

**Göran Bodegård**, med dr, överläkare, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Stockholms län, barnavdelningen, Eugenia, Karolinska Universitetssjukhuset Solna ([goran.bodegard@bup.sll.se](mailto:goran.bodegard@bup.sll.se))

## Fallbeskrivning av depressiv devitalisering

# Asylsökande flyktingbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall

■ Det görs sällan systematiserade sammanställningar av asylsökande familjers psykiska ohälsa, trots att denna grupp behöver psykiatrins resurser. I Stockholm betalade Migrationsverket år 2000 tre miljoner kronor för enbart barn- och ungdomspsykiatrisk sjukhusanknuten vård och år 2002 hela 13 miljoner kronor. På Stockholms enda barnpsykiatriska (0–12 år) heldygnsavdelning anslogs år 2002 58 procent av vården till flyktingbarn.

Psykiatrins ansvar för asylsökande diskuteras i vårt land, och politiska beslut att endast akutvård skall ges till dessa människor är inte omedelbart förenliga med medicinsk etik.

Här beskrivs fem asylbarn som behövde sjukhusvård. De hade under extrema livsförhållanden reagerat med att förlora förmågan att äta, dricka, gå, tala och sköta sin hygien och sina toalettbestyr, och helt dragit sig tillbaka från kontakt. Sådana livshotande depressiva devitaliseringstillstånd hos flyktingbarn har tidigare inte rapporterats i den medicinska litteraturen. Här diskuteras också möjliga uppkomstmekanismer och behandlingsstrategin.

En sjukdomsbild med genomgripande funktionsbortfall hos barn och som inte har somatiska orsaker har beskrivits från England och Australien [1-3]. Man har benämnt tillståndet »pervasive refusal syndrome«, PRS. I dessa fall är bakgrunden en helt annan än den är hos de fem barn som vi beskriver här.

### Barnen och deras bakgrund

De fem barnen, två pojkar och tre flickor mellan 7 och 10 år, är troligen det totala antalet asylbarn under 12 år i Stockholm som krävt sjukhusvård på grund av livshotande funktionsbortfall under den aktuella tiden. Man har tidigare inte mött flyktingbarn med detta tillstånd vid barnavdelningen.

De fem familjerna kommer från fyra sovjetiska delrepubliker, och tre tillhör asiatiska etniska minoriteter. De har flytt från sina hemländer på grund av förföljelse från myndigheter och samhälle och har utsatts för direkta fysiska hot och våldshandlingar av olika slag.

I två fall hade släktingar mördats och egendom förstörts i barnens åsyn. Flera av mödrarna hade utsatts för långvariga våldshandlingar i barnets närvaro. Barnen hade i olika grad exponerats för fysiskt och/eller sexuellt våld, misshandel, dödande, förföljelse och även hot om kidnappning. Två fa-

### Sammanfattat



Barn som av verkligheten och sina föräldrar informeras om livets totala hopplöshet och sin egen hjälplöshet reagerar med svåra psykiska störningstillstånd.

Asylsökande svårt traumatiserade flyktingbarn i vårt land kan utveckla livshotande generella funktionsbortfall som kräver sjukhusvård.

Genomgripande förbättring av hela familjens livs-omständigheter i kombination med aktivering och riktad psykiatrisk vård har läkande effekt.

Tillståndet av depressiv devitalisering hos dessa barn har väsentligen inte ägnats något forskningsintresse.

Kunskap om uppkomstbetingelserna bör vara direkt användbar för hur en svensk humanistisk människosyn konkret skall tillämpas i bemötandet av flyktingar för att förebygga svår psykisk ohälsa.

miljer hade varit i Sverige i två och ett halvt respektive drygt tre år och fått upprepade avslag på asylansökan, och beslut om utvisning hade fattats. Tre familjer var vid tidpunkten för inläggningen ännu under primärhandläggning vid Migrationsverket och hade varit här i 13, 12 respektive 8 månader.

Ingen familj hade tagit emot Migrationsverkets erbjudande om boende vid flyktingförläggning utan flyttat runt mellan olika bostäder. Ingen hade något nätverk i Sverige.

Alla barn är förstabarnet. Fyra har syskon och kommer från hela familjer, och en familj består av modern och barnet. Tre av barnen hade visat olika psykiska symtom i hemlandet: suicidförsök, barnneurotiska symtom, mutism, stamning,

»känslighet« m m. Två hade ingen barnpsykiatrisk anamnes, men en hade haft livshotande meningit vid 6 månaders ålder, och det andra barnet var adopterat.

## Föräldrarna

Ingen av föräldrarna uppgav att de hade haft väsentliga somatiska eller psykiatriska symtom i sina hemländer. Det framgick så småningom att detta inte var korrekt. Tre av föräldrarna hade flera gånger sökt psykiatrisk hjälp i Sverige och vårdats enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) på grund av suicidförsök och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Under tiden på barnavdelningen visade samtliga föräldrar depressionssymtom och/eller symtom på PTSD. Tre av dem behövde akut vuxenpsykiatrisk hjälp på grund av agiterade depressioner (desperation) och suicidalitet.

Föräldrarna visade i början av sjukhusvistelsen mycket låg tillit och hög ångestberedskap. Tre reagerade våldsamt med paranoida symtom vid smärre komplikationer i barnets tillstånd och behandling. En mycket påtaglig observation var att alla mödrar förhöll sig till barnet som om det var döende.

Under vårdtidens gång erhöll alla fem familjer permanent uppehållstillstånd av humanitära skäl. Ingen av föräldrarna kunde direkt ta till sig det positiva i detta besked. En pappa reagerade i stället med kortvarig förvirring och självmordsimpulser; flera kände nu raseri och vrede över allt de hade utstått. Flera av mödrarna återupplevde med stor kraft och sorg förlusten av sitt hemland och sina anhöriga. De kände vanmakt och uppgivenhet inför att de nu skulle möta krav på att allt »skulle vara bra«. Föräldrarna visade således hur djupt livssituationens hopplöshet internaliserats och hur litet de förmått bearbeta sina tidigare traumatiska upplevelser under tiden för asylansökan.

## Syskonen

Tre av barnen hade yngre syskon mellan 3 och 8 år. De reagerade under vårdtiden med normala psykiska symtom men behöll sin livslust och aktivitet. De uppfattades av sina föräldrar som robustare; de skulle också ha varit mer skyddade från de traumatiska upplevelser i hemlandet som det insjuknade syskonet utsatts för. Två av småsyskonen orienterade sig tydligt ut från familjen till personalen. En flicka tog mycket stort ansvar för sin sjuka storsyster och litade inte på vården. Hon behöll sin förmåga till normala kontakter och hade stöd och glädje i skolarbetet på avdelningen.

## De första symtomen

Alla fem barn utvecklade efter ankomsten till Sverige symtom som depression, passivitet, aggressiva utbrott, ätstörning, suicidhandlingar, mardrömmar och oro, och alla hade vid inläggningen pågående öppenvårdskontakter med barn- och ungdomspsykiatri, BUP. Två av familjerna vårdades i heldygnboende genom socialtjänstens och BUPs försorg på grund av psykisk ohälsa och omsorgsbrist hos föräldrarna och allvarliga symtom på psykisk störning hos barnen. Alla fem barnen hade under denna tid uttryckt att de ville dö. Två av barnen skulle på så vis lätta livsördan för sina föräldrar (se Fakta).

I tre av fallen sammanföll debuten av det massiva funktionsbortfallet med akuta symtom på »oförmåga« hos någon av föräldrarna: paranoid krisreaktion hos en pappa, akut lumbago med oförmåga att gå hos en annan pappa och depression med psykos hos en mamma.

## Det massiva funktionsbortfallet

I alla fem fallen togs hela familjen in vid avdelningen för vård. Alla fem barnen hade alltså haft varierande symtom på psykisk störning, som föregick debuten av devitaliseringen.

## II Fakta

### De fem asylbarnen och deras första symtom

- En flicka visade under ett halvår perioder av avskärmning omväxlande med attacker av utbrott riktade mot barn. Hon sade att hon ville dö. Successivt blev hon alltmer passiv och blev liggande stum, kontaktlös, inkontinent och slutade att äta och dricka.
- En flicka hade under några månader svåra buksmärtor (diagnostiserat ulkus) och uttalad livsleda och utvecklade sedan det genomgripande funktionsbortfallet.

Tre av barnen hade gjort aktiva suicidförsök:

- En pojke tog sin mammas lugnande medicin i syfte att dö. Medvetlösheten övergick i devitaliseringsstillståndet.
- En pojke försvann hemifrån. Han hittades när han tänkt kasta sig från en bro. Han blev sedan alltmer kontaktlös, slutade tala, äta och dricka och blev inkontinent.
- En flicka utvecklade ångestillstånd av paranoid typ och »visste« att mördaren kommit till Sverige. Hon försökte kasta sig ut genom ett fönster med sin lillasyster för att dö. Hon togs in på avdelningen och utvecklade devitalisering inom loppet av två veckor under pågående vård.

Denna bestod i progredierande passivitet, undandragande, mutism, ovilja som övergick i total oförmåga att äta, dricka, gå, röra sig och sköta sin hygien. Två av barnen blev inkontinenta för urin och avföring och tre för urin. Fullt utvecklade sig den kliniska bilden som vid en generaliserad neurologisk sjukdom: slappa pareser och bortfall av allt utom basala livsfunktioner.

Barnen visade då ingen aktiv avvärjning eller intentionell vägran, och kontaktbarheten var närmast obefintlig. Detta följdes under behandlingen av ökande aktivitet med vägran och avvärjande och tydligare tecken till kontakt (ögonrörelser, aktivt bortvändande, dra täcket över huvudet etc). Alla barnen uppvisade ångestattacker (främst nattliga), när devitaliseringen började vika. En pojke gjorde ett nytt suicidförsök (strypningsförsök) i denna fas. Bara ett av de fem barnen visade tydlig »aktiv vägran« hela tiden.

Tre av barnen hade vid intagningen utvecklat svåra svälttillstånd. De två andra var redan under vård (på grund av intoxication respektive svår ångest) när de utvecklade oförmåga att äta och dricka. Två av barnen behövde intravenös rehydrering initialt, och alla fem barn krävde nutrition genom sondmatning.

Upprepade pediatrika och neurologiska undersökningar genomfördes inkluderande DT-skalle i ett par av fallen, EEG, rutinmässiga blod- och urinprov etc. Inga fynd gjordes som förklarade »devitaliseringen«. Barnen behöll sin dygnsrhythm, och man kunde bedöma om barnet sov normalt eller befann sig i det avskämda tillståndet.

## Tillfrisknandet

Under tillfrisknandet framgick att alla hört vad som sagts, att de kände igen folk etc. De hade alltså ingen amnesi för de perioder då de tett sig helt bortom kontakt.

Brytpunkten i förloppet inträffade när familjerna fick sina permanenta uppehållstillstånd. Tiden mellan detta och tidpunkten då sondmatningen kunde avslutas varierade från drygt en vecka till en månad och var direkt relaterad till den tid det tog för barnets mor att integrera det gynnsamma be-

skedet! I fyra av fallen avslutades sondmatningen vid avdelningen. I ett fall placerades familjen vid en av socialtjänstens familjeinstitutioner när föräldrarna tagit över omvårdnaden och sondmatningen själva. De erhöll fortsatt uppsökande kontakt från kliniken.

Alla barn har återvunnit normala funktioner efter fem, fyra, tre, två respektive två månaders heldygnsvård. Alla har tillfrisknat helt efter varierande tid (upp till nio månader) i dagvård och poliklinisk vård. En detaljerad uppföljning planeras.

Vårdtidernas längd var direkt relaterad till handläggningstiderna vid Migrationsverket och Utlänningsnämnden. Avvecklingen av vården på sjukhusavdelningen var i hög grad beroende av socialtjänstens insatser och inte enbart relaterad till faktiskt vårdbehov! I alla fallen har behandling fortsatt vid BUP, flykting- och tortyrbehandlingsenheter och vuxenpsykiatri.

## Differentialdiagnoser

Flera olika diagnoser fick övervägas: anorexia nervosa, selektiv mutism, skolvägran, ångesttillstånd, konversionstillstånd och andra somatiseringstillstånd, kroniskt trötthetsyndrom, depression, kataton, dissociativa syndrom, simulering och en rad neurologiska sjukdomstillstånd. Diagnosen dissociativ stupor (F 44.2 ICD-10) skulle kunna användas som beskrivning men säger inget specifikt om genesen.

Ingen av dessa diagnoser ger full täckning för eller förklaring till den kliniska bilden vid insjuknandet och speciellt inte till förloppet och tillfrisknandet!

## Pervasive refusal syndrome – utgångspunkt för terapi

Den kliniska bilden av devitaliseringen överensstämmer med det tidigare beskrivna pervasive refusal syndrome, PRS (genomgripande vägran-syndrom). Det kännetecknas av ett långvarigt, massivt funktionsbortfall kombinerat med aggressiv intentionell vägran. PRS har beskrivits utifrån observationer av fyra engelska och sju australiska barn [1-4]. Det finns ingen somatisk sjukdom som förklaring till vägransyndromet.

PRS anses bero på ett patologiskt samspel mellan ett barns psykiska känslighet och ett familjeklimat där det råder hopplöshet och hjälplöshet i ett oöverblickbart tidsperspektiv. I PRS-familjerna föreligger en dysfunktionell och motsägelsefull kommunikation. Det är familjer med mycket låg tillit och stora svårigheter eller oförmåga att etablera samsyn med läkare omkring barnets sjukdom. Man kan inte acceptera det komplexa biopsykosociala i barnets tillstånd. Familjeklimatet befämjar somatiseringar, »abnormal illness behaviour« [2]. Förmågan att samarbeta för barnets tillfrisknande med pediatrik och barnpsykiatrisk expertis är bristfällig. En teori om »learned hopelessness and helplessness« [2] presenteras som förklaring till hur syndromet kan tänkas uppstå och underhållas – och den teorin är också utgångspunkten för den behandlingsstrategi som föreslagits.

Asylbarnen i vår studie uppvisar likartade funktionsbortfall som PRS-barnen – men inte den aktiva vägran som beskrivs vid PRS. Flyktingbarnen uppvisade tydlig vägran först när de börjat tillfriskna under behandlingen. Det var också stora skillnader i tidsförlopp mellan PRS-barnen (mycket långa sjukdomsförlopp) och flyktingbarnen med devitalisering. Vid PRS föreligger inte bakgrundsfaktorer av *ytte* traumatiska konkreta livsomständigheter, vilket var fallet för flyktingbarnen. Däremot är det uppenbart att atmosfären och kommunikationen i flyktingfamiljerna också i högsta grad präglades av hopplöshet, hjälplöshet och ovissa tidsperspektiv; dessutom av en vanmäktig och rigid föreställning om att barnet hade en svår somatisk sjukdom. Som nämnts var moderns förhållningssätt mot det sjuka barnet i flyktingfamiljen

mycket iögonfallande och speciellt: hon vakade över ett döende barn. Flera av mödrarna hade fortfarande veckor efter intagningen ingen tilltro till att man på sjukhuset förstod sig på barnets sjukdom, utan barnet var verkligen döende. Mödrarna misstänkte att man utsatte barnet för medicinska experiment och ljög om allvaret i barnets tillstånd.

Rummet fylldes av en tung och bedrövande instängdhet. Alla rörde sig försiktigt och talade viskande och aldrig direkt till barnet, vars närvaro man endast anade i sängen, orörligt och övertäckt med lakan eller täcke.

## Behandlingseffekt genom kraftfull aktivering

De behandlingsprinciper som beskrivits för PRS [3, 4] visade sig fungera för asylbarnen med devitaliseringsdepressioner. Denna strategi innebär en strävan att nå samsyn med föräldrarna om situationens komplexitet och skapa insikt om att någon allvarlig somatisk sjukdom inte föreligger. Upprepade somatiska undersökningar och kontroller var nödvändiga för att på så sätt konkret och respektfullt verklighetsanknyta föräldrarnas uppfattning och oro.

Det var nödvändigt att temporärt ta över ansvaret för barnets liv genom sondmatning och omvårdnad. I detta stödde man föräldrarnas medverkan liksom i upprätthållandet av normala dagliga rutiner. Det är en förutsättning för behandlingsarbetet att barnet svälttillstånd hävs. Tolk måste finnas i återupprättandet av vardagligheten och inte bara i strukturerade stödande och terapeutiska samtal. Behandlingen är alltså kravfullt aktiverande för att motverka och häva passivitet och regressionen. Stämningen av dödsvaka måste aktivt vädras ut. Detta är praktiskt synnerligen grannliga, då allt som väcker föräldrarnas skuld och upplevelser av misslyckande genast ger bakslag. Familjerna kunde möta denna behandling med öppen aggressivitet, »lidande«, skuldbeläggande och misstro.

Denna behandling resulterade efter hand i ökande tillit, samarbete och aktivitet, men vinsterna var begränsade så länge familjens livssituation de facto inte hade förändrats. Först när familjerna fick uppehållstillstånd och tagit till sig detta besked kunde passiviteten och regressionen på allvar brytas. Effekten av behandlingen tycktes vara direkt relaterad till den takt med vilken *modern* kunde ta avstånd från sin »lethal mothering« och i stället började nutriera barnet med livslust och illustrera att livet är värt att leva [opubl data, 2004]. Förändringen av *modern* från en »madonna dolorosa« till en ansvarstagande och reflekterande mamma var mycket tydlig.

Risken var stor för behandlingspersonalen att sugas in i en förlamande »medkänsla« och förlora förmågan att kombinera ett empatiskt förhållningssätt med nödvändig kraftfullhet i aktiveringen. De här familjernas förfärliga upplevelser är ägnade att skapa »learned hopelessness« hos alla som möter dem och därmed riskera att devitalisera behandlingen. Det var därför nödvändigt att behandlingsteamet hade en noga genomtänkt och gemensam förståelse för den depressiva devitaliseringens familjedynamiska bakgrund.

Vår erfarenhet av psykofarmaka till dessa barn (bensodiazepiner, alimemazin och SSRI) är ringa, då alla föräldrarna var mycket negativa till medicinering och då i inget fall tvångsmedicinering var indicerad.

## Vanmakt blir livshot

Barn som av verkligheten och sina föräldrar informeras om livets totala hopplöshet och sin egen hjälplöshet kan utveckla svåra psykiska störningssymtom. Det är en självklarhet. Vissa barn kan i sådana situationer utveckla massiva, livshotande funktionsbortfall [2]. En familj som tvingas fly från svåra traumatiska upplevelser i sitt hemland och sedan ham-

nar i ett vakuum under asylansökan i ett främmande land kan uppleva total hopplöshet och hjälplöshet.

Vi har här rapporterat om fem flyktingbarn som under sådana livsomständigheter utvecklade ett tillstånd av genomgripande funktionsbortfall – depressiv devitalisering. I dessa familjer fann vi att föräldrarnas (speciellt moderns) hållning och uttolkning av verkligheten uppenbarligen var direkt relaterad till barnets psykiska hälsa. Exempelvis underhöll moderns sätt att leva ut sin egen vanmakt barnens symtom, och likaledes var det moderns återvinnande av livsmodet som utgjorde grunden för barnets revitalisering. Behandlingen av de generella funktionsbortfallen hos de fem flyktingbarnen var gynnsam och utfördes i praktiken av föräldrarna när de återfått sin förmåga genom en kraftfullt aktiverande och stödjande behandling och familjens hopplösa livssituation kunnat undanröjas, dvs då familjerna erhöll uppehållstillstånd.

Det är barnpsykiatriens och pediatrikens ansvar att bedöma flyktingbarns kliniska tillstånd om man misstänker att devitaliseringstillstånd är under utveckling. Det är denna bedömning och bedömningen av föräldrarnas omsorgsförmåga som skall vara vägledande för vilken vårdnivå som är nödvändig. Om hjälplösheten och hopplösheten fått för starkt grepp om dessa familjer tycks sedvanliga vårdinsatser inte kunna bryta utvecklingen mot devitalisering. Möjligheten att förebygga devitalisering måste också bedömas utifrån detta perspektiv.

## Svensk asylpolitik – skäl till depressiv devitalisering?

Avsaknaden av rapporter i litteraturen om devitaliseringstillstånd hos flyktingbarn kan vittna om att flyktingars och asylsökandes psykiska problem inte blivit föremål för tillräckligt forskningsmässigt intresse. Det föreligger erfarenheter av flyktingbarn med olika grader av depressiva devitaliseringstillstånd på flera svenska barnpsykiatriska kliniker, men inga sammanställningar har publicerats.

Kan det finnas en överrepresentation av dessa devitaliseringsdepressioner hos asylbarn i just Sverige? I så fall talar det för att den svenska hanteringen av asylärenden skulle gynna uppkomsten av detta tillstånd: myndighetshandläggningens oförutsägbarhet och »opåverkbarhet« i kombination med familjernas otrugga livssituation (kringflackande boende, upprepade avslag), deras obearbetade traumatiska börda och deras personliga psykiska vulnerabilitet. En studie belyser betydelsen av kulturella och politiska aspekter på flyktingbarns mentala hälsa [5] och fokuserar därmed indirekt på olikheter i villkoren för flyktingbarn i olika länder.

De politiska besluten om hur den svenska humanistiska människosynen konkret skall tillämpas i lagstiftningen och i bemötandet och vården av lidande flyktingar är rimligen av största betydelse. Den generella kunskapen om att barns psykiska hälsa ytterst är beroende av hur föräldrarna mår måste få vara av stor betydelse för hur vi möter människor som kommer som flyktingar till vårt land.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Lask B, Britten C, Kroll L, Magagna J, Tranter M. Children with pervasive refusal. *Arch Dis Child* 1991;66:866-9.
2. Thompson S, Nunn K. The pervasive refusal syndrome: learned helplessness and hopelessness. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1996;1:121-32.
3. Thompson S, Nunn K. The pervasive refusal syndrome: the RAHS experience. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1997;2:145-65.
4. Thompson S, Nunn K, Moore S, English M, Burke E, Byrne N.

Managing pervasive refusal syndrome: strategies of hope. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1998;3:229-49.

5. Fazel M, Stein A. Mental health of refugee children: comparative study. *Arch Dis Child* 2002;87:366-70.



= artikeln är referentgranskad

## SUMMARY

Five children were admitted and treated at the department of child psychiatry in Stockholm due to severe generalised losses of functions without underlying physical illness. They were all from asylum seeking refugee families with severe traumatic experience in their homelands and a prevailing state of hopelessness, helplessness and unimpressionable time perspective in Sweden. Result of treatment was very good when the life circumstances could be recuperated and particularly the obviously disease maintaining symbiotic despair of the mother could be abolished. The specific expression of psychic ill health in refugee children described here has not been systematically reported and this study indicates some practical aspects of treating the state as well as preventing its development.

### Göran Bodegård

Correspondence: Göran Bodegård, Barnavdelningen, Eugenia, BUP-kliniken i Stockholms län, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, SE 171 76 Stockholm, Sweden  
(goran.bodegard@bup.sll.se)

Flyktingbarnen och läkaretiken:

# Rapporteringsplikt när läkare gör fel bör införas och gå före kollegialiteten

I arbetet med asylsökande barn ställs en rad etiska frågor på sin spets. Om en läkare exempelvis anser att en myndighets handlande är orättfärdigt – ska läkaren då vara lojal med fattade beslut eller ska läkaren följa sin etiska kodex även om det innebär att läkaren då agerar i lagens utmarker? Den aktuella situationen visar att vi behöver en fördjupad diskussion om läkaretiken och tolkningen av den. De läkaretiska reglerna bör kompletteras med en vittnesplikt, som ska väga tyngre än kollegialiteten.



**LARS H GUSTAFSSON**  
docent i socialmedicin, skol-  
läkare i Rosengårds stads-  
del, Malmö, och i Kävlinge  
kommun, medlem av arbets-  
gruppen för flyktingbarn i Svenska  
barnläkarföreningen  
[lars.h.gustafsson@telia.com](mailto:lars.h.gustafsson@telia.com)

II Läkaryrket utövas inom ett slags fredad zon i vårt samhälle. Inom sjukhusets eller vårdcentralens väggar, bakom skyddande sekretessgardiner, gör vi vårt bästa för att de patienter vi möter ska få den bot och lindring de har rätt till. Det finns ett samhällskontrakt som ger oss lov att arbeta på det sättet. I lugn och ro. Utan insyn.

Men ibland bränner det till. När vi minst anar det får det vi gör, eller inte gör, konsekvenser också på det politiska planet.

### En politbyråmedlems död

Andrej Zjdanov, mäktig medlem av Stalins politbyrå, avled oväntat den 31 augusti 1948 i Valdaj, en kurort för den politiska eliten [1]. En ung, kvinnlig läkare, dr Timasjuk, anklagade sina äldre kollegor för att ha misskött vården av kamrat Zjdanov och därmed indirekt ha orsakat hans död. Dr Timasjuk var klinisk fysiolog. Hon tog EKG på Zjdanov i det akuta skedet och hävdade att han fått en hjärtinfarkt, något som hennes kollegor vägrade tro på. Han ordinerades därför inte det strikta sängläge som var den vanliga behandlingen på den tiden.

Det är möjligt, men inte säkert, att dr Timasjuk hade rätt, rent medicinskt sett. Men hon var också KGB-agent. Och hennes anklagelse blev så småningom en av utgångspunkterna för de förföljelser som kom att riktas mot en stor grupp

sovjetiska läkare, varav de flesta var judar.

Historien är full av exempel på hur läkares medverkan styrts av andra hänsyn än läkaretikens. Inte bara läkarna i Stalins Sovjet och i nazi-Tyskland utan många läkare också på andra håll har, ända in i vår tid, handlat på ett sätt som väckt berättigad förundran och harm. Tokyo-deklarationen, antagen 1975 [2], är en direkt följd av det. Där förbjuds läkare att medverka i kränkande behandling av sina medmänniskor.

### Etiska regler nödvändiga

Klara etiska regler är nödvändiga av flera skäl: Dels för att ge tillräckligt tydlig vägledning till oss läkare i de etiska dilemman vi då och då kan hamna i, dels för att freda vår profession från andra intressen som vill infiltrera i och exploatera vårt medicinska kunnande för intressen av olika utommedicinska slag.

I arbetet med de asylsökande barnen ställs de etiska frågorna ofta på sin spets. I Genève-deklarationen från 1948 [3] heter det:

- The health of my patient will be my first consideration;
- I will maintain the utmost respect for human life from its beginning even under threat and I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity;

I våra egna yrkesetiska regler från 2002 [4] finns liknande formuleringar:

- Läkaren skall i sin gärning ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra, alltid trösta, följande människokärlekens och hederns bud.

FNs konvention om barnets rättigheter [5] kan också ses som ett slags etisk

grundval i allt vårt arbete med barn. Där sägs bland annat:

- Vid alla åtgärder som rör barn ... skall barnets bästa komma i främsta rummet.
- Konventionsstaterna skall respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i denna konvention utan åtskillnad av något slag ...

Läkarens etiska dilemma uppkommer när hon, eller han, menar att migrationsverk, utlänningsnämnd eller polis inte ser till barnets bästa, behandlar barnet på ett diskriminerande sätt och inte följer »människokärlekens och hederns bud«. Sådant händer. Ska läkaren då vara lojal med de beslut som fattas och verka i deras riktning – eller ska läkaren låta sin etiska kodex ha företräde, även om det innebär att läkaren då understundom agerar i utkanten av lagens ramar?

### Dagsaktuella frågor

Idag har barn rätt till sjukvård, inte bara akutsjukvård, också sedan avvsningsbeslut fattats. Det gäller även gömda barn. Det innebär att vi som läkare nu mer sällan än för bara några år sedan drabbas av etiska konflikter. Etiska frågor som ändå kan uppstå är till exempel:

- Ska vi inleda en nödvändig behandling som kräver uppföljning om vi inte vet hur den uppföljningen kommer att se ut efter det att barnet avisats?
- Ska vi tvärtom låta barnet bryta en värdkö för att vi ska hinna operera eller behandla barnet på annat sätt innan avvsnings sker?
- Hur ska vi förhålla oss om vi möter gömda barn som far illa, när vi samtidigt vet att socialtjänsten inte har rätt att agera utan att samtidigt underrätta polisen?
- Hur ska vi se på förslaget att tvångsvis låta DNA-testa flyktingbarn och deras medföljande vuxna om utredande myndighet misstänker att de uppgivna släktförhållandena inte stämmer?

Några av dessa frågor finns direkt berörda i på senare tid antagna tillägg till de läkaretiska reglerna. Ett sådant viktigt dokument är den så kallade Lissa-



YVONNE ASELI/SID/SCANPIX

Vad vi gör, och inte gör, i förhållande till de asylsökande barnen kommer en gång att utsättas för hårdhänt kritisk granskning.

bon-deklarationen [6]. Där sägs bland annat:

- Närhelst lagstiftning, regeringsåtgärder, eller annan administration eller institution förnekar en patient dessa rättigheter, bör läkare vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa eller återupprätta dem.

Vilka dessa »lämpliga åtgärder« är berörs inte närmare. Men de rättigheter som avses är nogra preciserade. I arbetet med flyktingbarn är till exempel följande formuleringar aktuella:

- Under omständigheter när prioritering måste göras mellan patienter för en speciell behandling, där tillgången är begränsad, har alla patienter rätt till ett rättvist urvalsförfarande till behandlingen. Urvalet måste baseras på medicinska kriterier och göras utan diskriminering.
- Så länge fortsatt medicinsk vård är motiverad, får läkaren ej avbryta en behandling utan att ge patienten rimlig hjälp och erforderliga möjligheter att ordna vård på annat sätt.

### Tolka verkligheten med etikens hjälp?

Ibland är det kanske snarare så att *vår etiska hållning styr oss i tolkningen* av verkligheten. Hur ska vi till exempel se på »barn som lägger sig«, det vill säga barn med depressiva devitaliseringsstillstånd? Är det barn som föräldrar »använder« i en alltmer desperat kamp för uppehållstillstånd? Eller är det barn som egentligen reagerar ganska adekvat på ett omöjligt dilemma förorsakat av tidigare upplevelser i kombination med föräldrasvikt och stress under en påfrestande asylprocess? Här pågår, i väntan på

mer forskning, en livlig och värderingsladdad diskussion inom barnläkar- och barnpsykiaterkåren, där vi långt ifrån är eniga.

I den läkared som inleder Genève-deklarationen [3], och som åtminstone delvis går tillbaka på den hippokratiska eden [7], sägs: »I solemnlly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity« (»Jag lovar högtidligen att ställa mitt liv i humanitetens tjänst«).

### Tystnadsplikt och vittnesplikt

En etiskt viktig fråga är om det då finns en konflikt mellan tystnadsplikt och vittnesplikt. Tystnadsplikten är nogra tillvaratagen i alla våra etiska regler. Men jag menar att reglerna också bör tillföras en artikel om *vittnesplikt*. Detta har diskuterats livligt i Tyskland efter avslöjandena om läkarnas förhållanden under Tredje riket. Den läkare som visserligen inte aktivt deltar i handlingar som bryter mot humanitetens bud men som blir vittne till dem – har den läkaren verkligen rätt att tiga? Inte heller Tokyo-deklarationen [2] tar upp denna fråga.

### Läkarkollegialiteten

Och hur ska vi se på den gamla läkarkollegialiteten, omhuldad särskilt i äldre versioner av våra etiska regler? I Genève-deklarationen finns till exempel formuleringen: »My colleagues will be my sisters and brothers« [3]. Men om någon av våra systrar och bröder i en konflikt-situation genom sitt agerande, eller brist på agerande, faktiskt kränker barnets rättigheter och ställer sitt liv mer i statens än i humanitetens tjänst – har vi rätt att tiga då? I de nya etiska reglerna för lärare [8] finns en formulering om lärares

skyldighet att ingripa om en kollega kränker ett barn. Behöver vi ett liknande tillägg i våra egna regler?

### Sammanfattning

I arbetet med asylsökande barn ställs en rad etiska frågor på sin spets. Vi behöver därför en fördjupad diskussion om läkaretiken och hur den ska tolkas.

En formulering om rapporteringsplikt bör införas i kommande versioner av våra yrkesetiska regler, och en sådan plikt bör gå före kollegialiteten om dessa båda principer kommer i konflikt med varandra.

Vad vi gör, och inte gör, i förhållande till de asylsökande barnen kommer en gång att utsättas för hårdhänt kritisk granskning. Att vi, liksom dr Timasjuk, kanske haft rätt i sak, rent medicinskt sett, kommer då inte att räknas som tillräckligt.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Brent J, Naumov V. Stalins sista brott. Komplotten mot de judiska läkarna 1948–1953. Nora: Nya Doxa; 2004
2. Declaration of Tokyo. Tokyo: World Medical Assembly; 1975.
3. Declaration of Geneva. Genève: World Medical Assembly; 1948 (senast reviderad 1994).
4. Läkarförbundets etiska regler. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2002.
5. FNs konvention om barnets rättigheter. New York: FNs generalförsamling; 1989
6. Declaration of Lisbon. Lissabon: World Medical Assembly; 1981 (reviderad 1995).
7. Sundström P. Det hippokratiska arvet. Den medicinska etikens historia tecknad utifrån källtexterna. Nora: Nya Doxa; 2001.
8. Lärares yrkesetik. Stockholm: Lärarförbundet och Lärares Riksförbund; 2002.

# Läkare ska inte vara utredare åt Migrationsverket

Måste inte en läkare med behandlingsansvar för ett utvisningshotat barn, där den medicinska behandlingen inte kan avbrytas, ha möjlighet att göra eller initiera en medicinsk bedömning inför utvisningen? Samarbetet mellan läkare och myndigheter måste präglas av den medicinska sekretessen och etiken. Läkaren ska inte vara utredare åt Migrationsverket – jämför med Advokatsamfundets uttalande beträffande offentliga biträdens roll i asylärenden.



**GÖRAN BODEGÅRD**  
med dr, överläkare, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Stockholms län, barnavdelningen, Eugenia, Karolinska Universitetssjukhuset Solna  
[goran.bodegard@bup.sll.se](mailto:goran.bodegard@bup.sll.se)

Vid riksstämman 2004 hölls två sektionssymposier som berörde barn i asylprocessen. Lars H Gustafssons föredömliga medicinskt etiska översikt, som publiceras i denna utgåva av Läkartidningen [1], skapar struktur för läkares förhållningssätt inom detta område, där två problemområden har extra hög aktualitet.

## 1. Verkställighet av beslut om avvisning

När beslut om avvisning fattats av Migrationsverket eller Utlänningsnämnden överlämnas ärendet till polismyndigheten (Utlänningsroteln) för verkställighet i de fall familjen ej accepterar utvisningen. Om personen som skall avvisas vårdas enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT) gäller speciella regler för om och hur avvisningen skall genomföras: Chefsöverläkaren skall bedöma om transport är möjlig och på vilka villkor samt se till att vårdkontinuitet kan upprättas med vårdenhet i det land till vilket patienten avvisas. Läkaren ska hos Socialstyrelsen begära att vården på så sätt »överflyttas« till annat land och att LPT-vården i Sverige därmed avbryts [2].

Detta förfaringsätt torde vara väl förenligt med läkarets regler.

## De apatiska barnen

För närvarande uppmärksammar massmedierna de skapatiska barnen, särskilt situationer när asylsökande familjer med barn med depressiv devitalisering [3] skall avvisas. Det är familjer som saknar asylskäl och där behovet av skydd inte ansetts tillräckligt för att familjen skall få stanna i vårt land. Barnets sjukdomstillstånd utgör humanitärt skäl för per-

manent uppehållstillstånd i en del fall, men i andra beaktas det inte.

Det finns inga krav på läkarbedömning inför avvisning av asylsökande patienter som fått avslag och som *inte* vårdas enligt LPT. Myndigheten (Migrationsverket, Utlänningsnämnden eller polismyndigheten) är inte skyldig att begära en medicinsk bedömning av möjligheten att genomföra transport av den sjuke, men myndigheten kan påkalla en läkarbedömning om man finner detta önskvärt i det enskilda fallet. Myndigheten har inget ansvar för att vårdkontinuitet upprättas för en avvisad patient och är heller inte ålagd att följa upp vad som händer efter avvisningen. Det finns inga undersökningar som visar hur det går för dessa barn efter utvisning.

Migrationsverket har således ingen information om hur det gått för sjuka människor som utvisats. Det går inte att avgöra om myndighetens bedömning av en avvisad familjs vädjan om skydd och av barnets tillstånd var riktig eller om utvisningen ledde till förnyade förföljelser och övergrepp (tortyr?) och om barnets hälsa allvarligt försämrades.

## Ansvar för pågående behandling

Ett barn som utvecklat depressiv devitalisering och därmed bl a är beroende av kontinuerlig sonmatning är formellt sett en patient. Sonmatning är en avancerad medicinteknisk åtgärd som inte är utan risker och för vilken det alltid måste finnas en ordinerande ansvarig läkare.

Måste då inte en läkare som har behandlingsansvaret för ett barn, där pågående medicinsk behandling inte kan eller bör avbrytas och vårdkontinuitet är medicinskt oundgänglig, ges möjlighet – alternativt *själv* ta initiativet till – att göra en medicinsk bedömning inför utvisningen? Situationen aktualiserar inte enbart myndigheternas ansvar utan blir också en genuint medicinskt etisk fråga. Får en läkare underlåta att bedö-

ma hur ett myndighetsbeslut kommer att påverka hans patient, oavsett om myndighetens beslut äger företräde eller om myndigheten begärt en bedömning eller ej?

## 2. Migrationsverket

Migrationsverket har fått ökade resurser för bedömning av minderåriga. Så finns t ex i Stockholm en speciell grupp för samarbete med barnmedicinsk och/eller barnpsykiatrisk klinik eller annan enhet i frågor rörande enskilda asylsökande patienter.

Initiativet är principiellt positivt men *kan* leda till att myndighetens mål inte tydligt differentieras från den medicinska målsättningen för vården av patienten. Samarbetet måste tydligt präglas av den medicinska sekretessen och etiken. De uppgifter om bristande trovärdighet angående anamnesticke uppgifter som Migrationsverket anför, och verkets ambition att påskynda vården inför utvisning etc, får inte påverka den medicinska integriteten, som sätter patientens faktiska vårdbehov i första rummet oavsett hur sjukdomstillståndet kan tänkas ha uppstått. Man finner inte sällan att målet för vården blir att bringa patienten i transportabelt skick när utvisningsbeslut är fattat och att den patientorienterade psykiatriska målsättningen lågprioriteras eller faller bort.

## Offentliga biträdens roll

Situationen är mycket snarlik den som aktualiserats mellan Migrationsverket och de asylsökandes juridiska ombud. Advokatsamfundet har gjort ett vägledande uttalande om offentliga biträdens utredningsskyldighet i asylärenden. Man förklarar att »den främsta plikten för en advokat som förordnas som biträde i ett asylärende är att tillvarata klientens intressen och att bevaka klientens rätt« [4]; uppgiften är alltså inte att vara utredare åt Migrationsverket.

Det är min uppfattning att ett vägledande uttalande av motsvarande art från medicinsk myndighet i dagsläget inte är obefogat.

## Referenser



Läkartidningens elektroniska arkiv  
<http://tarkiv.lakartidningen.se>  
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista

## Sökstrategier för att hitta systematiska litteraturöversikter i Medline/PubMed

II Tillgång till systematiska litteraturöversikter, systematic reviews, kan anses vara grunden för evidensbaserad praxis. Det är också viktigt med sökrutiner som gör det lätt att hitta systematiska översikter om en eftersökt klinisk problemställning.

Det finns ingen indexeringsterm, varken MeSH eller Publication Type, som kan användas för att identifiera systematiska översikter i Medline och PubMed. I stället används kombinationer av specifika sökord tillsammans med ämnesspecifika sökord för att fånga in systematiska översikter.

**Ett stort antal systematiska översikter** som publicerades under år 2000 i 161 noga utvalda tidskrifter – som ingår i Medline – undersöktes med avseende på hur de beskrivs i metodologiska termer.

Totalt 753 (1,5 procent) av 49 028 artiklar i de 161 tidskrifterna klassificerades som systematiska översikter.

Av 4 862 unika termer, som beskrev studietypen systematisk översikt valdes de med en sensitivitet på >50 procent och en specificitet på >75 procent.

En till fem av utvalda termer kombinerades till sammanlagt 782 485 unika sökstrategier som validitetstestades avseende sensitivitet, specificitet och precision i delmängder av Medline via Ovidsystemet.

Sensitivitet definieras som andelen systematiska översikter som hittas om ett ämnesområde.

Specificitet är andelen icke-systematiska översikter som inte hittas.

Precision är andelen hittade artiklar som är systematiska översikter.

Det inverterade värdet av precision anger hur många abstrakt/artiklar som måste gås igenom innan man hittar en som är relevant, »number needed to read«.

**Sökstrategin med högst sensitivitet:** 99,9 procent, och 52 procents specificitet och 3 procents precision bestod av följande söktermer som här formulerats för PubMed:

- *search\*[Title/Abstract] OR meta analysis[Publication Type] OR meta analysis [Title/Abstract] OR meta analysis[MeSH Terms] OR review [Publication Type] OR diagnosis [MeSH Subheading] OR associated [Title/Abstract].*

**Sökstrategin med minst skillnad** mellan sensitivitet, 98 procent, och specificitet, 91 procent, och 14 procents precision:

- *meta analysis[Publication Type] OR meta analysis[Title/Abstract] OR meta analysis[MeSH Terms] OR review[Publication Type] OR search\*[Title/Abstract].*

**Sökstrategin med högst precision,** 57 procent, 71 procents sensitivitet och 99 procents specificitet.

- *medline[Title/Abstract] OR (systematic[Title/Abstract] AND review [Title/Abstract]) OR meta-analysis [Publication Type].*

I originalarbetet finns sökstrategierna formulerade för Medline via Ovid. Här exemplifierade sökstrategier är enklare att använda (färre söktermer) än tidigare utarbetade sökstrategier för systematiska översikter. Samtidigt uppnås – i de två först redovisade fallen – högre sensitivitet.

**Det enklaste sättet** att hitta systematiska översikter är dock att söka i Cochrane Library, där det finns både översikter från Cochrane Collaboration och översikter från andra forskningsorganisationer i databaserna DARE och HTA.

För att komma åt nyligen publicerade systematiska översikter i vetenskapliga tidskrifter är det emellertid av värde att söka PubMed eller Medline under det senaste året och använda ovannämnda sökstrategier. Sökningens syfte – att vara så fullständig som möjligt eller att få tag på något snabbt – är avgörande för vilken av sökstrategierna som väljs (högst sensitivitet, minsta skillnad mellan sensitivitet och specificitet eller högsta precision).

Förhoppningsvis kommer även systematiska översikter i Medline/PubMed att indexeras med en specifik indexeringsterm (Publication Type) på samma sätt som görs med meta-analyser och randomiserade studier.

Cochrane Library finns sedan årskiftet tillgängligt utan kostnad för användare i Sverige, (se [www.sbu.se](http://www.sbu.se)).

**Viveka Alton**  
alton@sbu.se

Montori VM, et al. Optimal search strategies for retrieving systematic reviews from Medline: analytical survey. *BMJ*. 2005;330:68.

## Flyktingskräck har drabbat makthavare

II FN:s flyktigorgan United Nations High Commissioner for Refugees har nyligen uppskattat antalet asylsökande flyktingar i världen till 17 084 100. 4 242 300 av dessa sökte asyl i Europa.

Hälsotillståndet hos dessa människor som inget land vill ha är ofta bedrövligt. Många lider av obehandlade infektionssjukdomar som



**Josef Milerad**  
medicinsk chefredaktör

tuberkulos och HIV/aids, och ännu fler har psykiska problem. Bakom EU-ländernas försäkringar om rätten till vård finns en dold rädsla att hjälpen kan uppfattas som en inbjudan till andra sjuka och desperata människor att söka asyl. Rädsla kan göra oss etikblinda.

»Behandlingen av asylsökande är en frontalattack på människors hälsa, mänskliga rättigheter och social anpassning« skrev tre kända psykiatriprofessorer i en gemensam ledare i *Lancet* år 2001.

På vår webbplats finns en kunskapsöversikt om apatiska flyktigbarn av professor Tor Lindberg. En artikel om en mottagning för illegala flyktingar, bekostad av Läkare utan gränser, kommer. Artiklarna kan ge anledning till en del reflektioner. Makthavare som utåt talar sig varma för »solidaritet med de svaga« tycks mest vändas över att solidaritet i praktiken skickar ut »fel signaler«. De många läkare som idag omsätter politikens solidaritetsdeklarationer i praktisk handling genom att hjälpa svårt utsatta flyktingar blir inte precis hyllade för sina insatser. Det borde de bli. Vi kanske skulle instifta ett »Samvetspris« till dem som följer Hippokratenseden på ett särskilt förtjänstfullt sätt. En värdig kandidat till priset skulle kunna vara Barnläkarförbundets arbetsgrupp för flyktigbarn, som tagit fram det aktuella kunskapsunderlaget. Läs-kretsen är välkommen med fler förslag.

*josef.milerad@lakartidningen.se*



# Apatiska barn – var står vetenskapen idag?

Fenomenet apatiska barn är inte nytt. Det nya är den stora anhopningen av fall bland asylsökande i Sverige och att tillståndet är kroniskt. Detta konstaterade man på ett seminarium anordnat av Svenska barnläkarföreningen och dess arbetsgrupp för flyktingbarn i samarbete med Barnhälsovården, Akademiska sjukhuset i Uppsala. Man diskuterade om de apatiska barnen ska behandlas i öppen eller slutenvård. För svenskt vidkommande är problemet att det saknas vetenskapliga studier av behandling i öppen vård. Socialstyrelsen har hörsammat seminariets önskemål om riktlinjer för diagnos och behandling, och ett expertmöte kommer att sammankallas.

TOR LINDBERG

professor emeritus, ordförande i Svenska barnläkarföreningens arbetsgrupp för flyktingbarn, Borrbý

CLAES SUNDELIN

professor, Barnhälsovården, Akademiska sjukhuset, Uppsala  
[claes.sundelin@akademiska.se](mailto:claes.sundelin@akademiska.se)

II Svenska barnläkarföreningen och dess arbetsgrupp för flyktingbarn anordnade i samarbete med Barnhälsovården, Akademiska sjukhuset i Uppsala, den 31 mars 2005 ett vetenskapligt seminarium om apatiska flyktingbarn. Här presenteras en sammanfattning av seminariet.

Under senare år har man vid barn- och ungdomspsykiatriska (BUP) kliniker i Sverige sett alltfler asylsökande barn som utvecklat ett tillstånd präglad av total apati. Tillståndet har även benämnts depressiv devitalisering [1]. Dessa barn sågs första gången i slutet av 1990-talet, men under de senaste två åren har en anmärkningsvärd ökning av antalet fall skett. Man räknar med att antalet nu överstiger 200 barn, kanske finns det ännu fler, och de finns rapporterade från hela landet. Många barn kommer från forna sovjetrepubliker och från forna Jugoslavien men även från Bangladesh och Afrika.

Tillståndet finns tidigare beskrivet från olika länder i den vetenskapliga litteraturen [2, 3]. Det företer många likheter med det som i internationell litteratur kallas pervasivt refusalsyndrom (PRS) [4]. Det är också känt sedan gammalt genom anekdotiska beskrivningar. Det som gör situationen i Sverige så unik är anhopningen av det stora antalet fall.

Karakteristiskt är att flykten i många

fall har pågått under flera år. Genomgående har barnen personligen upplevt eller varit vittne till svåra traumatiska händelser i hemlandet. Inte sällan har det förekommit sexuella övergrepp. Barnen har ofta en tidigare fysisk eller psykisk sjukdom. Barnen är oftast äldst i systerfamiljen och har en speciell bindning till modern. Familjen kan ha splittrats, och någon familjemedlem kan ha blivit hotad till livet.

När de kommer till Sverige får de i bästa fall tillfälligt skydd men blir snabbt medvetna om att det är osäkert om de får stanna. Risken för att bli utvisade och sända tillbaka blir påtaglig.

Mycket ofta har den ena, oftast modern, eller båda föräldrarna stora psykiska problem som de måste söka hjälp för. Ofta har de en eller flera perioder med sjukhusvård efter suicidförsök.

## Klinisk bild

Vid stress reagerar ofta yngre barn med olika kroppsliga krämpor, som blir alltmer påtagliga. Vanligast är ont i magen och huvudvärk samt klagomål på allmän svaghet. Barn i förskole- och tidiga skolåldern regredierar.

Sömnen blir sämre med flera uppvaknanden under natten, ofta på grund av mardrömmar. Mardrömmarna handlar om separation, om hemska personer som kommer för att skada eller om våld och blod. En del barn upplever denna rädsla så påtagligt att de ser personerna som verkliga, och dessa kommer för att göra dem illa. Dessa syn- och hörselupplevelser förekommer mest på kvällen vid insomnandet.

Om barnet slutar att leka är det ett allvarligt tecken. Ofta försvinner då också framtidstron. Barnet blir ännu mer ned-

stämt och håglöst men även irriterat, negativt och tvärt. Aggressivitet och våld kan förekomma, framför allt gentemot systerfamiljen och modern.

Samtidigt får barnet alltmer ångest. I vissa fall utvecklas regelrätta panikattacker. Det kan bli så svårt att barnet önskar att försvinna eller dö. Suicidhandlingar är vanliga och kan förekomma redan från förskoleåldern men i allmänhet hos äldre skolbarn och ungdomar.

När depressionen ytterligare fördjupas drar sig barnet undan kontakter med vuxna och jämnåriga. De klarar inte längre att gå i skolan. Om föräldrarna inte tidigare sökt hjälp för sitt barn brukar det bli aktuellt nu. Oftast är det då familjen får avslag på sin ansökan om uppehållstillstånd, men ibland även utan något besked, som dessa traumatiserade och djupt deprimerade barn och ungdomar ger upp helt. De blir totalt passiva och ligger i sängen – ofta i fosterställning – med täcket uppdraget över huvudet. De svarar oftast med korta meningar och svag röst. Så småningom kan de bli helt tysta och reagerar över huvud taget inte på försök till kontakt från omgivningen. Inga andra reaktioner eller tecken till att försöka använda kroppsspråk förekommer.

De slutar nu helt att äta och dricka. Bilden liknar den man ser vid depressiv stupor. Om familjen så småningom får uppehållstillstånd vänder tillståndet så sakta, ibland på någon vecka. Oftast tar det flera veckor upp till några månader innan barnet är så pass återställt att det kan börja i skolan igen. Efter ett år brukar nästan alla vara någorlunda återställda.

## Reaktioner på stress och trauma

Det är oklart vilken typ av stressreaktion som dessa barn som utvecklar ett apatiskt tillstånd har. De olika stressinducerade psykiatriska tillstånden enligt DSM-IV är maladaptiv stressreaktion, akut stressyndrom, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och utmattningssyndrom.

PTSD innebär ett föregående katastrofalt trauma med rädslerreaktion, »flashbacks«, mardrömmar och signalreaktioner, undvikande samt överspändhet. Oftast förekommer samsjuklighet med depression. PTSD är inte ovanligt hos flyktingbarn. Vid PTSD finner man lägre salivkortisolnivåer på morgonen

## II Föreläsare vid seminariet

*Anne-Liis von Knorring*, professor, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Uppsala, belyste den kliniska bilden.

*Marie Åsberg*, professor, Psykiatricentrum, Karolinska Universitetssjukhuset Solna, gav en översikt över fysiska och psykiska reaktioner på stress och trauma.

*Olle Jeppsson*, överläkare, och *Marie Wermeling*, barndietist, Barnens sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, gav barnmedicinska synpunkter på tillståndet.

*Henrik Pelling*, klinikchef, barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Uppsala, redogjorde för behandlingen i öppen vård.

*Göran Bodegård*, överläkare, Eugenia, BUP-kliniken, Stockholm, redogjorde för behandlingen i slutna vård.

*Åsa Löwén*, läkare och doktorand i religionspsykologi, redogjorde för sin forskning »Hur överlever asylsökande barn i limbo?»

*Lars H Gustafsson*, docent, Lund, belyste de läkaretska problemen under rubriken »Läkareetik och asylpolitik«.

*Claes Sundelin*, professor, Barnhälsovården, Akademiska sjukhuset, Uppsala, var moderator.

än förväntat. Man har också kunnat visa att hos vuxna med PTSD som utsatts för svåra övergrepp under barndomen är hippocampus volym mindre än hos kontroller; denna »skrumpning« verkar vara genetiskt styrd. Djurförsök har visat att kärleksfull omvårdnad av barnen stimulerar utvecklingen av hippocampus. Ett annat område i hjärnan av betydelse i detta sammanhang är amygdalakärnan, som samlar våra emotioner – skräck, fruktan, glädje etc. Vid PTSD är amygdala överkänslig. Man har med hjälp av funktionell magnetresonanstomografi (MR) kunnat visa att hos PTSD-patienter aktiveras amygdala betydligt mer av glada respektive rädda ansikten än hos kontroller.

De apatiska barnen synes inte kunna placeras in i något av de ovan angivna stressinducerade psykiatriska tillstånden. Tillståndet torde kunna betecknas som ett »uppgivenhetssyndrom«, och barnen uppvisar likheter med dem som kallades »Muselmänner«. Muselmänner var de interner i koncentrationslägren som helt hade förlorat viljan att överleva och som drog sig undan omvärlden på ett sätt som liknar autism. Apatireaktioner som uttryck för »inlärnd hjälplöshet« har

observerats i djurförsök när djur utsätts för obehagliga stimuli, som de varken kan bekämpa eller fly ifrån.

Det är oklart hur biokemiska parametrar av intresse, exempelvis kortisolomsättningen, förhåller sig hos de apatiska barnen. Det är i högsta grad angeläget att klarlägga detta och att också exempelvis med funktionell MR studera amygdala och andra centra i hjärnan.

### Barnmedicinska synpunkter

De barn som barnläkaren får kontakt med är dels de som uppvisar olika psykosomatiska symtom, dvs innan barnet sjunkit ner i det apatiska tillståndet, dels de barn som är totalt apatiska.

De apatiska barnen har kroppsligen inte några allvarligare avvikelser. Tyvärr är de dock redan i ett svälttillstånd då de kommer till barnmedicin. Barnen är dehydrerade med ketoacidosis, såsom vi kan se vid svår diabetes. Detta behandlas enligt sedvanliga rutiner. Det kan också inledningsvis finnas en del differentialdiagnostiska överväganden, såsom hjärntumör eller intoxikation på grund av ett suicidalförsök. I motsats till situationen vid anorexia nervosa har de apatiska barnen oftast takykardi och förhöjt blodtryck.

Efter inledande intravenös vätsketillförsel ges enteral näringstillförsel via ventrikelsond, enligt ett särskilt schema. Denna form av näringstillförsel blir långvarig, och marginalerna är små mellan för mycket och för lite tillförsel av energi och näringsämnen.

Barnen behöver därför kontrolleras med täta intervall med mätning av fett-

**Moraliska frågor kan konverteras till tekniska utan att vi i vården riktigt förstått utvecklingen.**

och muskelmassa, bukomfång och vikt.

Längdtillväxten är en god indikator på tillfredsställande näringstillstånd. Indirekt kalorimetri kan göras för att se att den basala ämnesomsättningen (BMR), »tomgångsförbränningen«, inte sjunker, vilket skulle vara tecken på svält.

Barnen saknar skyddsreflexer och reagerar inte på smärta, vilket kan ge skador, exempelvis vid ovarsam förflyttning. Barnen är i första hand i behov av

god omvårdnad för att förhindra liggsår, kontrakturer etc. Behandlingen sköts av ett vårdteam bestående av vårdpersonal av många olika kategorier, såsom barnläkare, sjuksköterska, barnsköterska, sjukgymnast, dietist samt personal från barnpsykiatrien.

Det är stor risk för att en i grunden amoralisk byråkratisk rationalitet kan ta överhanden i både vården och asylprocessen. Moraliska frågor kan konverteras till tekniska utan att vi i vården riktigt förstått utvecklingen. Barn kan skickas hem till en »vård« som inte finns.

### Erfarenheter av behandling i öppen vård

Barnen insjuknar inte akut i sitt apatiska tillstånd, utan det sker en gradvis försämring, där barnen uppvisar symtom som man måste vara lyhörd för.

I Uppsala har man erfarenheter från en stor mängd deprimerade och traumatiserade asylsökande i Gimo flyktingförläggning. Många barn var i ett svårt tillstånd av hjälplöshet, hopplöshet, desperation och svår psykisk sjuklighet. I anslutning till förläggningen gavs öppen vård, där gruppbehandling av föräldrarna var det viktigaste. Insatserna kompletterades med nätverksmöten och i individuella fall krisinterventioner. Föräldragrupperna medförde att det uppstod en fortsatt önskan att ta emot hjälp för att stödja barnen. Gruppen i sig bildade ett nätverk, vars resurser kunde användas tillsammans med insatser från Migrationsverket, landsting, kommun och frivilliga då barnen började utveckla allvarliga symtom. God kunskap hos behandlarna om dissociativa symtom, PTSD och depression gjorde att begynnande apati, skolvägran, somatisering m m kunde åtgärdas av föräldrarna med stöd av gruppbehandlingen och övriga resurser i nätverket.

En nära samverkan mellan öppenvårdsresursen och akutavdelningarna på BUP och barnkliniken medförde att insatser vid självmordsförsök, akuta bedömningar, akuta behov av krissamtal och eventuell medicinering kunde genomföras. Det var möjligt enbart eftersom avdelningspersonalen kunde förlita sig på den specialiserade öppenvårdsresursen i Gimo. Öppenvården medförde att behovet av slutna vård nästan upphörde. Det innebar också att barnen fortsatte att leka och gå i skolan. Erfarenheterna från Gimo flyktingförläggning härrör dock från tiden före den epidemi av apatiska tillstånd som idag utgör ett stort bekymmer.

De asylsökande barnen behöver bättre hjälp från sjukvården. Experterna från pediatriken och barnpsykiatrien kan göra den bästa insatsen i barnens sociala och emotionella miljö. Det är där som det är

möjligt med en flexibel samverkan med nätverkets resurser. Det som är verkligt förebyggande är en human flyktingpolitik, som tar hänsyn till barnen. En human barnsjukvård bidrar bäst genom en satsning på öppen vård och akutvård. Då samverkan mellan dessa fungerar kan förhoppningsvis många fall av apati hos flyktingbarn förebyggas.

## Indikationer för behandling i slutenvård

Indikation för sjukhusvård är ett barn med svårt psykiatriskt tillstånd, vilket motsvarar diagnosen PRS [4], där nätverket inte förmår vårda barnet och andra vårdformer har prövats men inte fungerar. Det är framför allt barnets tillstånd och nätverkets sviktande omsorg som avgör den nödvändiga slutna vårdnivån.

På Eugenia har man vårdat barn under 13 års ålder. 18 av 25 barn motsvarar diagnosen PRS medan sju har lättare grad av syndrom.

Lättare syndrom är väsentlig kontaktstörning: barnet rör sig mycket lite, reagerar inte på tal, barnet matas och är helt tyst. Av 14 diagnoskriterier för PRS är de viktiga: större grad av passivitet, hyperton, oförmåga att äta och dricka, inkontinens, mutism, perioder av svår ångest, vägran och belastningskänslighet.

Mycket viktig för intagningsindikationerna är föräldrarnas omsorgsförmåga. Kombination av omsorgssvikt hos mamman och PRS finns i 17 av fallen, god omsorgsförmåga och PRS i fyra av fallen och omsorgssvikt och lättare symptom i fyra av fallen.

Under tiden i Sverige har barnet visat mycket svåra psykiska störningar. Så gott som samtliga barn hade pågående BUP-kontakt, och flera hade vårdats vid en social institution på initiativ från BUP. Dessa vårdformer hade dock inte avbrutit utvecklingen mot apatin.

Moderns psykiska ohälsa var mycket viktig. Flera av mödrarna hade sökt psykiatrisk hjälp i hemlandet. Under tiden i Sverige hade över hälften vårdats vid psykiatrisk klinik, och under vårdtiden på Eugenia blev akuta konsultationer i vuxenpsykiatri nödvändiga för över hälften.

Mödrarna hade ofta en mycket tät relation med barnet av negativ symbiotisk karaktär, där mamman betedde sig som om hon vakade över ett döende barn. Denna täta relation torde vara av stor betydelse i både patogent och salutogent perspektiv.

Hälften av familjerna hade varit i Sverige mellan två och 22 månader och ännu inte erhållit något avslag! Andra hälften hade varit här upp till fem år och fått upprepade avslag. Hälften av de barn som vårdats har kommit till Sverige med

## *De apatiska barnen kan ses som barn vars illusionistiska värld inte längre fungerar som ett nödvändigt livsrum mellan den autistiska och den realistiska världen.*

svår traumatisk symptomatologi. Barnen har tidigt försämrats och till slut krävt slutenvård här.

Anmärkningsvärt är hur små förändringar som sker akut när familjen erhållit permanent uppehållstillstånd, vilket talar för att den svåra familjepatologin internaliserats starkt. Modern behövde åtskilliga veckor för att ta till sig det positiva beskedet och så småningom tydligt förmedla det till barnet och därmed initiera ett tillfrisknande och på allvar kunna ta till sig den psykiatriska vården. Av de 23 barn som behandlats på Eugenia har 15 blivit återställda eller väsentligen förbättrade (14 av dessa har fått permanent uppehållstillstånd!). Viss förbättring har noterats i tre fall (dessa tre har fått permanent uppehållstillstånd). Ingen förbättring har skett hos fem, varav inga har fått permanent uppehållstillstånd! En patient har tillfrisknat med behandling utan permanent uppehållstillstånd. Han har dock återfallit i svår PRS vid negativt beslut från Utlänningsnämnden.

## Religionspsykologiskt perspektiv

Åsa Löwén diskuterade hur asylsökande barn kan skapa mening. Med utgångspunkt från religionspsykologisk teori beskrevs tre världar som alla människor lever i: den autistiska eller privata världen, den illusionistiska och den realistiska. I den privata världen finns våra rädslor, drömmar och fantasier. Konst, religion, inlärning och lek tillhör den illusionistiska världen. Den realistiska världen är den vanliga yttre.

De apatiska barnen kan ses som barn vars illusionistiska värld inte längre fungerar som ett nödvändigt livsrum mellan den autistiska och den realistiska världen. Konfrontationen med en hård realistisk värld utan hopp och nåd gör att de förpassas till den autistiska – ett uttryck för detta är bristen på förmåga att leka och gestalta. Barn från sammanhang där lek, lärande och vardagsglädje genom olika yttre omständigheter tidigt ställts på undantag kan ha svårare än andra barn att behålla sin illusionistiska värld intakt

i samband med påfrestningar. I detta perspektiv är det viktigt att stärka krafterna i den illusionistiska världen under asyltiden.

## Läkaretik och de apatiska barnen

Läkaretiken och asylprocessen behöver diskuteras mer än vad som görs idag, vilket nyligen framhållits i Läkartidningen [5]. Vilka läkareiska frågor väcks i vårt arbete med de apatiska barnen? Här finns vård- och behandlingsetiska frågor. Diskussionen om hur de apatiska barnen ska behandlas, i öppen eller slutenvård, hör hit. Vi ska, enligt våra etiska regler och FN:s barnkonvention, alltid ge ett barn bästa tillgängliga behandling. Principerna är glasklara. De apatiska barnen har rätt till den bästa vård vi kan erbjuda. Vi ska ställa samma krav på evidens och kvalitet i vården för dessa barn som för alla andra barn.

Men ibland kompliceras bilden. Om ett barn hotas av avvísning – är det då rätt att inleda en behandling som måste avbrytas när barnet kommer till sitt hemland?

Svaren är inte alltid självklara. Men varje fråga går att analysera med de etiska verktyg vi har. En enkel tumregel får vi genom att först tänka: »Om barnet framför mig vore en svensk kollegas barn boende i mitt kvarter – hur skulle jag agera då?» Och sedan handla därefter.

Det kan gälla situationer då huvudmannen ger direktiv som vi menar strider mot våra etiska principer, t ex att inte lägga in apatiska barn för slutenvård.

Frågor kring sådana dubbla lojaliteter berörs främst i Lissabondeklarationen.

## Principerna är glasklara.

### *De apatiska barnen har rätt till den bästa vård vi kan erbjuda.*

Där sägs bl a: »Närhelst lagstiftning, regeringsåtgärder, eller annan administration eller institution förnekar en patient dessa rättigheter, bör läkare vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa eller återupprätta dem.» Vilka dessa »lämpliga åtgärder« är berörs inte närmare. Men de rättigheter som avses är nog preciserade. I arbetet med de apatiska flyktingbarnen som hotas av avvísning är t ex följ-

jande formulering i Lissabondeklarationen aktuell: »Så länge fortsatt medicinsk vård är motiverad, får läkaren ej avbryta en behandling utan att ge patienten rimlig hjälp och erforderliga möjligheter att ordna vård på annat sätt.«

## Diskussion

Det är uppenbart att detta fenomen med apati hos barn inte är nytt utan finns beskrivet i internationell vetenskaplig litteratur och är känt sedan tidigare, även i Sverige. Akuta reaktioner i form av matvägran, apati, isolering, självdestruktivitet etc förekommer hos både flyktingbarn och andra utsatta barn i Sverige. Vi har lång klinisk erfarenhet inom barnpsykiatri av att det bästa omhändertagandet nästan alltid kan göras i öppen vård. Det som är nytt är anhopningen av detta tillstånd hos de asylsökande barnen och att tillståndet är kroniskt. Dessa barn har genomgått svåra traumatiska händelser i hemlandet, de lider av en svår situation, de simulerar inte och de manipuleras inte av sina föräldrar.

Det finns två skolor rörande hur de apatiska barnen ska behandlas, antingen i öppen vård eller i slutna vård. Alla är eniga om att det finns olika svårighetsgrader av detta tillstånd, och bäst är att fånga upp dessa barn i tid, innan de sjunker ner i apatin, och behandla familjen med intensiva öppenvårdsinsatser. Behandling i öppen vård, såväl i förstadierna som i apatistadiet, kräver ett väl uppbyggt och väl fungerande nätverk av olika resurser och väl fungerande samarbete mellan olika specialiteter.

De som talar för öppen vård framhåller att symptom på traumatisk stress lätt förstärks i sjukhusmiljö genom den relativa isoleringen. Dessa förstärkta undvikanden kan leda vidare mot apati. När barnet läggs in på en avdelning och trycket från föräldrarnas extrema stress minskar utlöses ofta en regression. Denna tillbakagång kan också leda vidare mot apati.

De som talar för slutna vård framhåller att den intensiva behandling som behövs för såväl barn som förälder inte kan ges ambulantly på ett adekvat sätt [4].

Problemet för svenskt vidkommande är att någon vetenskaplig sammanställning av behandlingsresultat vad gäller öppen vård av de apatiska barnen inte finns publicerad, däremot finns resultat publicerade rörande behandling i slutna vård [6]. Någon jämförelse mellan effekten av dessa två behandlingsformer kan sålunda inte göras. Båda skolor är dock djupt eniga om att permanent uppehållstillstånd för familjen är det som får barnets tillstånd att vända.

Svenska barnläkarföreningens arbetsgrupp för flyktingbarn har för Soci-

alstyrelsen påpekat önskvärdheten av att Socialstyrelsen snarast gör en utredning och utvärdering av detta tillstånd och anger riktlinjer för diagnostik och behandling. Enligt besked givet vid seminariet har Socialstyrelsen nu startat en sådan utredning och kommer att snarast sammankalla till ett expertmöte.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Bodegård G. Fallbeskrivning av depressiv devitalisering. Asylsökande flyktingbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. *Läkartidningen* 2004;101:1696-9.
2. Lask B, Britten C, Kroll L, Magagna J, Tranter M. Children with pervasive refusal syndrome. *Arch Dis Child* 1991;66:866-9.
3. Thompson S, Nunn K. The pervasive refusal syndrome: learned helplessness and hopelessness. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1996;1:121-32.
4. Lask B. Pervasive refusal syndrome. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004;10:153-9.
5. Gustafsson LH. Flyktingbarnen och läkaretiken. Rapporteringsplikt när läkare gör fel bör införas och gå före kollegialiteten. *Läkartidningen* 2005;102:322-3.
6. Bodegård G. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2005;10(3). In press.

# Får asylsökande barn den vård de har rätt till?

**Säkert inte – summan av särbehandling brukar bli minus för svaga grupper**

Asylbarnspsykiatri finns i många korsvägar: inom sjukvården, mellan vården och andra samhällsinstanser och på det individuella professionella och personliga planet. I dessa korsvägar är etiska frågor av avgörande betydelse. Artikeln diskuterar, nyanserar och problematiserar de etiska dilemman som finns, bl a mot bakgrund av den pågående debatten om de apatiska barnen.

**TORGNY GUSTAVSSON**  
specialist i barn- och ungdomspsykiatri,  
leg familjeterapeut, överläkare, barn-  
och ungdomspsykiatriska kliniken, Växjö  
[torgny.gustavsson@ltkronoberg.se](mailto:torgny.gustavsson@ltkronoberg.se)

Asylpsykiatrin finns i många korsvägar. I sjukvården kan det handla om skärningspunkten mellan otillräckligt utvecklade evidensbaserad vård å ena sidan och personlig klinisk övertygelse å den andra. Det finns också korsvägar mellan kunskapsområden, såsom mellan barn- och ungdomspsykiatri och pediatrik, mellan psykiatri och psykologi och mellan olika behandlingsideologier och förklaringsmodeller. Men asylbarnspsykiatri finns också i andra korsvägar: mellan sjukvård och andra instanser och domäner. En gränssyta är mot socialvård, en annan mot juridik och en tredje mot politik och offentlig debatt. Det finns också påtagliga skärningspunkter på andra plan. Som kanske inget annat sjukvårdsområde engagerar asylbarnspsykiatrin oss personligen, ofta rent privat. Det uppstår konflikter mellan samhällets lagar och vår yrkesetik och privata moralkod. Vår professionella roll som hjälpare utmanas av att vi ofta inte har metoder eller möjlighet att hjälpa, vilket kan kännas som ett personligt misslyckande.

Samtidigt innebär mötet med den asylsökande familjen att konfronteras med de gräsligaste, omänskligaste och hemskaste erfarenheter, något som vi måste kunna hantera. Ibland kan vi upptäcka att vi blivit lurade eller manipulerade, vilket kan bli en personlig frustration. Det finns också korsvägen mellan »vi och dom«, mellan det välkända och det annorlunda. I alla dessa korsvägar finns etiken med.

**Evidensbaserad vård – klinisk övertygelse**  
Ännu är den evidensbaserade kunskapen minst sagt mager vad asylbarnspsykiatri

anbelangar. Det första etiska budet inom all sjukvård är ju att erbjuda bästa möjliga vård. Vad kan man då göra när evidens saknas samtidigt som ärendetypen maximerar vårt engagemang?

Kunskap finns trots allt, vi är inte nakna. Kunskap med relevans kan hämtas från angränsande områden, som behandling av depression, självskadebeteende, anorexi, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), dissociation och PRS (pervasive refusal syndrome), och det är viktigt att kombinera kunskap, att söka brett med öppet sinne.

Det finns också annan kunskap som har hög relevans. Det finns generell kunskap om människans och barnets reaktioner på stress; kunskap om salutogenes, om familjens betydelse, både som resurs- och riskfaktor, och om hospitaliseringsrisker. Vi har ju också de hittills vunna kliniska erfarenheterna, som behövs redovisas systematiskt.

Vi vet också vad som är god behandlarkompetens. Värme, empati och allians är nödvändigt för behandling men också utmaning, spegling, strukturering och att våga sätta relationen på spel. Ur sådan kunskap kan behandlingsmodeller vaskas fram för att prövas och granskas.

Men inte minst mot bakgrund av den dagsaktuella debatten finns det risker att jag inte ser – när mina egna behov blir viktigare än sakliga ställningstaganden, och när testuggandet och ideologin ställer sig i vägen för omprövande och nytänkande. Det är en risk och en situation som har en lång tradition inom de psykiatriska fälten. Rädsla för smärta och misslyckande kan också ställa sig i vägen för omprövning och öppenhet.

Det andra etiska budet är att den som bäst behöver vården skall få den. Prioriterar vi asylsökande barn utifrån samma principer som andra? Har asylsökande barns symtom samma värde, eller finns

det en särskild kö för dem, en särskild prioriteringsnorm? Arbetar vi rationellt med att göra behandlingsprogram, har vi mångfasetterade kunskapsmodeller också när vi erfar att hjälpen inte hjälper, att andra än vårdåtgärder är de avgörande? Prioriterar vi ändå det enskilda fallet utifrån samma norm som svenska barn?

Att diskutera de asylsökande barnens situation och den medicinska vården av dem har flera underliga särmerken och är ofta ytterst känsligt. Risker att bli missförstådd, hänförd till en sida i debatten eller pådyvlat ett generellt synsätt är påtaglig. Detta ställer sig i vägen för ett sakligt granskande och vetenskapligt förhållningssätt men hindrar också allsidighet i förståelse och behandlingsplanering.

Att säga att det kan finnas förklaringar i familjen, att diskutera föräldrarnas inflytande över det sjuka barnet, att ställa frågor runt aggravering eller manipulering blir känsligt och kan leda till beskyllningar om omänsklighet och bristande empati. Men de frågorna ställer vi när det gäller andra barn- och ungdomspsykiatriska tillstånd.

Vi diskuterar hur familjen motverkar eller gynnar uppkomsten av symtom, om familjen utgör en resurs eller en risk. I den kliniska vardagen ställer vi oss dagligen frågor runt misshandel och övergrepp som bakgrund till barnpsykiatriskt lidande.

Frågan blir än mer aktuell, då vi ju vet att människor som utsatts för våld, tra-kasserier och trauma riskerar mer än andra att ta till våld i frustrerande situationer.

Om vi inte för de diskussionerna och skärskådar motsvarande möjligheter när det gäller asylsökande barn ger vi dessa barn en annorlunda och sämre barnpsykiatrisk vård, och det är diskriminering.

Vi är i andra sammanhang mycket medvetna om hur samhällsfaktorer av olika slag påverkar och alltid har påverkat sjukdomspanoramata. När Goethe publicerade »Den unge Werthers lidande« blev det en epidemi av självmordshandlingar i Tyskland, och först när bulimia nervosa blev ordentligt vetenskapligt beskrivet på 1960-talet började symtomen sprida sig. Det går idag en våg av självskadebeteende över Sverige, som inte fanns för 20 år sedan, ett tydligt fall

av social smitta. Detta är inom det psykiatriska fältet väl kända och okontroversiella förhållanden.

Varje sjukdom och störning korresponderar med det samhälle och den situation den finns i, och all sjuklighet har kommunikativa aspekter, som talar om den drabbades lidande på ett »språk« som är effektivt.

Sjukdomar är också berättelser, som skildrar människors situation och lidande, och för varje berättelse finns en berättare och en som lyssnar, och båda anpassar sig efter varandra i försök att förklara och förstå. Det innebär givetvis inte att sjukdomen är simulerad eller har ett specifikt och medvetet syfte. Men det innebär heller inte att det skulle vara humanare eller uttrycka större respekt och tilltro till patient och familj att bortse från dessa aspekter. Att negligera eller förneka sjukdomens kommunikationsaspekt innebär tvärtom bristande sakkunskap och ovilja eller oförmåga att se hela lidandets komplexitet.

Det pågår också en diskussion om hur vi skall namnge de svåraste tillstånden hos asylsökande barnen. Men om verkligheten finns i språket innebär det ju inte bara att verkligheten leder till en viss diagnos utan också att diagnosen både berättar om och konstruerar en verklighet. Och den verklighet som konstrueras blir olika om vi kallar den depressiv devitalisering, generell uppgivenhet, ihållande vägran eller maladaptiv stressreaktion. Lyssna själv vilka olika förväntningar diagnoser innebär.

Så att namnge är att påta sig ett ansvar för det lidande man sätter etiketten på.

## Vård – politik

Det politiska systemets avgörande betydelse är uppenbar inom asylpsykiatrin. Fick alla stanna skulle vi inte ha några barn med uppgivenhetssyndrom. När vi ser att behandlingseffekterna är beroende av politiskt styrda förhållanden riskerar vi att bli politiska i vårt vårdarbete.

Vi kan anpassa oss till politiken och ge upp, eftersom det ändå inte lönar sig. Vi kan göra vad som förväntas och minimera insatserna och engagemanget, vilket leder mot de små stegens tyranni. Barnläkaren Olle Jeppsson på Huddinge Universitetssjukhus kallar det »inlärdd omänsklighet« och menar då hur små och till synes obetydliga oetiska handlingar gör oss okänsliga för innebörden i vad vi gör, så att vi blir vana vid och blinda för vår egen omänsklighet.

Alternativt kan vi revoltera mot politiken – och riskera att patienten blir ammunition eller bevismaterial i vår politiska kamp. Den politiskt offentliga arenan efterlyser tydliga exempel, starka känslor, enkla ställningstaganden. Det

Är vi som läkare förmer?  
Har vi en högre etik än  
samhällets demokratiska  
institutioner? Skall vi i så  
fall följa denna etik längre  
än till debatt och protest,  
också till handling: gömma,  
skriva in under falsk identitet,  
vägra lämna polisen  
uppgifter, intyga falskt?  
Varför inte?

negativa har det största demagogiska värdet. Noceboeffekten – de negativa förväntningarnas effekt – riskerar att drabba det enskilda barnet, eftersom ett mycket påtagligt sjukt barn med alla symtom är det enda som är riktigt intressant i medierna. Vill vi spela med på den arenan eller fegar vi ur eller finns det andra möjligheter?

Tänk tanken att botemedlet mot apati hos asylsökande – uppgivenhetssyndromet – hittades i morgon. Hur skulle vi reagera, och hur skulle våra etiska och politiska ställningstaganden påverkas? Skulle de asylsökande barnen vinna på det?

## Lagstiftning – etik

Vad händer när vår personliga – yrkesmässiga och/eller privata – etik krockar med lagstiftningen? Är det rätt att bryta lagar? Vilka? Alla lagar? Är läkar-, sjuksköterske- eller psykologetiken överordnad svensk lag? Är Barnkonventionen det?

Läkarnas såväl nationella som internationella etiska regler säger att vi skall motsätta oss samhällets lagar om dessa påbjuder omänskligt och oetiskt handlande. Men de har sin bakgrund i andra världskriget och koncentrationslägren, i Gulag och det sovjetiska psykiatrimissbruket och läkarnas roll i dessa sammanhang.

Är de lika adekvata i en demokrati? Är vi som läkare förmer? Har vi en högre etik än samhällets demokratiska institutioner? Skall vi i så fall följa denna etik längre än till debatt och protest, också till handling: gömma, skriva in under falsk identitet, vägra lämna polisen uppgifter,

intyga falskt? Varför inte?

»Besluten är fattade enligt lagen och det kan man som enskild tjänsteman inte ha synpunkter på«, säger i en DN-intervju nyligen en anställd på asylförvaret i Märsta. Är det så, bör det vara så? Läkarna på Guantanamo kommer runt läkaretikens bud då de skall avgöra om fångar tål »hårda förhör« genom omdefinieringar: fångar är inte patienter och man sysslar därmed inte med sjukvård, alltså gäller inte läkaretiken. Har det likheter med situationen för oss här i Sverige, t ex när vi bedömer om asylsökande är »transportabla«?

Bertrand Russell sa: »Utan uppror skulle mänskligheten stå stilla och orättfärdigheten skulle vara ohjälplig. Den människa som vägrar lyda överheten har därför under vissa förhållanden en legitim funktion, förutsatt att hennes ohörsamhet mer dikteras av sociala motiv än av personliga.«

## Behandlarens frustration

När vi möter det värsta men inte förmår det som är vår uppgift, när vi riskerar att bli lurade och manipulerade, när vi tvingas att agera på en arena vi inte är avsedda att vara på, resulterar det också i att vi dras in personligt och som individer.

Vi kan distansera oss: »Det här är inte psykiatri, inte sjukvård, det måste vara socialvårdens ansvar. Det var inget riktigt suicidförsök, det är deras kultur.«

Eller vi blir cyniska, desensibiliseras, prickar av på listan, »Jaså, inte värre«, »jaha, och så gruppvåldtäkt, och så pappa slagen medvetslös ja, såg döda barn på vägen, jaha. Hört det förut.«

Vi blir vantrogna: »Så illa var det nog inte, de överdriver, det vet man ju, de vill bara få intyg.«

Vi blir rädda att bli lurade och att ha investerat engagemang i onödan, att ha varit godtrogna, dvs oprofessionella, inkompetenta. Vi måste skydda oss för deras smärta, kan inte nås av patienten, kan inte hjälpa.

Alternativt reagerar vi med att gå i koalition med patienten. Vi blir patientens försvaradvokat och förlorar vår terapeutiska frihet och klarsyn och blir därmed terapeutiskt impotenta och riskerar att skada vår patient.

De är annorlunda än vi, det måste vi också hantera. För den som kommer från en kultur med auktoritär sjukvård – där behandling självklart innebär medicinering som en distanserad läkare ger utifrån en expertposition och som kanske upplevt eller fruktat samhällelig diskriminering – kan det ligga nära till hands att tro att den medicinfräa vård som är given i öppen dialog och av andra än doktorer utanför sjukhuset är en sämre sorts

vård som ges för att man är främling.

När de reagerar med misstro, irritation och beskyllning om vanvård, är det tecken på vanföreställningar, en paranoid inställning? Och är det underligt om de tolkar vår, enligt sin erfarenhetsbakgrund, inaktiva och ineffektiva behandlingsansats som att vi också givit upp? På vem bör då kravet att förstå den andres kulturella kontext ligga? Kravet på dem att anpassa sig och att lära sig vår kultur måste komma senare, när och om de får stanna.

annons

## Etik – moral

Alltså får asylsökande likvärdig vård som svenska barn? Etik är att veta det rätta, moral att göra det rätta. Hade handläggning, prioritering och insatsens kvalitet och omfattning varit densamma om Sergej hetat Sven eller om Alida hetat Astrid?

Nej, säkerligen inte! Alldeles säkert särbehandlar vi asylsökande barn, troligen både positivt och negativt, men summan blir antagligen minus för dem, för så brukar det ju alltid bli för de svagaste grupperna, för de främmande.

Det är därför det blir så viktigt att lyfta fram och problematisera etiken. Etik skall vara svårt, det bör inte finnas givna och enkla lösningar eller självklara åtgärder, för i så fall har vi gått på etiska blindskär. Etiska frågeställningar har ofta inga svar utan är uppmaningar till reflektion.

Var och när reflekterar vi över vår etik? När skärskådar vi oss själva? Finns det tid och tillfälle för det i vår kliniska vardag? För om vi aldrig upptäcker att vi har gjort fel, hur kan vi då veta att vi inte är blinda? Tage Danielsson sa: »Utan tvivel är man inte klok.« Det pågår en debatt om de apatiska barnen. Den förs i samhällsprogram och soffor i TV, på tidningarnas debattsidor och på våra egna konferenser och möten. Delar av denna debatt får ton av polemik och tvärsäkerhet om vem som har rätt, om vem som värnar barnen mest och vem som har högst moral.

Men det mest oetiska är om barnen blir slagträ i ideologiska strider och vetenskapliga tråtor om definitioner, om den rätta och enda förklaringsmodellen, om den rätta och enda behandlingen, om betydelse av omgivningsfaktorer i familj och samhälle. Då är ju risken överhängande att vi med barnen som vapen försöker bevisa våra teser i stället för att göra det vi skall: bota, lindra, trösta.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Diskussionen kring de apatiska barnen: Vad är det vi har skrivit som är så förfärligt?

När Rolf Zetterström skriver att vårt inlägg tyder på att vi, verksamhetschefer inom barn- och ungdomspsykiatri, inte vill befatta oss med de apatiska barnen har han fel i sak – det var omsorgen om barnen som gjorde att vi skrev artikeln. Genomgående använder han starka ord och kommer med olika påståenden, dock utan belägg. Inte heller framgår vari de påstådda »sprickorna« inom barn- och ungdomspsykiatri skulle bestå.



**STEN LUNDQVIST**  
verksamhetschef, BUP Stockholm, leg psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi  
[sten.c.lundqvist@sll.se](mailto:sten.c.lundqvist@sll.se)

II Nej, det var inget olycksfall i arbetet. Jag måste göra Rolf Zetterström besviken på den punkten. När vi 25 verksamhetschefer från barn- och ungdomspsykiatri i hela landet skrev en artikel om de apatiska barnen i Dagens Medicin [1] så var det inte alls, som han hoppas eller befarar [2], dåligt genomtänkt. Det var mycket värre än så.

### Grundlig diskussion

När vi verksamhetschefer från barn- och ungdomspsykiatri möttes i Sigtuna den 10–11 mars 2005 ägnade vi åtskilliga timmar åt frågan om de apatiska barnen. Bakgrunden var självklart att vi har stor erfarenhet av vården av dessa barn, de finns hos oss, de finns i våra verksamheter, de har ett stort lidande och de och deras familjer har ofta behov av omfattande vårdinsatser. Kort sagt: Det är vårt ansvar att se till att de får så god vård som det någonsin är möjligt. Därför hade vi den här överläggningen, beskrev för varandra vilken vård vi prövat, hur den fungerat och vilka slutsatser vi dragit.

### Har mött många av barnen

De erfarenheter som fanns samlade i gruppen var väldigt många. Jag är övertygad om (utan att ha räknat) att vi som möttes i Sigtuna tillsammans på olika sätt kommit i kontakt med merparten av de ca 400 apatiska flyktingbarn som funnits i Sverige sedan 2003 [3]. Det betyder också att vi har oerhört mycket erfarenhet av att ha prövat olika vårdformer för att möta de här barnens och familjer-

nas stora vårdbehov. Det är detta som är grunden för vår artikel.

Vad som får Rolf Zetterström att tro att vår artikel var dåligt genomtänkt framgår inte av hans inlägg. Jag kan bara gissa. Kanske ogillar han det vi skriver – och förutsätter därför att vi inte tänkte efter. Per definition, så att säga.

### Omsorgen om barnen

Rolf Zetterström skriver att verksamhetschefernas inlägg tyder på att de inte vill befatta sig med de här barnen. Han har fel i sak – det var ju just omsorgen om barnen som gjorde att vi över huvud taget skrev artikeln. Men framför allt förstår jag inte vad han finner i vår artikel som skulle tala för att vi inte vill befatta oss med de apatiska barnen. Han exemplifierar inte.

### Stötta föräldrarna

Vi beskriver vikten av att stötta föräldrarna i deras föräldraroll, vikten av en noggrann vårdplanering, vikten av att förutom våra egna insatser inom barnpsykiatri också mobilisera samverkanspartner, hemsjukvård, socialtjänst, skola, barnmedicin, vuxenpsykiatri. Vi beskriver också nödvändigheten av att – när det somatiska tillståndet så kräver – barnet läggs in på barnklinik och att barnpsykiatriens roll bör innefatta såväl direkt arbete med familjen (bl a via hembesök) som handledning till övriga vårdgivare. Jag kan inte, hur jag än läser, göra tolkningen att vi inte skulle vilja befatta oss med de apatiska barnen.

### Förordar öppenvård – inte inläggning

Eller handlar det om att vi skriver att vi inte förordar inläggning på barnpsykiatrisk klinik? Och att det då kanske tolkas som en ovilja mot att behandla? Men anledningen till att vi i första hand förordar vård i samordnade, öppna vårdformer är

ju inte att vi inte vill ge dessa barn den vård de behöver. Anledningen är att vår samlade erfarenhet (och den är som sagt omfattande – även av slutenvård för den här målgruppen) leder till slutsatsen att klinikvård inte leder till förbättring utan tvärtom riskerar att försämra tillståndet.

### Regression och överlämnande av ansvar

Denna slutsats överensstämmer för övrigt också med slutsatsen i Andreas Tunströms rapport från 2004 [4]. De enkätsvar (från 28 BUP-kliniker i hela landet, gällande ca 160 barn) som ligger till grund för den rapporten ger också ett entydigt svar beträffande erfarenheterna av inläggning på barnpsykiatrisk klinik av de här barnen: Det som överallt framhålls är en försämrad funktionsnivå hos både barn och föräldrar. Man pekar på regressionsprocesser, passivisering, institutionalisering och att föräldrarna överlämnar ansvaret på personalen [4, sidan 10].

### Ännu ett obelagt påstående

Rolf Zetterström skriver vidare att vår artikel är »tillagsinställd« gentemot officiella beslutsfattare. Uppriktigt sagt förstår jag inte vad han menar med det hellet. Huvudinnehållet i vår artikel är en beskrivning av hur våra samlade erfarenheter kunde läggas samman till en struktur för hur vården bör bedrivas.

Jag kan inte påminna mig att jag hört

*Zetterström använder starka ord. Han skriver att det var beklämmande att läsa vår artikel. Han har läst den med bestörtning. Men ingenstans berättar han om vad det var som gjorde honom så beklämd och bestört.*



eller läst några uttalanden från officiella beslutsfattare (vilka det nu är som avses) i den frågan. Den myndighet som rimligen kunde ansvara för frågan om behandling och sjukvårdens ansvar, dvs Socialstyrelsen, har ju ännu inte uttalat om detta.

### Förändra asylprocessen

Det enda vi yttrar oss om, utöver frågan om vårdstruktur, är när vi skriver: Om man på ett grundläggande sätt ska åtgärda problemet så behöver man förändra asylprocessen utifrån barns och familjers behov. Där riktar vi oss till officiella beslutsfattare, riksdag och regering. Men tycker Zetterström att den formuleringen är ett uttryck för tillagsinställning? Och i så fall i förhållande till vem eller vilka beslutsfattare?

Och så ytterligare en undran: Rubriken på Zetterströms artikel är »Sprickorna inom barn- och ungdomspsykiatri måste repareras«. Vari sprickorna skulle bestå framgår sedan inte av artikeln, bara att de är djupa. Eftersom han inte förklarar vad han tror om detta, så har jag svårt att förhålla mig till hans uppmaning.

### Vad är det som är så förfärligt?

Zetterström använder starka ord. Han skriver att det var beklämmande att läsa vår artikel. Han har läst den med bestörtning. Men ingenstans berättar han om vad det var som gjorde honom så beklämd och bestört. Efter hans inlägg i Läkartidningen har jag läst vår artikel om och om igen och försökt förstå vad det kan vara som han reagerade så starkt på. Men jag förstår det inte. Jag förstår inte detta angrepp och misstänkliggörande av oss företrädare för en stor del av barnpsykiatri i Sverige. Vad är det vi har skrivit som är så förfärligt?

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Åhlund A, Enbom A, Brynne A, Lindström A, Kovac C, Nyman E, et al. Förändrad asylprocess bästa sättet att hjälpa de apatiska barnen. *Dagens Medicin* 2005; (15):4.
2. Zetterström R. Sprickorna inom barn- och ungdomspsykiatri måste repareras. *Läkartidningen* 2005; 102:1554.
3. Utrikesdepartementet. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning. Rapport från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom, 2005:1.
4. Tunström A. Barn som gett upp. Enkät angående asylsökande barn som vårdats på barnpsykiatrisk klinik under år 2003. Stockholm: Flyktingenheten, BUP Stockholm; 2004.

# Betungande regler för klinisk prövning står inte i proportion till patientnyttan

I kontrast till Kjell Strandbergs positiva beskrivning av de nya europeiska reglerna för klinisk prövning och forskning vill vi peka på avigsidan i form av ökad byråkratisering. Reglerna för tagande av biologiskt prov i sjukvården som ska sparas längre än två månader, och ansökningsförfarandet om etisk prövning är två exempel. Vinsterna för patienterna står inte i rimlig proportion till kostnaderna i form av ökade forskarinsatser och intellektuell hämsko.

ANDERS VAHLQUIST  
*anders.vahlquist@medsci.uu.se*

PER WESTERMARK  
ELISABETH STÅHLE  
PER VENGE  
LARS PÅHLMAN  
ROGER HÄLLGREN  
LARS RÖNNBLOM  
OLLE KÄMPE  
LARS WIKLUND  
STEN-MAGNUS AQUILONIUS  
ALBERT ALM

samtliga är professorer och överläkare vid Akademiska sjukhuset, Uppsala

|| Kjell Strandberg, tidigare generaldirektör vid Läkemedelsverket, ger i *Läkartidningen* 12-13/2005 (sidorna 962-5) en exposé över allt positivt som de nya reglerna för klinisk prövning, inklusive etikgranskning, biobanktillstånd, EU-harmonisering m m, innebär för den kliniska forskningen i Sverige. Han ställer sig frågan: »Sverige har allt som behövs – varför används det inte?»

Kanske beror det på att det finns en annan sida av den ökade byråkratiseringen och den aldrig sinande strömmen av nya formalia som omger klinisk forskning och de kliniska prövningarna?

### Kontraproduktivt?

Som universitetsöverläkare med 20-30 års perspektiv på klinisk forskning ser vi hur en allt större del av vårt arbete går åt till att beakta och tillmötesgå alla de nya regler som i galopperande takt kringgärdar den kliniska forskningen. Finns det möjligen en risk för att alla reglementen och byråkratin runt tillståndsprocessen blivit kontraproduktiva och att den ökade resursåtgången inte alls motsvarar

allmännyttans och patienternas behov och önskemål?

### Trösklar för nya projekt

Igångsättandet av ett projekt eller en klinisk prövning, oavsett om dessa är forskarinitierade eller är del av ett läkemedelsföretags produktutveckling, kräver nu en så stor resursinsats i form av arbetstid och avgifter att tröskeleffekten kan leda till att angelägen forskning helt enkelt inte kommer till stånd. Några exempel på trösklar:

- Varje biologiskt prov som idag tas inom sjukvården måste ha patientens godkännande för att kunna sparas i mer än två månader, vilket är nödvändigt för de flesta forskningsprojekt. Detta medför också att den nya biobankslagen måste beaktas, vilket kräver tillstånd från biobanksmyndighet (inklusive etikprövning) och vanligtvis även anmälan till Datainspektionen enligt Personuppgiftslagen (PUL). Oavsett om provet kommer att ingå i en forskningsstudie eller ej, måste patienten skriftligen och muntligen informeras om biobanksreglerna inför varje provtagning. Många patienter blir först konfunderade av all information, men när de väl förstått vad saken gäller säger de

... vid det laget har forskarens ursprungliga entusiasm och nyfikenhet inför prövningen ofta ersatts av ren utmattning!

## Dikter om »de apatiska flyktingbarnen«

Med anledning av debatten om »de apatiska flyktingbarnen« har jag skrivit några dikter, som baseras på verklighetsskildringar från asylsökande barn och ungdomar som jag arbetat med kliniskt. Kanske kan de bidra till att öka

förståelsen för hur svår traumatisering uppstår och mer handgripligt få oss att inse vilka upplevelser som ligger bakom de nedbrytande psykiska processer som orsakar tillståndet.

**Mildred Oudin**  
överläkare, BUP-kliniken,  
Kärnsjukhuset, Skövde  
mildred.oudin@hotmail.com

\*

Fler dikter finns på: [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)

Hon borstade och kammade och flätade ditt hår nästan varje gång jag kom in till er  
Stuntt satt hon på stolen med ögonen hårt hopknipna och den tandlösa munnen tillknäppt  
Hucklet var ständigt detsamma och under hela sjukhustiden såg jag henne i högst två olika kjolar  
Hon var babuska  
Du var den överlevande sondottern  
Barnbarnet som hon fått med sig ut ur infernot och nu fick byta blöjor på igen som hon gjort när du var baby  
Då hade hon kunnat mata dig med både mjölk och framtidstro  
Din far kämpade för friheten din mor för brödet  
Du låg i farmors knä och var okunnigt trygg  
Allt fanns FRAMFÖR  
Sondnäringssaggretatet tickar på  
Ett noga uträknat antal milliliter livsuppehållande näring når din inre värld som ingen kan nå på vanliga vägar  
De åldrade händerna håller ditt hår i sina händer  
Det är allt som händer  
Allt annat ligger BAKOM

Det var en gråkall decembermorgon när du kom ut ur det gråa huset för att gå till den grå skolan som du hittade honom  
Han var slängd på trottoaren alldeles utanför er trappa  
Han hade ett blodigt rep runt handlederna och hans bruna hår hade tovat ihop sig  
Han hade blivit bortförd fem dagar tidigare av män i uniform med hårda ögon och hotfulla röster  
Din mamma hade skrikit i ångest och du och dina bröder hade gömt er i skåpet  
Han hade blivit fängslad förut och brutalt behandlats och till och med blivit skenavrättad en gång  
Så att du lär dig en läxa hade man visst sagt honom  
Nästa gång kanske vi tar din familj  
Du har ju en fru och dotter tänk på vad vi kan göra med dom  
Och tre söner dessutom vi kanske knäpper en i taget  
Men nu hittade du honom du som var hans stolthet hans avbild den förstfödde sonen  
Hans bröstorg var genomborrat av fem kulor och du fick vid fjorton års ålder gå in till din mor och dina syskon  
Som en man  
Och bli den starke

De allra minsta barnen visste inte av något annat  
De hade aldrig haft någon mamma och kunde inte sakna så starkt som du  
Småsyskonen relaterade till henne ungefär som till en möbel  
Gick an att ta tag i för att resa sig upp möjligen men för övrigt inget av värde  
Hon var en levande stenstod  
Hennes hjärta pumpade visserligen runt blodet i hennes stora kropp precis som förut  
Lungorna vädrade ut och drog in ny luft precis som om ingenting hänt  
Men ögonen var döda  
Rösten hade tystnat  
Händerna hade förlorat sin förmåga att brukas till meningsfulla handlingar  
Hörseln hade slutat registrera era ljud  
Inte ens de starkaste rop på hjälp om någon av er gjort sig illa kunde bryta igenom barriären  
Inte en endaste gnutta modersinstinkt hade överlevt  
Hon var i praktiken bara en skrämmande och skrymmande möbel till ingen nytta alls  
Du som var hennes äldsta dotter sörjde nog allra mest egentligen  
Förutom din far förstås som fick kämpa själv med den stora barnskaran sedan hustrun abdikerat  
Du mindes din starka och sjungande mamma  
Hon lagade världens godaste köttgryta och hennes bröd fick hela köket att dofta kummin  
Hon tvättade och sydde och städade och handlade och rensade grönsakslandet och var aldrig trött  
Hon var din egen alldeles underbara och normala mamma  
En kväll när din far var ute i kriget kom en skara män med vapen hem till ert hus och tog er mor ifrån er för alltid



**Poul Kongstad**, chefläkare, Region Skåne, specialist i neurokirurgi och anestesi/intensivvård, Lund  
pkongstad@dof.se

## Läkaretiken och de apatiska flyktingbarnen

I en artikel i Dagens Nyheter den 6 maj i år beskriver barnläkaren Olle Jeppsson de problem som uppstår när läkaren blir systemets hantlangare: Hur kan han som vanlig barnläkare hamna i en situation där han blir delaktig i en omänsklig hantering av ett barn? Med hans hjälp kan ett apatiskt flyktingbarn transporteras som ett kolli till ett land där det är osäkert om barnet får adekvat vård.

Ledande barnläkare uppvaktade den 25 maj Utlänningsnämnden i protest och uppgav att utvecklingen i Sverige tvingat dem att reflektera över rollen som barnläkare. Barnläkarna menar att man tvingas delta i en asylprocess som inte är förenlig med grundläggande medicinskt etiska principer.

Hur har läkarkåren hamnat i detta dilemma?

Svaret är: Alla medicinska beslut har i någon mening eller konsekvens en politisk innebörd, och politiska beslut har likaledes någonstans en medicinsk betydelse.

### Den hippokratiska eden

De flesta samhällen har sanktionerat och tillåter en speciell läkaretik. Likartat tillerkänner de flesta samhällen FN:s deklarerationer om mänskliga rättigheter ett värde. Detta innebär dock inte att ett samhälle alltid följer eller kan följa FN:s deklarerationer eller läkaretiska regler. En skillnad mellan FN:s deklarerationer och läkaretiken är att den hippokratiska läkareden har funnits i drygt 2 000 år medan FN:s deklarerationer endast är ett halvsekel gamla. Den speciella etiken för läkare har blivit en så integrerad del i vår kultur att vi i vardagen inte funderar så mycket över den. I antiken var det etiska ansvaret direkt kopplat till den enskilde patientens behandling. Idag kan och bör läkaretiken användas betydligt vidare, eftersom läkare arbetar i nätverk med flera andra vårdyrkeskategorier. Med ett medicinskt ansvar följer ett etiskt ansvar, även om andra yrkesgrupper varit i mera direkt kontakt med patienten.

### Läkarens godhet

Om ett samhälle accepterar att en yrkesgrupp med statlig legitimation håller sig med egna etiska riktlinjer, som i viss mån skall stå fria från samhället i övrigt, så innebär detta vissa fördelar och nackdelar för den enskilde läkaren. Bland fördelarna kan räknas att läkaren i mångas ögon, och inte sällan i sina egna, uppfattas och bekräftas som en god och hedervärd människa. För läkaryrket är den etiska dimensionen inte förhandlingsbar. Utan denna dimension skulle läkaren förvandlas till en humanbiolog, möjlig att styra i vilken riktning som helst beroende på uppdragsgivarens önskemål.

### Den etiska dimensionen

I begreppet läkare finns den etiska dimensionen så tydligt att man troligen inte i längden kan kalla sig läkare endast på grundval av examen från en erkänd läkarutbildning. Att ständigt exponera sig för det unika mötet med en sjuk medmänniska är viktigt för att kunna kalla sig läkare.

### Det resursstarka samhället

Med den etiska hållning som läkare har någonstans i sitt inre

*... det kan därför inte vara möjligt att hävda att man inte ser vad som pågår. Med tillgång till egna etiska riktlinjer åligger det därför läkarna att aktivt kritisera missförhållanden i samhället. När man som läkare bekräftat att man sett eller förstått krävs handling, annars blir respekten för en själv och läkaryrket uttunnad.*

följer också obehagliga konsekvenser, t ex att vid behov kritisera rådande system, beslut och politik. I den stund som läkare bedömer att människor far illa, skadas eller blir sjuka förväntas det att läkarna påtalar detta. Ibland med risk för bestraffningar från etablissemangen. Det kan i lindriga fall röra sig om att man förlorar karriärmöjligheter. I svårare fall kan läkaren i vissa länder plikta med sitt liv när hon/han påtalar brister i samhällssystemet.

I Sverige har det ofta varit relativt enkelt att hålla sig till de läkaretiska reglerna, medan det i andra länder varit betydligt svårare. Den samtida svenske läkaren har varit skyddad i ett rikt och resursstarkt samhälle, där prioriteringar eller avvägningar gentemot den politiska makten inte behövt göras förrän på senare tid.

Den ökande globaliseringen ställer dock nya krav på läkarkåren, eftersom man inte lika lätt kan avgränsa vilka som är »vi och dom«.

### Aktivt kritisera missförhållanden

Man kan inte begära att läkare skall kunna sätta sig in i alla faktorer som har en negativ inverkan på människors livssituation.

Få händelser i Sverige har dock utvecklats så långsamt och varit så massmedialt uppmärksammade som situationen för de apatiska flyktingbarnen; det kan därför inte vara möjligt att hävda att man inte ser vad som pågår. Med tillgång till egna etiska riktlinjer åligger det därför läkarna att aktivt kritisera missförhållanden i samhället. När man som läkare bekräftat att man sett eller förstått krävs handling, annars blir respekten för en själv och läkaryrket uttunnad.

### Det politiska ansvaret

När den representativa demokratin inom sitt eget hägn tillåter en delvis fristående plattform för etik i form av den tusenåriga läkaretiken, bör det politiska systemet också kunna lita på att läkarkåren aktivt protesterar när människor kommer till

skada eller behandlas inhumant. Att man som läkare kritiserar politiska beslut med medicinska konsekvenser innebär inte att man fullt ut tar eller förväntas ta ansvar för själva politiken, t ex hela invandrings- eller flyktingpolitiken. Detta ansvar tillhör de svåra avgöranden som den politiska makten måste ombesörja.

Som läkare kan man vara kritisk till att den »inhemska« sjukligheten, som bekostas av sjukförsäkringssystemet, inte genomlysas och ifrågasätts lika starkt som de apatiska barnens sjuklighet. Hur den politiska makten fördelar resurser till olika grupper i samhället tillhör emellertid inte läkarens direkta område, såvida inte vissa grupper lämnas utan hjälp och skydd.

annons

### **Tvingas medverka till inhumanitet**

Barnläkaren reagerar när hon/han i sin läkargärning direkt tvingas medverka till inhumanitet. En möjlighet att påverka är att öppet vägra att utföra ålagda arbetsuppgifter, men det drabbar oftast patienten.

En annan möjlighet är att arbeta för att det blir så bra som möjligt för den drabbade, eventuellt med inslag av civil olydnad. Denna civila olydnad har bl a uppmärksamats för de gömda flyktingbarnen, där läkare hjälpt sjuka barn utan stöd av sjukvårdssystemet.

Om läkaren inte kan arbeta i enlighet med läkarens måste hon/han öppet kritisera rådande missförhållanden annars kommer ingen förändring till stånd. Läkarens innehåller med sin autonomitet alltid spår av dissidens, vilket kanske inte alla läkare funderat över.

### **Främst för barnen**

Jag uppmanar alla läkare till fortsatta protester mot avvisning av apatiska flyktingbarn. Främst för barnens skull men också för vår egen, läkarnas, skull så att det etiska uppdrag som läkarens påbjuder, och som omvärlden troligen förväntar sig av oss, kan fullgöras.

Läkarens är opolitisk, tidlös och universell. •

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

# Asylsökande barn ... myndigheter väntar och kräver »fakta på bordet«

All nödvändig kunskap finns redan – anklagelse om simulering förkastlig

Kunskapen är idag stor om hur ett barns psyke skadas och bryts ned av obehandlade krigstrauman, hur en hel uppväxt kan skadas av många års asylväntan och hur mottagliga barn är för föräldrars för- tvivlan och påföljande sjukdoms- och symtombild. Denna kunskap måste användas från första dagen i mottagandet av en asylsökande familj. Förnekande av denna kunskap – och brist på empati – får konsekvenser, vilka i sin förlängning genererar apati hos barn, som anklagas för att simulera. En anklagelse som utifrån ett barnpsykologiskt erfarenhetsperspektiv är helt förkastlig.

## SOLVIG EKBLAD

leg psykolog, enhetschef, Institutet för psykosocial medicin; docent, adjungerad universitetslektor, Karolinska institutet, Stockholm  
Solvig.Ekblad@ipm.ki.se

## MAGNE RAUNDALEN

barnpsykolog, Centret för krispsykologi, Bergen, Norge, f d ordförande för norska UNICEF

II Ansvariga myndigheter kan reagera på två sätt då de konfronteras med ökända och chockerande beskrivningar av barns krisreaktioner, t ex då asylsökande barn under mycket lång tid blir passiva och apatiska.

Det första sättet, och det mest vanliga, är att myndigheterna vill ha fakta på bordet, dvs statistik, innan de handlar. Detta kallar vi den reaktiva strategin.

Den andra strategin kallar vi den proaktiva. Denna strategi kännetecknas av att ansvariga myndigheter anser barns extrema uttryck för lidande som så viktiga att myndigheterna så snart som möjligt manar till handling och använder all den bakgrundskunskap de har för att förstå barnens verklighet. Kunskapen är idag stor om hur ett barns psyke skadas och bryts ned av obehandlade krigstrauman, om hur en hel uppväxt kan bli skadad av många års väntan på asyl och hur enormt sårbara och mottagliga barn är under uppväxten för föräldrarnas för- tvivlan och påföljande sjukdoms- och symtombild.

Det finns också en tredje strategimöjlighet, ett sätt att närma sig problematiken som vi vill karakterisera som ren de-

humanisering av en hel barngrupp, dvs tendenserna till att förklara reaktionen hos de apatiska barnen som det sista försöket från föräldrarna för att familjen ska få uppehållstillstånd, att föräldrarna uppmuntrar sina barn att simulera sina symtom. Varken på norska eller svenska har vi vokabulär för att beskriva hur det är möjligt att dra en sådan slutsats om en manifestation av lidande som ligger steget före självmordet.

Kunskap genom omvärldsanalys blir speciellt viktig när regeringen inom kort ger vägledande beslut över ett ärende som Utlänningsnämnden överlämnade den 29 april. Världshälsoorganisationen [1] menar att politiska beslut genom utformning och implementering kan såväl främja hälsa som skada och utveckla

*Detta är, enligt vårt sätt att se, en reaktion som är steget före självmord, antagligen som ett alternativ till självmord. Mot bakgrund av vår kunskap om flyktingbarn som har väntat länge på asylbesked blir en strategisk simuleringsteori därför helt förkastlig.*

ohälsa. Efter ett TV-reportage från Australien som visade att apatiska barn finns även där backade den svenska regeringen den 1 juni från sin ståndpunkt om att de apatiska barnen är ett svenskt fenomen. En uppdaterad version av kunskapsöversikten och kartläggningen av asylsökande barn med uppgivenhets- symtom visar en ökning från tidigare 400 kända fall till 424 sedan 2003 [2]. En omvärldsanalys utifrån en proaktiv strategi ger tre budskap: barn är oskyldiga, vi har skyldighet att hjälpa barnen och föräldrarna måste få stöd att vara föräldrar.

## Barn är oskyldiga

Barn är inte förskonade, utan de används tvärtom ofta som del av krigföring/förttyck. Barn kan med eller utan föräldrar ha levt på flykt under flera år inom sitt land eller ha sökt asyl i annat land. Barn kan därför ha egna asylskäl och måste därför få berätta utifrån sin utvecklingsnivå. Barnens symtom kan också vara en reflektion av föräldrars reella skyddsbehov, men barnens förtvivlan kan också böttna i hopplöshet, hjälplöshet och maktlöshet av att inte känna sig delaktiga i asylprocessen. Deras förväntan på att det »egna projektet« skall lyckas övergår i stället till ett reellt hot om avvisning. Föräldrarna kollapsar vid det negativa beskedet om att inte få asyl. Familjestress uppstår som en extra faktor, och föräldrarnas omsorgsförmåga sviktar [3].

## Vi har skyldighet att hjälpa barnen

Varje barn är unikt vad gäller sårbarhet och förmåga att bemästra olika typer av våld. Detta gäller inte bara barn som utsatts för våld genom krig, utan även barn uppväxta i Sverige. Fokus ligger nu dock på en polarisering mellan »våra barn och andras ungar«, och vi berörs inte av barns signaler på reaktioner efter våldshändelser, t ex i form av depression med självmordstankar, aggressivitet, stumhet, avstannande i utvecklingen och apati. Dessa reaktioner tar tid att utveckla. I den nuvarande debatten reduceras dock apatin till att endast spegla förtvivlan över föräldrarnas hjälplöshet i samband med avslag. Reaktionerna handlar om tidigare trauman före ankomst, men lika

mycket handlar de om brister i vårt bemötande och i vad vi gör för att inte barnen och deras föräldrar tar skada.

Myndigheter fattar alltför ofta beslut på kortsiktiga planeringshorisonter (regleringsbrev för statliga myndigheter är på ett år). Det förefaller vara ett stort avstånd mellan dem som har etablerad kunskap och dem som fattar beslut. Från och med 2006 träder ett nytt rättssystem för asylsökande i kraft i Sverige. Det blir då än mer angeläget att den barnpsykologiska, barnmedicinska, barnpsykiatriska och transkulturella kompetensen stärks för att komplettera den juridiska kompetensen så att »barnens bästa« utifrån barnkonventionen efterlevs i praktiken.

I Norge har visats att flera flyktingbarn varit djupt skadade även ett år efter beslut om uppehållstillstånd. Eftersom föräldrarna var för psykiskt sköra hade dessa barn vistats på ett norskt barnhem för flyktingbarn, det enda kända i landet [4]! De fick regelmässig gruppterapi under två års tid eftersom flera av dem hade ett mönster av passivitet och apati (även om de i stort sett kunde vara uppe och gå), vilket hade många likheter med det som är beskrivet i Sverige. Det som var chockerande, men inte helt överraskande mot bakgrund av den kunskap vi har nämnt inledningsvis, var att den psykiska förbättringen av deras funktionsnivå var mycket liten under den första tiden efter det att de hade fått uppehållstillstånd. Barnen kämpade med att komma upp på morgonen, de hade fortsatta perioder då de bara orkade ligga i sängen, och de rapporterade om dålig matlust. Då barnen själva reflekterade över orsaken till detta framkom den psykiska bördan från tidigare känslor av förtvivlan och lidande – i fokus stod deras minnen av föräldrarnas fleraåriga kamp, rädsla och sammanbrott.

En form av bemästring efter extrema situationer är att tankemässigt och genom kroppen bortförklara vad som hänt. En annan form är att bli apatisk och t ex lägga sig ned, vilket även kan tolkas som en förebyggande reaktion från kroppen att inte begå självmord. Tidigare trauman ökar den psykiska sårbarheten, och vid en ny kris kan barnet därför må psykiskt mycket dåligt. Barnen beskylls för att »smitta« varandra till självmordsförsök för att familjen skall få stanna. Kunskapen visar dock att det inte är »smittsamt« att tala om självmord med ungdomar [5] om de också får möjlighet att reflektera över sin situation.

När vi nämner »smitteorier« i detta sammanhang är det för att data visar att ett sätt att tackla hopplöshet och bottenlös förtvivlan gör att självmord kan ligga så nära i tankarna att man kopierar det

själv med döden till följd. Det som är smittsamt när det gäller självmord är kännedom om att någon har begått självmord och hur det kan göras. Denna insikt är nu så allmänt känd att den är inarbetad i norska mediernas etiska regler.

När bottenlös förtvivlade, självmordsnära flyktingbarn får vetskap om andra barn som lagt sig ned i veckor och månader, kan de kopiera detta som en lösning för sin egen situation. Detta är, enligt vårt sätt att se, en reaktion som är steget före självmord, antagligen som ett alternativ till självmord. Mot bakgrund av vår kunskap om flyktingbarn som har väntat länge på asylbesked blir en strategisk simuleringsteori därför helt förkastlig.

### Stöd föräldrarna att vara föräldrar!

Barnen har psykiskt sett fråntagits det bästa de har – föräldrar, skola, lekkamrater och språk, dvs sitt sammanhang. Föräldrarna måste stödjas i att vara föräldrar, och det är just detta vi måste börja med. Från och med den 1 januari 2005 gäller föräldrabehandling i de fall där asylsökande barn är i behov av psykiatrisk behandling. Landstingen ges ersättning för detta, men detta blir betydligt dyrare än att uppmärksamma ett barns tidiga signaler och ge stöd då.

En kvinna bekräftade vikten av föräldrastöd i ett chattinlägg den 31 maj efter inslaget från Australien i TVs Aktuellt: »Jag är en kvinna som flyttade hit för 33 år sedan med ett då 2-årigt barn. Jag blev deprimerad själv, kunde inte bry mig om eller sköta mitt barn. Snart upptäckte jag att han blev sjuk själv, apatisk. Som tur fick jag hjälp själv, att bli bättre, för att sedan orka ta hand om mitt barn. Hans tillstånd var följd av mitt tillstånd. Tänker någon på det, att man ska börja med föräldrarna?«

Vi, dvs Sveriges bofasta befolkning, är nu återigen mitt uppe i en lång semesterperiod: Vem tar då ansvar för de sårbara, asylsökande barnens välbefinnande?

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. World Health Organization. 25 questions and answers on health and human rights. Health & Human Rights Publication Series, Issue No.1, July 2002. <http://www.who.int/hhr/NEW37871OMSOK.pdf>
2. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning [uppdaterad version]. Stockholm: Utrikesdepartementet; 2005:2. <http://www.regeringen.se/sb/d/5519/a/46696>
3. Lauritsen K, Berg B. Mellom lengsel og håp – å leve i flykningmottak. SINTEF; 1999.
4. Raundalen M, Hjermann R. Skadet oppvekst – en betenkning om barn som har levd lenge i mottak. Oslo: Norske barnombudsmannen; 2004.
5. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Graham Thomas J, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. A randomized controlled trial. JAMA. 2005;293:1635-43.

## KONCENTRERAD KUNSKAP I SÄRTRYCK

### GLOBAL HÄLSA



Särtryck ur Läkartidningen 2004  
gästredaktör Staffan Bergström

- presenterar en ny världskarta, där norr och söder byts mot frisk och sjuk – öster och väster mot rik och fattig.
- ställer frågan: Vet vi vad vi gör när vi vaccinerar i fattiga länder?
- innehåller fakta om de tre stora infektionssjukdomarna: aids, malaria och tbc.
- belyser mödravård och barns villkor.
- tar upp hälsa som mänsklig rättighet.

### Jag beställer ..... exemplar av GLOBAL HÄLSA pris 110:-

Särtryck ur Läkartidningen 2004, gästredaktör Staffan Bergström, 72 sidor. Priset är inkl. moms och frakt.

Posta eller faxa in din bokbeställning på 08-20 74 35. Du kan också gå in på [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se) och klicka på särtryck/böcker.

NAMN

ADRESS

POSTADRESS

PRENUMERATIONSNUMMER

# Läkartidningen

Box 5603, 114 86 Stockholm

# Verksamhetschefernas inlägg stöd för inhuman flyktingpolitik

Vi blev ytterst starkt negativt berörda av våra verksamhetschefers skrivelse, eftersom den kan användas för att stödja den nuvarande inhumana flyktingpolitiken. Inte ett ord säger de om att Sverige idag har en allt inhumanare inställning till asylsökande flyktingfamiljer. Varför kräver de inte att Sverige tar initiativ till att man i Europa löser tillvaron för de horder av människor från krigsdrabbade områden som nu flyter omkring illegalt och inte får stanna någonstans?



**GUNILLA THERNLUND**  
överläkare, chefsöverläkare,  
dr med vet  
[gunilla.thernlund@med.lu.se](mailto:gunilla.thernlund@med.lu.se)



**TORGNY FERANDER**  
överläkare; båda vid BUP-  
kliniken i Lund



**JUDITH MIKLOS LJUNGBERG**  
överläkare, BUP-kliniken i  
Malmö



**GÖRAN BODEGÅRD**  
överläkare i barnpsykiatri,  
Stockholm

Sten Lundqvist, verksamhetschef, BUP i Stockholm, skriver i Läkartidningen 23/2005 (sidorna 1831-2) att han inte förstår vad det var som gjorde professor Rolf Zetterström bestört när han läste verksamhetschefernas inlägg i Dagens Medicin den 13 april 2005. Inte heller förstår han talet om sprickor inom barn- och ungdomspsykiatri. Samtidigt fick just den artikeln oss att skämmas för våra officiella företrädare.

Det låter bra när Sten Lundqvist säger sig ha omsorg om de »apatiska flyktingbarnen«. Men det är några påståenden som gör att det skär falskt:

## Bristen på slutenvårdsplatser

Sten Lundqvist upprepar mantrat att dessa barn blir sämre av barnpsykiatrisk slutenvård (väl att märka inte barnmedicinsk slutenvård). Det är ju så att slutenvårdsplatserna inom barn- och ungdomspsykiatri minskat drastiskt under 1990-talet. Detta har ofta framställts som ett ideologiskt val, men ekonomin har med all sannolikhet spelat stor roll – slutenvård är dyrt. Det innebär att de få platser som fortfarande finns ofta är reserverade för akuta vårdinsatser.

De flesta barnpsykiatriska åkommor behandlas i öppenvård, ofta i samarbete med »vårdgrannar« och barnens nätverk. Det gäller även svåra tillstånd som psykoser och anorexi. Men det är svårt att tänka sig att verksamhetscheferna skulle gå ut och säga att vi lägger inte in barn med psykoser eller barn med anorexi.

En inläggning beslutas genom en sammanvägning av barnets/den ungas tillstånd och familjens/nätverkets förmåga att stötta barnet. Man kan också lägga in barnet för observation och diagnostik. För oss är det självklart att behovet av inläggning bedöms individuellt i varje enskilt fall, och att det inte är möjligt med tvärsäkra påståenden av typen »vi vet att det är destruktivt med inläggning«. Detta att »vi vet« är, såvitt vi känner till, inte ens belagt med en enda fallbeskrivning, långt mindre med någon vetenskaplig sammanställning.

Man måste också skilja på vårdform och vårdinnehåll, det kan lika väl vara en dålig behandlingsmodell i slutenvården som orsakar eventuell försämring, inte slutenvården i sig. Vi har också erfarenhet av slutenvård av dessa barn och har uppfattningen att vissa barn har så svåra tillstånd och familjeförhållanden att en tids slutenvård är nödvändig för att bryta barnens apati.

»Apatiska barn« är heller ännu inte tydligt definierat och innefattar sannolikt flera olika tillstånd med olika svårighetsgrad. Utan en tydlig definition med explicita kriterier blir jämförelser mellan länder och delar av Sverige svårtolkade.

## Fel på asylprocessen?

Ett annat svårbegripligt påstående är att det är den svenska asylprocessen som det är fel på. Verksamhetscheferna ger ingen vägledning för hur denna i så fall skulle ändras. Man kan lika väl miss-tänka att de anser att det bästa vore att inte alls släppa in dessa familjer i landet

för då skulle vi slippa de apatiska barnen.

## Finns inte bara i Sverige

Ett annat, ofta upprepat och mycket underligt mantra är att dessa barn endast finns i Sverige, vilket vi vet inte stämmer. Detta påstående borde verksamhetscheferna tagit ett aktivt avstånd ifrån. I internationell litteratur finns ett 15-tal artiklar publicerade om Pervasive Refusal Syndrome (PRS), som påminner om uppgivenhetssyndrom.

Dessa tre påståenden kan tas till intänt för att verksamhetscheferna tolkar att detta symptom är påhittat av asylsökande familjer, som lärt sig att det är ett bra sätt att få uppehållstillstånd på. Det skulle kunna förklara migrationsminister Barbro Holmbergs negativa hållning till att ge dessa barn uppehållstillstånd. (»Det vore en humanitär katastrof att ge de apatiska barnen uppehållstillstånd.«) Det är osannolikt att hon inte fått stöd för denna hållning av några ledande barnpsykiatriker. Någon eller några av dessa chefer har kanske påtalat risken med uppehållstillståndet för henne?

Våra barnpsykiatriska företrädare säger inte ett ord om att Sverige idag har en allt inhumanare inställning till asylsökande flyktingfamiljer. Inte ett ord om tragiken i dessa barns liv – att inte ha ett tryggt hem, en trygg familj och att inte självklart få tillhöra ett nätverk av jämnåriga, att inte få ordentlig skolgång etc – vilket vi som barnpsykiatrer vet är nödvändigt för att uppnå psykisk hälsa.

Varför kräver inte våra företrädare att Sverige tar initiativ till att man i Europa löser tillvaron för de horder av människor från krigsdrabbade områden, ibland utsatta för etnisk rensning, som nu flyter omkring illegalt mellan våra länder och inte får stanna någonstans?

Kort sagt: Vi blev ytterst starkt negativt berörda av våra verksamhetschefers skrivelse genom den kan användas för att stödja den nuvarande inhumana asylpolitiken. •

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Replik

Sten Lundqvist svarar på nästa sida.

Replik:

# Mot fria fantasier kan ingen försvara sig

Vi ville beskriva vilka behandlingsmässiga slutsatser vi dragit utifrån våra erfarenheter av vården av de apatiska barnen. Vi ville också framhålla att asylprocessen är destruktiv för de asylsökande. Där emot ville vi inte politisera i meningen att tala om för riksdag och regering vilka beslut de bör fatta. Ni tillskriver oss yttranden och åsikter som är helt tagna ur luften. Mot den sortens läsning och fria fantasier utifrån en text kan ingen artikelförfattare värja sig.



**STEN LUNDQVIST**  
verksamhetschef, BUP Stockholm, leg psykolog, leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi  
sten.c.lundqvist@sll.se

Jag är väl medveten om hur situationen är ute i Europa. Och för den delen i stora delar av världen. Inte minst genom de berättelser vi hör från våra asylsökande familjer får vi kunskap om de oerhörda umbäranden som miljontals människor tvingas utstå på flykt från sina hemländer. Hemländer där de drabbats av krig, övergrepp, sammanbrott av samhällsstrukturen, med allt vad det innebär, och av förföljelse av de etniska minoriteter som de asylsökande i stor utsträckning tillhör.

Inte sällan har de familjer vi träffar varit på resa under flera år, på flykt från det ena landet till det andra i hopp om att få stanna någonstans. När vi inte skriver något om detta oerhörda samhällsproblem är det inte ett utslag av vare sig okunnighet eller illvilja. Bara av att vi har en annan syn på barnpsykiatriens uppgift.

### Avsikten med vår artikel

Våra avsikter med artikeln [1] var kort sagt följande: Vi ville beskriva vilka behandlingsmässiga slutsatser vi dragit utifrån våra erfarenheter av vården av de apatiska barnen. Vi ville också framhålla att asylprocessen är destruktiv för de asylsökande. Däremot ville vi inte politisera i meningen att tala om för riksdag och regering vilka beslut de bör fatta.

Vår uppgift är inte att bedriva asylpolitik. Vår uppgift är att efter bästa förmåga vårda, bota och lindra. Och det är frågan om behandling som är huvudinnehållet i vår artikel. Men vår uppgift som professionella är också, som jag ser det, att informera ansvariga beslutsfattare, när vi i kontakten med våra patienter ser

att samhällsfenomen, politiska beslut etc leder till att människor far illa. Och jag menar att det ligger en styrka i att agera så som vi gör.

### Trovärdigheten kan minska

När vi som är verksamma i vården börjar driva politiska frågor utifrån den positionen så minskar vår trovärdighet när det gäller professionella, barnpsykiatriska bedömningar både i stort och i smått. Därmed minskar t ex värdet av de intyg vi eventuellt skriver angående asylsökande barn och familjer. Om vi börjar agera politiskt kommer vi alltid att riskera att misstänkas för att vara ute i politiska ärenden och inte i professionella. Det här gäller förstås i den professionella rollen. Vad jag gör som privatperson är en helt annan sak.

### Behandlingsfrågorna

Så till behandlingsfrågorna och då främst frågan om inläggning på barnpsykiatrisk klinik. Ni skriver att ni har svårt att tänka er att »verksamhetscheferna skulle gå ut och säga att vi inte lägger in barn med psykos eller barn med anorexi«. Nu säger jag det i alla fall: Om det kan undvikas, så lägger vi inte in psykotiska eller anorektiska barn och inga andra barn heller! Och skälet är att så mycket erfarenhet säger att nackdelarna/riskerna med inläggning är stora.

Ni framhåller att man måste skilja på god respektive dålig slutenvård. Och självklart är det så. Men även en »god slutenvård« är behäftad med de svagheter och risker vi sett. Vi kan naturligtvis inte veta att inläggning är skadlig i det enskilda fallet, men vi vet att det bl a finns betydande hospitaliseringsrisker. Mycket av den dygnet runt-vård som tidigare tillämpats inom barn- och ungdomspsykiatri betraktar vi i dag som helt otidsenlig. Men ibland behövs inläggning och då ska man lägga in. Men då gäller det att göra vårdtiden på klinik

så kort som möjligt – för att undvika de negativa följderna.

### Restriktiviteten gäller alla barn

Jag anar mellan raderna (har jag fel?) att ni menar att vi skulle negativt särbehandla asylsökande/apatiska barn genom att inte lägga in dem för slutenvård. Men vår restriktivitet gäller alla barn. Vi har heller inte skrivit att de apatiska barnen *aldrig* ska vårdas på barnpsykiatrisk klinik, bara att det bör undvikas. Det apatiska tillståndet i sig är inte skäl för inläggning. Om det däremot förekommer tillsammans med exempelvis suicidalitet, psykos etc så bör inläggning övervägas – precis som för alla andra barn. Och självklart menar vi också att en individuell prövning ska göras i varje enskilt fall. Framhållas bör också att det finns en mängd goda exempel på väl fungerande multidisciplinär öppenvård, bl a från Skellefteå och Uppsala [2-4]. »Öppenvården medförde att behovet av slutenvård nästan upphörde« [2].

### Grunden för vår inställning till inläggning

Och vad är då grunden för vår restriktivitet när det gäller inläggning? I och för sig har vi aldrig skrivit, som ni påstår, att »vi vet att det är destruktivt med inläggning«, men vi har en stor samlad erfarenhet. Våra slutsatser överensstämmer med redovisningen i Tunströms rapport [5], som har sin grund i en enkät till landets samtliga BUP-kliniker. Den erfarenhet vi bygger på är, precis som ni skriver, inte vetenskaplig i meningen kontrollerade, randomiserade studier med kontrollgrupper, jämförelser mellan olika behandlingsalternativ, kon-

*Vi måste lita till en stor, samlad sk beprövad erfarenhet från hela landet. Och jag menar att dessa erfarenheter väger avsevärt tyngre än de enskilda fallstudier som ni efterlyser.*



stanhållande av relevanta variabler (som t ex om patienten har uppehållstillstånd eller inte) etc.

Evidensbaserade studier av den karaktären har inte genomförts och kommer aldrig att kunna genomföras inom det här området. Därtill är de metodologiska och etiska problemen alltför stora. Vi måste lita till en stor, samlad sk beprövad erfarenhet från hela landet. Och jag menar att dessa erfarenheter väger avsevärt tyngre än de enskilda fallstudierna som ni efterlyser.

Dessutom är det ju faktiskt så att det inte finns något belägg för att sluten barnpsykiatrisk vård skulle, som ni skriver, »bryta barns apati«. Av de barn som tillfrisknat efter slutenvård har praktiskt taget 100 procent fått permanent uppehållstillstånd innan det apatiska tillståndet kunnat hävas. Medan inga inlagda barn tillfrisknat utan uppehållstillstånd [2,5-7]. En ganska rimlig slutsats är väl utifrån detta att uppehållstillståndet är av större betydelse än vårdformen?

### Inga asylsökande bland »PRS-barnen«

Ni skriver om ett »ofta upprepat mycket underligt mantra«, nämligen att de apatiska asylsökande barnen bara finns i Sverige. Men om nu rätt ska vara rätt så har vi inte skrivit något om just den saken. Men vi kunde ha gjort det, för det finns mycket som talar för att asylsökande barn med den här symtombilden faktiskt bara finns i Sverige [6, 8, 9].

Ni hänvisar till PRS (Pervasive Refusal Syndrome) med motiveringen att »det påminner om uppgivenhetssyndrom«. Och det gör det, just »påminner om«. Det finns stora likheter, men också avgörande skillnader [6-8]. Bland annat finns inga asylsökande bland »PRS-barnen«. Kjöllér [3] har gjort jämförelser mellan just det apatiska tillståndet och PRS. Och hon kommer till samma slutsats.

### Infant

Ni skriver att »Dessa tre påståenden talar för att verksamhetscheferna tolkar att detta symptom är påhittat av asylsökande familjer ...«. Det är oklart för mig vilka tre påståenden som avses, men uppfattningen att vi skulle anse symtombilden som påhittad är helt gripen ur luften. Det gäller likaså er misstanke att vi anser »att det bästa vore att inte alls släppa in dessa familjer i landet, då slapp vi de apatiska barnen«. Er argumentationsteknik är: Utifrån något vi inte sagt tillskriver ni oss vissa förfärliga åsikter. Det ni påstår om oss är infant och saknar allt stöd i vår text.

Och vidare ytterligare ett helt grundlöst påstående: Ni skriver att någon av

oss kanske har »påtalat risken med uppehållstillståndet« för migrationsministern. Vad skulle det betyda? Vilken risk? Och vad föranleder er att påstå något sådant?

### Fria fantasier

Ni avslutar ert inlägg med att berätta att ni blivit »ytterst starkt negativt berörda av våra verksamhetschefer skrivelse eftersom den kan användas för att stödja den nuvarande inhumana asylpolitiken«. Vad är det vi har skrivit som skulle kunna användas på det viset? Jag förstår inte det. Försåvitt man inte läser texten på det förvanskande sätt som ni gör när ni tillskriver oss yttranden och åsikter som är helt tagna ur luften. Mot den sortens läsning och fria fantasier utifrån en text kan ingen artikelförfattare värja sig.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Åhlund A, Enbom A, Brynge A, Lindström A, Kovac C, Nyman E, et al. Förändrad asylprocess bästa sättet att hjälpa de apatiska barnen. *Dagens Medicin* 2005; (15):4.
2. Sundelin C, Lindberg T. Apatiska barn – var står vetenskapen i dag? *Läkartidningen* 2005;102:1338-45.
3. Kjöllér H. Svart-vit bild av apatiska barn. *Axess* 2005 (5).
4. Pelling H. Öppen barnpsykiatrisk vård – vad talar för denna linje? Anförande vid seminarium anordnat av Svenska barnläkarföreningen i samarbete med barnhälsovården, Akademiska sjukhuset, 31 mars 2005.
5. Tunström A. Barn som gett upp. Stockholm: Flyktingenheten, BUP, Stockholm; 2004.
6. Lundqvist S. De apatiska barnen: Vad säger »vetenskap och beprövad erfarenhet«? *Glimtar från forskningsfronten*, nr 9, 2005. Stockholm: Utvecklings- och utvärderingsenheten, Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting; 2005.
7. Bodegård G. Fallbeskrivning av depressiv devitalisering. Asylsökande flyktigbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. *Läkartidningen* 2004; 101: 1696-9.
8. Lyngå von Folsach L. Pervasive refusal syndrome among asylum-seeking children. Köpenhamn: The Panum Institute, University of Copenhagen; 2005.
9. Utrikesdepartementet. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning. Rapport från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom, 2005:1.

## Hur visar vi vår solidaritet med de anklagade i Libyen?

Lite i skymundan av alla större skandaler och tragedier är en större rättsskandal på gång i Libyen. Där har fem bulgariska sjuksköterskor och en palestinsk läkare dömts till döden, anklagade för att medvetet ha smittat mer än 400 libyska barn med HIV genom förorenat blod. De anklagade, som har suttit häktade sedan 1999, hävdar att de är oskyldiga och att de har utsatts för tortyr för att framtvunga erkännanden.

### Udermålig hygien på sjukhuset

Internationella experter, inklusive Luc Montagnier, säger att epidemin utlöstes av den udermåliga hygien på sjukhuset. Libyen har begärt ekonomiskt skadestånd av Bulgarien, som emellertid har vägrat med motiveringen att det skulle vara liktydigt med att erkänna de inblandades skuld.

Samtidigt som detta pågår har rättegången mot de poliser som anklagas för att ha misshandlat de anklagade uppskjutits för andra gången – i skrivande stund har förundersökningen nu definitivt lagts ned.

En libysk appellationsdomstol har nyligen beslutat skjuta upp avgörandet mot sköterskorna och läkaren och ska ta ställning till deras överklagande först i november.

### Vad kan vi göra?

Hur kan vi i Sverige agera för att visa vår solidaritet? Och vad har Läkarförbundet hittills gjort? Jag vägrar nämligen att sitta med armarna i kors och titta på medan den libyske presidenten Ghaddafi tillåts härja fritt. Vid det arabiska toppmötet i Alger i mars 2005 avfärdade han allt tal om nåd genom att säga: »Hur skulle vi kunna frige barnamördare?«, så därifrån har vi inte mycket positivt att vänta.

Nu är det dags för Läkarförbundet och WMA att agera innan det blir för sent!

**Johan Lagerfelt**

leg läkare, Säbylund  
johan.lagerfeldt@capio.se

# Dags för Läkarförbundet att yttra sig om de apatiska flyktingbarnen

Den enskilda läkaren ingår som en del av en stor apparat som omhändertar flyktingbarn. I denna apparat har cirka 200 barn kommit i kläm, och deras behov av professionell behandling och trygghet kolliderar med statens intressen. Läkarförbundets etiska råd måste ta sitt ansvar och mycket mer aktivt stödja den enskilde läkarens arbete inom givna etiska riktlinjer.

PHILIP GOTTLIEB

överläkare, kvinnokliniken, Karlskoga lasarett

*philip.gottlieb@orebroll.se*

STAFFAN BERGSTRÖM

professor i internationell hälsa, IHCAR, Karolinska institutet, Stockholm

SVEN-ARNE SILFVERDAL

barnläkare, barn- och ungdomskliniken, Universitetssjukhuset Örebro; ordförande Barncentrum i Örebro läns landsting; barnhälsovårdsöverläkare, Jämtlands län

GÖRAN WESSTRÖM

överläkare, barn- och ungdomskliniken, Universitetssjukhuset Örebro

LENA SILFVERDAL

biträdare överläkare, kvinnokliniken, Universitetssjukhuset Örebro

GUNILLA LINDMARK

professor, internationell mödra- och hälsovård, IMHC (International Maternal and Child Health), Akademiska sjukhuset, Uppsala

II Som läkare har undertecknade blivit illa berörda av den behandling de apatiska flyktingbarnen utsätts för. Följande inlägg fokuserar på Läkarförbundets roll i situationer där patientens bästa och statens intresse inte överensstämmer.

Debatten om flyktingbarnen har varit intensiv det senaste året, inte minst genom artiklar och inlägg i Läkartidningen [1-4].

Läkarförbundet har inte yttrat sig om de övergrepp som begås mot de apatiska flyktingbarnen, och frågan är om det inte är dags!

## Etisk standard och värdig anda

Läkarförbundet har nyligen firat sitt 100-årsjubileum, och i jubileumsboken »Ett sekel med läkaren i fokus« beskrivs Läkarförbundets utveckling. En av orsakerna till att förbundet bildades var farhågor om att läkarkårens etiska standard och värdiga anda inte kunde vidmakthållas på grund av utifrån verkande kraf-

ter [5]. Frånsett av staten anställda provinsialläkare var läkarna på den tiden privatpraktiker, och Läkarförbundet var viktigt för att ge läkarkåren en egen yrkesidentitet med egenformulerade, kollektiva etiska regler.

Läkarkåren har sedan blivit knuten allt starkare till staten eftersom sjukvården i vårt land är offentlig och de flesta läkare är anställda inom landstingen. Samtidigt har risken ökat för att läkaren blir ett enkelt led i en större byråkratisk apparat där det är svårt att överblicka helheten. Situationer kan härmed uppkomma där hon mer eller mindre medvetet deltar i handlingar som strider mot hennes medicinska kodex.

## Etiska rådet bildas

1980 inrättades »etiska rådet« inom Läkarförbundet med syfte att förbereda förbundets ställningstaganden i frågor av etisk natur. Redan tre år senare fick man användning av rådet. Med stöd av Tokyodeklarationen från 1975, som förbjuder läkare att medverka i tortyr eller annan grym omänsklig förnedrande behandling av personer i fängsligt förvar, protesterade Läkarförbundet mot att medverka vid tvångsmatning av en person i fängelse. Samma år tog Läkarförbundet, med stöd i Hawaii-deklarationen mot missbruk av psykiatri, avstånd från en tvångsmedicinering av en person som fick lugnande medel i samband med en flyktingutvisning. Det etiska rådet har sedan ombildats till etik- och ansvarsrådet, EAR [5].

## Flyktingbarnen

Den enskilda läkaren ingår som en del av en stor apparat (offentliga vården, sociala myndigheter, Migrationsverket, polisen) som omhändertar flyktingbarn. I denna apparat har cirka 200 barn kommit i kläm, och deras behov av professionell psykiatrisk behandling och trygghet kolliderar med statens intressen. Läkarförbundets etiska råd måste därför ta sitt ansvar som överordnad in-

stans och mycket mer aktivt stödja den enskilde läkarens arbete inom givna etiska riktlinjer.

## Läkarförbundet bör protestera

Undertecknade läkare uppmanar Läkarförbundet och etik- och ansvarsrådet att uttala sig i frågan om behandlingen av de apatiska flyktingbarnen. Man bör protestera mot att staten åsidosätter läkaren i dennes möjlighet att behandla patienten. Man bör kraftigt rekommendera att staten skapar förutsättningar för att dessa

*Man bör protestera mot att staten åsidosätter läkaren i dennes möjlighet att behandla patienten.*

barn kan återfå sin hälsa genom att få kvalificerad psykiatrisk vård och en trygg tillvaro i Sverige.

Etik- och ansvarsrådet bör ta ställning i frågan för att ge vägledning och stöd till de kolleger som har misskrediterats på grund av sin lojalitet med barnen.

## Referenser

1. Gustavsson LH. Flyktingbarnen och läkaretiken: Rapporteringsplikt när läkare gör fel bör införas och gå före kollegialiteten. Läkartidningen 2005;102:322-3.
2. Bodegård G. Asylsökande flyktingbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. Läkartidningen 2004;101:1996-7.
3. Sundelin C, Lindberg T. Apatiska barn – var står vetenskapen i dag? Läkartidningen 2005;102:1338-45.
4. Gustavsson T. Får asylsökande barn den vård de har rätt till? Läkartidningen 2005;102:1821-3.
5. Sveriges läkarförbund. Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903–2003. Stockholm: Sveriges Läkarförbund; 2003.

Replik

# Brytpunkten i debatten är flyktingpolitikens roll för tillståndet

Läkarförbundets etiska råd arbetar för närvarande med frågan om det just för de apatiska flyktingbarnen finns skäl att generellt särbehandla dessa, till skillnad från vad som gäller för andra svårt sjuka flyktingar – barn och vuxna.



**ROBERT LETH**  
ordförande i Läkarförbundets etik- och ansvarsråd  
[robert. leth@vgregion.se](mailto:robert. leth@vgregion.se)

Philip Gottlieb med flera efterfrågar ett ställningstagande till hur vi som läkare utifrån ett läkarettiskt perspektiv skall förhålla oss när konflikt uppstår mellan läkarettik, medicinsk etik och samhällsetik, och exemplifierar detta med bland annat det ställningstagande som Läkarförbundet gjorde till tvångsmatning av hungerstrejkande interner.

## Den etiska brytpunkten

Det finns därför anledning att mycket kort påminna om den strukturerade etiska analys som ledde fram till det ställningstagandet. Brytpunkten var om den grundläggande läkarettiska förpliktelsen att alltid värna liv (det vill säga i detta fall medverka till tvångsmatning, i alla fall i slutskedet, för att förhindra död) skulle väga tyngst eller om det i främsta rummet medicinskt etiska förhållningssättet att respektera individens självbestämmande skulle ta över (det vill säga inte medverka vid tvångsmatning, även om detta skulle leda till döden).

Ställningstagandet att respektera internens autonomi fullt ut (även sedan medvetlöshet inträtt) togs efter professionell förankring nationellt och internationellt och gäller än idag. Som en konsekvens uppstod en konflikt med statsmakten, som dock efter vissa påhopp kom att respektera vårt ställningstagande.

## Svårt sjuka barn

Hur skall vi som läkare utifrån läkarettiken förhålla oss när det gäller svårt sjuka barn? Kort uttryckt skall vi ge dem den medicinska vård som deras tillstånd kräver i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta gäller självfallet även apatiska barn, och det skall ske utan diskriminering.

En för oss läkare viktig grundläggande

värdering är nämligen vård efter medicinskt behov. Detta är vårt sätt att uttolka principen om människors lika värde och har i mångt och mycket möjliggjorts genom att sjukvården är solidariskt och offentligt finansierad.

## Flyktingpolitikens roll

Brytpunkten som debatteras intensivt är flyktingpolitikens roll för uppkomsten av tillståndet och dess påverkan på behandlingen samt, i förlängningen, om det finns anledning att generellt särbehandla flyktingar med detta tillstånd relativt andra svårt sjuka flyktingbarn vid

*Skulle det visa sig att just flyktingpolitiken är av avgörande betydelse för tillståndets uppkomst och möjlighet till behandling finns det självfallet anledning att kräva en förändring av denna.*

ställningstagande till skyddsbehovet vid prövning av permanent uppehållstillstånd.

Det faktum att kunskaperna är begränsade kring tillståndets orsaker samt att det saknas en vetenskaplig grund att basera behandlingen på gör att det idag inte går att säga att behandling i Sverige till skillnad från varje annat land är oundgängligen nödvändig. Läkarettiken anger i dessa fall att vi aktivt skall söka ny kunskap, vilket läsaren av Läkartidningen kunnat notera sker på bred front.

Flera specialitetsföreningar är starkt

engagerade liksom ledande företrädare för den barnpsykiatriska verksamheten. Socialstyrelsen arbetar med en nationell avstämning involverande alla berörda, vilket inte är enbart läkarkåren. Det finns idag samlat en inte oväsentlig kunskap utifrån olika verksamheter som kanske i alla fall kan ge en grund för en inriktning. Läkarkåren tar, som etik- och ansvarsrådet ser det, sitt ansvar i ett läkarettiskt perspektiv.

## Om flyktingpolitiken är orsaken

Skulle det visa sig att just flyktingpolitiken är av avgörande betydelse för tillståndets uppkomst och möjlighet till behandling finns det självfallet anledning att kräva en förändring av denna. Man kan redan nu ana att regeringen genom sitt senaste beslut är beredd att medverka till en praxis som ger humanitära skäl större plats, dock efter individuell prövning.

Mycket talar redan nu för att barnfamiljer måste särbehandlas under prövningsperioden. Familjer behöver kvalificerat stöd av många slag under utredningstiden för att inte komma in i en situation som i sig leder till uppgivenhet. Skolgång för barnen är en självklarhet. Ett meningsfullt arbete för föräldrarna är viktigt. Utredningen får inte dra ut på tiden oavsett skäl. Måhända skall även barnpsykiatrisk expertis kopplas in för att identifiera särskilt utsatta barnfamiljer för att tidigt vidta åtgärder för att förhindra att tillståndet utvecklas.

## Skäl för särbehandling?

Rådet arbetar för närvarande med frågan om det just för de apatiska flyktingbarnen finns skäl att generellt särbehandla dessa, till skillnad från vad som gäller för andra svårt sjuka flyktingar – barn och vuxna. Utifrån ett läkarettiskt perspektiv skulle detta innebära ett avsteg från principen om människors lika värde och måste föregås av samma strukturerade etiska analys som en gång ledde fram till ställningstagandet angående tvångsmatning. •

tualmord. J/E skriver att i sitt inlägg att »det är kanske mer sannolikt att det finns svenskafrikanska flickor som utsätts för omskärelse än att det finns mäktiga pedofilringar som utövar satanistiska ritualmord i de svenska skogarna«. Vi tycker den formuleringen är hårresande.

Om vi tar ett annat europeiskt land, Frankrike, finns det minst 25 fällande domar avseende könsstympning av flickor [9]; en enskild »omskärelse« har dömts för 48 fall av könsstympning [9], och det finns belagt att dödsfall har inträffat som resultat av könsstympning [10]. Varför skulle Sverige vara helt undantaget från denna risk? Forskning handlar inte om att vränga debatten för att den ska passa den egna agendan. Det hela måste handla om hur vi kan hjälpa, stötta och eventuellt behandla de flickor och kvinnor som genomgått eller riskerar genomgå könsstympning, oavsett var i världen de befinner sig.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N, Obeid A, El Sheikh MA, Elfadil SM, et al. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet* 2005;366:385-91.
2. Almroth L. Genital mutilation of girls in Sudan : community- and hospital-based studies on female genital cutting and its sequelae [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 2005.
3. Almroth L, Bedri HA, Elmusharaf S, Satti A, Idris T, Hashim MS, et al. Urogenital complications among girls with genital mutilation: A hospital based study in Khartoum. *Afr J Reprod Health*;2005 9(2):127-33.
4. Johnsdotter S, Essén B. It is only a tradition: making sense of Swedish Somalis' narratives of female circumcision and avoiding submission to hegemonic political discourse. *Critical Social Policy*. Under publ.
5. Berggren V, Abdel Salam G, Bergstrom S, Johansson E, Edberg AK. An explorative study of Sudanese midwives' motives, perceptions and experiences of re-infibulation after birth. *Midwifery* 2004;20:299-311.
6. Tamaddon L, Johnsdotter S, Liljestrang J, Essen B. Female genital cutting (FGC) in Sweden – a survey among health care providers. FOKO International Conference; 2003 5-7 September; Malmö, Sweden; 2003.
7. Ahlberg BM, Krantz I, Lindmark G, Warsame M. »It's only a tradition«: making sense of eradication interventions and the persistence of female »circumcision« within a Swedish context. *Crit Soc Policy* 2004;24:50-78.
8. Essen B, Johnsdotter S. Female genital mutilation in the West: traditional circumcision versus genital cosmetic surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:611-3.
9. Rahman A, Toubia N. Female genital mutilation: a guide to laws and policies worldwide. London: Zed; 2000.
10. Dorkenoo E. Cutting the rose: female genital mutilation: the practice and its prevention. London: Minority Rights Publications; 1994.

## De apatiska barnen:

# Medicinsk etik och politiskt ansvar

Under sommaren har en debatt förekommit i Läkartidningen angående inställningen till apatiska barn.

De som inte är insatta i problematiken kan ha glädje av att känna till kontexten för fenomenet. Under år 2002 avskaffades så kallade de facto-asylskäl. De facto-skäl innebär att man inte har velat bevilja asyl på politiska grunder, något som redan var ett sällsynt undantag i svensk asylrätt i motsats till flera europeiska länder. Men det ansågs att den asylsökande av olika skäl de facto inte kunde skickas tillbaka, till exempel på grund av en välgrundad fruktan för förföljelse eller av humanitära skäl.

### Ändrad motivering

Jag har under många år sett asylsökande med tortyrbakgrund för dokumentation. När jag började utföra dylika undersökningar var skälen för avslag i första instans i regel att den sökande saknade trovärdighet. Nu är det vanligt att det står i avslagsmotiveringar att »vi ifrågasätter inte att du har varit utsatt för tortyr, men risken att det skulle inträffa igen anser vi vara liten ...«.

När man således plötsligt i praktiken avskaffar alla asylskäl kommer det att finnas ett stort antal asylsökande i landet som är desperata. De av dem som är föräldrar klarar ofta inte att ta hand om barnen. I många fall har barnen dessutom bevittnat våld mot föräldrarna eller har egna traumatiska upplevelser, något som föräldrarna ofta inte känner till eller orkar ta in.

## Så stödjer vi bäst de dömda i Libyen

Johan Lagerfelt undrar i Läkartidningen 30-31/2005 (sidan 2171) hur Läkärförbundet och WMA, World Medical Association, har agerat för att visa solidaritet med den palestinske läkare och de fem bulgariska sjuksköterskor som är dömda till döden i Libyen. De är anklagade för att medvetet ha smittat mer än 400 libyska barn med HIV genom förorenat blod.

Det är en fruktansvärd tragedi för alla inblandade. Hur kan vi agera på bästa sätt för att visa vår solidaritet men framförallt för att påskynda en rättvis rättslig prövning?

Inom Sveriges läkarförbund är vi medvetna om situationen och frågan har diskuterats vid ett flertal tillfällen i WMA. Då flera sjuksköterskor är involverade har WMA kontakter med ICN, International Council of Nurses, som har

Det är därför inget konstigt att det plötsligt dyker upp en »ny och hittills okänd sjukdomsbild«. I motsats till vad som har hävdats är tillståndet tidigare beskrivet, bland annat av Zachary Steel och medarbetare i boken »Broken Spirits«, utgiven av Wilson & Drozdek 2004. Steel och medarbetare knyter fenomenet till den »policy of deterrence«, dvs avskräckningspolicy, som har genomförts i Australien under de senaste åren. Det skulle klart signaleras att det inte var någon idé att söka asyl.

När nu Sverige år 2003 implementerade avskräckningspolicyn uppstod därför en epidem av »apatiska barn« som totalt överväldigade Sveriges barnpsykiatri. En del orkade inte inse allvaret utan frestades ta till opportunistiska förklaringar.

### Grundläggande etiska principer

Jag tror att det är viktigt att vårdprofessionernas olika förbund ställer sig helhjärtat bakom medlemmarna och förtydligar att sjukvårdspersonal av alla kategorier aldrig får överge grundläggande etiska principer.

Tvinga politikerna att ta sitt ansvar och låt sjukvårdspersonalen följa medicinsk etik, annars vet vi inte var det slutar!

### Hans Peter Söndergaard

specialist i allmän psykiatri, med dr, chefsöverläkare, Kris- och traumacentrum, Danderyds sjukhus  
hans.peter.sondergaard@phs.ki.se

engagerat sig mycket och haft ett flertal kontakter med olika parter.

WMA och ICN gör för närvarande gemensamt bedömningen att det inte gagnar de berörda individerna att organisationerna agerar offentligt. Det är en mycket svårhanterlig politisk situation och det är många andra internationella politiska frågor som påverkar bedömningen, vilket gör situationen oberäknelig. Om situationen förändras/förbättras och bedömningen blir en ändrad strategi kommer WMA att fortsatt arbeta tillsammans med ICN för att hjälpa kollegan och sjuksköterskorna till en korrekt legal bedömning.

### Eva Nilsson Bågenholm

ordförande Sveriges läkarförbund, ordförande WMAs etikkommitté  
eva.nilsson.bagenholm@slf.se

Sjukvård vid gränsen

# Medicinska erfarenheter från en flyktingförläggning

Barn som själva misshandlats av polis eller bevittnat hur släktingar brutalt misshandlats och mördats, kvinnor som utsatts för massvåldtäkter eller sexuell tortyr – exemplen kan mångfaldigas när det gäller svårt traumatiserade patienter vid våra flyktinganläggningar. Likväl anses de inte ha tillräckliga skäl för asyl i Sverige. Svensk sjukvård har också stora svårigheter att ge de drabbade effektiv hjälp. Vi läkare befinner oss ofta i en omöjlig medicinsk situation – hur skall vi agera etiskt i ett system där uppenbart så många människor far illa?



**STAFFAN MJÖNES**  
barnläkare, medlem i Svenska barnläkarförningens arbetsgrupp för flyktingbarn  
*staffan.mjones@telia.com*



**OLE MARQVARDSEN**  
allmänläkare, Asylhälsovården, Sundsvalls sjukhus

Regeringen har nyligen temporärt upphört med avvísningar av skapatiska barn och gett Socialstyrelsen i uppdrag att se över deras vård. Översynen skall redovisas senast den 1 november i år.

Medan Socialstyrelsen utreder vill vi skildra några erfarenheter från en flyktingförläggning i mellersta Norrland. Flyktingförläggningen med filial har nu ca 1 000 boende – asylsökande från olika delar av världen, men med dominans för familjer och ensamstående män från forna Sovjetunionen, Balkan och Afrikas horn, särskilt Eritrea och Somalia.

**Ovanliga kliniska bilder**

Vi har varit i kontakt med skapatiska barn och ser inte detta tillstånd som ett opportunistiskt beteende. Vi iakttar dock andra egendomliga bilder på vår flyktingförläggning – patienter med psykosomatiska sjukdomar hos vilka symtomen är fixerade och svårbehandlade. Huvudvärk, sömnlöshet och buksmärter pågår länge och är konstanta.

Vi ser också, särskilt bland romska flickor, ett autistiskt eller pseudoautistiskt beteende där flickorna kan vara helt oregerliga i hemmet och på mottagningen. De accepterar inte några regler, slår och kastar saker omkring sig. De kan också förete ett passiviserat beteende, då

de inte vågar titta upp, vägrar svara på tilltal men ibland bryter ut i klagande skrik eller annat utagerande beteende.

Också dessa bilder är stela och svårpåverkbara. Att samtalsmässigt nå dessa patienter ens ytligt kan vara omöjligt, i varje fall genom tolk.

**Tre kliniska exempel**

1. En pojke i övre tonåren från ett land i Centralasien söker upprepade gånger för långvariga och svåra buksmärter. I hemlandet har han misshandlats av polis och sett sin far misshandlas. Sedan dess har han ingen kontakt med familj eller släkt och bor ensam. Han utreds gastroenterologiskt med bl a gastroskopi utan att specifik diagnos ställs. Gastritbehandling är resultatlös. Han är nedstämd, har få sociala kontakter, är fixerad i sitt beteende.

2. Två romska flickor från Balkanområdet kommer med storebror och föräldrar. Familjen uppger att de bott i en källare de senaste fem åren och i stor utsträckning försörjt sig på att stjäla mat. Systarna sägs ha bevittnat att deras fyraåriga kusin mördades genom att halsen skars av och att kroppen sedan styckades inför deras ögon. Båda föräldrarna har misshandlats. Fadern och brodern tvingades att bevittna avrättningen av en grannfamilj tillhörig deras egen sida i konflikten och att därefter begrava offren. Därefter betraktas de som förrädare av sina egna och hotas alltså från två sidor. Flickorna är omöjliga att få kontakt med. Vid ett tillfälle skriker de oavbrutet i 30 minuter medan de väntar i korridoren.

3. En äldre kvinna från Centralasien är judinna med förflutet som slavarbetare för nazistregimen i Tyskland. Därifrån lyckades hon fly och blev en aktiv deltagare i franska motståndsrörel-

sen. Hennes situation i hemlandet blev ohållbar bl a av etniska skäl, och hon flydde hit. Hennes skäl till asyl anses otillräckliga i Sverige. Hon avvisas men är då inte kontaktbar. Intyg om att hon inte är »transportabel« negligeras. Hon bärs skrikande ombord på planet. Vid ankomsten till ursprungslandet vägrar myndigheterna att ta emot henne.

**Svårt traumatiserade**

Våra patienter med ovanliga symtom är vanligen svårt traumatiserade. Många kvinnor har utsatts för massvåldtäkt eller sexuell tortyr. En del kvinnor vågar inte låta sin man veta att de blivit våldtagna. Många befinner sig sedan länge i den svenska asylprocessen, men långt ifrån alla. De senare kan helt nyligen ha kommit till Sverige, varför traumatiseringen i hemlandet troligen är den viktiga orsaken till bilderna just för dessa patienter.

Den långa väntan är inte bara mycket ångestskapande, den är tråkig och trist. Utbudet av fritidsaktiviteter är litet. Den fysiska miljön på förläggningen är sliten och smutsig. Negativa besked och verkställda avvísningar är vanliga och diskuteras människor emellan. Vi ser familjevåld och våld mellan olika etniska grupper.

Vi tror att traumatiseringen och den långvariga expositionen för dessa negativa företeelser, särskilt den pressande

*De medicinska utredningarna leder sällan till diagnos. Behandlingsmetoderna är inte effektiva. Våra intyg beaktas inte. Vi börjar känna att vi arbetar i en icke rätts-säker situation. Det ställer nya krav på vår yrkesetik.*

väntan på uppehållstillstånd, ger en känslomässig deformation. Denna påverkar de psykosomatiska bilderna, och i förening med kulturella faktorer influeras sjukdomsbeteendet.

### Rädslan dominerar

Summan är ett mycket stort lidande för de berörda och stora svårigheter för svensk sjukvård att ge effektiv hjälp. Rädslan för att behöva återvända dominerar livet helt, och den kan vi varken prata eller medicinera bort. Det är svårt att finna ett fruktbart terapeutiskt förhållningssätt.

Barn- och ungdomspsykiatrien är starkt ansträngd. Allmänpsykiatrien anser att psykologisk traumabehandling inte är möjlig så länge uppehållstillstånd ej beviljats. Vidare vill man prioritera svenska patienter, eftersom resurserna är små.

### Negligerade intyg

Trots ofta starka läkarintyg får patienterna sällan stanna. Ändå ser vi att de »hyser välgrundad fruktan« i Genèvekonventionens mening – dvs att det rimligen är farligt för dem att tvingas hem (objektivt rekvisit), att de är rädda (subjektivt rekvisit) samt att deras psykiatriska bilder borde motivera »humanitära skäl«.

Som läkare tror vi på våra patienter. Vi tar upp anamnes, vi anställer inte förhör. Vi är tillräckligt beresta och belasta för att orka ta till oss att berättelserna är rimliga. Det är svårt att förmedla hopp eller bekräfta hopp. Möjligheten att få stanna i Sverige är liten, liksom hoppet om att kunna upprätta en värdig existens i hemlandet.

Vi befinner oss alltså i en många gånger omöjlig medicinsk situation. Vi förmår inte hjälpa många av våra patienter, som lider svårt. De medicinska utredningarna leder sällan till diagnos. Behandlingsmetoderna är inte effektiva. Våra intyg beaktas inte. Vi börjar känna att vi arbetar i en icke rättssäker situation. Det ställer nya krav på vår yrkesetik.

### Begreppet transportabilitet

Det behöver klargöras vad som avses med begreppet transportabilitet i medicinska sammanhang. En svårt sjuk patient som behöver flyttas till en högre vårdnivå, t ex från en sjukstuga till en regionklinik, kan vara så svårt sjuk att tillståndet först behöver förbättras med understödjande åtgärder. Sedan vågar man kanske lägga patienten i en ambulans för transport. Transporten skall då ske med möjlighet till ytterligare stödåtgärder. Vid ankomsten skall ett fullgott mottagande kunna garanteras. Detta säkras genom telefonsamtal och översändande

av relevanta handlingar. Är dessa krav uppfyllda är patienten transportabel.

### Förslag

Inför den genomgång av de skapatiska barnen som nu förestår i Socialstyrelsen vill vi framföra förslag till ytterligare diskussion inom läkarkåren, kommuner och landsting:

1. En bedömning bör göras av flyktingförläggningarna som psykosocial och fysisk miljö. Den påverkar troligen sjukdomsbeteendet och de kliniska bilderna i många avseenden. Som läkare måste vi inse att det inte går att begränsa den psykiatriska undersökningen till skapatiska barn. En allvarlig brist i Marie Hessles/Nader Ahmadis delrapport i våras om de skapatiska barnen, »Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom«, är att de bara undersöker ökningen av just denna diffusa diagnos. Ingen skattning av det totala barnpsykiatriska vårdbehovet bland flyktingbarn görs, ännu mindre av några andra spårdiagnoser där posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och depression borde ha ingått.

2. En bedömning bör göras av vilka medicinska och sociala vårdresurser som behövs på eller för flyktingförläggningarna. Troligen behöver både somatiska och psykiatriska vårdresurser förstärkas, liksom det sociala stödet och en uppryckning av den pedagogiska och fysiska miljön. Skall de medicinska mottagningarna ligga på förläggningarna eller skall vården av flyktingarna skötas av den vanliga offentliga sjukvården? Denna behöver i så fall förstärkas. Man bör också beakta den speciella situation som råder vid mötet mellan kvinnliga patienter från andra kulturer, även vissa europeiska, och manliga skandinaviska läkare.

3. En öppen diskussion om läkares och sjuksköterskors yrkesetik behöver föras med deltagande av bl a Socialstyrelsen. Bör läkare överhuvudtaget spela med och svara för sjukvård i ett system där många människor uppenbart far mycket illa?

### Etiska regler och deklARATIONER

Enligt Sveriges läkarförbunds etiska regler skall vi inte »... medverka i sådan vård där frihet att handla efter dessa [regler] saknas«. Vår frihet gäller sådana formuleringar som »människokärleken och hederns bud« och »... inte genom sin yrkesauktoritet inkräkta på vederbörandes rätt att bestämma över sig själv«.

När, om alls, bör vi delta i avvisningar mot patientens vilja? World Medical Association's (WMA) Genève deklARATION talar om »... compassion and respect for human dignity«. Då förtroen-

det för andra samhällsinstanser börjar brista, och vi uppfattar att olika myndigheters arbetssätt inte är rättssäker, uppstår nya medicinetiska krav.

Själva anser vi att om vi skall ansvara för att en patient är transportabel är detta möjligt bara under förutsättning av en säker transport och ett kompetent medicinskt mottagande vid ankomsten. Då måste det ändå garanteras att vi inte försämrar för patienten genom att sekretessen bryts i hemlandet.

Detta är i enlighet med WMA:s LisabondeklARATION, vilken tydligt säger: »Så länge medicinsk vård är motiverad, får läkaren ej avbryta en behandling utan att ge patienten rimlig hjälp och erforderliga möjligheter att ordna vård på annat sätt.«

### Slutord

Flyktingarna är de svagaste som befinner sig i Sverige idag. Flyktingbarnen är de svagaste bland de svaga. Kristen eller agnostiker – vi påminns om Bibelns uttryck »dessa mina minsta«. Vi menar att den aktuella flyktingpolitiska situationen är en tydlig prövosten för såväl medicinsk som samhällelig moral.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

# Vi måste säga ifrån när människors liv och hälsa står på spel!

I mitten på 1990-talet försökte Stockholms läns landsting genom policydokument styra sjukvårdsanställdas massmediekontakter. Den nu gällande kommunikationspolicyn med riktlinjer för pressarbetet värnar på ett helt annat sätt om sjukvårdspersonalens yttrande- och meddelarfrihet. Trots detta tystnar många vårdchefer i politiskt laddade frågor även när människors liv och hälsa utsätts för allvarlig fara. Bland annat läkaretiken ger oss stöd att i stället våga tala klarspråk.



**JAN HALLDIN**  
leg läkare, med dr,  
Stockholm  
jan.halldin@sll.se

II Tjugofem verksamhetschefer inom barn- och ungdomspsykiatri skrev i april i år en artikel om de apatiska flyktingbarnen i Dagens Medicin [1]. Artikeln kritiserades i Läkartidningen (LT) för att vara alltför tillagsinställd gentemot officiella beslutsfattare [2] och för att stödja en inhuman flyktingpolitik [3].

Sten Lundqvist, en av dem som stod bakom artikeln i Dagens Medicin, kommer i sitt senaste försvarsinlägg i LT [4] in på en av det demokratiska samhällets mest centrala frågor – den om åsikts- och yttrandefrihet.

Lundqvist menar att verksamma i vården i sin professionella roll måste vara försiktiga med att driva politiska frågor. Om vi gör det minskar vår professionella trovärdighet exempelvis vid barnpsykiatriska bedömningar. Vad jag gör som privatperson är en helt annan sak, säger han.

## Professionell eller privatperson?

Går det nu alltid att skilja på rollen som professionell och som privatperson och på frågor av professionell respektive politisk natur? Jag tror inte det. Har vi inte som vårdverksamma en speciell kompetens och erfarenhet och därför ibland närmast en skyldighet att debattera just vård- och omsorgsfrågor, även om det innebär ett politiskt ställningstagande?

Denna skyldighet är speciellt stor om vi som profession har kunskap om att patienter eller patientgrupper utsätts för allvarlig fara för liv och hälsa till följd av ett politiskt beslut.

Jag ser verksamhetschefernas vaga uttalanden i ursprungsartikeln [1] som uttryck för en tveksamhet hos dem att

tala klarspråk i en politiskt laddad fråga.

## Psykiatri och beroendevård drabbade

Jag har märkt liknande tendenser i andra vårdfrågor de senaste 10–15 åren i Sverige. I en artikel i LT [5] angav jag att antalet hemlösa med påtaglig psykisk störning tredubblats i Stockholms stad från drygt 500 år 1993 till knappt 1 500 år 1998. Under samma tidsperiod minskade inom Stockholms läns landsting (SLL) slutenvårdsplatserna inom psykiatri med två tredjedelar och inom beroendevården med två femtedelar. Av fem psykiatriska akutmottagningar inom SLL i början på 1990-talet finns idag endast en kvar.

Varför har vårdverksamma, speciellt cheferna, låtit dessa kraftiga vårdneddragningar ske utan nämnvärda protester? Detta trots allvarliga konsekvenser för svårt psykiskt sjuka och missbrukare, som hamnat i hemlöshet ute på gatan utan att de fått lagstadgad vård.

## Varför tystnar vårdprofessionen?

Sannolikt finns flera orsaker till att vårdens chefer idag ofta tystnar i politiskt känsliga frågor. Många verksamhetschefer har fått allt fler administrativa uppgifter och har ringa tid över för egen patientverksamhet. Verksamhetscheferna har knutits närmare sjukvårdsledningarna, som haft det främsta målet att se till att ekonomin går ihop. Patientperspektivet har kommit allt längre bort. Det kan då mer eller mindre omedvetet bli så att lojaliteten ligger närmare sjukvårdsledningen än den enskilde patienten och vårdarbetaren. Att idag som verksamhetschef säga ifrån i en politiskt inlammrad vårdfråga kan innebära att ens mandat som chef ifrågasätts.

## Kritik mot SvD-artikel

Tillsammans med en chefsjuksköterska skrev jag som chefsöverläkare på toxi-

komanikliniken vid Danderyds sjukhus i maj 1996 en artikel på Brännpunkt SvD med huvudrubriken »Många sjukvårdsanställda rädda för att yttra sig i debatten« och underrubriken »Neddragningar och omorganisationer har också medfört att läkare och sköterskor mår dåligt« [6]. En ledande sjukvårdspolitiker kritiserade mig i häftiga ordalag för artikeln – en kritik jag först så småningom började ana orsakerna till.

Det blev i mitten på 1990-talet politiskt känsligt för vårdprofessionen att i medier ta upp frågor om vårdspersonalens yttrande- och meddelarfrihet, och även om deras ohälsa – för övrigt frågor som delvis är sammankopplade med varandra. Sannolikt ville man från politiskt håll inte ha någon debatt om de stora vårdneddragningarna och dess konsekvenser. En annan omständighet som talar för detta är ett par policydokument som togs fram inom SLL i mitten på 1990-talet.

## Informationspolicy för SLL 1994

1994 antog landstingsfullmäktige en informationspolicy för SLL [7], i vilken det bl a står:

»Tjänstemän med verksamhetsansvar bör med hänsyn till rollförväxling iaktta stor försiktighet med att uttrycka privata åsikter inför massmedia.« Denna formulering kan uppfattas som en inskränkning i de anställdas yttrandefrihet och torde därför enligt den jurist jag då

*Att inte säga något betyder inte att den som tiger undgår att ta ställning. Tystnaden är också ett ställningstagande, även om det inte syns eller hörs. Den som inte säger något väljer anpassningen till makten.*

(Jan Scherman, 1995)



kontaktade på Sveriges läkarförbund inte vara förenlig med de uttalanden som JO gjort i liknande fall.

I ett förslag till chefspolicy från Nordöstra sjukvårdsområdet SLL 1997 finns ett avsnitt om lojalitet. Sveriges läkarförbund yttrade i DN den 19 april 1997 att förbundet såg mycket allvarligt på dessa lojalitetskrav, som kan leda till en form av munkavle på högre chefer.

Dåvarande ordföranden i Läkarförbundet Robert Leth sade i DN-artikeln bl a: »Vi ser med stort allvar på hur politiker och sjukvårdsadministratörer försöker kväva en sund debatt kring resurser till sjukvården. Läkarnas professionella ansvar för patienterna kräver att vi talar klarspråk.»

Inga av dessa policydokument finns numera i bruk inom SLL. Däremot finns idag en kommunikationspolicy för SLL [8] med tillhörande riktlinjer för pressarbetet [9], båda antagna av landstingsfullmäktige 2004.

#### Grundlagsskyddade rättigheter

I den nu gällande kommunikationspolicy slås de grundlagsfästa rättigheterna

om yttrandefrihet, offentlighet och meddelarfrihet föredömligt fast (en viktig begränsning är den sekretess som omgärdar enskilda hälsotillstånd och personliga förhållanden och som gör att alla sjukvårdsanställda omfattas av tystnadsplikt).

I riktlinjerna för pressarbetet finns emellertid en i relation till meddelarfriheten något motsägelsefull mening som lyder: »Anställda som har haft kontakter med medier i en viktig fråga ska förutom rapportering till närmsta chef även rapportera till informationschefen i den egna verksamheten.» Jag anser att den meningen bör strykas. En helt annan sak är dock om man uppträder som officiell talesman för SLL, varvid ens uttalande bör förankras hos både närmsta chef och informationschefen.

#### Bättre att tala klarspråk

Avslutningsvis har, enligt min mening, alla anställda i sjukvården och speciellt dess chefer en skyldighet att säga ifrån, även i medierna om så behövs, när utsatta människors liv och hälsa är i allvarlig fara.

Det är ett synsätt som stöds av Läkarförbundets etiska regler [10] och som inte är i strid med SLLs nu gällande kommunikationspolicy och pressriktlinjer. Det är mycket bättre att värden själv på ett tidigt stadium talar klarspråk än att problemen långt senare uppmärksammas i TV-program av typ Uppdrag granskning eller Kalla fakta.

Nuvarande VD:n på TV 4, Jan Scherman, skrev 1995 i en efterskrift till en bok om Torgny Segerstedt [11] följande tänkvärda ord:

»Att inte säga något betyder inte att den som tiger undgår att ta ställning. Tystnaden är också ett ställningstagande, även om det inte syns eller hörs. Den som inte säger något väljer anpassningen till makten.«

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

#### Referenser:

1. Åhlund A, Enbom A, Brynge A, Lindström A, Kovac C, Nyman E, et al. Förändrad asylprocess bästa sättet att hjälpa de apatiska barnen. *Dagens Medicin* 2005;(15):4.
2. Zetterström R. Sprickorna inom barn- och ungdomspsykiatri måste repareras. *Läkartidningen* 2005;102:1554.
3. Thernlund G, Ferander T, Ljungberg Miklos J, Bodegård G. Verksamhetschefernas inlägg stöd för inhuman flyktingpolitik. *Läkartidningen* 2005;102:2169.
4. Lundqvist S. Mot fria fantasier kan ingen försvara sig. *Läkartidningen* 2005;102:2170-1.
5. Halldin J. Lagstridigt att inte ge utsatta vård. *Läkartidningen* 2005;102:1181.
6. Halldin J, Lyckman B. Många sjukvårdsanställda rädda för att yttra sig i debatten. Neddragningar och omorganisering har också medfört att läkare och sjuksköterskor mår dåligt. *Svenska Dagbladet*. Brännpunkt 7 maj 1996.
7. Stockholms läns landsting. Landstingskontoret Information, Informationspolicy för Stockholms läns landsting; 1996.
8. Stockholms läns landsting. Kommunikationspolicy för Stockholms läns landsting 2004. Finns på nätet LSF-portalen. <http://www.lsf.sll.se/> Se under riktlinjer och policyer.
9. Stockholms läns landsting. Riktlinjer för pressarbetet inom Stockholms läns landsting 2004. Finns på nätet LSF-portalen. <http://www.lsf.sll.se/> Se under riktlinjer och policyer.
10. Läkarförbundets etiska regler. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2002.
11. Scherman J. Efterskrift om Munkavlarnas moderna historia. I: Segerstedt Wiberg I, Torgny Segerstedt. En dotters skildring. Lund: Carlssons Bokförlag Stockholm; 1995, p.255-82.



Asylbarnen med uppgivenhetssymtom:

# Politisering försenar medicinsk förankring och skapar medicinsk »vårdnadstvist«

Många läkare hävdar att »de apatiska asylbarnen« mår bäst av att vårdas i hemmet och blir försämrade på sjukhus. Påståendena är emellertid inte belagda, och några dokumenterade resultat av hemvården har inte redovisats. Politiseringen, och därmed förseningen av den medicinska struktureringen av problemet med asylbarn med svåra funktionsbortfall, har inverkat menligt på såväl myndigheternas handläggning, vården av barnen som kunskapsutvecklingen.



**GÖRAN BODEGÅRD**

med dr, överläkare, barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms län, BUP-mottagningen Skärholmen; forskare vid institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet, Stockholm [goran.bodegard@sl.se](mailto:goran.bodegard@sl.se)

II Ett stort antal barn från traumatiserade familjer som flytt från forna Jugoslavien och f d sovjetrepubliker i Centralasien har under asylperioden i Sverige utvecklat funktionsbortfall som inte förklaras av somatisk sjukdom [1-3]. Barnen har mycket varierande grad av s k uppgivenhetssymtom och har följaktligen mycket olika behov av vård.

Är detta ett reaktivt beteende som utvecklas unikt i den svenska asylprocessen och sjukvården [4]? Är det en särskild stressreaktion till följd av svår traumatisering och förhållanden som omöjliggör bearbetning under asylperioden och en variant av »pervasivt refusal syndrome« [5-7]?

Barnen benämns oftast »de apatiska barnen« men beteckningen är inte adekvat för de sjukaste, där »depressiv devitalisering« är mer korrekt beskrivande [1, 8]. De svårast sjuka tycks ha passerat en brytpunkt där det psykopatologiska tillståndet övergått i en somatisering och blivit en livshotande sjukdom [1, 5, 8].

**Rekommendationer i november**

Regeringen riktade fokus på de asylpolitiska aspekterna genom att hänskjuta ärendet till UD/migrationsministern. Två samtidiga statliga utredningar av samma ämne är inte accepterbart, så först sommaren 2005 gavs Socialstyrelsen uppdraget att förankra situationen genom att på sedvanligt sätt utarbeta medicinska riktlinjer för detta nya ohälsotillstånd. Det skedde när regeringens na-

tionella översyn identifierat drygt 400 fall, och de omfattande hälsoaspekterna därmed tydliggjordes [3]. Socialstyrelsen väntas komma med rekommendationer i november 2005.

**Brist på diagnoskriterier**

Avsaknaden av fastslagna diagnoskriterier omöjliggör en saklig medicinsk debatt och jämförelser av olika behandlingsmetoder. Situationen öppnar för att de många intressenterna kring dessa barn kan hävda åsikter som baserar sig väsentligen i de egna, inbördes mycket olika kliniska erfarenheterna (ibland totalt avsaknad!).

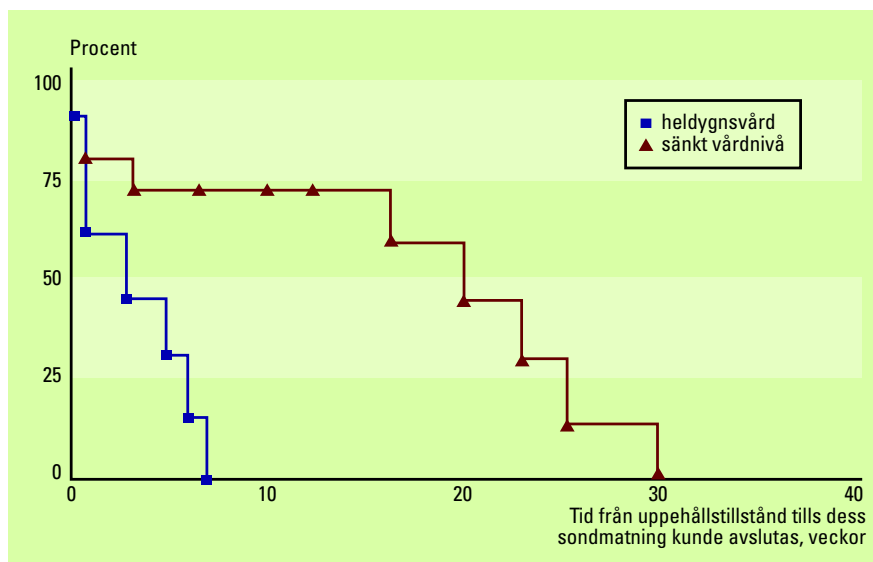
Anekdotiska – säkerligen i sig sanningsenliga – uppgifter kan inte refere-

ras till mer strukturerad kunskap; rapporter om barn som rest sig när uppehållstillstånd kommit eller när de utvisats, som är uppe om nätterna när vårdpersonal ej ser dem, att hållpunkter finns att föräldrar drogat sina barn etc får förvirrande effekter på debatten.

I regeringens rapport klassificeras barnen med hänsyn till symtomens allvar, men man har där inte beaktat (känner inte till?) sådant som svåra ångestattacker, mycket låg belastningströskel och somatiska utsläckningssymtom [5, 8]. Man utelämnar också traumaaspekten och har inte underbyggda data rörande vårdinnehåll och vårdresultat. Studien bygger på en enkät och inte på observationer; den är inte vetenskapligt granskad före publiceringen.

**Vård på sjukhus eller i hemmet?**

Det hävdas av många läkare att »de apatiska asylbarnen« mår bäst av att vårdas i hemmet, och att de blir försämrade på sjukhus [4, 9]. Dessa påståenden är inte belagda, och dokumenterade resultat av hemvården har inte redovisats, alltså inte heller redovisningar av differentierad vård till olika sjuka barn. Inget talar emot att hemvård är lämpligast vid lätta-



Figur 1. I Eugenia-materialet (2002–2005) har 18 barn med allvarliga uppgivenhetssymtom måst sonmatas. Fyrkant: sex barn som vårdats med haldygnsvård så länge det bedömts nödvändigt; tiden mellan uppehållstillstånd till dess sonmatningen kunde avslutas var som längst 7 veckor. Triangel: elva barn som vårdades på lägre vårdnivå på grund av resursinskränkningar. Sonmatningen har inte kunnat avslutas för tre av dessa – för de andra har det som längst varit 30 veckor mellan uppehållstillstånd och »sond ut« (Time-to-event analysis Kaplan Meier).

re fall där heller inte någon omsorgssvikt föreligger hos föräldrarna. Rapporter i massmedierna talar för att sådan behandling emellertid är helt otillräcklig för de sjukaste barnen.

Rekommendationen om denna vård baseras inte i bedömning av barnens vårdbehov i relation till tillståndets allvar (oavsett hur det uppstått!) och föräldrarnas sviktande omsorgsförmåga. Den bygger på en asylpolitisk vårdideologi som motiverar en attityd försvarbar i förebyggande behandling, men som inte är självklart medicinskt och etiskt acceptabel när ett mycket svårt sjukdomstillstånd etablerats.

Det torde vara unikt i svensk medicin att sjuka barn med synnerligen varierande vårdbehov behandlas på ett och samma sätt utan att detta är belagt som vare sig effektivt eller ens riskfritt.

### Negativ inverkan

Erfarenheter från barnavdelningen Eugenia, BUP-divisionen i Stockholms län, talar för att såväl långsam handläggning av asylärendet hos myndigheterna som låg vårdnivå har mycket negativ inverkan på sjukdomsförloppet hos de svårast sjuka (Figur 1).

Man vågar hävda att politiseringen, och därmed förseningen av den medicinska struktureringen av problemet med asylbarn med svåra funktionsbortfall, har menligt påverkat myndighets-handläggningen, vården av barnen och kunskapsutvecklingen i vårdetablissemang.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Bodegård G. Asylsökande flyktningbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. *Läkartidningen* 2004; 101:1696-9.
2. Tunström A. Barn som gett upp. Stockholm: Stockholms läns sjukvårdsområde, flyktingenheten, BUP; 2004.
3. Statens Offentliga Utredningar. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning. Stockholm: Utrikesdepartementet, 2005. Rapport 2005:2 från den nationella samordnaren för barn i asylprocessen med uppgivenhetssymtom.
4. Pelling H. Öppen barnpsykiatrisk vård. Vad talar för denna linje? Anförande vid seminarium anordnat av Svenska barnläkarföreningen i samarbete med barnhälsovården. Akademiska sjukhuset, 31 mars 2005.
5. Bodegård G. Pervasive loss of function in asylum seeking children: another expression of pervasive refusal syndrome. *Clin Child Psychology Psychiatry* 2005;10:337-50.
6. Lask B. Pervasive refusal syndrome. *Adv Psychiatr Treat* 2004;10:153-9.
7. Lyngå von Falasch L. Pervasive refusal syndrome amongst asylum-seeking children. Köpenhamn: Osval II. The Panum Institute, University of Copenhagen; 2005. p. 1-31.
8. Bodegård G. Barn med svåra uppgivenhetssymtom – apatiska barn med depressiv devitalisering. *Psykisk Hälsa* 2005;(3):28-39.
9. Lundqvist S. Vad är det vi har skrivit som är så förfärligt? *Läkartidningen* 2005;102:1831-2.

# MTS, ATS, CTAS eller ESI – passar någon för svensk akutmottagningstriage?

Triage, det första steget i omhändertagandet av skadade personer i situationer med resursbrist, är relativt utforskat i Sverige. I Västra Götalandsregionen har bestämts att Manchestermodellen skall införas vid samtliga sjukhusanknutna akutmottagningar. För att utveckla triagearbetet i Sverige är det angeläget med en konstruktiv nationell diskussion, och en tvärprofessionell arbetsgrupp bör ges i uppdrag att ta fram en svensk skala för akutmottagningstriage.



KATARINA GÖRANSSON  
doktorand  
katarina.goransson@hi.oru.se



ANNA EHRENBORG  
med dr, institutionen för hälsa och samhälle, Högskolan Dalarna



MARGARETA EHNFORSS  
professor; samtliga vid Hälsovetenskapliga institutionen, Örebro universitet

II Nina Widfeldt och Per Örtenwall belyser i *Läkartidningen* 39/2005 (sidorna 2751-3) ett angeläget ämne, processen att bedöma och prioritera patienter när de anländer till akutmottagningen. Artikeln är en av ytterst få svenska rapporter inom området [1, 2]. Forskning om triage på akutmottagning är vanligare i flera anglosaxiska länder [3-5].

Triage är ett relativt utforskat område inom svensk akutmottagningssjukvård, och våra studier visar att det finns en stor variation i landet i hur triage bedrivs och vilka triageskalor som används [1]. Det är därför angeläget med en konstruktiv nationell diskussion för att skapa förutsättningar för att utifrån bästa tillgängliga evidens utveckla triagearbetet i Sverige.

### Utvärderingar saknas

Widfeldt och Örtenwall beskriver triageverksamheten vid ett flertal akutmottagningar som mindre väl fungerande och riktar därmed allvarlig kritik mot den. Det är dock inte tydligt vad de baserar sin uppfattning på. Vad vi känner till finns det ingen publicerad utvärdering av triageverksamhetens effektivitet och kvalitet i Sverige.

Vidare blev vi förvånade över författarnas exempel på hur akutmottagningstriage kan gå till: en lapp som fästs på journalens framsida utgör triagebeslutet. Vi har i en nyligen publicerad kartläggning av akutmottagningstriage i Sverige [1] inte funnit något fall som motsvarar detta exempel. Det tillvägagångssätt som beskrivs av Widfeldt och Örtenwall kan knappast kallas för triage, då sortering baserad endast på problemlösningsförmåga har skett, utan prioritering.

### Omprioritering inom ett visst tidsintervall

Ett av målen med triage är att säkerställa att väntetiden till läkare tillbringas på ett för patienten så säkert sätt som möjligt. Som Widfeldt och Örtenwall påpekar är det viktigt att utvärdera patientens tillstånd under väntetiden och att vid behov omprioritera. Givet detta är det förvånansvärt att de väljer att rekommendera en triageskala som inte specificerar när omprioritering bör göras, utan i stället överlåter på triagesjuksköterskan att avgöra när detta är nödvändigt.

Genom att bestämma att omprioritering skall ske inom ett visst tidsintervall, beroende på vilken prioritering patienten har fått, säkerställs att den så viktiga kontinuerliga bedömningen av patienten sker. Så fungerar t ex den kanadensiska triageskalan CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale) [6].

### Manchestermodellen

Widfeldt och Örtenwall hänvisar till studier som visar att Manchestermodellen/Manchester Triage Scale (MTS) är en lämplig triageskala, men det framgår inte vilka dessa studier är. Vad vi känner till finns det två publicerade studier om MTS [7, 8]. Cooke och Jinks [7] mätte år 1999 MTS validitet på inläggningsfrekvens till intensivvård mot prioriterings-



**Göran Bodegård**, med dr, överläkare, barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms län, BUP-mottagningen, Skärholmen; forskare, BUP-enheten, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset Solna [goran.bodegard@sll.se](mailto:goran.bodegard@sll.se)

## De apatiska barnen – en utmaning för svensk barnsjukvård

I »Elementär barnpsykiatri« kan man läsa att psykiska trauman kan framkalla »en apatineuros som kan te sig antingen som en schizofreni av kataton typ eller som en depression med stark hämning« [1]. Så beskrev Anna-Lisa Annell redan 1958 det tillstånd som vi nu blivit mycket bekanta med hos asylsökande flyktningbarn [2-7] i vårt land. Senare har tillståndet rapporterats från andra länder under benämningen »pervasive refusal syndrome« hos barn som lever med hopplöshet och hjälplöshet i ett oförutsägbart tidsperspektiv [8, 9]. I australiska asylläger finns barn som utvecklat detta tillstånd men som förblir medicinskt osynliga, eftersom asylsökande inte omfattas av samhällets vårdresurser [Zachary Steel, Sydney, Australien, pers medd, 2005]. I Tadzjikistan ses små barns psykiska ohälsa som en religiös angelägenhet; barn som reagerar med uppgivenhetssymtom uppfattas inte som ett medicinskt problem och förblir därför osynliga [Davron Mukhamadiev, Dusjanbe, Tadzjikistan, pers medd, 2005].

Den svenska regeringen initierade 2004 en översyn av de »apatiska asylbarnen«, och drygt 400 asylbarn med mycket varierande grad av uppgivenhetssymtom har identifierats. Man är för närvarande i vårt land inte ense om huruvida de här barnen skall behandlas enligt vårdbehovet bedömt på vanligt vis eller med hänsyn främst till att symtombilden kan vara ett reaktivt beteende i asylprocessen. Vi känner alltså väl till förekomsten men vet ännu inte tillräckligt om hur de olika formerna fördelar sig efter svårighetsgrad.

### Sammanfattat

»Epidemin« av apatiska barn kan ses som uttryck för psykisk vånda bland människor som lever under jämförbara villkor av hot och med liknande kulturella (?) förutsättningar. Tillståndet i sig är inte »mystiskt«, men ansamlingen i vårt land är anmärkningsvärd och antyder att sjukdomsframkallande faktorer kan finnas i det svenska omhändertagandet av asylsökande.

Tidigt uppfångande och aktiverande normalisering är den självklara behandlingsstrategin. Detta utesluter inte att behov av vårdintensiva insatser kan uppstå när tillståndet djupnat och övergått till somatisk sjukdom.

Vår kunskap om de biologiska aspekterna är ännu mycket bristfällig.

Se även artikeln på sidan 3646 i detta nummer.

*Ett förebyggande och tidigbehandlande arbete är möjligt bara om det finns överblick över de asylsökande och om en humanitär, icke-ifrågasättande grundinställning råder i vården. Så är inte alltid fallet överallt i landet!*

Den medicinska kunskapsutvecklingen om »de apatiska barnen« har försenats av att problematiken primärt politiserades [10]. Vi har inte haft diagnoskriterier och riktlinjer för behandling. Handläggningen i såväl asylmyndigheten (Migrationsverket och Utlänningsnämnden) som sjukvården har inte gynnats av detta, inte heller av uttalanden om att tillståndet skulle vara mystiskt, obegripligt och unikt för vårt land och att en enda vårdform skulle vara den lämpligaste. En neutral samordning av kunskaper och erfarenheter har saknats.

### Nätverk och icke-ifrågasättande attityd ger bra resultat

Det vi hittills vet kommer från bl a sammanställningar av asylbarns situation i sitt helhetssammanhang [11, se sidan 3646] och från rapporter om barn som sökt eller remitterats till sjukvården – alltså där vårdbehovet har selekterat materialet [2, 3, 7].

I Luleå/Boden och Kiruna/Gällivare blir de asylsökande familjernas barn tidigt kända, och ohälsa fångas snabbt upp i ett välfungerande nätverk av flyktingmedicinsk enhet, psykisk barn- och ungdomsvård (PBU/BUP), psykiatri, socialtjänst och Migrationsverket [11, se sidan 3646].

För patienterna från en enhet i Stockholm (barnavdelningen Eugenia, BUP-kliniken i Stockholms län) är bakgrunden en helt annan, och de barn som remitterades för sjukhusvård hade redan utvecklat en avancerad symtombild [2-5].

Både Luleå/Boden-studien (som presenteras i detta nummer av Läkartidningen) och Eugenia-materialet uppvisar mycket goda behandlingsresultat trots att vårdformerna varit olika: fokus på initial sjukhusvård på Eugenia och på hem- och mellanvård i Luleå/Boden.

Det finns dock stora likheter i vårdinnehållet, framför allt att grundinställningen till familjerna och aktiveringen av dem är samstämd med familjens omsorgsförmåga och inte tillåts överskrida stressgränsen. Behandlingsprincipen är de facto

densamma som föreslås för »pervasive refusal syndrome« [12]!

I Luleå/Boden-studien fann man att »utlösande faktor för symtom var ofta negativt besked om uppehållstillstånd«. I Eugenia-materialet hade emellertid nära hälften av familjerna inte fått något avslag innan barnet insjuknade. I Eugenia-materialet var också tiden till återerövrande av funktioner påtagligt beroende av vårdform. När man på grund av resursförändringar tvingades sänka vårdnivån ökade tiden för sondmatning och återvändandet av förmågan att gå signifikant jämfört med de patienter som kunde vårdas i enlighet med sitt vårdbehov. I Luleå/Boden-studien var tiden till tillfrisknande beroende av vårdform.

Dessa olikheter visar att svårighetsgraden är olika i de två patientgrupperna. Barnen i det selekterade storstadsmaterialet förefaller också ha en högre grad av traumatisering redan vid ankomsten till Sverige, vilket förklarar det hastigare insjuknandet.

I båda studierna framgår att uppehållstillstånd är av stor betydelse för starten av tillfrisknande, liksom mödrarnas omsorgsförmåga.

Att man kan påvisa mycket gynnsamma resultat av tidigt insatta hemvårds- och mellanvårdsinsatser vid ett sjukdomstillstånd undanröjer givetvis inte att mer vårdintensiva insatser är mer effektiva och nödvändiga när tillståndet utvecklats fullständigt.

Den gynnsamma vård som beskrivs i studien från Norrland kräver att goda nätverk tidigt kan upprättas. Ett förebyggande och tidigbehandlande arbete är möjligt bara om det finns överblick över de asylsökande och om en humanitär, icke-ifrågasättande grundinställning råder i vården. Så är inte alltid fallet överallt i landet! Man kan finna fragmenterade ansvarsavvisande samarbeten, ogynnsamma ekonomiska styrprinciper (köp-sälj?) och samarbete med Migrationsverket som är mer präglad av asylutredande än av vårdande attityd.

## Risk att barnen osynliggörs också i vårt land

När en ny ohälsosituation uppstår måste det finnas balans mellan medicinska kunskapsmål och hälsomål. Hittills har fokus i diskussionen varit möjliga politiska uppkomstmekanismer och därtill knutna behandlingsprinciper. Vi har dock förvisso anledning att ombesörja medicinskt vetenskaplig genomlysning av dessa devitaliseringstillstånd. Sådana studier har ännu inte genomförts systematiskt, och långtidsuppföljningar har heller inte gjorts. Det är angeläget att lära känna de biologiska aspekterna av detta konglomerat av barnpsykiatriska och pediatrika symtombildningar, oavsett hur de uppstått (!).

Om vi inte gör det reducerar vi den medicinska kunskapen, och barnen kommer att osynliggöras också i vårt land genom att symtombildningen ses som en reaktion i asylsituationen och inte som ett specifikt barnpsykiatriskt tillstånd med en komplicerad traumatisk genes.

En vetenskaplig studie måste få utnyttja vårdformer som gör noggranna observationer möjliga. En stor engelsk undersökning (CHYPIE, Children and Young Persons' Inpatient Evaluation Study) visar att väl indicerad barnpsykiatrisk sjukhusvård både ökar förståelsen av patienternas ohälsotillstånd (dvs möjliggör fördjupning av kunskapen) och ger bättre hälsa [13].

## Vårt eftermäle: Bristande intresse och mod?

Utan välgrundad kunskap kan vi inte leva upp till vårt medicinskt etiska ansvar. Det är inte självklart att avsaknaden av (kända!) dödsfall bland asylbarnen med apatineuroser visar att detta ohälsotillstånd inte kan vara livshotande och att det därför skulle vara ofarligt att återsända de sjuka barnen till

sina hemländer. Den nuvarande hållningen riskerar att ge oss ett eftermäle att vi inte vårdade dessa barn – på grund av bristande intresse och mod att vetenskapligt studera problem hos människor som söker skydd undan outhärdliga förhållanden framkallade av andra människor [3].

Vårt samhälle kommer att tillskrivas dunkla motiv till ett sådan förhållningssätt.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Annell AL. Psykogen psykos. I: Annell AL. Elementär barnpsykiatri. Stockholm: Svenska Bokförlaget/Norstedts – Bonnier; 1958. p. 121.
2. Bodegård G. Asylsökande flyktingbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. Läkartidningen 2004;101:1696-9.
7. Utrikesdepartementet. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning (uppdaterad version). SOU 2005:2.
10. Bodegård G. Asylbarnen med uppgivenhetssymtom: Politisering försenar medicinsk förankring och skapar medicinsk »vårdnadsvist«. Läkartidningen 2005;102:3154-5.
13. Jacobs B, Beecham J, Briskman J, Tobias C, Green J, Kroll L, et al. Two and a half thousand hours. The Children and Young Persons' Inpatient Evaluation Study (CHYPIE) into process and outcome of inpatient child and adolescent psychiatry. Report for the Department of Health UK November 2004. <http://kc.nimhe.org.uk/index.cfm?fuseaction=Item.viewResource&intItemID=45078>



I Läkartidningens elektroniska arkiv  
<http://ltaarkiv.lakartidningen.se>  
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista

Lars Joelsson, överläkare, BUP-öppenvårdsmottagning, Strömstads sjukhus; vid tiden för studien överläkare, barn- och ungdomspsykiatri Luleå/Boden, Sunderby sjukhus, Luleå [lars.joelsson@vgregion.se](mailto:lars.joelsson@vgregion.se)

Karin Dahlin, socialpedagog, PBU Luleå/Boden, PBU-mottagningen, Boden

## Asylprocess grogrund för apati hos vissa barn

### Negativt besked om uppehållstillstånd ofta utlösande faktor

En retrospektiv studie har gjorts av asylsökande barn som sökt barnpsykiatrisk behandling. Syftet har varit att kartlägga barnens tidigare sjuklighet, diagnos, etnisk bakgrund och mödrarnas psykiska hälsa samt att utvärdera vilken roll permanent/tillfälligt uppehållstillstånd (PUT/TUT) har för tillfrisknande. Resultaten har jämförts med resultaten i en undergrupp barn som någon gång under kontakten behövt hjälp med att äta.

De flesta andra sammanställningar som gjorts angående asylsökande barn har handlat om selekterade material av barn som sökt eller remitterats till vård på grund av att de uppvisat apatiskt beteende [1-3]. Där har man kunnat beskriva barnens tillstånd, enskilda barns sjukdomsförlopp, etnicitet och barnets plats i syskonskaran, men inte prevalensen av sjuklighet eller hur asylprocessen påverkat de asylsökande barnens hälsa.

Vår sammanställning bygger på ett oselecterat material av barn som sökt till PBU-mottagningen i Boden/Luleå från en och samma flyktingförläggning. Vi har därför, till skillnad från andra sammanställningar, kunnat följa prevalensen av sjuklighet, asylprocessens inverkan på barnens tillstånd och jämföra med de svenska barn som sökt på mottagningen.

Sedan 1992 har det funnits en flyktingförläggning i Boden. Under år 2000 kom allt fler remisser till PBU-mottagningen. Detta, tillsammans med en känsla av att inte kunna hjälpa barnen, ledde till stigande vanmakt och frustration hos personalen. Vi bildade då ett nätverk (Fakta 1). Nätverket fångar upp i stort sett alla barn som mår dåligt och samordnar insatserna för barnen och familjerna.

#### Metod och material

Vi kartlade alla asylsökande barn som sökt PBU i Boden/Luleå från och med 1 januari 1998 och till och med 1 april 2005 genom att läsa deras journaler från PBU och från barnpsykiatriska och barnmedicinska avdelningen.

Ur journalerna togs fram uppgifter om ålder, kön, ordningsnummer i syskonskaran och hemland. Uppgifter togs på vård dagar på barnpsykiatrisk avdelning, diagnos i slutenvård, självmordsförsök och om familjen fått permanent (PUT) eller tillfälligt (TUT) uppehållstillstånd. Vi noterade också hur lång kontakten varit med PBU före och efter uppehållstillståndet samt om barnet gått i skola eller dagis före PBU-kontakten. Vi registrerade hur barnen mått före flykten till Sverige och om det funnits några traumatiska händelser i hemlandet eller under flykten.

Vidare gjordes en uppskattning av hur barnet mådde vid

#### Sammanfattat



Uppföljning av 124 barn och ungdomar i asylsökande familjer, som sökt psykisk barn- och ungdomsvård (PBU) i Luleå/Boden under 1998–2005, visar att något fler barn i asylsökande familjer sökte denna hjälp än svenska barn. Barn från forna Sovjetunionen var överrepresenterade.

Nästan samtliga barn hade fungerat normalt före första kontakten med PBU, trots att 40 procent varit med om någon traumatisk händelse. De flesta barn var deprimerade eller oroliga/ängsliga, en liten andel var apatiska.

Sedan 2000 har antalet asylsökande familjer som söker PBU ökat, och fler barn har behövt hjälp med näringstillförsel. Nästan hälften av de barn som behövde hjälp med näringstillförsel hade gjort självmordsförsök.

Utlösande faktor för symtom var ofta negativt besked om uppehållstillstånd. Besked om permanent uppehållstillstånd var den faktor som bäst påverkade tillståndet i positiv riktning.

Mödrarna till de barn som behövde hjälp med näringstillförsel hade ofta bristande omsorgsförmåga, men omsorgsförmågan förbättrades vid besked om permanent uppehållstillstånd.

Tiden till tillfrisknande var oberoende av vårdform.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

sista kontakten med PBU. Vi bedömde om barnets tillstånd var återställt, förbättrat, oförändrat och huruvida tillståndet var oberoende av asylprocessen.

Diagnoserna bedömdes utifrån symtombeskrivningen,

## II Fakta 1

### PBU-mottagningens nätverk

För asylsökande barn med svårigheter finns i Boden en modell där vi arbetar i nätverk. Personal från PBU gör hembesök och erbjuder samtal på PBU-mottagningen. För de barn som inte kan tillgodogöra sig sedvanliga samtal eller som inte orkar komma till mottagningen gör socialpedagogen på PBU hembesök, ensam och ibland tillsammans med läkare från PBU eller någon annan från nätverket.

Tanken är att försöka aktivera, stimulera, trösta och stötta barn och föräldrar samt finnas kvar och inte ge upp.

Sjuksköterska och distriktsläkare på primärvården kontrollerar barnens somatiska tillstånd, och de mest passiva barnen tränas 2–3 gånger i veckan på vårdcentralen av sjukgymnastbiträde. Vid behov vårdas barnen på barnmedicinska eller barnpsykiatriska avdelningen. Ett vårdprogram beskriver ansvarsfördelningen för den somatiska vården.

Skolsköterskan och lärarna på Tallboskolan, skolan för asylsökande barn, har kontakt med i stort sett alla barn som går eller gått i skolan.

Beroende på behov bistår socialtjänsten och Migrationsverkets handläggare, här gäller det ofta frågor om hemhjälp, kontaktpersoner och hjälp med vardagliga praktiska frågor. Migrationsverkets medverkan i nätverket är också av stor betydelse för att öka och uppdatera kännedom om asylprocessen och det aktuella läget.

En sjuksköterska från vuxenpsykiatrien träffar föräldrar som behöver hjälp.

**Tabell I.** Huvuddiagnoser hos de asylsökande barn som sökt PBU.

Diagnoser	Alla asylsökande patienter på PBU		Barn med näringstillförsel	
	n	%	n	%
Oro/ängslan	48	39	1	4
Depression	39	31	11	40
Beteendestörning	6	5	0	0
Utan symtom (miljöfaktorer)	7	6	0	0
Mental retardation	1	1	0	0
Apati	15	12	15	56
Posttraumatiskt stressyndrom	8	6	0	0
<b>Totalt</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

och vi följde kriterierna enligt ICD-10. Barnen kunde uppvisa symtom på en eller flera diagnoser, men vi har då angett den diagnos som stämmer med de huvudsakliga symtomen. För apati använde vi de av Göran Bodegård föreslagna kriterierna [4] och indelade dem i dels apati av lättare form, dels depressiv devitalisering (Fakta 2). Vi noterade om barnen kunde äta själva, behövde matas eller sondmatas.

Uppgifter togs på hur barnen fungerat i hemlandet eller under flykten. Vi noterade om de varit med om eller bevittnat våld samt om familjen varit splittrad. Föräldrarnas kontakter med vuxenpsykiatrien togs från journalen eller om vi hade kännedom om dessa kontakter på annat sätt. För barnen med näringstillförsel bedömde vi mödrarnas omsorgsförmåga. Förutom via journalerna hade vi också personlig kännedom om de flesta barnen, direkt eller genom nätverket.

## II Fakta 2

### Förslag till diagnoskriterier

Av Göran Bodegård föreslagna diagnoskriterier för apatiska barn, indelade i apati av lättare form och depressiv devitalisering.

1. **Väsentlig kontaktstörning – kontaktlöshet**
2. **Rör sig mycket litet.** Rör sig inte alls spontant och ligger i ett slappt tonuslöst tillstånd med slutna eller öppna ögon utan »blick«
3. Ligger i fosterställning
4. **Reagerar inte på tal**
5. Reagerar inte på plötsliga ljud
6. Reagerar inte på fysiska stimuli eller smärta
7. **Äter och dricker inte, men kan matas**
8. Äter och dricker inte och har inte spontan svalgrefflex – kräver sondmatning
9. Inkontinent för urin och/eller avföring
10. Kontinuerlig vägran med aggressivt och/eller ångestpräglat beteende och ter sig mer i kontinuerligt ångesttillstånd än hypotont apatiskt
11. **Är helt tyst**
12. Tillfälliga attacker av ångest, gnyenden och/eller hyperventilation spontant (»flash backs« – mardrömmar) eller vid »belastningar« (hyperkänsligt)
13. Anmärkningsvärda symtom som temperaturförhöjningar, svåra svettningsskott, hyperventilation, långvårds komplikationer från muskler, hud och njurar. Metaboliska störningar (stresshormonnivåer – basal metabolism etc)

*Uppgivenhet. Lindrig form:* Tre diagnoskriterier (av de fem understrukna ovan) krävs. Tillståndet har bestått under längre tid (veckor), men kan vara föränderligt under dygnets timmar.

*Depressiv devitalisering:* För diagnosen krävs diagnoskriterierna 1, 3 och något av 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13 enligt ovan. Tillståndet har bestått under längre tidsperiod och är oföränderligt över dygnet och har lett till pediatrik bedömning och ordinerat av vätske- och näringstillförsel intravenöst alternativt sond.

Som bakgrund fick vi statistik från Migrationsverket på hur många barn och ungdomar i åldern 0–18 år som bott på flyktingförläggningen under kartläggningstiden, från vilka länder de kommit och hur många som fått uppehållstillstånd eller lämnat Sverige.

## II Resultat

Under den aktuella perioden 1998–2005 hade 1 299 barn och ungdomar bott på flyktingförläggningen. Av dem hade 124 barn och ungdomar (9,5 procent) sökt PBU, 64 flickor och 60 pojkar i åldern 1–19 år, medianålder 11 år. Totalt 60 procent av dessa barn var enda eller äldsta barn.

Av dessa 124 barn hade 27 under någon period (minst en vecka) behövt hjälp med näringstillförsel via matning (11 barn) eller sond (16 barn). Kön fördelning, medianålder och plats i syskonskaran skiljde inte barnen i denna grupp från de övriga asylsökande barn som sökt PBU.

Av alla barn som sökt PBU var de flesta ängsliga och deprimerade (Tabell I). Av barnen med näringstillförsel var 15 apatiska enligt de föreslagna kriterierna (Fakta 2): 11 hade lindrigare form av apati, 4 depressiv devitalisering.

Totalt 58 barn (47 procent) hade vårdats på barnpsykiat-

**Tabell III.** Tillstånd enligt sista journalanteckning hos barnen med respektive utan besked om permanent uppehållstillstånd (PUT) eller tillfälligt uppehållstillstånd (TUT).

Tillstånd	Alla barn på PBU som fått PUT/TUT		Alla barn på PBU som inte fått PUT/TUT		Barn med näringstillförsel som fått PUT/TUT		Barn med näringstillförsel som inte fått PUT/TUT	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Återställda	46	62	3	6	15	75	1	14
Förbättrade	9	12	8	16	4	20	0	0
Oförändrade	2	3	31	62	0	0	6	86
Oberoende av PUT/TUT	9	12	5	10	0	0	0	0
Okänt tillstånd	8	11	3	6	1	5	0	0
<b>Totalt</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

**Tabell II.** Fördelning av hemländer bland barn som sökt PBU.

Hemland	Alla barn på förläggning		Barn som sökt PBU		Barn med näringstillförsel	
	n	%	n	%	n	%
Forna Sovjetunionen	376	29	62	50	21	78
Forna Jugoslavien	363	28	34	27	1	4
Irak	138	11	3	3	0	0
Somalia	60	5	0	0	0	0
Övriga länder	362	27	25	20	5	18
<b>Totalt</b>	<b>1 299</b>	<b>100</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

risk och/eller barnmedicinsk avdelning. Vårdtiden på barnpsykiatrisk avdelning var mellan 1 och 289 dagar, de flesta hade vårdats mindre än 3 månader. Alla 27 barnen (100 procent) med näringstillförsel hade vårdats på sjukhus, de flesta (21 barn) på barnpsykiatrisk avdelning.

De barn som sökte PBU kom från 22 olika länder, medan det på förläggningen fanns barn från 57 länder. Länder med flest barn på förläggningen redovisas i Tabell II. Överrepresentationen av barn som sökt till PBU från forna Sovjetunionen är signifikant ( $P < 0,001$ ) (Tabell II).

Före ankomsten till Sverige hade 49 barn (40 procent) varit med om eller bevittnat någon form av hot och våld eller varit med om att familjen varit splittrad. Motsvarande andel bland barnen med näringstillförsel var 15 barn (55 procent).

För 23 barn (19 procent) fanns uppgift att de haft svårigheter i hemlandet, motsvarande siffra för barnen med näringstillförsel var 6 barn (22 procent).

Vid ankomsten till Sverige gick 100 barn i skolan, motsvarande 89 procent av barnen mellan 6 och 19 år. Av barnen som behövde hjälp med näring gick alla utom 3 (89 procent) i skolan.

Totalt 48 av alla barnen (39 procent) hade mödrar med psykiatriska symtom, 5 barn (19 procent) av dem som behövde hjälp med näringstillförsel. Av mödrarna till barn med näringstillförsel hade alla utom 4 nedsatt omsorgsförmåga.

Av alla barn som sökte PBU hade 27 barn (22 procent) gjort ett självmordsförsök, 12 av barnen (44 procent) med näringstillförsel.

**Inverkan av permanent/tillfälligt uppehållstillstånd.** Totalt 74 av de 124 asylsökande barnen (60 procent) som hade sökt PBU fick permanent (PUT) eller tillfälligt uppehållstillstånd (TUT), bland dem 20 av de 27 barnen (74 procent) med näringstillförsel. Jämförbar andel för samtliga 1 299 barn som bott på flyktingförläggningen var 32 procent.

Av dem som fått PUT/TUT avslutade 14 barn kontakten på PBU före och 47 barn efter beskedet om PUT/TUT. Sammanlagt 7 barn flyttade till annan ort i Sverige före besked om PUT/TUT. Sex barn hade fortsatt kontakt med PBU i Bo-

den/Luleå. Mediantiden för PBU-kontakt var 9 månader före och 1 månad efter PUT/TUT.

Av barnen med näringstillförsel avslutade 1 barn kontakten med PBU före besked om PUT/TUT och 12 barn (inom 3 månader) efter besked om PUT/TUT. Alla utom 2 avslutade kontakten inom 6 månader.

För 79 barn (64 procent) debuterade svårigheterna i samband med att familjen fick negativt besked angående uppehållstillstånd. Av barnen som fick näringstillförsel slutade 23 (85 procent) att äta i samband med det negativa beskedet.

Vi har analyserat barnens tillstånd i relation till om de fått besked om PUT/TUT eller inte (Tabell III). Där vi inte har kännedom om barnets tillstånd beror det på att de flyttat till andra flyktingförläggningar i Sverige före eventuellt besked om PUT/TUT. Totalt 2 av de barn som matades tillfrisknade före PUT/TUT och 1 utan att ha fått PUT/TUT.

Behovet av matning eller sond hade funnits från 1 vecka till 10 månader, median 4 månader för både matning och sond. Tiden till förbättring av barnen med näringstillförsel var oberoende av om de vårdades hemma eller på sjukhusavdelning.

## II Diskussion

I vår retrospektiva studie har vi funnit att vart 10:e barn som kommit till flyktingförläggningen sökte vård på PBU, de flesta på grund av depression och oro. Majoriteten hade fått symptom i samband med negativt besked om uppehållstillstånd, och de hade förbättrats efter det att de fått besked om uppehållstillstånd, det gäller även de barn som behövde hjälp med näringstillförsel. Den största skillnaden mellan hela gruppen barn och de barn som behövde hjälp med näringstillförsel var att de senare dels i ännu större utsträckning hade kommit från forna Sovjetunionen, dels hade gjort fler självmordsförsök.

Vid jämförelse med alla barn på flyktingförläggningen visade det sig att de barn som hade sökt PBU fick uppehållstillstånd dubbelt så ofta som de övriga barnen.

## Olika infallsvinklar i mediedebatten

Under det senaste året har det förts debatt om de apatiska barnen i medierna. Debatten har handlat om orsaker till att barnen blir apatiska och hur de bäst behandlas.

En ståndpunkt som framförts är att apatin kan jämföras med det av Lask beskrivna »pervasive refusal syndrome» (PRS) [5] och av Thompson och medarbetare [6]. Enligt den ståndpunkten beror tillståndet på tidigare eller pågående trauma och på ett patologiskt samspel mellan barnets psykiska känslighet och ett familjeklimat präglad av hopplöshet och hjälplöshet. Behandlingen måste ske på sjukhus, där man kan ge barnen skydd och temporärt ta över ansvaret för barnens liv genom sondmatning och omvårdnad samt aktivera och stötta föräldrarna och övertyga dem om att barnet inte har en livshotande, kroppslig sjukdom.

Tor Lindberg och Claes Sundelin har, utifrån sina erfaren-

heter av barn som vårdats på Eugenia barnavdelning, i Läkartidningen [7] framfört att det är anmärkningsvärt hur små förändringar som sker i familjen när den erhållit uppehållstillstånd. Detta skulle tala för att den svåra familjepatologin har internaliserats starkt.

En annan ståndpunkt som förts fram är att apatin till stor del beror på den svenska asylprocessen, eftersom tillståndet påvisats bara i Sverige. Enligt den ståndpunkten medför inläggning på sjukhus att barnens och familjernas passivitet ökar, vilket leder till att tillståndet förvärras. Behandlingen bör därför i huvudsak bedrivas i öppenvården [8].

### Data talar emot grundläggande familjepatologi

Under 2004 sökte 2,5 procent av alla barn i åldern 0–18 år i Luleå och Boden PBU för första gången. Enligt Barnombudsmannens rapport »Upp till 18« [9] söker 10–15 procent av barn i åldern 0–19 år barnpsykiatrisk konsult någon gång. Med tanke på att 40 procent av asylbarnen varit med om någon traumatisk händelse före ankomsten till Sverige kan man förvänta sig att fler av dessa barn söker kontakt med PBU.

Många mödrar behövde själva psykiatrisk hjälp, och de flesta av mödrarna till barnen med behov av matningshjälp visade bristande omsorgsförmåga. Noterbart är dock att »bara« fem av dessa mödrar hade kontakt med vuxenpsykiatrin. Det slående var att se hur snabbt klimatet i familjen förändrades efter besked om PUT/TUT. Övriga familjemedlemmar blev mer positiva och kunde stödja det sjuka barnet, som därefter förbättrades. Detta talar emot att det finns en grundläggande patologi i familjen, utan mer för att familjen påverkas av den situation den befinner sig i.

De flesta hade fungerat normalt före negativt besked och efter det att de fått uppehållstillstånd, vilket talar emot traumatiska händelser som orsak till symtomen. Däremot kan man tänka sig att traumatiska händelser i hemlandet, som drygt hälften av barnen med näringstillförsel varit med om, blir betydelsefulla när man står inför ett avvisningshot.

Nästan hälften av de barn som behövde hjälp med näringstillförsel hade gjort självmordsförsök. Flera av dessa barn har uttalat tankar om att inte vilja leva.

### Asylprocessen framkallar apatisymtom

I vår västerländska kultur får allt fler av livets dimensioner sjukdomsdiagnoser. I en intressant artikel i Forskning och Framsteg [10] beskriver Henrik Höjer hur järnvägarnas tillkomst i mitten av 1800-talet gav upphov till en våg av medicinska diagnoser som sedan försvann. Vi frågar oss om detsamma gäller för dessa apatiska, asylsökande barn. Har de en sjukdom som skall behandlas eller försöker de liksom övriga i familjen hantera en svår livssituation som utlöses av att de hotas med avvisning? Vår uppfattning är att det är asylprocessen som framkallar apatisymtomen.

Vi kan inte se att man kan jämföra dessa barn med dem som beskrivits ha »pervasive refusal syndrome«. Vi har inte funnit någon skillnad mellan behandling i öppen- eller slutenvård. Det finns behov av slutenvård för barn där situationen är kaotisk, t ex vid självmordsförsök, starkt utagerande beteende och för barn med svåra psykotiska symtom, tills man hinner samla nätverket runt barnet.

En intressant iakttagelse är att inga barn från Somalia hade sökt PBU, trots att det på förläggningen bött lika många barn från Somalia som från Armenien och Kazakstan. Enligt Migrationsverkets handläggare hade dessa barn ofta varit med om svåra trauman.

Våra resultat är tillförlitliga, eftersom vi haft kännedom om alla asylsökande barn som sökt PBU och kunnat följa dem under lång tid. Vi har haft personlig kännedom om alla barn antingen direkt eller via nätverket. Journalerna har varit väl

annons



förda, och det har varit lätt att hitta uppgifterna i texten. Det har funnits bra beskrivningar av hur barnet mått och fungerat under tiden i Sverige.

En brist i studien har varit svårigheterna att ställa diagnos, eftersom symtomen är skiftande och det inte finns någon bra definition på vad som menas med apatiska barn. En enkel måttstock var dock att närmare studera de barn som inte kunnat äta själva. En del av dessa barn kunde vi klassificera som apatiska enligt kriterieförslagen som sammanfattas i Fakta 2.

En annan brist har varit svårigheterna att värdera hur barnen mått och hur traumatiserade de varit före ankomsten till Sverige. Tidigare trauman fanns beskrivna, ibland mycket konkret, ibland mer svävande. I några få fall negerade journaluppgifter trauma. Det har funnits en del uppgifter om hur barnen mått i hemlandet, ofta om att de varit rädda och några få om beteendestörningar.

Vi har inte kunnat dra några slutsatser om mödrarnas omsorgsförmåga förutom hos mödrarna till barnen med närings-tillförsel, där vi hade god personlig kännedom.

Hur de barn som inte sökt PBU mådde eller vad de varit med om har vi ingen kännedom om. Det vore intressant att undersöka vidare.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Bodegård G. Fallbeskrivning av depressiv devitalisering. Asylsökande flyktbarn utvecklar livshotande funktionsbortfall. *Läkartidningen* 2004;101:1696-9.
2. Tunström A. Barn som gett upp. Enkät angående asylsökande barn som vårdats på

3. barnpsykiatrisk klinik under år 2003. Stockholm: Stockholms läns sjukvårdsområde, Barn- och ungdomspsykiatri, Flyktingenheten BUP; 2004.
4. Utrikesdepartementet. Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom – kunskapsöversikt och kartläggning (uppdaterad version). SOU 2005:2.
5. Bodegård G. Bedömning av barn med uppgivenhetssyndrom; förslag till diagnoskriterier. Förslag presenterat vid Socialstyrelsen 18 februari 2005. Riksdagens socialförsäkringsutskott, diariemr 120-2501-04105.
6. Lask B, Britten C, Kroll L, Magagna J, Tranter M. Children with pervasive refusal. *Arch Dis Child* 1991;66:866-9.
7. Thompson S, Nunn K, Moore S, English M, Burke E, Byrne N. Managing pervasive refusal syndrome: strategies of hope. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1998;3:229-49.
8. Lindberg T, Sundelin C. Apatiska barn – var står vetenskapen idag? *Läkartidningen* 2005;102:1338-45.
9. Åhlund A, Enbom A, Brynne A, Lindström A, Kovac C, Nyman E, et al. Förändrad asylprocess bästa sättet att hjälpa de apatiska barnen. *Dagens Medicin* 2005;(15):4.
10. Upp till 18 – fakta om barn och ungdomar. Örebro: Barnombudsmannen, Statistiska centralbyrån; 2004. Barnombudsmannen rapporterar BR 2004:06.
11. Höjer H. Järnvägssjukans uppgång och fall. *Forskning och Framsteg* 2005;(2):34-6.



=artikeln är referentgranskad

## SUMMARY

In this study, 124 of 1 299 children from asylum seeking families living in northern Sweden required psychiatric help. Compared to Swedish children a larger proportion seeks psychiatric help. In the last few years more children seeking asylum have had severe generalised losses of functions and need help with activity of daily life. Almost every child's health condition improves when they get permission to stay in Sweden. Children from the former Soviet Union seek help more frequently than children from other countries do.

**Lars Joelsson, Karin Dahlin**

Correspondence: Lars Joelsson, BUP-öppenvårdsmottagning, Strömstads sjukhus, SE-452 83 Strömstad, Sweden [lars.joelsson@vgregion.se](mailto:lars.joelsson@vgregion.se)

annons

Socialstyrelsens Meddelandeblad »Flyktingbarn med uppgivenhetssymtom«:

# En bristfällig myndighetskrivelse – var finns barnet, omsorgen och vården?

Socialstyrelsens nyligen utgivna Meddelandeblad om uppgivenhetssymtom hos asylsökande barn har så stora brister att det måste arbetas om. Det vetenskapliga underlaget håller inte, barn och föräldrar beskylls för manipulation, förslaget om asylsamordnare är ogenomtänkt och de gömda barnen tycks inte finnas.



För Svenska barnläkarföreningens arbetsgrupp för flyktingbarn

TOR LINDBERG  
tor.lindberg@growingpeople.se

|| Nyligen gav Socialstyrelsen ut ett nytt Meddelandeblad med titeln »Uppgivenhetssymtom hos asylsökande barn« (artikel-nr 2005-1-19). Bland bladets adressater finns verksamhetschefer inom barn- och ungdomsmedicin och skolhälsovård. Vi inom Svenska barnläkarföreningens arbetsgrupp för flyktingbarn är alltså direkt tilltalade men varken vi eller andra barnläkare har haft någon möjlighet att påverka utformningen av bladet. Det märks. Bladet har en del förtjänster men också uppseendeväckande brister.

## Bristande vetenskaplig förankring

Den vetenskapliga förankringen är bristfällig! »Det saknas vetenskapligt grundad kunskap om problemområdet, och därmed sammanhängande avgränsning av det«, påstår Socialstyrelsen och rekommenderar att vi tills vidare ska använda benämningen »uppgivenhetssymtom hos asylsökande barn«. Men tillståndet är beskrivet redan på 1950-talet. Socialstyrelsen bortser från den forskning som finns både i Sverige och internationellt. Den visar bland annat att tillståndet förekommer inte bara hos asylsökande barn och att det finns effektiv behandling också för de svårast sjuka barnen.

## Chockerande om manipulation

Socialstyrelsen beskyller barn och föräldrar för manipulation! I en exempellös formulering skriver Socialstyrelsen: »Även om det inte råder enighet om hur vanligt ett manipulerande beteende är, är det viktigt att de som har ansvar för insatser för och vård av asylsökande barn alltid beaktar denna möjlighet.« Risken

för att utsättas för det Socialstyrelsen kallar manipulation finns inom all hälso- och sjukvård. Vi har aldrig sett Socialstyrelsen särskilt påpeka detta i andra sammanhang. Att man nu gör det i ett Meddelandeblad om en grupp mycket utsatta barn med utländsk bakgrund är djupt beklagligt och bidrar till det misstänkliggörande som enligt många forskare genomsyrar asylprocesser i västvärlden och som bidrar till ohälsa hos asylsökande barn och vuxna. Som barnläkare är vi chockerade över att en statlig myndighet kan tillåta sig något sådant.

## Ogenomtänkt om asylsamordnare

Förslaget om asylsamordnare är ogenomtänkt! Det finns ett behov av att samordna insatserna kring de asylsökande barnen. Men att, som Socialstyrelsen föreslår, lägga denna uppgift på Migrationsverket är problematiskt. Det är en omöjlig roll att både utreda och besluta i asylärendet och samtidigt samordna stödet till familjerna! Av just det skälet har Migrationsverket just lämnat ifrån sig boendet för ensamkommande barn till kommunerna. Också stödet för övriga

asylsökande bör vara kommunens ansvar.

## De gömda barnens situation

De gömda barnen finns inte! I Meddelandebladet finns ingenting skrivet om de gömda barnens situation. Ändå löper just dessa barn hög risk för att utveckla uppgivenhetssymtom. Som barnläkare hade vi väntat oss råd om hur vi ska lösa frågor kring kostnader för nutritionslösningar, sonder och läkemedel när familjerna inte längre har rätt till subventionerade läkemedel. Det finns också oklarheter kring socialtjänstens roll. Har en socialsekreterare anmälningsskyldighet till polisen när hon får kontakt med gömda flyktingar? Vad innebär det i så fall för hennes möjligheter att ge stöd till de gömda barnen? Och för vår möjlighet att samarbeta med henne kring de barn vi möter? För vi möter de gömda barnen i vår vardag. Men för Socialstyrelsen tycks de inte existera.

## Bör omarbetas

Vi menar att Meddelandebladet snarast bör omarbetas. Det bör ske i samråd med berörda yrkesföreningar! Det vetenskapliga underlaget bör belysas bättre. Formuleringen om manipulation måste utgå. Förslaget om asylsamordnare bör arbetas om. Och de gömda barnens situation måste uppmärksammas. FNs barnkonvention är en viktig ledstjärna!

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.



Några av den senaste tidens tidningsrubriker om asylsökande barn.