

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

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

## Asylprocess grogrund för apati hos vissa barn

### Negativt besked om uppehållstillstånd ofta utlösande faktor

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

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

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

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

#### Metod och material

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

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

Vidare gjordes en uppskattning av hur barnet mådde vid

#### Sammanfattat



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

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

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

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

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

Tiden till tillfrisknande var oberoende av vårdform.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

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

Diagnoserna bedömdes utifrån symtombeskrivningen,

## II Fakta 1

### PBU-mottagningens nätverk

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

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

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

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

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

En sjuksköterska från vuxenpsykiatrien träffar föräldrar som behöver hjälp.

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

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

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

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

## II Fakta 2

### Förslag till diagnoskriterier

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

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

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

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

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

## II Resultat

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## II Diskussion

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

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

## Olika infallsvinklar i mediedebatten

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

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

Tor Lindberg och Claes Sundelin har, utifrån sina erfaren-

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

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

### Data talar emot grundläggande familjepatologi

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

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

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

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

### Asylprocessen framkallar apatisymtom

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

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

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

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

annons

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

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

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

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

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

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

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

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



=artikeln är referentgranskad

## SUMMARY

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

### Lars Joelsson, Karin Dahlin

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

annons