

PROJEKTRAPPORT

Bengt-Erik Ginsburg

**NYANLÄNDA FLYKTINGAR OCH HÄLSO- OCH
SJUKVÅRDEN**

”Sverige och inte minst Stockholm tar emot ett stort antal flyktingar...Det är nödvändigt såväl mänskligt som samhälleligt att de ges optimala förutsättningar för att etablera sig i det svenska samhället...Kommun och landsting är betydelsefulla offentliga företrädare för det samhälle där flyktingar och invandrare skall etablera sig. Det är därför viktigt att samverkan myndigheterna emellan präglas av gemensam syn på migrationsprocessens ibland omilda villkor och samhällets förväntningar på individen.”

(Vård och flyktingintroduktion i samverkan, Stockholms läns landsting och Stockholms stad 2003).

Innehåll

Förord	2
Inledning	3
Bakgrund	4
Stockholm – mångkulturellt och segregerat	8
Flyktingmottagandet i Stockholm	11
Primärvården i länet och nyanlända flyktingar	16
Sammanfattning och slutsatser	25
Förslag	29
Litteratur	32
Bilagor:	33
1. Frågeguide till primärvården	
2. Brev till flyktingsamordnare i länet	
3. Litteraturöversikt kring nyanlända flyktingars hälsa och vårdbehov	

Förord

Transkulturellt Centrum är ett kunskapscentrum och har som uppdrag att samla och sprida kunskaper om asyl- och flyktingsjukvård och transkulturell psykiatri. Ett av dessa kunskapsområden utgör behov och tillgång till hälso- och sjukvård för personer som just fått uppehållstillstånd. Det är ett område där det finns förhållandevis lite samlat kunnande och som behöver uppmärksammas och därför gav Transkulturellt Centrum i september 2007 i uppdrag till Bengt Erik Ginsburg att göra en kunskapssammanställning och ge förslag till förbättringsåtgärder.

Projektets syften var att

- skapa ett underlag för en vårdplanering för nyanlända flyktingar inom SLL
- identifiera kunskapsbrister dels vad avser att föra ut kunskap som finns dels vad avser behov att få mer eller ny kunskap av betydelse
- ge förslag till hur primärvårdens beredskap och kompetens kan ökas på detta område och vilka insatser och strukturer som kan behöva utvecklas så att vården kvalitetssäkras, men också underlättas och effektiviseras.

Förhoppningsvis kan denna projektrapport bidra till utveckling av ett policydokument/riktlinjer med syfte att utveckla hälso- och sjukvårdsinsatser för nyanlända. I

Sofie Bäärnhielm

överläkare, enhetschef

Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting

22.2.08

INLEDNING

Mottagandet av nyanlända flyktingar är en angelägenhet för många inte minst hälso- och sjukvården. Det är många som på olika sätt medverkar i den komplicerade process som kan sammanfattas med begreppet integration. Hälsorelaterade problem kan påverka processen och ohälsa kan också bli en följd av problem med integrationen oavsett orsak. Under åren har Transkulturellt centrum fått frågor från sjukvården och från samverkans partner inom länet som visat att det finns mycket som kan behöva uppmärksammas. Det var därför som ett projekt initierades hösten 2007 med syfte att systematisera den kunskap, de erfarenheter och de idéer finns ute i verksamheterna.

Arbetet har bestått i att sammanställa faktamaterial som är relevanta för Stockholms Län, t ex aktuell befolkningsstatistik som belyser det mångkulturella länet och information från migrationsverket. För att få kvalitativ information har intervjuer genomförts med vårdpersonal inom primärvården vid 5 vårdcentraler i Södertälje (två vårdcentraler), Järfälla (en vc) samt Stockholms kommun (två vc). Intervjuerna har gjorts av distriktsläkaren Joakim Lindqvist. Vid en vårdcentral var informanten enbart en person (läkare) vid en annan vårdcentral två (läkare), vid övriga deltog representanter för fler yrkesgrupper (läkare, sköterska, kurator, receptionist). Frågeguiden bifogas (*Bilaga 1*.) Psykolog Gunilla Björkqvist har deltagit i projektet genom att samla in erfarenheter från det kommunala flyktingmottagandet. Det har varit i form av enkäter kompletterade med telefonintervjuer med flyktingsekreterare i några kommuner. En enkät sändes till samtliga kommuner i länet under november månad 2007 (*Bilaga 2*). Det visade sig mycket svårt att få svar. Trots påminnelse och telefonuppföljning var det inte fler än fem som lämnade som lämnade uppgifter. Gunilla Björkqvist har också sammanställt tillgänglig svensk och internationell forskning som kan ha relevans inom området. Sammanställningen bifogas (*Bilaga 3*). Kontakter har också tagits med Charlotte Sävås Nicolaissen, SWECO EUROFUTURES AB, som anlitas som utredare av länsstyrelsens i Stockholm. Projektet ”Dynamisk tillgång eller socialt problem” syftar till att skapa en god introduktion för nyanlända. Länsstyrelsen arbetar sida vid sida med Kommunförbundet i Stockholms län med detta.

BAKGRUND

Varje år får ett stort antal personer med flyktingbakgrund uppehållstillstånd och bosätter sig i Stockholms län. Några har kommit som asylsökande och väntat kortare eller längre tider på beslut från migrationsmyndigheterna. Många av dessa bor under tiden som asylsökande hos släktingar, vänner eller andra landsmän inom Stockholms län och önskar/väljer att bo kvar här efter uppehållstillstånd. Det innebär ofta att deras boendestandard varit dålig och fortsätter att vara så också under tiden efter uppehållstillstånd. Alla som får uppehållstillstånd har inte en bakgrund som asylsökande utan har kommit som anknytningsfall och sökt tillstånd från sitt hemland. Dessa kommer alltså direkt till kommunen. Det finns ytterligare en grupp som kommer från flyktingläger ute i världen, s.k. kvotflyktingar. Men dessa kommer sällan till Stockholms län. Alla dessa personer med flyktingbakgrund som nyligen fått ett uppehållstillstånd benämns här ”nyanlända”.

Staten förhandlar kontinuerligt med landets kommuner om platser för flyktingar med uppehållstillstånd och ersätter kommunerna med ett schablonbelopp för en introduktion under de första 18 månaderna. Marie Bengtsson menar i sin avhandling att staten och kommunerna är i obalans i flyktingmottagandet. Staten bestämmer vem som är flykting och har bestämt att det inte går att styra var de bosätter sig. Samtidigt kan staten inte ordna mottagandet och introduktionen (Bengtsson 2002). Det finns inget regelverk som tvingar en flykting till en viss kommun. Det medför att många hamnar i Stockholm med förorter och i andra större städer som Malmö och Göteborg. Staten lämnar bidrag till kommunerna för deras insatser i introduktionen av de nyanlända flyktingarna. Men ekonomin i mottagandet är beroende av konjunkturer och lokal arbetsmarknad. För närvarande är kommunernas kostnader större än den ekonomiska ersättningen.

Det finns en obalans mellan kommuner och landsting. Med landstingen förhandlar staten inte om platser och det utgår inte heller någon ersättning till landstingen för flyktingmottagandet. Däremot finns en bestämmelse som ger landstingen kompensation för höga sjukvårdskostnader som gäller nyanlända flyktingar. Landstingen har rätt att återsöka pengar för kostnader för varaktig vård (enligt 34 § Förordningen 1990:927 om

statlig ersättning för flyktingmottagande mm). Det är pengar som Stockholms läns landsting bara i något enstaka fall återsökt och erhållit.

Transkulturellt centrum gjorde under 2006 tillsammans med Beställarkontor Vård en genomgång av möjligheter och svårigheter att få fram uppgifter för att kunna återsöka dessa pengar. Det visade sig inte möjligt att i efterhand via register spåra dessa patienter utan det måste ske prospektivt. Det ställer krav på varje redovisande vårdenhet att identifiera de patienter som kan bli aktuella. Det har emellertid visat sig svårt att motivera de enskilda vårdenheterna att engagera sig i detta utan en kompensation. I t ex Göteborg har enheterna själva återsökt dessa pengar vilket bidragit till att det varit mer framgångsrikt. I Stockholm har detta inte varit möjligt utan det ligger här på beställarfunktionen. De återsökta medlen går i Stockholm inte till den aktuella vårdenheten utan in centralt.

Beräkningar från kommuner i Stockholms län samt sjukvården i Göteborg och Uppsala som varit mer framgångsrika i detta visar att SLL kan ha gått miste om 15-20 milj årligen under det senaste decenniet För Stockholms del vore en schablon att föredra, men det behövs då ett mer kvalificerat underlag för att driva den frågan vidare. Det är en inte oviktig anledning till att hälso- och sjukvården behöver ha bättre kunskaper om nyanlända.

Asylprocessen och dess betydelse för hälso- och sjukvården efter uppehållstillstånd

Antalet asylsökande personer har ökat år för år de senaste åren. Vuxna som söker asyl har under tiden de väntar en begränsad tillgång till vård (omedelbara vårdbehov och vård som inte kan anstå). Inom länet ges primärvård i första hand kontakter vid de särskilda enheter som svarar för flyktingmedicinska insatser (FMC Storken med mottagningar i Rissne och Fittja). Organisatoriskt innebär det en segregering eftersom dessa personer därmed inte har kontakt med den ordinarie primärvården, en vårdcentral i närheten. Den kontakten etableras efter uppehållstillstånd och kommunplats. Det finns en diskrepans mellan teori och praktik vad gäller hälso- och sjukvård för asylsökande.

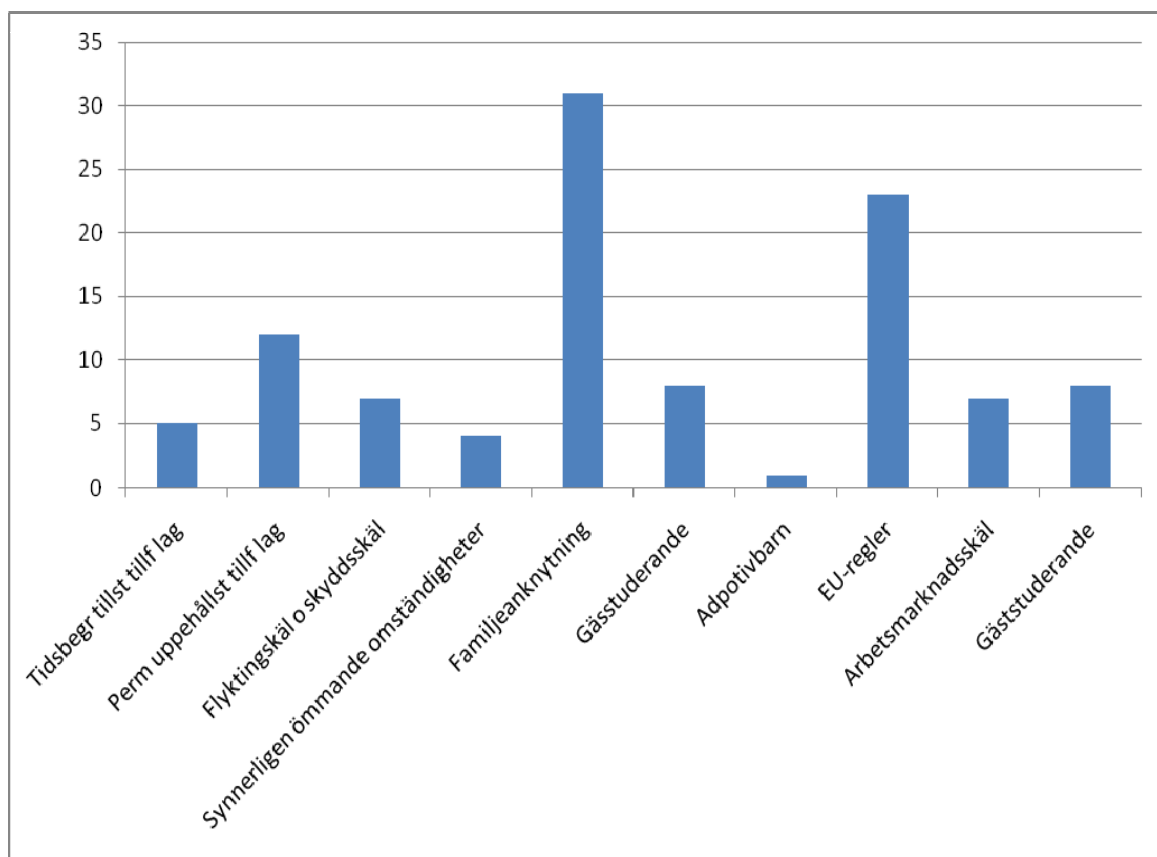
Alla asylsökande erbjuds en hälsoundersökning (skall erbjudas). Långt ifrån alla genomgår den. Ambitionen är att öka antalet som genomgår denna och att den skall vara

av god kvalitet. Hälsoundersökningen innefattar många löften. Förutom smittspårning skall vid detta tillfälle ges information om hälso- och sjukvården och göras en bedömning av behov av psykosocialt stöd. Konflikterna i detta är många: hälsoundersökningen skall hanteras inom en tidsram som är begränsad, information om hälso- och sjukvård i detta skede måste ta hänsyn till det regelverk som gäller under asyltid och en holistisk ambition att uppmärksamma behov av psykosocialt stöd måste därför anpassas till restriktiva möjligheter till insatser som omfattas av begreppen ”omedelbar vård och vård som inte kan anstå”.

Processordningen och organisationen för asylprövning har förändrats och ambitionen är att korta ner tiderna och öka rättssäkerheten i tillämpningen av utlänningslagen. För många asylsökande har det inneburit kortare väntetider och att det är procentuellt fler som får uppehållstillstånd. Tiden som asylsökande kommer alltid att innebära påfrestningar och risker för försämring av hälsan inte minst av den stress detta innebär. De som väljer att vistas i Stockholm under tiden de väntar på asyl bor i tillfälliga boenden som de ordna via personliga kontakter, ”eget boende”. De innebär i de flesta fall trångboddhet och många flyttningar under asyltiden.

Inte bara asylsökande som får PUT

Under 2006 fick totalt i landet 86 436 personer uppehållstillstånd. Det var en fördubbling jämfört med 2005. Av dessa fick 19037 uppehållstillstånd av flyktingskäl, andra skyddsbehov, humanitära skäl och synnerligen ömmande omständigheter. Något fler får uppehållstillstånd som familjeanknytningar. Sammantaget utgjorde de alltså c:a 40 000 år 2006. Men det finns också andra grunder för uppehållstillstånd som framgår av nedanstående bild som bygger på siffror från migrationsverket som avser 2006. Statistiska sammanställningar kan komma att säga väldigt lite, eller till och med dölja en problematik och man för ihop grupper som i sig är mycket olika. Utrikes födda representerar allt från nordbor, EU-medborgare, högteknologiskt utbildade från USA till utomeuropeiska traumatiserade flyktingar. Det är grupper med mycket olika behov av hälso- och sjukvård.



Nyanlända flyktingar som fått sitt uppehållstillstånd efter att ha sökt asyl representeras av de fyra vänstra staplarna. Till nyanlända som kommer till kommunen hör också den femte och högsta stapeln, familjeanknytning. (www.migrationsverket.se)

De flesta mottagna nyanlända flyktingar som fick uppehållstillstånd 2006 kom från följande länder (10 i topp):

	Hela landet	Stockholms stad
Irak	7166	971 (1)
Serbien-Montenegro	2332	-- (ej bland de 19 vanligaste)
Somalia	2277	356 (2)
Statslös	733	80 (8)
Iran	644	128 (6)
Azerbajdzjan	587	130 (5)
Afganistan	575	215 (3)
Ryssland	534	84 (7)
Eritrea	446	152 (4)
Syrien	400	63 (10)

Siffror för hela länet och andra kommuner än Stockholms kommun saknas i vår sammanställning. Men bilden som framträder visar att ”riksmönstret” skiljer sig från ”Stockholmsmönstret”. Man kan beräkna att det i genomsnitt följer ett anknytningsfall på var och en av dessa 19 037. Många har anhöriga kvar i hemländerna och de kommer att söka och beviljas uppehållstillstånd som familjeanknytningar. Många bosätter sig i områden som redan har en hög andel personer med utländsk bakgrund. Man söker sig till landsmän, vänner och anhöriga. Det informella sociala nätverket blir viktigt när tillvaron ter sig osäker.

STOCKHOLM – MÅNGKULTURELLT OCH SEGREGERAT

Antalet personer med utländsk bakgrund i Stockholms län var enligt SCB år 2000 351 400 (19 % av 1 803 400) varav drygt hälften (183 000) var svenska medborgare. 2005 hade antalet ökat till 472 900 (26 % av 1 890 000) varav knappt hälften (220 000) var svenska medborgare. Ökningen är delvis en effekt av en ändrad definition av utländsk bakgrund. Den tidigare gruppen ”född i Sverige med utländskt medborgarskap” (30 200 personer år 2000) finns nu inte. I stället finns gruppen ”född i Sverige med två utrikes

födda föräldrar” (118 998 personer 2005) . En grupp har minskat och det är utrikes födda med utländskt medborgarskap (137 900 år 2000 jämfört med 134 058 år 2005).

Siffror som avser första halvåret 2006 (2007): Befolkningsökningen i Stockholm var då 14 259 (14 659) personer vilket var dubbelt så många som samma period 2005 (något fler än samma period 2006). De flyttade in 28 664 (30 428) personer och ut 20 410 (21 715). Det ger en nettoökning (”flyttningsnetto”) på 8 254 (8 723) personer varav 2084 (3 334) från övriga Sverige och 6 170 (5 379) från utlandet. Födelseöverskottet under perioden var 6 037 (5 970) Det innebär att 43% (36,5%) av de ”nya Stockholmarena” under första halvåret 2006 var utrikes födda. Till detta kommer att 35% av de nyfödda barnen hade utrikes födda föräldrar.

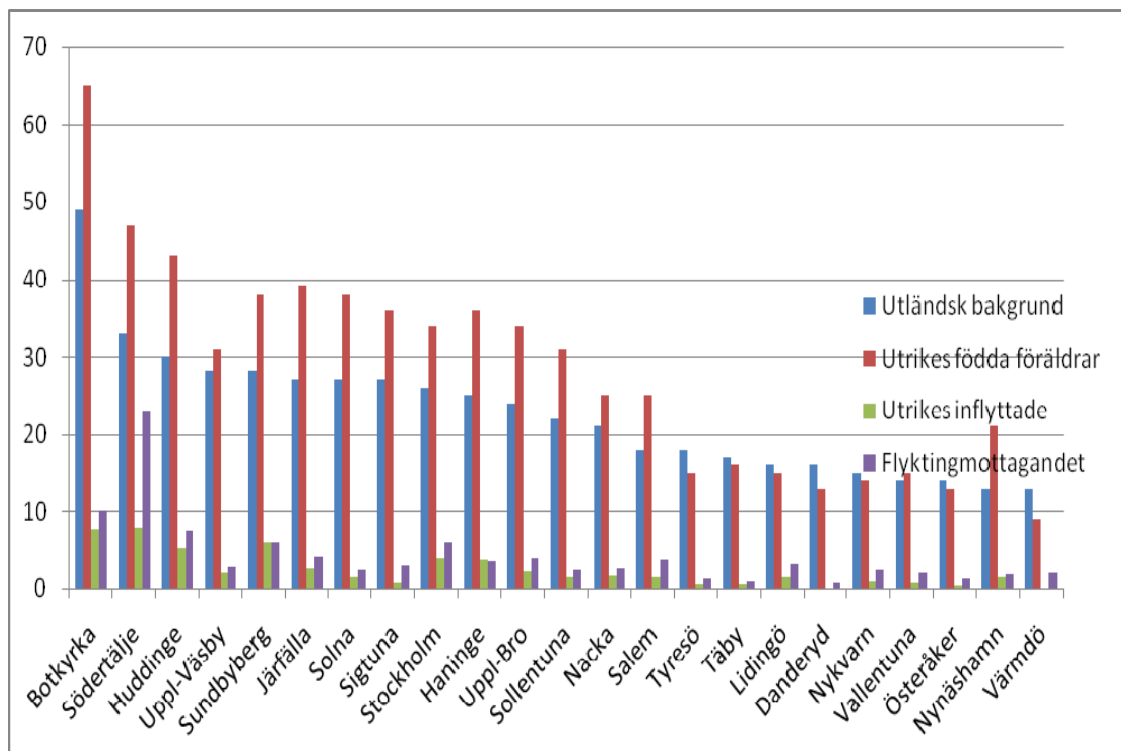
Första halvåret 2007 var ökningen något högre (14 659). Flyttningsnettot av personer från övriga Sverige hade ökat och för utrikes födda minskat (5 379). Födelseöverskottet var något lägre liksom andelen utrikes födda bland ”nya Stockholmare”. (SCB)

De ursprungsländer som dominerar när det gäller utländsk bakgrund hos boende i länet är (2005-12-31):

Finland	68 400
Irak	26 600
Iran	20 000
Turkiet	19 600
F.d. Jug. Inkl B-H	15 900
Polen	15 300
Chile	13 900
Tyskland	11 400
Syrien	7 800
Ryssland	7 200
Storbritannien	6 600
Somalia	6 500
Grekland	6 400

Stockholms län är segregerat och segregationen tenderar att öka. I vissa kommuner och stadsdelar i Stockholms stad ökar antalet personer med utländsk bakgrund och det är huvudsakligen i områden som redan har en hög andel. Det framgår av nedanstående diagrammatiska jämförelse mellan olika kommuner. Det vi här ställt samman är andelen invånare med utländsk bakgrund (%), andelen barn inom barnhälsovården med föräldrar av utländsk härkomst (%), nettoinflyttning av utrikes födda (% i relation till antal kommuninvånare) samt mottagna nyanlända från migrationsverket (% i relation till antal kommuninvånare). Siffrorna avser 2006. (SCB 2007, SLL-RTK 2007, Årsrapport från barnhälsovården 2007)

Statistiken visar att det är i de redan mångkulturella områdena som nettotillskottet av personer med utländsk bakgrund ökar inte bara i absoluta tal utan också i relativa tal. Det är också till dessa områden som asylsökande söker sig i väntan på beslut, de bor här hos landsmän. Dessutom bor här andra immigranter, papperslösa, gömda osv.



Segregeringen handlar inte bara om att det i vissa områden bor många med utländsk bakgrund medan de är få i andra. Det handlar också om att man söker sig till sina landsmän och därför bor många somalier på vissa håll, latinamerikaner på andra osv. Segregeringen syns mellan kommuner, inom kommunen mellan dess delar, t ex mellan stadsdelar i Stockholm och även inom stadsdelar. Ett exempel är Hässelby-Vällingby där personer med utländsk bakgrund utgör en betydande andel upp mot eller över 50% inom vissa områden som Grimsta och centrala delar av Hässelby Gård medan de knappast alls bosätter sig i Nälsta eller delar av Hässelby Villastad. Ett annat exempel är Spånga-Tensta. Exempel från södra länet är Huddinge där det finns äldre villaområden där det bor få personer med utländsk bakgrund. Länets mångkulturella karta är alltså mycket brokig.

För många av de nyanlända blir det problem på sikt med ökande hälsoproblem. En sammanställning från Utrednings- och Statistik Kontoret (USK) i Stockholm 2006 visar att av personer med utländsk bakgrund hade 10 % sjukersättning jämfört med 4 % för personer med svensk bakgrund. Högst var andelen i Skärholmen både för dem med utländsk bakgrund (14 %) och svensk bakgrund (5 %). Lägst var andelen på Östermalm såväl för personer med utländsk bakgrund (5,7 %) som svensk bakgrund (3 %). Skillnaderna mellan personer med utländsk respektive svensk bakgrund är störst i Spånga-Tensta, nämligen 12,5 % (bland de högsta) respektive 3,2 % (bland de lägsta). Det finns en ohälsohierarki för utrikes födda som visar att de som har den sämsta hälsan på sikt är utomeuropeiska flyktingar (FHI, 2002).

FLYKTINGMOTTAGANDET I STOCKHOLM

Nyanlända flyktingar erbjuds i Stockholm av kommunerna introduktionsprogram under de första månaderna. Programmen kan skilja sig åt en del mellan olika kommuner i länet och villkoren kan också se olika ut. Mål och inriktning är dock gemensamma, nämligen att individen skall få möjligheter att så snabbt som möjligt etablera sig i samhället och bli ekonomiskt oberoende.

Tidigare kartläggningar

En kartläggning ("temperaturtagning") som gjordes från Transkulturellt Centrum 2002 syftade till att belysa hur personal i det kommunala flyktingmottagandet inom farmför allt socialtjänst, primärvård och psykiatri såg på flyktingars hälsosituation, samt respektive verksamheters utbildnings- och resursbehov (TC 2002).

Inom de flesta verksamheterna ansåg man att man hade de kunskaper man behövde. I det kommunala flyktingmottagandet ansåg man även att man hade tillräckliga resurser. Inom primärvården angav man som huvudproblem brist på resurser och brist på stöd och förståelse från chefen. För psykiatrin gällde ofta att patientens problem inte bedömdes höra hemma inom psykiatrin.

Grundproblematiken som kartläggningen visade var att man kritiserade "den andre för att inte göra sitt jobb". Det kan vara förväntningar på den andre som är orealistiska eller föreställningar om den andre som kan vara mer eller mindre korrekta. Detta bygger hinder om det inte kommuniceras. Nedanstående citat utgör ett exempel:

"Inom sjukvården ser man flyktingar som hjälplösa stackare. De sjuk- och ynkligförklaras." (flyktingsekreterare)

"De verkar som om de som arbetar med introduktionen tänker att när hälsoproblem blir hinder för introduktionen då skickas patienten till hälso- och sjukvården för reparation och så kan de komma tillbaka hela igen och fortsätta. Vi ser att det inte går och skulle önska att dom var mer flexibla.(vårdpersonal)

Mer formaliserad samverkan förekom inte. När det gällde behov och önskemål om mer samarbete/samverkan var svaren mycket skiftande mellan olika verksamheter. Några såg inga behov medan andra efterfrågade mer samverkan.

Förslag till förbättringar var bl a

- En lotsfunktion
- Utbildning i egenvård för nyanlända
- Mötesplatser
- Stödgrupper utanför sjukvården
- Informationsutbyte mellan organisationer om sina respektive funktioner

- Utbildningar riktade till personal gemensamt för olika verksamheter

I ett projekt inom SLL som initierades 2002 i samverkan med Stockholms kommun (VIS-projektet, SLL 2003) bekräftades många av dessa fynd. Samverkan i Stockholm mellan kommuner och landsting var osystematisk och mycket bunden till enstaka eldsjälar. Samverkan utgick mer från behov hos myndigheter och professionella aktörer än från sådant som gagnade individen. Väldigt lite av samverkan hade en väl fungerande introduktion för individen som mål. Detta ledde till ett ömsesidigt missnöje organisationerna emellan. Liksom i den ovan refererade ”temperaturtagningen” fann man att detta innebar att man kritiserade den andre för att inte utföra sitt uppdrag.

De utvecklingsmöjligheter för en förbättrad samverkan som föreslogs i VIS-projektets rapport var i huvudsak tre:

- Förebyggande egenvård där kommun och landsting genom samordning ökar individens möjligheter att själv ta ansvar för sin hälsa. Landstinget bör ta ansvar för att nå ut med kunskaper om egenvård till nyanlända.
- Lotsfunktion där genom samverkan vårdbehov uppmärksammas tidigare och individen kan lotsas rätt. Vården bör organiseras så att vårdbehov som uppstår under introduktionstiden omedelbart uppmärksammas och kan åtgärdas.
- Psykisk ohälsa är inte detsamma som psykisk sjukdom. I många fall kan tydlighet och klara rutiner vara tillräckligt för att individen skall orka igenom ”migrationsprocessen”. Det är därför viktigt att kommun och landsting har en gemensam syn på individens väg genom introduktionsprogrammet.

Det kommunala flyktingmottagandet

Kommunerna och de stadsdelar i Stockholms kommun som tar emot många nyanlända har nyanställt och nyanställer många för att möta dessa ökande krav. Det kommunala flyktingmottagandet är organisatoriskt under socialförvaltningen. Flyktingsamordnarna, eller flyktingsekreterarna, vid de olika socialförvaltningarna har dock olika organisatorisk hemvister. Våra kontakter med flyktingsekreterarna visar att några av dem som arbetat med detta länge går till andra uppgifter, vilket innebär kontinuitetsbrott och förlust av erfarenhet. Samtidigt nyanställs många. Verksamheterna expanderar på många håll och flyttar till nya lokaler.

Flyktingmottagandet i Stockholms kommun har nyligen genomgått en decentralisering till de olika stadsdelarna och en omorganisation har också genomförts i flera andra kommuner. Några mindre kommuner har introduktionen integrerad med övrig verksamhet. Det ser alltså mycket olika ut.

Några av flyktingsamordnarna har mycket lång erfarenhet och har arbetat med introduktion i många år under olika organisationsskeden i länet, några har arbetat med dessa frågor i andra län, andra har arbetat med helt andra frågor inom kommunen och andra åter är helt nya och har inga erfarenheter av just dessa frågor. Några är ensamma andra arbetar i team.

Samordning av insatser sker dels genom länsstyrelsen, dels genom KSL (Kommunförbundet i Stockholms län).

Nyanlända och flyktingmottagandet

Mellan 1/3 och 50% av de nyanlända beräknas bli självförsörjande inom den 18 månader långa introduktionstiden. Några av dessa klarar att försörja sig genom eget arbete, andra via föräldrapenning, studiebidrag (CSN), eller underhåll. Ingen har sjukersättning från försäkringskassan eftersom de inte har (har haft) sjukpenninggrundande inkomst. Långtidssjukskrivningar förekommer knappast. Korttidssjukskrivningar gäller ett fåtal. Där siffror angivits är det 10-15% som varit sjukskrivna någon gång under introduktionstiden. I något enstaka fall har sjukskrivningen gällt hela introduktionen. Då har det varit en psykiatrisk problematik.

Flyktingsekreterarna beskriver ett hälsopanorama som å ena sidan består av sådant som ”vården inte kan bota”, å andra sidan sjukdomar där kontakt med vården behövs.

”Det är naturligtvis vanligt att de nya flyktingarna inte mår bra. De känner oro, ängslan och osäkerhet som påverkar introduktionen. Det är ett existentiellt problem som inte går att bota. Vad vi försöker göra är att lindra och ingjuta hopp. Det är inte enbart eller i första hand ett uppdrag för sjukvården. Alla som träffar flyktingarna i jobbet kan hjälpa till genom att lyssna, vara empatiska, peka framåt och ställa realistiska krav.”

Hälsohinder som påverkar introduktionen förekommer men inte ofta. Här finns diagnoser som cancer, aids, diabetes med komplikationer, synnedsättning, hörselnedsättning, rörelsehinder och psykiatriska diagnoser. Några personer flyttas över från introduktion till försörjningsstöd, därför att man gjort bedömningen att de inte kan tillgodogöra sig introduktionen. De utgör några procent. Det är ofta personer som är lite äldre, med låg utbildning, med krämpor och som inte har arbetslivserfarenhet.

Flyktingsamordnarnas intryck är att vården är tillgänglig för de nyanlända och att de söker och ofta hittar och får hjälp för sina besvär. Många får hjälp att söka av släkt och vänner som också hjälper dem att ordna tider. Några söker privatläkare som är landsmän och får hjälp. Det kan ibland bli problematiskt när ett sådant besök leder till en sjukskrivning från som enligt flyktingsamordnaren ter sig orimligt. Det blir svårhanterligt eftersom det inte finns ett samarbete med dessa privatläkare och att med några av dessa har man svårt att kommunicera.

Det finns ibland ett motstånd hos de nyanlända själva att söka hjälp. *”En vanlig kommentar är att man ska/vill klara av problemen själva. Det är enklare att söka för fysiska besvär och svårt att se hur man ska kunna förändra sitt tankemönster eller beteende med stöd från någon annan.”*

Det finns inte ett generellt, utbrett motstånd mot att söka psykiatrin. Det antas sammanhänga mer med utbildningsnivå än med kulturella olikheter. Men psykiatrin är underbemannad och det påverkar möjligheterna för flyktingarna att få hjälp. Många väntar på tid till psykiatrin.

De flyktingmottagare som svarat på vår enkät är övervägande positiva till samarbete – samverkan med landstinget. Samarbetet bygger i regel på personliga initiativ och ser mycket olika ut. Exempel finns på samverkansavtal, deltagande i samhällsinformation som erbjuds nyanlända, tydliga former för hänvisning vid behov.

De politiska målen för introduktionen betonar allt mer självförsörjning genom arbete. Den som uppger sig sjuk skall bli respekterad och kunna hänvisas till sjukvården och där behövs ett samarbete.

PRIMÄRVÅRDEN I LÄNET OCH NYANLÄNDA FLYKTINGAR

Intervjuer har genomförts senhösten 2007 med personal vid 5 olika vårdcentraler utvalda för att representera norra och södra länet samt stadsdelar i norra och södra Stockholm. Under den tid intervjuerna genomförs står primärvården inför en strukturförändring i och med "Vårdval Stockholm" där kartan ritas om. Det vi möter är mycket olika förhållningssätt till dessa förändringar. Vi ser exempel där man planerar att säga upp personal för att klara budget medan andra talar om att den nya situationen medger utökningar. Åter andra menar att det inte blir så stor skillnad. Det är uppenbart att "Vårdval Stockholm" förändrar förutsättningarna för primärvården. Primärvården i mångkulturella områden har tidigare fått en ekonomisk kompensation baserad på befolkningens sammansättning. Det är nu borttaget vilket innebär att vårdgivarna i dessa områden måste minska sin bemanning för att kunna hålla budgeten. Det kan i detta sammanhang finnas anledning att uppmärksamt följa hur Vårdval Stockholm kommer att fungera för patienter med utländsk bakgrund som inte riktigt hunnit etablera sig i samhället och då i synnerhet för nyanlända.

Kan vårdpersonalen "se" de nyanlända?

På frågan till vårdpersonalen om man möter patienter som är nyanlända svarar man att man inte alltid kan veta det. *"Självklart möter vi dem, de kommer till oss när de fått sina fyra sista siffror. Men det är ingenting vi frågar efter eller noterar. Så egentligen har vi ingen aning."* När man har sina sista fyra siffror går det inte med någon automatik att se om en person är nyanländ, dvs inskriven i ett kommunalt introduktionsprogram (se vidare nedan sid 26)

När så mycket är alldeles nytt och främmande...

Kulturskillnader är särskilt stora för nyanlända som ännu inte har egna erfarenheter av det svenska samhället och svenska koder och inte alls kan språket. I intervjuerna med primärvården nämns att detta märks till exempel som problem med att göra sig förstådd i

telefon, osäkerhet om man talar om samma sjukdomar, rädslan för förkylningar ”Ibland undrar jag om dom inte har förkylningar där i hemlandet.” Ibland kan det vara svårt att förstå vad det är för sjukdom patienten menar att han/hon har:

”En man som hade fått besked om att ha någon konstig blodsjukdom och att han inte får äta kött och ägg, för då skulle det braka ihop. Jag har pratat med en massa hematologer – det är ingen som fattar vad det kan vara. Det finns ingen sådan blodsjukdom, där man inte får äta kött och ägg. Självt är han ju övertygad om att han håller på att dö. Blodproverna är normala.”

“De har en massa diagnoser utan mediciner och en massa mediciner utan diagnoser”

Uppdämda vårdbehov

Under den tid en person varit asylsökande har tillgång till vård varit begränsad. De asylsökande själva är informerade om att de bara kan få hjälp om de har tillräckligt stora vårdbehov (”omedelbara vårdbehov”) och kanske därför avstår från att söka vård. Det är svårt nog för erfaren vårdpersonal att bedöma vad som är omedelbara vårdbehov och vård som inte kan anstå. Inte är det lättare för asylsökande sjuka att göra en sådan bedömning heller.

Gömda och papperslösa kan vara rädda att kontakta vården. Remisser eller hänvisning till specialistvård har i allmänhet fått anstå. Inom vården finns ett utrymme för godtycke i hur man tolkar regelverket. Det innebär att en del asylsökande kan ha bemötts mer restriktivt än andra.

I våra intervjuer framkommer att det förekommer en underkonsumtion av vård bland vissa asylsökande som skapar uppdämda vårdbehov.

”Längre tid mer eller mindre utan sjukvård, utan riktig sjukvård, då får man mer behov, mer frågor.”

”Man skjuter upp sina besvär, sina bekymmer. De blir försämring av kroniska sjukdomar också när man väntat och inte fått tillräcklig information.”

Citaten visar att de asylsökande ibland själva kanske tolkar regelverket strängare än det faktiskt är och att det därför är viktigt att ge rätt information. En annan anledning

till underkonsumtion är att vården upplevs som svårtillgänglig under asyltiden. Det kommenteras av vårdpersonal som har kontakter med nyanlända landsmän privat:

”När det ligger långt borta vet de inte vart de skall vända sig. Då ringer de till mig privat. Det bättre när det finns lokalt, det hjälper mycket.”

Det uppdämda vårdbehovet bekräftas av flera distriktsläkare, men det finns erfarenheter som talar för att det uppdämda vårdbehovet kan vara ännu större hos personer som kommer som anknytningsfall:

”Alla kom till mig – de ville ha en kvinnlig doktor, det var mycket kvinnor, mycket gynekologiska kontroller. Då hade man kanske bott på en flyktningförläggning 1 år eller 3 år och fått Alvedon för allting. Där hade man inte fått gå till doktorn för småsaker på flera år. Men det var också många som var svårt sjuka, som obehandlad diabetes, hjärtklaffel och allt möjligt framför allt bland de som kom som anknytningsfall. De hade inte kunnat gå till doktorn där i hemlandet heller. Asylsökande hade nog sökt akut och fått vård för sådana krämpor.”

”Många är ju deprimerade, har sett förskräckliga saker. Det fanns de som kanske hade vandrat i 10 mån för att komma till säkerhet med hela barnaskaran. Alla barnen hade ont i magen, ont i huvudet och konstiga symtom. Barna mår ju också dåligt av att få ta hand om föräldrarna och ta ansvar, tolka dem och måste beställa tid. Ett barn måste ju kanske ta hand om och hålla familjen över ytan.”

Tiden i väntan på asyl kan också skapa förväntningar. Mer eller mindre medvetet kan man då anpassa sig till en situation där man accepterar begränsningarna här och nu men får högt ställda förväntningar på hur det skall bli sedan när det inte längre finns några begränsningar, att man kan få ”allt”.

”Oändliga förväntningar att allt ska gå fort. Som exempel fick jag ta emot en person som hade precis sina fyra sista siffror – det visste jag inte. Mottagningen hade bokat en halv timme för det här besöket med tolk. Det var en krigsskadad man som hade väldigt många olika problem Han hade förlorat ett öga och behövde en ny lins och hade hörselproblem och han hade attacker som gav lite misstanke om epilepsi.

Detta besök resulterade i 8 olika remisser. Patienten kom tillbaka inom loppet av en månad och var väldigt missnöjd, otroligt missnöjd – att ingenting hade hänt. Jag hade

ju skickat remisserna samma dag, ganska snabbt. Det var ju inget akut bara att han hade ju väntat på det 1-3 år och trodde att nu skulle allt öppnas inom en vecka.”

En kartläggning i Värmland av hälsotillståndet hos personer som fick uppehållstillstånd med stöd av den tillfälliga utlänningslagen 2005 visar en tung belastning av traumatiska händelser. En helt övervägande del hade upplevt krig, våld och tortyr eller att någon nära försvunnit, dött eller skadats. Vanliga symtom är trötthet, nedstämdhet och värk. Men det förekommer naturligtvis också mer allmänna somatiska sjukdomar och besvär som allergier och högt blodtryck (Larsson, Ekblad 2007).

Det finns ett stort uppdämt behov av tandvård.

Psykosociala och psykiatriska behov

Det som framkommit när det gäller psykiatri och psykosociala behov inom ramen för detta projekt visar att behoven av specialistinsatser får stå tillbaka under asyltid och det gäller även psykiatrin. En synpunkt från en distriktsläkare med bakgrund från mellanöstern visar att begreppet psykosocialt är komplicerat och antyder en olikhet i synsätt på detta:

”Det är inte bara psykosocialt, flyktingarna drabbas verkligen av psykiska sjukdomar – riktiga diagnoser. Vanligast är depression, riktiga djupa depressioner, melankoliska, psykoser, panik och ångest. Sådana besvär är vanliga, inte bara psykosociala.”

Tillgänglighet

Tillgängligheten är något som upplevs som ett problem. Det är svårt att inte enkelt kunna få kontakt med vården när man behöver. De som kan tar hjälp av anhöriga eller bekanta. Man oroar sig för att man inte skall kunna göra sig förstådd. Det är så mycket som blir svårt när man skall ringa, man vet inte vem man pratar med om man inte ser honom/henne, man kan inte använda kroppsspråket i telefon.

”Det är bra om mottagningen finns i området, inte så svårt att komma dit. Lite mer fria tider så att man inte ringer och bokar alltid. Det blir jättesvårt att gå och vänta tills man får tid. Det skulle inte behöva bli en jättesak – det skulle inte kosta så mycket”

Att göra doktorn mindre betydelsefull...

En del är vana vid att ha täta kontakter med läkare. Det kan kanske finnas ömsesidigt intresse av läkarbesök hos såväl patienter som läkare. Läkaren tjänar på många besök och besök som gäller lindrigare åkommor eller rutinkontroller blir attraktiva. Patienten känner sig trygg av att så lätt få kontakt med läkare.

Läkare från mellanöstern: *”Det är helt annat där än här. Om man har ont får man komma till sin läkare på en gång. Man behöver inte ringa och boka tid eller tala med en sjuksköterska.”- ”Den som inte får en tid efter att ha pratat med en sjuksköterska medan någon annan får tid som man uppfattar har mindre besvär, det förstår man inte.”- ”Har man bara träffat en sjuksköterska då har man inte träffat någon – man måste få träffa läkaren.”*

Från vårdpersonalens perspektiv ser man att detta leder till en massa kontakter och onödig vårdkonsumtion:

” Jag har ju barn här på BVC som varje månad har gått på läkarkontroll och de har tagit blodprover. Inte för att barnet är sjukt utan bara för att kolla. De har ju ett helt privat sjukvårdssystem. Doktorerna har ju också anpassat sig väldigt mycket till sitt system och jag tror inte att de har något kontrollsystem som kollar vad doktorerna gör heller. Vi hade ju någon här om dagen som var väldigt irriterad över att hon inte fick komma och ta EKG en gång i månaden – det har hon gjort i sitt hemland.”

”Det finns ingen privat läkare som säger till att om du har feber så kan du vänta 3 dgr. De lär sig att om du har feber så ska du söka på en gång, annars dör du ju. De tror att vi gör likadant. Vi jobbar mer informerande och att vi liksom måste prioritera och så.”

Att introducera egenvård och folkhälsoperspektivet

En källa till konflikt är att man är van vid ett vårdperspektiv som inte bara är läkarfokuserat utan det är också snävare med större tonvikt på det rent medicinska än det som kännetecknar den svenska sjukvården. En distriktsläkare kommenterar detta på följande vis:

”Det är mycket diabetiker som kommer. De har alla farmaka. Däremot är de ju totalt oförstående när det gäller det vi pratar om – att man ska gå ner i vikt, motionera – att tänka förebyggande, sluta röka och sådant.

Dålig kunskap när det gäller kost. De äter otroligt mycket godis. Det är ju snabb energi, de blir ju pigga – ska inte barn vara pigga? Man vill hålla barnen glada, då tycker man om sina barn. Vill barnen ha så får de. Man har inte förstått att det inte är lika bra som mat. Många är väldigt oroliga för att barnen inte äter tillräckligt med mat men de ser inte sambandet med att de druckit två glas juice eller ätit godis. De har otroligt dåligt tandstatus. Man borstar inte tänderna. Vi hade en 5-åring här som aldrig hade borstat tänderna.”

”Att ha varit på mottagningen och någon bara lyssnat, ingen diagnos alls och sedan får patienten åka hem...”

Läkarintyg

Läkarintyg är något som kan vara ett bekymmer såväl för vården som för kommunen. Många nyanlända begär intyg för allt möjligt eftersom de uppfattat, med rätta eller inte, att intyget krävs eller underlättar. Det blir ofta en knepig situation eftersom patienten ser intyget som ett mycket starkare dokument än det egentligen är. Det går mycket tid till argumentation och förhandling. I brist på tid är det lätt att det skrivs intyg i stället även om de blir svaga.

”Jag vet inte om de behöver det men de vill ha intyg för allt. Om de har varit här önskar de ett kvitto i form av intyg för att visa i skolan att du varit här.”

”Vi brukar vara ganska bra på att säga ifrån när vi vet att de inte fyller någon funktion. Det är lite grann också det, i och med att vi har på pass mycket av det här, så

lär vi oss också. Ringer de och säger att de behöver läkarintyg till Migrationsverket för att jag har diabetes och sådant där – då får de ju inte det. Vi vet att det inte har någon betydelse.”(distriktsläkare)

Att frågan om intyg kommer upp kan bero på att någon för att undvika en konflikt inte ger ett rakt nej. I stället säger man att det krävs medicinska skäl för att kunna gå en begäran till mötes.

”Ja, det är överhuvudtaget en kulturell grej – de har en förhandlande kultur. De är ute efter (om vi pratar fördomar) att få något. Sträcker man fram ett lillfinger så förhandlar de sig till de andra fingrarna också. Jag har aldrig någonsin varit med om att få skriva så mycket intyg för handikapparkeringar, färdtjänst och allt mellan himmel och jord. Det ska man ju ha här, det är liksom någon sorts sport att få det där.”

Det händer att sjukskrivning aktualiseras för personer som deltar i introduktionsprogrammet. Det blir ofta svårbedömt.

”Personer ska på gå SFI och lära sig svenska, komma in i samhället och kunna klara sig bättre och försörja sin familj och sedan kommer de och har ont i den axeln eller det knäet och så här – så kan de inte gå på SFI. Man har en känsla av att det finns något annat som man kanske inte kan fatta. Du förstår, det är så lång resa dit. Du förstår jag hinner inte göra allt – göra ordning till min man och mina barn när de kommer hem från skolan. Många kvinnor som varit kanske hemmafruar – det är jättefrämmande för dem att gå iväg och inte kunna sköta full service hemma. Jag tror att det är plågsamt för dem. Så kommer man och har den här värken.”

Men det finns också en helt annan bild: *”Kvinnor blir väldigt peppade också och starka. De vill inte vara borta från sin SFI och då kan de inte komma till doktorn den här tiden för då har de skola och det är väldigt viktigt att gå i skolan. Det finns ju både det ena och det andra. De är kvinnor som kommer hit och vill bli som kvinnorna här.”*

I våra intervjuer med vårdpersonal som är landsmän och därmed också har privata erfarenheter och kontakter med nyanlända blir det framgångrika synligare. Det handlar mycket om ekonomi och arbete. Det belyses av följande kommentarer:

”Om man är i praktik har man inte bra ekonomi, då går man till doktorn när man inte mår bra. Om man har ett riktigt jobb behöver man inte det.”

”Det finns många som kommer från sitt land direkt till Sverige och börjar jobba på en gång. Det fungerar för dom. Dom mår bättre än andra som varit här som asylsökande och väntat länge på uppehållstillstånd.”

I vårt projekt framkommer också att bakom problemen med läkarintygen finns också en bristande kommunikation mellan vården och kommunen. I

Tolk och tolkning

Överlag tycks tolkning fungera bra, åtminstone ur vårdpersonalens perspektiv. Men det finns en del kritiska synpunkter som visar hur det kan bli fel:

”När jag läser i journalanteckningar från sjukhuset och sedan träffar patienten och frågar stämmer det inte.”(läkare)

”Doktorn frågade mig om jag hade bröstsmärtor. Jag sa att jag hade haft för 5 år sedan. Då stod det i journalen att jag hade, bröstsmärtor och så skulle jag på återbesök för bröstsmärtor som jag inte hade.”(patient)

”Äldre, utbildade patienter kan ha sina egna uttryck och tolken förstår inte meningen, orden men inte meningen. Det vore bättre då om en anhörig som förstår kom och tolkade.”(läkare med utländsk bakgrund)

Samverkan

Samverkan med kommunen är något vårdpersonalen har såväl positiva som negativa erfarenheter av. Bilden blir ganska motsägelsefull. Det behövs ett tillräckligt stort antal nyanlända för att behoven av samverkan skall leda till att strukturer utvecklas. Men om det är alltför många blir det svårt att hitta. Det finns exempel där det initialt varit stora svårigheter och det tar tid och prioriteras inte.

”Vi har inte hittat någon från kommunen som kunnat tala om hur vi ska hitta dem – det är där problemet ligger lite grann. Jag tror att det varit rörigt på kommunen – de har väl bytt chef flera gånger så vi har inte fått tag på någon person där men nu har de en chef och nu expanderar de våldsamt. Nu har vi fått den kontakten – nu börjar vi. Det har varit svårt att få namn på någon. Vi har liksom letat och grejat och inte hittat något

namn. Sedan tror jag att kommunen själv inte vetat. Det har varit allmänt rörigt. Det har suttit många folk som gjort liknande saker men man har inte vetat om vad den andra gjort.”

På andra håll beskriver man en initial nybyggaranda och en lust att ta tag i detta som gjort att strukturer snabbt skapats.

”Vi deltog i ett nätverk här när de här familjerna skulle flytta in och då var även en från socialen med där. Då kunde vi prata om sådana här saker, vem som hade hand om vad och så. Då fick man ju kontinuerligt info om vad som var på gång där och om kommunintroduktionen. Sedan har det runnit ut ... jag tror att behovet minskade och då har nätverket runnit ut i sanden. Det var bra för man visste faktiskt andra som engagerade sig, det var inte bara vårdcentralen som brydde sig om de här människorna utan de andra instanserna sköter sina jobb också, sina delar. I nätverket fanns också några ”boende svenskor,” personal från skolan, biblioteket och parkleken och från ett annat sånt här flyktingboende.

Jag tror inte behovet är sådant längre. Nu har de bott in sig liksom men då kunde vi också prata om sådana här besvär med sopor t ex – det var någon som inte gjorde rätt med soporna och tvättstugan och så där. Det kom upp alla möjliga saker där. Ja, jag tror inte att det är några som träffas längre. Det var en som blev den drivande och hon bytte arbetsplats och då rann det ut i sanden.”

SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

Medvetenhet om innebörden av att en person är ”nyanländ”

Vilka är de speciella omständigheter som behöver lyftas fram när det gäller nyanlända – asylsökande och anknytningsfall som just fått uppehållstillstånd? Man brukar dela in det i faktorer som hör till premigration-, migration och postmigrationsperiod.

Till premigrationsfaktorer hör omständigheter som sammanhänger med livssituationen i hemlandet och tiden före uppbrottet. Alla är främlingar, ofta utomeuropeiska och främlingskapet för en nyanländ är mer ”akut” än för den som vistats en längre tid i Sverige. Många är traumatiserade direkt eller indirekt och kan som nyanlända befinna sig i en akut eller obearbetad posttraumatisk kris. De kan befinna sig i mycket olika faser i en kris beroende på tidsförlopp, vilket stöd de kunnat få och livssituation. Till migrationsfaktorer hör sådant som alla nyanlända har i färskt minne: uppbrott och separationer, flykten – en resa mot osäkra mål, väntan i passivitet och maktlöshet. Dessa omständigheter är mer ”akuta” för asylsökande och flyktingar, där uppbrottet varit hastigt och riskfyllt än för dem som kunnat planera sin migration och mer själv bestämma över migrationen, syfte, resarrangemang, resmål, tidpunkt. Asylsökande har väntat i Sverige, deras anhöriga har väntat eller väntar fortfarande i hemlandet.

Med uppehållstillståndet inleds postmigrationsfasen. Det är inte någon ”happy end” för alla. För några kommer det att gå förhållandevis lätt att gå vidare i livet eller starta om och skapa sig ett gott nytt liv. För många blir det tungt att börja om och för några går det inte att börja om. Hälso- och sjukvården och då i synnerhet primärvård och psykiatri blir viktiga verktyg för att ge hjälp och stöd.

Nyanlända flyktingar är som kategori osynliga i vården. Det beror bl a på att det kvantitativt sett är en liten grupp. Bland vårdcentralens tusentals patienter utgör de några enstaka. Det är inte en grupp som enkelt låter sig definieras och skiljas ut från gruppen personer med utländsk bakgrund, inte heller från dem med flyktingbakgrund. De har personnummer inkluderande de sista 4 siffrorna och kan därför inte identifieras i de system för patientregistrering eller dokumentation som används i vården.

Det enda och enklaste sättet att få veta om en person är nyanländ är att fråga vederbörande. Men det är inte heller så självklart: Vilka skall man då fråga? Alla nya (som första gången söker vårdenheten)? Nya patienter med utländska namn? De som behöver tolk?

Vad skall man fråga: tidpunkt för ankomst till Sverige? När fick ni uppehållstillstånd? Hur länge har ni bott i Sverige? I Stockholm? Varför skall man fråga? Det går inte att svara generellt att det är viktigt att fråga för att få fram och dokumentera i journalen om en person är nyanländ. Det är en uppgift med temporär giltighet och efter en tid måste man avskrivas som inte längre nyanländ. Risken är att man blir permanent, en gång nyanländ – alltid nyanländ.

Det rapporten emellertid vill lyfta fram är att det behövs en medvetenhet inom vården att ”nyanländ” är ett begrepp som beskriver en livssituation, inte en kategori människor. Den livssituationen, att befinna sig i en ”introduktionsfas” som är genomgripande och djupgående psykologiskt, socialt och kulturellt, ställer särskilda krav på personen och på samhället, inklusive vården.

- Främling i det nya landet (språkligt, kulturellt, koder)
- Främling i vården
- Isolering (tunt nätverk, ensamhet)
- Beroende av försörjningsstöd o bistånd
- Trauman, uppdämda vårdbehov, psykisk-somatisk ohälsa
- Orosmoln: hemlandet – kvarvarande personer, framtiden, barnen
- Oduglighetskänsla (statusförlust, utbildning-yrkeserfarenheter utan nytta)
- Grusade förhoppningar
- Osäkerhet om när, var och hur man söker hjälp
- Hinder, fördröjningar, verkliga eller upplevda svårigheter med tillgänglighet till vård

Psykisk ohälsa

Många nyanlända mår psykiskt mycket dåligt. Den psykiska ohälsan kan vara av akut, övergående karaktär och starkt beroende av den aktuella livssituationen. Men i den andra änden av detta spektrum finns djupgående, långvariga psykiatriska sjukdomar som kräver kvalificerade insatser som depressioner, PTSD och även psykoser.

En rad internationella organisationer med uppgift att främja den psykosociala hälsan hos personer som drabbats av krig, statsunderstött våld - i form av förtryck, tortyr eller andra brott mot mänskliga rättigheter – eller naturkatastrofer, betonar vikten av att de som drabbats erbjuds psykosocialt stöd, och där så behövs, psykologisk/psykiatrisk behandling, i syfte att i ett tidigt skede stärka personernas egna bemästringsstrategier, ”coping”, och för att förebygga och behandla fysisk och psykisk ohälsa.

Flera av dessa manualer fokuserar på sociala interventioner och stöd och betonar vikten av att bygga insatserna på lokala resurser såsom lärare, hälsovårdspersonal, kvinnogrupper etc. för att främja den psykosociala hälsan. De fokuserar också på att stärka sociala nätverk och bygga på flyktingarnas egna sätt att hantera påfrestningar i livet utifrån deras traditioner och kultur, samt på vikten av att de själva involveras i att ge stöd till andra. (ref. se bil 3)

Ett flertal studier i Sverige och internationellt visar att ett försämrat psykiskt hälsotillstånd hos flyktingar och asylsökande under de första åren i det nya landet är relaterat till psykosociala faktorer - händelser i det dagliga livet, vilka ökar personens stressnivå. Sådana händelser är t.ex. lång väntan på beslut i asylärendet (se bl.a. Laban et al 2004), bristande socialt stöd, problem rörande bostadssituationen, ekonomiska problem, problem i kontakt med myndigheter, för höga krav i vardagslivet (t.ex. i språkstudier), arbetslöshet, egen eller närståendes sjukdom, hotfullt bemötande från andra, diskriminering, relationsproblem.

I en färsk Holländsk studie visas att asylsökande från Irak presenterar fysiska snarare än psykiska hälsoproblem. Personalen vid center för asylsökande och allmänläkarna kände inte igen mentalhälsoproblem, och om de gjorde det, så remitterades endast få patienter till psykiatrin. Det fanns en dålig matchning mellan typ av hälsoproblem och typen av hälsovård som brukades. De olika typerna av hälsovård borde

arbeta tillsammans i utbildning, i att upptäcka hälsoproblem, remittering och vård för att ge hjälp till den här gruppen patienter. Det är angeläget också att notera vilka goda effekter för asylsökandes och flyktingars psykiska hälsotillstånd som kan nås genom praktiska och psykosociala insatser i deras vardagsliv.

Somatiska vårdbehov.

Som framgår av intervjuerna har de asylsökande i regel kunnat få hjälp med akuta somatiska vårdbehov medan sådana kan finnas hos anknytningsfall som kommer direkt till kommunen. De somatiska vårdbehoven domineras av vård som fått anstå. Här finns ett uppdämt vårdbehov.

Även om det inte är en stor sak behöver smittsamma sjukdomar uppmärksammas hos flyktingar och asylsökande. Skälen är flera. 1) Sjukdomar som tbc, HIV och Hepatit B förekommer i betydligt högre grad i en del av flyktingarnas ursprungsländer. 2) Den svenska smittskyddslagstiftningen fordrar en hög grad av personligt ansvarstagande och medvetenhet och det kan inte förutsättas gälla för människor med helt andra referensramar. 3) Det finns alltid en oro för smittsamma sjukdomar knuten till främlingskap och flyktingskap som måste bemötas med information och då är säker kunskap om faktisk förekomst av dessa sjukdomar viktigt för att motverka xenofobi. Idag har fokus för detta perspektiv legat helt på erbjudandet om hälsoundersökning av på tiden som nyanländ. En hälsoundersökning, eller hälsointroduktion under den här tiden blir mer meningsfull och kan ha ett vidare perspektiv än enbart smittskyddsfrågor.

När det gäller kroniska sjukdomar finns det inte sällan ett uppdämt vårdbehov och det framgår ovan (se sid 4) att SLL inte kunnat återsöka medel för nyanlända flyktingar med kroniska sjukdomar och höga vårdkostnader. Med en ökad medvetenhet om den här möjligheten och en struktur som ger praktiska förutsättningar för detta skulle detta kunna bli möjligt. Det kan t ex bestå av någon form av lotsfunktion, en person eller verksamhet med uppdrag att bevaka detta. Det skulle komma alla tillgodo genom att det i sig kan bidra till finansiering av SLL:s insatser för nyanlända.

FÖRSLAG

Övergripande och organisatoriska tankar

Denna projektrapport skulle kunna utgöra en grund för ett policydokument/riktlinjer som utarbetas tillsammans med en referensgrupp med mandat från verksamhetschefer som kan utgöra stöd för ett strategiskt, långsiktigt arbete för att utveckla hälso- och sjukvårdsinsatser för nyanlända. I upphandlingar, kontrakt och avtal med verksamheter bör ett åtagande som avser nyanländas situation och behov finnas med, likaså bör det framgå av verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser hur detta beaktas.

Det bör inom SLL finnas ett övergripande ansvar för ett systematiskt metod- och kompetensutvecklingsarbete inom detta område så att det inte präglas av enbart ad hoc, godtycke och kortsiktighet.

Samverkan

Kommunen har ett stort ansvar för dessa personer, till skillnad från de asylsökande, där kommunens ansvar är begränsat. Det innebär särskilda utmaningar också för hälso- och sjukvården att möta deras behov av vård. Inom hälso- och sjukvården finns inte ett uppdrag under introduktionstiden som är lika tydligt som för kommunen. Och dessa personer anmäls inte heller generellt till landstinget såsom det sker från migrationsverket till kommunen. Landstingets insatser bygger på att kontakter etableras vid behov.

Samverkan är viktig på flera nivåer. En nivå är att SLL är engagerad i det arbete som pågår inom länsstyrelsen kring nyanlända. Lokalt behöver det göras avtal om arbetsfördelning och vem som gör vad.

Lokal förankring och lättillgänglighet

Våra intervjuer visar att många nyanlända upplever att det är svårt eller krångligt att nå fram till vården. Många har under asyltid haft kontakter med de ssk enheterna för asylsökande i Fittja och Rissne och lärt sig att inte vända sig till närliggande

vårdcentraler. De har inte heller haft tillgång till specialistvård pga restriktioner. Deras bild av svensk sjukvård präglas av detta.

Då söker man gärna kontakt med landsmän. Om man kan hitta sådana privatläkare ser man detta som positivt. Men allt har två sidor. Flyktingsekreterarna får ingen kontakt med dessa privata läkare. Det gör det svårhanterligt med vissa läkare som sjukskriver personer under introduktionstiden. En del sådana sjukskrivningar uppfattas som helt irrelevanta från kommunen och då behövs ett samarbete, det är ett tema att utveckla. Med närliggande vårdcentraler är detta svårt, men inte omöjligt. Men med en del privata läkare är det mycket svårare, näst intill omöjligt. Av våra intervjuer framkommer att det inte finns fungerande former/rutiner för remittering/hänvisning från asylsjukvård till primärvård för patienter som fått uppehållstillstånd.

De som lever med släkt och vänner kan få vägledning vart man skall söka och hjälp med att ordna tider. De får också bättre stöd och hjälp att hantera livets vardagsstress av sitt informella nätverk. De som söker sig därför till sina nätverk av landsmän. Men landsmännen och släktingarna har också själva en utsatt livssituation med socioekonomiska svårigheter, arbetslöshet. De lever i en situation som ”nyligen nyanländ”.

Hälsointroduktion för nyanlända

Hälsa är ett betydligt vidare begrepp än enbart frånvaro av sjukdom eller sådan ohälsa som kräver insatser från hälso- och sjukvården. Det är därför inte enbart landstingets ansvar eller kompetens att möta detta. Däremot har landstinget en roll och bör systematiskt delta i samverkan med andra aktörer. Uppgifter för SLL i detta sammanhang kan vara 1) att bidra till att vårdbehov uppmärksammas 2) ge information om hur man hittar och gör sitt ”vårdval” 3) vid behov erbjuda hälsoundersökning när det inte gjorts tidigare 4) identifiera patienter med varaktiga vårdbehov där det bl a kan bli aktuellt att återsöka pengar. Funktionen kan praktiskt lösas på olika sätt. Det kan vara en mobil resurs (Kalmar-modell), en central enhet (Västra Götaland), delvis integrerat i primärvård via hänvisningsvårdcentraler eller helt integrerat i primärvården.

En bild som framträder vid våra intervjuer med dem som möter nyanlända eller har egna erfarenheter är att kunskapen om ”svensk” hälso- och sjukvård som man får under asyltid ger inte en rättvisande bild. Många har säkert fått allmän information om svensk hälso- och sjukvård som man glömt. Däremot minns man den vård man fått tillgång till och det är en vård som präglas av de förutsättningar som råder under asyltid. Efter uppehållstillståndet ändras förutsättningarna och då kan många känna sig vilsna.

Egenvård, hälsofrämjande insatser

Att mobilisera människors egna resurser är angeläget av flera skäl också när det gäller nyanlända. Det finns goda exempel där man använt yoga, dans, musik, berättarcirklar osv med grupper av nyanlända flyktingar.

Gemensamma utbildningar

Målgrupper: Samtliga som arbetar i verksamheter som möter nyanlända i kommuner och landstinget, från kommunerna t ex flyktingsekreterare, jobbtorgen, SFI, elevhälsovård, skolledare, barnomsorg. För SLL innefattar detta i första hand primärvård inkl mödra- och barnhälsovård, smittskydd, psykiatri och barnpsykiatri,

Innehåll: Aktuell information om flyktingfrågor, omvärldsanalys, flyktingpolitik mm. Ömsesidig information om vad som sker inom respektive verksamheter. Gemensamma teman som t ex premigration, migration, postmigration, om att befinna sig i en introduktionsfas, interkulturell kommunikation och kulturella perspektiv på hälsa och sjukdom. Utbildningarna bör också ha ett innehåll och en form som bidrar till en ökad samsyn kring det som är gemensamt: hälsobegreppet, psykosocialt stöd och förebyggande arbete.

Attityder och opinioner

Ett attityd och opinionsarbete är också viktigt. Det hänger nära samman med vårdetik. Det finns på många håll i samhället (och vården är inget undantag) personer som är

fördomsfulla, rädda, misstänksamma eller direkt fientliga mot flyktingar. De är lätt för dem idag att avvisa flyktingar med hänvisning till att de saknar kunskaper eller att det inte är deras bord. Om det skall vara hela landstingets ansvar och vården skall leva upp till internationella deklARATIONER om mänskliga rättigheter måste det vara ett uttalat ansvar för hela vården. Det motverkas om utbildningarna bara når de redan övertygade, medan många aldrig deltar med hänvisning till att de inte rör dem eftersom de aldrig möter eller tänker möta flyktingarnas behov.

LITTERATUR

- Bengtsson M. (2002). *Stat och kommun i makt(o)balans*. Doktorsavhandling. Institutionen för statsvetenskap. Lunds Universitet.
- FHI (2002). *Födelselandets betydelse. En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige*. Statens Folkhälsoinstitut. 2002:29
- Larsson B, Ekblad S (2007). *Kartläggning av den psykiska hälsan hos f.d. gömda asylsökande i Värmland – en pilotstudie*. Landstinget i Värmland. IPM Stockholm.
- SLL (2002). *Erfarenheter hos personal av asylsökandes och flyktingars situation i vården*. Stencil. Transkulturellt centrum. SLSO, Stockholms läns landsting
- SLL (2007). *Psykiatrisk vård för vuxna asylsökande. Riktlinjer, rutiner och kunskapsunderlag*. SLSO, Stockholms läns landsting.
- SLL (2007). *Befolkning i Stockholms län*. Regionplane- och Trafikkontoret, Stockholms läns landsting.
- SLL (2003). *Vård och flyktingintroduktion i samverkan*. VIS-projektet. Stockholms läns landsting och Stockholms stad.

Hemsidor:

Kommunförbundet Stockholms län: www.ksl.se

Länsstyrelsen i Stockholm: www.ab.lst.se

Migrationsverket: www.migrationsverket.se

SCB: www.scb.se

Frågeguide till primärvården om "nyanlända"

A. Allmänna frågor

1. Om vårdcentralen, bemanning, psykosocialt team?, personal med utländsk bakgrund?
2. Kommentarer om området, arbetet och om det finns något spännande sätt att arbeta som man vill berätta om.
3. Vårdsökande med utländsk bakgrund i området
Från vilka länder
4. Möter ni asylsökande? Anknätningsfall (anhöriginvandrare)?
5. Möter ni sådana som just/nyligen fått uppehållstillstånd? (inom 1½ - 2 år)
6. Möter ni personer som är i det "kommunala introduktionsprogrammet"?
7. Utrymme för övriga allmänna funderingar

B. Mottagningsrutiner mm

1. Hur ges tider till mottagningen? Svårigheter?
2. Betalningsfrågor (olika patientavgifter och betalningsansvar – hur hanteras det?)
3. Legitimeras patienten?

C. Vårdbehov

1. Märks det att personer som nyligen fått uppehållstillstånd har uppdämda vårdbehov?

Om svaret är jakande:

- a. Upplevelser före ankomsten till Sverige (hemlandet, flykten, transit...)
- b. Asylprocessen – väntan nya hälsoproblem som tillkommit under tiden
- c. Försämringar, negativa hälsoeffekter pga sämre tillgång till vård under väntetiden?
- d. Nyanländas kunskaper om svensk hälsa o sjukvård??

Om svaret är nekande (ett uppdämt vårdbehov märks inte)

2. Vad kan det bero på att det inte märks?
 - a. Att det faktiskt inte existerar ett uppdämt vårdbehov eller att det är marginellt
 - b. Att uppdämda behov inte berör primärvården
 - c. Att det finns dolda behov men att nyanlända inte hittar till rätt vård

3. Vilken är er bild av nyanländas vårdbehov? (vad dominerar, vad är det "tungt", vad är mer marginellt? Vad skiljer nyanlända från de bofasta i området)
 - a. Psykosociala hälsoproblem
 - b. Akuta somatiska problem
 - c. Kroniska sjukdomar
 - d. Somatiskt betingad arbetsförmåga
 - e. Är era erfarenheter av arbetet med personer med utländsk bakgrund som vistats kort tid i Sverige i jämförelse med bofasta skiljer sig mycket eller lite? Var skulle ni vilja placera det på en skala 0 – 10 där , där 0 är helt lika och 10 är helt olika?
 - f.annat

D. Vårdinnehåll

1. Finns det ssk svårigheter från vårdens sida att veta vad man kan bidra med – att hitta ett behandlingsmandat?
2. Förekommer och har ni erfarenheter av något av detta:
 - a. Bedömningar utredningar av förmåga att delta i kommunala introduktionsprogram, SFI motsv
 - b. Samarbete med kommunalt flyktingmottagande
 - c. Samarbetspartners, andra som arbetar med stöd åt nyanlända
3. Kommentarer om nyanlända och
 - a. Mödra-barnhälsovården
 - b. Skolhälsovården
 - c. Läkarintyg – finns problem kring det?
 - d. Tolks – hur fungerar det?

E. Primärvårdens behov av stöd för det här arbetet?

- a. Hänsyn – önskemål tankar om stöd från landstingsledning, beställare m fl
- b. Riktade resurser?
- c. Utbildning – kunskaper?
- d.Handledning – konsultationer?
- e. Samverkan – samråd?
- f. Annat?

F. Övriga synpunkter eller funderingar

Bilaga 2.

Till Flyktingsamordnare i Stockholm och kringliggande kommuner

- Hur många flyktingar har anlänt till er per år från 2003 framåt?
- Hur många anknytningsfall har anlänt efter år 2003?
Var vänlig dela in ovannämnda enligt följande kategorier:
 - kön (man, kvinna),
 - ålder (under 18 år, 19-50 år, över 50 år)
 - ursprungsland

Bland dem som är i introduktionsprogrammet:

Hur många är i introduktionsprogram?

Hur många deltar i SFI?

Hur många är i praktik?

Hur många arbetar?

Hur många av dem som gått igenom introduktionsprogrammet har egen försörjning?

Hur många av dem som gått igenom introduktionsprogrammet har försörjningsstöd?

Hur många har hälsohinder för att delta i introduktionsprogrammet?

- Vilka är hälsohindren (somatiska/psykiatriska, vilka slags sjukdomar)?
- Är hälsohindren olika för kvinnor/män?

Vilken är er bild – söker de nyanlända i tillräcklig utsträckning upp den hälsovård de behöver, eller är det många som går utan den vård de behöver? Är situationen lika eller olika då det gäller kvinnor respektive män?

Ifall tillämpligt: Vad tror ni är anledningen till att de inte söker / får den sjukvård de behöver?

Vad skulle primärvården / psykiatrin / kommunen / landstinget, ev. andra aktörer kunna göra för att de nyanlända skulle få tillgång till den hälsovård de behöver?

- Finns konkreta erfarenheter av insatser för nyanlända flyktingar som visar om och i så fall hur gruppen har större vårdbehov än bofasta?

- Finns konkreta erfarenheter som visar vilka speciella behov av vårdinsatser som aktualiseras i mötet med nyanlända flyktingar?
- Vilket stöd behövs inom kommunen för att i kommunens insatser bidra till att förebygga ohälsa och främja hälsotillståndet hos de nyanlända?
- Finns planeringsunderlag som fokuserar på eller tar hänsyn till nyanlända flyktingar?

Bilaga 3.

Litteraturöversikt kring nyanlända flyktingars hälsa och vårdbehov

Gunilla Björkquist

En rad internationella organisationer med uppgift att främja den psykosociala hälsan hos personer som drabbats av krig, statsunderstött våld - i form av förtryck, tortyr eller andra brott mot mänskliga rättigheter – eller naturkatastrofer, betonar vikten av att de som drabbats erbjuds psykosocialt stöd, och där så behövs, psykologisk/psykiatrisk behandling, i syfte att i ett tidigt skede stärka personernas egna bemästringsstrategier, ”coping”, och för att förebygga och behandla fysisk och psykisk ohälsa. Till stöd för detta har organisationerna utarbetat manualer – ”guidelines” – där grundläggande kunskaper inom området, samt konkreta och praktiska råd förmedlas (gällande t.ex. att bygga upp ett mentalhälsoprogram, råd och övningar för stresshantering (för den nyanlända), symptom på vanligt förekommande fysiska och psykiska besvär, hur intervjua för att identifiera orsakerna till vanliga mentala hälsoproblem, traditionell medicin och traditionella ”healers”, hur hjälpa dem som utsatts för tortyr, våldtäkt och de samhällen de lever i, hur ta hand om sig själv som personal). Råden har utarbetats för att passa i ett internationellt sammanhang, med varierande resurser för vård i olika länder. Den kunskap och de praktiska råd som presenteras kan ändå med fördel anpassas och tillämpas i hälsovården också i ett svenskt sammanhang i en situation där verksamheterna ställs inför att på kort tid ta emot ett ökat antal asylsökande och flyktingar.

Här kan t.ex nämnas:

- *WHO (1996) – Mental Health of Refugees.* <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/a49374.pdf>
- *WHO (2003) – Mental Health in Emergencies. Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors.*
<http://www.who.int/hac/techguidance/pht/8656.pdf>
- *IASC (2007) - Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.*
http://www.who.int/hac/network/interagency/news/iasc_guidelines_mental_health_psychosocial_text.pdf

- *The ISTSS/Rand Guidelines on Mental Health Training of Primary Healthcare Providers for Trauma-Exposed Populations in Conflict-Affected Countries (2006)*
http://www.rand.org/pubs/working_papers/2005/RAND_WR335.pdf

Flera av dessa manualer fokuserar på sociala interventioner och stöd och betonar vikten av att bygga insatserna på lokala resurser såsom lärare, hälsovårdspersonal, kvinnogrupper etc. för att främja den psykosociala hälsan. De fokuserar också på att stärka sociala nätverk och bygga på flyktingarnas egna sätt att hantera påfrestningar i livet utifrån deras traditioner och kultur, samt på vikten av att de själva involveras i att ge stöd till andra.

Transkulturellt centrum publicerade 2007 praktisk vägledning för arbetet med asylsökande i manualen *"Psykiatrisk vård för vuxna asylsökande. Riktlinjer, rutiner och kunskapsunderlag"* (Bäärnhielm, S., Ginsburg, B-E, 2007) samt en manual för intervju enligt kulturformuleringen i DSM-IV: *"Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik"* (Bäärnhielm, S., Scarpinati Rosso, M., Patty, L, 2007).

Betydelsen av ett multidisciplinärt, holistiskt synsätt (inkluderar biologiska, fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga aspekter), i program för att främja flyktingars hälsa och integration understyrks bl.a. av kulturpsykologen Prof. Marsella et al (1994). Migrationsforskaren, Prof. Forbes Martin (1994) betonar det starka sambandet mellan praktiska insatser i biståndsprogram och insatser för det mentala välbefinnandet och hälsan:

"Då biståndsprogram är inadekvata, utvecklas eller förvärras mentala hälsoproblem. Då det inte finns några mentalhälsoprogram, kan i övrigt effektiva biståndsstrategier undermineras." (Forbes Martin, 1994, i Marsella et al, 1994, s. 75).

Något som utifrån många års erfarenhet av flyktingmottagande i Sverige kan ses som en självklarhet i dag, men som ändå kan hållas i åtanke, då ett stort antal nyanlända tas emot på kort tid.

Mental hälsa bland nyanlända asylsökande och flyktingar i Sverige och andra europeiska länder

Då det gäller behoven av insatser för att stärka hälsan hos nyanlända asylsökande och flyktingar i Sverige, kan det vara av intresse att ta del av exempel på forskning rörande psykisk hälsa i några länder som asylsökande och flyktingar kommer från, och där befolkningen drabbats av krig och organiserat våld, och likaså forskning gällande asylsökande och flyktingar som gjorts de senaste åren i andra Europeiska länder. Den forskning som presenteras här ger inte en heltäckande bild utan får tjäna som exempel på hur det psykiska hälsotillståndet kan se ut bland asylsökande och flyktingar från olika länder.

Tidigare internationella kliniska studier av PTSD i flyktinggrupper har visat på förekomst mellan 4 och 86 %, och för depression 5-31 % (Hollifield et al, 2002). I Sverige har förekomsten av PTSD i flyktinggrupper varit 18-37 % (Søndergaard och Ekblad, 1998; Søndergaard, Ekblad, Theorell, 2001). En avhandling som Al-Saffar

genomförde vid en psykiatrisk mottagning i ett mångkulturellt område med många flyktingar visade på 53-69 % förekomst av PTSD i en invandrargrupp (Al-Saffar, 2003; Al-Saffar et al, 2003).

Enligt Kinzie (2006) visar studier om immigranternas mentala hälsa motstridiga resultat angående förekomst av mental ohälsa. Aktuell forskning visar att graden av schizofreni (och antagligen andra störningar) bland immigrantgrupper är låg i jämförelse med hos den befolkning som är född i landet då sändande och mottagande länder är socialt och kulturellt lika. Förekomsten hos immigranter är högre då sändande och mottagande länder är olika, troligen beroende på multipla sociala problem som immigranterna möter i det mottagande landet.

Nyanlända med Irak som ursprungsland

Leg. Psykolog, Med Dr Suaad Al-Saffar (2007), som medverkar i att bygga upp förebyggande och rehabiliterande insatser för tortyroffer i Irak, genomför samtidigt forskning rörande den psykiska hälsan hos befolkningen. Organisationen "Physicians for Human Rights" (Amowitz, LL et al, 2004), visar i en kartläggning att sedan 1991 hade nära nog hälften av alla familjer i södra Irak utsatts för tortyr eller andra allvarliga kränkningar av de mänskliga rättigheterna. Al-Saffar noterar, att traditionellt har behandling av tortyroffer förbisetts eller utförts i hemlighet i Irak. Där har inte funnits kliniska psykologer, och det har rått brist på psykiatriker. Bland de personer som sökt behandling vid det år 2005 nyöppnade rehabiliteringscentret i Basra i södra Irak, uppgav 56 % att fysiska symptom var deras största hälsoproblem (fysiska skador efter tortyr). Bland dem som uppgav psykologiska hälsoproblem var depression mest vanligt (56,4%). Den mest framträdande diagnosen var Post-traumatiskt stressyndrom: 61,8% enligt självskattningsformulär, 62,8% enligt klinisk diagnos. Patienterna uppvisade hög grad av undvikande-symptom inom diagnosen PTSD, och dessa symptom ledde ofta till mycket begränsat psyko-socialt liv och oförmåga att behålla arbete i Irak. De flesta av patienterna vid centret hade försämrad arbetskapacitet och hade ofta förlorat sina arbeten. Psykiska symptom var också vanliga bland nära släktingar till tortyroffren. Släktingarna fyllde ofta kriterierna för diagnosen komplex PTSD (bl.a. varit med om upprepade trauman).

I relation till det som ovan nämnts om förekomst av tortyr bland befolkningen i Irak, är det också viktigt att notera att irakierna har genomlevt tre krig under tre decennier (Iran-Irak-kriget, Gulfkriget och kriget 2003 -).

Det Al-Saffar funnit i sin forskning är värt att notera i mottagandet av de nyanlända irakierna, då det säger något om hur deras hälsosituation kan ha varit innan de flydde från Irak och vilken situation de kan befinna sig i efter att de anlät till Sverige.

Som jämförelse kan nämnas tre studier om nyanlända irakier i Sverige. Søndergaard et al (2001) respektive Björkqvist (2002) studerade irakiska flyktingar som kom till Sverige i mitten och slutet av 1990-talet efter Gulfkriget. Studierna gäller två olika grupper. De 87 deltagarna i Søndergaards projekt rekryterades vid en SFI-skola och representerar ett bredare urval än Björkqvists, där de 31 deltagarna i ett integrationsprojekt hörde till Kris- och Traumacentrums mest behandlingskrävande patienter och remitterades till projektet för att få del av särskilda insatser i SFI-undervisning och arbetslivsinriktad rehabilitering. Søndergaard et. al. studerade bl.a. traumatiska livshändelser i hemlandet samt livshändelser under integrationsfasen i Sverige, och deras relation till hälsa. Björkqvist studerade bl.a. förekomst av trauman i

hemlandet, upplevelser av mottagandet i Sverige, hälsotillstånd, copingstil, socialt stöd, och ackulturation.

I Søndergaards bredare urval av deltagare var förekomsten av Post-traumatiskt stressyndrom, PTSD 37,2 % och i den mera specifika grupp Björkqvist studerade, 90,3% full PTSD, och 100 % då subklinisk PTSD inkluderas. Deltagarna i de två projekten rapporterade i olika grad upplevelser av traumatiska händelser i hemlandet.

Lindencrona et al. (2007) har i en studie om 124 nyanlända irakiska flyktingar åren 2002-2004 undersökt vilka faktorer som kan vara de specifika orsakerna till uppkomsten av mental ohälsa och symptom på posttraumatisk stress under den första tiden efter ankomsten till det nya landet. De har undersökt stressande händelser före och under flykten (pre-migrations- och migrationsfaktorer), efter ankomst till nya landet (post-migrationsfaktorer) och personens sätt att hantera stress, utöver demografiska variabler. De fann fyra områden som orsakade ökad stress efter ankomst till nya landet: sociala och ekonomiska påfrestningar, alienation, diskriminering och förlust av status, samt våld och hot i Sverige.

Tabell 1. Förekomst av traumatiska händelser i hemlandet hos tre grupper nyanlända irakier i Sverige i slutet av 1990-talet respektive början av 2000-talet.

	<u>Søndergaard et al.</u> nyanlända slutet av 1990-talet	<u>Björkqvist</u> %	<u>Lindencrona et al.</u> nyanl. början 2000-talet
Krigsupplevelse	76,9	varit i stridsituation 64,5	Levt i krigszon 83
Tortyr	40,5	90,3	40
Bevittnat tortyr	12,7	71,0	
Varit nära döden	23,4	67,7	
Varit fängslad	51,3	83,9	28

Av det ovannämnda kan vi se att förekomsten av diagnosen PTSD är högre i den grupp som rapporterat högre grad av utsatthet för traumatiska livshändelser i hemlandet. Också studier av Gerritsen et al (2006), Lindencrona F, et.al. (2007) och Scholte, W. et.al. (2004) visar ett samband mellan högre grad av utsatthet för trauma i hemlandet och ökad förekomst av PTSD-symptom.

Laban et al (2007) undersökte bruket av hälsovård bland irakiska asylsökande i Holland. De var indelade i de som hade ett eller flera psykiatriska syndrom och de som inte hade något. De asylsökande var också indelade i två grupper utifrån hur länge de varit i Holland - en grupp bestod av dem som anlänt för mindre än sex månader sedan och den andra av dem som anlänt för över två år sedan.

De fann att en lång asylprocedur inte var förknippad med större bruk av hälsovård, förutom bruk av mentalhälsovård och mediciner. Bruket av mentalhälsovård var dock låg i jämförelse med förekomsten av psykiatriska syndrom. De viktigaste prediktorerna för i vilken grad mentalhälsovård brukades var upplevelse av dåligt eget allmänt hälsotillstånd och funktionssvårigheter. Psykopatologi predicerade användning av

medicinska specialister (icke psykiatriker), men predicerade inte bruket av mentalhälsovård. Laban et. al. gjorde utifrån studien följande hypoteser: (1) asylsökande presenterar fysiska snarare än psykiska hälsoproblem, (2) personalen vid center för asylsökande och allmänläkarna kände inte igen mentalhälsoproblem, och om de gjorde det (3), så remitterades endast få patienter till adekvat mentalhälsovård.

Laban et al. fann att den allmänna upplevelsen av livskvalitet hade ett positivt samband med bruket av medicinska specialister. De menar att det kan finnas en parallell till fenomenet att låg grad av socialt stöd är en riskfaktor för psykopatologi. Flera problem som hör ihop med livssituationen under post-migrationsfasen predicerar bruket av hälsovård bland de asylsökande som bott över två år i Holland, särskilt oron över socio-ekonomiska levnadsförhållanden.

Resultaten från studien ger inte stöd för tanken att asylsökande skulle söka få sina hälsoproblem erkända för att få uppehållstillstånd: det fanns inget samband mellan PUT och bruk av mentalhälsovård, och det fanns ett negativt samband mellan PUT och bruk av medicinska specialister.

Shutsatsen var att irakiska asylsökande i låg grad brukade mentalhälsovård, trots hög grad av förekomst av psykiatriska syndrom och andra hälsoindikatorer, särskilt i gruppen som bott i landet mera än två år, och det fanns en hög andel asylsökande med psykiatriska störningar som inte fick adekvat vård. Det fanns en dålig matchning mellan typ av hälsoproblem och typen av hälsovård som brukades. De olika typerna av hälsovård borde arbeta tillsammans i utbildning, i att upptäcka hälsoproblem, remittering och vård för att ge hjälp till den här gruppen patienter.

Asylsökande och flyktingar från Iran, Afganistan och Somalia

Gerritsen et al (2006) gjorde juni 2003-april 2004 en populationsbaserad studie i Holland gällande förekomst av fysiska och psykiska hälsoproblem, och för att identifiera riskfaktorer för dessa besvär bland vuxna asylsökande och flyktingar från Afghanistan, Iran och Somalia. Resultaten visade att fler asylsökande (59,1 %) än flyktingar (42 %) ansåg att de hade svag hälsa. I båda grupperna led ca hälften av respondenterna av mer än ett kroniskt tillstånd. De vanligaste bland dessa var besvär i nacke/axlar (33,4 %), rygg (32,7 %) och migrän/svår huvudvärk (32,6 %). Psykiatriska symptom förekom i högre grad hos asylsökande än hos flyktingar:

Tabell 2. Förekomst av psykiska hälsoproblem hos afghanska, iranska och somaliska asylsökande och flyktingar i Holland

	<u>Asylsökande %</u>	<u>Flyktingar %</u>
Symptom på PTSD	28,1	10,6
Depression	61,5	29,3
Ångestsyndrom	41,2 %	27,7

Respondenter från Iran och Afghanistan hade högst risk för PTSD och depression/ångest. Den högsta frekvensen av PTSD-symptom fanns hos iranska asylsökande (43,4 %) och den lägsta hos afganska (6,0 %) och somaliska (4,0 %) flyktingar. Ett större antal traumatiska händelser var relaterat till alla mått på ohälsa. Likaså var högre grad av post-migrationsstress och lägre grad av socialt stöd relaterat till ökad förekomst av PTSD och symptom på depression och ångest. Sammanfattningsvis visade studien en hög förekomst av både fysiska och psykiska hälsoproblem hos dessa grupper asylsökande och flyktingar.

I en tysk studie bland 76 asylsökande från olika länder, de flesta från Turkiet, Algeriet, Irak och Indien, var förekomsten av PTSD 40%. (Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., Neuner, F., 2006)

Posttraumatiskt stressyndrom hos befolkningen i några ursprungsländer

PTSD hos befolkning i Algeriet, Kambodja, Etiopien, Gaza och Afghanistan

I Afghanistan genomförde Cardozo et.al. år 2002 en populationsbaserad studie om mental hälsa utifrån hälsocentra. Scholte, W. et al. (2004) genomförde sin studie i Nangarhar-provinsen. Resultaten visas i tabell 3.

3. Förekomst av psykiska hälsoproblem i Afghanistan

<u>Cardozo et. al.:</u>	<u>Kvinnor</u>		<u>Män</u>	<u>Scholte et.al.:</u>	<u>Kvinnor</u>		<u>Män</u>
<u>%</u>	<u>%</u>			<u>%</u>	<u>%</u>		
Depression	73	59		58,4	16,1		
Ångestsyndrom	84	59		78,2	21,9		
PTSD	48	32		31,9	7,5		

Kvinnorna i Cardozo et.al.s studie visade sig ha signifikant sämre psykiskt hälsotillstånd och sämre socialt fungerande än männen. Samma förhållande gäller för Scholte, W. et al:s studie. Cardozo et. al. understryker att deras studie belyser den negativa inverkan som krig, begränsningar av frihet och socio-ekonomiska svårigheter har på mental hälsa och socialt fungerande hos kvinnor i Afghanistan. (Cardozo BL, Bilukha OO, Gotway CA, Wolfe MI, Gerber ML, Anderson M., 2005; Scholte et.al. 2004)

De Jong, J. T. V. M. et al (2001) har mellan åren 1997 och 1999 genomfört en epidemiologisk studie gällande prevalensen av PTSD samt riskfaktorer bland befolkning som överlevt politiskt våld i 4 post-konflikt länder: Algeriet (n=653), Kambodja (n=610), Etiopien (n=1200) och Gaza (n=585). De fann följande:

4. Förekomst av PTSD i 4 postkonflikt-länder:

<u>Land</u>	<u>PTSD %</u>
Algeriet	37,4
Kambodja	28,4
Etiopien	15,8
Gaza	17,8

Utsatthet för konfliktrelaterat trauma efter 12 års ålder var en gemensam riskfaktor för PTSD i alla 4 länderna. Tortyr var en riskfaktor i alla länder förutom Kambodja. Psykiatrisk historia och aktuell sjukdom var riskfaktorer för PTSD i Kambodja och Etiopien. Andra riskfaktorer i Kambodja var stress (utsatthet för psykiskt eller fysiskt våld) i hemmet under uppväxten, dödsfall i familjen eller separation från familjen före 13 års ålder, eller alkoholmissbruk hos föräldrar. Bristande kvalitet på lägret där personerna bott var relaterat till PTSD i Algeriet och Gaza, och likaså var dagliga bekymmer en riskfaktor i Algeriet. De Jong et al (2001) drar utifrån denna studie slutsatsen att det är nödvändigt att beakta kontextuella skillnader i studiet av traumatisk stress och brott mot de mänskliga rättigheterna.

Förekomst av PTSD i longitudinellt perspektiv

Lie följde i en treårig longitudinell studie upp 240 nyanlända flyktingar i Norge angående förändringar i förekomsten av PTSD och en rad andra psykiska hälsomått. Deltagarna kom från Bosnien (75 %), Kosovo (10 %) och övriga från Mellanöstern, Afrika och Latinamerika. PTSD-symptomen visade sig i hög grad vara bestående under de 3 år studien pågick. Bakgrundsvariabler såsom svåra livshotande trauman och förhöjd stressnivå i den aktuella livssituationen pga arbetslöshet och brist på sociala kontakter sågs som viktiga förklarande faktorer till det långvariga tillståndet.

Flera studier i andra länder och rörande andra flyktinggrupper visar liknande resultat som Lie fann, att PTSD-symptom i hög grad är bestående över tid. (Hauff, E., Vaglum, P., 1995; Mollica et al, 1999; Mollica et al, 2001; Shrestna et al, 1998).

Lies slutsats är att kunskap och verktyg för att bedöma psykologiska symptom och behovet av behandling behöver förbättras, och att det är viktigt att differentiera mellan de som är i behov av specialistvård och de som är lämpliga för behandling i primärvården.

Betydelsen av psykosociala faktorer i relation till mental hälsa

Ett flertal studier i Sverige och internationellt visar att ett försämrat psykiskt hälsotillstånd hos flyktingar och asylsökande under de första åren i det nya landet är relaterat till psykosociala faktorer - händelser i det dagliga livet, vilka ökar personens stressnivå. Sådana händelser är t.ex. lång väntan på beslut i asylärendet (se bl.a. Laban et al 2004), bristande socialt stöd, problem rörande bostadssituationen, ekonomiska problem, problem i kontakt med myndigheter, för höga krav i vardagslivet (t.ex. i språkstudier), arbetslöshet, egen eller närståendes sjukdom, hotfullt bemötande från andra, diskriminering, relationsproblem,. Ytterligare en faktor relaterade till försämrat psykiskt hälsotillstånd är en svår situation i hemlandet. (Carlsson JM, Mortensen EL, Kastrup M., 2006; Gorst-Unsworth, C, Goldenberg, E, 1998; Laban, C. J.1; Gernaat, H; Komproe, I; Schreuders, B; De Jong, J. T. V.. 2004; Laban, Cornelis J.1, Gernaat, Hajo B. P., Komproe, Ivan, van der Tweel, L., de Jong, Joop T. V. M., 2005; Lie, B., 2002; Lindecrona, F., Ekblad, S., Hauff, E., 2007; Porter, M., Haslam, N., 2005; Søndergaard. HP, Ekblad, S., Theorell, T., 2002) .

Gorst-Unsworth & Goldenberg (1998) fann i sin studie av 84 manliga irakiska flyktingar att sociala faktorer i exillandet, särskilt graden av känslomässigt socialt stöd, var viktiga då det gällde att predicera svårighetsgraden av både PTSD och depressiva reaktioner, särskilt då dessa faktorer kombinerades med en hög grad av utsatthet för trauma och tortyr. Bristande socialt stöd var en starkare predicerande faktor för depression än traumafaktorer.

Lindecrona, F., et al (2007) fann fyra dimensioner av stress relaterade till introduktionsfasen i Sverige: sociala och ekonomiska påfrestningar, alienation, diskriminering och förlust av status, samt våld och hot i Sverige. Dessa tillsammans svarade för 62 % av den totala variansen av stress under introduktionsfasen. Sociala och ekonomiska påfrestningar, samt alienation, är viktiga faktorer då det gäller att förklara symptom på allmänna mentala hälsoproblem. En persons kapacitet att hantera stress spelar en viktig, direkt och medierande roll.

Likaså en metastudie av Porter, M. och Haslam, N. (2005) angående orsaker till försämrat psykiskt hälsotillstånd bland flyktingar (inkluderande asylsökande, internflyktingar och statslösa, baserad på publicerade artiklar åren 1959-2002), visade ett samband mellan psykosociala faktorer och försämrat mentalt hälsotillstånd. Deras slutsats är att humanitära insatser för att avhjälpa de psykosociala bristerna sannolikt kommer att ha en positiv inverkan på flyktingars mentala hälsotillstånd.

Sammanfattningsvis kan sägas att aktuell forskning visar ett tydligt samband mellan psykiskt hälsotillstånd och psykosociala faktorer i den asylsökandes och flyktingens livsmiljö i det nya landet, förutom med grad av trauman som personen utsatts för i hemlandet. Det visar den stora betydelsen av samarbetet mellan aktörer i kommunernas flyktingmottagande och hälsovården är – både primär hälsovård och specialiserad.

Forskare understryker att de flesta faktorer som är relaterade till försämrat psykiskt hälsotillstånd hos nyanlända asylsökande och flyktingar är av den arten att de kan påverkas och förändras genom politiska beslut (Gorst-Unsworth, C, Goldenberg, E, 1998; Søndergaard et al, 2002). De kan också förändras genom ändrad policy och handläggning av ärenden hos aktörer i mottagandet, och genom förändrade attityder och beteenden hos befolkningen.

Det här visar att det finns mycket som är möjligt att göra för att med hjälp av praktiska och psykosociala insatser förbättra de nyanländas psykiska hälsotillstånd. Det kan genom en minskad allmän stressnivå i goda fall bidra till rehabilitering efter de trauman de nyanlända utsatts för i hemlandet. Då bearbetning av trauman med hjälp av olika terapiformer kräver både tid och betydande ekonomiska resurser, och dessutom av många skäl kommer endast ett fåtal flyktingar till del, är det högst angeläget att lägga märke till vilka goda effekter för asylsökandes och flyktingars psykiska hälsotillstånd som kan nås genom praktiska och psykosociala insatser som underlättar och avhjälp problem i deras vardagsliv och ger ett starkare socialt stöd.

Att symptom på PTSD hos flyktingar enligt många studier är beständigt över så lång tid understryker vikten av att de i tidigt skede efter ankomsten till det nya landet erbjuds kartläggning av eventuell förekomst av PTSD och andra mentala hälsoproblem - detta för att så tidigt som möjligt erbjudas behandling.

Det finns en stor variation i förekomst av PTSD, depression, ångeststörningar etc. mellan olika grupper asylsökande och flyktingar – variationer mellan de som kommer

från olika länder, från olika delar av samma land, de som kommer vid olika tidpunkter och har varit med om olika typer av traumatiska händelser i hemlandet och under flykten etc. Det gör att det är nödvändigt att se till de kontextuella sammanhangen (de Jong, J., 2001) i den nyanländas hemland, under flykten, i personens livsomständigheter i Sverige, etc. då vi möter en nyanländ och försöker skapa oss en bild av vem personen är, vilka sårbarhetsfaktorer och vilka styrkor personen bär med sig, och hur insatserna för att stödja eller behandla personen i fråga behöver utformas. Med Viktor Frankls' ord (Frankl, V., 1990, s.11):

"Individen blir därmed aldrig något objekt, ... utan alltid och helt primärt en människa som skall förstås."

Litteratur (till bil 3)

- Al-Saffar S (2007): Integrating rehabilitation of torture victims into the public health of Iraq. *Torture*, Volume 17, Number 2, 2007.
- Al-Saffar, S., Borgå, P., Hällström, T. (2002): Long-term consequences of unrecognised PTSD in general outpatient psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37:580–585
- Amowitz LL, Kim G, Reis C, Asher JL, Iacopino V (2004): Human rights abuses and concerns about women's health and human rights in southern Iraq. *JAMA* 291:1471-9
- Björkqvist G, Wolandt-Pfeiffer B. (2002) : *New Measures for Refugee Integration in the European Union*. <http://www2.psychology.su.se/staff/gbt/broschure3.pdf>
- Bäärnhielm, S., Ginsburg, B-E. (2007): "Psykiatrisk vård för vuxna asylsökande. Riktlinjer, rutiner och kunskapsunderlag". Transkulturellt centrum. Stockholms läns sjukvårdsområde, 2007.
- Bäärnhielm, S., Scarpinati Rosso, M., Patti, L, (2007): "Kultur, kontext och psykiatrisk diagnostik". Transkulturellt centrum. Stockholms läns sjukvårdsområde, 2007.
- Carlsson JM, Mortensen EL, Kastrup M. (2006): Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. *Nord J Psychiatry*. 60(1):51-7.
- Cardozo, B. L., Bilukha, O.O., Gotway Crawford, C. A., Shaikh, I., Wolfe, M. I., Gerber, M. L., Anderson, M. (2004): Mental Health, Social Functioning, and Disability in Postwar Afghanistan. *JAMA*, August 4, 2004—Vol 292, No. 5
- De Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., van de Put, W., Somasundaram, D. (2001): Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings. *JAMA*, August 1, 2001—Vol 286, No. 5
- Eisenman, D., Weine S., Green, B., de Jong, J., Rayburn, N., Ventevogel, P., Keller, A., Agani, F. (2006): The ISTSS/Rand Guidelines on Mental Health Training of Primary Healthcare Providers for Trauma-Exposed Populations in Conflict-Affected Countries. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 19, No. 1, February 2006, pp. 5–17
- Frankl, V. E. (1990): *Psykiatern och Själén - Logoterapins och existensanalysens grunder*. (Fackgranskad av Åkerberg, Hans samt översatt till svenska av Frisch, Paul). Natur och Kultur, 1990.
- Forbes Martin, S. (1998): A Policy Perspective on the Mental Health and Psychosocial Needs of Refugees. I Marsella AJ, Borneman T, Ekblad S, Orley J (Eds.): *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees*. APA 1998.
- Gerritsen, A. A. M., van der Ploeg, H. M., Deville, W., Lamkaddem, M. (2005): 'Gevlucht – Gezond?' Een onderzoek naar de gezondheid van, en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland, NIVEL 2005.
- Gerritsen, A. A. M., Bramsen, I., Deville, W., van Willigen, L. H. M., Hovens, J. E., van der Ploeg, H. M. (2006): Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41: 18–26
- Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. (1998): Psychological sequelae of torture and organised

- violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *Br J Psychiatry*. 1998 May;172:449
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., Neuner, F. (2006): Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 12–20
- Hauff E, Vaglum P. (1995): Organised violence and the stress of exile. Predictors of mental Health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *Br J Psychiatry* 166:360–367. 20.
- Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J, Stevenson J, Westermeyer J (2002): Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA* 288:611– 621
- Kinzie, D.J. (2006): Immigrants and Refugees: The Psychiatric Perspective. *Transcultural psychiatry December 2006 Vol 43(4):577–591*
- Laban, CJ, Gernaat, HB, Komproe, I H, van der Tweel, I, de Jong, JTVM (2005); Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis*. 2005 Dec; 193 (12): 825-32
- Laban, C.H., Gernaat, B.P.E., Komproe, I.H., De Jong, J.T.V.M (2007). Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2007) 42:837-844
- Laban, C.J., Gernaat, H.B., Komproe, I.H., Schreuders, B., de Jong, J.T.V.M. (2005); Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol 192(12), Dec 2004, pp. 843-851
- Lie, B. (2002): A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 415–425.B.
- Lindencrona F, Ekblad S, Hauff E. (2007): Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007 Dec 3
- Marsella AJ, Borneman T, Ekblad S, Orley J (Eds.): *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees*. APA 1998.
- Mollica RF, Sarajlic N, Chernoff M, Lavelle J, Vukovic IS, Massagli MP. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality and emigration among Bosnian refugees. *JAMA* 2001;286:546–555. 23.
- Mollica RF, McInnes K, Sarajlic N, Lavelle J, Srajlic I, Massagli MP. Disability associated with psychiatric co morbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *JAMA* 1999;282:433–439.
- Mollica RF, Donelan K, Svang T et al. The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *J Am Med Assoc* 1993;270: 581–586.
- Porter M, Haslam N (2005) Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA* 2005; 294:602–612
- Scholte, W.M., Olf, M., Ventevogel, P, de Vries, G-J, Jansveld, E., Cardozo, B.L., Gotway Crawford, B.A.: Mental Health Symptoms Following War and Repression in Eastern Afghanistan *JAMA*, August 4, 2004—Vol 292, No. 5
- Shrestna NM, Sharma B, Van Ommeren M, Regmi S, Makaju R, Komproe I. (1998): Impact of torture on refugees displaced within the developing world. *JAMA* 1998;280: 443–448.
- Søndergaard, H.P., Ekblad, S. (1998): *Traumatiska belastningar hos vuxna flyktingar: När ohälsan tiger still – eller talar bruten svenska*. *Läkartidningen*, 95, 145-1422.
- Søndergaard HP, Ekblad S, Theorell T: Self-reported life event patterns and their relation to health among recently resettled Iraqi and Kurdish refugees in Sweden. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2001;189(12):838-845 - P2145
- WHO (2003) – *Mental Health in Emergencies. Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors*. Department of Mental Health and Substance

Dependence. World Health Organization, Geneva.
<http://www.who.int/hac/techguidance/pht/8656.pdf>
WHO – Mental Health of Refugees. World Health Organization, 1996. Geneva

Internetbaserade källor

IASC (2007) - Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings.
http://www.who.int/hac/network/interagency/news/iasc_guidelines_mental_health_psychosocial_text.pdf