

Ensamkommande barn och ungdomar



PÅ HUSLÄKARMOTTAGNING ELLER BARN- OCH UNGDOMSMEDICINSK MOTTAGNING

VÄGLEDNINGSDOKUMENT

Ensamkommande barn och ungdomar

Om vägledningsdokumentet

Författare: Karl Almqvist Simonsson, psykolog, Gustavsbergs vårdcentral

Granskat av referensgrupp: Katrin Hagskog-Engel (bitr. verksamhetschef, Boo vårdcentral), Linda Ritheim (psykolog, Södertälje BUMM), Karima Assel (överläkare psykiatri, Transkulturellt Centrum), Mikael Billing (psykolog, chef, BUP Asylpsykiatrisk enhet), Ingela Svederus (psykolog, chef, BUP Farsta), Emma Högberg (psykolog, Liljeholmen BUMM)

Granskat av Spesak: Helena Martin (Barn- och ungdomsmedicin), Lena Pomerleau (Allmänmedicin), Maria Silverberg Mörse (Barn- och ungdomspsykiatri)

Gäller för: Husläkarmottagningar och Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar med tilläggsuppdrag i Stockholms läns landsting

Publicerat: 2016-10-20 (version 1)

Vägledningsdokumentet finns på www.vardgivarguiden.se

Omslag och grafisk form: Carina Ekner, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Inledning

De senaste tio åren har det skett en stadig ökning av antalet barn som kommit till Sverige utan föräldrar eller legal vårdnadshavare. År 2015 sökte cirka 35 000 ensamkommande barn och unga asyl i Sverige. Till barn räknas enligt FN:s barnkonvention alla personer under 18 år. Alla barn som vistas i Sverige har rätt till hälso- och sjukvård samt tandvård, i samma omfattning som barn som är bosatta inom landstinget.

Landstinget ansvarar för att ge barnen den vård de behöver, såväl den psykiska som den fysiska. Landstinget ska erbjuda hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande barn och barn som redan vid ankomsten till Sverige har uppehållstillstånd. Det gäller även för barn som håller sig gömda eller lever papperslösa i Sverige.

Det är viktigt att beakta att de ensamkommande barn och unga som kommer till Sverige inte utgör en homogen grupp. Många har problem med psykisk ohälsa men långt ifrån alla behöver hälso- och sjukvårdens insatser. Tiden som asylsökande i Sverige präglas ofta av oro och osäkerhet inför framtiden och asylprocessen. Krisreaktioner, sömnsvårigheter, oro och nedstämdhet är vanligt förekommande symtom.

Forskning på prevalens av psykisk ohälsa hos gruppen ensamkommande barn och ungdomar försvåras av att gruppen är heterogen avseende bland annat ursprungsland och andra bakgrundsfaktorer. Därtill är den begränsade forskning som finns genomförd i olika europeiska länder med varierade villkor och förutsättningar för migranter. Sammantaget visar dock internationell forskning, från huvudsakligen Nederländerna, Belgien, Norge och Storbritannien att ensamkommande barn och ungdomar i större utsträckning upplever posttraumatiska symtom, ångest och depression i jämförelse med både jämnåriga med ursprung i länderna samt asylsökande tillsammans med föräldrar.

Ensamkommande barn och ungdomar har som grupp erfarenhet av fler, och allvarligare, potentiellt traumatiska händelser jämfört med asylsökande tillsammans med föräldrar. Psykiatrisk problematik har i flertalet longitudinella studier visats vara bestående över tid.

Gränsdragning och samverkan

I arbetet med asylsökande barn och ungdomar samt ensamkommande flyktingar under 18 år gäller som regel de **vägledningsdokument** som finns publicerade på *Vårdgivarguiden*.

Enheten för barn och unga med psykisk ohälsa på BUMM eller HLM

På enheten arbetar man med bedömning och behandling av milda till måttliga tillstånd av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar 0-17 år. I de fall patienten behöver insats av annan yrkeskategori, på annan vårdnivå eller av annan huvudman, bistås de i att få den kontakten. Enheten deltar i samverkan med andra aktörer i närområdet.

För bästa vård av barn och unga med psykisk ohälsa arbetar man på familjens uppdrag och familjen kan själva söka till enheten. I arbetet med ensamkommande flyktingar under 18 år betraktas god man som vårdnadshavare.

I bedömning och behandling av psykisk ohälsa bland ensamkommande barn och ungdomar är samarbetet med läkare på enheten av stor vikt. I möjligaste mån bör barnen ha en fast läkarkontakt och man bör sträva efter att utveckla teamsamarbetet på mottagningen för att också underlätta kommunikation med andra vårdgivare och verksamheter.

Barnpsykiatrisk specialistnivå (BUP)

BUP har uppdraget att bedöma och behandla medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd. Vid misstanke om, eller konstaterad psykiatrisk problematik av denna svårighetsgrad eller

omfattning, skickas remiss till specialistmottagning. Se vägledningsdokumentet **Generellt om vård av barn och unga med psykisk ohälsa** (Vårdgivarguiden) för mer information.

Pågående asylprocess eller andra försvårande livsomständigheter påverkar inte tillgången till vård enligt gällande riktlinjer.

BUP Asylpsykiatrisk enhet

BUP Asylpsykiatrisk enhet vänder sig till asylsökande familjer med allvarlig barnpsykiatrisk problematik. Det kan handla om uppgivenhetssymtom, djupt deprimerade barn eller ensamkommande barn med allvarliga psykiatriska problem.

Asylpsykiatriska enheten erbjuder mellanvårdsinsatser för barn med allvarlig psykiatrisk problematik med en högre svårighetsgrad och komplexitet. Enheten kan erbjuda en tätare och längre behandlingsinsats med samverkan med boende, skola och socialtjänst.

För att komma till BUP Asylpsykiatrisk enhet behövs en remiss från en lokal BUP-mottagning.

BUP Traumaenheten

BUP Traumaenhet erbjuder behandling för barn och unga med allvarliga traumatiska symtom som till exempel kan bero på våld, övergrepp eller att de har upplevt en katastrof. Mottagningen arbetar huvudsakligen med patienter som remitterats från de lokala BUP-mottagningarna för att de har behov av specialiserad behandling.

Konsultation erbjuds till övriga enheter inom BUP samt till socialtjänsten och andra samarbetspartners.

Transkulturellt Centrum

Transkulturellt Centrum arbetar för att öka kunskapen hos hälso- och sjukvårdspersonal i transkulturella frågor och för att främja hälsa och förebygga ohälsa bland grupper av migranter. Transkulturellt Centrum arbetar med förstärkning av utbildningsinsatser för psykologer och kuratorer knutna till HLM (det psykosociala stödet) om migrationsprocessens påverkan. Verksamma inom tilläggsuppdraget ”barn och unga med psykisk ohälsa” kan således kontakta Transkulturellt Centrum för konsultation och handledning. Transkulturellt Centrum bedriver ingen direkt patientverksamhet.

Socialtjänsten

Socialtjänsten ska utreda de ensamkommande barnens behov av stöd, placeringsform och andra insatser. Ensamkommande barns behov ska utredas, och insatser ska följas upp, som för andra barn. Socialtjänsten har möjlighet att få ersättning från Migrationsverket för insatser upp till 21 år.

Socialtjänsten har ansvar för att ansöka om särskilt förordnad vårdnadshavare när barnet fått uppehållstillstånd.

Socialtjänsten har ansvar för att se till att barnet får en skolgång. Alla barn i Sverige, även ensamkommande, har rätt att gå i skolan.

Migrationsverket

Migrationsverket ansvarar bland annat för att ta emot och pröva ansökan om asyl, att efterforska barnets familjemedlemmar under asyltiden, att handlägga frågor som rör ekonomiskt bistånd till barnen samt att arbeta för att de barn som inte får uppehållstillstånd ska kunna återvända.

God man

God man utses av överförmyndaren till barn som ankommer till Sverige utan förälder eller annan vuxen som trätt in i föräldrarnas ställe. Uppdraget innebär att verka som juridisk vårdnadshavare under asylprocessen och för med sig rättighet och skyldighet att fatta beslut

gällande allt som rör barnet, däribland ekonomiska aspekter. Den dagliga omsorgen ansvarar god man inte för, däremot att aktivt se till att detta tillgodoses. I praktiken varierar grad av engagemang hos barnens goda män och möjligen kommer primär kontaktperson vid kontakt med vården istället utgöras av familjehems- eller boendepersonal. Godmanskapet upphör om barnet beviljas asyl, då utses istället en särskilt förordnad vårdnadshavare. Vid avslag fortsätter uppdraget under tiden barnet vistas i Sverige. Godmanskapet upphör när barnet fyller 18 år.

Boendeformer

Barnets boende ansvarar för den dagliga omsorgen. Däribland att se till att det enskilda barnets behov av hälso- och sjukvård och tandvård bevakas.

Följande boendeformer förekommer där Hem för vård eller boende (HVB) är den vanligaste för gruppen ensamkommande barn.

- HVB är ett hem inom socialtjänsten som tillhandahåller vård eller omsorg i förening med ett boende. Det vanliga är att det finns särskilda HVB som inriktar sig på ensamkommande barn och unga.
- Familjehem - ett familjehem är ett enskilt hem som på uppdrag av socialnämnden tar emot ett barn eller en ungdom för vård och fostran och vars verksamhet inte bedrivs yrkesmässigt.
- Jourhem motsvarar ett familjehem men under en kortare tid, i regel under den period som socialtjänsten utreder och fattar beslut om framtida insatser.

Asylprocess

Med asylsökande avses personer som ansöker om skydd (asyl) och som väntar på besked. Barn söker i regel asyl med hjälp av god man, varvid ett offentligt biträde tilldelas. Migrationsverket anvisar sedan kommun som tar övergripande ansvar för barnet. Därefter initieras asylutredning vid vilken god man förväntas delta. Vid positivt besked erhåller barnet för närvarande ett permanent uppehållstillstånd (PUT). Beroende på skyddsbehov och flyktingskäl är det i vissa fall möjligt med familjeåterförening. Lagstiftning och praxis revideras regelbundet, i mötet med barn under asylprocess underlättar det att vara informerad om den aktuella situationen, för aktuell information om asylprocessen för ensamkommande barn, se [Migrationsverkets webbplats](#).

Handläggningstiden av asylansökningar har kraftigt förlängts allteftersom antalet ansökningar har ökat. Se [Migrationsverkets månatliga nyhetsbrev](#) för information om handläggningstider.

Bedömning/utredning

Vid bedömningssamtal med ensamkommande barn och unga ska medgivande finnas från patientens gode man/tillförordnade vårdnadshavare. God man, familjehemsföräldrar eller kontaktperson på HVB-hem bör närvara vid besöken på mottagningen, dels för att kunna bidra med kompletterande information till bedömningen, dels för att hjälpa patienten att ta till sig eventuell återkoppling och dels för att vara behjälplig med tidsbokning och andra praktiska detaljer. Medföljande person bör vara den som känner patienten bäst och därmed kan bidra med mest relevant information.

Bemötande

Sammanhangsmarkera

Det finns en förhöjd risk att barnet eller ungdomen inte har fått information eller förstått var hen är och vad syftet med mötet är. Det är av extra stor vikt att tydligt beskriva vem man är, vad syftet med kontakten är och vad man kan hjälpa till med. Var också noga med att beskriva och förklara sekretessbestämmelser. För att särskilja samtalet från myndighetskontakter bör

frivillighetsaspekten betonas, att det är okej att inte vilja svara på frågor och att barnet eller ungdomen bestämmer vad som avhandlas.

Stigma

Behandlaren bör vara medveten om att psykiska problem kan vara förknippade med hög grad av skamkänslor och oro kring omgivningens reaktioner, vilket kan inverka på vilken information som ges samt behandlingsföljsamhet. Normalisering av symtom och upplevelser samt betoning av sekretess kan vara till hjälp för att etablera en kontakt.

Olika förklaringsmodeller

Undersök ungdomens egna föreställningar om vad det psykiska lidandet betyder eller beror på. Var i behandlingskontakten lyhörd för att fånga upp eventuella föreställningar vilka inte är till hjälp för patienten och bidra med kunskap för att motverka dessa.

Tolk

Bedömningssamtal med asylsökande genomförs oftast med tolk. Sträva efter att etablera mer långvariga kontakter med tolkar. I perioder kan det vara svårt att få tag på tolk då efterfrågan är stor. Ibland kan det vara hjälpsamt att försöka boka flera tolkbesök på rad för att det ska bli mer attraktivt för tolken att komma till mottagningen.

Stäm alltid av att patienten och tolken förstår varandra ordentligt, och säkerställ att tolken informerar om sin tystnadsplikt. Att arbeta effektivt med tolk kräver träning och erfarenhet, exempelvis blir det viktigt att formulera sig rakt och tydligt och i kortare meningar.

Anamnes

Använd checklistan som finns i vägledningsdokumentet **Generellt om vård av barn och unga med psykisk ohälsa** (Vårdgivarguiden). Bedömningen av psykisk ohälsa hos ensamkommande barn och unga kan dock i många avseenden skilja sig från traditionella bedömningar inom första linjen. Följande faktorer kan vara särskilt relevanta hos ensamkommande barn och ungdomar:

Migrationsprocessen

Premigration – den process som lett till att en person lämnat sitt hemland. För många flyktingar kan detta innebära krig, konflikter, hotbild, fattigdom m.m. En del ensamkommande barn och unga har direkta traumatiska erfarenheter av krig och konflikter, men många har drivits på flykt av social eller ekonomisk otrygghet och oro inför framtiden.

Flykt – migrationen kan ofta vara riskfylld och långvarig. Många flyktingar upplever under flykten stress och osäkerhet. Ibland är migrationsprocessen flerårig och flyktingar i Sverige kan ofta ha vistats längre perioder i andra länder på vägen. Övergrepp på minderåriga och kvinnor är enligt Socialstyrelsen mer vanliga när flykten har varit långvarig.

Postmigration – efter ankomst till Sverige påbörjas asylprocessen och migrationsprocessen fortsätter också ofta långt efter ankomst till det nya landet. Många flyktingar väntar i månader eller år på besked om ett eventuellt uppehållstillstånd, vilket ofta innebär stora påfrestningar på den psykiska hälsan.

Beslut om uppehållstillstånd – vid ett eventuellt avslag behöver barnet/ungdomen ofta hjälp att anpassa sig till, hantera den nya situationen och planera inför framtiden. Vid beviljat uppehållstillstånd uppstår ofta nya frågeställningar som kan leda till krisreaktioner såsom tankar om familjeåterförening, eventuell flytt m.m.

Hur migrationsprocessen sett ut, inklusive situationen i hemlandet innan flykten, är troligen av betydelse för en adekvat bedömning av den psykiska hälsan och eventuella insatser därefter. Ett problem kan vara att samma berättelse kan vara av intresse för migrationsmyndigheten,

vilket kan leda till att många asylsökande barn och ungdomar är försiktiga med information om bakgrunden till flykten.

Familj

Ibland har ensamkommande barn och unga separerats från sin familj under flykten, i andra fall har de lämnat familjen i hemlandet. Ta reda på om patienten har kontakt med sin familj samt vilka eventuella förväntningar patienten upplever att familjen har på barnet/ungdomen.

Skolgång/yrkeserfarenhet

Ta reda på vilka erfarenheter patienten har av skolgång. Variationen bland ensamkommande barn och unga är stor. Många har omfattande erfarenhet av utbildning medan andra aldrig tidigare gått i skolan. En del har arbetat från tidig ålder och har erfarenhet av att kunna försörja sig själva. Vilken erfarenhet en person har av utbildning och arbete påverkar hur man reagerar på de krav som ställs på skolgång i Sverige.

Krisreaktioner/migrationsstress

De flesta ensamkommande barn och ungdomar upplever krisreaktioner och stress i migrationens olika faser. Koncentrationssvårigheter, oro och sömnproblem är vanligt under postmigrationsfasen och vanliga orsaker till vårdsökande. Ibland är dessa symtom kraftiga och orsakar stort lidande och funktionspåverkan. Ofta kan de vara normala reaktioner på en påfrestande livssituation.

Sömnproblem

Sömnsvårigheter är ett av de vanligare symtomen som ensamkommande barn och ungdomar upplever. Många söker också hjälp för svårigheter att sova, mardrömmar eller trötthet. Använd gärna sömndagbok för stöd i bedömningen.

Traumatiska erfarenheter/PTSD

Många upplever traumatiska händelser under flykten och många har också traumatiska erfarenheter från tiden innan migrationen. Det är dock viktigt att skilja på extremt svåra livshändelser och traumatisering. Mycket stressfulla situationer kan ses som potentiellt traumatiserande men individens reaktioner kan se mycket olika ut. Symtom av PTSD-karaktär är dock relativt vanliga hos många flyktingar. Sexuella övergrepp och grovt våld hör till de potentiellt mest traumatiserande händelserna.

Diagnostiska kriterier

I inledningen till DSM-V finns ett särskilt avsnitt tillägnat kulturella skillnader avseende de diagnostiska kriterierna. I texten diskuteras hur psykisk ohälsa definieras av kulturella aspekter och normer. Till kriterierna för många diagnoser i den andra delen av DSM-V finns kompletterande text om kulturella aspekter som kan vara av betydelse för diagnostiken. I den tredje delen finns därtill en kulturformuleringsintervju som syftar till att ge stöd i att förstå patientens egen förståelse av sin psykiska hälsa.

Bedömningsinstrument

Använd de bedömningsinstrument som finns angivna i övriga riktlinjer i den mån det är motiverat och möjligt. Diagnostiska intervjuer och skattningsformulär kan användas som vägledning i bedömning men var medveten om att kulturella skillnader eller tolkning kan påverka validiteten och att alla instrument därför ska användas med försiktighet.

GENERELLA INSTRUMENT

SDQ

SDQ finns översatt till en mängd olika språk och kan rekommenderas som screening-instrument för ensamkommande barn och unga. Resultaten bör däremot tolkas med försiktighet då normeringar saknas från många aktuella länder. Se länk: [SDQ](#).

Kulturformuleringsintervju i DSM-V

Kulturformuleringen syftar till att på ett individuellt sätt utforska betydelsen av kultur och kontext vid psykiatrisk diagnostik. Den innehåller kulturella aspekter avseende följande områden: identitet, sjukdomsförståelse och kommunikation, psykosociala stressfaktorer, sårbarhet och bemästringsförmåga vid belastning samt relationen mellan patient och kliniker. Avslutningsvis görs en övergripande bedömning av kulturella aspekters betydelse. En kompletterande modul som särskilt riktar sig till skolbarn och ungdomar är hittills inte översatt till svenska.

Kulturformuleringsintervjun finns att ladda ned utan kostnad på www.pilgrimspress.se.

Diagnostiska intervjuer

De diagnostiska intervjuer som rekommenderas i de generella riktlinjerna kan användas som stöd i bedömningen av psykisk ohälsa även hos ensamkommande barn och ungdomar.

Diagnosspecifika instrument (PTSD)

CPSS (The Child PTSD Symptom Scale) består av 17 frågor om symtom efter upplevd skrämmande händelse (Foa, Feeny & Treadwell, 2001). Svenska normer finns inte. Obs! Rättigheter via upphovsman (Foa).

Följande skala kan också användas: *CRIES (Children's Revised Impact of Event Scale)* finns i två versioner: *CRIES-8* och *CRIES-13*. De består av 8 respektive 13 frågor och kan användas från 8 år och uppåt. *CRIES-8* har subskalor för återupplevande och undvikande medan *CRIES-13* också har subskala för överspändhet. *CRIES-8* rekommenderas av upphovsmannen. Finns översatt till flera språk. (Dyregrov, A., Horowitz, M.J., Smith, P. & Yule, W. (Copyright Children and War Foundation, 1998.)

Insatser

För behandling av psykisk ohälsa hos ensamkommande barn och ungdomar hänvisas i första hand till övriga riktlinjer på [Vårdgivarguiden](#). Bedömningen av barnets situation avgör huruvida behandling av en eventuell diagnos ska erbjudas i den aktuella situationen. Liksom vid all behandling av psykisk ohälsa bör man eftersträva mesta möjliga stabilitet kring barnet för att en psykologisk behandling ska vara effektiv. Samtidigt bör man beakta att många ensamkommande barn och ungdomar kanske inte kommer att uppleva en stabil livssituation på många år varför psykologisk behandling kan vara motiverad även under svåra omständigheter.

Behandling av vanliga psykiatriska tillstånd

För behandling av ångest, depression, sömnproblem och utagerande hänvisas till övriga riktlinjer på [Vårdgivarguiden](#).

Behandling av PTSD/traumasymtom

Mot bakgrund av att många av de ensamkommande barn och unga med symtom på PTSD fortsatt befinner sig i migrationsprocess och upplever sin livssituation som osäker, kan behandling av traumaminnen vara omotiverad om det finns andra tydliga faktorer som är av större betydelse för patienten i den aktuella situationen. Primärt fokus kan fortsatt behöva vara på stabiliserande eller sociala åtgärder trots att kriterier för PTSD är uppfyllda. När PTSD-symtom orsakar betydande påverkan på funktionsnivån bör traumaspecifik

behandling övervägas. När bedömning gör gällande att behandling av PTSD är motiverad ställs remiss till lokal BUP-mottagning.

När traumasymtomatologi eller annan psykisk ohälsa förligger men den aktuella livssituationen inte möjliggör behandling enligt riktlinjer bör kontakten ha ett stabiliserande fokus.

Stabiliserande interventioner

Yttre stabilitet

Med yttre stabilitet avses att skapa en så stabil vardag som möjligt under de rådande omständigheterna gällande skolgång, trygg boendesituation, stöd av vuxna i vardagen, meningsfulla aktiviteter och sociala relationer. Ansvar för och möjlighet att påverka dessa faktorer finns hos den som ansvarar för barnets omsorg, det vill säga boendet och i förlängningen socialtjänsten.

Inre stabilitet

Stabiliserande interventioner syftar till att öka barnets förmåga att hantera sina symtom. Stabilisering är första steget i all traumafokuserad behandling, vilket innebär att om sådan blir aktuell längre fram är ett grundarbete redan genomfört. Exempel på stabiliserande interventioner är psykoedukation, omfokuseringsövningar/distraktion, hantera mar-
drömmar, avslappnings- och andningsövningar samt förankringstekniker (grounding).

Psykoedukation

Liksom vid all psykisk ohälsa utgör psykoedukationen en viktig del av insatserna. Det kan i många fall med ensamkommande barn och ungdomar handla om normalisering och validering av de symtom de upplever. Information om ångest, oro, depression, sömnsvårigheter och trauma kan vara hjälpsamt. Ofta kan det också vara behjälpligt att involvera boendepersonal i psykoedukativa insatser då dessa utgör patientens primära omsorgspersoner.

Farmakologisk behandling

Farmakologisk behandling erbjuds som regel inte i första linjen. Diskutera med läkare i din verksamhet i de fall där psykologiska interventioner inte hjälper.

Informationsspridning

Ensamkommande barn och ungdomar, liksom boendepersonal och familjehem kan behöva information om hur sjukvården fungerar och vad sjukvården kan erbjuda. En god idé kan vara att etablera kontakt med lokala boenden och andra berörda verksamheter och förtydliga hur bedömningar går till i första linjen, vilka insatser som kan erbjudas respektive inte erbjudas på den lokala mottagningen och vilka förberedelser som kan vara nödvändiga inför ett besök. Boendepersonal kan också behöva information om vilket ansvar de förväntas kunna ta vid en eventuell behandling.

Uppföljning/kvalitetsindikatorer

Uppföljning

Utvärdering av behandlingen bör ske kontinuerligt. Frekvensen för utvärdering beror på behandlingstyp och uppsatta mål.

Kvalitetsindikatorer

Den avgörande kvalitetsindikationen är huruvida behandlingar har god effekt. Det är av stor vikt att utvärdera behandlingsinsatser med validerade instrument. Om lämpligt kan C-GAS och SDQ användas för uppföljning, samt diagnosspecifika skalor om behandling ges för specifika tillstånd.

