

Barn och familjer: Se flyktingbarnens ohälsa

Psykisk ohälsa bland asylsökande och nuvarande situation

Risken för psykisk ohälsa är förhöjd hos asylsökande och den yttre stressen förvärrar ofta psykiatriska svårigheter.

Ensamkommande asylsökande ungdomar är en sårbar grupp som har en högre grad av psykisk ohälsa och psykiatriska svårigheter.

Lång väntan på beslut påverkar den psykiska hälsan negativt.

Ökat antal avslag och utvisningshot samt tillfälliga uppehållstillstånd ökar den psykiska ohälsan hos flyktingar.

Alltfler av de ensamkommande kommer att bli 18 år och kommer därmed att behöva flyttas från barnpsykiatri till vuxenpsykiatri, vilket kommer att kräva ett ökat samarbete.

Det är högst troligt att antalet barn och ungdomar som lever gömda kommer att öka till följd av ett ökat antal avslag.

Asylsökande barn och ungdomar inom BUP i Stockholms län under 2015 och 2016 (ej Prima Barn och Norrtälje)

2015 i parentes	Ensamkommande		Barn i familj
	pojkar	flickor	pojkar och flickor
Antal patienter	685 (287)	56 (36)	89 (75)
Kvarstår periodens slut	233 (122)	22 (18)	28 (34)

Kontaktorsak

20110101-20151231

Ensamkommande
pojkar flickor

Barn i familj
pojkar och flickor

2016 i parentes

Kris/sjukdom, olycka, migration	41% (43,2)	52,1% (47,5)	44,4%(46,3)
Oro/ängslan/ångest	48% (51,8)	49,6% (47,5)	40,2% (38,9)
Depressiva/nedstämdhet	37,6% (45,1)	47,1% (46,3)	36% (33,3)
Sömnpromblem	42% (48,8)	39,5% (43,8)	27,5% (28,7)
Suicidtankar, hot & handlingar	41,2% (37,1)	33,6% (43,8)	16% (18,5)
Problem med övergrepp eller misshandel	6,1% (10,1)	21% (16,3)	15,1% (16,7)
Självskadebeteende	17,4% (18,9)	7,6% (17,5)	5,4% (6,5)
Uppfödning/ätstörningar	1,8% (1,4)	2,5% (2,5)	10,6% (8,3)
Avvikelser i utvecklingen	0,7% (1,2)	0,8% (0)	10,6% (17,6)
ADHD?	1,5% (1,6)	4,2% (3,8)	7,9% (13)
Bråkighet, trots, aggressivitet, utbrott	9,8% (8,6)	4,2% (7,5%)	12,7% (13)

Psykosocial påfrestning

050101-151231

2016 i parentes	pojkar	Ensamkommande flickor	Barn i familj pojkar och flickor
Ovisshet kring uppehållstillstånd, eget/anhörigas	68% (53,8)	68,1% (46,3)	79,3% (64,8)
Krigs/ katastrofupplevelse	46% (40,8)	38,2% (36,3%)	32,5% (33,3)
Barnet är eller har varit skilt från mor/far	38,5% (39,3)	35,2% (42,5)	32,5% (21,3)
Dödsfall i familjekretsen	25,9% (13,1)	21,2% (20)	11,9% (13)
Uppgift föreligger om sexuellt övergrepp, barn	2,8% (3,4)	15,2% (12,5)	2,8% (0,9)
Upprepade flyttningar	13% (12,4)	12,5% (12,5)	24,1% (19,4)

Riskfaktorer för psykisk ohälsa hos asylsökande barn

(se bl.a. Mina Fazel m.fl.. 2012)

Antalet och karaktären på de traumatiska händelser som barnet har upplevt eller bevittnat.

Språkproblem/bristande förmåga att uttrycka sig och förstå.

PTSD och/eller tidigare psykisk sårbarhet hos det enskilda barnet.

PTSD, depression, tortyrupplevelser, suicidförsök hos någon av föräldrarna.

Död eller separation från någon förälder.

Hög grad av hjälplöshet hos föräldrarna och bristande uppmärksamhet på barnens psykiska ohälsa.

Allvarliga konflikter mellan föräldrarna, våld i familjen.

Upprepade flyttningar, fattigdom och social isolering.

Hur länge barnet har levt som asylsökande med upprepade avslag på asylansökningar eller utvisningshot. Barn och ungdomar som lever gömda.

Främlingsfientlighet, diskriminering och marginalisering.

Skyddsfaktorer som gynnar psykisk hälsa hos asylsökande barn

Självkänsla/tilltro till den egna förmågan, upplevelse av att kunna bemästra olika situationer. Känsla av kontroll.

God intellektuell och social förmåga.

Känslomässig stabilitet och förmåga att reglera affekter.

Förmåga att ta emot stöd.

Föräldrar med god psykisk hälsa.

Föräldrar med god anknytning till barnet och god omsorgsförmåga.

Goda relationer och sammanhållning i familjen.

Upplevelse av stöd från en eller flera vuxna och kamrater.

Stabilt och tryggt boende, föräldrar med god ekonomisk förmåga.

Juridisk hjälp och **snabb asylprocess.**

Bra skola, god vård.

Acceptans för flyktingar och känsla av trygghet i samhället.

Kumulativa riskfaktorer försämrar den psykiska hälsan mest – mer än någon enskild faktor. Mest skadliga faktorerna är de som är förknippade med våld och övergrepp.

Barn på flykt behöver tillgång till skyddsfaktorer för att uppleva sig som trygga, känna kontroll, bibehålla självkänslan, ha meningsfulla relationer och för att reducera stress.

Förutom att erbjuda god barnpsykiatrisk behandling så är vår kanske viktigaste uppgift att stimulera och att se till att asylsökande barn och ungdomar får tillgång till skyddande faktorer.

När ska man kontakta BUP?
Vilka barn och ungdomar bör få tillgång till
barnpsykiatriska behandlingsinsatser?

* Barn och ungdomar som uppvisar mer svårare reaktioner på trauma.

* Allvarliga krisreaktioner.

* Barn och ungdomar som har suicidtankar och/eller har gjort suicidförsök.

* Andra svårare psykiatriska tillstånd så som t.ex. upprepad självskada, depressioner och ångest.

* Symtom på uppgivenhetssyndrom, börjar förlora tidigare psykiska funktioner.

Den barnpsykiatriska behandlingen är oftast densamma för asylsökande barn och ungdomar som de med uppehållstillstånd.

Det som skiljer är att:

vi behöver mer tid för att etablera stabila behandlingsrelationer.

vi behöver mer tid för att förklara behandlingen och hur ungdomen kan förstå sin psykiska ohälsa.

vi behöver mer tid för att åstadkomma förändringar av ungdomens psykiska ohälsa utifrån den instabila livssituationen.

Asylsökande barn och deras familjer

Psykisk ohälsa hos asylsökande barn påverkas i hög grad av de påfrestningar som familjen har utsatts för och lever under.

Barnens tillit till föräldrarna skadas då föräldrar inte har förmått att skydda barnet från övergrepp och stress i hemlandet, under flykten och i det nya landet.

Stora förändringar i föräldrarnas psykiska och fysiska hälsa skapar osäkerhet hos barnen.

Psykisk ohälsa hos asylsökande föräldrar påverkas i hög grad av de påfrestningar som familjen har utsatts för och lever under.

Oro för psykisk ohälsa hos barnen och oro för bestående men.

Skuld/ förlorad tilltro till sin förmåga som förälder, över att inte ha kunnat skydda sina barn för övergrepp och stress i hemlandet, under flykten och i det nya landet.

Familjebehandling

Psykoedukation kring hur den psykosociala situationen påverkar familjen och om hur man kan motverka dessa negativa konsekvenser.

Stärka relationerna inom familjen

Asylsökande familjer där både barn och föräldrar har psykiatriska problem återhämtar sig bättre om de får tillgång till samordnade vårdinsatser från både barnpsykiatri och vuxenpsykiatri.

Barnpsykiatrisk vård för ensamkommande flickor och pojkar

De ungdomar som har en svårare psykiatrisk problematik bör erbjudas barnpsykiatriska insatser så tidigt som möjligt.

Vi måste vidga vårt psykiatriska perspektiv när vi försöker diagnostisera och behandla barn på flykt.

Vi bör sträva efter att integrera förhållandet mellan motståndskraft, skador och sårbarhet vid diagnostisering och behandling.

De barnpsykiatriska insatser gynnas av ett nära samarbete med andra vårdgivare.

* Det blir lättare att möta ensamkommande ungdomarnas komplexa behov och att få god effekt av insatserna.

* Genom samverkan skapas en vårdande miljö kring ungdomen som kan minska vardaglig stress och bidra till bättre hanteringsstrategier.

* Samverkan stärker omständigheter som gynnar återhämtning.

Uppgivenhetssyndrom – utmaningar och psykiatrisk omsorg

Uppgivenhetssyndrom innebär att barn utvecklat en omfattande förlust av grundläggande psykiska och motoriska funktioner.

Tillståndet är allvarligt och kroniskt till sin karaktär och det krävs stabila förändringar i barnets levnadsomständigheter (uppehållstillstånd, sociala levnadsvillkor och psykisk ohälsa i familjen) och långvariga behandlingsinsatser för att barnet ska tillfriskna.

Uppgivenhetsyndrom genomgripande förlust
av grundläggande och väsentliga
motoriska och psykiska funktioner

- kliniskt syndrom med olika svårighetsgrader

Motoriska och somatiska symtom

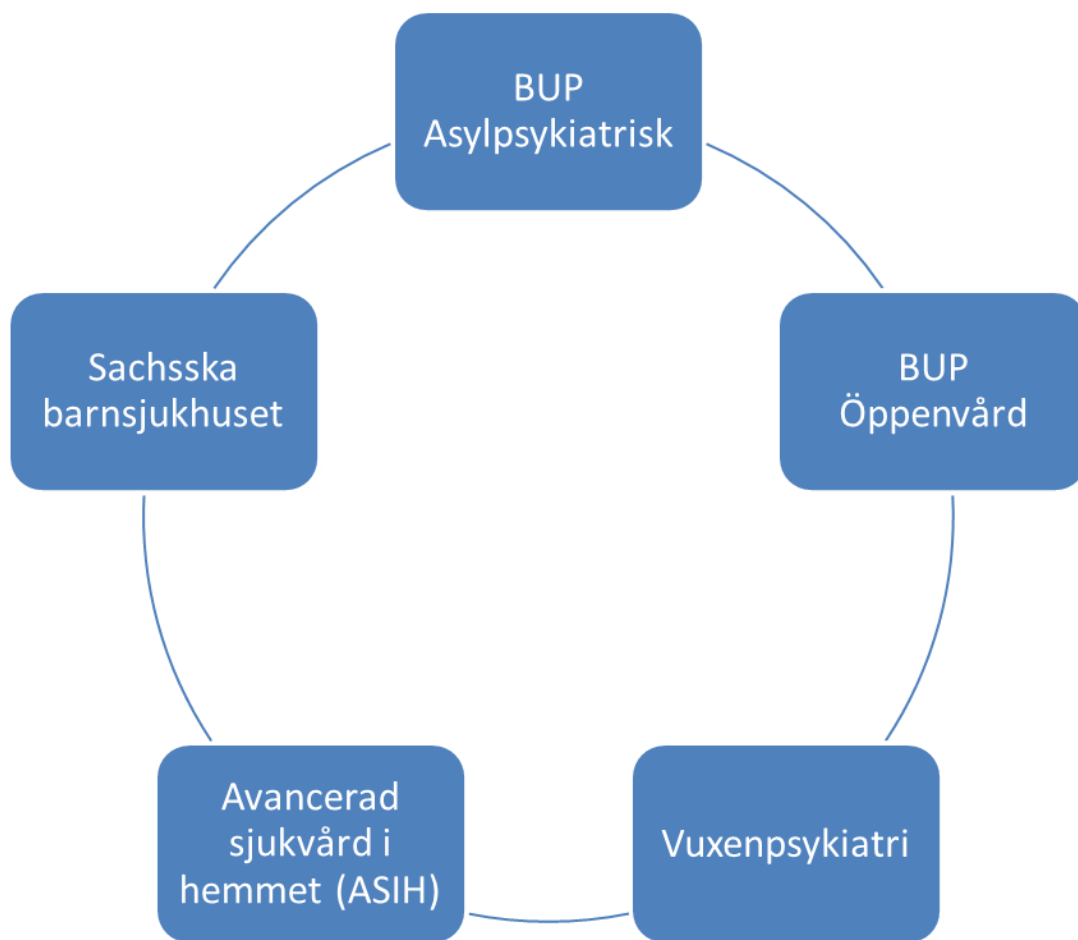
- 1. Oförmåga eller vägran att dricka och äta:** måste matas av förälder eller via sond, saknar sväljreflex.
- 2. Förlust av, eller betydande nedsatta motoriska funktioner:** kontinuum - från begränsad, kraftlös och långsam rörlighet till avsaknad av motorik och rörlighet.
- 3. Nedsatt eller frånvaro av reaktion på fysiska stimuli:** såsom, ljud, ljus, beröring och smärta.
- 4. Nedsatt eller förlust av tidigare förmåga att reglera urin och avföring:** kan reglera med hjälp av föräldrar – kan varken reglera urin eller avföring.
- 5. Ingen annan somatisk förklaring till allvarlighetsgraden av symtomen.**

Psykiatriska symtom/Mentala psykiska funktioner

- 1. Betydande brister i förmågan att kommunicera med tal och/eller via ögonkontakt:**
kontinuum - ökad kontaktlöshet, driver ingen egen kommunikation, svarar med enstaka ord eller nickar som svar, ger viss men bristfällig ögonkontakt, ingen ögonkontakt, tyst och slutna ögon.
- 2. Betydande reduktion av livslust och psykisk energi, (känslor av hopplöshet):** gradvis eller snabb minskning av livslust och psykisk energi som påverkar flera centrala livsområden - tilltagande passivitet och motstånd mot aktivitet, uttalad livsleda, ligger alltmer stilla i sängen.
- 3. Social tillbakadragenhet:** undviker och drar sig undan sociala sammanhang, deltar inte i socialt samspel, skolvägrar och vill inte lämna hemmet, ligger alltmer ensam i sängen.
- 4. Påverkas inte av eller avvisar omsorg/behandlingsinsatser som uppmuntran till aktivitet eller samspel:** förknippat med stora ansträngningar eller motstånd mot att få barnet att äta, gå eller att delta i sociala sammanhang – barnet svarar inte alls eller förmår inte att svara på omsorg.
- 5. Ingen annan psykiatrisk diagnos förklarar symtomen bättre.**

Behandling

Etablera vårdkedjan



Karin Hedberg

Kurator

Mikael Billing

Enhetschef/psykolog

BUP Asylpsykiatrisk enhet

08-51453080

karin.hedberg@sll.se

mikael.billing@sll.se