

**Kommentarer till Migrationsverkets rapport
"Kartläggning av barn med
uppgivenhetssymtom" från mars 2011**

Del 1

Augusti 2011

av

Karin Johansson Blight

24 augusti 2011 till

Etikkommissionen i Sverige

- nätverket för mänskliga rättigheter och asylrätten.

Etikkommissionen i Sverige

- nätverket för mänskliga rättigheter och asylrätten

Nätverket för Etikkommissionen är en religiöst och partipolitiskt obunden social rörelse som verkar för att vittna om och protestera mot brott mot de mänskliga rättigheterna för asylsökande och andra skyddsbehövande barn och vuxna som lever i Sverige. För mer information kring nätverket se: <http://www.etikkommissionenisverige.se/>

Detta är en rapport till Etikkommissionen i Sverige. Rapporten, på svenska och engelska, är sammanfattad och författad av Karin Johansson Blight, oberoende forskare, under juli-augusti 2011. Arbetet är utfört på frivillig basis och utan finansiering.

Refereras som: Johansson Blight, K. Kommentarer till Migrationsverkets rapport "Kartläggning av barn med uppgivenhetssymtom" från mars 2011. Del 1. Augusti 2011. [Svensk version]. Rapport till Etikkommissionen i Sverige- nätverket för mänskliga rättigheter och asylrätten.

Inledning

Informationen som rapporten kommenterar är det som presenterades av Migrationsverket i mars 2011 i rapporten "Kartläggning av barn med uppgivenhetssymtom" [1]. Syftet med nuvarande rapport är att ge en fördjupad förståelse för de senaste data och resonemang kring barn som lider av uppgivenhetssymtom och som finns registrerade inom svenskt migrationsmottagningssystem.

Upplägg

Efter inledningen följer en bakgrund om Migrationsverkets rapport. Utifrån denna information ges en reflektion och tolkning av vad som presenteras i Migrationsverkets rapport i förhållande till frekvensredovisning och begreppsanvändning. Därefter ges förslag på hur rapporteringen skulle kunna förbättras samt en presentation av vilka frågor som Del 2 kommenterar till Migrationsverkets rapport är tänkt att innehålla. Till nuvarande rapport följer tre bilagor.

Kunskap om barn med funktionsnedsättning i mottagningssystemet

Kunskap bland myndigheter om hur många barn som finns med uppgivenhetssymtom i Sverige har tidigare visat sig vara bristande [2]. Kunskap om barn med funktionsnedsättning på grund av psykisk och fysisk ohälsa i mottagningssystemet är dock viktig då detta kan stärka barnens och deras familjers mänskliga rättigheter och möjligheter till förbättrad hälso- och livssituation. Sverige har genom internationella överenskommelser (universella och internationella konventioner) så som Barnkonventionen (1989) [3], Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (2006) [4] och Förenta Nationernas allmänna deklaration om de mänskliga rättigheterna (1948) [5] förbundit sig till att verka för att mänskliga rättigheter följs i praktiken. Initiativet och grundtanken att redovisa antalet barn med svår funktionsnedsättning eller som är i riskzonen för att utveckla svår funktionsnedsättning på grund av psykisk och fysisk ohälsa och som är kända av Migrationsverket inom mottagningssystemet kan utifrån ett människorättsligt perspektiv därmed anses vara positivt. Rapporten inkluderar en mängd information som är intressant för förståelsen för barn med uppgivenhetssymtom, t ex nämns ensamkommande barn och barn utan föräldrar.

Bakgrund

Migrationsverkets rapport

För upplägg och innehåll i Migrationsverkets rapport se ruta 1 (nedan).

Utifrån upplägget (ruta 1) görs här följande antaganden:

- Det kan sägas finnas tre delar av rapporten; en del som sammanfattar information (frekvenstabellen), en del som innehåller information om metod/frågor och en del som återger vad mottagningsenheterna har svarat i form av fallpresentationer.
- Frekvenstabellen är ämnad att vara en sammanfattning av vad som presenteras i fallpresentationerna.

Utifrån innehållet (sammanfattning: ruta 1) kan följande information av vikt nämnas:

- Diagnos betyder i detta sammanhang uppgivenhetssymtom av grad 2-3.
- Riskzon betyder i detta sammanhang uppgivenhetssymtom av grad 1.

Ruta 1. Migrationsverkets rapport: sammanfattning upplägg och innehåll

Migrationsverkets rapport "Kartläggning av barn med uppgivenhetssymtom" är författad av Per Sörensen och utgiven i mars 2011. Rapporten består av totalt 17 sidor.

Frekvenstabell

På sidan 1, presenteras en sammanfattande frekvenstabell. Tabellen är en enkel översiktstabell med titeln "Barn med uppgivenhetssymtom i mottagningsystemet mars 2011" och innehåller en lista på mottagningsenheter (antal=27) och i relation till detta antal barn med "diagnos" på uppgivenhetssymtom, antalet barn i "riskzon" och datum.

Nedanför tabellen redovisas det totala antalet barn med "diagnos" och i "riskzon" under perioderna mars 2011, november 2010 och juni 2010. Därefter följer ett kortfattat stycke som bland annat innehåller en förklaring om att "diagnos" med uppgivenhetssymtom i Migrationsverkets rapport innebär grad 2 och 3, samt att grad 3 är den gradering som chefen för Mobila asylteamet i Stockholm menar är den mer riktiga definitionen för uppgivenhetssymtom.

På Migrationsverkets rapport sidan 2 presenteras de anvisningar till de enheter som ska lämna information (för innehåll se bilaga 1 i detta, dvs. Etikkommissionens dokument). Här finns även en förklaring att "riskzon" syftar till grad 1.

På sidan 3 i Migrationsverkets rapport redovisas ytterligare frågor som mottagningsenheterna fått svara på (för innehåll se bilaga 2 i detta, dvs. Etikkommissionens dokument).

Mottagningsenheternas fallpresentationer

På sidan 3-17, redovisas mottagningsenheternas beskrivning av antalet barn som de känner till samt vilken grad av uppgivenhetssymtom som barnen anses ha i form av fallpresentationer. Fallpresentationerna innehåller även svar på de ytterligare frågor som Migrationsverket ställt till mottagningsenheterna.

Totala antalet barn med uppgivenhetssymtom i Migrationsverkets rapport

Det totala antalet barn med uppgivenhetssymtom grad 1-3 som redovisas i rapporten är 75 barn¹.

¹ I frekvenstabellen (sidan 1 [1]) redovisas totalt 75 barn med uppgivenhetssymtom.

I fallpresentationerna *omnämns* totalt 76 barn (sidorna 3-17, [1]), varav 74 barn kan kategoriseras att vara i riskzon dvs. Grad 1 eller uppvisar Grad 2-3 av uppgivenhetssymtom. Två omnämnda barn är över 18 år varav en av dessa har en psykiatrisk diagnos och är i samma familj som ett barn i riskzon för uppgivenhetssymtom (Göteborg). Om detta barn inkluderas blir totala antalet barn med Grad 1-3, 75 barn. Slutligen, en till person omnämns i rapporten som ett barn i en familj (mao totalt antal=76)- detta barn är över 18 år och har inga symtom och är därför inte inräknad i totala antalet barn med uppgivenhetssymtom (Grad 1-3). För detaljerad redovisning se tabell 3, bilaga 3 i denna rapport.

Skillnader i frekvenstabellen och i fallpresentationerna när det gäller antalet barn per grad

Det är viktigt att uppmärksamma att så som visas i tabell 1 nedan så är rapporteringen från mottagningsenheterna (sidan 3-17 [1]) och det som presenteras i frekvenstabellen motstridiga (sidan 1, [1]).

Närmare granskning visar att siffrorna i frekvenstabellen skiljer sig från vad som presenterats i fallbeskrivningarna på tio ställen (för detaljerad beskrivning om noterade skillnader se bilaga 3 i denna rapport).

I mottagningsenheternas fallpresentationer är det totala antalet barn med uppgivenhetssymtom Grad 2- 3 (diagnos) betydligt högre i fallpresentationerna än i den summerande frekvenstabellen (se Tabell 1 nedan).

Som tabellerna nedan visar redovisar fallpresentationerna (sidorna 3-17, [1]) 31 barn med Grad 3 och 14 barn med Grad 2 (Tabell 2) dvs. *totalt 45 barn med grad 2-3 (diagnos)* (Tabell 1).

Uttryck i procent har 60.0% av samtliga 75 barn som nämns i Migrationsverkets rapport uppgivenhetssymtom av Grad 2-3 (diagnos).

Detta är med andra ord 13 stycken fler barn med "diagnos" (Grad 2-3) i mottagningsenheternas fallpresentationer (sidan 3-17 [1]) än vad som anges i Migrationsverkets frekvenstabellrapportering (sidan 1, [1]).

Tabell 1 Totala antalet barn i förhållande till grad av uppgivenhetssymtom som redovisats i Migrationsverkets rapport i frekvenstabellen (sidan 1) och i fallpresentationerna (sidorna 3-17) [1]

| Grad | Antal barn redovisat i frekvenstabell | Antal barn redovisat i fallpresentationer |
|---------------|--|--|
| Grad 2-3 | 32 (42.7) | 45 (60.0) |
| Grad 1 | 43 (57.3) | 30 (40.0) |
| <i>Totalt</i> | <i>75 (100)</i> | <i>75 (100)</i> |

Tabell 2 Totala antalet barn med uppgivenhetssymtom Grad 1-3 som redovisats i mottagningsenheternas fallpresentationer (sidan 3-17 [1])

| Grad | Antal (procent, %) |
|---------------|---------------------------|
| Grad 1 | 30 (40.0) |
| Grad 2 | 14 (18.7) |
| Grad 3 | 31 (41.3) |
| <i>Totalt</i> | <i>75 (100)</i> |

Varför är det viktigt att uppmärksamma felrapportering?

Frekvenser och statistik kan lätt bli fel. Orsakerna till felrapportering kan dock variera; det kan bero på ärliga misstag och tidsbrist i möjlighet att kontrollera siffror, allmänt slarv eller medveten vilseledning. I relation till Migrationsverkets rapport är det viktigt att uppmärksamma de tio tillfällen som diskrepans uppstått då:

1) Varje siffra motsvarar ett barn i en extremt utsatt livssituation. Det är därmed viktigt att ta varje siffra som presenteras på allvar.

2) Det förutsätts att syftet med Migrationsverkets rapport liksom andra kartläggningsrapporter är att tillgängliggöra statistik till media och allmänheten så att allmänheten kan få en rättvisande förståelse för situationen. Frekvenstabeller används vanligtvis för att sammanfatta en mängd information så att det blir lätt för läsaren att få en överskådlig inblick. Frekvenstabeller skall på så vis kunna läsas utan att nödvändigtvis behöva läsa hela rapporten. Med felrapportering ökar risken för att det blir förvirring om hur många barn som har svår funktionsnedsättning eller som är i riskzon för svår funktionsnedsättning som befinner sig i systemet. Följden blir också att allmänheten inte får tillgång till en rättvisande förståelse för situationen.

3) Korrekt rapportering av de uppgifter som myndigheten har tillgång till är viktigt för ansvarstagande, för att myndigheten skall kunna vara en tillförlitlig aktör och för att bevara ett gott rykte inom det internationella samfundet. Det handlar alltså inte bara om ärlighet, utan också om ansvar och barnens säkerhet och skydd.

a) Förmågan att garantera ett säkert system och motverka sårbarhet och utsatthet hos barn kan inte heller göras om Migrationsverket inte korrekt synliggör vilken kunskap som myndigheten har när det gäller mängden barn som uppvisar funktionsnedsättning (så som uppgivenhetssymtom) då ingen kommer att veta hur många som befann sig i systemet vid kartläggningstillfället/na. En fråga är också om samtliga barn som Migrationsverket känner till finns med i rapporten, Etikkommissionen har t ex kännedom om ett existerande fall med ett barn som Migrationsverket känner till och som har uppgivenhetssymtom men som inte ser ut att finnas med i rapporten. Frågor uppkommer så som vad det ursprungliga antalet barn var när det gäller barn som avvisas/utvisas och vad har hänt med dem efter avvisning/utvisning? Det är därmed bra att uppmärksamma medvetenheten kring möjliga brister i rapportering.

b) Förmågan att bedöma förändring över tid förhindras om de frekvenser som summerats inte är korrekta och de kan därmed inte åberopas för att kontrollera till exempel viktiga frågor så som om det finns fler eller färre barn i systemet från ett år till ett annat, om barn blir bättre eller sämre med eller utan behandling osv.

c) Presentation av felaktiga siffror riskerar att underminera förtroendet till Migrationsverkets tidigare statistik inom detta område och potentiellt även annan statistisk producerat av myndigheten.

4) Korrekt rapportering är också viktigt för att kunna föra praktiska resonemang, som är mindre grundade i känslomässiga politiskt motiverade åtgärder, och mer knutna till hälsa och välbefinnande av barn inom ramen för internationella överenskommelser (så som konventioner inom mänskliga rättigheter). Om man inte vet vad som är utgångspunkten så blir det även svårt att föra ett resonemang kring praktiska implikationer.

Bedömning av funktionsnedsättning

Begreppet diagnos

I Migrationsverkets frekvenstabell används begreppet diagnos (sidan 1 [1]). På sidan 2 [1] står det att "diagnos" syftar till en målgruppsdefinition:

"Funktionsnivåbedömningen och uppdelningen av barn med uppgivenhetssymtom i 3 grupper skall inte förstås som ett diagnostiskt instrument, utan som en grundläggande förutsättning för att synliggöra dessa barns psykiatriska och medicinska vårdbehov, med andra ord en målgruppsdefinition" (sidan 2 [1]).

Begreppet "diagnos" riskerar i detta sammanhang att vilseleda läsaren då det vanligtvis är läkare som ställer diagnoser på sjukdom och/eller funktionsnedsättning. Genom att använda diagnosbegreppet i frekvenstabellen (sidan 1 [1]) finns det en risk att läsaren av rapporten kan tro att läkare har varit inblandade i diagnostisering av barnen, trots att detta inte är fallet. Användandet av begreppet "diagnos" väcker också en paradox: det ter sig som att medicinsk terminologi (symtom/syndrom, diagnos och epidemi) har över tid använts av myndigheten och även regeringen samtidigt som medicin och hälso- och sjukvården har varit förhindrad att fullt ut arbeta med att förstå ohälsoutvecklingen hos barn i migrationsprocessen. Ett exempel är att den kunskapsbas som finns inom hälso- och sjukvården när det gäller fysisk och psykisk o/hälsa hos barn inte har tagits hänsyn till ordentligt [6].

Gradering

Det framgår inte av rapporten vem som har kategoriserat barnen utifrån graderna vilket vore lämpligt då bedömning av grader kan variera beroende på profession. Det finns olika sätt att gradera uppgivenhetssymtom och funktionsnedsättning [2]. I Migrationsverkets rapport [1] används en tregradig skala som utvecklats (och används?) inom Stockholms läns landsting. En annan vanlig gradindelning är den som har rekommenderats av Socialstyrelsen, vilket är en tvågradig skala (Grad 1 och 2) [2]. Är detta orsaken till att "diagnos" täcker Grad 2 och 3?

Striktare tolkning av grad

Migrationsverket uppger att enligt en mer strikt definition så motsvarar uppgivenhetssymtom endast Grad 3. Det står i samband med detta att det är 18 asylsökande barn som har graderingen 3 (sidan 1, [1]). Frågan är om man med detta menar att utav samtliga *asylsökande* barn är det 18 barn som har grad 3? I så fall, hur många är det totala antalet asylsökande barn? En viss otydlighet uppstår i det att frekvenstabellen och fallpresentationerna inkluderar t ex barn som fått uppehållstillstånd, som fått avslag från Migrationsdomstolen och som är återvändande ärende hos polisen. En möjlighet är att den mer strikta tolkningen innefattar de barn (asylsökande och andra barn) som nämns i Migrationsverkets rapport och som har sondmatning- vilket är 13 barn. Ytterligare två barn nämns vara i behov av hjälp av sina föräldrar för att kunna äta. Tillsammans ger detta 15 barn. Problemet är dock att inget i Migrationsverkets rapport tyder på att mottagningsenheterna har fått frågan om huruvida barnet/en sondmatas och överlag är symtombeskrivningen relativt bristfällig. Med andra ord så går det inte att utläsa av rapporten om samtliga barn med sond är nämnda av mottagningsenheterna, det enda som man kan få reda på utifrån rapporten är att *minst 13 barn sondmatas och minst 2 barn behöver hjälp med matning.*

Förslag till Migrationsverket gällande rapportering om barn med uppgivenhetssymtom

För att öka tydligheten;

- Undvik medicinsk terminologi och använd i stället de kategorier som diskuteras. Använd i samband med detta inte begreppet diagnos, då medicinsk psykiatrisk diagnos saknas.
- Inkludera i rapporten/framtida rapporter kring barn med uppgivenhetssymtom vad som är syftet med rapporten, vad skall informationen användas till och på vilket vis har barnen nytta av graderingen? Var går gränsen enligt Migrationsverket för §5.6 i grundärendet (eller § 12.18 "synnerligen ömmande omständigheter²") när det gäller de devitaliserade barnen (ffa vid verkställdighetsstadiet); är det bara de sondmatade barnen som erhåller inhibition och så småningom permanent uppehållstillstånd?
- Revidera frekvenstabellen och ange korrekta frekvenser.
- Redovisa mer i detalj för hur datainsamling har gjorts. Den nuvarande rapporten innehåller för mycket luckor när det gäller datainsamling och processen kring beskrivningen av frekvenserna, viktiga frågor är hur har sammanställningen gjorts? Vad görs för att minska felrapportering? Inkluderas verkligen samtliga barn med uppgivenhetssymtom som Migrationsverket känner till?
- Redovisa mer i detalj vad som ingår i en "striktare" tolkningen av antalet barn med Grad 3 (antal som nämns i rapporten på sidan 1 [1] är 18 barn- vad grundar sig detta på? Vad kommer antalet 18 barn ifrån?)
- I vissa fall är informationen kring barnen bristfällig och bör troligtvis följas upp. Det vore bra om rapportering också innehöll planer kring uppföljning och tydliggöranden i relation till bristfällig information. Vore även bra med information kring varför det är 0 i vissa mottagningsenheter, noll är också intressant.

Del 2 av Kommentarer till Migrationsverkets rapport "Kartläggning av barn med uppgivenhetssymtom" [1]:

Del två av denna rapport beräknas bli klar och avrapporteras till Etikkommissionen under september 2011. Del två kommer att innehålla en sammanställning och diskussion i förhållande till:

- Prevalenstalen (totalt och per grad 1-3) i förhållande till totala antalet barn i mottagningssystemet.
- Sammanfattning av det av Migrationsverkets rapporterade antalet barn som enligt mottagningsenheternas fallbeskrivningar inte går i skolan, orsaker till varför barnen inte går i skolan och vilken gradering barn som inte går i skolan kategoriserats att tillhöra.
- Sammanfattning av informationen kring föräldrarnas situation (antalet rapporterad hjälpsökandebeteende och psykisk ohälsa) i förhållande till barnens gradering (1-3). I vilken ålder är barnen där föräldrarna rapporteras ha dålig psykisk/hälsa?
- Hur rapporteras samarbete mellan olika instanser? När rapporteras samarbetet som fungerande och när ser det ut att inte fungera? Vilka typer av samarbetsformer nämns?
- Vilka specifika symtom beskrivs (och vad är frekvenserna) av mottagningsenheterna generellt och i förhållande till Grad 1, 2 och 3?
- Hur många barn nämns i rapporten i förhållande till olika stadier av migrationsprocessen: hur många har fått uppehållstillstånd? Hur många har sina fall prövade av migrationsdomstolen och hur många är på väg att utvisas/avvisas?

² Definition: "synnerligen ömmande omständigheter", Migrationsverkets hemsida:

http://www.migrationsverket.se/info/774_en.html. Uppdaterad: 2009-11-20 Besökt: 2011-09-12. På hemsidan står följande: "Synnerligen ömmande omständigheter kan vara en grund för uppehållstillstånd i Sverige. Det handlar om situationer där omständigheterna är sådana att den sammanvägda situationen framstår som synnerligen ömmande. Det gäller exempelvis personer som lider av en livshotande sjukdom som han eller hon inte kan få behandling för i hemlandet. Tillståndsgrunder synnerligen ömmande omständigheter ska enligt lagstiftningen tillämpas i undantagsfall".

Referenser

1. Sörensen, P. (2011) Kartläggning av barn med uppgivenhetssymtom. Migrationsverket Mars 2011. Sidor 1-17.
2. Andersson-Wilks, E. (2009) Barn med svåra uppgivenhetssymtom och samverkan kring dessa. Children with severe withdrawal symptoms in a collaborative context. Psykoterapeutprogrammet, 90 hp. Vt-09.
3. The Convention on the Rights of the Child
<http://www.unicef.org/crc/>. Website besökt: 2011-07-27.
4. Convention on the Rights of Persons with Disabilities
<http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=150>
http://www.un.org/disabilities/documents/convention/crpd_swedish.pdf
Website besökt: 2011-08-20
5. United Nations Universal Declaration of Human Rights
http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf
Website besökt: 2011-07-27.
6. Bodegård, G. (2010) De apatiska barnen - medial smitta och medicinsk etik. Debatt och brev. Läkartidningen: 12(107): 843-844.

Bilaga 1 Anvisningar till de enheter som ska lämna information

”Anvisningar till de enheter som ska lämna information

Till stöd för bedömningen av om ett barn befinner sig i riskzon kan den gradering användas som utvecklats inom Stockholms läns landsting i samband med att man 2005 införde en ny vårdstruktur gällande barn med uppgivenhetssymtom. Grad 1 innefattar barn som är i riskzon för att utveckla uppgivenhetssymtom, men som ännu inte är i behov av vårdkedjans somatiska insatser. Graderna av uppgivenhet kan beskrivas enligt följande:

Grad 1. Depressionstillstånd

Asylsökande barn som uppvisar tydliga tecken på depression, utgör en riskgrupp för att gå in i ett devitaliserat tillstånd. Dessa barn är passiva, visar litet intresse för andra människor, och rörligheten är långsam eller präglas av olust. Aptiten är dålig, men barnet får dock i sig tillräckligt av 10 mat och dryck. Barnet sköter även i någon mån sina dagliga rutiner, men gör det likgiltigt och utan intresse.

Grad 2. På väg mot uppgivenhet/apati

Ett barn som är på väg mot ett devitaliserat tillstånd ger begränsat med kontakt, kan nicka som svar eller svara enstavigt, och reagerar om möjligt på enstaka händelser. Rörligheten är nedsatt, då barnet måste uppmanas att röra sig eller få hjälp eller stöd vid förflyttning inom eller utanför bostaden. Även aptiten är begränsad; föräldrarna får uppmana barnet att äta då barnet självt visar litet intresse för maten eller är i avsaknad av hungerkänslor. De dagliga rutinerna upprätthålls med hjälp av föräldrarna eller på uppmaning av dem.

Grad 3. Tillstånd av uppgivenhet/apati

Tillståndet innebär att barnet är otillgängligt för kontakt, blundar eller tittar i golvet samt visar inget eller mycket begränsat intresse för omvärlden. Även rörligheten är mycket begränsad, barnet ligger mest och måste ha hjälp att röra sig. Födointaget sker via sond eller genom att föräldrarna måste mata barnet. Barnet har vidare svårt eller näst intill omöjligt att fullfölja dagliga rutiner såsom hygieniska funktioner och påklädning; det kanske kissar eller bajsar på sig eller är oftast omedveten om sådana kroppsliga signaler, och kan inte klä på sig själv utan att få hjälp av någon annan.

Funktionsnivåbedömningen och uppdelningen av barn med uppgivenhetssymtom i 3 grupper skall inte förstås som ett diagnostiskt instrument, utan som en grundläggande förutsättning för att synliggöra dessa barns psykiatriska och medicinska vårdbehov, med andra ord en målgruppsdefinition. Den barnpsykiatriska diagnosen kan ändå utgöras av exempelvis depression, PTSD eller PRS. En annan synnerligen viktig funktion för funktionsnivåbedömningen har varit att den också möjliggjort ett gemensamt språkbruk mellan de olika kliniska disciplinerna.”

Citat från referens:

Sörensen, P. (2011) Kartläggning av barn med uppgivenhetssymtom. Migrationsverket Mars 2011. Sidan 2.

Bilaga 2 Frågor till mottagningsenheterna

”Ytterligare frågor som enheterna fått svara på:

Deltar barnet i förskola/skola?

Om svaret är nej:

Har barnet aldrig gjort det eller har det slutat av hälsoskäl?

Är föräldrarna hjälpsökande?

Finns frågetecken om föräldrarnas omsorgsförmåga?

Har anmälan gjorts till socialtjänsten?

Pågår utredning/ insatser från socialtjänsten/BUP?

Hur fungerar samverkan mellan Migrationsverket/socialtjänsten/landstinget BUP?”

Citat från referens:

Sörensen, P. (2011) Kartläggning av barn med uppgivenhetssymtom. Migrationsverket

Mars 2011. Sidan 3.

Bilaga 3. Detaljerad redovisning av skillnader mellan frekvenstabell och mottagningsenheternas fallpresentationer samt andra kommentarer

Informationen i denna bilaga är tagen från Migrationsverkets rapport [1] och är en jämförelse mellan frekvenstabellen på sidan 1 och fallpresentationerna på sidorna 3-17 [1]. Informationen presenteras i detalj nedan. Mottagningsenheter där ingen skillnad noterats mellan frekvenstabell och fallpresentation är inte redovisat separat men ingår i frekvenstabellen längst bak i bilaga 3 (tabell 3- mörkblå bakgrund indikerar att skillnad i siffrorna förekommer). Övriga kommentarer som inkluderats i bilaga 3 angår de tillfällen då information i fallpresentationerna saknas och när precisering av gradering har gjorts utifrån det som står i fallbeskrivningarna.

Mottagningsenheter, skillnader mellan frekvenstabell och fallpresentation samt övriga kommentarer

Alvesta

Frekvenstabell: Två barn (Grad 2-3) och tre barn (Grad 1).

Fallpresentation: två barn (Grad 3), tre barn (Grad 2) och inget barn (Grad 1).

Slutsats: frekvenstabell och fallpresentation stämmer inte överens.

Borås

Frekvenstabell: Två barn (Grad 2-3) och ett barn (Grad 1).

Fallpresentation: Ett barn (Grad 3), inget barn (Grad 2) och två barn (Grad 1)

Anmärkning: läser man fallpresentationen i förhållande till vad ges som vägledning för klassificering av uppgivenhetssymtom är det sannolikt att frekvenserna i tabellen i Migrationsverkets rapport (sidan 1, [1]) inte är korrekta. Två barn är i skolan medan ett barn aldrig har börjat skolan på grund av att tydliga tecken på uppgivenhetssymtom. Angående barnen som rapporteras att gå i skolan är det sannolikt att de har symtom och är utsatta för risk, d.v.s. uppvisar symtom inom Grad 1 med tanke på att de går i skolan. Det är möjligt att barnet som inte går i skolan visar symtom inom ramen för Grad 2 i stället för 3, men då barnen vid ankomst uppvisade "tydliga symtom" (sidan 4, [1]) är det sannolikt att barnet i första hand bör kategoriseras inom ramen för Grad 3 tills dess att mer information om barnet inhämtas så att korrekt förståelse för barnets situation kan uppnås.

Slutsats: frekvenstabell och fallpresentation stämmer inte överens.

Göteborg

Frekvenstabell: inga barn (Grad 2-3) och sex barn (Grad 1).

Fallpresentation: inga barn (Grad 3), inga barn (Grad 2) och åtta barn (Grad 1).

Anmärkning: Fallpresentationerna innehåller ytterligare tre barn, varav ett barn till synes bäst inkluderas i Gradfrekvens 1 då han är under 18 år, lider av inkontinens och psykisk ohälsa samt behöver hjälp med skolgången. Ytterligare två barn omnämns i fallpresentationen, dessa är båda över 18 år, och en av dem är en 19-årig kvinna med kronisk psykos som också inkluderats inom Grad 1, då hon är i samma familj som ett av barnen i riskzon.

Slutsats: frekvenstabell och fallpresentation stämmer inte överens.

Högsby

Frekvenstabell: ett barn (Grad 2-3) och fyra barn (Grad 1)

Fallpresentation: två barn (Grad 3), två barn (Grad 2) och ett barn (Grad 1).

Anmärkning: ett ytterligare barn nämns i samband med en pojke med Grad 3: " Här finns även en stor oro kring den yngre brodern" (sidan 7, [1]), men inga uppgifter framkommer om vilken typ av oro som finns. Detta barn bör tillsynes dock läggas till inom ramen för Grad 1 (riskzon) tills mer information kring barnets tillstånd finns.

Slutsats: frekvenstabell och fallpresentation stämmer inte överens.

Kristianstad/Karlskrona

Frekvenstabell: tre barn (Grad 2-3) och tre barn (Grad 1).

Fallpresentation: tre barn (Grad 3), tre barn (Grad 2) och inget barn (Grad 1).

Slutsats: frekvenstabell och fallpresentation stämmer inte överens.

Skövde

Frekvenstabell: ett barn (Grad 2-3) och fem (Grad 1).

Fallpresentation: ett barn (Grad 3), två (Grad 2) och fem barn (Grad 1).

Anmärkning: Tre barn är enligt mottagningsenheten i Grad 2-3. När det gäller barnen som graderats med Grad 1, så presenteras vid två tillfällen (sidan 11 [1]) två barn tillhörande samma familjer. I dessa fall så presenteras barnens namn, ålder och kön samt ursprungsland innan graderingen ges (graderingen är 1 i dessa två sammanhang). Det gör informationen något svårtolkad då graden inte anges per barn men så som avsnitten är strukturerade är det troligt att två barnen vid två tillfällen (dvs. totalt fyra barn) är ansedda av mottagningsenheten att vara i riskzon. Därför föreslås att samtliga fyra barn placeras i Grad 1 tills vidare klagöranden gjorts.

Slutsats: frekvenstabell och fallpresentation stämmer inte överens.

Norrköping

Frekvenstabell: ett barn (Grad 2-3) och inga barn (Grad 1).

Fallpresentation: ett barn (Grad 3), inget barn (Grad 2) och inget barn (Grad 1).

Anmärkning: ingen information finns i beskrivningen av barnets hälsotillstånd. Men barnet har slutat skolan och familjen är på behandlingshem sedan februari 2011, och på grund av detta antas barnet befinna sig inom ramen för Grad 3 tills vidare efterforskning gjorts.

Frekvenstabell och fallbeskrivning överrensstämmer men gradering är preciserad

Umeå

Anmärkning: Uppgifter från Umeå saknas i fallredovisningarna. Orsak till att information från Umeå inte har inkluderats saknas. Kom aldrig några uppgifter in? Eller har de inga barn med uppgivenhetssymtom? Siffora (0) som redovisats i frekvenstabellen kan bero på att avsaknad av information inte kontrolleras.

Information saknas i fallpresentationen.

Solna AM1

Frekvenstabell: fyra barn (Grad 2-3) och ett barn (Grad 1).

Fallpresentation: fyra barn (Grad 3), inget barn (Grad 2) och två barn (Grad 1).

Anmärkning: ett barn nämns i frekvenstabellen som Grad 1. Det finns dock ett mer barn som nämns i texten som tillhandahålls av Solna AM1. Solna AM1 anger att

detta barn är född 2005 och har inte några symtom men barnet övervakas på grund av sin familjesituation, med andra ord, Solna AM1 behandlar barnet som att det befinner sig i risk- och detta är förmodligen bäst att återspegla i frekvenstabellen och barnet har därför lagt till kategorin "riskzon" (Grad 1).

Slutsats: frekvenstabell och fallpresentation stämmer inte överens.

Solna AM4

Anmärkning: Uppgifter från Solna AM4 saknas i fallredovisningarna. Orsak till att information från Solna AM4 inte har inkluderats saknas. Kom aldrig några uppgifter in? Eller har de inga barn med uppgivenhetssymtom? Siffrorna (0) som redovisats i frekvenstabellen kan bero på att av avsaknad av information inte kontrolleras.

Information saknas i fallpresentationen.

Söderhamn

Frekvenstabell: inget barn (Grad 2-3) och inga barn (Grad 1)

Fallpresentation: ett barn (Grad 3), inga barn (Grad 2) och inga barn (Grad 1).

Anmärkning: inget barn rapporteras i frekvenstabellen. I fallpresentationen rapporteras dock ett barn inom ramen för Grad 3.

Slutsats: frekvenstabell och fallpresentation stämmer inte överens.

Uppvidinge

Frekvenstabell: tre barn (Grad 2-3) och tre barn (Grad 1).

Fallpresentation: tre barn (Grad 3), tre barn (Grad 2) och inget barn (Grad 1).

Anmärkning: i frekvenstabellen står tre barn kategoriserade som Grad 1, men i fallbeskrivningarna står uttryckligen att tre barn kategoriseras som Grad 2 (och inget barn nämns med Grad 1).

Slutsats: frekvenstabell och fallpresentation stämmer inte överens.

Örebro

Frekvenstabell: ett barn (Grad 2-3) och åtta barn (Grad 1).

Fallpresentation: inget barn (Grad 3), ett barn (Grad 2) och ett barn (Grad 1).

Anmärkning: I frekvenstabellen uppges ett barn med Grad 2-3 och åtta barn med Grad 1 men fallpresentationen anger dock tillsynes endast två barn, en med Grad 1 och en med Grad 2.

Slutsats: frekvenstabell och fallpresentation stämmer inte överens.

Tabell 3 Frekvenser (per Grad 1-3) i Migrationsverkets sammanfattande frekvenstabell och mottagningsenheternas fallpresentationer

| Mottagnings- enheter | Migrationsverkets rapport [1] | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|----------------------|--|-----------|--------------------------------|------|------|---|
| | Frekvenstabell (sidan 1) | | Mottagningsenheternas fallpresentationer (sidan 3-17) | | | | | |
| | Diagnos (Grad 2+3) | Risk-zon (Grad 1) | Frekvenser i fallpresentationerna | | Antal barn per Grad (G) 1-3 | | | Totalt Antal barn i fallpresen- tationerna |
| | | | Grad 2+3 | Grad 1 | G1 | G2 | G3 | |
| 1. Alvesta | 2 | 3 | 5 | 0 | 0 | 3 | 2 | 5 |
| 2. Boden | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 3. Borås | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| 4. Flen | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| 5. Göteborg | 0 | 6 | 0 | 8 | 8 | 0 | 0 | 9 ^a |
| 6. Hedemora | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 7. Helsingborg | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8. Högsby | 1 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 6 |
| 9. Jönköping | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 0 | 1 | 4 |
| 10. Karlstad | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| 11. Kristianstad /Karlskrona | 3 | 3 | 6 | 0 | 0 | 3 | 3 | 6 |
| 12. Kiruna | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 13. Lindesberg | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 14. Malmö | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 15. Norrköping | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 16. Umeå/ Skå/Vilh | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17. Skövde | 1 | 5 | 3 | 5 | 5 | 2 | 1 | 8 |
| 18. Solna AM1 | 4 | 1 | 4 | 2 | 2 | 0 | 4 | 6 |
| 19. Solna AM2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 20. Solna AM3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 21. Solna AM4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 22. Solna AM5 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 23. Söderhamn | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 24. Sundsvall | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 25. Trollhättan | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| 26. Uppvidinge | 3 | 3 | 6 | 0 | 0 | 3 | 3 | 6 |
| 27. Västerås | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 28. Örebro | 1 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Totalt | 32 | 43 | 45 | 30 | 30 | 14 | 31 | |
| Procent (%) av 75 barn | 42.7 | 57.3 | 60.0 | 40.0 | 40.0 | 18.7 | 41.3 | |
| Totalt | 75 | | 75 ^b | | 75 ^b | | | 76 ^a |

^a I korthet: Antalet 76 barn i högra kolumnen innefattar totalt antal barn som omnämns i fallbeskrivningarna [1]. Ett av dessa barn är 16 år som mår psykiskt dåligt, är inkontinent och måste ha hjälp till skolan och kan därmed betraktas att vara i riskzonen för uppgivenhetsymtom (barnet har därmed inkluderats i Grad 1 frekvensen). Ytterligare två barn i samma familj är 19 år varav en av dem har en kronisk psykisk sjukdom och inkluderas därför också inom ramen för Grad 1 (riskzon). Det andra barnet har inga nämnda sjukdomssymtom eller funktionsnedsättning (sidan 5-6, [1]) och inkluderats därför ej i gradfrekvenserna. Antalet 76 barn i högra kolumnen innehåller också ett barn som ingår i fallpresentationerna (Högsby) där oro för barnen omnämns, men dock nämns inga symtom eller vilken typ av oro som finns (sidan 6-7, [1]). Barnet inkluderas därför i Grad 1. ^b Totala antalet barn är 75 då ett barn i Göteborg ej har inkluderats i tabellen.