



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

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 flyktingbarn [2-7] i vårt land. Senare har tillståndet rapporterats från andra länder under benämningen »pervasive refusal syndrome« hos barn som lever med hopp-löshet 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 Asylprocess grogrund för apati hos vissa barn.

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 Asylprocess grogrund för apati hos vissa barn] 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 Asylprocess grogrund för apati hos vissa barn].

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 oberoende 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 devitaliseringsstillstånd. 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://larkiv.lakartidningen.se>
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista