

Ensamkommande flyktingbarns hälsa

– En litteraturbaserad studie

Författare: Elin Axelsson & Mathilda Jerenius

Folkhälsovetenskapligt program
med hälsoekonomi, 180 hp

Examensarbete i folkhälsovetenskap med
hälsoekonomi I, VT 2014

Omfattning: 15 hp

Handledare: Åsa Smith

Examinator: Annika Jakobsson

Sahlgrenska akademien



Svensk titel: Ensamkommande flyktingbarns hälsa – En litteraturbaserad studie

Engelsk titel: Lone refugee children's health - A literature-based survey

Författare: Elin Axelsson & Mathilda Jerenius

Program: Folkhälsovetenskapligt program med hälsoekonomi 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap med hälsoekonomi I, VT 2014

Omfattning: 15 hp

Handledare: Åsa Smith

Examinator: Annika Jakobsson

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Ensamkommande flyktingbarn har visats vara sårbara i och med komplexiteten i interaktionen mellan politisk ekonomi, sociala och psykiska faktorer som traumatiska upplevelser och separation från starka emotionella band. Olika styrande dokument har upprättats för att se till denna sårbarhet, de mänskliga rättigheterna och konventionen om barnets rättigheter utgör två av dem. **Syfte:** Studiens syfte var att undersöka forskningsläget kring ensamkommande flyktingbarns hälsa. **Metod:** En litteraturöversikt gjordes, baserad på 14 studier om ensamkommande flyktingbarns hälsostatus. Studiernas metoder studerades och de hälsoeffekter som hittades tematiserades utefter Världshälsoorganisationens definition på hälsa i mentalt, socialt och fysiskt välbefinnande. Författarnas förslag på åtgärder söktes i studiernas diskussionsavsnitt. **Resultat:** Ensamkommande flyktingbarn i de analyserade studierna har i större utsträckning upplevt trauman än barn som flytt tillsammans med anhörig. Mentala besvär i form av psykiska åkommor var det som framförallt presenterades i studiernas resultat, vanligast var depression, ångest och posttraumatiskt stressyndrom. Inom sociala hälsoeffekter presenterades beteendestörningar. Fysiska åkommor presenterades i få fall. I studier där författarna ger förslag på åtgärder på ensamkommande flyktingbarns hälsoproblem, var hälso- och sjukvården representerad som en del i samtliga. **Diskussion/slutsats:** Ett holistiskt folkhälsoperspektiv saknas i de analyserade studierna om ensamkommande flyktingbarn. Kvalitativ forskning om ensamkommande asylsökande barns hälsa skulle bidra med kunskap om de olika faktorer som påverkar hälsan. Den metod och de mätverktyg som används vid bedömningen i studierna kan ifrågasättas ur ett barnrättsperspektiv. De hälsoeffekter som presenteras är bundna till frågeformulär, vad barnen skulle säga utan ramar att förhålla sig till saknas.

Nyckelord: Ensamkommande flyktingbarn, hälsa, människorättsperspektiv, folkhälsoperspektiv

ABSTRACT

Background: The complexity of lone refugee children's vulnerability in terms of political economy, social and mental health phenomena has a big range. Lone refugee children are vulnerable due to the interaction between traumatic events and the separation from loved ones. Lone refugee children are also at the mercy of the protection specified in human rights and the Convention on the rights to the child. **Aim:** The aim of the study was to explore the state of the art of research on unaccompanied asylum-seeking children's health. **Method:** A literature-based survey of the field was carried out, ending with 14 articles concerning lone refugee children's health status. An analysis of the articles' methodology, and the health effects was carried out, using the World Health Organization's definition of health in terms of mental, social, and physical well-being. The journal articles' suggestions on appropriate interventions and recommendations were also taken into account. **Results:** Lone refugee children in the research examined have experienced more traumatic events than accompanied refugee children. The dominant field of research on lone refugee children is within the area of mental health. Depression, anxiety and post traumatic stress syndrome are reported to be the most common vulnerabilities in mental health. There are also concerns regarding social wellbeing, under which researchers present behavioral disorders. Physical complaints are presented in a few instances. Health services are commonly seen to play a major role in improving the mental health of lone refugee children. **Discussion/conclusion:** A broad and comprehensive public health perspective is lacking in current research with lone refugee children. Qualitative research on unaccompanied asylum-seeking children's health would contribute with understanding of the different determinants of health. It is questionable to what extent the methodology and measurement tools are accountable to a child-right perspective. In pre-given questions and formulations of the health concerns to the child, the child's own voice and concerns beside these are left unexamined.

Keywords: Unaccompanied refugee minors, health, human rights perspective, public health perspective

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 Ensamkommande flyktingbarn – definitioner & statistik	1
2.2 Styrande dokument gällande ensamkommande barns rättigheter	3
2.3 Flyktingbarn och hälsa - folkhälsoperspektiv	4
2.3.1 <i>Barn, identitet och utvecklingspsykologiska perspektiv</i>	6
2.3.2 <i>Maktrelationer och intersektionalitet: Begränsningar av psykosociala perspektiv</i> ..	6
3. SYFTE.....	7
4. METOD.....	8
4.1 Artikelsökning i databaser	8
4.1.1 <i>Inklusionskriterier</i>	8
4.1.2 <i>Exklusionskriterier</i>	8
4.2 Genomförande och analys	9
5. RESULTAT.....	9
5.1 Traumatiska upplevelser.....	11
5.2 Mentala hälsoeffekter	11
5.2.1 <i>Emotionella faktorer</i>	11
5.2.2 <i>Ångest och depression</i>	12
5.2.3 <i>Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)</i>	13
5.3 Sociala hälsoeffekter	14
5.3.1 <i>Beteendefaktorer</i>	14
5.4 Fysiska hälsoeffekter	15
5.4.1 <i>Somatiska besvär och sömnsvårigheter</i>	15
5.5 Åtgärder att vidta - författarnas tolkning av resultaten	16
6. DISKUSSION	17
6.1 Symptom- vems perspektiv?	17
6.1.1 <i>Hälsans bestämningsfaktorer</i>	17
6.1.2 <i>Författarnas förslag på åtgärder</i>	18
6.2 Ett forskningsparadigm med mångtydiga problem	20
6.2.1 <i>Studiernas utformning</i>	20
6.2.2 <i>Psykosociala perspektiv av intersektionalitet</i>	22
6.3 Metoddiskussion.....	24
6.3.1 <i>Litteraturöversiktens utformning</i>	24
6.3.2 <i>Intern validitet och reliabilitet</i>	25
6.3.3 <i>Praktisk användbarhet</i>	25
7. SLUTSATS.....	26
REFERENSER.....	27

Bilaga 1 - Databassökning

Bilaga 2 – Tabell över studier

1. INLEDNING

Detta examensarbete har utförts av två studenter inom ramen för det folkhälsovetenskapliga programmet med inriktning hälsoekonomi vid Göteborgs universitet. Mänskliga rättigheter är något ständigt angeläget för oss folkhälsovetare. Under vår utbildning har vi skapat oss ett starkt intresse för jämlikhet i hälsa eftersom detta påverkar välbefinnande och epidemiologi i hela samhället. I ett globalt perspektiv är ojämlikheten i hälsa någonting som påverkar oss alla oavsett om vi är medvetna om det eller inte. Till exempel är hälsorelaterade och sociala problem vanligare i mer ojämlika samhällen (Wilkinson & Pickett, 2011). Det övergripande målet inom svenskt folkhälsoarbete är att skapa förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Prop., 2002/03:35). Folkhälsoutvecklingen är väsentlig för en hållbar samhällsutveckling (Folkhälsomyndigheten, 2014). Omvänt borde hållbarhet genomsyra allt folkhälsoarbete och all forskning som utförs. Social hållbarhet handlar om att det skall råda acceptabla förutsättningar i människors omgivning och att resurser skall vara någorlunda rättvist fördelade (Nymark, 2014). Social hållbarhet handlar också om samhällets förmåga att hjälpa människor. Lika villkor och social hållbarhet är högst relevant inom området flyktingskap som vi behandlar i denna uppsats. Vilka förutsättningar har flyktingar att åtnjuta jämlik hälsa? Människor på flykt riskerar att hamna utanför sociala och rättsliga ramverk (Ingleby, 2005). Vi önskar undersöka hur flyktingars hälsa påverkas av den prekära situation de ofta befinner sig i. Vi inriktar oss på ensamkommande flyktingbarns hälsa, då de visats vara extra sårbara i och med interaktionen mellan traumatiska upplevelser och separation från starka emotionella band (Goodman, 2004). De är därför en speciellt utsatt grupp på flykt och det är dessa barn vi riktat in oss på i denna uppsats.

2. BAKGRUND

I bakgrunden behandlar vi 4 olika områden. Den första delen belyser definitioner och statistik gällande ensamkommande flyktingbarn (EFB). Den andra delen redogör för internationella och nationella överenskommelser och lagar på området. Därefter presenteras litteratur kring flyktingbarns hälsa ur ett folkhälsoperspektiv. Sista delen behandlar maktrelationer och intersektionalitet.

2.1 Ensamkommande flyktingbarn – definitioner & statistik

Anledningarna till att fly kan vara många. En gemensam faktor för EFB är att många av dem har upplevt traumatiska upplevelser, separationer, våld och krissituationer. Dessa faktorer påverkar hälsostatusen. Nödsituationer, som ju ofta är en orsak till flykt, kan beröva barnen utbildningsmöjligheter. Det finns ett starkt samband mellan utbildningsnivå och hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2013). Vid förlorad skolgång berövas barnen också möjligheten att lära sig om grundläggande hälsovård. Det kan i sig bidra till ett förvärrat hälsotillstånd. Krissituationer resulterar ofta i förflyttning av människor. Fördrivna personer och flyktingar är bland samhällets mest utsatta. Många utsätts för stort tryck, arbetsbelastning och hårda levnadsvillkor (Inter-Agency Standing Committee, 2003).

År 1951 trädde FN:s konvention om flyktingars rättsliga ställning i kraft (UNHCR, 1951). Enligt konventionen definieras en person som flykting om hen som ett resultat av

omständigheter som inträffat före den 1 januari 1951 och på grund av välgrundad fruktan att bli förföljd på grund av ras, religion, nationalitet, medlemskap i en specifik social grupp eller politisk ställning, befinner sig utanför sitt hemland och på grund av rädsla inte kan eller vill nyttja det skydd som hemlandet erbjuder; eller någon som inte har en nationalitet och befinner sig utanför sitt tidigare hemvistsland på grund av omständigheter som gör att personen ej kan eller är villig att återvända.¹

Världs- och flyktingsituationen förändrades och en uppdatering av konventionen behövdes ganska snart. De nya bestämmelserna resulterade i ett protokoll som trädde i kraft 1967. Enligt detta protokoll gäller flyktingars rättsliga ställning även personer som definierats som flyktingar på grund av omständigheter efter den 1 januari 1951 (UNHCR, 1967).

Konventionen fastställer den lägsta acceptabla nivån för behandlande av flyktingar. Den skall följas utan någon form av diskriminering och innehåller olika skydd mot bland annat utvisning. Konventionen innehåller vissa bestämmelser som ej får rubbas. Till exempel får definitionen av ordet flykting (refugee) ej modifieras och stater som skrivit under konventionen får inte utvisa en flykting mot dennes vilja om detta innebär att flyktingen förvisas till ett område där hen befarar förföljelse (UNHCR, 1951). Flyktingkonventionen ämnar skydda dem som kränkts utifrån de mänskliga rättigheterna (Arbetsmarknadsdepartementet, 2014). Genom att skriva under protokollet förbinder sig stater att följa bestämmelserna för flyktingar som infaller under konventionens definition (UNHCR, 1951). År 2012 hade 150 stater förbundit sig till att följa endera konventionen eller protokollet eller till att följa båda dokumenten (UNHCR, 2012).

Enligt konventionen om barnets rättigheter är ett barn en person under 18 års ålder (Regeringskansliet, 2006). Enskilda länders lagar kan ha olika åldersdefinitioner för att definiera ett barn. En ungdom är enligt WHO's Guideline of key terms en person som är 10 till och med 19 år (World Health Organization, 2013). En asylsökande är en person som sökt skydd i ett land utanför hemlandet och ännu inte blivit bekräftad som flykting (UNHCR, 2013). Det är ankomstlandets ansvar att undersöka huruvida en asylsökande är flykting eller inte enligt flyktingkonventionen (UNHCR, 1951). Ett ensamkommande barn är enligt UNCHR en person under 18 år som kommit till ett land utan båda sina föräldrar, släktingar eller annan legal vårdnadshavare. Om barn däremot är ackompanjerad av en eller flera släktingar, benämns de som separerade flyktingbarn (UNHCR, 2008).

Världen över flyr varje år människor från osäkra hem för att söka skydd från våld och väpnade konflikter. Under 2012 lämnades 920 000 asylansökningar in till 176 länder eller till UNHCRs kontor. Det är det näst högsta antalet på 10 år och det var en ökning med 6 procent sedan året innan. Tillgänglig data från 2012 visar att 21 300 asylansökningar gjordes i 72 olika länder av ensamkommande eller separerade asylsökande barn. Dessa ansökningar utgjorde 4 procent av det totala antalet asylansökningar i samma länder. Denna andel har varit densamma under de senaste fem åren. Dock har ökningen av dessa ansökningar i absoluta tal ökat och antalet ansökningar 2012 var det högsta sedan UNCHR startade sina mätningar år 2006. Två tredjedelar av alla ansökningar från EFB inkom till europeiska länder. Sverige och Tyskland var de två länder i Europa som tog emot flest ansökningar, 3 600 respektive 2 100 stycken. Världen över fick fler än 5 400 ensamkommande barn flyktingstatus eller beviljades skydd på annan grund. Av alla flyktingstatusbeviljanden dokumenterades 68 procent i Europa (UNHCR, 2012).

¹ Fri översättning Axelsson, E & Jerenius, M

2.2 Styrande dokument gällande ensamkommande barns rättigheter

Det finns en rad styrande dokument på många olika nivåer, såväl nationella som internationella och organisatoriska som ser till barns, flyktingars och ensamkommande barns rättigheter. Ovan har flyktingkonventionen nämnts och nedan redogörs kort för ytterligare två dokument, nämligen FN:s allmänna förklaring av de mänskliga rättigheterna och konventionen om barnets rättigheter. FN:s allmänna förklaring av de mänskliga rättigheterna är en deklaration och alltså inte juridiskt bindande. En deklaration är ett dokument som ligger till grund för en konvention. Den innehåller förklaringar av de principer som ligger till grund för konventionen och fungerar som ett principuttalande (FN- förbundet, 2011). Som medlemsstat i FN förväntas landet efterleva förklaringen. Amnesty International anser den därför vara moraliskt bindande (Amnesty International, 2011). FN:s generalförsamling kungör förklaringen som en norm som skall vara gemensam för alla människor och nationer (FN- förbundet, 2012). I FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna står i den 28:e artikeln att alla människor har rättighet att tillhöra ett socialt och internationellt system där deklarationens rättigheter och friheter kan realiseras. Nedan presenteras fyra utvalda artiklar ur deklarationen som vi som författare ansett vara särskilt relevanta inom området migration och hälsa.

Artikel 3: Var och en har rätt till liv, frihet och personlig säkerhet.

Artikel 14: Var och en har rätt att i andra länder söka och åtnjuta asyl från förföljelse.

Denna rätt får inte åberopas vid rättsliga åtgärder som genuint grundas på icke-politiska brott eller på gärningar som strider mot Förenta nationernas ändamål och grundsatser.

Artikel 22: Var och en har, i egenskap av samhällsmedlem, rätt till social trygghet, och är berättigad till att de ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter som krävs för hävdandet av hans eller hennes människovärde och utvecklingen av hans eller hennes personlighet, förverkligas genom nationella åtgärder och mellanfolkligt samarbete i enlighet med varje stats organisation och resurser.

Artikel 25: Var och en har rätt till en levnadsstandard tillräcklig för den egna och familjens hälsa och välbefinnande, inklusive mat, kläder, bostad, hälsovård och nödvändiga sociala tjänster samt rätt till trygghet i händelse av arbetslöshet, sjukdom, invaliditet, makas eller makes död, ålderdom eller annan förlust av försörjning under omständigheter utanför hans eller hennes kontroll.

Mödrar och barn är berättigade till särskild omvårdnad och hjälp. Alla barn skall åtnjuta samma sociala skydd, vare sig de är födda inom eller utom äktenskapet.

(FN- förbundet, 2012)

De mänskliga rättigheterna gäller alla människor. Den enda artikeln i den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna som direkt hänvisar till barn är dock artikel 25 (Regeringskansliet, 2006). Gällande barn finns därför konventionen om barnets rättigheter. De mänskliga rättigheterna är inkluderade i konventionen om barnets rättigheter. För att konventioner ska bli bindande för de stater som undertecknat och ratificerat dem, krävs att ett visst antal stater, som anges i konventionen, ratificerat den. Länder som inte undertecknat

konventionen är inte bundna av den (FN- förbundet, 2011). Alla stater som undertecknat konventionen om barnets rättigheter skall utarbeta en lagstiftning och åtgärder som är lämpliga för att kunna tillgodose barn dess rättigheter enligt konventionen. Konventionen om barnets rättigheter gäller alla personer som ännu inte uppnått 18 års ålder, om inte den lag som gäller individen i fråga har förklarat barnet myndigt tidigare. Konventionen om barns rättigheter ska tolkas utifrån fyra grundprinciper. Det handlar om en icke diskriminerande behandling (artikel 2), en prioritering av ingripanden efter barnets bästa (artikel 3), barnets rätt till liv och utveckling (artikel 6) samt barnets rätt till inflytande och deltagande (artikel 12) (Regeringskansliet, 2006). Vi riktar i denna litteraturoversikt in oss på rätten till hälsa och rehabilitering, detta då barn har rätt till en så god hälsa som kan uppnås samt rätt till sjukvård och rehabilitering (artikel 24). Barnen har rätt till en så god levnadsstandard att fysisk, psykisk, andlig, moralisk och social utveckling kan ske (artikel 27). De har rätt till utbildning och även till vila och fritid som är anpassad efter åldern på barnet (artikel 31), i denna artikel ingår även rätt till fritid lek och rekreation.

När det gäller flyktingbarn har de enligt artikel 22 rätt till ”lämpligt skydd och humanitärt bistånd” i det att de, i samma utsträckning som andra barn, omfattas av de rättigheter som konventionen innefattar, men även av internationella verktyg gällande mänskliga rättigheter eller humanitär hjälp (Regeringskansliet, 2006).

Konventionen om barnets rättigheter ger en heltäckande global ram för att stödja barn i både kroniska och episodiska förhållanden av stress. Trots att konventionen ratificerats i många länder världen över, bidrar den gradvisa avvecklingen av statliga strukturer- eller frånvaron av sådana strukturer i vissa länder, till att barn och deras familjer i dessa länder inte nödvändigtvis kan räkna med de löften som gavs i internationella fördrag. De tvingas då förlita sig på sin egna individuella copingkapacitet (Boydes & Mann, 2005).

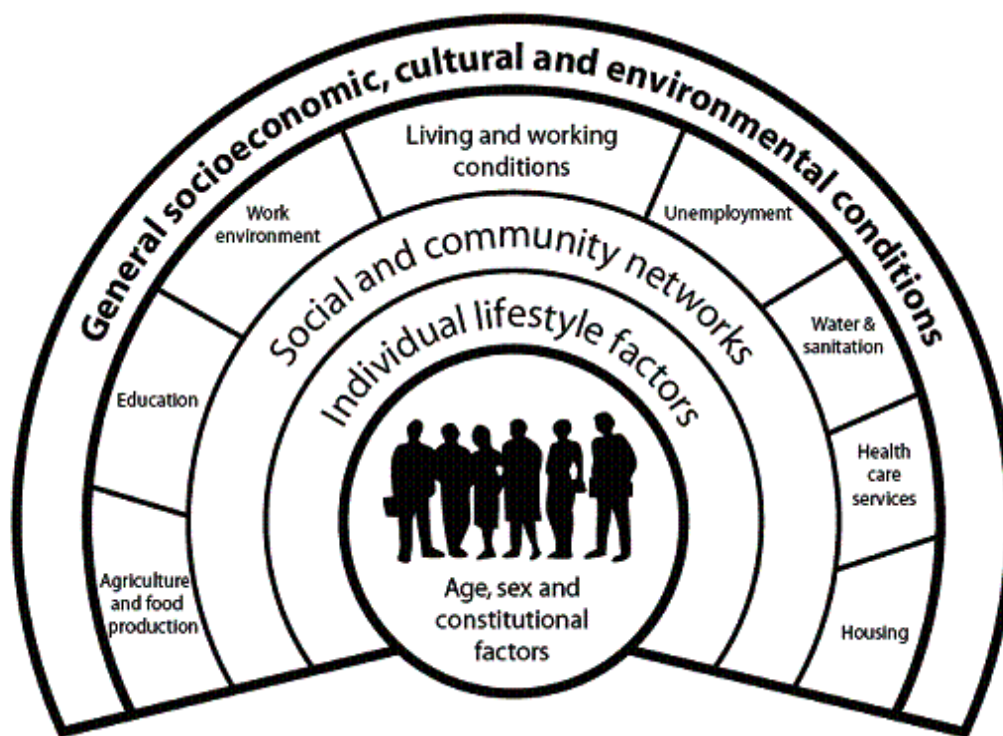
2.3 Flyktingbarn och hälsa - folkhälsoperspektiv

Att komma till ett nytt land betyder att man mister sitt sociala sammanhang (Spännar, 2001). Att tvingas konfrontera helt nya sociala sammanhang och omgivningar leder till en ökad sårbarhet (Inter-Agency Standing Committee, 2003). Vi kommer i följande text presentera olika faktorer som relaterar till hälsa i den process flyktingar är med om när de mister sitt sociala sammanhang.

Den vedertagna definitionen från WHO:s konstitution från 1948 benämner hälsa som ”ett tillstånd av totalt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaron av sjukdom eller svaghet” (World Health Organization, 2006). Hälsa påverkas av en mängd faktorer och livsstilen är på flera sätt avgörande för en människas hälsostatus. Livsstilen är dock inte helt självvald utan styrd av erfarenheter genom livet, samspel med andra, självkänsla och till stor del av livsvillkor och omgivande faktorer (Pellmer, Wramner, & Wramner, 2012). Faktorer på olika nivåer påverkar hälsan. Whitehead och Dahlgrens modell "halvmånen" (figur 1) visar detta genom att dela in hälsans bestämningsfaktorer i fem områden: ålder, kön och arv, individuella livsstilsfaktorer, samhällsliga och lokala nätverk, levnadsvillkor och arbetsförhållanden samt generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer (Andersson & Ejlertsson, 2009). Kön, ålder och arv är den nivå som minst går att påverka av de fem nivåerna. Under de individuella livsstilsfaktorerna inkluderas faktorer som olika riskbeteenden såsom rökning, missbruk, matvanor och träning. Under de samhällsliga och lokala nätverken ingår sociala relationer och stöd. Levnadsvillkor och

arbetsförhållanden är också avgörande för en människas hälsostatus och där ingår exempelvis bostadsaspekter, arbetsförhållanden och utbildning. Den yttersta cirkeln utgör generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer. Där inkluderas en rad aspekter, exempelvis graden av jämlikhet i samhället, relationer mellan könen, miljö- och klimatfaktorer och nationell säkerhet.

Dessa fem nivåer är alla avgörande för en människas hälsostatus och samverkar mellan nivåerna, exempelvis på så sätt att de med låg utbildning röker i större utsträckning (Pellmer et al., 2012).



Figur 1. Hälsans bestämningsfaktorer, baserad på original av Whitehead/Dahlgren 1991. Halvmånen visar de faktorer som påverkar människors hälsa i olika nivåer. Nivåerna är ålder, kön och arv, individuella livsstilsfaktorer, samhälleliga och lokala nätverk, levnadsvillkor och arbetsförhållanden samt generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer.

Det finns ett samband mellan social delaktighet och hälsa, vilket genomsyrar alla nivåer i modellen för hälsans bestämningsfaktorer. På detta sätt relaterar känsla av sammanhang till hälsans bestämningsfaktorer (Västra götalandregionen Folkhälsokommittén, 2010). För att må bra behöver människor känna delaktighet och möjlighet att påverka samhället och sin egen livssituation. Känslan av sammanhang och meningsfullhet (KASAM) förklarar varför vissa människor klarar påfrestningar bättre än andra och vikten av att känna att tillvaron har en mening (Statens Folkhälsoinstitut, 2008). Begreppet myntades av Antonovsky (1987) som anknöt förmågan att se sammanhang till hälsobegreppet.

Catherina Sanyu Kimaro skriver i en FoU-rapport om hur flyktningbarn utan vårdnadshavare uppfattar sin livssituation, att KASAM är en viktig faktor för välbefinnande för EFB (2006). Ní Raghallaigh (2011) skriver att intervjuer som genomförts med EFB, visat att religion som ett coping-hjälpmiddel fungerar som ett sätt för dessa ungdomar att hantera de utmaningar de står inför. De använde religionen som en källa till kontinuitet i sina liv, då tron representerade något bekant i en föränderlig och ny tillvaro. Relationen till religionen gav dem en känsla av mening och tröst och en ökad känsla av kontroll (Ni Raghallaigh, 2011).

2.3.1 Barn, identitet och utvecklingspsykologiska perspektiv

Barn föds in i ett sammanhang som utgörs av familjen och dess sedvänjor. Det kallas den primära socialisationen när ett barn blir en del av detta sammanhang. Ett barn får en uppfattning om sig själv i interaktion med sin närmsta familj, till exempel genom hur barnet blir sett, lyssnat på och tolkat av föräldrarna (Frisén & Hwang, 2006). Det är viktigt att värna om identiteten var och en har i en familj och en av familjens viktigaste funktioner är att ge bekräftelse (Bing & Gunnarsson, 2003). Efterhand som barnet blir äldre påverkar samspelet med fler personer utanför familjen barnets självuppfattning. Vid tillhörande av en etnisk minoritetsgrupp kan barnet eller ungdomen få ett helt nytt gensvar om vem hen är. I utvecklingen av den etniska identiteten har föräldrarna då fortfarande en viktig roll för att undvika konflikt i vanor och värderingar (Frisén & Hwang, 2006). Franzén (2001) menar att när en person byter land hotas identitet och självbild. Självbilden stämmer inte överens med det som avspeglas utifrån. Jaget byts ut till någonting en person var och inte är. En inflyttad person får en övergripande identitet som främling. Detta blir en allmän identitet som inte säger mycket om personen i fråga. Personen bedöms av omgivningen utifrån en kategori, nämligen invandraren.

Det utvecklingspsykologiska perspektivet av barns uppväxtvillkor spänner över ett brett område. Barns utveckling alltid sker i en kontext (Askland, Sataøen, & Claesdotter, 2003). Dessa sammanhang utgörs av både sociala områden, miljö och omgivning och är situationsbundna (Askland et al, 2003; Skovdal, M., Ogutu, V. O., Aoro, C., & Campbell, C, 2009).

Samspelet mellan individ och samhälle är det centrala i barns utveckling. Interaktioner är de viktigaste mänskliga samspelet (Askland et al., 2003). För att få denna interaktion att utvecklas till en transaktion mellan individer och vara ett utbyte mellan miljön och samhället krävs för flyktingar att det finns en fungerande integrering i samhället (McQuestion, Quijano Calle, Drasbek, Harkins, & Sagastume, 2010).

Barn är meningssökande varelser i mötet med omgivande miljö. De “är kapabla att strukturera sina liv, hitta sin rytm och tempo i arbetet med att uppleva mening i tillvaron” (Askland et al., 2003, p. 22) .

2.3.2 Maktrelationer och intersektionalitet: Begränsningar av psykosociala perspektiv

Barn och ungdomar är ofta de som drabbas hårdast av motgångar, bland annat på grund av sin brist på social makt. Boydes och Mann (2005) skriver i sin text *Children's risk, resilience, and*

coping in extreme situations att det finns en risk i att generalisera icke ifrågasatta antaganden om barns utveckling och deras relativa kapacitet och sårbarhet. De menar också att det saknas empiriska belägg för vilka strategier och interventioner som på bästa sätt tillgodoser hälsotillståndet hos gruppen. De påpekar även vikten av att se till den sociala och kulturella kontexten vid interventionsutformningen (Boydes & Mann, 2005). Vid sådana antaganden som görs utifrån synen på en grupp som någonting enhetligt, tillgodoses inte intersektionalitetsperspektiv. Intersektionalitet bidrar med dimensioner som ofta saknas i psykosociala perspektiv som ovan. Det syftar till att synliggöra förekommande av förtryck som skapas i skärningspunkter för maktrelationer baserade på exempelvis etnisk tillhörighet, kön och klass, och hur dessa samverkar (Nationalencyklopedien, 2014).

Eth (1992) skriver att det finns ett växande behov av att vara varsam inför etiska frågor som är unika för flyktingar, och redogör för tre etiska frågor. En av de etiska svårigheterna är problemet med att få ett informerat samtycke i kliniskt arbete med traumatiserade flyktingar. Detta då förtroendet för myndigheter ofta saknas. Maktutövanden blir extra påtagligt inom vården då språkbarriärer, ömsesidig respekt och förtroende ofta saknas. Den andra etiska svårigheten i arbetet med flyktingar är de motstridiga kulturella värden en människa ställs inför i sin nya tillvaro. Den tredje etiska svårigheten som Eth nämner är efterlevandes sökande efter mening av omänsklighet. Det resulterar ofta i kraftfulla reaktioner mot psykoterapeuter, motöverförings-reaktioner under psykoanalys.

Det krävs en mångfacetterad bild för att förstå ensamkommande flyktingbarns utsatthet, motståndskraft och copingförmågor i situationer med extremt svåra förhållanden. Barns upplevelser av motgångar påverkas av en mängd interna och externa faktorer som är oskiljaktiga från de sociala, politiska och ekonomiska sammanhang där barnen bor. Alltså påverkar asylprocessen och flykten, som de sociala, politiska och ekonomiska sammanhangen är en del av, upplevelsen av motgångar - och därmed barns hälsotillstånd (Boydes & Mann, 2005).

EFB är som ovan beskrivet en utsatt grupp och mycket forskning har gjorts angående ensamkommande flyktingbarns hälsosituation. Vi vill med nedanstående syfte undersöka och bearbeta denna forskning ur ett folkhälso- och människorättsperspektiv.

3. SYFTE

Syftet med denna studie är att undersöka forskningsläget kring ensamkommande flyktingbarns hälsa.

Vi har preciserat syftet i följande frågeställningar:

- 1) Vilka hälsoeffekter rapporteras i studierna?
- 2) Vilka perspektiv används för att förklara hälsa?
- 3) Hur kan forskningen om ensamkommande flyktingbarns hälsa tolkas ur ett folkhälso- och människorättsperspektiv?
- 4) Vilka åtgärder föreslår forskarna på de problem de identifierar?

4. METOD

För att besvara vårt syfte valde vi att göra en litteraturöversikt vilket enligt Friberg (2012a) är en metod som används för att skapa en överblick på kunskaps- och forskningsläget inom ett område. Metodredovisningen är indelad i 2 delar. Den första delen är en beskrivning av artikelsökningen, där inklusions- och exklusionskriterier redogörs för. I den andra delen beskrivs arbetets genomförande och analysen.

4.1 Artikelsökning i databaser

Sökning efter artiklar har gjorts i databaserna Scopus och PubMed. Vid sökningen i Scopus användes olika engelska synonymer för barn, flykting och ensamkommande som sökord. I PubMed användes endast child, refugee och unaccompanied då databasen själv söker upp synonymer för dessa. För fullständig information se tabell i bilaga 1. Utefter dessa sökningar fann vi i Scopus 217 artiklar och i PubMed 53 artiklar. Efter att ha skapat oss ett så kallat helikopterperspektiv genom öppen och kreativ läsning av abstracts (Friberg, 2012a) gjordes ett urval där 19 artiklar som stämde överens med syftet i denna litteraturöversikt valdes. De elva artiklar som bedömdes relevanta i PubMed var redan funna i Scopus. Bland de 19 funna artiklarna var fyra skrivna av samma författargrupp, tre av dem exkluderades. Dessa tre exkluderingar gjordes för att minska risken för bias. Samtliga 16 valda artiklar lästes igenom grundligt. Ytterligare två exkluderades, en på grund av att åldern på undersökningsgruppen inte var rätt och en annan då det inte gick att urskilja de ensamkommande barnens svar från de åtföljda barnens svar i resultatdelen. Därmed ligger 14 artiklar till grund för analysen i denna litteraturöversikt.

4.1.1 Inklusionskriterier

Vid sökningen i Scopus inkluderades förutom "articles" även "short surveys" och "no defined" för att minska risken att sälla bort användbart material. Ingen avgränsning gjordes angående artikeltyp vid sökningen i PubMed. I båda databaserna söktes artiklar endast på engelska. Artiklar som handlar om EFB och deras hälsa valdes ut. Artiklar som behandlar barn och ungdomar upp till och med 19 år inkluderades, då vi utgått från WHO:s definition av icke vuxna. Endast av Göteborgs universitetsbibliotek tillhandahållna fulltextartiklar användes och inga geografiska avgränsningar gjordes.

4.1.2 Exklusionskriterier

Artiklar exkluderades om en del av respondenterna var 20 år eller äldre. Artiklar som inte uppfyllde kriterierna för IMRAD, det vill säga att de innefattar en introduktionsdel, metod, resultat och diskussion exkluderades (Nair, Nair, & SpringerLink, 2014). Vi valde att använda oss av IMRAD då det är den forskningskultur som råder inom området (Sollaci & Pereira, 2004). Av de artiklar som var skrivna av samma författargrupp behölls endast en av dessa för analys.

4.2 Genomförande och analys

Alla de 14 valda artiklarna granskades för att se att forskningen hållit sig till etiska riktlinjer och till en god standard som ger studierna trovärdighet. Detta då det finns viktiga etiska och metodologiska aspekter att ta hänsyn till i forskning om EFB. Det krävs ett etiskt godkännande där forskningsdesign bland annat granskas (World Medical Association, 2014). Fem av de analyserade artiklarna har inte dokumenterat att de fått ett godkännande av en etisk kommitté. De bedömdes trots det kunna inkluderas efter genomförd kvalitetsgranskning. Det informerades samtycket och erhållandet av detta är också en etisk aspekt att se till. Vi tog hänsyn till den aspekten i kvalitetsgranskningen av artiklarna. Hopkins framhåller att etisk forskning ofta är kontextberoende och varierar beroende på situation, behov och erfarenheter hos barnen. Hen skriver också att viktiga delar att ta hänsyn till är integritet, sekretess och spridning av materialet (Hopkins, 2008). Vid kvalitetsgranskningen utgick vi från en mall i Eriksson Barajas et al. bok och gjorde därmed en värdering på följande teman: syfte, undersökningsgrupp, mätverktyg och analys (Eriksson Barajas, Forsberg, & Wengström, 2013). Mallen användes för att minska risken för inter- och intrabedömarvariation och underlätta bedömningen av kvaliteten på studierna. Utefter granskningen klassificerades sedan artiklarna på en skala mellan 1 och 3 där 1 är det bästa värdet. Se studiernas granskningsvärde i bilaga 2.

Vid vår dataanalys tematiserade vi de utvalda artiklarna genom kodning med olika färger för olika teman, valda med våra frågeställningar som utgångspunkt. Vi valde att dela in de olika hälsoeffekterna utefter WHO:s definition på hälsa. *Mentala hälsoeffekter* fick 3 olika kategorier: PTSD, emotionella faktorer, samt ångest och depression. Inom *sociala hälsoeffekter* blev effekter som har med beteende att göra en kategori och inom *fysiska hälsoeffekter* var kategorierna somatiska besvär och sömnsvarigheter. Sömnsvarigheter skulle kunna kategoriseras inom mentalt välbefinnande då det ofta är detta som påverkar sömnen, men vi placerade det inom fysiska besvär då det är en kroppslig åkomma. Ytterligare ett tema som vi identifierade i artiklarna var åtgärder som författarna föreslog för att minska de hälsoproblem som identifierats. Resultatet är presenterat utefter dessa teman och kategorier och är sedan diskuterat utifrån ett och folkhälso- och människorättsperspektiv.

5. RESULTAT

Samtliga artiklar som valts ut för analys finns presenterade i bilaga 2, i en tabell innehållande titel, författare, publiceringsår, studietyp, kvalitetsgranskning, syfte, målgrupp, resultat och mätverktyg. Resultatdelen inleds med en tabell som presenterar de mätverktyg som använts för att mäta hälsa och upplevelser i studierna för att ge en ökad förståelse för resultatet. Därefter ges presentationen av studiernas resultat. I första delen presenteras hur förekomsten av traumatiska upplevelser skiljer sig mellan EFB och andra barn. Därefter presenteras barnens hälsoeffekter i tre avsnitt, valda utefter WHO:s definition på hälsa (World Health Organization, 2006). Avsnitten är mentala, sociala och fysiska hälsoeffekter. Under mentala hälsoeffekter presenteras PTSD, emotionella faktorer, ångest och depression och under sociala hälsoeffekter presenteras beteendefaktorer. I det avslutande stycket presenteras författarnas förslag på åtgärder som beskrivits i artiklarnas diskussionsdelar.

Tabell 1. Tabellen beskriver de mätverktyg som använts i de analyserade studierna.

Mätverktyget	Datainsamling	Vem besvarar frågorna?	Resultatvariabler
CBCL	Frågeformulär	Förälder/socialarbetare	Emotionella och behavioristiska problem. Interna effekter: tillbakadragenhet, somatiska besvär, ångest och depression. Externa effekter: brottslighet och aggressivitet
RATS	Frågeformulär	Självrapportering	Symptom för PTSD (intrusion, avoidance, hyper-arousal)
HSCL-37A	Frågeformulär	Självrapportering	Ångest och depression
YSR	Frågeformulär	Självrapportering	Emotionella och behavioristiska problem. Tillbakadragenhet, somatiska besvär, ångest/depression, sociala problem, tankeproblem ² , koncentrationsproblem, brottsligt beteende, aggressivt beteende delas in i interna och externa symptom och i en total sjukdomsskala
SDQ-self	Frågeformulär	Självrapportering	Emotionella symptom, beteendeproblem, koncentrationsproblem hyperaktivitet, kamratrelationsproblem, prosocialt beteende (ex generositet och omtänksamhet (Socialstyrelsen, 2014).
M.I.N.I. Kid	Intervju	Självrapportering	Bedömer nuvarande prevalens av psykiatriska sjukdomar
BDSR	Frågeformulär	Självrapportering	Sannolikheten för att lida av depression
SHS	Frågeformulär	Självrapportering	Sömnmönster, mardrömmar
SLE	Frågeformulär	Självrapportering	Traumatiska upplevelser
IES	Frågeformulär	Självrapportering	Undersöker posttraumatiska symptom
FAY	Frågeformulär	Självrapportering	Demografisk information och tillfredsställelse med ex skola, vänner, familj, fritid.
SCWP	Frågeformulär	Självrapportering	Krigsåkommor
CHQ	Frågeformulär	Självrapportering	Fysisk och psykosocialt välbefinnande
UCLA	Frågeformulär/ intervju	Självrapportering/ förälder/socialarbetare	Posttraumatiska stresssymptom
SDQ-parent	Frågeformulär	Förälder/socialarbetare	Emotionella symptom, beteendeproblem, koncentrationsproblem, hyperaktivitet, kamratrelationsproblem, prosocialt beteende (ex generositet och omtänksamhet (Socialstyrelsen, 2014).
HTQ	Frågeformulär	Självrapportering	Krigshändelser eller vanvård som barnen upplevt eller hört talas om. Symptom mäts i intrusion, avoidance och arousal (Mollica et al., 1992).

² Thought problems. Eventuellt ej korrekt översättning, vedertaget uttryck ej funnet av författarna.

5.1 Traumatiska upplevelser

Fyra av 14 studier jämför hälsotillstånd mellan EFB med barn som flytt tillsammans med sin familj (benämns i fortsättningen som åtföljda barn). I dessa studier visar det sig i samtliga fall att EFB har utsatts för fler traumatiska upplevelser i hemlandet än åtföljda barn (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert, & Spinhoven, 2007; Hodes, Jagdev, Chandra, & Cunniff, 2008; Michelson & Sclare, 2009; Wiese & Burhorst, 2007). I en studie i Storbritannien var den vanligast förekommande traumatiska händelsen bland båda grupper barn bevittnande av mord eller allvarligt våld. Bland EFB hade 80 procent varit med om detta, siffran var 48 procent för barn med åtfölje, en signifikant skillnad (Michelson & Sclare, 2009). En studie visade att 63 procent av de ensamkommande flyktingbarnen jämfört med 16 procent bland de åtföljda hade blivit utsatta för minst fyra traumatiska upplevelser (Wiese & Burhorst, 2007). En studie från Nederländerna visade även att det fanns en skillnad i antal traumatiska händelser bland flyktingar mellan flickor och pojkar. Det var vanligare med dessa upplevelser bland pojkar (Bean et al., 2007). Dock undersöktes i en studie skillnaden mellan flickors och pojkars utsatthet för endast sexuell misshandel och där var skillnaden i utsatthet stor och omvänd bland de ensamkommande flyktingbarnen, 67 procent av flickorna och 14 procent av pojkarna hade blivit utsatta för detta (Wiese & Burhorst, 2007).

5.2 Mentala hälsoeffekter

5.2.1 Emotionella faktorer

I sju av studierna presenterades emotionella faktorer (Bean et al., 2007; Derluyn & Broekaert, 2007; Geltman, Grant-Knight, Mehta, Lloyd-Travaglini, Lustig, Landgraf & Wise, 2005; Huemer, Karnik, Voelkl-Kernstock, Granditsch, Plattner, Friedrich & Steiner, 2011; Michelson & Sclare, 2009; Reijneveld, De Boer, Bean & Korfker, 2005; Sourander, 1998). I en studie från Finland som baserar sig på asylsökande EFB framkom att barnens främsta oro handlade om deras släktingars, framförallt föräldrars välmående i hemlandet. Den långvariga processen för att få tillstånd att stanna i Finland var ett annat orosmoment (Sourander, 1998). Samma studie visade att yngre barn (6-14 år) verkade vara mer utsatta för emotionell ohälsa. Många barn talade om en osäkerhet inför framtiden och några uttryckte suicidala tankar. Derluyn och Broekaert (2007) studerade också samvariation mellan emotionella problem och ålder. Korrelationen var negativ, förutom vid depression (se avsnitt för depression). En annan studie undersökte emotionella orosmoment i migrationsprocessen, i detta fall för sudanier som flytt till USA. Den visade att 46 procent tyckte att det var mycket svårt och 28 procent lite svårt att känslomässigt klara av till exempel intervjuer med myndigheter under processen (Geltman et al., 2005).

Av barnen i studien från USA rapporterade 58 procent av de ensamkommande att de hade återkommande tankar på sina mest smärtsamma upplevelser. Det mättes genom CHQ och HTQ som bland annat mäter fysisk och psykosocialt välbefinnande och emotionell hälsa efter krigshändelser. Av dem kunde 40 procent återuppleva känslan av de hemska händelser de blivit utsatta för, 37 procent hade en känsla av att ständigt vara på sin vakt, och 37 procent berättade om plötsliga emotionella reaktioner då de påminns om händelserna. 32 procent undvek tankar angående händelserna (Geltman et al., 2005).

En studie från Belgien visade hög prevalens av emotionella problem bland EFB. Mellan 10-25 procent av barnen hade svåra symptom och 20 – 33 procent hade mycket svåra symptom

(Derluyn & Broekaert, 2007). I en annan belgisk studie undersöktes om det fanns någon skillnad i emotionella problem mellan flickor och pojkar, ingen märkbar skillnad fanns (Bean et al., 2007). En studie från Österrike, med liten undersökningsgrupp i jämförelse med många av de andra studierna, fick ett resultat där de ensamkommande barnens emotionella och behavioristiska styrkor och svårigheter kunde jämföras med normen (Huemer et al., 2011). I samma studie undersöktes livskvaliteten genom självrapporteringsformuläret Facts About You (FAY). Den undersöker livskvaliteten inom olika domäner, såsom skola, vänner, familj och fritid. Det visade sig då att EFB generellt rapporterade lägre livskvalitet, men att den skillnaden inte hittades i skolans domän.

En holländsk studie jämförde den psykiska hälsan bland EFB som bodde på två olika typer av boenden. Det ena boendet var restriktivt. Där hade barnen begränsade möjligheter att lämna sitt campus och ingen möjlighet att lära sig holländska. Dagliga aktiviteter hade fokus på tillbakafärd till ursprungslandet. Detta boende jämfördes med ett mer autonomt boende där barnen hade fria möjligheter att lämna hemmet och även fick ta emot gäster, de fick även möjlighet att lära sig om språket och om samhället. Det visade sig att emotionella problem var vanligare bland barnen på det restriktiva boendet. Skillnaden var mindre bland pojkar än bland flickor. Flickor hade även i denna studie fler emotionella problem (Reijneveld et al., 2005).

En positiv korrelation mellan antalet traumatiska upplevelser och i vilken utsträckning barnen hade emotionella problem visade sig i Derluyn och Broekaerts studier (2007). En högre grad av sorg har hittats bland EFB än bland åtföljda barn. Nästan alla EFB kände sorg medan cirka hälften av de åtföljda barnen gjorde det (Michelson & Sclare, 2009).

5.2.2 Ängest och depression

I stort sett alla studier presenterade ängest, depression eller symptom på depression som vanligt förekommande bland EFB (Vervliet, Meyer Demott, Jakobsen, Broekaert, Heir & Derluyn, 2014; Thommessen, Laghi, Cerrone, Baiocco & Todd, 2013; Huemer et al., 2011; Michelson & Sclare, 2009; Hodes et al., 2008; Wiese & Burhorst, 2007; Derluyn & Broekaert, 2007; Bean et al., 2007; Reijneveld et al., 2005; Sourander, 1998; Bronstein, Montgomery & Ott, 2013). I en av studierna (Huemer et al., 2011) valde vi att kategorisera dystymi som depressionssjukdom, då det är en mild och långvarig form av depression (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2012). Bland de studier där skillnaden i depression mellan EFB och barn som flytt tillsammans med familj undersöktes (Bean et al., 2007; Hodes et al., 2008; Michelson & Sclare, 2009; Wiese & Burhorst, 2007) fann tre stycken att EFB hade en större risk för depression (Bean et al., 2007; Michelson & Sclare, 2009; Wiese & Burhorst, 2007) Dessa tre studier undersökte också skillnaden i ängest och samtliga fann att risken var större för ensamkommande flyktingbarn än för åtföljda. Skillnaden var dock ej signifikant i en av studierna (Hodes et al., 2008). En av studierna undersökte också skillnaden i depression och ängest mellan åtföljda flyktingbarn och barn födda i landet där studien ägde rum och fann att prevalensen var högre bland åtföljda flyktingbarn³ (Bean et al., 2007). I Souranders studie framgick dock att det inte fanns någon signifikant korrelation mellan att ha upplevt traumatiska upplevelser och att ha depression och ängest (Sourander, 1998). En studie

³ Studien presenterade detta resultat i text, men i en resultattabell visades däremot att både ängest och depression för flickor var vanligare i gruppen bland barn födda i landet där studien ägde rum än bland åtföljda flyktingbarn. Vi kan omöjligen avgöra vilken av dessa som var en felskrivning. När ett sådant här fel upptäcks, ifrågasätts givetvis övriga innehållet i studien.

undersökte skillnaden i depression, med ursprungsland som oberoende faktor, genom ett självrapporteringsformulär. En signifikant skillnad presenterades och barn från Mellanöstern visade sig ha en högre risk för depression än barn från Europa eller Afrika. Efter justering för kön visade det sig dock att pojkar hade större risk för depression om de kom från Afrika än från Mellanöstern (Hodes et al., 2008). Antalet traumatiska händelser visade sig påverka ångest och depression på så sätt att fler traumatiska händelser ökade risken för depression och ångest (Bean et al., 2007; Bronstein et al., 2013; Derluyn & Broekaert, 2007; Vervliet et al., 2014). Däremot fann Vervliet et al. ingen skillnad i hur symptomen varierade beroende på om barnens föräldrar levde eller inte (Vervliet et al., 2014). Två studier fann att ångest och depression korrelerade positivt och signifikant med ålder på de ensamkommande flyktingbarnen (Bean et al., 2007 & Bronstein et al., 2013). Den ena studien rapporterade att cirka en sjättedel av variansen i depression förklaras med ålder, Stressful Life Event (SLE) och boendesituation (Bronstein et al., 2013). Derluyn och Broekaert fann att 17-18 åringar bland de ensamkommande flyktingbarnen oftare led av depression (Derluyn & Broekaert, 2007). I studien av Vervliet hittades däremot ingen signifikant skillnad i depression och ångest beroende på ålder (Vervliet et al., 2014).

Studien som undersökte skillnader i hälsa bland EFB som bodde på restriktivt respektive autonomt boende, visade att depression var vanligare i det restriktiva boendet när det gällde flickor. För pojkar var skillnaden liten och ej signifikant (Reijneveld et al., 2005). I Derluyn och Broekaerts ena studie framkom att ångest och depression var vanligare bland ensamkommande flickor än ensamkommande pojkar (Derluyn & Broekaert, 2007). Samma studie fann det vara en riskfaktor för depression att bo ensam. I en annan studie visade det sig vara vanligare med depression för EFB i fosterfamilj än för de som bodde själva men det finns en vuxen till hands (Bronstein et al., 2013).

I studien från Finland som tidigare nämnts uppgav många av de ensamkommande barnen under intervju att den långvariga väntan på besked om att få stanna i landet var både påfrestande och ångestframkallande (Sourander, 1998).

5.2.3 Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

I 11 av studierna undersöktes PTSD. I en studie utförd i London där man jämförde PTSD bland åtföljda barn med EFB, fann man att prevalensen skiljde sig signifikant mellan grupperna. Ensamkommande pojkar hade nästan tre gånger så högt värde på Impact of Event-skalan i jämförelse med de åtföljda pojkarna. För flickorna var prevalensen högre än hos pojkarna och de ensamkommande flickorna hade nästan dubbelt så höga värden som de åtföljda flickorna (Hodes et al., 2008). I en studie där man jämförde barn födda i landet där studien ägde rum med EFB, såg man samma sak. Ensamkommande rapporterade fler besvär än åtföljda, som i sin tur rapporterade fler besvär än barn födda i landet där studien ägde rum (Bean et al., 2007). I Bronsteins undersökningsgrupp var sannolikheten för PTSD 34 procent för EFB. Cirka två tredjedelar rapporterade alltså inte kliniska nivåer för PTSD (Bronstein & Montgomery, 2013). De fann också i sin studie om sömnvanor att PTSD hade en positiv korrelation med fördröjd insomning, mardrömmar och att barnen gick och lade sig senare (Bronstein & Montgomery, 2013).

I en studie om psykopatologi fann forskarna att 19,5 procent av de undersökta ensamkommande flyktingbarnen i studien led av PTSD. Resultatet saknade dock signifikans. Ungefär samma resultat framkom i en studie med sudanesiska ungdomar, där 20 procent hade

PTSD (Geltman et al., 2005). Motsvarande siffra i en studie på EFB i Belgien var 12 procent (Derluyn & Broekaert, 2007). En tredjedel av de ensamkommande barnen i Bronstein och Montgomerys studier var över gränsen för PTSD i RATS-skalan. I en studie utförd på en psykiatriklinik hade 85 procent av de ensamkommande barnen PTSD jämfört med 66 procent av de åtföljda barnen (Michelson & Sclare, 2009). I en annan studie som undersökte EFB på en psykiatriklinik fanns inget svar på hur stor andel som hade PTSD men sammanlagt hade 84 procent av barnen PTSD och ångest (Wiese & Burhorst, 2007).

I Bean et als studie hade ålder en signifikant positiv korrelation med PTSD symptom (Bean et al., 2007). I Hodes studie (2008) framkom att symptom för PTSD blev vanligare i högre ålder för EFB medan det minskade med åldern för åtföljda flyktingbarn. I två andra studier var ålder inte en prediktor för PTSD, men det var däremot kön. Flickor led i större utsträckning av PTSD (Derluyn & Broekaert, 2007; Huemer et al., 2011).

De som hade PTSD av de ensamkommande sudanesiska barn som deltog i studien utförd i USA, mådde även sämre angående generell hälsa, smärta, beteende och förmåga att komma överens med andra (Geltman et al., 2005). Tre studiers resultat indikerade att fler traumatiska upplevelser samvarierar med högre grad av posttraumatisk stress (Bronstein, Montgomery & Dobrowolski, 2012; Michelson & Sclare, 2009; Vervliet et al., 2014). Artikeln med pojkar från Sudan rapporterade att det inte fanns någon skillnad i PTSD som korrelerade med bevittnande av våld mot familj vänner, eller främlingar. Däremot ökade PTSD med att själv bli skadad eller torterad eller om barnen mist familjemedlemmar (Geltman et al., 2005). Anledningen till den förhöjda prevalensen av PTSD-symptom kunde inte härledas till specifika levnadshändelser i Bean et als studie (Bean et al., 2007).

I Bronstein et als. undersökningsgrupp fann man att ungdomar som bodde själva men där det fanns en vuxen till hands hade större risk för PTSD än de som bodde i fosterhem (Bronstein et al., 2012). Prediktorer för PTSD fann man vara att bo ensam eller delvis ensam (Hodes et al., 2008; Michelson & Sclare, 2009), Social isolation (Geltman et al., 2005; Michelson & Sclare, 2009) och känsla av ensamhet (Geltman et al., 2005) ökade också risken för PTSD. Att känna sig trygg i hemmet och skolan visade sig innebära en minskad risk för PTSD i studien på sudanesiska ungdomar (Geltman et al., 2005).

5.3 Sociala hälsoeffekter

5.3.1 Beteendefaktorer

I flera studier användes mätinstrument som delar in olika symptom i interna eller externa besvär (Derluyn & Broekaert, 2007; Sourander, 1998; Thommessen et al., 2013). I de fall då denna typ av mätmetod använts valde vi att i vår presentation av barnens beteende inkluderat de externa symptomen som är aggressivt eller brottsligt beteende och i de fall då det gått att urskilja de olika besvären inom interna symptom har vi inkluderat social tillbakadragenhet som ingår där. I studien *Internalizing and externalizing symptoms among unaccompanied refugee and Italian adolescents* där Child Behavioral Checklist (CBCL) använts presenterades att externa problem var vanligare bland EFB än bland barnen i jämförelsegruppen som var italienska ungdomar. I denna studie var det mer än dubbelt så vanligt med externa problem, det vill säga aggressivt och brottsligt beteende, bland de ensamkommande flyktingbarnen; 72,2 respektive 27,8 procent. Även social tillbakadragenhet var vanligare bland de ensamkommande flyktingbarnen (Thommessen, Laghi, Cerrone, Baiocco, & Todd, 2013). I en

annan studie upptäcktes motsatsen, det vill säga att externa problem var vanligare bland infödda barn än både bland åtföljda flyktingbarn och EFB (Bean et al., 2007). Denna studie hade HSCL som mätmetod. Pojkar hade oftare beteendeproblem än flickor oavsett vilken grupp de tillhörde. Minst var skillnaden bland de ensamkommande flyktingbarnen och störst var den bland de infödda barnen (Bean et al., 2007). I en av Bronstein et als studier hade nästan en tredjedel av de ensamkommande barnen beteendeproblem (Bronstein et al., 2013). Risken för beteendeproblem var högre om barnen bott i Storbritannien länge och även om barnen varit utsatta för traumatiska upplevelser (Bronstein et al., 2013). I Derluyns och Broekaerts studie framkom att tillbakadragenhet var vanligare bland flickor än bland pojkar (Derluyn & Broekaert, 2007). De hittade också samband mellan antal traumatiska upplevelser och uppförandestörning samt prosocialt beteende.

En studie fann skillnad i CBCL-resultatet för externa problem beroende på ålder. I gruppen med 6-14-åriga EFB hade fler barn svåra beteendeproblem än bland de EFB som var 15-17 år (Sourander, 1998). I studien av Derluyn och Broekaert (2007) kunde inte någon skillnad i beteendeproblem hittas beroende på ålder förutom att 16-åringar hade mer uppförandestörningar.

I den österrikiska studien med EFB från Afrika hittades få externa diagnoser. Ett barn (2,4 procent) hade uppförandestörning (conduct disorder) och två barn (4,9 procent) trotssyndrom (oppositional defiant disorder). Ingen av deltagarna hade missbruksproblem (Huemer et al., 2011). Även den österrikiska studien grundade sina resultat kring beteende på självrapportering.

I studien från Nederländerna som jämförde asylsökande barn tillsammans med föräldrar med EFB var klagomål om beteendeproblem det näst vanligast förekommande under undersökningarna. Det var vanligare bland EFB än åtföljda barn (Wiese & Burhorst, 2007).

I studien från Sudan svarade 37 procent att de undviker aktiviteter som får dem att tänka på hemska upplevelser (Geltman et al., 2005).

5.4 Fysiska hälsoeffekter

5.4.1 Somatiska besvär och sömnsvårigheter

Fyra av 14 artiklar presenterade fysiska eller kroppsliga problem. Dock använde fler studier mätverktyg där fysiska besvär är en av de undersökta variablerna, men presenterade resultatet endast i tabellform eller inte alls (Bean et al., 2007; Derluyn & Broekaert, 2007; Huemer et al., 2011; Thommessen et al., 2013). I den finländska studien rapporterades dock att olika somatiska besvär var mycket vanliga bland de ensamkommande flyktingbarnen. Vanligast var buksmärter, huvudvärk och sömnlöshet. Många barn hade också störd dygnsrytm (Sourander, 1998). Då somatiska besvär jämfördes mellan EFB och barn som flytt med föräldrar visade sig besvären vara vanligast bland de ensamkommande barnen; 64 procent jämfört med 23 procent. Det vanligaste som rapporterades i samma studie var problem med regelbundna aktiviteter, till exempel ät- och sömnsvårigheter. Detta var vanligt förekommande i båda grupperna men vanligast bland EFB (Wiese & Burhorst, 2007). I studien om sudanesiska flyktingpojkar svarade 23 procent att de inte hade haft några kroppsliga smärter under de senaste fyra veckorna. Övriga hade känt smärter från en eller två gånger under

fyraveckorsperioden, upp till smärtor varje dag. När pojkarna jämförde sina kroppsliga smärtor vid den tidpunkt då studien genomfördes, med de kroppsliga smärtor de hade vid ankomsten till USA, menade 78 procent att det blivit bättre eller mycket bättre. 4 procent upplevde att det blivit värre eller mycket värre (Geltman et al., 2005).

I studien som undersökte sömnmönster för afghanska ungdomar rapporterade 64 procent av ungdomarna att de haft mardrömmar under de senaste två veckorna (Bronstein & Montgomery, 2013). I studien från Sudan hade jämförelsevis 38 procent återkommande mardrömmar.

5.5 Åtgärder att vidta - författarnas tolkning av resultaten

I studiernas diskussionsdel redogör majoriteten (10 av 14) av de studier vi analyserat åtgärder till den problematik de funnit i sina studier. Nedan redogörs för dessa.

Fyra studier framhåller att en ökad fokus på interventioner med kulturell förståelse skulle gynna ensamkommande flyktingbarns hälsa (Geltman et al., 2005; Michelson & Sclare, 2009; Sourander, 1998; Thommessen et al., 2013). Två av dem kombinerade även detta med vikten av lättillgänglighet i det nya samhället. Det var vanligt förekommande att författarna kom fram till att det är viktigt att utbilda och arbeta kring olika hinder; exempelvis språkbarriärer, kulturellt stigma och fördomar. Detta begränsar tillgången till psykiatrisk vård och författarna framhåller att mer resurser behövs för att få bort dessa hinder (Derluyn & Broekaert, 2007; Geltman et al., 2005; Hodes et al., 2008; Michelson & Sclare, 2009; Thommessen et al., 2013). En annan lösning var förslag på många typer av hjälpsystem, däribland kortsiktiga och långsiktiga vårdplaner i öppenvård och institutionsvård (Derluyn & Broekaert, 2007; Huemer et al., 2011; Thommessen et al., 2013). Även ökad tillgång till vård för EFB föreslogs (Derluyn & Broekaert, 2007; Geltman et al., 2005; Michelson & Sclare, 2009). Tre forskargrupper vill se tillgång till evidensbaserad behandling som fokuserar på specifika sjukdomsbilder (Geltman et al., 2005; Michelson & Sclare, 2009; Sourander, 1998). Ett annat förslag var en mer genomarbetad vårdplan med mer vårdpersonal och mindre grupper med EFB per team (Derluyn & Broekaert, 2007; Sourander, 1998). Vikten av långtidsgående interventioner och kontinuerlig tillgång till psykiatrisk vård poängterades också (Michelson & Sclare, 2009; Thommessen et al., 2013).

Några anser att uppsökande arbete för att tillgodose psykiatrivårdsbehov hos EFB behövs, då främst genom skolhälsovård (Derluyn & Broekaert, 2007; Michelson & Sclare, 2009). Det framhölls även som viktigt att öka socialarbetares och vårdpersonalens kunskap om ensamkommande flyktingbarns behov och symptom (Hodes et al., 2008). Som förslag fanns även ett samhällsstöd genom personal inom psykiatrin som fungerar som en länk mellan unga flyktingar som är svåra att nå och psykiatrivården (Michelson & Sclare, 2009). En hälsoscreening vid ankomsten till det nya landet föreslås i flera artiklar (Derluyn & Broekaert, 2007; Huemer et al., 2011; Thommessen et al., 2013).

Insatser bör sättas in tidigt för att förhindra senare utveckling av allvarliga sjukdomar, sociala problem, brottslighet, våldsbeteende och droganvändning (Huemer et al., 2011; Wiese & Burhorst, 2007). Några forskargrupper var självkritiska och påvisade att det är viktigt att forskare är medvetna om riskfaktorer och upplevelser som påverkar måendet innan, under och efter flykt, för att utforma bra studier (Derluyn & Broekaert, 2007; Geltman et al., 2005; Michelson & Sclare, 2009). Tre studier framförde förslaget att ge ensamkommande

flyktingbarn tillgång till fosterfamiljer eller stödfamiljer som en intervention för deras hälsa (Derluyn & Broekaert, 2007; Geltman et al., 2005; Wiese & Burhorst, 2007).

Två forskargrupper diskuterade politisk styrning och hur en ökad medvetenhet om hur den restriktiva flyktingpolitiken och asylprocessen skulle kunna påverka hälsostatusen hos flyktingar, och speciellt EFB som är extra känsliga. De önskade mer information från vårdpersonal till politiker om hur effekterna slår ut i befolkningen (Reijneveld et al., 2005; Sourander, 1998).

Sourander problematiserar att barnets grundläggande rättigheter påverkas beroende på om barnet är ensamkommande eller ej och hur långt i asylprocessen det har kommit. Flykting- och asyllagen i Finland motverkar enligt Sourander konventionen om barnets rättigheter, som Finland har ratificerat (Sourander, 1998). Huemer et al (2011) framhåller vikten av att satsa på skolgång för EFB då det visats i studien att det fanns en stark längtan och glädje kopplad till skolgång.

Hodes et al. (2008) betonar arbetet i att motverka ökad prevalens PTSD hos EFB ju närmre artonårsdagen de kommer. De understryker betydelsen att inte bryta upp EFB som bott i fosterfamiljer och har en tillvaro i sitt nya land efter artonårsdagen.

6. DISKUSSION

Diskussionsavsnittet är indelat i tre delar. I den första delen diskuteras resultatdelen ur ett folkhälso- och barnrättsperspektiv. I den andra delen diskuteras komplexiteten i detta forskningsparadigm med mångtydiga problem. Den sista delen utgör en metoddiskussion.

6.1 Symptom- vems perspektiv?

6.1.1 Hälsans bestämningsfaktorer

Vid genomarbetning av de fjorton studier som valdes ut för denna litteraturöversikt har hälsans bestämningsfaktorer varit en viktig bas för våra reflektioner. Vid flykt påverkas hälsan utifrån samtliga nivåer i modellen över hälsansbestämningsfaktorer. Vissa av nivåerna i Dahlgren och Whiteheads modell (1991) (se figur 1) speglas tydligt i studierna medan det i vissa studier inte är lika framträdande att forskarna ser till de samverkande faktorerna på olika nivåer i samhället. Den innersta nivån är ålder, kön och arv. Ålder och kön finns med som en variabel som undersöks eller justeras för i majoriteten (11 av 14) av studierna. Ärftliga faktorer berörs däremot inte. De individuella livsstilsfaktorerna som utgör den andra nivån har nämnts i få fall. Oftast har det då varit i sammanhanget att barnen till exempel röker eller dricker alkohol, ingen diskussion har förts kring varför barnen väljer att göra detta. Nätverksnivån, den tredje nivån har tydligt framkommit i studierna. Många forskare har studerat till exempel boendeform, att bo självständigt eller i familj. Det sociala stödet har därmed fått en viktig roll inom forskningen. De två yttersta nivåerna däremot faller nästan bort när barnens hälsostatus har mätts. Barnen kategoriseras som EFB och nivån för levnadsvillkor blir inte individuell, utan generaliseras till en och samma för de ensamkommande barnen i studierna. Endast en studie undersökte skillnad i hälsa beroende av

barnens boende och levnadsvillkor, genom att jämföra barn på ett autonomt boende, med barn som bodde restriktivt. Studien behandlade denna nivå av bestämningsfaktorerna på ett förvarbart sätt, men i övriga studier är nivån underrepresenterad. Den yttersta nivån, generella socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer hamnar även den i skymundan. Jämlikhet och maktrelationer är något som är relevant i allra högsta grad när det forskas om hälsan för EFB. Intersektionalitetsperspektivet skulle komma fram tydligare om forskningen relaterade till denna nivå. Alla nivåer är dock nödvändiga att ta in för att till fullo kunna utföra försvarbar forskning sett till ett intersektionalitetsperspektiv. Det är intressant att den innersta nivån, som är minst påverkbar är förekommande i de flesta studier medan de högre nivåerna där möjligheten att påverka finns, inte har fått lika stor plats.

Många av studierna vi studerat undersöker det psykosociala perspektivet av EFB. Den mentala hälsan är en viktig faktor i hälsobedömningen av EFB. Det finns dock en risk att gå miste om andra viktiga aspekter vid bortsällningen av andra faktorer som också påverkar hälsan, exempelvis fysiska eller psykosomatiska besvär. Vid genomarbetandet av våra 14 utvalda artiklar sökte vi efter hälsoeffekter hos EFB. I samtliga studier undersöktes psykiska besvär och resultaten visade att flera olika typer av just psykiska besvär var vanligt förekommande i gruppen. Endast i fyra av artiklarna berördes fysiska besvär (Bronstein & Montgomery, 2013; Geltman et al., 2005; Sourander, 1998; Wiese & Burhorst, 2007) i den skriftliga resultatdelen även om det funnits med som en variabel för mätverktygen i ytterligare artiklar och ibland presenterats i tabeller (Bean et al., 2007; Derluyn & Broekaert, 2007; Huemer et al., 2011; Thommessen et al., 2013). Även beteendemässiga besvär presenterades i flera studier vilket kategoriserats inom socialt välbefinnande. I konventionen om barnets rättigheter framhålls att barn har rätt till en så god hälsa som kan uppnås (Regeringskansliet, 2006). Enligt WHO:s definition innebär en god hälsa både fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande (World Health Organization, 2006). Ur ett barnrättsperspektiv är det därför underligt att fysiska besvär får så litet fokus. Även socialt välbefinnande borde få större fokus om det skall ses lika mycket till samtliga typer av välbefinnande inom WHO:s definition av hälsa.

6.1.2 Författarnas förslag på åtgärder

Angående de åtgärder som författarna diskuterar för en förbättrad hälsa hos barnen diskuterades endast i två av studierna förändrad politisk styrning, som ingår i den yttersta cirkeln i modellen över hälsans bestämningsfaktorer. Fyra författargrupper diskuterade vikten av kulturell förståelse (cultural sophisticated), utan att vidare redogöra för vad en sådan skulle innebära, de åtgärderna skulle också befinna sig på den yttersta nivån. Desto fler diskuterar faktorer på nivån under, levnadsvillkoren, eftersom de mest förekommande åtgärderna är vårdrelaterade. Den tredje nivån med sociala nätverk täcks också in i de åtgärder som föreslås. De två innersta nivåerna är inte representerade i författarnas förslag på åtgärder.

De forskargrupper som presenterade åtgärder på ensamkommande flyktinbarns hälsoproblem, inkluderade hälso- och sjukvården i minst ett av förslagen till förbättring. Bara två forskargrupper diskuterade politiska system och dess hälsopåverkan för EFB. Flera studier betonade vikten av att ge barnen psykiatrisk vård så fort som möjligt. Sommerfield skriver dock att generaliseringen av att människor utsatta för traumatiska upplevelser har ett otillsett behov av psykiatrisk vård är överdrivet (2003b). En intressant fråga är hur de strukturella och politiska systemen kan förbättras för att förebygga psykisk ohälsa och verka för en bra integrering, för att slippa fokusera interventionerna på vård av flyktingar. Detta perspektiv i

problematisering av samhällets struktur anser vi saknas i studiernas reflektion över resultaten. Självfallet behövs vård av traumatiserade människor, men den smärta som asylprocessen i sig orsakar (Hjern & Jepsson, 2005; Humphries, 2004; Summerfield, 2003a), kan reduceras genom politiska beslut, och därmed minska vårdbehovet hos den redan utsatta gruppen som EFB utgör. Även detta går att koppla till ett människorättsperspektiv. I FN:s allmänna förklaringar av de mänskliga rättigheterna står det i artikel 3 att "var och en har rätt till liv, frihet och personlig säkerhet" (FN-förbundet, 2012). En asylprocess som inger en känsla av personlig säkerhet kan därmed ses som en mänsklig rättighet. I den allmänna förklaringen står även att "var och en har, i egenskap av samhällsmedlem, rätt till social trygghet" (FN-förbundet, 2012), något som mottagandet och därmed politiska system borde bidra till, snarare än förvärra. Skulle mottagandet bidra till social trygghet och därmed ökad kontroll över olika situationer som kan uppkomma, skulle EFB troligtvis ha bättre förutsättningar för att utveckla en känsla av sammanhang än i nuläget.

Askland et al. (2003) skriver om hur viktigt samspelet mellan individ och samhälle är och i en tidsskriftsartikel kring ämnet beskrivs att en fungerande integrering i samhället behövs (McQuestion, Quijano Calle, Drasbek, Harkins, & Sagastume, 2010). Den holländska studien av Reijneveld et al. (2005) visade att barn som bodde autonomt och fick möjlighet att lära känna det nya samhället och språket hade färre emotionella problem än barn som bodde restriktivt vilket bekräftar ovanstående. I Huemer et als. studie (2011) undersöktes ensamkommande flyktingbarns livskvalitet inom olika domäner och fick resultatet att skolan var den domän där de mådde som bäst och detta var också det enda ställe där de mådde bättre än jämförgruppen. Huemer et als. studie värderades lågt i vår artikelgranskning, men med uppbackning av det som skrivits ovan visar resultatet att en domän som skolan är viktig för de ensamkommande flyktingbarnen och att det är något som kan vara angeläget att satsa på för att minska negativa hälsoeffekter. Även här skulle fler kvalitativa studier kunna vara till hjälp för att ta reda på hur strukturer kan förändras för att förenkla för barnen att interagera med samhället. Barn har rätt till utbildning och utveckling (Regeringskansliet, 2006), vilket betyder att en fungerande integrering inte bara är önskvärd utan nödvändig ur ett barnrättsperspektiv.

I Hodes et als. studie (2008) framkom att symptom för PTSD blev vanligare i högre ålder för EFB medan det minskade med åldern för åtföljda asylsökande flyktingbarn. Författarna diskuterar risken för deportation efter 18-års ålder som anledningen till den ökade prevalensen av PTSD hos de ensamkommande flyktingbarnen, då rädslan för att komma tillbaka till krig och andra stressorer ökar högre upp i åldrarna. Detta är intressant ur ett barnrättsperspektiv. I konventionen om barnets rättigheter står att barns bästa alltid ska prioriteras vid alla ingripanden (Regeringskansliet, 2006). Rätten till att vistas i landet och känna sig trygg utan att vara rädd för deportation den dagen man fyller 18 kan tyckas falla inom ramen för barnets bästa.

I en studie från Finland som baserar sig på asylsökande EFB framkom att barnens främsta oro handlade om deras släktingars, framförallt föräldrars välmående i hemlandet. Den långvariga processen för att få tillstånd att stanna i Finland var ett annat orosmoment. Väntan på besked om att få stanna i landet beskrevs som både påfrestande och ångestframkallande (Sourander, 1998). Dessa resultat framkom ur den kvalitativa delen i studien. Denna långvariga process leder till ett ständigt närvarande orosmoment som stör barnens vardag. Enligt konventionen om barnets rättigheter har ett barn rätt till vila (Regeringskansliet, 2006), något som kan tänkas påverkas av de orosmoment som barnen beskriver.

En av studierna har undersökt hur många av barnen som känner sorg (Michelson & Sclare, 2009). I artikeln varken problematiseras eller definieras begreppet sorg. Det är ett vitt begrepp som kan skilja sig både i uttryck och i känslor. Religion kan vara en påverkande faktor och enligt Ní Raghallaigh (2011) ett copingverktyg som hjälper EFB med kontinuitet i sina liv. Då religion är en kontinuitet för barnen är detta något som kan tas hänsyn till i vidtagande av åtgärder för att minska ohälsa och på så vis bygga vidare på barnens egna strategier för coping.

Ett förslag på en åtgärd på problemen var många typer av hjälpsystem, däribland kortsiktiga och långsiktiga vårdplaner i öppenvård och institutionsvård (Derluyn & Broekaert, 2007; Huemer et al., 2011; Thommessen et al., 2013). En holistisk hälsoscreening vid första mötet med sjukvården, där man ser till fler aspekter än bara psykiska besvär, skulle troligtvis minska väntetider förhindra förvärrande av symptom och ge lämplig vård tidigare.

6.2 Ett forskningsparadigm med mångtydiga problem

Majoriteten av författarna till studierna vi granskat framhåller att fler studier behövs för att undersöka ensamkommande flyktingbarns hälsostatus. Longitudinella studier som undersöker hur symptomen förändras över tid och ger en mer ingående bild av hälsostatusen skulle ge en bredare bild av de samverkande faktorer som påverkar ensamkommande flyktingbarns hälsa. Även studier kring själva asylprocessen behövs. Vi hade önskat undersöka hur själva asylprocessen påverkar hälsan, men då litteratur kring ämnet saknas var det inte möjligt att undersöka det området.

Den psykopatologiska disciplinen är utan tvekan dominerande inom forskning kring ensamkommande flyktingbarns hälsa. Men samtidigt har de få studier som presenterat somatiska problem visat att även dessa är av vikt vid bedömning av barnens hälsa. Det var ofta samma mätverktyg som användes i studierna vi studerat. Alltså undersöktes för alla barnen samma aspekter på hälsa. En viktig fråga gällande dessa mätinstrument handlar om kausalitet. Wiese och Burhorst (2007) som studerade mental hälsa bland asylsökande barn på en klinik i Holland, menar att det är svårt att veta vad som orsakat den psykiska ohälsan hos EFB. De har gått igenom många olika traumatiska och svåra skeden från flykt och att söka asyl till olika separationer från närstående. I den finska studien framkom att barnen hade somatiska besvär i den kvalitativa delen av studien (Sourander, 1998). Trots det ligger fokus på den kvantitativa forskningsdelen. Med kvalitativa metoder skulle de mångfaktoriella anledningarna och nya aspekter kunna tas in och fler åtgärder på barnens besvär hittas. Kvantitativa resultat är oftast tydliga och visar på dikotomier. De kvalitativa studierna skulle däremot kunna utforska barns egna förklaring till vad som hänt dem, samt ge en bättre förståelse kring orsak och verkan. De ensamkommande barnen mår dåligt och kvalitativa studier skulle troligtvis ge intressant information om åtgärder som barn själva värderar högt. Kvalitativa studier saknas inom detta område som redan är kvantitativt utforskat.

6.2.1 Studiernas utformning

Vissa studier använder sig av mätverktyget CBCL, som är ett formulär som fylls i av en närstående till barnet. I fallet med EFB torde detta innebära en svårighet. Socialarbetare eller annan nära fyller i formuläret. Eventuellt kan dessa studier vara missvisande om de

intervjuade inte känner barnen tillräckligt väl. Humphries skriver i en argumenterande artikel att socialarbetares roll i Storbritannien har tagit alltmer polisiära former och sträcker sig utanför yrkesrollen på ett sätt som hen benämner förnedrande och omänskligt (Humphries, 2004). CBCL har väldokumenterad god reliabilitet och validitet (Almqvist, Bredenberg, Suominen, & Leijala, 1988), vilka aspekter som vägs in vid detta avgörande går dock att ifrågasätta. Om inte maktrelationen mellan forskaren och barnet i den utsatta situationen synliggörs som en avgörande komponent, riskerar graderingen av reliabilitet och validitet för mätverktyget att förlora sin trovärdighet. För att minska den skeva maktfördelningen kan forskare använda sig av Community Based Participatory Research (CBPR). CBPR innebär att forskare i samråd med de samhällsmedborgare som ingår i studiepopulationen insamlar forskningsdata och utformar interventioner. Samhällsmedborgarna blir då involverade i forskningen. Metoden har visat sig påverka hur studiepopulationen tar till sig studieresultat i positiv riktning (Leung, Yen, & Minkler, 2004). Både forskare och samhällsmedborgare bidrar till forskningen, vilket får båda parter att känna KASAM. Metoden är tidskrävande och dyr och i detta sammanhang, när barn utgör situationen även prekär.

Vi finner en risk i att generalisera studiedesign och mätverktyg till en så heterogen grupp av människor som EFB utgör. Ett exempel på ett sådant mätverktyg är CBCL, som består av 112 aspekter att se till i avgörandet om barnets hälsotillstånd. Om barnet inte motsvarar symptomen i bedömningen går man miste om viktig information för att tillgodose barnets hälsotillstånd (Michelson & Sclare, 2009). En djupare undersökning utan förbestämda preferenser hade eventuellt upptäckt andra symptom. Endast en av våra 14 artiklar innehöll kvalitativ forskning (Sourander, 1998). Kvalitativa studier skulle kunna bredda perspektivet ytterligare och skapa en bild av barnens besvär som inte är lika symptomriktad. En intressant studie inom detta område gjordes av Turner et al, där de undersökte validiteten på självrapporteringsformulär av den typ som många av författarna till studierna vi studerat använt. De fann att självrapporteringsformulär tycks överskatta förekomsten av PTSD och depression. Mindre än hälften av de undersökta hade en PTSD-diagnos och mindre än en femtedel hade depressionsdiagnos (Turner, Bowie, Dunn, Shapo, & Yule, 2003). Andra forskare har dock hävdats motsatsen (Summerfield, 2003a). En studie från Österrike, med liten undersökningsgrupp i jämförelse med många av de andra studierna, fick ett resultat där de ensamkommande barnens emotionella och behavioristiska funktionalitet kunde jämföras med normen (Huemer et al., 2011). Detta skiljer sig från gold standard resultat och förklaras i diskussionen med att denna studie baseras på självrapportering, vilket kan påverka svaren om barnen inte vill verka utsatta eller svaga. Språkbarriärer och särskiljande förståelse för mentala fenomen mellan barn forskare är också en möjlig förklaring.

Genom att enbart fokusera på patologiska reaktioner kan man gå miste om andra delar och alternativa betydelse, till exempel utveckling av positivt förändrad självbild och personliga relationer. Denna snedvridning kan leda till att 'motgångsaktiverad utveckling' (adversity-activated development) förhindras och uteblir (Michelson & Sclare, 2009). Eftersom många av de använda mätverktygen i studierna endast behandlar det patologiska och det också är det som framförs i studiernas resultat, finns en risk att denna uteblivenhet av motgångsaktiverad utveckling drabbar de barn som ingår i studierna. Denna aspekt är därför viktig att ta hänsyn till. Genom att inte endast se till patologiska delar skulle styrkor som istället hittas hos barnen kunna användas i utformandet av ett hälsofrämjande mottagande. Hälsofrämjande är en viktig del i folkhälsoarbete (Pellmer et al., 2012)

Forskarens roll är viktig i utformandet av studier. Det är viktigt att kunna bortse från sin egna kulturella kontext och frångå västvärldsperspektivet och utforma studier och studiemetoder som EFB kan relatera till. Papadopolous tydliggör detta i sin text, som handlar om mötet

mellan terapeuter och flyktingar, genom följande beskrivning: “Therapists need to respect deeply the pain, disorientation, losses, trauma and all the other negative effects that refugees have from their exposure to adversity” (Papadopoulos, 2007, p. 310). För att nå denna förståelse och insyn i ensamkommande flyktingbarns liv krävs en genomarbetad studiedesign med en rättvis kartläggning av barnens hälsostatus. Vissa av de studier vi granskat baseras enbart på frågeformulär eller en intervju på 30 minuter som metod för att få förståelse om dessa flyktingars smärta, förvirring, förlust och trauman som Papadopoulos nämner. I FN:s allmänna förklaring av de mänskliga rättigheterna står det i artikel 22 att var och en har rätt till “sociala och kulturella rättigheter som krävs för hävdandet av hans eller hennes människovärde och utvecklingen av hans eller hennes personlighet” (FN-förbundet, 2012). Frågan är huruvida dessa frågeformulär ger en rättvis bild och speglar människovärdet att få framföra sin mening, om studien är kvantitativ och frågeformulärens utformning och tidsramen för intervjuerna inte är tillräcklig.

Nickerson et al. (2011) skriver i sin text som kritiserar västvärldsperspektivet i diagnosticeringen av flyktingar, att preliminär forskning tyder på att traumafokuserade metoder kan ha en viss effekt vid behandling av PTSD hos flyktingar, men att det finns begränsningar som talar för att inte dra definitiva slutsatser. De påpekar i sin text att forskning kring PTSD-diagnostisering av traumatiserade flyktingar är bristfällig. Likaså är forskningen kring effektivitet av behandlingsmetoder för patienter med PTSD bristfällig. Summerfield (2003b) skriver i sin text om bosniska flyktingar att DSM- och ICD- diagnostisering av PTSD och depression saknar validitet och förklaringskraft (explanatory power). I forskningen beskrivs även att mentalvårdsbehovet för människor som varit med om krig och traumatiska upplevelser ofta överskattas. Istället behöver de enligt Summerfields forskning återupprätta en känsla av begriplighet, något som hen skriver sker främst i det sociala rummet och inte inom psykiatrin.

Summerfield sammanfattar detta tydligt i sin argumenterande text i *The British Journal of Psychiatry*:

Particular phenomena may be identified in different settings but it does not follow that they mean the same thing in each setting. Moreover, refugees in distressed and insecure circumstances may be particularly susceptible to the demanding characteristics of questionnaires. Second, and fundamentally, how human beings experience an adverse event, and what they say and do about it, is primarily a function of the social meanings and understandings attached to it. No psychiatric category captures this active appraisal and meaning-making. (Summerfield, 2003a, p. 459)

6.2.2 Psykosociala perspektiv av intersektionalitet

Det är viktigt att utgångspunkten i forskning i första hand är behovet av åtgärder för gruppen och inte flyktingkapet i sig (Regeringskansliet, 2000). Vid gruppering av människor finns en risk att skapa en falsk dikotomi. När man använder begreppet ensamkommande flyktingbarn utan vidare förklaring finns en risk att man bortser från intersektionaliteten inom denna vida grupp och att barnen bedöms utifrån den allmänna identitet och kategori som Franzén (2001) skriver om. Intersektionalitet är som tidigare nämnts, ett begrepp som syftar till att synliggöra specifika situationer som skapas i skärningspunkter för maktrelationer och syftar till att benämna hur ojämlikhet och maktrelationer uppstår genom samverkande relationer (Nationalencyklopedien, 2014). Det finns en rad faktorer som skiljer sig mellan barnen inom

denna grupp. Hur relationer samverkar kan i sig påverka hälsotillståndet för barnen, exempelvis om de är flickor och från normen har avvikande sexuell orientering och är mörkhyade i en kontext av ljushyade människor, så påverkar även dessa faktorer, utöver att de är EFB. Den avsaknad av intersektionalitetstänkande vi ser inom forskningen vi tagit del av, tyder på att kvalitativ forskning är av vikt inom området. Detta för att belysa helhetsperspektivet istället för att kategorisera, vilket görs i och med de mätverktyg som används inom området. Exempelvis jämfördes i en studie risken för depression beroende av härkomstland för de ensamkommande flyktingbarnen. När detta undersöks är det av största vikt att inte intersektionalitetsperspektivet faller bort, det vill säga att forskarna inte bara ser till barnens härkomstland som en förklaring till deras hälsotillstånd. De måste samtidigt koppla detta till vad barnen blivit utsatta för i landet och dessutom se på hela flykten och processen de går igenom som samverkande faktorer. Det finns även en etisk aspekt att se till i denna maktrelation. Eth (1992) skriver att det finns ett växande behov av att vara varsam inför etiska frågor som är unika för flyktingar. Maktutövanden blir extra påtagliga inom vården då språkbarriärer, ömsesidig respekt och förtroende ofta saknas. Det är viktigt att som forskare reflektera över sin maktposition i förhållande till barnet. Det innebär en maktposition att kontrollera vad som publiceras som barnens åsikter och tankar. Enligt artikel 12 i konventionen om barnets rättigheter ska barn få möjlighet att göra sig hörda och få påverka sin egen situation (Regeringskansliet, 2006). Med det följer ett ansvar för forskaren att se till att detta sker.

I en studie av Bronstein, Montgomery och Dobrowolski (2012) påpekas att forskning om psykisk hälsa hos ensamkommande asylsökande barn saknas sedan tidigare och i en annan framförs att studien är den första att undersöka prevalensen av emotionella och behavioristiska problem bland Afghanska flyktingbarn i London (Bronstein & Montgomery, 2013). Dessa studier är gjorda 2012 vilket betyder att majoriteten av artiklarna inkluderade i denna översikt är skrivna tidigare och att det finns mycket forskning angående psykisk ohälsa och emotionella och behavioristiska besvär bland EFB. Påståendena kan därför uppfattas som att det är en ambition att forska på grupper av EFB med så många olika härkomst som möjligt eller att Afghanska flyktingbarn skulle urskilja sig från andra flyktingbarn. Utan tvivel går det att hitta skillnader mellan flyktingbarn från olika etniska grupper, om man ser till intersektionalitet och den specifika situation de befinner sig i. Det kan dock vara av större vikt att belysa vad som gemensamt skulle stärka gruppernas välmående och hälsa, oavsett vilka etniciteter de tillhör. Vi som läsare uppfattade att allt för stor vikt lades i påpekandena om att studierna var de första inom sitt område.

I den österrikiska studien med EFB från Afrika beskrevs externa diagnoser, såsom uppförandestörning (conduct disorder) och trotssyndrom (oppositional defiant disorder). Denna diagnostisering av barn som upplevt traumatiska händelser och separationer kan ifrågasättas, då de istället för kliniska diagnoser även skulle kunna beskrivas som helt normala reaktioner på en svår situation. Anledningen till bråkigt och stökigt beteende i exempelvis skolmiljön, kan mycket väl tänkas bero på rädsla, minnen, tankar och känslor som gör sig påminda i den tysta miljön. Reaktionen kan mycket väl vara en respons för att bryta tankemönstret och verka som en copingstrategi. Då systemen för att hantera anledningen till detta beteende är bristfälliga tvingas barnen förlita sig på sin egen copingkapacitet (Boydes & Mann, 2005). Hallerstedt skriver att den kategorisering som diagnostiseringen innebär kan få konsekvenser som kan vara negativa för barnet (Hallerstedt, 2006). I en studie från Nederländerna var klagomål om beteendeproblem det näst vanligast förekommande under undersökningarna (Wiese & Burhorst, 2007). Även i den studien sker en diagnostisering. Det intressanta i dessa fall vore att se hur barnen själva skulle förklara beteendet och känslorna, utan att vara bundna till ett frågeformulär och ramar att förhålla sig till.

6.3 Metoddiskussion

6.3.1 Litteraturöversiktens utformning

Vi valde att göra en litteraturöversikt för att undersöka forskningsläget och de fynd och diskurser som finns inom forskningen kring ensamkommande flyktingbarns hälsotillstånd. En litteraturöversikt är en lämplig metod för detta ändamål (Friberg, 2012b). Endast två databaser har använts för att söka artiklar vilket skulle kunna utökas för ett mer omfattande resultat. Databaserna är multidisciplinära och kompletterar varandra på ett bra sätt. Scopus omfattar vetenskaplig, medicinsk, samhällsvetenskaplig, konst, humaniora och facklig litteratur (Göteborgs universitetsbibliotek, 2013b). PubMed omfattar områden som biomedicin, omvårdnad, odontologi, veterinärmedicin och hälso- och sjukvården (Göteborgs universitetsbibliotek, 2013a).

I avsnittet *Åtgärder att vidta - författarnas tolkning av resultaten* beskriver vi olika åtgärder på barnens hälsoeffekter. Åtgärder var ingenting som vi inkluderade i våra sökord eller inklusionskriterier. Däremot tycker vi att det är av intresse att se hur olika åtgärder diskuteras inom forskningsvärlden efter att olika hälsoproblem hos respondenterna har hittats. Därför valde vi att ta med dessa åtgärder i vår resultatdel trots att vi inte gjort någon specifik sökning efter åtgärder på negativa hälsoeffekter hos EFB. Detta avsnitt ger därför troligtvis inte en generell bild av vilka åtgärder som diskuteras inom forskningsvärlden. Däremot är det av största vikt att granska hur forskningslitteratur som framkommer på de sökord vi gjorde relaterar flyktingbarns hälsoproblematik till åtgärder.

Vi hade önskat undersöka hur själva asylprocessen påverkar hälsan, men då litteratur kring ämnet saknas var det inte möjligt att undersöka det området. Studierna som valdes ut var från ett begränsat antal länder, fem från Storbritannien, två från Nederländerna, tre från Belgien och fyra från övriga länder (Finland, Österrike, Italien och USA). Detta kan göra resultatet mindre generaliserbart och den skeva fördelningen kan leda till bias. Det var dock inte aktuellt att exkludera studier på grund av detta då urvalet hade blivit alltför litet. Tre av studierna från Storbritannien baserade sig på samma urvalsgrupp, men då olika effekter studerats ansåg vi att alla tre kunde användas för undersökningen. Mottagandet av EFB skiljer sig från land till land, trots olika internationella reglementen. Exempelvis anger flyktingkonventionen vad som för ett land är den lägst acceptabla nivån för behandling av flyktingar (UNHCR, 1951). Detta skulle vara en anledning att avgränsa sökningen till studier gjorda inom ett speciellt land. Forskningsområdet är dock för litet för att en avgränsning till studier gjorda endast inom ett land skulle vara aktuell.

I fem av artiklarna redogörs inte för om de godkänts av en etisk kommitté. Detta är en brist. Önskvärt vore att alla utvalda artiklar har etiskt godkännande.

En litteraturöversikt gjordes för att undersöka forskningsläget angående hälsan hos EFB. Vi avgränsade vår sökning till barn och ungdomar och valde därmed att inkludera artiklar med personer upp till och med 19 år. Enligt definitionen av barn i konventionen om barnets rättigheter (Regeringskansliet, 2006) är man barn tills det att man fyller 18 år vilket innebär att vi endast borde inkludera artiklar med barn som inte fyllt 18. WHO har dock en definition som säger att upp till och med 19 års ålder är man ungdom (World Health Organization, 2013). Därmed valde vi att göra en avgränsning enligt WHO:s definition och inkludera de

personer som ännu inte räknas som vuxna. Detta trots att konventionen om barnets rättigheter endast avser barn under 18 år. Med olika definitioner av hur länge man är barn, skapas lätt ett glapp där personer under sitt nittonde levnadsår riskerar att hamna utanför sociala skyddsnät. Med tanke på detta glapp valde vi att inkludera även de personer som är under sitt nittonde levnadsår för att få med deras hälsa då denna skulle kunna vara påverkad av just exklusion ur sociala skyddsnät. Dock kan studierna tyvärr inte visa oss om resultaten är beroende av detta, men vi undviker att själva exkludera en grupp som är utsatt i detta avseende.

6.3.2 Intern validitet och reliabilitet

Vår eventuella påverkan på texten kan vara avgörande för utfallet av resultatredovisningen, då vår förståelse som folkhälsovetare kan ha påverkat sammanställningen. Våra värderingar kan på samma sätt ha påverkat sammanställningen. Eventuella missförstånd, språkliga samt tolkningsfel kan även ha påverkat textens utformning. Den sista delen i resultatet som beskriver åtgärder att vidta, är författarnas tolkning av resultaten. Det betyder att dessa inte behöver överrensstämma, med de åtgärder som hittats om vi använt oss av sökord som lett oss till studier som undersöker åtgärder av problemen. Vi har besvarat våra frågeställningar och enligt oss uppnått validitet genom vår systematiska färgkodning, tematisering och kvalitetsgranskning av materialet för att få fram vår resultatdel.

De barn och ungdomar som undersökts och intervjuats i de studier vi granskat är i de flesta fall över tio år gamla. Detta kan påverka validiteten. Dock är få EFB under tio år, då processen i att ta sig till ett land ensam sällan genomförs av yngre barn.

6.3.3 Praktisk användbarhet

Detta material kan användas som ett hjälpmedel i planeringen av interventioner och studier. Det kan även vara intressant för studenter och yrkesverksamma inom området att ta del av. Ideella organisationer som arbetar med EFB skulle också kunna dra nytta av den.

7. SLUTSATS

Denna litteraturöversikt kan användas som ett hjälpmedel i planering av interventioner och forskning. Viktigt för dessa ändamål är att se till ett helhetsperspektiv och inkludera samtliga nivåer i hälsans bestämningsfaktorer. De hälsoeffekter som rapporteras i studierna fokuserar i störst utsträckning på mentala hälsoeffekter såsom depression, ångest och PTSD. I de undersökta studierna dominerade det psykopatologiska perspektivet. Ur ett barnrättsperspektiv borde fysiskt välbefinnande få lika stort fokus. Inom kategorin socialt välbefinnande utforskades beteendeproblem. Denna kategori behöver undersökas på fler sätt.

Det holistiska folkhälsoperspektivet är inte tillgodosett i forskningen. De ensamkommande flyktingbarnen kategoriseras i många fall som en homogen grupp. Intersektionalitetsperspektivet, vilket är av vikt att se till i frågan om ensamkommande flyktingbarns hälsa, försvinner i många fall. Detta framförallt gällande två discipliner i hälsans bestämningsfaktorer; levnadsvillkor och arbetsförhållanden, samt socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer.

Forskningen vi tagit del av angående ensamkommande flyktingbarns hälsa är ur ett barnrättsperspektiv bristfällig. Generellt baseras studierna på frågeformulär som fylls i av barnet, socialarbetare eller forskaren under korta intervjuer. På detta vis erbjuds barnen inte enligt sina rättigheter tillräcklig möjlighet att framföra sin mening. Longitudinell och kvalitativ forskning skulle ge en mer ingående bild av barnens hälsostatus och en bredare bild av de samverkande faktorer som påverkar ensamkommande flyktingbarns hälsa, samt på ett bättre vis tillgodose ett intersektionalitetsperspektiv.

Forskarna föreslår främst psykiatrivårdrelaterade åtgärder. Ur ett folkhälsoperspektiv behövs åtgärder som täcker alla nivåer i modellen över hälsans bestämningsfaktorer, med en holistisk syn på ensamkommande flyktingbarns hälsotillstånd. Sammantaget visar denna litteraturöversikt på ett antal utvecklingsområden i forskning och mottagande av EFB. Vi bedömer att de viktigaste utvecklingsområdena är att:

- Öka förståelsen för hur faktorer som påverkar hälsostatusen samverkar med ett holistiskt perspektiv på ensamkommande flyktingbarns levnadsvillkor och upplevelser. I detta avseende är det nödvändigt att se till hälsofrämjande aspekter istället för att enbart fokusera på patologi. En ökad förståelse för intersektionalitet är nödvändig. Hälsans bestämningsfaktorer bör ligga till grund för forskning angående hälsa.
- Genomföra fler longitudinella och kvalitativa studier där barnens röst kommer fram. Samhällsbaserad deltagarstyrd forskning är ett bra alternativ för att involvera barnen i informationsinsamling och interventionsutformning.
- Utveckla och gör forskningen av ensamkommande flyktingbarns hälsostatus mer mångfacetterad. Hur de politiska systemen påverkar hälsan hos de ensamkommande barnen bör utforskas. Människor har rätt till social trygghet enligt den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna. Det verkar finnas en kunskapsbrist i hur misslyckandet vid tillämpningen av denna allmänt vedertagna förklaring påverkar ensamkommande flyktingbarns hälsostatus.

REFERENSER

- Almqvist, F., Bredenberg, P., Suominen, I., & Leijala, H. (1988). Social kompetens och beteendeproblem bland skolbarn och barnpsykiatriska patienter - en empirisk studie med CBCL. *Nordic Journal of Psychiatry*, 42(4), 311-319. doi: 10.3109/08039488809094977
- Amnesty International. (2011). FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. Retrieved May 4, 2014, from <http://www.amnesty.se/om-amnesty/aktivisthjalpen/manskliga-rattigheter/den-allmanna-forklaringen/>
- Andersson, I., & Ejlertsson, G. (2009). *Folkhälsa som tvärvetenskap: möten mellan ämnen*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass
- Arbetsmarknadsdepartementet. (2014). Flyktingars rättigheter. Retrieved May 03, 2014, from <http://www.manskligarattigheter.se/sv/de-manskliga-rattigheterna/vilka-rattigheter-finns-det/flyktingars-rattigheter>
- Askland, L., Sataøen, S. O., & Claesdotter, A. (2003). *Utvecklingspsykologiska perspektiv på barns uppväxt*. Stockholm: Liber.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 288-297.
- Bing, V., & Gunnarsson, L. (2003). *Små, få och fattiga: om barn och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Boydes, J., & Mann, G. (2005). Children's risk, resilience and coping in extreme situations.
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2013). Sleeping Patterns of Afghan Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents: A Large Observational Study. *PLoS ONE*, 8(2).
- Bronstein, I., Montgomery, P., & Dobrowolski, S. (2012). PTSD in Asylum-Seeking Male Adolescents From Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 551-557.
- Bronstein, I., Montgomery, P., & Ott, E. (2013). Emotional and behavioural problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children: Results from a large-scale cross-sectional study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(5), 285-294.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health*, 12(2), 141-162.
- Eriksson Barajas, K., Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). Systematiska litteraturstudier i utbildningsvetenskap: Vägledning vid examensarbeten och vetenskapliga artiklar. Stockholm: Natur & Kultur.

- Eth, S. (1992). Ethical challenges in the treatment of traumatized refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 5(1), 103-110. doi: 10.1007/BF00976815
- FN- förbundet, U. S. (2011). Om FN, organsiation. Retrieved May 02, 2014, from <http://www.fn.se/fn-info/om-fn/organisation/huvudorgan/generalforsamlingen/>
- FN- förbundet, U. S. (2012). FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna. Retrieved May 3, 2014, from <http://www.fn.se/fn-info/vad-gor-fn/manskliga-rattigheter-och-demokrati/fns-allmana-forklaring-om-de-manskliga-rattigheterna/>
- Folkhälsomyndigheten. (2013). Utbildningsnivå. Retrieved may 8, 2014, from <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/ekonomiska-och-sociala-forutsattningar/utbildningsniva/>
- Folkhälsomyndigheten. (2014). Folkhälsans utveckling - målområden. Retrieved April 25, 2014, from <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/>
- Franzén, E. C. (2001). *Att bryta upp och byta land*. Stockholm: Natur och kultur.
- Friberg, F. (2012a). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (p. 133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (p. 97-100). Lund: Studentlitteratur.
- Frisén, A., & Hwang, P. (2006). *Ungdomar och identitet*. Stockholm: Natur och kultur.
- Geltman, P. L., Grant-Knight, W., Mehta, S. D., Lloyd-Travaglini, C., Lustig, S., Landgraf, J. M., & Wise, P. H. (2005). The "Lost Boys of Sudan": Functional and behavioral health of unaccompanied refugee minors resettled in the United States. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(6), 585-591.
- Goodman, J. H. (2004). Coping with trauma and hardship among unaccompanied refugee youths from Sudan. *Qualitative Health Research*, 14(9), 1177-1196.
- Göteborgs universitetsbibliotek. (2013a). Databaser, PubMed. Retrieved May 4, 2014, from <http://www.ub.gu.se/sok/db/show.xml?id=12296464>
- Göteborgs universitetsbibliotek. (2013b). Databaser, Scopus. Retrieved May 4, 2014, from <http://www.ub.gu.se/sok/db/show.xml?id=12296561>
- Hallerstedt, G. (2006). *Diagnosens makt: om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Hjern, A., & Jeppsson, O. (2005). Mental health care for refugee children in exile (pp. 115-128.).
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(7), 723-732.

- Hopkins, P. (2008). Ethical issues in research with unaccompanied asylum-seeking children. *Children's Geographies*, 6(1), 37-48.
- Huemer, J., Karnik, N., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Plattner, B., Friedrich, M., & Steiner, H. (2011). Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(3), 307-319.
- Humphries, B. (2004). An Unacceptable Role for Social Work: Implementing Immigration Policy. *British Journal of Social Work*, 34(1), 93-107. doi: 10.1093/bjsw/bch007
- Ingleby, D. (2005). *Forced migration and mental health: rethinking the care of refugees and displaced persons / [Elektronisk resurs]*. New York: Springer.
- Inter-Agency Standing Committee. (2003). Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings. Retrieved April 8, 2014, from http://www.who.int/hac/network/interagency/IASC_Guidelines_HIV_AIDS_in_Emergency_Settings.pdf?ua=1
- Leung, M. W., Yen, I. H., & Minkler, M. (2004). Community based participatory research: a promising approach for increasing epidemiology's relevance in the 21st century. *International journal of epidemiology*, 33(3), 499-506. doi: 10.1093/ije/dyh010
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (2012). Dysthymia, Diseases and Conditions
Retrieved May 18, 2014, from <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/dysthymia/basics/definition/con-20033879>
- Michelson, D., & Sclare, I. (2009). Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: A comparative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 273-296.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma, and Posttraumatic Stress Disorder in Indochinese Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111-116. doi: 10.1097/00005053-199202000-00008
- Nair, P. K. R., Nair, V. D., & SpringerLink. (2014). *Scientific Writing and Communication in Agriculture and Natural Resources: Elektronisk resurs*. Cham: Springer International Publishing.
- Nationalencyklopedien. (2014). intersektionalitet. Retrieved may 5, 2014, from <http://www.ne.se/kort/intersektionalitet>
- Ni Raghallaigh, M. (2011). Religion in the Lives of Unaccompanied Minors: An Available and Compelling Coping Resource. *British Journal of Social Work*, 41(3), 539-556. doi: 10.1093/bjsw/bcq136
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical psychology review*, 31(3), 399-417. doi: 10.1016/j.cpr.2010.10.004

- Nymark, H. (2014, 0501). Om social hållbarhet. Retrieved April 15, 2014, from <http://www.socialhallbarhet.se/om-social-hallbarhet/>
- Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(3), 301-312. doi: 10.1080/13642530701496930
- Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap: Kristina Pellmer, Bengt Wramner, Håkan Wramner ; [foto: Håkan Wramner]*. Stockholm: Liber.
- Prop. (2002/03:35). Mål för folkhälsan Retrieved April 22, 2014, from <http://www.regeringen.se/content/1/c4/12/59/ce6a4da9.pdf>
- Regeringskansliet. (2000). Begreppet invandrare – användningen i myndigheters verksamhet. Retrieved May 19, 2014, from <http://www.regeringen.se/content/1/c4/18/78/6e54e14b.pdf>
- Regeringskansliet. (2006). Konventionen om barnets rättigheter. Retrieved April 25, 2014, from <http://www.regeringen.se/content/1/c6/04/09/98/b8de24c7.pdf>
- Reijneveld, S. A., De Boer, J. B., Bean, T., & Korfer, D. G. (2005). Unaccompanied adolescents seeking asylum: Poorer mental health under a restrictive reception. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(11), 759-761.
- Sanyu Kimaro, C. (2006). Hur gick det för dem? En kvalitativ studie av flyktingbarn utan vårdnadshavare. Retrieved May 6, from http://www.fou-vasternorrland.se/Filer/Rapporter/hur_gick_det_for_dem.pdf
- Skovdal, M., Ogutu, V. O., Aoro, C., & Campbell, C. (2009). Young carers as social actors: Coping strategies of children caring for ailing or ageing guardians in western kenya. *Social Science & Medicine*, 69(4), 587-595. doi:10.1016/j.socscimed.2009.06.016
- McQuestion, M. J., Quijano Calle, A., Drasbek, C., Harkins, T., & Sagastume, L. J. (2010). Social integration and health behavioral change in san luis, honduras. *Health Education & Behavior : The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 37(5), 694-708. doi:10.1177/1090198110363880
- Socialstyrelsen. (2014). Socialstyrelsens granskning av SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire) Retrieved May 5, 2014, from <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/sdq>
- Sollaci, L. B., & Pereira, M. G. (2004). The introduction, methods, results, and discussion (IMRAD) structure: A fifty-year survey. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, 92(3), 364-367.
- Sourander, A. (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse and Neglect*, 22(7), 719-727.
- Spännar, C. (2001). *Med främmande bagage: tankar och erfarenheter hos unga människor med ursprung i en annan kultur eller Det postmoderna främlingskapet*. (40),

- Sociologiska institutionen, Univ, Lund. Retrieved from http://gothenburg.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwY2BOSE4GdjvSzE2SzNPMDUzSDExNEw1Ski0TU9NMkkzNwXvWEDvSkEpzNyEGpuIyUQZ1N9cQZw9dxP7_eOhQRjxkLxqwUWMMrDgNxRh4E0HLwPNKwNvFUgAwliCz
- Statens Folkhälsoinstitut. (2008). Kunskapsunderlag till folkhälsopolitisk rapport 2005, Delaktighet och inflytande – en förutsättning för hälsosamt åldrande. Retrieved May 15, 2014, from [http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12155/R200811_Aldres_delaktig_0805\(1\).pdf](http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12155/R200811_Aldres_delaktig_0805(1).pdf)
- Summerfield, D. (2003a). Mental health of refugees Author's reply. *The British Journal of Psychiatry*, 183(5), 459-460. doi: 10.1192/bjp.183.5.459-a
- Summerfield, D. (2003b). War, exile, moral knowledge and the limits of psychiatric understanding: a clinical case study of a Bosnian refugee in London. *The International journal of social psychiatry*, 49(4), 264-268. doi: 10.1177/0020764003494004
- Thommessen, S., Laghi, F., Cerrone, C., Baiocco, R., & Todd, B. K. (2013). Internalizing and externalizing symptoms among unaccompanied refugee and Italian adolescents. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 7-10.
- Turner, S. W., Bowie, C., Dunn, G., Shapo, L., & Yule, W. (2003). Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 444-448. doi: 10.1192/bjp.182.5.444
- UNHCR. (1951). Convention Relating to the Status of Refugees. Retrieved April 27, 2014, from <http://www.unhcr.se/se/om-oss/1951-aars-flyktingkonvention.html>
- UNHCR. (1967). Protocol Relating o the Status of Refugees. Retrieved April 25, 2014, from <http://www.unhcr.se/se/om-oss/1951-aars-flyktingkonvention.html>
- UNHCR. (2008). UNHCR Guidelines on Determining the Best Interests of the Child. Retrieved april 20, 2014, from <http://www.unhcr.org/4566b16b2.pdf>
- UNHCR. (2010). Voices of Afghan children - A study on asylum-seeking children in Sweden. Retrieved April 21, 2014, from http://www.unhcr.se/fileadmin/user_upload/PDFdocuments/Studies-reports/voices-on-afghan-children.pdf
- UNHCR. (2012). Asylum and Refugee Status Determination. Retrieved April 17, 2014, from <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home/opendocPDFViewer.html?docid=52a723299&query=statistical%20yearbook%202013>
- UNHCR. (2013). Asylum Trends 2013, Levels and Trends in Industrialized Countries. Retrieved may 2, 2014, from <http://www.unhcr.org/5329b15a9.html>
- Vervliet, M., Meyer Demott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., & Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(1), 33-37.

Västra götalandregionen Folkhälsokommitten. (2010). Att tänka och arbeta hälsofrämjande Teoretisk referensram och vägledande modeller. Retrieved April 30, 2014, from http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/rapporter/slutrapp_hogskolanvast_hgnatverk.pdf

Wiese, E. B. P., & Burhorst, I. (2007). The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 596-613.

Wilkinson, R. G., & Pickett, K. (2011). *Jämlikhetsanden: därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen*. Stockholm: Karneval.

World Health Organization. (2006). Constitution of the World Health Organization. Retrieved April 17, 2014, from <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

World Health Organization. (2013). Definition of key terms. Retrieved April 29, 2014, from <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>

World Medical Association. (2014). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Retrieved April 10, 2014, from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Bilaga 1 Databassökning

Datum	Databas	Sökord	Använda begränsningsfunktioner i databasen	Funna artiklar	Valda artiklar
10/4	Scopus	child* OR minor* OR you* OR adolescent* AND refugee* OR migrant* AND unaccompanied* OR alien*	Språk: Engelska publikationstyp: artikel, short survey, undefined	217	14
17/4	PubMed	child AND refuge AND unaccompanied	Språk: engelska	59	11 (Samtliga dubletter)

Bilaga 2 Tabell över studier

Titel	Författare och år	Studietyp	Kvalitetsgranskning Betyg 1-3	Syfte och studiepopulation	Resultat	Mätverktyg
The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country	Vervliet, M. Meyer Demott, M. A. Jakobsen, M. Broekaert, E. Heir, T. Derluyn, I. 2014	Kvantitativ tvärsnittsstudie	1 Godkännande av etisk kommitté är ej tillkännagivet i artikeln.	Skapa mer kunskap kring mental hälsostatus för ensamkommande flyktingbarn kort efter ankomst till värdland. Ensamkommande flyktingbarn >14 år	Hög prevalens av depression, ångest och PTSD hittades. Samvariation med traumatiska upplevelser rapporteras	RATS HSCL-37A SLE PTSS16 - HTQ
Internalizing and externalizing symptoms among unaccompanied refugee and Italian adolescents	Thommessen, S. Laghi, F. Cerrone, C. Baiocco, R. Todd, B. K. 2013	Kvantitativ fall-kontroll studie	2-3 Godkännande av etisk kommitté är ej tillkännagivet i artikeln.	Belysa den psykiska hälsan hos ensamkommande flyktingar i Italien och skapa ökat fokus på vikten av anpassade insatser för gruppen Ensamkommande flyktingbarn med medelålder 17 år och italienska barn	Hög prevalens av emotionella och behavioristiska besvär bland ensamkommande flyktingbarn. Signifikant skillnad mot barn födda i landet där studien ägde rum.	CBCL/6-18
Sleeping Patterns of Afghan Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents: A Large Observational Study	Bronstein, I. Montgomery, P. 2013	Kvantitativ Tvärsnittsstudie	1 Godkänd av etisk kommitté.	Undersöka sömnvanor hos ensamkommande flyktingbarn och jämföra det med PTSD i gruppen. Ensamkommande flyktingbarn 13-18 år.	Barn med PTSD har högre risk för sömnsvårigheter	RATS SHS
Emotional and behavioiural problems amongst Afghan unaccompanied	Bronstein, I. Montgomer y, P. Ott, E.	Kvantitativ tvärsnittsstudie	1 Godkänd av etisk kommitté.	Uppskatta prevalensen av emotionella och behavioristiska problem bland afghanska ensamkommande flyktingbarn och undersöka hur de kan relateras till	Cirka en tredjedel hade emotionella och behavioristiska besvär. Ångest och depression var vanligt. Fler	HSCL-37A SLE

asylum-seeking children: results from a large scale cross-sectional study	2012			demografiska variabler, traumatiska upplevelser, vård- och migrationsvariabler Ensamkommande flyktingbarn från Afghanistan < 18 år	traumatiska upplevelser samvarierade med mer obehag och ängslan och ökad tid i landet med beteendeproblem.	
PTSD in Asylum-seeking Male Adolescents From Afghanistan	Bronstein, I. Montgomery, P. Dubrowolski, S. 2012	Kvantitativ tvärsnittstudie	1 Godkänd av etisk kommitté.	Uppskatta PTSD för ensamkommande afghanska asylsökande barn och undersöka relationen mellan upplevda trauman, immigrationsstatus och boendeform. Ensamkommande flyktingbarn från Afganistan 13-18 år.	Cirka en tredjedel hade troligtvis diagnosen PTSD. Fler traumatiska upplevelser före flykten visade större risk för PTSD. Barn som bodde själva men där det fanns en vuxen till hands rapporterade mer PTSD symptom än de som bodde i fosterhem.	SLE RATS
Psychopathology in African unaccompanied refugee minors in Austria	Huemer, J. Karnik, N. Voelkl-Kernstock, S. Granditsch, E. Plattner, B. Friedrich, M. Steiner, H. 2011	Kvantitativ Tvärsnittsstudie	3 Godkänd av etisk kommitté.	Bedöma tre hypoteser: PTSD har högre prevalens i studiepopulationen än i normen, lägre livskvalitet i studiepopulationen och krigsexponering ger högre prevalens av PTSD Ensamkommande flyktingbarn 15-18 år	Ensamkommande flyktingbarn hade höga nivåer av psykopatologiska besvär jämfört med normen. Krig hade en liten påverkan på PTSD. De ensamkommande barnen visade lägre livskvalitet än normen.	M.I.N.I. Kid YSR UCLA PTSD FAY SCWP
Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: A comparative study	Michelson, D. Sclare, I. 2009	Kvantitativ tvärsnittsstudie	2 Godkännande av etisk kommitté är ej tillkännagivet i artikeln.	Jämför ensamkommande och åtföljda flyktingbarn och hur traumatiska upplevelser lett till PTSD hos de olika grupperna. Ensamkommande och åtföljda flyktingbarn ≤ 18 besökare på en	PTSD är vanligare bland ensamkommande än bland åtföljda flyktingbarn. Vanligare med traumatiska upplevelser hos URM.	Registerdata

				meal health klinik för flyktingar och asylsökande	Ensamkommande flyktingbarn får och söker mindre hjälp av psykvården dock.	
Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents	Hodes, M. Jagdev, D. Chandra, N. Cunniff, A. 2008	Kvantitativ tvärsnittsstudie	2 Godkänd av etisk kommitté.	1-Undersöka om ensamkommande flyktingbarn utsatts för fler trauman än åtföljda. 2- Om ensamkommande flyktingbarn har mer psykisk ohälsa. 3-om tidigare motgångar inklusive krigstrauma kan associeras med psykisk ohälsa och vad som kan mildra effekterna Ensamkommande flyktingbarn och åtföljda asylsökande flyktingbarn 13-18 år	Boendeform med "low support", att vara flicka och att ha utsatts för trauman ökar risken för PTSD. För ensamkommande flyktingbarn är ökad ålder en prediktor. Depression var beroende av kön och ursprungsland.	HTQ IES BDSR
The mental health of asylum-seeking and refugee children and adolescents attending a clinic in the Netherlands	Wiese, E. B. P. Burhorst, I. 2007	Kvantitativ Tvärsnittsstudie	2 Godkännande av etisk kommitté är ej tillkännagivet i artikeln.	Vad är karaktäristiskt för asylsökande barn på denna klinik? Diagnoser osv. Ensamkommande och åtföljda flyktingbarn ålder 0-18 år	Både åtföljda och ensamkommande barn hade en hög risk för psykiska problem. Symptomen var fler för ensamkommande flyktingbarn.	Registerdata som är insamlad via intervju med barn, familj, och vårdnadshavare.
Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents	Derluyn, I. Broekaert, E. 2007	Kvantitativ tvärsnittsstudie	2 Godkänd av etisk kommitté.	Undersöka prevalensen av känslor och beteendeproblem bland ensamkommande flyktingbarn i Belgien. Jämföra skillnaden på barnens syn på sin emotional and behavioral wellbeing och socialarbetarnas syn på den Ensamkommande flyktingbarn, de	Ångest depression och PTSD är vanligt bland Ensamkommande flyktingbarn. Risken är högre för flickor och för de som varit med om många traumatiska upplevelser. Socialarbetare	HSCL-37A SDQ-self RATS SLE CBCL/6-18 SDQ-parent

				flesta > 16 år. Alla som självrapporterade var >12 år	rapporterar även mycket externa problem.	
Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents	Bean, T. Derluyn, I. Eurelings-Bontekoe, E. Broekaert, E. Spinhoven, P. 2007	Kvantitativ tvärsnittsstudie	2 Godkänd av etisk kommitté.	Jämföra nivån av psykologisk ohälsa, behavioral problems, traumatiska stressreaktioner och upplevelser mellan ensamkommande flyktingbarn och barn födda i landet där studien ägde rum och flykting/invandrar barn med föräldrar som vårdnadshavare Ensamkommande och åtföljda barn, 12-18 år från 48 olika länder.	Ensamkommande flyktingbarn rapporterade mest interna problem, stressreaktioner på grund av traumatiska upplevelser och Stressful Life Events. Hög ålder gav högre resultat endast för URM. Barn födda i landet där studien ägde rum hade mer externa problem. Ensamkommande flyktingbarn visade sig ha högre risk för psykopatologi.	HSCL-37A SLE RATS
Unaccompanied adolescents seeking asylum: Poorer mental health under a restrictive reception	Reijneveld, S. A. De Boer, J. B. Bean, T. Korfer, D. G. 2005	Kvantitativ tvärsnittsstudie	2 Godkänd av etisk kommitté.	Jämföra mental hälsa för de som bodde på campus för minors med fokus på hemresa (restriktivt) med mental hälsa för de som bodde på routine reception (autonomt) med mer frihet och möjlighet att lära sig om det nya landet Ensamkommande flyktingbarn - 14-18 år på autonomt boende, 15-17 år på restriktivt boende. Medel ca16år i båda.	Ensamkommande flyktingbarn i restriktivt boende rapporterade mer emotionella problem.	HSCL-25 RATS
The "Lost Boys of Sudan": Functional and behavioral	Geltman, P. L. Grant-Knight, W. Mehta, S. D. Lloyd-Travaglini, C.	Kvantitativ tvärsnittsstudie	1 Godkänd av	Bedöma funktionell och behavioristisk hälsa på ensamkommande flyktingbarn ett	20 procent av pojkarna hade PTSD och social isolation och	HTQ CHQ YSR

health of unaccompanied refugee minors resettled in the United States	Lustig, S. Landgraf, J. M. Wise, P. H. 2005		etisk kommitté.	år efter flytt till US . Ensamkommande flyktingpojkar från Sudan med medelålder 17,6 år	personskador samvarierade med detta. De hade låga poäng på skalorna för funktionell och behavioristisk hälsa.	
Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors	Sourander, A. 1998	Kval- och kvantitativ Tvärsnittsstudie	2 Godkännande av etisk kommitté är ej tillkännagivet i artikeln.	Undersöker traumatiska upplevelser hos nyanlända flyktingar i Finland. Emotionella och beteendemässiga problem är i fokus. Ensamkommande flyktingbarn 20 stycken 6-14 år, 26 stycken 15-17 år. Medelålder 14,1	I CBCL-undersökningen hamnade hälften av barnen över gränsen eller på klinisk nivå för emotionella och beteendemässiga problem. Barn under 15 år hade svårare psykiatriska problem	Intervju med barnen och CBCL