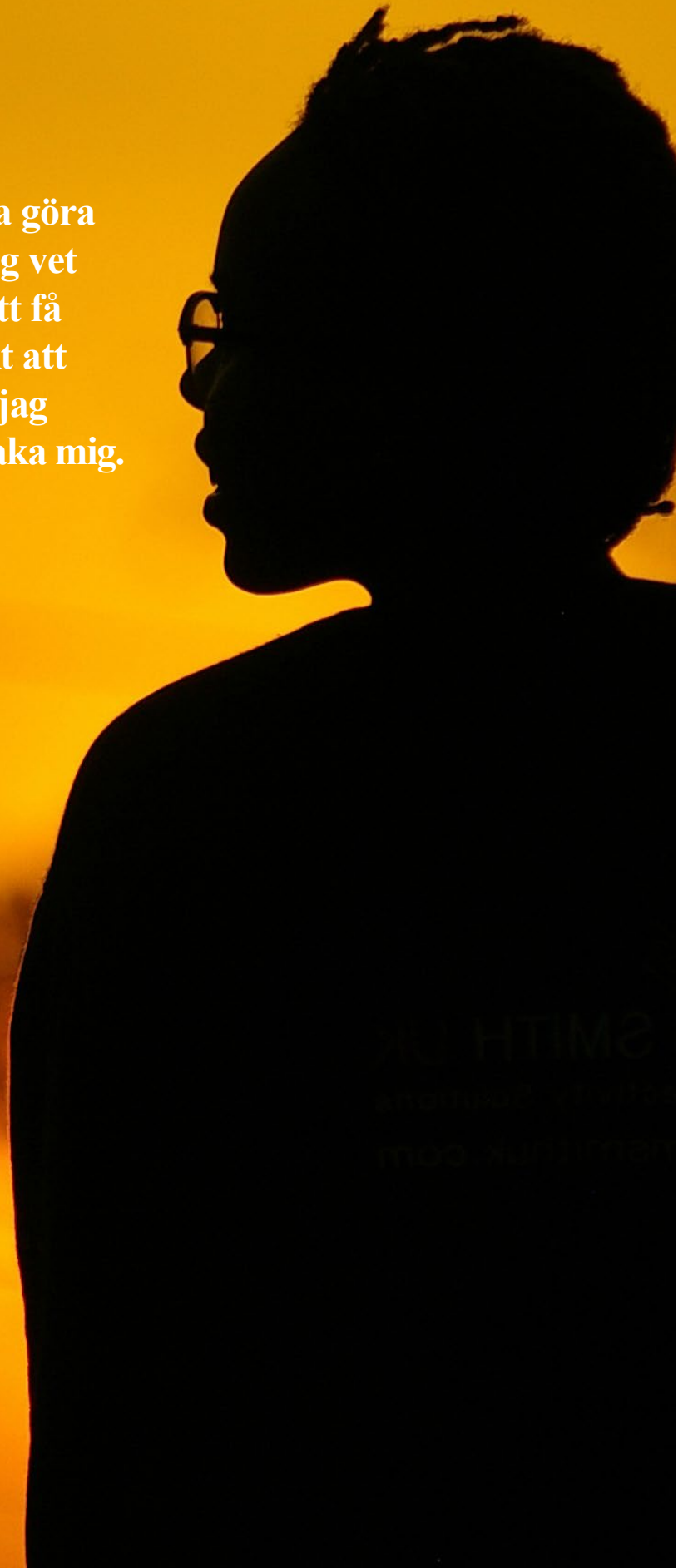
Allt Bris arbete utgår från FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, och syftar till att stärka barnets rättigheter. Bris ger stöd direkt och indirekt till barn, mobiliserar samhället för barnets rättigheter och gör barns röster hörda för att åstadkomma förändring. För mer info se Bris.se.

Slutsatser och rekommendationer

- Tillgången till stöd, vård och behandling skiljer sig åt i Sverige. Rätten till vård gäller varje barn och jämlikheten behöver säkras.
- Primärvården och elevhälsan måste stärkas, såväl organisatoriskt, kompetens- som resursmässigt, för att identifiera, direkt stödja samt slussa vidare asylsökande och nyanlända barn till specialistvård inom exempelvis barn- och ungdomspsykiatri.
- Regeringen bör avsätta ökade anslag till forskning och kunskapsspridning om förekomst, bemötande och behandling av psykisk ohälsa hos barn som flytt.
- Det har konstaterats en koppling mellan suicidförsök bland asylsökande barn och deras asylprocess. Inom ramen för utvärderingen av den tillfälliga utlänningslagen behöver därför en bred analys av lagens effekt på barns psykiska hälsa inkluderas.
- Principen om "barnets bästa" (barnkonventionen art. 3) och "bästa uppnåeliga hälsa" (barnkonventionen art. 24) måste ha högsta prioritet vid beslut av kommuner om lokalisering av asylsökande barn. Inför en eventuell flytt av ett barn mellan två kommuner måste ansvarig kommun göra en analys av vilka konsekvenser flytten får för barnets hälsa och agera utifrån det.
- Ett stabilt socialt nätverk runt barnet är betydelsefullt för hens mående. En god samverkan mellan aktörer runt barnet är av stor vikt för att uppnå ett bra mående.
- Barns rätt till information måste tillgodoses. Det råder idag brist på rätt, anpassad och tydlig information till barn om asylprocessen, lagen, myndigheters ansvar och var barnet kan vända sig för att få hjälp.
- En samordnad individuell plan (SIP) bör alltid upprättas när asylsökande och nyanlända barn behöver stöd från olika vårdgivare.
- Säkerställ rutiner på kommunal och nationell nivå för att förbereda barn och ungdomar på de förändringar som kommer att ske i samband med att de fyller 18 år, blir uppskrivna i ålder eller väntar på verkställighet av utvisningsbeslut.

”

Jag vet inte vad jag ska göra för att få stanna och jag vet inte när jag kommer att få besked. Jag har försökt att lära mig svenska. Men jag tror att de skickar tillbaka mig.



Sveriges åtaganden för barn som flytt

I följande avsnitt redogörs för barns rättigheter samt Sveriges väsentliga åtaganden för barn som flytt.

Sverige har många internationella åtaganden som skyddar barn som flytt och deras rättigheter. Det gäller bl.a. FN:s konvention och protokoll angående flyktingars rättsliga ställning ("flyktingkonventionen") och FN:s konvention och protokoll om barnets rättigheter ("barnkonventionen")⁹. Genom att Sverige har skrivit under de konventionerna är Sverige som stat i folkrättslig mening bunden av att se till att de krav som konventionerna ställer efterlevs i praktiken. Genom medlemskap i bl.a. EU, Europarådet och FN är Sverige bundet att respektera även internationell och europeisk domstolspraxis och de politiska förpliktelser som utvecklas inom de ramarna, som till exempel Agenda 2030 och FN:s resolutioner. Riktlinjer och rekommendationer som utvecklas av EU, FN:s och Europarådets olika organ och granskningskommittéer såsom FN:s barnrättskommitté, UNHCR och IOM ger också Sverige vägledning i behandling av barn med erfarenhet av flykt.

SVERIGE FÅR KRITIK

Konventioners övervakningsorgan¹⁰, samt FN:s råd för mänskliga rättigheter (MR rådet) och Europadomstolen har återkommande kritiserat brister i hur Sverige respekterar de rättigheter som asylsökande och nyanlända barn har. Brister som påpekades i de senaste FN granskningarna (2014–2016)¹¹ handlar bland annat om otillräckligt skydd mot våld och övergrepp, försvinnande och människohandel. Det riktas också kritik mot att barnspecifika former av förföljelse inte uttryckligen anges som grund för

asyl i utlänningslagen, otillräcklighet i kompetens och uppföljning av gode mäns funktion och kompetens, de långa väntetiderna innan asylärende avgörs och mot bristerna i skyddsmekanismer som finns mot "refoulement"¹² och restriktioner mot familjeåterförening. Kritiken stämmer väl överens med det som kommit fram i granskningar som gjorts av Barnombudsmannen (BO), Justitieombudsmannen (JO) samt i utredningen "Barnkonventionen blir svensk lag"¹³.

VAD KRÄVS FÖR ATT FÅ VISTAS I SVERIGE?

För att vistas lagligt i Sverige och bli registrerad måste personen söka asyl eller annan form av tillstånd. Enligt Utlänningslagen (2005:716, UtlL) ges uppehållstillstånd till den som är flykting enligt FN:s flyktingkonvention, alternativt och övrigt skyddsbehövande eller vid särskilda eller synnerligen ömmande omständigheter (se vidare Definitioner). Enligt Lag (2016:752) om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige som gäller sedan 20 juli 2016 och i tre år, är tillfälliga uppehållstillstånd numera regeln både för barn och vuxna som ansökte om asyl efter den 24 november 2015. Lagen tar bort möjlighet att söka skydd som "övrigt skyddsbehövande" och begränsar bland annat möjligheter för familjeåterförening.

VAD INNEBÄR RÄTTEN TILL PSYKISK HÄLSA FÖR ASYLSÖKANDE OCH NYANLÄNDA BARN?

Barnombudsmannen har konstaterat att många asylsökande och nyanlända barn bär med sig minnen av fruktansvärda händelser från tiden före flykten till dess att de nådde Sverige.¹⁴ Deras välmående påverkas även av mottagandet i Sverige som sedan hösten 2015 upplevs som allt mer osäkert. Situationen i Sverige med en lång väntan, att inte förstå asylsystemet och ovissheten om framtiden kan både orsaka och bidra till psykisk ohälsa bland asylsökande och nyanlända barn.

70%



av ensamkommande är pojkar.

⁹ Tilläggsprotokollet till Barnkonventionen om handel med barn, barnprostitution och barnpornografi (2007) och om barn i väpnade konflikter (2003).

¹⁰ Kommittéer som bevakar FN:s barnkonvention, tortyrkonvention, Konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (ICCPR) och Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR)

¹¹ CRC/C/SWE/CO/5 (2015), CAT/C/SWE/CO/6-7 (2014), CCPR/C/SWE/CO/7 (2016), (E/C.12/SWE/CO/6, 2016)

¹² Se "Definitioner".

¹³ Se BO rapport "barn på flykt" (2017) samt JOs rapport "undersökning av några socialtjänsters handläggning av ärenden som rör ensamkommande barn" (2016), SOU 2016:19

¹⁴ Barnombudsmannen, nyanlända barns hälsa 2017, s.5

Att vara barn är i sig inte ett tillräckligt skäl för att få uppehållstillstånd i Sverige. Däremot finns det rättigheter som särskilt aktualiseras för barn som är asylsökande och nyanlända. En av dessa är rätten till psykisk hälsa. Artikel 24 i barnkonventionen och artikel 12 i konventionen om sociala och kulturella rättigheter fastslår att asylsökande och nyanlända barn har rätt till hälso- och sjukvård, inklusive psykisk vård, på samma villkor som andra barn som bor i Sverige.¹⁵ Att främja psykisk hälsa och välbefinnande bland barn och unga är också ett prioriterat mål enligt Agenda 2030 (delmål 3.4) som Sveriges regering har beslutat att implementera, och som speglas i regeringens femårssatsning kring psykisk hälsa.¹⁶

Det är dock viktigt att poängtera att det även finns andra rättigheter vars tillämpning kan påverka asylsökande och nyanlända barns välmående och därmed är nära länkade till rätten till psykisk hälsa. Till exempel artikel 2 i barnkonventionen om varje barns lika värde. Diskriminering kan enligt FN:s barnrättskommitté vara en starkt bidragande faktor till att försvaga barns hälsa.¹⁷ Ett annat exempel är rätten till utbildning samt rätten till lek, vila och fritid¹⁸ som bidrar till barnets välmående och därmed upprätthållandet av rätten till hälsa. Rätten till psykisk hälsa bör således inte ses som isolerad från andra grundläggande principer och rättigheter.¹⁹

Barnkonventionens grundläggande principer måste styra regering, myndigheter, domstolar och hälso- och sjukvårdens bedömningar och beslut som handlar om barn och barnfamiljer. De ska styra

även tolkning och tillämpning av alla andra rättigheter i konventionen. Det gäller artiklarna 2, 3, 6 och 12 i barnkonventionen som handlar om rätten till skydd från diskriminering, att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid beslut som handlar om barn, rätten till liv och utveckling samt rätten till deltagande och inflytande.

RÄTTEN TILL VÅRD

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är hälso- och sjukvård åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.²⁰ I begreppet ingår även psykologisk och psykiatrisk vård.²¹ Landstinget ansvarar för att erbjuda fullständig hälso- och sjukvård och regelbunden tandvård för asylsökande barn i samma omfattning och på samma villkor som barn som är bosatta inom landstinget.²² De ska även erbjudas en hälsoundersökning.

Rätten till psykisk hälsa handlar om att barn i rätt tid ska få rätt förebyggande, hälsofrämjande, behandling, rehabiliterande och palliativ vård. Det innebär också rätten att växa och utvecklas på ett sätt som främjar hälsan på bästa sätt.²³ Av artikel 39 i barnkonventionen följer även rätten till fysisk och psykisk rehabilitering samt social återanpassning. När barn som flytt har utsatts för någon form av fysiskt eller psykiskt våld, t.ex. i samband med en väpnad konflikt, förutsätter rätten till psykisk hälsa att staten tar hänsyn till att barnet kan ha genomgått separationer (t.ex. från familjemedlemmar) och olika grad av trauman och våld.²⁴



Jag ligger vaken på nätterna, somnar inte förrän vid tre – fyra. Jag tänker på alla mina problem, på var min familj är och på vad som händer om jag får avslag. Ibland gråter jag. Jag blir så trött av det här livet, jag undrar hur Gud har tänkt.

Om barn på flykt

Globalt är cirka 25 procent av alla asylsökande och flyktingar barn. År 2015 sökte totalt 162 877 personer asyl i Sverige och av dessa var 70 384 barn.

Antalet ensamkommande barn och ungdomar på flykt som söker asyl i Sverige har ökat under det senaste

årtiondet från 398 stycken under 2005 till 7049 stycken under 2014.²⁵

Efter toppnoteringen 2015 med 35 369 stycken ensamkommande har antalet dock minskat, vilket tros bero på ökade gränskontroller. Aktuell statistik från migrationsverket visar att

den totala siffran för 2016 var 2204 stycken följt av 494 stycken under de fem första månaderna av 2017.²⁶

Majoriteten av de ensamkommande härstammar från Afghanistan, Syrien, Irak, och Eritrea, och cirka 70 procent är pojkar.

¹⁵ Se även CRC/C/GC/6, p.46

¹⁶ Regeringskansliet (Socialdepartementet), 2015, Kommitédirektiv, Dir 2015:138, Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa.

¹⁷ CRC/C/GC/15, p.8

¹⁸ Artiklar 28,29, 31 barnkonventionen

¹⁹ CRC/C/GC/15 p.7

²⁰ Hälso och sjukvårdslag (2017:30), 2 kap, 1§

²¹ Barnrättsperspektivet i asylprocessen, Upplaga 1:1, Håkan Sandesjö, Norstedts Juridik 2013, s. 186

²² Lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl., 5§ och 7§.

²³ CRC/C/GC/15 p.2

²⁴ CRC/C/GC/6 p.47

²⁵ Barnombudsmannen, 2017

²⁶ www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik



När jag rymde från Afghanistan visste jag inte att Sverige fanns. Men när jag kom hit tänkte jag direkt att ”det här är mitt land”. Det var i november 2015.

FN:s barnrättskommitté har i sin allmänna kommentar om rätten till hälsa (#15) särskilt belyst att alla hälsovårdstjänster och hälsovårdsprogram för barn ska uppfylla kriterierna tillgång, tillgänglighet, godtagbarhet och kvalitet.²⁷ Tillgång till hälsa handlar till exempel om att tjänster finns i tillräcklig omfattning. Tillgänglighet innebär att tjänsterna ska vara fungerande, fysiskt och ekonomiskt tillgängliga och godtagbara för alla grupper av barn.²⁸ Sverige har också skyldighet att säkerställa att det finns personal med rätt utbildning för att varje barn ska ha tillgång till barnhälsovård.²⁹ Tillgänglighet handlar även om rätten till information som är anpassad till barnet, språk och kultur och att det ska finnas fungerande och tillgängliga klagomålsmekanismer för barn i närmiljön.³⁰ Godtagbarhet gäller skyldigheten att utforma och leverera alla hälsorelaterade hjälpmedel, varor och tjänster på ett sätt som bl.a. respekterar barns behov, kultur, åsikter och språk.

Kvalitet i hälso- och sjukvården innefattar ett krav på att vårdpersonalen är skicklig och har fullgod utbildning ibland annat barnkonventionens principer och bestämmelser. Oavsett vilka omvårdnadsarrangemang som görs för ensamkommande ska kvalificerade personer regelbundet utöva tillsyn och göra bedömningar för att säkerställa barnets fysiska och psykosociala hälsa.³¹ Sådana bestämmelser finns inte tydligt kring barn som söker asyl med sina familjer.

Kommittén har betonat att registreringsprocessen av ensamkommande barn och bedömningen av skyddsbehov bland annat bör omfatta en bedömning av särskild utsatthet.³² EU-kommissionen har också uppmanat medlemsstaterna att prioritera handläggningen av ärenden (till exempel asylansökningar) som rör barn och utföra individuella köns- och åldersanpassade sårbarhets- och behovsbedömningar av barn vid ankomst till landet och i alla efterföljande förfaranden. Vidare har kommissionen uppmanat att se till att alla barn inom rimlig tid har tillgång till hälso- och sjukvård (inklusive förebyggande vård) och psykosocialt stöd.³³

²⁷ CRC/C/GC/15 p112-116. Se även E/C.12/2000/4 p.12.

²⁸ Ibid p. 114 c och 25

²⁹ Ibid p. 27

³⁰ Ibid p.119

³¹ CRC/C/GC/6, p 40.

³² CRC/C/GC/6, p. 31.iii

³³ Faktapromemoria 2016/17:FPM, s.4; se även Se EU:s mottagandedirektivet, artiklar 13, 19, 21 och 23;

Enligt EU mottagandedirektivet ska medlemsstater sörja för nödvändig psykisk vård för barn på flykt i samband med mottagandet.

A woman wearing a pink headscarf is shown in profile, looking down at a tablet computer. The scene is dimly lit, with the light from the tablet screen illuminating her face and hand. Her finger is touching the screen.

”

Min fråga till vuxna är: Varför låter de oss komma hit om vi inte får stanna? Varför var alla så snälla och tog emot oss i början? Jag trodde att det här skulle bli mitt land.

Ali berättar

När jag rymde från Afghanistan visste jag inte att Sverige fanns. Men när jag kom hit tänkte jag direkt att "det här är mitt land". Det var i november 2015.

Jag levde ett dåligt liv i Afghanistan. Jag kunde inte läsa och skriva. Min pappa skickade mig till en skola där jag skulle lära mig Koranen. När han förstod att skolan skulle förbereda oss för Jihad ville han inte att jag skulle gå kvar. Han visste att det skulle sluta med att jag blev dödad eller behöva döda. Pappa försökte ta mig därifrån, men blev hotad med att de då skulle komma och hämta mig. Kvällen efter det åkte vi, hela familjen utom pappa, mot gränsen till Iran med hjälp av smugglare. Senare fick vi veta att pappa hade blivit dödad.

Vi var i Iran i två veckor, men kunde inte stanna. Människor från Afghanistan har inget värde där. Mamma sålde allt sitt guld och vi åkte mot Turkiet. Mina syskon var små och klarade inte att gå hela vägen över bergen, vi måste åka bil. Jag fick inte plats i samma bil som de andra, utan hamnade i en annan. På vägen blev bilarna beskjutna. Sedan dess har jag inte sett eller haft kontakt med min familj.

Jag letade på andra sidan gränsen, i Turkiet, men hittade dem inte. Jag ville gå tillbaka, men alla sa att det inte gick, att jag skulle bli dödad då. De sa att min familj var i Iran eller hade blivit skickad till Afghanistan. Jag vet inte.

Smugglaren sa att jag inte kunde stanna i Turkiet, att det inte fanns någon framtid för mig där. Jag åkte till Grekland i en liten gummibåt. Vi var alldeles för många i den och den läckte, jag var jätterädd. Vi turades om att ösa med en flaska. På havet började det blåsa hårt. De sa att vi måste slänga våra ryggsäckar om vi inte skulle sjunka. I min ryggsäck fanns mina och min familjs id-handlingar. Någon tog den och slängde den.

I Grekland blev vi mottagna av polisen och Röda Korset, de hjälpte oss och torkade våra kläder. Barnfamiljerna blev satta på en färja till Aten. Vi som var ensamma fick gå. Jag var jättetrött när jag kom fram till Aten, men smugglaren sa att jag inte kunde stanna. Han sa att jag hade 300 euro kvar, att jag skulle ta dem och åka vidare.

När jag kom till Makedonien träffade jag en kille på en buss. Han var också afghan och kunde lite engelska. Vi bestämde att vi skulle göra sällskap. Han köpte biljetter till Österrike. Där ville jag stanna och lämna mina fingeravtryck, jag var så trött. Men han övertalade mig att åka vidare till Tyskland och därifrån till Norge. Hans mål var Finland, men när vi kom till Stockholm bestämde jag mig för att stanna. Det var så många som tog emot oss där, som var snälla och hjälpte.

De första två veckorna bodde jag på ett boende. Killarna där berättade om Migrationsverket, att jag skulle få frågor, att jag kan få avslag och kanske inte får stanna. De berättade att alla inte får ett liv här, att man kan få avslag fastän man inte gjort något fel. När jag hörde det tänkte jag att jag måste lära mig svenska fort. Men jag blev rädd, tänkte att de kommer att skicka tillbaka mig.

Jag kom till ett familjehem. Det var svårt att vi inte förstod varandra, efter två månader kunde jag fortfarande ingen svenska. Jag fick flytta, vet inte varför, de kanske tyckte jag var jobbig. Då kom jag till det boende där jag är nu.

Här bor nio killar från olika länder, Somalia, Eritrea och Afghanistan. Personalen är bra, men jag är inte så mycket med dem. När jag inte är i skolan sitter jag mest i mitt rum och tänker på mina problem. Jag tänker på att jag inte kommer att få stanna. Att de skickar tillbaka mig till Afghanistan.

Om jag skickas tillbaks hamnar jag i Kabul, för till min stad går det inte att åka. Jag känner ingen i Kabul. Jag kan inte läsa och skriva på något annat språk än svenska. Det finns ingen som försvarar oss som kommer dit ensamma, ingen polis eller något sådant. Talibanerna kommer att försöka tvinga mig att bli en av dem. De har kopia på mina id-handlingar med mitt foto och de letar efter mig. Om jag kommer till Afghanistan är det 99 procents risk att jag dör. Kommer jag dit måste jag fly igen och det är mycket farligt. På vägen finns olika kriminella ligor. Människor blir kidnappade och dödade. Deras organ säljs. Jag dör hellre här än att bli skickad tillbaka dit.

Jag ligger vaken på nätterna, somnar inte förrän vid tre – fyra. Jag tänker på alla mina problem, på var min familj är och på vad som händer om jag får avslag. Ibland gråter jag. Jag blir så trött av det här livet, jag undrar hur Gud har tänkt.

Jag har svårt att fokusera i skolan. Ibland missar jag lektioner för att jag inte orkar. Personalen säger till mig att jag måste vara stark. Tidigare tränade jag brottning. Jag hann tävla två gånger. Den ena gången vann jag en bronsmedalj, den andra gången var i SM. Jag mår bra av brottningen, men har slutat för att jag inte orkar.

Jag har pratat med några få människor om mina problem, det går inte att hålla på och prata med alla. Jag har pratat med kuratorn i skolan, det hjälpte lite. Men ofta tycker jag att det blir värre av att prata, jag börjar tänka mer, blir ledsnare.

Istället försöker jag få bort tankarna på andra sätt. Jag springer ofta i skogen, men det hjälper inte riktigt. Ett tag hade jag en svensk kompis, men han har flyttat härifrån. Vi brukade prata, nu skriver vi lite ibland. På boendet har jag också flera kompisar. Men

det ska stänga om en månad. Jag vet inte varför och inte vart jag ska flytta då, men det blir till en annan kommun. Jag vill stanna här, gå kvar i min skola. På soc säger de att jag får stanna om jag kan hitta en familj som tar emot mig, så jag har frågat några.

Snart är terminen slut och jag får inte jobba på sommaren. Flera av de andra får, men inte jag eftersom jag inte har uppehållstillstånd. Jag vet inte varför det är så. Jag vet inte vad jag ska göra i sommar.

Jag vet inte vad jag ska göra för att få stanna och jag vet inte när jag kommer att få besked. Jag har försökt att lära mig svenska. Men jag tror att de skickar tillbaka mig.

Min fråga till vuxna är: Varför låter de oss komma hit om vi inte får stanna? Varför var alla så snälla och tog emot oss i början? Jag trodde att det här skulle bli mitt land.



Jag har pratat med några få människor om mina problem, det går inte att hålla på och prata med alla. Jag har pratat med kuratorn i skolan, det hjälpte lite. Men ofta tycker jag att det blir värre av att prata, jag börjar tänka mer, blir ledsnare.

Psykisk ohälsa bland asylsökande och nyanlända barn och ungdomar

I följande avsnitt redogörs för aktuell forskning kring barn som flytts mående, deras kontakt med vården samt insatser för att förebygga psykisk ohälsa.

Många ensamkommande barn och ungdomar som flytt lider av psykisk ohälsa. Forskning om detta ämne består främst av internationella studier som undersökt de ensamkommandes hälsotillstånd då de anlänt till mottagarlandet. Psykisk ohälsa är även vanligt bland barn och ungdomar i Sverige. Exempelvis visar en svensk kunskapsöversikt att upp till 40 procent lider av psykisk ohälsa i form av oro, nedstämdhet och sömnsvärigheter, samt att cirka 10 procent lider av mer allvarliga former av psykisk ohälsa, såsom depression.³⁴ Då tonårstiden och ung-vuxentiden innebär många förändringar inklusive kroppsliga förändringar, nya former för socialt samspel och självständighets- och identitetsutveckling utgör den en extra känslig period för att utveckla psykisk ohälsa.³⁵ Att söka asyl i ett nytt land som barn medför särskild utsatthet utifrån detta perspektiv.

Psykisk ohälsa bland ensamkommande barn och ungdomar utgörs framförallt av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression och ångest.³⁶ Studier från exempelvis Norge och Belgien har visat att PTSD förekommer bland upp till drygt hälften av de ensamkommande och att nästan lika många lider av ångest och/eller depression.³⁷ I en ny svensk enkätstudie med 208 stycken ensamkommande i åldrarna 9–18 år som rekryterats från primärvården i Uppsala framkom att närmare 80 procent screenats positivt för PTSD.³⁸ Ångest, PTSD, och depression är också vanligt förekommande bland barn som flytt tillsammans med sina vårdnadshavare.³⁹ Dessutom har studier visat förekomst av kroppsliga besvär i samband med psykisk

ohälsa, sömnsvärigheter⁴⁰, självskadande och suicidala beteenden, stressrelaterade besvär samt psykotiska tillstånd bland ensamkommande barn och unga⁴¹. Andra studier har visat förekomst av aggressivt och kriminellt beteende i denna grupp⁴² och det har påpekats att många ensamkommande använder illegala droger⁴³. I dagsläget pågår en kartläggning av drogvanorna bland ensamkommande barn och ungdomar i Sverige för att öka kunskapen om detta problem. Kartläggningen genomförs av Folkhälsomyndigheten på uppdrag av regeringen och kommer att redovisas under hösten 2017.

Det förefaller också som om den psykiska ohälsan kan kvarstå under lång tid efter ankomsten till ett nytt land. Studier har undersökt psykisk ohälsa bland ensamkommande över tid och funnit höga nivåer av ångest, depression och symptom på PTSD som mätts upptill 24 månader efter ankomsten.⁴⁴ I dessa studier framgår det inte om barnen deltagit i interventioner mot psykisk ohälsa, men författarna poängterar behovet av långsiktiga interventioner för att främja välmående i denna grupp.

Studier har även visat en högre grad av psykisk ohälsa bland ensamkommande barn och ungdomar jämfört med de som flytt tillsammans med vårdnadshavare och med migranter som inte varit på flykt.⁴⁵ Exempelvis har det framkommit att ensamkommande lider av högre nivåer av ångest och PTSD än barn som flytt tillsammans med en eller flera vårdnadshavare.⁴⁶ Den högre graden av psykisk ohälsa kan delvis förklaras av att de ensamkommande ofta flyr vid en ung ålder utan

³⁴ Bremberg & Dahlman, 2015

³⁵ Lewis & Rudolph, 2014)

³⁶ Derluyn & Broekaert, 2007; Jakobsen, Demott, & Heir, 2014

³⁷ Derluyn & Broekaert, 2007; Huemer et al., 2011; Smid, Lensvelt-Mulders, Knipscheer, Gersons, & Kleber, 2011; Vervliet, Lammertyn, Broekaert, & Derluyn, 2014a; Vervliet, et al., 2014b.

³⁸ Salari, Malekian, Linck, Kristiansson, & Sarkadi, 2017

³⁹ Pacione et al., 2013

⁴⁰ Bronstein & Montgomery, 2013

⁴¹ Goodman, 2004; Ramel et al., 2015

⁴² Derluyn & Broekaert, 2007; Sourander, 1998

⁴³ Länsstyrelsen, 2016; Marquardt, Krämer, Fisher, & Prüfer-Krämer, 2015

⁴⁴ Beam et al., 2007; Jensen et al., 2014; Vervliet et al., 2014a

⁴⁵ Derluyn, Broekaert, & Schuyten, 2008; Huemer et al., 2009

⁴⁶ Bean et al., 2007; Hodes et al., 2008



stöd och skydd från vuxna, vilket gör dem särskilt utsatta för traumatiska händelser.⁴⁷ Bland ensamkommande är traumatiska erfarenheter associerade med psykisk ohälsa men även post-migrationsfaktorer, det vill säga faktorer som rör situationen i det nya landet, har betydelse för hur denna grupp mår. Exempel på sådana faktorer är stress kopplat till asyl- och boendeprocesser, diskriminering, problem med utbildningssystemet, hemlöshet och avsaknad av familj.⁴⁸ I en dansk studie med unga flyktingar framkom att post-migrationsfaktorer hade en större betydelse för den psykiska ohälsan som mätts nio år efter ankomsten, jämfört med traumatiska händelser som ägt rum innan ankomsten.⁴⁹ I denna studie betonas att omhändertagandet i mottagarlandet har stor betydelse för att förebygga psykisk ohälsa bland unga som flytt.

Det finns också forskning som visat könsskillnader med högre förekomst av psykisk ohälsa bland ensamkommande flickor jämfört med ensamkommande pojkar.⁵⁰ Att notera är att även i undersökningar av svenska barn och tonåringar rapporterar flickor mer psykisk ohälsa än pojkar.⁵¹ Det har föreslagits att ensamkommande flickor i större utsträckning drabbas av traumatiska händelser såsom sexuella övergrepp, sexuellt våld, tvångsgifte och prostitution, jämfört

med ensamkommande pojkar och att detta till viss del skulle kunna förklara sådana könsskillnader.⁵² Flickorna kan därmed betraktas som en särskilt utsatt subgrupp. Samtidigt som det finns erfarenheter av sexuella övergrepp är det även vanligt med bristande kunskap om sexuell och reproduktiv hälsa samt ett annat förhållningssätt till sexualitet bland unga som flytt.⁵³ Därmed har det betonats att insatser för att främja sexuell och reproduktiv hälsa är viktiga inslag i omhändertagandet av denna grupp. Likaså är interventioner för att främja fysisk hälsa och tandhälsa angelägna.⁵⁴

Trots att många ensamkommande erfarit traumatiska händelser och lider av psykisk ohälsa finns det även de som uppnår god psykisk hälsa och som klarar av de nya utmaningar de ställs inför i mottagarlandet. Forskningen inom detta område är sparsam och består framförallt av studier som undersökt vilka faktorer som påverkar dessa individers resiliens, det vill säga motståndskraft mot psykisk ohälsa. Studier visar exempelvis att en positiv inställning, självständighet, tro på en högre makt eller religiositet, skolgång, goda skolprestationer och nära kontakt med familj i ursprungslandet, ideella organisationer eller andra flyktingar utgör sådana faktorer⁵⁵ samt att resiliens beror på i vilken kultur den unge vuxit upp i.⁵⁶

”

Jag har fortfarande sömnproblem, sover bara fem eller sex timmar per natt.

⁴⁷ Bean, Eurelings-Bonekoe, & Spinhoven, 2007; Derluyn, Mels, & Broekaert, 2009; Hodes et al., 2008

⁴⁸ Jensen et al., 2015; Hodes et al., 2008; Huemer et al., 2009; Vervliet et al., 2014a

⁴⁹ Montgomery, 2008

⁵⁰ Derluyn & Broekaert, 2007; Derluyn et al., 2008; Huemer et al., 2009

⁵¹ Bremberg & Dahlman, 2015; Folkhälsomyndigheten, 2014

⁵² Derluyn & Broekaert, 2007; Derluyn et al., 2008; Huemer et al., 2009

⁵³ Finnerty & Shamanesh, 2016; Pfarrwaller & Suris, 2012

⁵⁴ Hirani, Payne, Mutch, & Cherian, 2015; Marquardt et al., 2015

⁵⁵ Carlson, Cacciatore, & Klimek, 2012; Goodman, 2004; Raghallaigh & Gillian, 2010

⁵⁶ Rousseau, Said, Gagne, & Bibeau, 1998



Det var jag själv som sökte upp psykologen, genom ungdomsmottagningen. Jag gick till dem och de hjälpte mig vidare. Jag kände till ungdomsmottagningen därför att vi hade varit där på ett besök med klassen.

I en svensk studie med 15-åriga skolbarn visades att hög etnisk densitet (dvs täthet) av barn med samma ursprung i skolmiljö samvarierade med välmående bland de som migrerat från Afrika och Asien.⁵⁷ Denna och de ovan nämna studierna understryker vikten av mer forskning om vilka faktorer som påverkar resiliens och välmående bland unga migranter och ensamkommande barn och ungdomar.

KONTAKT MED PSYKIATRISK VÅRD

Baserat på den rapporterade psykiska ohälsan bland ensamkommande barn och ungdomar finns anledning att anta att vårdbehovet är stort i denna grupp. Enligt svensk lagstiftning har dessa barn samma rättigheter till vård som andra barn i Sverige. Då de fyllt 18 år omfattas de dock bara av rätten till akut vård.

Forskning om psykiatrisk vård bland ensamkommande barn och ungdomar visar varierande resultat med såväl låg som hög grad av vårdkontakt. En brittisk studie med ensamkommande barn och ungdomar i åldrarna 13–18 år visade att endast 17 procent hade psykiatrisk öppenvårdskontakt, trots att närmare 70 procent visade tecken på psykisk ohälsa.⁵⁸ Resultaten pekar mot ett större vårdbehov än vad som var tillgodosett, vilket stöds av fynden från en nederländsk studie som inkluderat ensamkommande med genomsnittsålder av 16 år och som visade att nästan hälften ansåg att deras behov av psykiatrisk vård var otillfredsställt samt att endast 12 procent hade erhållit vård.⁵⁹

Potentiella anledningar till att så få ensamkommande erhåller psykiatrisk vård anses vara språksvårigheter, boendeflyttningar, brist på kännedom om vilken tillgänglig vård som finns, svårigheter att komma i kontakt med vårdgivare och brist på kännedom vilka vägar till vård som finns, exempelvis tillvägagångssätt för tidsbokning.⁶⁰ Även stigma kopplat till psykisk ohälsa och att söka hjälp, misstro till vårdgivare, brister i igenkänning av egen psykisk ohälsa, eller att omgivande vuxna inte uppmärksammar och agerar på barnens vårdbehov har angivits som potentiella orsaker till låg grad av vårdkontakt i denna grupp.⁶¹ Att omgivande vuxna inte uppmärksammar barnens vårdbehov kan bero på att dessa inte har samma kulturella bakgrund som de unga, vilket kan leda feltolkning av symptom. Hur psykisk ohälsa uttrycks och tol-

kas av vårdpersonal, liksom den generella synen på psykisk ohälsa och behandling, samt hjälpsökande beteenden varierar mellan olika kulturer.⁶² Därför anses det vara viktigt att vårdpersonal har kunskap om kulturens betydelse för sjukdomsförståelse och hjälpsökande beteenden i omhändertagandet av asylsökande. Brist på tillgång till tolk har även identifierats som ytterligare en förklaring till den låga graden av vårdkontakt bland asylsökande, och tillgång till professionell tolk anses kunna medföra ett ökat vårddeltagande i denna grupp.⁶³

Kontakt med psykiatrisk vård bland ensamkommande barn och ungdomar har också undersökts i svenska studier. I en studie visades att ensamkommande barn och ungdomar i åldrarna 12–17 år var överrepresenterade inom den psykiatriska slutenvården i Malmö, jämfört med de som inte var ensamkommande.⁶⁴ Exempelvis hade fler ensamkommande erhållit såväl frivillig vård som tvångsvård. Enligt författarna är potentiella förklaringar till överrepresentationen den allvarliga grad av psykisk ohälsa, i form av självskadebeteenden, suicidala beteenden och stressrelaterade besvär, som återfanns bland de ensamkommande, men även brist på tillgänglig öppenvård som anpassats efter dessa individers behov.

I en annan svensk registerstudie som undersökt vårdkontakt bland vuxna flyktingar som kommit till Sverige under tonåren visades att både ensamkommande och de som flytt tillsammans med vårdnadshavare i större utsträckning hade erhållit vård inom den psykiatriska slutenvården i Sverige jämfört med den svenska normalbefolkningen.⁶⁵ Dessutom hade fler ensamkommande erhållit vård än de som flytt tillsammans med vårdgivare. Det fanns dock inga skillnader mellan de som flytt (med eller utan vårdnadshavare) och den svenska normalbefolkningen vad gäller erhållen psykiatrisk öppenvård och det visades att öppenvårdskontakten ökade i takt med den tid som spenderats i Sverige. Studierna inom området påpekar att mer forskning behövs för att dra slutsatser om vårddeltagandet bland ensamkommande barn och ungdomar men att tillgången till psykiatrisk vård är nödvändig då flertalet i denna grupp lider av psykisk ohälsa. Utbildning av vårdpersonal anses kunna förbättra möjligheten till adekvat vård och förbättra hälsosituationen för dessa barn och ungdomar.⁶⁶

70%

av ensamkommande barn och ungdomar i åldrarna 13–18 år visade tecken på psykisk ohälsa.

⁵⁷ Hjern, Rajmil, Bergström, Berlin, Gustavsson, & Modin, 2013

⁵⁸ Sanchez-Cao, Kramer, & Hodes, 2012

⁵⁹ Bean, Eurelings-Bontekoe, Mooljaart, & Spinhoven, 2006

⁶⁰ de Anstiss, Ziaian, Procter, Warland, & Baghurst, 2009; Hodes 2000; Michelson & Sclare 2009

⁶¹ Bean et al., 2006; Colucci, Szwarc, Minas, Paxton & Guerra, 2014; Sanchez-Cao et al., 2012

⁶² Bäärnhielm, 2014; Napier et al., 2014

⁶³ Bäärnhielm, 2014; Kirmayer et al., 2011

⁶⁴ Ramel et al., 2015

⁶⁵ Manhica, Almqvist, Rostila, & Hjern, 2016

⁶⁶ Bean et al., 2006; Ramel et al., 2015; Sanchez-Cao et al., 2012

”

Jag har svårt att fokusera i skolan.
Ibland missar jag lektioner för att
jag inte orkar. Personalen säger till
mig att jag måste vara stark.



Salim berättar

Jag lämnade Afghanistan tillsammans med min mamma och min lillasyster. Först stannade vi i Iran ett år innan jag åkte vidare ensam. Resan hit var svår. Jag tog mig via Turkiet till Grekland, vidare genom Serbien och Makedonien. Jag hade ont om både mat och vatten. I september 2015 kom jag till Sverige. För tre veckor sedan fick jag permanent uppehållstillstånd.

Jag har bott i samma familjehem hela tiden och går i skolan, på språkintröduktion. Jag hoppas kunna börja ett nationellt gymnasieprogram i höst. Först vill jag bli rörmokare, sedan vill jag plugga vidare till ingenjör.

När jag kom till Sverige började jag träna boxning, nu gör jag det flera gånger i veckan. Mitt mål är att bli som Mike Tyson, bäst i världen. Jag simmar också, det är bra för kroppen. Jag gillar både boxningen och simningen jättemycket.

På min fritid ser jag på fotboll och på svensk film. Det är ett bra sätt att lära sig svenska. Mest tittar jag på Emil, han är en kul kille!

Jag har haft det bra i Sverige, gått i skolan och trivts. Men jag har inte mått så bra. Det som har varit svårast är väntan på uppehållstillståndet, att inte veta om jag ska få stanna eller bli skickad tillbaka till Afghanistan. Jag har varit jätterädd för det.

Min rädsla har gjort att jag haft svårt att sova. Jag har inte kunnat släppa tankarna, de har funnits där både dag och natt. Jag har haft mycket mardrömmar. Jag har tänkt på vad som skulle hända om de skickade mig tillbaka. Jag har ingen där, ingen som kan hjälpa

mig. Rädslan och tankarna gjorde att jag fick svårt att klara av uppgifterna i skolan. Träningen blev också svårare.

Det är inte bara rädslan för att inte få stanna som varit jobbig. Det är även tankarna på hur min mamma och min syster har det. De är kvar i Iran och där är det inte lätt att vara afghan. Min syster var 10 år när vi träffades sista gången för två sedan. Nu har vi ingen kontakt, jag vet inte var de är, om de har mat eller inte. Jag har försökt få kontakt med dem genom Röda Korset.

Jag har fortfarande sömnproblem, sover bara fem eller sex timmar per natt. Jag går hos en psykolog på BUP, det hjälper lite. Först gav hon mig bara sömn-tabletter, jag blev jättedålig av dem, alldeles för trött. Jag var trött hela tiden. Då fick jag sluta med tabletterna och prata istället, och så sa hon att jag skulle dricka vatten. Vi pratar om hur jag mår, att jag måste lägga undan telefonen och Facebook och gå och lägga mig klockan tio eller elva. Jag säger att det är svårt och hon säger att jag måste försöka. Någon annan hjälp har jag inte fått.

Det fanns ingen jag kunde visa för att jag inte mådde bra, ingen jag kunde prata med. När jag försökte prata med någon sa de bara att jag måste gå till en psykolog. Familjehemmet har inte heller kunnat hjälpa mig.

Jag och mina kompisar pratar ibland med varandra om att vi har svårt att sova, har mardrömmar, ligger vakna och tänker och oroar oss över framtiden. Vi pratar om vad man ska göra om man kommer tillbaka till Afghanistan. Men vi kan inte hjälpa varandra, att vara ledsna tillsammans hjälper inte. Om någon visar

sina svåra känslor blir det för mycket för de andra som har nog med sina egna. Det blir dubbla problem. Om jag inte kan klara av mina egna problem, hur ska jag kunna hjälpa andra?

Det var jag själv som sökte upp psykologen, genom ungdomsmottagningen. Jag gick till dem och de hjälpte mig vidare. Jag kände till ungdomsmottagningen därför att vi hade varit där på ett besök med klassen.

Bäst har jag mått sedan jag fick uppehållstillstånd. Jag blev jätteglad! Var i skolan när jag fick ett sms från min gode man. Jag berättade snabbt för mina lärare och kompisar, ropade "jag har fått uppehållstillstånd!"

Det finns många människor i Sverige som är och har varit viktiga för mig. De viktigaste är mina lärare. Dels för att de ger oss kunskap, både i svenska och i alla andra ämnen, och dels för att de bryr sig om oss. Den som betyder allra mest är min svensklärare, henne tycker jag jättemycket om. Hon är snäll och omtänksam mot alla ungdomar. Hon hjälper oss mycket, med läxor och allt, men hon frågar också hur vi mår.

Sedan finns det andra som hjälper oss, till exempel på ett språkcafé i kyrkan. Där finns ett par kvinnor som jag tycker mycket om. De är snälla, bjuder in oss i sina familjer, pratar med oss och lär oss svenska och engelska.

I framtiden vill jag ha ett bra liv, ha en bra familj. Jag vill bli ingenjör och proffsboxare. Jag vill stanna Stockholm i hela livet. Jag har bott här i nästan två år och känner mig bekväm.

Det jag vill säga till politiker är att ni måste hjälpa oss ensamkommande att få stanna i Sverige, stifta en lag som blir bra för alla, också för ensamkommande. Om man vill hjälpa ensamkommande att må bra så måste man först låta dem stanna.

Jag vet att många ensamkommande begår självmord. Om lagen inte ändras tror jag att de kommer att bli fler. Mina kompisar som väntar på besked mår väldigt dåligt. De klarar inte att sova, gå i skolan, träna... Ibland blir jag rädd att de ska bli galna, det är allvarligt.

Maryam berättar

Jag kom från Somalia för två år sedan. I oktober förra året fick jag uppehållstillstånd.

Jag bor i ett familjehem, med en kvinna och hennes barn. Det är ganska bra där, bättre än var det var i mitt boende. Jag har bott där i åtta månader. Jag trivs bra, men jag känner henne inte så bra...

Det var min mamma som ville att jag skulle lämna Somalia. Först bodde jag i Kenya i ett år med släktingar, sedan kom jag hit. Det var ingen som bestämde att det skulle bli just Sverige, det blev så. Jag reste med flyg, fick hjälp av en man jag inte kände.

Sverige var mycket annorlunda jämfört med där jag kommer ifrån. Först bodde jag i en liten stad. Det kändes som att alla där var gamla eller småbarn. De som var i min ålder var aldrig ute, jag såg nästan inga jämnåriga.

Jag bodde på boende, men trivdes inte så bra där. Kanske för att det var första gången som jag var ensam. Jag kunde ingenting, förstod inte språket, kände ingen. Alla var olika mig. Vi var två tjejer från Somalia på boendet, de andra var killar från andra länder. De var snälla, men den tiden var ändå den som var svårast för mig.

När jag bodde i boendet var jag ledsen. Jag väntade på mitt uppehållstillstånd i ett år och fyra månader. Jag kände mig ensam, åkte inte till skolan så ofta. Jag ville inte gå ut, satt mest hemma. Jag var nästan deprimerad. Personalen på boendet förstod att jag inte mådde bra. De såg att jag inte orkade göra

någonting, att jag sov dåligt, åt lite, var sjuk och hade ont i huvudet. De försökte att göra mycket, prata med mig, promenera med mig. Men det hjälpte inte. Det var ingen som gjorde något fel, jag kan inte komma på vad någon kunde ha gjort annorlunda för att jag skulle ha mått bättre. De kunde inte göra någonting, inget de gjorde kunde ändra mina känslor. Jag tror att det beror på den egna personen hur det blir, hur man mår.

Nu har jag flyttat till en större stad. Det var jag själv som sa att jag vill flytta. Det tog lång tid, men till slut sa de ja på soc. När jag kom hit blev allt bättre, jag blev mer social, gladare, lärde känna många och började gå till skolan. Jag spelar teater också och går på dans. Det är det bästa som hänt mig sedan jag kom till Sverige. Jag mår jättebra här.

Men nu ska jag kanske flytta tillbaka till min första kommun. Jag ska snart fylla 17 och vill inte bo i familjehem längre. Jag vill inte bo med en familj som inte är min egen. Ska jag flytta så måste jag tillbaka. Jag har sagt att jag trivs bättre här. Om jag flyttar tillbaka så kommer jag att må sämre. Jag hoppas att jag får stanna.

Jag har inte tänkt så mycket på vilka personer som är viktiga för mig i Sverige. Det är nog ingen. Jag gillar mina kompisar, men de är ändå inte så viktiga. Jag klarar mig själv. Jag är en självständig och stark person, men jag tänker hela tiden negativt, förbereder mig på att det kommer att bli dåligt. Jag vill vara beredd om det blir svårt. Jag måste tänka "om det händer så måste jag klara det, det är inte jag som bestämmer."

Jag får stöd av kuratorn i skolan. Det hjälper faktiskt. När jag var ny i Sverige sa de att jag måste prata med kuratorn. Jag visste inte vad det var och tänkte "vadå prata?", "vad kan en sådan hjälpa mig med?" Jag sa att en kurator inte kommer att kunna hjälpa mig. Men nu! Det hjälper mycket.

Det hon gör är att hon lyssnar när jag pratar. Det är svårt att prata med sina kompisar om sig själv, alla vill bara prata om sig. Men kuratorn lyssnar på mig, låter mig prata. Det gör att jag känner mig gladare, mer positiv. När jag gick dit första gången tyckte jag att det var konstigt. Men jag provade i alla fall och märkte att det hjälpte. Och nu går jag dit hela tiden. I Sverige har jag börjat prata om känslor. Det har jag inte gjort tidigare, man gör inte det i min kultur. Men nu tycker jag att det är bra. Det hjälper faktiskt att prata.

Jag har flera syskon, jag är äldst. Jag har två halvsyskon som man säger i Sverige (vi säger inte så) som har samma pappa som jag. De två yngsta har jag inte träffat, mina två nya systrar. Min familj är min mamma och mina syskon. De är i Etiopien nu, men vi hoppas att de snart får komma hit. Jag pratar ofta med dem på Viber.

Jag tycker mycket om min mamma. Jag längtar efter henne och vill vara med henne. Mamma har ansökt om att få komma hit till mig. Jag vet inte hur länge vi måste vänta på besked, kanske ett år. Jag hoppas att de får komma. Om de kom skulle jag inte behöva någon annan, inte kompisar eller någon, det skulle räcka för mig. Jag blir ledsen när mina kompisar säger att de ska göra något med sina familjer, för att jag inte har någon familj. Jag vill ta hand om mina

småsyskon, det är viktigt för mig. Det skulle vara roligt om de kom, jag skulle lära dem jättemycket saker.

Till alla vuxna vill jag säga: Tänk på att de flesta ensamkommande har gått igenom väldigt mycket. Var snälla mot dem. Hjälp dem, det kan vara med små saker. Visa var man kan gå för att få hjälp. Säg att det kommer att gå bra, ge hopp.



Jag hade ingen som på riktigt brydde sig om mig, som en familj. Trots att jag var ledsen och kände mig ensam inuti, så skrattade jag med de andra på boendet och var glad. Det var som att jag inte visste att jag var ledsen.

INSATSER FÖR ATT MOTVERKA PSYKISK OHÄLSA

Forskning om interventioner och deras effekter på den psykiska ohälsan bland ensamkommande barn och ungdomar är sparsam. Studier som gäller vård och behandling omfattar traumafokuserade metoder, exempelvis Trauma-Fokuserad Kognitiv-Beteende Terapi (TF-KBT) och Traumatic Incident reduction (TIR). Vissa studier inkluderar före- och eftermätningar men saknar kontrollgrupper, vilket gör det svårare att värdera den unika effekten av interventionerna. Det har även gjorts kvalitativa fallstudier som undersökt hur olika insatser fungerat för enskilda individer.

Flera av studierna inom området visar positiva resultat. I en tysk studie med ensamkommande i åldrarna 16-18 år visades att individuell TF-KBT med behandlingsinslag såsom psykoedukation, traumanarrativ, avslappningsövningar och kognitiv bearbetning samvarierade med minskade symptom på PTSD efter genomgången behandling.⁶⁷ Resultaten från en amerikansk studie som undersökte utfallet av TIR, en metod fokuserad på återupplevda trauman tillsammans med en terapeut i en trygg miljö, visade även en minskning av PTSD och depressiva symptom efter avslutad behandling bland ensamkommande i åldrarna 11-18 år.⁶⁸ I en fallstudie från Cypern presenterades också positiva resultat i form av minskade symptom på PTSD för ett 16-årigt ensamkommande barn som erhållit psykodynamisk terapi med traumafokus.⁶⁹

Forskning har även undersökt effekter av olika psykosociala insatser. I en norsk enkätstudie som inkluderat ensamkommande med en genomsnittsalder på 19 år visades att dessa utvecklat en god anpassning till det norska samhället genom att ha skapat stödjande nätverk och utvecklat kulturell kompetens. Stöd från familjen i ursprungslandet och vänner samvarierade med minskad depression och ökad kulturell kompetens, vilket i sin tur minskade upplevelsen av utsatthet för diskriminering.⁷⁰ Upplevelsen av socialt stöd har också undersökts i en kvalitativ studie från Belgien med ensamkommande i åldrarna 15-18 år, i vilken det framkom att personal på asylboenden och vänner med samma etniska ursprung var de viktigaste källorna

till stöd.⁷¹ En amerikansk studie som inkluderat ensamkommande med en genomsnittsalder på 18 år visade att nästan hälften erhållit rådgivning, men att det inte fanns något samband mellan denna insats och utfall såsom exempelvis minskat PTSD.⁷² I den norska enkätstudien som nämns ovan återfanns inte heller något samband med mellan socialt stöd och minskat PTSD.⁷³

Flera författare lyfter fram behovet av mer forskning om interventioner och deras effekter på den psykiska ohälsan bland ensamkommande barn och ungdomar samt att effekterna bör undersökas i kontrollerade studier innan slutsatser kan dras av de resultat som för närvarande finns. Vid Uppsala universitet pågår nu ett forskningsprojekt för att utvärdera metoden Teaching Recovery Techniques (TRT) för ensamkommande barn och ungdomar med PTSD. TRT är utvecklat i Norge av Children and War Foundation och har KBT som teoretisk bas.⁷⁴ Metoden fokuserar på tekniker som syftar till att hjälpa barnen hantera traumatiska minnen genom inslag såsom psykoedukation, avslappningsövningar, andningsövningar och imaginära tekniker. TRT har utvärderats i tidigare internationella studier bland traumadräbade barn och ungdomar.⁷⁵ Preliminära forskningsresultat i Sverige indikerar att TRT är en lovande metod för att förebygga psykisk ohälsa bland ensamkommande med symptom på PTSD.⁷⁶

BRISTER INOM VÅRD OCH OMSORG

Det finns många verksamheter och aktörer som möter barn och unga och som har möjlighet att uppmärksamma och agera om ett barn mår dåligt. De brister som uppmärksammas kring barn och ungas hälso- och sjukvård i allmänhet påverkar även vården som erbjuds barn som flytt. Det kan handla om att en enhetligt organiserad vårdkedja för barn och unga saknas eller att möjligheten att få stöd brister. Andra exempel som kan leda till att barn "faller mellan stolarna" är att det i många län fortfarande saknas beslut kring ansvarsfördelning av tidiga insatser för barn och ungas psykiska hälsa, att det saknas vägledning kring vad första linjens verksamhet bör erbjuda i form av stöd och hjälp eller brist på samverkan.⁷⁷

⁶⁷ Unterhizenberger, Eberle-SDejari, Rassenhofer, Sukale, & Rosner, 2015

⁶⁸ Descilo, Greenwald, Schmitt, Reslan, 2010

⁶⁹ Katsounari, 2015

⁷⁰ Oppedal & Idsoe, 2015

⁷¹ Mels, Derluyn, & Broekaert, 2008

⁷² Geltman, Grant-Knight, Ellis, & Landgraf, 2008

⁷³ Oppedal & Idsoe, 2015

⁷⁴ Smith, Dyregrov, & Yule, 1999

⁷⁵ Barron, Abdullah, & Smith, 2013; Qouta, Palosaari, Diab, & Punamaki, 2013

⁷⁶ Sarkadi et al., manuskript

⁷⁷ Första linjen boken, 2017, s.2. se även Socialstyrelsen, rapport 2016 om hälso och sjukvård och tandvård till asyl sökande och nyanlända, 2016 s. 90.



Socialstyrelsen har uppmärksammat att behoven inom psykiatri för såväl barn som vuxna asylsökande är stora.⁷⁸ För barn med behov av specialistvård är tillgången till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) en förutsättning för adekvat vård. BUP är dock mycket ansträngd och klarar i dagsläget inte att leva upp till den förstärkta vårdgarantin som gäller inom barn- och ungdomspsykiatri.⁷⁹ Vidare bedöms asylsökande barn och ungdomars vårdbehov inte alltid på lika villkor som andra barns, vilket står i strid med deras rätt till vård.⁸⁰ Tolkbehovet är stort och leder generellt till att besök tar längre tid och därmed att färre besök hinns med och många uteblivna besök.⁸¹ Från flera BUP-mottagningar har det rapporterats att för barn med neuropsykiatriska problem har det varit svårt att starta någon behandling eller habilitering eftersom barnet och familjen saknar fast boende.⁸²

Med den tillfälliga asyllagstiftningen är det många barn och unga som kommer till Sverige som inte får stanna. Enligt en studie från Strömsunds kommun 2013–2015 utlöser avslaget ofta en kris hos barnen. Som en konsekvens av det slutar många barn helt, eller delvis, att gå till skolan. Det är även relativt vanligt att barn som fått avslag avviker från sin placering och försvinner. Det krävs enligt rapporten ett aktivt arbete för att rusta barnen inför ett återvändande, till exempel hjälpa dem att se realistiska alternativ, undersöka möjligheter till utbildning i hemlandet. Rätten till hälso- och sjukvård, till boende, till en god man, till att fortsätta sin skolgång etc. kvarstår tills beslutet om avvisning eller utvisning har verkställts.⁸³ Detta gäller däremot inte ungdomar efter att de fyller 18 år. Rapporten påvisade bl.a. behovet av rutiner i kommunen för att hantera tiden mellan avslag och återvändande. Endast knappt hälften av de tillfrågade kommunerna hade några sådana rutiner.⁸⁴

”

Jag kan berätta hur jag mår om jag vet att den som frågar verkligen bryr sig. Som min gode man. Hon har ett stort hjärta. När jag träffade henne blev allt ljus igen.

⁷⁸ Första linjen boken, 2017, s. 2.

⁷⁹ Bris rapport 2017:1, 2017

⁸⁰ Socialstyrelsen, rapport 2016 om hälso- och sjukvård och tandvård till asyl sökande och nyanlända, 2016, s. 37, s 90, 2016

⁸¹ Socialstyrelsen, delrapport 2016 om hälso- och sjukvård och tandvård till asyl sökande och nyanlända, 2016, s. 39. Se även rapport 2016 s. 47.

⁸² Socialstyrelsen, rapport 2016 om hälso- och sjukvård och tandvård till asyl sökande och nyanlända, 2016, s. 79 samt delrapporten 2016 s. 40.

⁸³ Socialstyrelsen, handbok "ensamkommande barn och unga", s. 57

⁸⁴ Ibid s. 57-58



Diskussion & slutsatser

Vad behöver Sverige göra för att leva upp till varje barns rätt till bästa uppnåeliga hälsa? I följande avsnitt förs en diskussion som mynnar ut i slutsatser och rekommendationer för ett förstärkt stöd för barn som flytt.

För ett barn som flytt finns många faktorer som ökar risken för psykisk ohälsa. Dessa är bland andra händelser innan och under flykten, ingen eller liten skolbakgrund, och för de ensamkommande, avsaknaden av familj. Därtill kommer att barnet påverkas av förhållandena i mottagarlandet såsom regelverk, handläggningstider, osäkerhet och tillgång till stöd. Sammantaget löper barn som flytt en stor risk för att utveckla eller få förvärrad psykisk ohälsa och det är därför angeläget att förebygga det, bland annat genom att stärka frisk- och skyddsfaktorer. För de barn som är i behov av specialistvård måste tillgängligheten till sådan garanteras. Som det ser ut i praktiken idag påverkas rätten till god psykisk hälsa i hög grad av var i Sverige barnet bor och de förutsättningar som råder just där.

En stor del av forskningen kring barn som flytt har fokuserat på tidigare trauman och dess konsekvenser. Detta är förståeligt men risken med ett alltför dominerande traumafokus är att symtom tolkas enbart i detta perspektiv. Tonårstiden och ung-vuxen-tiden är en omvälvande tid i livet med förväntan på att man ska utveckla självständighet, kunna försörja sig själv och kanske inleda relationer. Denna period kan vara förknippad med såväl stress som psykisk ohälsa även för barn och unga som inte migrerat, och faktorer som möjlighet att studera, arbeta och flytta till eget boende kan påverka hälsan. Oro, nedstämdhet, sömnsvärigheter och mer allvarliga tillstånd som depression, missbruk och psykos kan debutera i denna ålder, och det är ett faktum att självmord fortfarande är en av de vanligaste döds-

orsakerna bland unga i Sverige. Att i denna sårbara period i livet vara utan stöd från välbekanta vuxna, eller att ha sitt huvudsakliga stöd från föräldrar som själva bär på svåra upplevelser, är upptagna med att orientera sig i ett nytt samhälle och lära sig språket, kan skapa en dubbel utsatthet.

Barn i familj har sina vårdnadshavare (eller andra omsorgspersoner) med sig och har sluppit den stora påfrestning en separation från föräldrar och familj innebär. Så i omsorg och omhändertagande har de ofta fördelar framför de ensamkommande. Däremot har de ensamkommande större möjligheter att få hjälp att få sina rättigheter synliggjorda och tillgodosedda genom stöd i form av exempelvis socialsekreterare, boendepersonal och gode män som kan och ska verka för barnets bästa. Barn i familj har inte den sortens stöd och riskerar att inte få sina rättigheter tillgodosedda, eftersom det i mångt och mycket är föräldrarnas kunskaper och förmåga att kräva sina rättigheter i det svenska samhället som avgör vilket stöd barnet får tillgång till.⁸⁵ Ett liknande resonemang har förts om ensamkommande barn som har placerats i nätverkshem, där ansvariga vuxna själva kan befinna sig i asylprocessen, ha bristande språkkunskaper och svårigheter att orientera sig i det svenska samhället.⁸⁶ Socialtjänstens utredning och uppföljning av nätverkshem pekar på en svår balansgång mellan integration och den trygghet som kommer till följd av redan existerande band mellan nätverkshem och de barn som placeras där.

Det finns också anledning att fundera på om pojkars och flickors rättigheter tillgodoses i samma utsträckning. Kommunernas mottagningssystem är i mångt och mycket anpassat efter att de flesta ensamkommande barn är pojkar. Enligt viss forskning har ensamkommande flickor högre förekomst av psykisk ohälsa och de placeras oftare i familjehem eller nätverkshem. Vi saknar idag djupare kunskap om hur detta påverkar barnets rättigheter, upptäckt av psykisk ohälsa, och vilket stöd som söks och erbjuds, liksom om det finns väsentliga skillnader mellan könen.

Den forskning som presenteras i den här rapporten pekar också på att ett väl fungerande mottagande är viktigt för att förebygga psykisk ohälsa i det långa loppet. I februari 2017 genomförde Socialstyrelsen intervjuer i 51 kommuner för att få en uppfattning om suicidrisken för ensamkommande barn. I de intervjuade kommunerna rapporterades att 68 ensamkommande barn försökt ta sitt liv och tre begått självmord. Kommunerna uppger att suicidförsöken har en tydlig koppling till asylprocessen och att det i många fall är svårt att få kontakt med barn- och ungdomspsykiatri för hjälp.⁸⁷

Bris, liksom många andra, ser att den tillfälliga utlänningslagen som trädde i kraft i juni 2016 kraftigt försvårar asylsökande och nyanlända barns möjlighet att uppnå god psykisk hälsa. Då den innebär att uppehållstillstånd som ges av asylskäl ska vara tillfälliga och försvårar återförening av familjer. Tillsammans med de långa handläggningstiderna för att få beslut ökar den osäkerheten, svårigheten att leva ett vanligt liv och att integreras i samhället. Detta får en negativ inverkan på barnets hälsa och välbefinnande. Bris menar att det är av stor vikt att den utvärdering av den tillfälliga utlänningslagen som ska genomföras under 2018 inkluderar en analys av lagens effekt för asylsökande och nyanlända barns psykiska hälsa.

Stressen och oron förstärks för ensamkommande barn som fyller 18 under asylprocessen. Ungdomens gode man entledigas, ansvaret för boende övergår till Migrationsverket, och den nyss myndige har endast rätt till akut vård eller annan vård som inte kan vänta. För många unga är denna övergång tuff och påverkar deras mående. Det finns ett ömsesidigt samband mellan skolprestationer och psykisk hälsa generellt. En god hälsa är en nödvändig faktor för att klara skolan. Samtidigt minskas riskerna för kriminalitet, ohälsa och utanförskap om eleven går ut med godkända betyg.⁸⁸ Elever som upplevt eller fortfarande lever i trauma och upprepade separationer så som asylsökande och papperslösa barn är en särskilt utsatt grupp. En faktor som påverkar elevers



Något jag tycker att vuxna som jobbar med ensamkommande kan tänka på är att det är viktigt med glad personal på boendena. Det är viktigt att du känner att de lyssnar på dig. Man märker om någon lyssnar på riktigt!

⁸⁵ Forte, Nyanlända barn och den svenska mottagningstrukturen, sid 7, 2016

⁸⁶ Socialstyrelsen, Analys av situationen i Socialtjänsten våren 2017, s 19–33, 2017

⁸⁷ Socialstyrelsen, Analys av situationen i Socialtjänsten våren 2017, s 7, 2017

⁸⁸ Agneta Nilsson, Elevhälsans uppdrag –främja, förebygga och stödja elevens utveckling mot målen.



Personal som jobbar med människor måste bry sig och vara positiva, de får inte bara sitta i sina arbetsrum och jobba. De ska komma till en och prata. Knacka på om man sitter i rummet, säga att man ska komma ut.

möjligheter att nå goda skolresultat är deras koncentrationsförmåga. Bristande koncentrationsförmåga beroende på trauma eller sömnsvårighet är något som många barn som flytt lider av och är i behov av hjälp och stöd med. I elevhälsans uppdrag ligger att undanröja hinder för lärande. För att elevhälsan ska kunna fullfölja uppdraget när det gäller målgruppen krävs i många fall att kompetensen kring målgruppen höjs som exempelvis när det gäller traumats påverkan på inlärning. Elevhälsan kan i sin tur stödja den pedagogiska personalen som möter eleverna i den dagliga undervisningen.⁸⁹

För barn försvåras situationen av att den information som barnen har rätt till, om sina rättigheter, om hur asylprocessen fungerar och vad olika vuxna har för roller, är svår att förstå eller hitta. Särskilt asylprocessen är en stor källa till oro. Forskningsrådet Forte konstaterar att asylprocessen kan upplevas som godtycklig och svår att begripa för barn. Det är tydligt att mer måste göras för att anpassa information till barn.⁹⁰ Enligt barnkonventionen har barn rätt till information bland annat om processer som påverkar barnets liv. Kunskap om asylprocessen kan bidra till en ökad känsla av kontroll och förståelse för vad som händer runt en själv. Och det i sig skapar förutsättningar för en bättre hälsa. Det är inte bara barnen som behöver information. Även vuxna runt barnen behöver veta vad som gäller, oavsett om de är professionella, föräldrar eller andra viktiga vuxna i barnets liv.

SOCIAL OMSORG OCH TRYGGHET

För att ett barn som varit utsatt för stora påfrestningar ska ha möjlighet att uppleva trygghet och må bra är en första prioritet att få tillgång till stabilt boende, mat och kläder. Behov som ska tillgodoses av omgivande vuxna. Det är också viktigt att införa rutiner för vardagslivet.⁹¹ Att se till att barn som flytt kommer igång så snabbt som möjligt i skolan är av särskild vikt, då skolgången ger struktur genom att tillhandahålla en daglig aktivitet, bidra till integration i samhället, samt skapa kamratrelationer, vilket är hälsofrämjande. Detta borde vara av hög prioritet för landets kommuner.

Under hösten 2015 och våren 2016 hade många kommuner svårt leva upp till lagstiftningen att hitta skolplatser inom en månad efter ankomst och att

kartlägga alla elever inom två månader.^{92,93} I en rapport som Forte publicerat beskrivs effekterna av dröjsmål, såsom de uppfattas av aktörer runt barnen, som att "...motivationen snabbt sjunker och att stressen och oron över situationen de befinner sig i tar över".⁹⁴ Situationen verkar dock ha förbättrats i många kommuner,⁹⁵ men inte alla. Forte konstaterar att många nyanlända placeras i förberedande undervisning vilket kan vara en skyddsfaktor i form av den samhörighet som kan uppstå mellan elever som delar liknande erfarenheter,⁹⁶ men också utgöra en risk för att barn och ungdomar hamnar i ett utanförskap med negativa sociala konsekvenser.⁹⁷

Det anses också av vikt att det runt de ensamkommande etableras nätverk fokuserade på social omsorg, vilket kan ske genom samverkan mellan olika aktörer såsom skola, socialtjänst och boendepersonal.⁹⁸ Utifrån detta borde det vara självklart att utgå från barnets bästa när beslut om placering av ensamkommande barn tas.

Tyvärr ser vi (Bris) en verklighet där många kommuner bland annat på grund av ekonomiska skäl "tar hem" barn som placerats i andra kommuner, ibland med mycket kort varsel och bristfällig information. Barnen har i många fall hunnit skapa just den trygghet, den struktur och de relationer som utgör viktiga skyddsfaktorer mot ohälsa. Samma risk löper de ungdomar som hinner fylla 18 år under asylprocessen. Regeringens satsning på att skapa förutsättningar för att låta denna grupp av ungdomar bo kvar i sina kommuner är positiv men inte tillräcklig. Den bild som vi nås av är att möjligheten att bo kvar i sin kommun efter 18-årsdagen avgörs av var du bor, kommunens ekonomiska förutsättningar och politiska vilja. Vi ser att det finns en brist på samordning bland kommuner som inte heller alltid beaktar barnets bästa i dessa fall. Det finns ett stort behov av att skapa lika förutsättningar för barnen, oavsett vilken kommun de bor i. Reducerade statliga ersättningar utgör också en risk att ensamkommande barn i större utsträckning placeras i stödboende av resursskäl, snarare än för att de är mogna.

STÖD OCH BEHANDLING

Det saknas idag nationella styrdokument och riktlinjer för omhändertagandet av ensamkommande barn och ungdomar. Trots den relativa kunskapsbristen

⁸⁹ Socialstyrelsen och Skolverket, Vägledning för elevhälsan, 2016

⁹⁰ Forte, Nyanlända barn och den svenska mottagningsstrukturen, 2016

⁹¹ Eide & Hjern, 2013; Rousseau & Guzder, 2008

⁹² Forte, Nyanlända barn och den svenska mottagningsstrukturen, 2016

⁹³ Sou 2017:54 s.113

⁹⁴ Forte, Nyanlända barn och den svenska mottagningsstrukturen, 2016

⁹⁵ SOU 2017:54.

⁹⁶ SOU 2017:54 s105

⁹⁷ Forte, Nyanlända barn och den svenska mottagningsstrukturen, 2016

⁹⁸ Pacione et al., 2013; Wimelius et al., 2017

ger flera enskilda forskare rekommendationer om vilka stöd- och behandlingsinsatser som de anser skall ges till denna grupp för att motverka psykisk ohälsa.⁹⁹ Exempelvis förespråkas traumafokuserade metoder och psykosociala insatser såsom socialt stöd. I en översiktsartikel om psykisk ohälsa och interventioner för barn och ungdomar på flykt (med eller utan vårdgivare) föreslås dock att insatser initialt bör fokuseras på att skapa basal trygghet, medan interventioner för att motverka psykisk ohälsa skall ges i ett senare skede, förutom i akuta fall.¹⁰⁰

Ytterligare en rekommendation är att olika interventioner bör kombineras och att de bör vara anpassade efter den kultur som barnen/de unga vuxit upp i.¹⁰¹ Som nämnts ovan behövs dock fler studier för att kunna dra säkra slutsatser om vilka enskilda insatser som har effekt för de ensamkommande. Förutom kvantitativa studier på området behövs även kvalitativa studier för att undersöka behandlingsbehovet utifrån barnens/de ungas eget perspektiv.¹⁰²

I Bris stödverksamhet beskriver barn alltför ofta en avsaknad av samordning mellan olika instanser i samhället. Detta är alltså en brist generellt men idag är praxis i psykiatrin att använda en så kallad samordnad individuell plan (SIP) för att samordna vård och stöd från olika håll. Denna modell borde vara en självklarhet, inte minst när det gäller nätverksarbetet kring de ensamkommande som behöver stöd från olika vårdgivare.



Om man har fått skratta på kvällen så sover man bättre. Har det varit tråkigt, om man har känt sig ensam och tänkt jobbiga tankar är det svårare att sova och lättare att få mardrömmar.

Slutsatser och rekommendationer

- Tillgången till stöd, vård och behandling skiljer sig åt i Sverige. Rätten till vård gäller varje barn och jämlikheten behöver säkras.
- Primärvården och elevhälsan måste stärkas, såväl organisatoriskt, kompetens- som resursmässigt, för att identifiera, direkt stödja samt slussa vidare asylsökande och nyanlända barn till specialistvård inom exempelvis barn- och ungdomspsykiatrin.
- Regeringen bör avsätta ökade anslag till forskning och kunskapsspridning om förekomst, bemötande och behandling av psykisk ohälsa hos barn som flytt.
- En samordnad individuell plan (SIP) bör alltid upprättas när asylsökande och nyanlända barn behöver stöd från olika vårdgivare.
- Det har konstaterats en koppling mellan suicidförsök bland asylsökande barn och deras asylprocess. Inom ramen för utvärderingen av den tillfälliga utlänningslagen behöver därför en bred analys av lagens effekt på barns psykiska hälsa inkluderas.
- Principen om "barnets bästa" (barnkonventionen art. 3) och "bästa uppnåeliga hälsa" (barnkonventionen art. 24) måste ha högsta prioritet vid beslut av kommuner om lokalisering av asylsökande barn. Inför en eventuell flytt av ett barn mellan två kommuner måste ansvarig kommun göra en analys av vilka konsekvenser flytten får för barnets hälsa och agera utifrån det.
- Ett stabilt socialt nätverk runt barnet är betydelsefullt för hens mående. En god samverkan mellan aktörer runt barnet är av stor vikt för att uppnå ett bra mående.
- Barns rätt till information måste tillgodoses. Det råder idag brist på rätt, anpassad och tydlig information till barn om asylprocessen, lagen, myndigheters ansvar och var barnet kan vända sig för att få hjälp.
- Säkerställ rutiner på kommunal och nationell nivå för att förbereda barn och ungdomar på de förändringar som kommer att ske i samband med att de fyller 18 år, blir uppskrivna i ålder eller väntar på verkställighet av utvisningsbeslut.

⁹⁹ Derluyn & Broekaert, 2008; Descilo et al., 2010; Eide & Hjern, 2013; Katsounari, 2015; Mels et al., 2008; Oppendahl & Idsoe, 2015; Pacione et al., 2013; Rousseau & Guzder, 2008; Unterhizenberger et al., 2014; Wernesjö, 2011; Wimelius, Eriksson, Isaksson, & Ghazinour, 2017

¹⁰⁰ Pacione et al., 2013

¹⁰¹ Derluyn & Broekaert, 2008

¹⁰² Wernesjö, 2011

Feven berättar

Jag kommer från Eritrea och har bott i Sverige i fem år. Efter åtta månader fick jag uppehållstillstånd.

Eritrea är ju en diktatur, det är svårt att leva där. Men förutom det så har jag ingen familj. Jag bodde hos min mormor och när hon dog så kom jag hit. Det var inte jag som planerade att jag skulle åka till Sverige, jag ville egentligen inte lämna mitt land, det var andra som bestämde det. Jag kunde inte resa ensam så jag fick hjälp som min farbror fixat, en man som reste hit med mig. Jag kände mig så ensam, både då jag reste och när jag kom hit.

Först kom jag till ett hem för ensamkommande barn. Där fick jag ett eget rum. Jag var ensam och längtade efter min mormor. Jag var liten, men ändå var jag tvungen att vara vuxen. Jag mådde riktigt dåligt, men jag klarade av det. Självt.

Allt var nytt här, nytt land, ny kultur, nytt språk. Jag visste inget om vad som skulle hända nu, var jag skulle bo. Allt kändes mörkt.

Jag hade ingen som på riktigt brydde sig om mig, som en familj. Trots att jag var ledsen och kände mig ensam inuti, så skrattade jag med de andra på boendet och var glad. Det var som att jag inte visste att jag var ledsen.

Jag kunde inte visa för någon att jag mådde dåligt, det gör jag inte så ofta nu heller, jag vill inte. Och trots att jag är ledsen kan jag verka glad, skratta. Och jag kan glömma att jag är ledsen om jag träffar någon som är glad. Då blir jag glad själv.

En del tjejer där jag bodde var alltid ledsna, pratade och klagade. Men jag var inte så. Jag tänkte att det inte hjälpte att klaga. Jag väntade istället, man kan inte få allt på en gång. Vi är olika, de ville prata, men

jag behövde inte det. Jag har vetat att man kan söka hjälp av psykolog eller kurator, men det har jag aldrig gjort.

Jag kan berätta hur jag mår om jag vet att den som frågar verkligen bryr sig. Som min gode man. Hon har ett stort hjärta. När jag träffade henne blev allt ljus igen.

Min gode man, jag kan inte kalla henne gode man, hon är så mycket mer, min mamma. Hon har gett mig allt, inte bara det hon måste. Jag gillar henne inte bara för att hon hjälpt mig att stanna i Sverige, utan för att hon gett mig kärlek. Jag tackar Gud för att jag träffade henne.

Det hon gjorde var att välkomna mig till sin familj. Hon är positiv, hon skrattar mycket. Hon bryr sig om mig, hon har gett mig allt, kramar mig och allt sånt. Jag blev redan från början bjuden på alla fester och nyår. Jag är som hennes dotter, hon behandlade mig som ett av sina barn. Hon har sms:at mig varje dag! Frågat hur jag mår, vad jag gör... Vi har fortfarande kontakt. Jag hade inte förväntat mig att någonsin träffa en sådan person, hon är den bästa gode mannen i hela Sverige! Det är inte bara mig hon visar kärlek, hon bryr sig om alla ensamkommande barn. När man kommer ensam och inte har någon familj så är det så viktigt att få en ny familj.

Jag har bott i ett boende, i två familjehem och sist i ett boende igen. I det sista boendet trivdes jag bäst. Vi var inte så många som bodde där. Personalen var jättebra, jag trivdes med dem. Vi gjorde mycket ihop. Nu bor jag med min biologiska mamma som har kommit hit.

Jag är en glad person som älskar att skratta och att umgås med positiva människor. Jag är snäll och gillar att hjälpa människor. Det är så jag vill jobba

i framtiden. Nu pluggar jag andra året på gymnasiet, vård- och omsorgsprogrammet.

Något jag tycker att vuxna som jobbar med ensamkommande kan tänka på är att det är viktigt med glad personal på boendena. Det är viktigt att du känner att de lyssnar på dig. Man märker om någon lyssnar på riktigt! Det är skillnad på att bara fråga "hur mår du?" och att verkligen gå fram, visa att man vill lyssna. Om de ser att någon är ledsen måste de visa att de verkligen bryr sig. Orden är viktiga. Om man har kommit ensam, saknar sin familj, då är det viktigt att någon annan bryr sig för att man ska kunna må bättre.

Personal som jobbar med människor måste bry sig och vara positiva, de får inte bara sitta i sina arbetsrum och jobba. De ska komma till en och prata. Knacka på om man sitter i rummet, säga att man ska komma ut.

Om man har fått skratta på kvällen så sover man bättre. Har det varit tråkigt, om man har känt sig ensam och tänkt jobbiga tankar är det svårare att sova och lättare att få mardrömmar.

Definitioner

Alternativt skyddsbehövande: En person är alternativt skyddsbehövande när den bedöms löpa risk att straffas med döden, att utsättas för kroppsstraff, tortyr, annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning eller som civilperson löper allvarlig risk att skadas på grund av väpnad konflikt. (Utl 4kap 2§).

Ankomstboende: Migrationsverkets boende för asylsökande som precis har kommit till Sverige.

Anläggningsboende, ABO: Boende som Migrationsverket erbjuder asylsökande under väntetiden, normalt en lägenhet i ett hyreshus.

Asyl: Ett uppehållstillstånd som en utländsk medborgare har fått eftersom han eller hon är flykting enligt utlänningslagen. Jämför med Skyddsbehövande.

Asylsökande: En asylsökande är en person som tagit sig till Sverige och sökt skydd. Han eller hon har inte fått ett slutligt svar på sin ansökan om asyl. Under tiden en ansökan prövas är den asylsökande inskriven i Migrationsverkets mottagningssystem. För barn kan det handla om både barn som ansöker med familj och de ensamkommande.

Avvisning: Ett beslut om att en person ska lämna Sverige. Migrationsverkets avvisningsbeslut får normalt inte verkställas förrän de vunnit laga kraft.

Barn: Varje människa under 18 år.

Barnhälsovården riktar sig till barn från födelsen till start i förskoleklass (alternativt första klass för dem som inte går i förskoleklass) och till barnens föräldrar för att med insatser bidra till att främja barns hälsa, utveckling och välbefinnande.

Dublinförfrågan: Begäran om information om en asylsökande hos en myndighet i ett annat EU-land (enligt artikel 21 i Dublinförordningen).

Elevhälsan: När ett barn senare börjar skolan avslutas barnhälsovården och barnet omfattas av elevhälsan. Elevhälsan omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsans insatser ska stödja elevens utveckling mot utbildningens mål.

Flykting: Utlänning som har ansökt om asyl och fått uppehållstillstånd i Sverige av flyktinskäl, enligt Genève-konventionen. Det handlar om personer som har välgrundade skäl att vara rädd för förföljelse på grund av ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning, kön, sexuell läggning eller tillhörighet till viss samhällsgrupp, till exempel barn. (Utl 4kap 1§).

Ensamkommande barn: Ett ensamkommande barn är en person under 18 år som kommit till Sverige och sökt asyl utan sina föräldrar eller någon annan vuxen person som har trätt in i föräldrarnas ställe. Det gäller även barn som efter ankomsten till Sverige står utan sådan ställföreträdare.

FN:s barnrättskommitté: är en oberoende kommitté som övervakar tillämpningen av barnkonventionen. Den granskar löpande hur stater lever upp till barnkonventionen och ger allmänna rekommendationer kring hur konventionen ska tolkas i så kallade allmänna kommentarer eller sammanfattande slutsatser. Bland annat ges vägledning till stater kring behandlingen av ensamkommande barn och barn som har skilts från föräldrarna utanför ursprungslandet i sin allmänna kommentar #6.

God man: En person som ska ta tillvara ett barns intressen om föräldrarna själva inte kan göra det. Det är kommunen som utser god man.

Kvotflykting: Utländsk medborgare som före resan till Sverige fått uppehållstillstånd inom den flyktingkvot som regeringen fastställt. Resan hit organiseras och betalas av Migrationsverket.

Migranter: Begreppet blandas ofta med begreppet "flykting" och är ett mer generellt begrepp som innefattar personer som väljer att flytta inte särskild på grund av ett direkt hot om förföljelse eller död. Det kan istället vara för att få ett bättre liv genom att hitta arbete, eller i vissa fall för att få en utbildning, återförenas med sin familj, eller av andra skäl.

Non-refoulement principen: en stat får inte verkställa ett beslut om avvisning eller utvisning till ett land, om utlänningen i det landet löper risk att utsättas för tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning eller att sändas vidare till ett land där utlänningen löper en sådan risk.

Nyanländ: En nyanländ person är enligt migrationsverket någon som är mottagen i en kommun och har beviljats uppehållstillstånd för bosättning på grund av flyktinskäl eller andra skyddsskäl. Även anhöriga till dessa personer anses vara nyanlända. En person är nyanländ under tiden som han eller hon omfattas av lagen om etableringsinsatser, det vill säga två till tre år. För barn och ungdomar används begreppet "nyanländ" i samband med utbildning. En elev ska inte längre anses vara nyanländ efter fyra års skolgång här i landet (Regeringens proposition 2014/15:45). Socialstyrelsen använder följande formella definition: en nyanländ är en person som blivit beviljad uppehållstillstånd och fått ett svenskt personnummer. Specifikt avses nyanlända flyktingar, vilket omfattar dels asylsökande som beviljats uppehållstillstånd, dels anhöriga till nyanlända som beviljas uppehållstillstånd genom s.k. anknytning. Efter beviljat uppehållstillstånd ska nyanlända bli mottagna av en kommun och påbörja sin etablering. Arbetsförmedlingen ansvarar för att upprätta en etableringsplan. En person räknas normalt som nyanländ i två år, och under denna period ska personen erbjudas undervisning i svenska, en kurs i samhällsorientering och hjälp med att komma i arbete. Nyanlända omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125) med samma rätt till subventionerad vård som alla personer som är folkbokförda i landet. Nyanlända kan också erbjudas en hälsoundersökning om de inte genomgått någon sådan som asylsökande.

Offentligt biträde: Om Migrationsverket bedömer att den sökande kan komma att få avslag på sin ansökan, ser verket till att han eller hon får juridisk hjälp av ett så kallat offentligt biträde.

Papperslösa: Papperslös är en person som befinner sig i Sverige utan något nödvändigt tillstånd att vistas i landet. Det beror vanligen på att personen inte har ansökt om uppehållstillstånd eller håller sig gömd för att undgå en beslutad utvisning eller utlämning. Papperslösa omfattas av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlännings som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd och ska erbjudas hälso- och sjukvård och tandvård i samma utsträckning som asylsökande. Även EU/EES-medborgare kan i enstaka fall omfattas av lagen om de har vistats i Sverige i mer än tre månader och saknar uppehållsrätt eller uppehållstillstånd och därmed vistas inom landet utan stöd av något myndighetsbeslut eller någon författning.

Psykisk ohälsa hos barn och unga: Socialstyrelsen definierar den som "psykiska symptom som påverkar barnets eller den unges känslomässiga välbefinnande och hindrar optimal utveckling och delaktighet i vardagsaktiviteter".

Ratificering: Att ett land har ratificerat en konvention innebär att det har skrivit under den och bundit sig folkrättsligt till att förverkliga den.

Ungdom: Begreppet förknippas oftast med transitionsperioden mellan barndom och vuxen ålder. FN definierar ungdomar som personer mellan 15–24 år. Den primära målgruppen för den svenska ungdomspolitikerna är åldersgruppen 13–25 år. I Sverige finns det över en och en halv miljon unga mellan 13 och 25 år. Socialstyrelsen definierar unga personer som fyllt 18 men inte 21.

Ungdomsmottagning: Ungdomsmottagning riktar sig till ungdomar mellan 13–25 år.

Upphållstillstånd: Tillstånd till en utländsk medborgare som vill stanna i Sverige mer än tre månader (gäller inte EU/EES-medborgare och deras anhöriga). Kan vara tidsbegränsat eller permanent.

Utvisning: Avlägsnandebeslut som en person kan få från och med tre månader efter den dag han eller hon ansökte om uppehållstillstånd.

Verkställighet av- eller utvisningsbeslut: Genomförande av ett av- eller utvisningsbeslut, dvs. den utländska medborgaren lämnar Sverige.

Ömmande omständigheter: Om uppehållstillstånd inte kan ges på annan grund, får tillstånd beviljas en utlämning om det vid en samlad bedömning av utlämnings situation finns sådana synnerligen ömmande (särskilt ömmande för barn) omständigheter att han eller hon bör tillåtas stanna i Sverige. Vid bedömningen ska utlämnings hälsotillstånd, anpassning till Sverige och situation i hemlandet särskilt beaktas. (Utl 5 kap 6 §)

Övrig skyddsbehövande: Med övrig skyddsbehövande avses en utlämning som befinner sig utanför det land som utlämningen är medborgare i, därför att han eller hon behöver skydd på grund av en yttre eller inre väpnad konflikt eller på grund av andra svåra motsättningar i hemlandet känner välgrundad fruktan att utsättas för allvarliga övergrepp, eller inte kan återvända till sitt hemland på grund av en miljökatastrof (Utl 5 kap 4 2 a§). Gäller inte under den tillfälliga lagen.

Kognitiv bearbetning: Behandlingskomponent i TF-KBT och KBT. Syftar till att identifiera patientens tankar, känslor och beteenden i relation till traumat, att utmana dysfunktionella tankar samt hjälpa patienten att skapa funktionella tankar.

Kognitiv beteendeterapi (KBT): Terapiform som syftar till att lära patienten utveckla och använda sig av nya beteenden och tankar för att motverka psykisk ohälsa.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD): Tillstånd som kan uppstå som fördröjd eller långvarig reaktion på traumatiska händelser eller situationer av exceptionellt hotande eller katastrofala slag, exempelvis misshandel, sexuella övergrepp, olyckor, naturkatastrofer, tortyr, krigshändelser eller svåra upplevelser under intensivvård. De vanligaste symptomen är att traumat återupplevs i form av återkommande och påträngande minnesbilder, drömmar och mardrömmar, undvikande av aktiviteter och situationer som påminner om traumat, förhöjd vaksamhet och beredskap, känslomässig stumhet och tillbakadragande från andra människor.

Psykodynamisk terapi: Terapiform som bygger på psykoanalytisk teori, med fokus på inre konflikt, försvar och arbete med överföring för att motverka psykisk ohälsa.

Psykoedukation: Behandlingskomponent i TF-KBT och KBT. Syftar till att lära patienten om hans/hennes problem, vad som vanligtvis orsakar problemen samt vilka möjligheter som finns till behandling.

Resiliens: Motståndskraft mot psykisk ohälsa.

Trauma-Fokuserad Kognitiv-Beteendeterapi (TF-KBT): Terapiform som kombinerar traumafokuserade insatser med kognitiv beteendeterapi. Ursprungligen utvecklad för vuxna med PTSD-symtom, men har också anpassats till barn, unga och deras föräldrar.

Traumanarrativ eller Traumaberättelse: Behandlingskomponent i TF-KBT. Syftar till att hjälpa patienten att gradvis berätta om, rita, eller skriva om traumarelaterade erfarenheter för att bearbeta dessa.

Traumatic Incident reduction (TIR): Terapiform som syftar till att minska stresssymptom orsakade av traumatiska händelser. Fokus i behandlingen är att återuppleva de traumatiska händelserna tillsammans med en terapeut i en trygg miljö.

Källor

Vetenskaplig litteratur

- Barron, I., Abdullah, G., & Smith, P. (2013). Randomized control trial of a CBT Trauma Recovery program in Palestinian schools. *Journal of Loss and Trauma, International Perspectives on Stress & Coping*, 18, 306–321.
- Bean, T.M., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents of adolescents accompanied by parents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 288–297.
- Bean, T.M., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijart, A., & Spinhoven, P. (2006). Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 342–355.
- Bean, T.M., Eurelings-Bontekoe, E., & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: one-year follow-up. *Social Science & Medicine*, 64, 1204–1215.
- Bremberg, S., & Dalman, C. (2015). Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga. *Formans, Forte, Vetenskapsrådet, Vinnova*.
- Bronstein, I., & Montgomery P. (2013). Sleeping patterns of Afghan unaccompanied asylum-seeking adolescents: a large observational study. *PLoS ONE*, 8, e56156.
- Bårnhielm, S. (2014). *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Carlson, B.E., Cacciato, J., & Klimek, B. (2012). A risk and resilience perspective on unaccompanied refugee minors. *Social work*, 57, 259–269.
- Colucci, E., Szwarc, J., Minas, H., Paxton, G., & Guerra, C. (2014). The utilisation of mental health services by children and young people from a refugee background: a systematic literature review. *International Journal of Culture and Mental Health*, 7, 86–108.
- de Anstiss, H., Ziaian, T., Procter, N., Warland, J., & Baghurst, P. (2009). Help-seeking for mental health problems in young refugees: a review of the literature with implications for policy, practice, and research. *Transcultural Psychiatry*, 46, 584–607.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee minors. *Ethnicity & Health*, 12, 141–162.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 319–330.
- Derluyn, I., Broekaert, E., & Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *European Child Adolescent Psychiatry*, 17, 54–62.
- Derluyn, I., Mels, C., & Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44, 291–297.
- Descilo, T., Greenwald, R., Schmitt, T.A., & Reslan, S. (2010). Traumatic Incident Reduction for Urban At-Risk Youth and Unaccompanied Minor Refugees: Two Open Trials. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 3, 181–191.
- Eide, K., & Hjern, A. (2013). Unaccompanied refugee children vulnerability and agency. *Acta Paediatrica*, 102, 666–668.
- Fazel, M., Reed, R.V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379, 266–382.
- Finnerty, F., & Shamanesh, M. (2016). Sexual and reproductive health in the European refugee crisis. *Sexual Transmitted Infections*, 92, 485–486.
- Geltman, P.L., Grant-Knight, W., Ellis, H., & Landgraf, J.M. (2008). The "lost boys" of Sudan: use of health services and functional health outcomes of unaccompanied refugee minors resettled in the U.S. *Journal of Immigrant Minority Health*, 10, 389–396.
- Goodman, J.H. (2004). Coping with trauma and hardship among unaccompanied refugee youths from Sudan. *Qualitative Health Research*, 14, 1177–1196.
- Hirani, K., Payne, D., Mutch, R., & Cherian, S. (2015). Health of adolescent refugees resettling in high-income countries. *Archives of disease in childhood*, 101, 670–676.
- Hjern, A., Rajmil, L., Bergström, M., Berlin, M., Gustavsson, P.A., & Modin, B. (2013). Migrant density and well-being – A national school survey of 15-year olds in Sweden. *European Journal of Public Health*, 23, 823–828.
- Hodes, M. (2000). Psychologically distressed refugee children in the United Kingdom. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 5, 57–68.
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cunliffe, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 723–732.
- Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich, M., & Steiner, H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 307–319.
- Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M., & Steiner, H. (2011). Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 307–319.
- Jakobsen, M., Demott, M.A.M., & Heir, T. (2014). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents in Norway. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, 53–58.
- Jensen, T.K., Fjermestad, K.W., Granly, L., & Wilhelmsen, N.H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20, 106–116.
- Jensen, T.K., Skårdsalm, E., & Fjermestad, K.W. (2014). Development of mental health problems – a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 29.
- Katsounari, I. (2014). Integrating Psychodynamic Treatment and Trauma Focused Intervention in the Case of an Unaccompanied Minor With PTSD. *Clinical Case Studies*, 13, 352–367.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 183, 959–967.
- Lewis, M., & Rudolph, K.D. (2014). *Handbook of developmental psychopathology*. Third edition. New York: Springer.
- Manhica, H., Almquist, Y., Rostila, M., & Hjern A (2016). The use of psychiatric services by young adults who came to Sweden as teenage refugees: a national cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1–9.
- Marquardt, L., Krämer, A., Fischer, F., & Prüfer-Krämer L. (2015). Health status and disease burden of unaccompanied asylumseeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Tropical Medicine & International Health*, 21, 210–218.
- Mels, C., Derluyn, I., & Broekaert, E. (2008). Social support in unaccompanied asylum-seeking boys: a case study. *Child: care, health and development*, 34, 757–762.
- Michelson, D., & Sclare, I. (2009) Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14, 273–296.
- Montgomery, E. (2008). Long-term effects of organized violence on young Middle Eastern refugees' mental health. *Social Science & Medicine*, 67, 1596–1603.
- Napier, A.D., et al., (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384, 1607–1639.
- Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Skall vara: Scandinavian Journal of Psychology*, 56, 203–211.
- Pacione, L., Measham, T., & Rousseau, C. (2013). Refugee children: Mental health and effective interventions. *Current Psychiatry Reports*, 15, 341.
- Pfarrwaller, E., & Suris, J.C. (2012). Determinants of health in recently arrived young migrants and refugees: A review of the literature. *Italian Journal of Public Health*, 9.
- Qouta, S.R., Palosaari, E., Diab, M., & Punamaki, R.L. (2012). Intervention effectiveness among war-affected children: a cluster randomized controlled trial on improving mental health. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 288–298.
- Raghallaigh, M.N., & Gillian, R. (2010). Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion. *Child and Family Social Work*, 15, 226–237.
- Ramel, B., Täljemark, J., Lindgren, A., & Johansson, B.A. (2015). Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *Springer-Plus*, 4, 131.
- Rousseau, C., & Gunder, J. (2008). School-based prevention programs for refugee children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 553–549.

Rousseau, C., Said, T. M., Gagne, M.J., & Bibeau, G. (1998). Resilience in unaccompanied minors from the north of Somalia. *Psychoanalytic Review*, 85, 615–637.

Salari, R., Malekian, C., Linck, L., Kristiansson, R., & Sarkadi, A. (2017). Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the cries-8 questionnaire in routine care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45, 605–611.

Sanchez-Cao, E., Kramer, T., & Hodes, M. (2012). Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. *Child: care, health and development*, 39, 651–659.

Sarkadi, A. et al. Teaching Recovery Techniques - A pilot study of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. Manuscript.

Smid, G.E., Glensvelt-Mulders, J. W., Knipscheer, J.W., Gersons B., & Kleber, R.J. (2011). Late-Onset PTSD in Unaccompanied Refugee Minors: Exploring the Predictive Utility of Depression and Anxiety Symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40, 742–755.

Smith, P., Dyregrov, A., & Yule, W. (1999). Children and disaster: Teaching recovery techniques. Bergen, Norway: Children and War Foundation.

Sourander, A. (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse & Neglect*, 22, 719–27.

Thomas, S., Nafees, B., & Bhugra, D. (2004). 'I was running away from death'-the pre-flight experiences of unaccompanied asylum seeking children in the UK. *Child: Care, Health and Development*, 30, 113–122.

Unterhitzberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., & Rosner, R., & Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series. *BMC Psychiatry*, 15, 260.

Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014a). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child Adolescent Psychiatry*, 23, 337–346.

Vervliet, M., Meyer DeMott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., & Derluyn, I. (2014b). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology* 55, 33–37.

Wernesjö, U. (2011). Unaccompanied asylum-seeking children: Whose perspective? *Childhood*, 19, 495–507.

Wimelius, M.E., Eriksson, M., Isaksson, J., & Ghazinour, M. (2017). Swedish reception of unaccompanied refugee children – Promoting integration? *Journal of International Migration and Integration*, 18, 143–157.

Lagar och regler

Föräldrabalken (1949:381), FB

Förvaltningslag (1986:223)

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Lag (2016:752) om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige.

Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU

Lag om God man för ensamkommande (2005:429)

Lag om hälso- och sjukvård för asylsökande m.fl. (2008:344)

Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd

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

Lag (2017:229) om ändring i lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl.

Skolförordningen (2011:185)

Skollagen (2010:800), SkoL

Socialtjänstlagen (2001:453), SoL

Utlänningslagen (2005:716), UtiL

Utlänningsförordningen (2006:97)

Webbsidor

Migrationsverket.se

Andra källor

Barnombudsmannen, delrapport nyanlända barns hälsa, 2017

Barnombudsmannen. (2017). Barn på flykt. Barn och ungas röster om mottagandet av ensamkommande. Stockholm: Barnombudsmannen.

Bris, Barns psykiska ohälsa, rapport 2017:1

EU:s mottagandedirektivet

Faktapromemoria 2016/17:FPM

FN:s konvention om barnets rättigheter, 1989.

FN:s Barnrättskommitténs Allmänna Kommentarer nr 6 om behandlingen av ensamkommande barn och barn som har skilts från föräldrarna utanför ursprungslandet, CRC/C/GC/6

FN:s Barnrättskommitténs Allmänna Kommentarer nr 12 om barnets rätt att bli hörd, CRC/C/GC/12

FN:s Barnrättskommitténs Allmänna Kommentarer nr 15 om barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa, CRC/C/GC/15

FN:s barnrättskommitténs sammanfattande slutsatser och rekommendationer avseende Sveriges femte periodiska rapport, CRC/C/SWE/CO/5 (2015)

FN:s Kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheters allmänna kommentar nr 14 om rätten till bästa uppnåeliga hälsa, E/C.12/2000/4

FN:s Kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheters sammanfattande slutsatser och rekommendationer avseende Sveriges 6e periodiska rapport, E/C.12/SWE/CO/6, 2016

FN:s Kommitté för mänskliga rättigheters sammanfattande slutsatser och rekommendationer avseende Sveriges 7e periodiska rapport, CCPR/C/SWE/CO/7 (2016)

FN:s tortyrkommitténs sammanfattande slutsatser och rekommendationer avseende Sveriges 6e och 7e periodiska rapport, CAT/C/SWE/CO/6-7 (2014)

Folkhälsomyndigheten, Skolbarns hälsövanor i Sverige 2013/14. Stockholm: Sverige.

Forte, Nyanlända barn och den svenska mottagningsstrukturen, 2016

Håkan Sandesjö, Barnrättsperspektivet i asylprocessen, Upplaga 1:1, Norstedts Juridik 2013

Justitieombudsmannen, rapport undersökning av några socialtjänsters handläggning av ärenden som rör ensamkommande barn 2016

Länsstyrelsen (2016). På flykt och försvunnen En nationell kartläggning av ensamkommande barn som avviker. Rapport 2016:25. Stockholm: Länsstyrelsen.

MUCF, ungdom och ungdomspolitik- ett svenskt perspektiv

Regeringskansliet (Socialdepartementet), 2015, Kommitédirektiv, Dir 2015:138, Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa.

Socialstyrelsen, delrapport 2016 om hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända, 2016

Socialstyrelsen, Analys av situationen i Socialtjänsten våren 2017, 2017

Socialstyrelsen, handbok ensamkommande barn och unga, 2016

Socialstyrelsen, rapport 2016 om hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända, 2016

Socialstyrelsen, Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter – ett kunskapsunderlag för primärvården, 2015

SOU 2016:19

SOU 2017:54

UNHCR (1994). Refugee Children: Guidelines on Protection and Care. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.

Bris och Agenda 2030

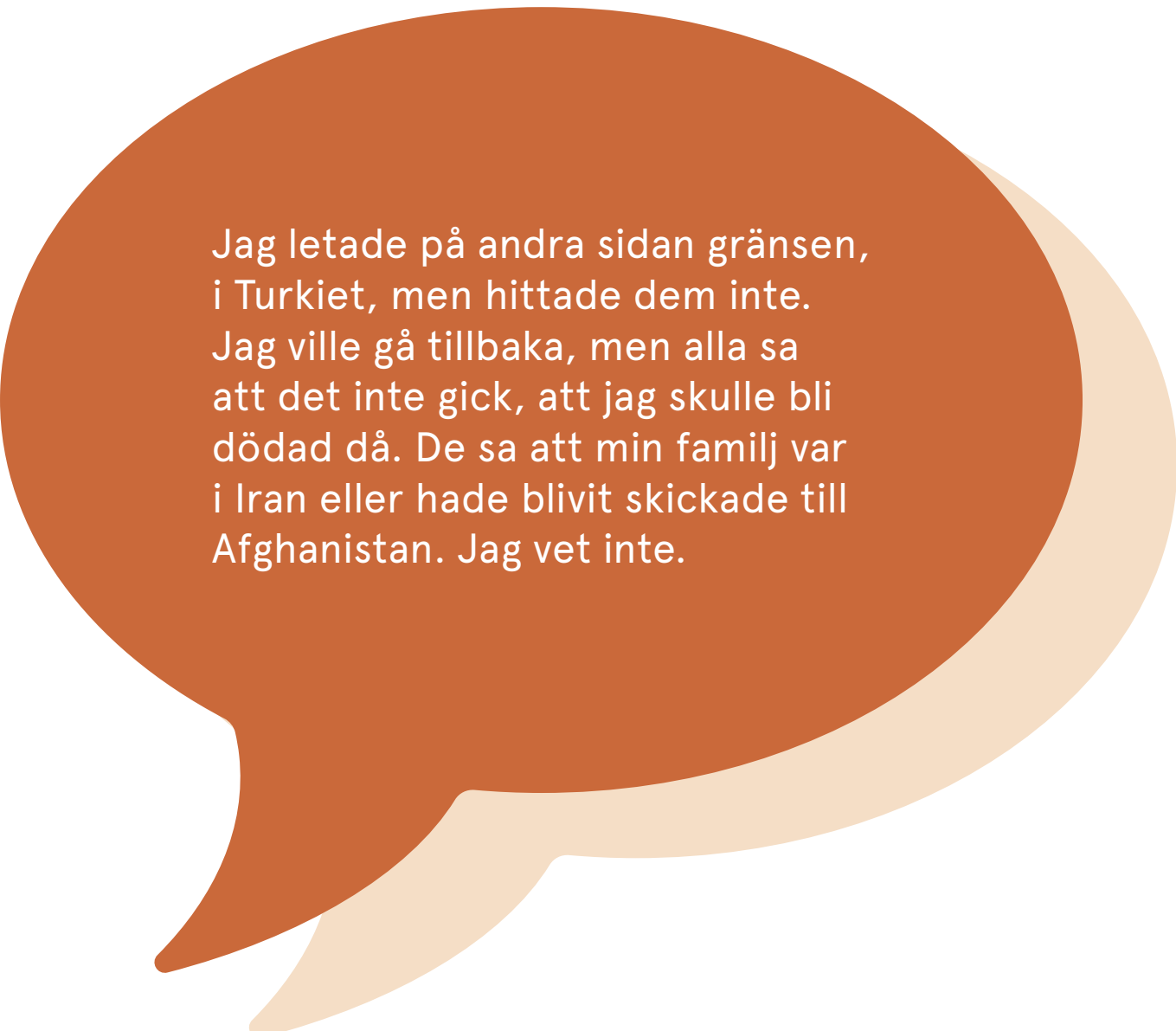
På ett toppmöte i FN i New York i september 2015 antog världens stats- och regeringschefer överenskommelsen "Förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling". Agendan gäller från januari 2016 till 2030 och innehåller en handlingsplan med 17 mål och 169 delmål som ska leda världen mot en hållbar framtid. Agendans mål är universella och gäller alla länder, även Sverige.

Målen är odelbara och utgår från tre dimensioner av hållbar utveckling: den ekonomiska, sociala och miljömässiga. Under de kommande 15 åren kommer Agenda 2030 bidra till handlingar och politik som får en avgörande betydelse för mänskligheten. Flera av målen och delmålen rör barns rättigheter direkt och kompletterar barnkonventionen. De är därför särskilt angelägna för Bris.

Bris bidrar på olika sätt till måluppfyllelsen av Agenda 2030 både i Sverige och globalt. Vi stödjer barn som har det svårt på olika sätt och vars rättigheter kränks, vi gör barns röster hörda i samhället och vi påverkar politiker och beslutsfattare i Sverige, och globalt genom vår internationella paraplyorganisation Child Helpline International (CHI), för att säkerställa att varje barn får sina rättigheter tillgodosedda.

Mellan 2017 och 2021 kommer Bris särskilt att fokusera på att bryta trenden med den ökande psykiska ohälsan hos barn och unga, vi kommer på olika sätt att stödja barn som flytt och arbeta för alla barns rätt att slippa våld. Bris fokuserar därför i första hand på Agendans mål 3 om att Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar, mål 5 om Jämställdhet och mål 16 om Fredliga och inkluderande samhällen.





Jag letade på andra sidan gränsen,
i Turkiet, men hittade dem inte.
Jag ville gå tillbaka, men alla sa
att det inte gick, att jag skulle bli
dödad då. De sa att min familj var
i Iran eller hade blivit skickade till
Afghanistan. Jag vet inte.

Arenavägen 61
122 77 Johanneshov
Box 101 47, 121 28 Stockholm
Telefon: 08-598 888 00

www.bris.se
Instagram: @bris116111
Facebook: www.facebook.com/BRIS
Twitter: @BRISpress
Swish: 9015041

Barn kan kontakta Bris på
telefon, chatt och mejl.
Telefonnummer: 116 111
Chatt och mejl: www.bris.se

Brisbot finns på Kik och
Facebook Messenger

BRIS