

Faktorer som påverkar hälsan hos invandrar- och flyktingbarn

En femtedel av alla barn i Sverige i åldrarna 0–17 år är födda utomlands eller har utlandsfödda föräldrar. Barnen har kommit från alla världsdelar som immigranter, flyktingar eller adoptivbarn, och representerar ett brett spektrum av livserfarenheter och behov.

Familjeförhållandena har stor betydelse för barnens hälsa och utveckling. Det gäller bland annat barnens exilkris, separationer, våld och misshandel inom familjen samt olycksfallsprevention.

Vid slutet av 1995 fanns i Sverige nära 120 000 barn i åldrarna 0–17 år som var födda utomlands. Av dessa kom 48 000 från Europa, 46 000 från Asien, 12 000 från Sydamerika, 9 000 från Afrika och 3 000 från Nordamerika. Ytterligare 320 000 barn var födda i Sverige men av utländska föräldrar. Till dessa kommer gruppen utlandsfödda adoptivbarn som är ungefär 20 000.

Sammantaget har en femtedel av Sveriges två miljoner barn utländsk bakgrund [1]. Det är således en mycket stor grupp barn, med stor variation vad gäller både bakgrund och behov.

Sedan slutet av 1970-talet har det publicerats flera studier av invandrar- och flyktingbarns hälsa i Sverige. Studierna återfinns lättast i Medicinska forskningsrådets översikt av migrationsmedicinsk forskning, publicerad 1995 [2]. För en bredare exposé över flykting- och invandrarbarns levnadsvillkor och hälsa hänvisas till aktuell översiktslitteratur [3, 4].

I denna artikel har jag valt att belysa några aspekter på invandrar- och flyktingbarns livsvillkor i Sverige som inte

tidigare uppmärksammats särskilt, och där familjeförhållandena har stor betydelse för barnens hälsa och utveckling.

Stereotyper och generaliseringar

I en artikel av det här slaget gör man (med nödvändighet) en del generaliseringar. De skall inte misstas för att vara stereotyper. En stereotypi och en generalisering kan påminna om varandra men fungerar olika. Stereotypin kan liknas vid en rigid mall som inte tillåter att man göra några försök att se om ett individuellt öde passar in.

En generalisering däremot är utgångspunkten för en diskussion där man har en modell för att förstå en individs reaktioner. Om en person från Mellanöstern skadat höger hand och önskar bli matad är det således värdefullt att känna till att muslimer betraktar vänster hand som oren. Därmed inte sagt att alla människor från arabvärlden delar uppfattningen (= stereotypin) om den orena vänsterhanden.

Generaliseringar bygger på systematiserad kunskap. Mycket av den forskning som finns om invandrar- och flyktingar är tyvärr både metodologiskt svag och starkt situationsbunden [2]. Det finns därför skäl att uttala sig med särskilt stor försiktighet om orsaker och uppkomstmekanismer till sjukdomar och sociala händelseförlopp. Vad som är biologiskt, kulturbundet eller situationsbetingat är ofta omöjligt att avgöra.



SERIE Mångkulturell vård

Detta är det femte avsnittet i serien Mångkulturell vård. Tidigare artiklar har varit införda i nr 10, 11, 12, 13 och 14/98.

Däremot kan välgrundad deskriptiv kunskap användas som verktyg för att påpeka behov och ojämlika villkor och som guide för det praktiska arbetet [5]. Praktiskt användbar kunskap bygger också ofta på erfarenheter av typsituationer, dvs kvalitativa data byggda på

Författare

STAFFAN JANSON

med dr, barnläkare, chef för Folkhälsan Värmland, Karlstad.

En 7-årig kurdisk
gosses beskrivning
av anfall från
luften. (Observera
kniven som fågeln
fäller rakt i pojken
s bröst).

FOTO: STAFFAN JANSSON

strategiska urval som gjorts för att belysa och fördjupa problemställningar snarare än för att ge resultat med anspråk på hög allmängiltighet [6].

Familjens betydelse

Det är självklart att krig, katastrofer och övergrepp starkt påverkar barns psykiska hälsa och utveckling. Men lika viktiga är de förhoppningsvis stödjande miljöer barnet hamnar i efter flykten. För flyktingbarnen blir stödet från familjen avgörande för bearbetningen av det som skett. Det är i familjen som barnets problem snabbast kan uppmärksammas och bekräftas.

För att barnets reaktioner både skall uppfattas och accepteras av föräldrarna bör dessa få hjälp med att skapa trygghet i familjen. Behovet av stöd, rådgivning och vägledning till föräldrar om hur de på bästa sätt tillgodoser barnens behov har genomgående visat sig vara mycket stort [7]. En strukturerad vägledning för tidig familjeintervju och barnobservation har bl a utarbetats av barnhälsovården i Karlstad [8].

Vi vet för närvarande mycket litet om hur behoven av stöd ser ut på längre sikt. Däremot vet vi genom uppföljning av barn från nazisternas koncentrationsläger [9] och från Pol Pots Kambodja [10] att de läkande krafterna är stora. Ett av de mest intressanta fynden från uppföljning av barn från koncentrationsläger var att förhållandena under kriget var mindre avgörande för hur barnen kom att fungera som vuxna, än hur de togs om hand när kriget var slut. De barn som omhändertogs i förståelse och välfungerande hem kunde i hög grad kompensera för sina tidigare um-bäranden.

Barns och vuxnas exilkris

I flyktingfamiljerna befinner sig föräldrar och barn ofta ur fas med varandra. Under de första månaderna är föräldrarna glada och lättade över att ha överlevt alla faror, och upplever genomgående mötet med Sverige som positivt. Barnen har å andra sidan många gånger inte i förväg fått veta att eller varför familjen skulle fly. Barnen drabbas genom flykten av omedelbara förluster av det som varit betydelsefullt för dem såsom kända miljöer, släktingar, kamrater och djur.

När barnen efter hand börjar anpassa sig och känna glädje över ett nytt liv är inte sällan föräldrarna på väg in i en period där de börjar tvivla på om det var rätt att fly, de upplever svårigheter med språk och arbetsmarknad och känner ett tydligt utanförskap.

En del barn blir känslomässigt övergivna när föräldrarna är frustrerade över sin maktlöshet och i värsta fall har långa depressionsperioder. Under dessa peri-

oder är det särskilt viktigt att personal inom sjukvård, barnomsorg och skola visar stor lyhördhet.

Sjuksköterskor på barnavårdscentral och i skola brukar i första hand resonera med föräldrarna om barnens situation. När föräldrarna är upptagna av sina egna problem är de ofta dåligt observanta på sina barns svårigheter. I Karlstad har vi därför tränat sjuksköterskorna att observera barnens beteenden i leksituationer, och de har därigenom uppmärksammat även allvarliga beteendeavvikelser såsom posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, vilka förbi-setts av föräldrarna.

Separationer

Betydligt fler utlandsfödda barn än barn födda i Sverige lever med bara en av föräldrarna. Detta har åtminstone två förklaringar. Dels följer den ena föräldern aldrig med till Sverige eller kommer hit långt senare, dels har invandrade, särskilt de som är födda utanför Europa, en kraftigt förhöjd (40–50 procent) separationsrisk.

Förklaringen till den högre risken är sannolikt att invandrade har en sämre ekonomisk och social situation (arbetslöshet, låg inkomst m m), vilket ökar familjeinstabiliteten. Demografiska faktorer såsom föräldrarnas ålder och hem-mavarande barn har visat sig ha mindre betydelse [11].

Många flyktingfamiljer har tvingats leva i ofrivillig separation, då man inte kunnat fly tillsammans. Personlighets-förändringar till följd av tortyr, fängelsevistelse och förföljelse kan omöjlig-göra återanknytning för många par. Om mannen kommer långt efter den övriga familjen möter han ibland en hustru som blivit självständig på ett sätt som han inte kan acceptera.

Utan den självklara identitet som mannen haft i ursprungslandet förlorar han dessutom ofta sin auktoritet gentemot barnen. Ett eller två år är en mycket lång tid i ett litet barns liv. Efter en lång separation vet det lilla barnet kanske inte ens vem fadern är eller har bara en idealbild av honom som inte tål en verklighetskonfrontation.

I värsta fall utsätts barnen på detta vis för tre separationer – först separationen från hembygden, därefter separationen från fadern eller annan närstående vid flykten och slutligen från någon av föräldrarna vid en skilsmässa.

Våld och misshandel inom familjen

Medan vi idag vet ganska mycket om hur våld i samband med krig och katastrofer påverkar barn är kunskaperna magra om våld inom flykting- och invandrarfamiljerna. Mycket talar dock för att risken för barnmisshandel är

FOTO: CENTRALSJUKHUSET, KARLSTAD

Misshandlad gosse från f d Jugoslavien. Man ser tydligt avtryck efter ett slag med hand mot ansiktet. Även rivsår.

störst under de första åren efter immigrationen. Risken är större i familjer där det förekommer hustrumisshandel och där föräldrarna själva varit utsatta för grovt övervåld [12].

Detta kan exemplifieras med följande fallbeskrivning:

Två bosniska pojkar i skolåldern och deras moder kommer till mig för utredning av tuberkulos. Vid klinisk undersökning visar det sig att alla tre har tecken på avancerad och upprepade misshandel i form av strypmärken, klämskador, formade blåmärken efter slag med tillhyggen samt brutna revben.

Vid direkt förfrågan till personal på familjens flyktingförläggning bekräftar de att det förekommit våld, men att det varit svårt att ingripa då fadern varit hotfull mot alla i omgivningen.

Efter anmälan och polisingripande skiljs fadern temporärt från familjen och får behandling för de svåra krigsupplevelser som varit utlösande orsak till familjevåldet.

I västvärlden är risken för svår misshandel störst bland de yngsta barnen. I mer traditionella samhällen är det oftare pojkar i skolåldern som utsätts för grovre familjevåld. Anledningen till detta är sannolikt att yngre barn i traditionella samhällen lever i en miljö där flera vuxna inom den utökade familjen kan ersätta en psykiskt pressad förälder, ►

ANNONS

samtidigt som man i auktoritära miljöer har svårt att acceptera de unga pojkar-
nas frigörelse. En flykt till Sverige inne-
bär ofta att kärnfamiljen förlorar sitt so-
ciala nätverk varvid situationen för bar-
nen mer kommer att likna den för svens-
ka barn i socialt utsatta miljöer.

Personal på barnavårdscentraler och
skolor uppger att de har stora svårighe-
ter att identifiera och hantera misshan-
del och sexuella övergrepp i invandrar-
familjer. Det finns flera skäl till detta så-
som slutna familjesystem, upprepade
flyttningar och andra regler för barn-
uppfostran. Symtompanoramat tycks
annars inte skilja sig från misshandeln
av svenska barn.

Barnmisshandel – tre typsituationer

År 1979 infördes lagen mot aga i vårt
land. Lagstiftningen baseras på åsikten
att det är oförsvarligt att vuxna genom
sin styrka skall kunna kränka minder-
åriga. Den uppfattningen måste vi kun-
na stå för och motivera i samtal med för-
äldrar som uppfattar aga som en rättig-
het.

Vi kan inte vänta oss att de skall änd-
ra uppfattning direkt, men det är vår
skyldighet att ta upp frågan, informera
om lagstiftningen och att motivera vår
ståndpunkt så att vi på sikt kan påverka.
Eftersom faderns inställning ifråga om
uppfostringsmetoder har en avgörande
betydelse i många invandrarfamiljer är
det viktigt att nå honom. Om inte det är
möjligt bör man i samtal med mamman
ta reda på hur fadern ser på aga.

Aga eller våld mot barn är inga enty-
diga företeelser. Det är därför viktigt att
försöka bilda sig en uppfattning om vil-
ken typ av våld som barnet utsätts för
och att styra åtgärderna därefter. En
analys av våra egna och andras erfaren-
heter av barnmisshandel i flyktingfa-
miljer talar för att tre typsituationer kan
urskiljas:

1. *Aga i rent uppfostringssyfte.* Åt-
gårdernas tyngdpunkt är information
till föräldrarna och bearbetning av deras
attityder till aga.

2. *Våld mot barn som uttryck för för-
äldrarnas ökade stress i flyktingsitua-
tionen.* I fall som dessa krävs psykolo-
gisk eller psykiatrisk konsultation och
genomgång av familjens sociala och
ekonomiska situation.

3. *Upprepad psykisk eller fysisk
misshandel.* Den har oftast sin bak-
grund i avvikande personlighetsdrag
hos en eller båda föräldrarna, men kan
även vara uttryck för en destruktiv fa-
miljedynamik som uppstått då en föräl-
der gravt traumatiserats, t ex utsatts för
systematisk tortyr eller deltagit i när-
strider. Barnen är nästan alltid i behov
av omedelbart skydd.

För en fördjupad diskussion om

handläggning och risker att göra felbe-
dömningar hänvisas till en tidigare pub-
likation [12].

Olycksfallsprevention

Vi vet mycket litet om olycksfall
bland invandrabarn. Engelska studier
talar för att aktuella sociala och ekono-
miska faktorer, snarare än ursprungs-
land eller etnisk tillhörighet, är avgö-
rande för barnens risk att skadas [13].

Uppgifter om utländsk härkomst el-
ler invandrarstatus förekommer nästan
aldrig i svenska olycksfallsregistrering-
ar. I en nyligen avslutad ettårsstudie av
olycksfall vid sjukhuset i Torsby, där ut-
ländsk härkomst registrerades, kunde vi
inte påvisa någon ökad olycksfallsrisk
vare sig för invandrade vuxna eller för
barn [Sundström K, opublicerade data,
1997].

I en norsk studie visade man att in-
vandrabarn använde säkerhetsutrust-
ning i mindre utsträckning än andra
norska barn, men att denna skillnad
minskade med vistelsetiden i landet
[14]. I Karlstad har vi också vid uppre-
pade mätningar konstaterat att använd-
ning av säkerhetsutrustning för barn i
bil varit klart lägre bland invandrarfa-
miljerna, som dessutom generellt sett
haft äldre och osäkrare bilar.

I en studie från Malmö fann man att
brännskador i form av skållskada i
köksmiljö (Tea-pot syndrome) var klart
vanligare bland invandrade förskole-
barn [15]. Skadorna syntes inte i första
hand bero på primitiva levnadsförhål-
landen eller trångboddhet utan på att
föräldrarna underskattade sina barns
psykomotoriska utveckling.

Arbetet i Sverige med att förebygga
barnolycksfall har framgångsrikt bedri-
vits sedan flera decennier [16]. Det sä-
kerhetstänkande som genom generatio-
ner blivit inbyggt hos svenska föräldrar

Annorlunda syn på trafiksäkerhet.

Bilden tagen av artikelförfattaren i Onom
Penh under Röda korset-uppdrag i
Kambodja 1985.

finns ofta inte ens hos välutbildade för-
äldrar i samhällen där den allmänna
kunskapsnivån om olycksfall är lägre
[17].

Ett specifikt problem är att invand-
rabarn i hög grad förolyckas eller ska-
dar sig i samband med semesterresor till
ursprungslandet. Detta har bl a visats
för turkiska och marockanska barn med
uppehållstillstånd i Holland [18].

Med ledning av den knapphändiga
kunskap som finns inom området blir
ändå en rimlig summering att:

– Många invandrare kommer från
områden där den allmänna kunskapsni-
vån om barnolycksfall är låg. Detta gäl-
lar även välutbildade föräldrar.

– Man behöver satsa extra tid på in-
formation till föräldrarna om skador i
hemmiljön, särskilt risken för skållska-
dor i köket.

– Det krävs noggranna och praktiskt
inriktade instruktioner om barns säke-
rhet i bil, inte minst därför att invandrare
ofta åker i äldre och osäkrare bilar.

Att underlätta anpassningen

Familjens kulturella bakgrund har
störst betydelse för barnens anpassning
under den första tiden i det nya landet.
Därefter blir föräldrarnas bearbetning
av svåra upplevelser och barnens egna
resurser alltmer betydelsefulla. Konse-
kvenserna av den inhemska befolkning-
ens bemötande blir tydligare.

Många invandrarföräldrar, speciellt
de som kommit till Sverige de senaste
tio åren, har haft stora svårigheter både
att komma in på arbetsmarknaden och
att få vänner bland ursprungsbefolk-
ningen [1]. Detta innebär en ökad psy-
kisk press på föräldrarna, vilket mins-
kar deras möjligheter att underlätta för

sina barns anpassning. Ibland blir detta mycket tydligt när mindre barn omtolkar tidigare upplevelser till nutid. Som avslutning vill jag ge följande exempel från min egen barnavårdscentral:

En 6-årig kurdisk gosse hade flytt med familjen från Irak där hans hemby vid flera tillfällen bombats och beskjutits från luften. Efter två år i Sverige ritar han en mycket detaljrik bild av detta med anfallande helikoptrar och hus som brinner. När vi frågar honom vem det är som anfaller svarar han: »Svenskarna!».

Referenser

1. Statens Invandrarverk. Mångfald och ursprung. Rapport från ett multietniskt Sverige. Norrköping: Statens Invandrarverk, 1997.
2. Hjerm A. Migrationsmedicinsk forskning. En översikt. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1995. MFR-rapport 1, 1995.
3. Angel B, Hjerm A. Att möta flyktingbarn och deras familjer. Lund: Studentlitteratur, 1992.
4. Ekblad S, Janson S, Svensson PG. Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Liber Utbildning, 1996.
5. Bhopal R. Is research into ethnicity and health racist, unsound or important science? BMJ 1997; 314: 1751-6.
6. Malterud K. Kvalitative metoder i medicinsk forskning. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
7. Hjerm A. The health of newly resettled refugee children from Chile and the Middle East [dissertation]. Stockholm: Karolinska Institute, 1990.
8. Lannemyr E. Flyktingbarn på BVC. Arbetsmetoder – ankomstintervju – barnobservation. Karlstad: Landstinget i Värmland, 1995.
9. Keilson H. Sequential traumatization of children. Jerusalem: Plenum Press, 1992.
10. Sack W, Clarke G, Him C, Dickason G, Goff B, Lanham K et al. A 6-year follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 431-7.
11. Statistiska Centralbyrån. Skilsmässor och separationer. Örebro: SCB, 1995. Demografiska rapporter 1995:1.
12. Janson S, Lannemyr E, Lindsten B. Barn som far illa i flyktingfamiljer. Socialmedicinsk tidskrift 1995; 72: 396-401.
13. Smaje C. Health, Race and Ethnicity. London: Kings Fund Institute, 1995.
14. Thuen F, Sam D. Bruk av säkerhetsutstyr bland invandrerbarn i Norge. Tidsskr Norr Legeforen 1994; 114: 195-8.
15. Svensson H, Kalthor S, Larsson A. Brännskador frekventa bland invandrabarn. Läkartidningen 1996; 93: 3905-6.
16. Berfenstam R. Dödligheten i barnolycksfall bland de lägsta i världen. I: SBU. Längre liv och bättre hälsa. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 1997. SBU-rapport nr 132.
17. Janson S. Accident risks for suburban pre-school Jordanian children. J Trop Pediatr 1994; 40: 88-93.
18. Van der Wal MF, van Weert-Waltman ML, Reijneveld SA. Causes of death in Amsterdam children who died abroad 1982-1993. Potential for prevention (english abstract). Ned Tijdschr Geneesk 1996; 140: 777-81.

Trauma och utsatthet hos barn

Ny kunskap ställer krav på begreppsrevision

Hur kan man förstå barns utveckling – såväl möjligheter som hinder? Senaste decenniernas forskning om psykiskt trauma och om risk- och skyddsfaktorer har bidragit till ny kunskap. För att göra denna kunskap allmänt tillgänglig och kliniskt tillämpbar krävs en begreppsrevision utgående från ett barnperspektiv.

Dessa tankar ligger till grund för den forskning om psykiskt trauma och posttraumatiskt stressyndrom hos barn som författarna bedriver vid institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Akademiska sjukhuset.

De två senaste decennierna har intensiv forskning bedrivits om å ena sidan betydelsen av psykiskt trauma och den följdverkan detta kan ha på den snabbväxande hjärnan hos barnet, å andra sidan risk- och skyddsfaktorer betydelser för barns utveckling och hälsa. Dessa två forskningsområden har bearbetats parallellt, vilket har lett till ny och i många hänseenden komplementär och viktig kunskap.

Trauma och posttraumatiskt stressyndrom

Psykiskt trauma har definierats olika sedan Sigmund Freud för första gången introducerade sin traumateori vid sekelskiftet [1]. Den traditionella traumadefinitionen lyder: »...händelsens överraskande moment (i betydelsen skild från tidigare livserfarenheter) kombinerat med individens reaktion präglad av jagets sammanbrott» [2].

Författare

ABDULBAGHI AHMAD
överläkare, doktorand

VIVEKA SUNDELIN WAHLSTEN
leg psykolog, fil dr, båda vid institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala.



SERIE Mångkulturell vård

Baserat på empirisk forskning beskrev Horowitz stressreaktionen efter traumatiska händelser som förståndets sätt att begripa, organisera, bearbeta och integrera överväldigande händelser genom att växla mellan en tvångsmässig upprepning och bortträngning av vissa aspekter av trauman [3].

I det amerikanska psykiatriska diagnossystemet (DSM) noteras en liberalisering i definitionen av begreppet trauma, sedan posttraumatiskt stressyndrom för första gången introducerades som en psykiatrisk diagnos år 1980. Medan DSM-III definierar den traumatiska händelsen som »omständigheter som kan vara påfrestande för vem som helst» har den reviderade upplagan DSM-III-R ändrat ordalydelsen till »... utöver den mänskliga erfarenheten» [4].

I DSM-IV, som utkom 1994, preciseras ytterligare den traumatiska händelsen som »... en händelse som innebär död, allvarlig skada (eller hot om detta) eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet» kombinerat med att »personen reagerar med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck». Hos barn kan reaktionen »ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende» [5]. Gemensamt för samtliga traumadefinitioner är att en yttre händelse (stressor) orsakar en specifik reaktion (skada) hos den drabbade individen.

Barns uppfattning om liv och död, tid och rum samt egen och andras integritet skiljer sig från vuxnas. Skillnaden är därför stor mellan vad barn upplever