

Introduktion & Hälsa

av Cajsa Malmström



INTEGRATIONSVERKETS STENCILSERIE 2003:02

ISSN 1651-5676

Innehåll

Inledning	2
Fakta om hälsa och invandrare	3
Olika syn på hälsa	3
Olika villkor – olika hälsa	4
Folksjukdomar	4
Utbränning	5
Psykisk ohälsa	5
Utsatta grupper	9
Barn och ungdomar	9
Utvärdering av dagens verksamhet	11
Inledning	11
Asylperioden	11
Introduktionsperioden	12
Utveckling	14
Equal-projekt för asylsökande och andra	14
Hälsöfrämjande introduktion	15
Sammanfattning	24

Inledning

Individens hälsa och välbefinnande är av central betydelse för att introduktionen i det nya landet ska bli lyckad. Det konstaterar Integrationsverket i sin rapport *Utveckling av introduktionen år 2001*. Ohälsa har visat sig vara en vanlig orsak till att nyanlända invandrare inte kan delta i kommunernas introduktionsinsatser. I det fortsatta utvecklingsarbetet krävs att hälsofrågorna fokuseras betydligt mer än tidigare.

För vad gör man när vanliga introduktionsinsatser inte fungerar, eller som en handläggare säger i en intervju, »flyktingen faller ifrån, fastnar och aldrig kommer igång med något«?

Några viktiga frågor är: Vilken hänsyn tar introduktionsinsatserna idag till flyktingars hälsa, förutsättningar och behov? Hur kan introduktionen i högre grad förebygga ohälsa? Vad behöver personal i arbetet med att skapa en mer hälsoinriktad introduktion?

Integrationsverket har föreslagit att insatser och samverkan med berörda instanser inom hälso- och sjukvården, psykiatri, försäkringskassan m.fl. bör få en större tyngd och ett större utrymme under introduktionen. Integrationsverket har också pekat på att en kartläggning av individens hälsotillstånd ska göras i samverkan med ansvariga instanser redan under asyltiden och följas upp vid mottagandet i kommunen i ett inledande skede av introduktionen.

Som ett led i utvecklingsarbetet har Integrationsverket inlett ett fyraårigt samarbete med Karolinska institutet kring projektet »Hälsofrämjande introduktion«.

Följande kapitel redogör för fakta om invandrades hälsotillstånd och skildrar tankar kring vilka insatser som behövs. Kontaktpersoner i projektet Hälsofrämjande introduktion berättar om sina förväntningar och erfarenheter. Några försök att lyfta fram hälsofrågor under asylperioden beskrivs också.

Fakta om hälsa och invandrare

Olika syn på hälsa

Det råder olika uppfattningar om vad hälsa innebär. Likaså kan synen på sambanden mellan hälsa och migration skilja sig åt bland forskare från olika discipliner, beslutsfattare, politiker och personal som möter flyktingar. Även om de skilda synsätten inte står i direkt motsatsförhållande till varandra bidrar de ibland till en polarisering av debatten om vilka introduktions- och integrationsinsatser som bör prioriteras.

Många uttalar en rädsla för att »patologisera« (försjukliga) vissa grupper, t.ex. invandrare, och varnar för att alltför stark fokusering på det som verkar sjukt eller svagt kan bidra till stigmatisering av en person eller hel grupp. Istället gäller det att utveckla metoder för att se och lyfta fram det friska hos varje individ.

Andra hävdar vikten av ökad kunskap och kompetens, särskilt när det gäller psykisk hälsa, och ett större samarbete med hälso- och sjukvården för att snabbare kunna identifiera de som behöver vård och stöd.

Företrädare för transkulturell psykiatri påminner om att symtom på och förståelse för ohälsa kan se olika ut i olika kulturer och pekar på faktorer som folktro, religion och tradition. Ökad kulturkompetens och kunskap hos dem som möter invandrare är därför angeläget.

Nationella Folkhälsokommittén betonar i betänkandet *Hälsa på lika villkor*, SOU 2000:91, att hälsa är en subjektiv värdering där varje individ har sin egen syn. Kommittén har därför valt att inte definiera vad hälsa innebär och deklarerar följande:

När kommittén formulerat sina mål har utgångspunkten varit en humanistisk människosyn, vilket innebär alla människors lika värde samt att de enskilda individerna har frihet att handla. En viktig utgångspunkt för betänkandet är en vision om att alla människor skall ha likvärdiga möjligheter att förverkliga sina strävanden. För att detta skall vara möjligt krävs att de stora skillnaderna mellan olika gruppers hälsa minskar. I betänkandet väljer kommittén att inte definiera vad hälsa innebär. Hälsa är en subjektiv värdering där varje individ har sin egen syn. De förslag som kommittén lägger fram syftar till att förebygga den ohälsa som innebär att individens frihet hämmas.

Fortfarande gäller den definition som världshälsoorganisationen WHO antog 1948:

Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller skada.

Hälsa kan beskrivas som ett sammansatt fenomen, avhängigt av

en mängd faktorer på individ-, grupp- och samhällelig nivå. För att kunna utveckla goda preventiva program och stödja nyanlända flyktingar i integrationsprocessen är ökad kunskap om sambanden mellan hälsa och migration centralt (*Teori och val av metod för att studera hälsofrämjande insatser ur ett transkulturellt perspektiv*, Fredrik Lindencrona et al, Nordisk Psykologi, 2002, 54 (1) 7–26).

Olika villkor – olika hälsa

Som grupp betraktat har invandrare betydligt sämre hälsa än svenskfödda. Rapporten *Olika villkor – olika hälsa* (Socialstyrelsen, 2000) jämför fyra invandrargrupper, födda i Chile, Iran, Polen och Turkiet, med svenskfödda. Viktiga skillnader framkom mellan invandrargrupperna när de själva fick bedöma sitt hälsotillstånd (s.k. självrapporterad hälsa). Invandrare från Polen var den grupp som avvek minst från infödda svenskar.

Skillnaderna mellan män och kvinnor var påfallande. Kvinnorna tycktes löpa en och en halv till tre gånger större risk för ohälsa än män. Det gällde alla nationaliteter, även svenskfödda. Sämst mådde emellertid kvinnorna från Chile, Iran och Turkiet – över hälften av dem uppgav att de hade ett allmänt dåligt hälsotillstånd. Även långvarig sjukdom förekom i högre utsträckning bland dem, i synnerhet arbetsrelaterade besvär som nedsatt arbetsförmåga och rörelseförmåga samt smärtor och värk i rygg, nacke, axlar och leder.

Psykiska hälsoproblem, som sömnbesvär, ångslan, oro eller ångest, var vanliga. 30–40 procent av kvinnorna och 20–30 procent av männen från Chile, Iran och Turkiet uppgav att de hade psykiska besvär.

Betydligt fler invandrare än svenskfödda rökte och färrer, särskilt bland kvinnorna, motionerade.

Vissa gemensamma faktorer gjorde att man mådde dåligt, oavsett om man var född i Sverige eller hade invandrat. Den som var ensamboende, hade låg utbildning, saknade arbete, hade svag ekonomi, kände sig otrygg eller saknade social stöd löpte högre risk att drabbas av ohälsa än andra.

Folksjukdomar

Invandrare riskerar i högre grad än svenskfödda att drabbas av någon av de största folksjukdomarna – cancer, hjärt- och kärlsjukdomar samt psykisk ohälsa. Det visar en undersökning som Statens folkhälsoinstitut gjort, (*Födelselandets betydelse – En rapport om olika invandrargrupperns hälsa i Sverige*, Statens folkhälsoinstitut, 2002.).

Undersökningen finner dock inga enkla samband. Vissa invandrargrupper är friskare än svenskfödda, exempelvis när det gäller prostatacancer och bröstcancer. Ibland är skillnaderna större mellan olika invandrargrupper än jämfört med svenskfödda och det finns en tydlig hierarki när det gäller ohälsans utbredning bland invandrare:

Arbetare från Sydeuropa och Finland har i regel sämre hälsa än arbetskraftsinvandrare från OECD-länder som ofta har högre social status.

De som invandrat från OECD-länder (utom Finland och Sydeuropa) integreras lättare i det svenska samhället, medan en stor andel kvinnor från Sydeuropa och Finland fortfarande efter flera år i Sverige inte talar svenska utan måste använda tolk vid läkarbesök. Flyktingar från Östeuropa har dålig hälsa, men allra sämst hälsa har de utomeuropeiska flyktingarna.

Utbränning

Larmrapporterna om antalet utbrända och långtidssjukskrivna blir allt fler. Hittills har ytterst få undersökt sambanden mellan utbrändhet och utländsk bakgrund. I en studie breddar Arbetslivsinstitutet perspektiven (*Utbränning i Sverige – en populationsstudie*, Arbetslivsinstitutet, nr 2002:6). En central fråga är i vad mån förhållanden vid sidan av arbetslivet kan påverka utbrändhet – eller utbränning som författarna kallar den process som leder fram till ett sådant tillstånd. Också personer utan arbete har därför fått besvara en enkät om utbränning och svaren jämförts mellan svenskfödda och invandrare.

Fler personer utanför arbetsmarknaden visade tecken på utbränning och det var ungefär dubbelt så vanligt bland invandrare som bland svenskfödda. Av de som förvärvsarbetade hade 9,9 procent av invandrarna höga utbränningspoäng, jämfört med 5,2 procent av de svenskfödda. I totalgruppen, dvs. även de utan arbete, var invandrarnas andel ännu högre, 13,1 procent jämfört med 6,3 procent bland svenskfödda.

Ekonomiska villkor hade särskilt starka samband med utbränning. Likaså om man hade »kontroll över sitt liv« och »dåliga relationer till närstående personer«. Bland dem som förvärvsarbetade uppgav något fler invandrare att de kände sig inlåsta i sina arbeten.

Psykisk ohälsa

Post-migrationstress

Migration utgör i sig en påfrestning för individen – att lämna nära och kära i hemlandet innebär en rad separationer och förluster. Ankomsten till ett nytt land medför nya utmaningar och är långt ifrån lätt, särskilt inte för den som tvingats fly och inte brutit upp av egen vilja.

Många av de som möter flyktingar talar om flyktingkrisen och hur dess olika faser påverkar hälsotillståndet. Under flyktingkrisen kan individen pendla mellan närmast eufori över att ha kommit till ett land där man kan leva i fred och frihet, till besvikelse, hopplöshet och depression när förväntningarna på det nya livet inte infrias.

Dessutom kan varje fas som flyktingen går igenom i samband med migrationen (premigration, migration, postmigration och eventuellt återvändande) vara stressande och innebära hot mot hälsan. Många drabbas av post-migrationstress pga. omständigheter som uppstår i det nya landet, t.ex. oro för anhöriga i hemlandet, en dålig bostadssituation eller missriktade krav under introduktionen.

Projektet Hälsöfrämjande introduktion hänvisar till Antonovsky (1987) och hans forskning om människans förmåga att hantera

svåra påfrestningar i sin livsmiljö under förutsättning att hon har förmågan att uppleva »känsla av sammanhang« (*Teori och val av metod för att studera hälsofrämjande insatser ur ett transkulturellt perspektiv*, Fredrik Lindencrona et al, Nordisk Psykologi, 2002, 54 (1) 7–26). Det är när individen upplever att han eller hon inte har något inflytande över sin situation som känslor av otillräcklighet, bristande framtidshopp, utanförskap och vanmakt kan uppkomma. Sådana upplevelser kan leda till stressreaktioner, i form av t.ex. psykisk ohälsa. Därför krävs ett flexibelt och hållbart förebyggande stödsystem i mottagarlandet där flyktingars olika behov kan tillfredsställas. Genom ökad delaktighet och större inflytande över sin tillvaro kan individens hälsa och välbefinnande påverkas positivt.

Tortyr och rätten till rehabilitering

Bland de som söker asyl i Sverige kommer ett stort antal från länder där tortyr förekommer. Under tortyren försätts individen i en livshotande situation, vilket är en definition på trauma – utlämnad åt bödlar som har makt att bestämma om man ska få leva eller inte.

En av de allvarligaste följderna för den som överlever är posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. Typiska symtom på PTSD är flashbacks, mardrömmar, sömnstörningar, undvikandebeteende, koncentrations- och minnessvårigheter, nedstämdhet och depression och svårigheter med sociala kontakter. För att förstå hur hårt följderna kan slå är det bra att känna till att en del inte ens förmår minnas, än mindre rita av, en enkel geometrisk figur som de fått titta på bara några sekunder tidigare. Det tyder på allvarliga koncentrationsstörningar så länge sjukdomen består (Hans Peter Søndergaard, Kris- och traumacentrum, Stockholm).

De som arbetar med traumatiserade flyktingar har upprepade gånger påpekat nödvändigheten av ett förstående och kunnigt bemötande samt adekvat vård och behandling. Annars riskerar tillståndet att bli kroniskt, med livslånga svåra besvär för den drabbade.

Internationell forskning (*International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma*, Y Danieli, 1998, Plenum Press, New York) framhäver faran med att obearbetade trauman fortplantar sig från en generation till en annan, från föräldrar till barn och barnbarn. Andra varnar för posttraumatisk stress som ett av de största hoten mot folkhälsan i världen.

FN:s konvention mot tortyr (1984) ger drabbade rätt till återuppbyggnad och rehabilitering:

Varje konventionsstat skall i sitt rättssystem säkerställa att offret för en tortyrhandling erhåller upprättelse och erhåller en verkställbar rätt till en rimlig och adekvat gottgörelse, varmed även förstås medel för ett så fullvärdigt återvinnande av hälsa som möjligt.

Att det finns effektiva behandlingsmetoder visar erfarenheterna på de specialistmottagningar för traumatiserade flyktingar som öppnat runtom i landet sedan 1980-talet. Också inom den ordinarie psykiatrin har denna kunskap börjat sprida sig.

Förekomsten av PTSD

PTSD konstaterades hos mer än en tredjedel av deltagarna i en studie av nyanlända flyktingar i Stockholm (*Post-traumatic stress disorder and life events among recently resettled refugees*, Hans Peter Søndergaard, doktorsavhandling, Karolinska institutet, 2002). Deltagarna bestod av 86 nyanlända flyktingar från Irak, kvinnor och män 18–48 år.

Den genomfördes mellan 1997 och 2000 i samarbete med integrationsenheten i Stockholm. Förekomsten av PTSD kartlades i en klinisk undersökning och deltagarnas symtom följdes sedan upp med hjälp av självskattningsformulär. Dessutom undersöktes deras reaktioner på aktuella livshändelser bl.a. med hjälp av blodprov som analyserades för hormoner som indikerar stress. Samtliga deltagare erbjöds uppföljande stöd och/eller behandling.

Utmärkande för flyktingarna från Irak var att de upplevt ett livslångt förtryck och flera krig: 76,9 procent hade varit med om krig, 51,3 procent hade blivit internerade, 58,8 procent hade en familjemedlem eller vän som dödats, 33,3 procent hade upplevt kidnappningar eller att personer försvunnit och 40,5 procent hade torterats. Studien visade att:

- 37,2 procent uppfyllde diagnosen PTSD
- 27,9 procent led av symtom på PTSD
- 34,9 procent hade inga symtom på PTSD

Överfört till hela den aktuella gruppen, nyanlända flyktingar från Irak 18–48 år, innebär studiens resultat att ca en tredjedel sannolikt har PTSD. Om ingen av de som inte deltog i studien har PTSD skulle ändå ca tio procent vara drabbade.

Författaren varnar för att PTSD-förekomsten bara är toppen av ett isberg. I samband med undersökningen upptäcktes flera andra stressrelaterade sjukdomstillstånd som högt blodtryck, diabetes och hyperlipemi (förhöjda fetthalter i blodet) hos deltagarna. Många uppgav att de haft svårt att få hälso- och sjukvård vid behov, inte minst under tiden som asylsökande.

Andra undersökningar pekar på liknande siffror. En studie av bosniska flyktingar fann att mellan 18–33 procent led av PTSD (*Screening for posttraumatic stress disorder symptoms among Bosnian refugees*, Thulesius H. och Håkansson A., J Trauma Stress, 1999). En undersökning bland massevakuerade flyktingar från Kosovo visade att varannan hade utsatts för tortyr och att 45 procent led av symtom på PTSD (*A survey of somatic, psychological and social needs of mass displaced refugees from the Kosova province while in Sweden*, Solvig Ekblad, Institutet för psykosocial medicin, 2000). I den här gruppen, som hade tillfälligt uppehållstillstånd, ökade PTSD-symtomen till 78 procent bland de intervjuade under en 18 månader lång uppföljning. Intervjugruppen bestod såväl av personer som stannat kvar för att söka asyl i Sverige som personer som återvänt till Kosovo.

Läkande/skadliga faktorer

Under asyl- och introduktionsperioden inträffar händelser i livet som kan påverka hälsan både positivt och negativt. Den första tiden i Sverige rymmer både möjlighet till läkning, men tyvärr också till skada – »to heal or to harm«, skriver Hans Peter Søndergaard i avhandlingen om förekomsten av PTSD.

Elsie C. Franzén, leg. psykolog och docent i pedagogik, har intervjuat invandrare om deras första tre år i landet och om samspelet mellan dem som individer och samhället (*Flyktingar som arbetssökande i Sverige – en studie av migration och förändring*, Elsie C. Franzén, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet, 1999). Hon har funnit två dominerande mönster – det konstruktiva respektive det destruktiva mönstret – och beskriver förhållningssätt och åtgärder som påverkar individens förmåga till handlingskraft och upplevelse av att kunna styra sin egen tillvaro.

Det konstruktiva mönstret genomsyras av individualisering, närmande och möte, noggrann kartläggning och individuella lösningar som medger okonventionalitet, hjälp till självhjälp, möjligheternas perspektiv, egen bedömning av hjälpbehov och tolerans för »individualister«. Ett sådant förhållningssätt »tvingar« individen att bli självständig för att han eller hon ska bli aktiv och kunna styra sin tillvaro själv.

Det destruktiva mönstret å sin sida präglas av kollektivisering, distansering, kortare rutinkontakt och behandling istället för individuella lösningar. Behandlingen medför ofta påtvingad väntan, den »språkparadox« som man hamnar i om man behöver ett arbete av något slag för att träna svenskan, men inte får något för att man kan språket för dåligt, regelstyrning och kontroll mm. I förlängningen leder det här mönstret till passivisering och »patientifiering« – individen får svårt att återta kontrollen över den egna tillvaron.

Flyktingarna i Hans Peter Søndergaards undersökning nämnde flera livshändelser som de uppfattade som positiva och fick dem att må bättre, exempelvis att träffa vänner och anhöriga, ett vänligt bemötande från andra eller att få vara med om situationer där de upplevde framgång, tillfredsställelse eller uppskattning från andra.

Starkt negativa faktorer var oro för anhöriga som befann sig på andra håll i världen, liksom om där inträffade allvarliga politiska händelser, exempelvis stridigheter och oroligheter. Till omständigheterna i Sverige som ledde till ökad skadlig stress hörde svårigheter att hitta ett bra boende, men också krav i introduktionsprogrammen som deltagarna inte kunde leva upp till på grund av att de var för högt ställda eller missriktade. Särskilt sfi-undervisningen fick några att må ännu sämre och känna sig misslyckade. Sannolikt skulle en senarelagd språkundervisning, eller undervisning med alternativa metoder, varit mer framgångsrik för dem. Nu klarade många PTSD-drabbade inte av att delta i insatserna och var istället sjukskrivna helt eller delvis, med risk för att fastna i ett långvarigt, passivt bidragsberoende.

Sammantaget visade PTSD-studien att en stor del av introduktionsperioden egentligen inte bestod av någon introduktion eftersom så många led av pågående retraumatisering och stress.

Personalens behov

Många lyfter fram vikten av att på ett så tidigt stadium som möjligt kartlägga nyanländas tidigare upplevelser, hälsotillstånd och behov av stöd/eventuell behandling. Det ställer krav på kompetens hos den personal som möter den enskilda individen.

Flera symtom kan vara svåra att känna igen för den som saknar kunskap, till PTSD-bilden hör exempelvis att drabbade undviker att berätta om det hemska som hänt dem. Handläggare kan också vara

rädda för att ställa svåra frågor, som om flyktingen varit utsatt för t.ex. tortyr.

I undersökningen av PTSD-förekomst (Hans Peter Søndergaard, 2002) hjälpte handläggarna flyktingarna att fylla i intervjuformuläret *Hälsobladet* (Solvig Ekblad m.fl.). De fick i sin tur handledning och fortbildning och upptäckte att en mindre laddad fråga kunde ge en tydlig vägledning om individen led av PTSD – de som svarade ja på frågan om de upplevde koncentrationssvårigheter visade sig ha en starkt ökad risk för PTSD.

Erfarenheterna visar att en sådan »screening« är fullt möjlig och kan bidra till minskad skadlig stress. Det förutsätter dock att handläggare och övrig berörd personal får tillgång till handledning och fortbildning samt möjlighet att tillsammans med den nyanlända utforma individuellt anpassade introduktionsprogram, liksom ett fungerande samarbete med fler aktörer, bl.a. hälso- och sjukvården för att kunna erbjuda professionell vård och behandling.

Utsatta grupper

Vissa grupper kräver särskild uppmärksamhet, kunskap och kompetens hos introduktionsansvariga. Det gäller bl.a. *traumatiserade flyktingar*, men också *kvotflyktingar* som levt lång tid i läger under ohälsosamma förhållanden. Ett samarbetsprojekt i Värmland, med vidgade psykosociala ankomstintervjuer och åtgärder, pekar på ett starkt behov av långsiktiga integrationsstödjande åtgärder hos kvotflyktingar (*Vidgade psykosociala ankomstintervjuer för att underlätta tidiga insatser i kvotflyktingfamiljer*, Kjerstin Almqvist, Landstinget i Värmland, 2000).

Funktionshindrade invandrare är en utsatt grupp konstaterar Nationella Folkhälsokommittén (*Folkhälsa och integration*, 1999). Liksom *äldre* möter många funktionshindrade nya svårigheter i det nya landet och vet sällan vilken hjälp de kan få eller vart de ska vända sig för att få hjälpen. Att utveckla andra introduktionsinsatser än sådana som i första hand är inriktade på arbetsmarknaden är angeläget för båda dessa grupper.

Det är också viktigt att introduktionsinsatser tar hänsyn till att *kvinnor och män* kan ha olika behov för att må bra.

Barn och ungdomar

Dagens *flyktingbarn och ungdomar* utgör morgondagens vuxna svenskar. Många kommer från länder med bristfällig hälso- och sjukvård. Att få sin fysiska och psykiska hälsa undersökt är extra viktigt för dem. I regel blir fysiska, men dock inte psykiska, besvär kartlagda. Det är ytterst sällan som någon frågar vad barnen upplevt i hemlandet eller under flykten, enligt en intervjuundersökning av föräldrarnas erfarenheter (*Med rätt att bli sedd*, Cajsa Malmström m. fl., Introduktionseenheten för nyanlända flyktingbarn och ungdomar, Göteborg, 2001). Föräldrar förmår inte alltid se sina barns behov bl.a. på grund av att de själva mår psykiskt dåligt, konstaterar Kjerstin Almqvist i doktorsavhandlingen *Refugee Children* (Psykologiska institutionen, Göteborg, 1997).

Gömnda och ensamkommande asylsökande barn lever under spe-

ciellt svåra förhållanden. Även om de gömda barnen har rätt till samma hälso- och sjukvård som alla andra, vågar många föräldrar inte uppsöka exempelvis läkare av rädsla för att bli upptäckta. Av samma skäl kanske barnen inte går i skolan, utan tvingas leva isolerade, utan tillgång till socialt nätverk och trygghet.

Ensamkommande barn brottas med oro för föräldrar, syskon och andra anhöriga som finns kvar i hemlandet eller någon annanstans. De kan ha utsatts för trauman i hemlandet, samt faror, övergrepp och kriminalitet i samband med flykten och även efter ankomsten till Sverige. Psykologen Marie Hessle har undersökt 100 ensamkommande asylsökande barn vid Carlslunds transitenhet (*Hur mår barnen?*, HMR-bladet nr. 1–2, 2000). Hon bedömer att 55 procent hade så pass graverande problem att de var i behov av barnpsykiatriska insatser. De ensamkommandes utsatthet och behov av särskilda åtgärder har lett till nya riktlinjer för mottagandet av dem (*Förbättringar i mottagandet av barn från annat land som kommer till Sverige utan medföljande legal vårdnadshavare*, Socialstyrelsen, 2002).

Det finns flera oroande fakta om flyktingbarns hälsa och psykosociala situation (*Migration till segregation, en folkhälsorapport om barn med utländskt ursprung i Stockholm*, Anders Hjern, Samhällsmedicin barn och ungdom, 1998). Barn med utländskt ursprung löper ökad risk att skadas i bilolyckor, cykelolyckor, i hemmet och i skolan samt har mer karies. Ungdomar 15–18 år med utomeuropeiskt ursprung löper en trefaldig ökad risk att dö i självmord än andra jämnåriga i Sverige. Över hälften av barnen med utländsk bakgrund lever i fattiga familjer (*Barnfattigdomen i Sverige – 2000*, Rädda Barnen, 2002), ofta i segregerade, utsatta bostadsområden. Sammantaget pekar det på ett mycket starkt behov av riktade, förebyggande folkhälsoinsatser.

Erfarenheter visar att barn i allmänhet har en god förmåga till återhämtning. Ofta går deras hälsa hand i hand med föräldrarnas. De som möter flyktingbarn brukar betona vikten av att arbeta med föräldrarna och hela familjen (*Att möta flyktingbarn och deras familjer*, Angel B., Hjern A., Studentlitteratur, 1992). Insatser av familjestödjande karaktär, såsom föräldragrupper, förekommer i flera kommuner. De föräldrar som deltagit i sådana i Hammarkullen, Göteborg, intygade vilken stor betydelse dessa insatser haft för att de på olika sätt kunnat stödja sina barn i deras introduktion (*Med rätt att bli sedd*, Cajsa Malmström m. fl., Introduktionsenheten för flyktingbarn, Göteborg, 2001). Känslan av att vara delaktig och kompetent som förälder hade även underlättat de vuxnas egna introduktion.

Intervjuundersökningen i Göteborg konstaterar att en individuellt anpassad introduktionsplan som uppmärksammar varje barns bakgrund och behov kan vara ett steg på vägen för att förebygga framtida ohälsa. Barn som behöver bearbeta svåra upplevelser bör få tillfälle att göra det så tidigt som möjligt. Vem som bäst kan stödja barnet och dess familj beror på den enskildes behov. Kompetent personal inom förskola eller skola kan ofta ge ett gott stöd. Andra gånger krävs insatser från sjukvården.

Terapeutisk gruppverksamhet har visat hur viktigt det är att flyktingbarn får bearbeta sina upplevelser, exempelvis i form av bild (*Projektet »Bildverkstaden« för traumatiserade flyktingbarn*, Margareta Brandell-Forsberg & Kjerstin Almqvist, Landstinget i Värmland och Röda Korset, 1997).

Utvärdering av dagens verksamhet

Inledning

Asylsökande ska erbjudas hälsosamtal och hälsoundersökning så snart efter ankomsten till Sverige som möjligt – en uppgift som vilar på landstingen.

Ett delmål för introduktionen säger att eventuella hälsoproblem hos nyanlända, både vuxna och barn, ska uppmärksammas. Sjukvård och/eller rehabiliterande insatser ska erbjudas vid behov.

Både på nationell och EU-nivå ses asylmottagning och introduktion av flyktingar alltmer som en sammanhållen process där målet är integration i det nya landet eller att underlätta återvändo till ursprungslandet (*Asyl- och flyktingmottagning*, Christian Råberg, svenska ESF-rådet, PM, 27-05-02). Ett sådant synsätt ligger i linje med överenskommelsen om utveckling av introduktionen för flyktingar och andra invandrare mellan Arbetsmarknadsstyrelsen, Migrationsverket, Integrationsverket, Skolverket samt Svenska Kommunförbundet som slöts 2001. Där framhålls bl.a. att den organiserade verksamhet som Migrationsverket ansvarar för ska utgå ifrån individens förutsättningar och behov och vara individen till nytta oavsett utgången i asylärendet.

Diskussioner pågår om en central överenskommelse med Landstingsförbundet för att skapa en bättre samverkan med hälso- och sjukvården.

Asylperioden

Enligt avtalet mellan staten och Landstingsförbundet ersätts landstingen för all hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande barn, även gömda, medan vården till vuxna över 18 år endast ersätts om det varit frågan om:

- akut vård eller vård som inte kan anstå
- mödravård, förlossningsvård, aborter och preventivmedelsgivning
- åtgärder enligt smittskyddslagen
- erbjudande om hälsosamtal och hälsoundersökning

Det bör påpekas att det finns en grupp barn som idag inte omfattas av avtalet, t.ex. barn som förenats med en asylsökande förälder i Sverige innan förälderns utredning är klar, och som inte själva är asylsökande. Det har lett till fall av oklarheter kring betalningsansvar när det gäller vård av mer omfattande karaktär. Barnläkare och forskare (Anders Hjern m.fl.) har flera gånger hävdat vikten av att finna en annan lösning för att undvika sådana situationer.

Livet som asylsökande blir många gånger långdraget och påfrestande. Fysisk och psykisk ohälsa gör ofta att asylsökande inte deltar i någon organiserad verksamhet. Det visar Riksrevisionsverkets

granskning av mottagandet av asylsökande (*Hur mottas de asylsökande?*, Riksrevisionsverket 2002:19). Mellan 20 och 30 procent hade eller hade haft psykiska problem. De hade antingen varit inlagda på psykiatrisk klinik eller gått under psykiatrisk behandling med läkemedel.

Långt ifrån alla hade genomgått hälsosamtal. I Stockholm var det endast nio procent av alla asylsökande, enligt en uppföljning av Socialstyrelsen (*Innehåll i och omfattning av den vård landstingen åtagit sig att ge till asylsökande m.fl.*, Socialstyrelsen, 2000). En orsak var svårigheten att nå ut med erbjudande till de som valt att bo i eget boende. I Norrbotten, där så gott som samtliga asylsökande omhändertogs på samma förläggning, hade nästan alla hälsundersökts.

Ett annat hinder var personuppgiftslagen, PUL, som uppgavs försvåra överföringen av information om nya asylsökande från Migrationsverket till landstingen.

Ur smittskyddssynpunkt är hälsosamtalen angelägna, med tanke på den ökande förekomsten av smittsamma sjukdomar som TBC och Hepatit C. Socialstyrelsen konstaterar att det är anmärkningsvärt att varken Migrationsverket eller landstingen har rutiner för att bevaka att asylsökande ges möjlighet att träffa medicinsk personal för hälsosamtal och menar att systemet måste förbättras så att samtliga asylsökande, anknytningsfall och kvotflyktingar snabbt erbjuds inledande hälsosamtal och anslutande hälsundersökning.

Hälsosamtalen kan vara ett sätt att identifiera personer som av hälsoskäl inte kan delta i vanlig organiserad verksamhet, för att kunna erbjuda en mer meningsfull och stödjande sysselsättning. På sikt reducerar det sannolikt behovet av hälso- och sjukvård under introduktionstiden hos dem som fått uppehållstillstånd.

Socialstyrelsen har i sin uppföljning även granskat den somatiska och den psykiatriska vården för asylsökande. Bedömningen var att den psykiatriska vården som givits varit väl motiverad och bedrivits enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. När det gällde den somatiska vården fanns svårigheter med att bedöma vad som är akut vård eller vård som inte kan anstå, det framkom att asylsökande erhållit vård utöver denna definition.

Riksrevisionsverket drar slutsatsen att hälsovården inte har den centrala ställning som den behöver ha i mottagandet av asylsökande. Den statliga mottagningsverksamheten för asylsökande måste i högre grad länkas samman med kommunernas introduktion och insatser från arbetsförmedlingen samt från sjukvårdshuvudmännen.

Introduktionsperioden

Insatserna under asyltiden dokumenteras långt ifrån alltid. Även om sådan dokumentation finns brister det i överföringen från Migrationsverket till kommunen när en person får uppehållstillstånd. I Integrationsverkets rapport *Hur togs de emot?* (Integrationsverkets rapportserie 2002:04) uppger handläggarna att de fått skriftlig information för nästan hälften av de asylsökande, men ingen i en tredjedel av fallen. I en femtedel av fallen vet handläggarna inte om de fått någon sådan dokumentation eller inte. Med tanke på hur få asylsökande som genomgått hälsosamtal är det av stor vikt att

handläggaren omgående berättar att den nyanlända har rätt till ett sådant samt hjälper till att förmedla den kontakten.

När det gäller introduktionens delmål att uppmärksamma eventuella hälsoproblem anser handläggarna att det uppnåtts i ganska hög eller hög grad för fler än hälften av de nyanlända. Ändå utgör sjukdom och ohälsa ett allvarligt problem. En av de främsta orsakerna till att introduktionen fördröjs är sjukdom. Hela 40 procent av de nyanlända uppgavs ha högst 20 timmars introduktion i veckan och uppemot 25 procent kunde inte delta i framförallt svenskundervisningen på grund av ohälsa.

Situationen för traumatiserade flyktingar uppmärksammades av Integrationsverket i den förra årsrapportens diskussionsdel. Där konstateras bland annat att nuvarande institutioner, rehabiliterings-system m.fl. inte kunnat uppvisa några positiva resultat vad gäller arbetsplaceringar för en stor grupp, varken på den öppna eller den skyddade arbetsmarknaden. Många får inte tillgång till anpassad svenskundervisning, inte heller till medicinsk eller psykosocial rehabilitering. Det saknas också kunskap hos de olika aktörerna inom introduktionen om konsekvenserna av trauman.

Flera kommuner önskar bättre samverkan med primärvården och psykiatrin, liksom med rehabiliterande instanser som försäkringskassan, och en central överenskommelse med Landstingsförbundet. Också Riksrevisionsverket efterlyser nya strategier för att förebygga ohälsa i sin granskning av introduktionsverksamheten (*Att etablera sig i Sverige*, Riksrevisionsverket 2002:15), bl.a. att tvärfackliga team med inslag av medicinsk kompetens inrättas om individerna har särskilda behov på grund av hälsoskäl.

Riksrevisionsverket bedömer att det finns utrymme för väsentliga förbättringar avseende introduktionsverksamhetens förmåga att ge flyktingar och deras anhöriga förutsättningar att snabbt och effektivt etablera sig i samhället när det gäller samverkan mellan olika inblandade aktörer i »migrationskedjan«, individanpassning, incitament och motivation samt uppföljning.

Utveckling

Equal-projekt för asylsökande och andra

Det pågår fyra svenska s. k. Equal-projekt med uttalat hälsoperspektiv för att utveckla asyl/flyktingmottagandet med ekonomiskt stöd från bl.a. Europeiska socialfondens Equalprogram. Gemenskapsinitiativet Equal har utformats för att finna nyskapande metoder och genomföra politiska åtgärder på lokal, nationell och europeisk nivå. Equal-projekten utgår ifrån synen på asylmottagning och introduktion av flyktingar som en alltmer sammanhållen process där målet är integration i det nya landet eller att underlätta återvändo till ursprungslandet.

Varje svenskt projekt ingår i ett utvecklingspartnerskap med europeiska samarbetspartners. Av de fyra projekten riktar sig flera både till asylsökande och vissa grupper av nyanlända samt ett till kvotflyktingar:

1. *Uppsala/Malmö, Re-komp*: Hälsoprojekt för traumatiserade asylsökande, nyanlända traumatiserade flerbarnsmödrar med låg eller ingen utbildning, lågutbildade asylsökande eller nyanlända föräldrar, ungdomar utan föräldrar i Sverige, personer med yrkesutbildning som efterfrågas på arbetsmarknaden. Smidigare övergång mellan Migrationsverkets utbildningsverksamhet och annan utbildning. Hälsoinformatörer, sjukvårdsutbildade från hemlandet som befinner sig i Sverige, informerar flyktingarna om hälsa, vård, förebyggande arbete.

2. *Stockholm, Modul 16–20*: Yrkesutbildning och arbete för asylsökande 16–20-åringar utan föräldrar i Sverige med utbildningsvinster oavsett om de stannar i landet eller återvänder till hemlandet om asylansökan avslås. Satsningar på ökad motivation, bättre hälsa, fritidssysselsättning och sociala kontakter.

3. *Göteborg, Ankomst Göteborg*: För asylsökande i arbetsför ålder. Mål: att utveckla metoder för att så snart som möjligt stabilisera livssituationen under asyltiden och återföra tankarna om arbete, studier, hälsa, familjesituation och socialt nätverk till det normala för att underlätta integrationen i det nya samhället eller ett återanpassat liv i hemlandet. En samordnad insats ska ske kring kartläggning, handlingsplan, utbildning, sysselsättning/arbete, arbetsprövning, validering. Hälsoprojekt som består av fritidsaktiviteter, idrottsaktiviteter, rådgivning, stödsamtal. Stödpersoner i form av kulturambassadörer med god förankring i det svenska samhället. Återvändandeförberedelser. Stöd och råd i hemlandet.

4. *Dorotea/Lycksele, Rehabilitering av traumatiserade flyktingar i glesbygd (kvotflyktingar)*: Målsättningen är att erbjuda kvotflyktingar en kvalificerad introduktion med olika kollektivt och individuellt anpassade interventioner för att underlätta integration och inträde på arbetsmarknaden, bl.a. genom mentorskap. Dessutom att öka kunskapen hos olika samhällsaktörer om hur människor påverkas av migration, kulturmöten och extrema trauman.

Som stöd för arbetet har en nationell temagrupp bildats under

året. Ordförande är Migrationsverket. I styrgruppen ingår även representanter för berörda myndigheter (Integrationsverket, Arbetsmarknadsstyrelsen, Skolverket och Socialstyrelsen), berörda departement, Europeiska flyktingfonden, Svenska kommunförbundet och frivilligorganisationer. Forskning och utvärdering kopplas till projekten som pågår fram till och med år 2005.

Hälsofrämjande introduktion

»Hälsofrämjande introduktion« heter det fyraåriga forskningsprojekt som drivs under ledning av Solvig Ekblad, enhetschef vid Institutionen för psykosocial medicin, IPM, och docent samt adjungerad lektor vid Karolinska institutet. Projektet finansieras främst av Integrationsverket och delvis av Europeiska flyktingfonden.

Det är ett exempel på tillämpad forskning, där teori kopplas samman med praktik, och bygger på medverkan från nyanlända flyktingar och en rad parter som är inblandade i introduktionen. Syftet är att finna en modell för introduktion för nyanlända flyktingar som beaktar den psykosociala hälsan och välbefinnandet.

Projektet består av två studier, dels *Är psykisk ohälsa ett hinder för arbetsmarknad?* (Karin Johansson-Blight, doktorand), dels *Strategier för en hälsofrämjande introduktion* (Fredrik Lindencrona, doktorand) vilken beskrivs närmare här.

Sju kommuner medverkar i studien om hälsofrämjande introduktion, fyra utgör interventionskommuner och tre bildar referenskommuner. Under ett till två år ska hälsotillståndet hos ett antal nyanlända i varje kommun följas upp med hjälp av checklistor, självskattningsformulär och även provtagning av stresshormon, bl.a. kortisol.

Kvinnor och män från de idag tre största språkgrupperna ingår: arabiska, sorani och sbk (serbiska-bosniska-kroatiska). Barnen i kommunerna kommer att studeras i en särskild studie med medel från EU:s flyktingfond (Karin Johansson-Blight, doktorand, och Karin Hultman, forskningsassistent).

Språkets betydelse

Stor tonvikt har lagts vid att utarbeta språkligt korrekta översättningar av bl.a. självskattningsformulär och information om studien. I hälso- och sjukvårdslagen står det att alla som inte kan språket har rätt till tolk, något som emellertid fortfarande brister.

Vikten av kulturkompetens och kunskap i såväl översättnings- som tolksammanhang har hittills inte uppmärksamats tillräckligt. Missvisande tillämpningar av exempelvis begreppet »att fly« uppdagades under översättningsarbetet av det material som ska användas under studien. Direktöversatt till bosniska insinuerar uttrycket en feg handling, varpå en annan formulering valts. För att försäkra sig om högsta möjliga tillförlitlighet har projektet låtit granska och återöversätta materialet ett antal gånger.

Flyktingarnas roll

Nyanlända i interventionskommunerna erbjuds en hälsoinriktad, förebyggande introduktion som lägger stor tonvikt vid eget deltagande, individuell anpassning, nära samverkan med olika aktörer

inom introduktionen och stark medvetenhet om hälsans centrala roll för lyckad integration.

Idag är arbetet med introduktionsplaner till stor del koncentrerat kring handläggare och flykting. Här ska alla kompetenser finnas med från början, bl.a. introduktionsansvarig handläggare, sfi-lärare och representant från arbetsförmedlingen samt vid behov andra parter som primärvården, psykiatrin och försäkringskassan.

Flyktingen ska bygga upp en egen relation till varje part. Som nyanländ behöver man även tid att fundera själv och tala med anhöriga om vad man vill och förväntar sig under introduktionen. Efter cirka en till två månader ska ett gemensamt möte, så kallat målforum, äga rum med alla inblandade parter inklusive tolk. Den nyanländas eget sociala nätverk får inte glömmas bort som en viktig resurs. Likaså kan föreningslivet spela en betydelsefull roll när insatserna utformas. Arbetet kommer att följas upp fortlöpande, för att undersöka utvecklingen av hälsotillståndet hos de medverkande och för att studera effekterna av interventionerna.

Personalens roll

Projektet handlar i stor utsträckning om personalen från introduktionens medaktörer. Vad behöver personalen i arbetet med att skapa en mer hälsoinriktad introduktion? Vilken kunskap och kompetens krävs för att kunna möta den enskilda flyktingens behov? Och hur påverkas personalen av mötet? Vad innebär en ökad samverkan över yrkes- och organisationsgränser?

Genom projektet får personalen fortbildning och handledning i form av regelbundna träffar och seminarier, nätverksutveckling och utbildning, såväl på lokalt som riksplan. Också personalens hälsa ska följas upp, med avseende på stress och samarbete över organisationsgränserna. Även relationerna mellan de samverkande organisationerna ska studeras och strategiska planeringsmöten hållas i varje interventionskommun med flyktingar, introduktionsansvariga, skola, arbetsförmedling, politiker m.fl.

Att utveckla nya verktyg

De ansvariga i projektet betonar att det befinner sig i sin linda, att det är en process som måste utvärderas innan några slutsatser kan dras om strategier för hälsofrämjande introduktion.

Det är dock angeläget att utveckla nya verktyg byggd på evidensbaserad kunskap. Det gäller att inte underskatta individens förmåga att bemästra sin livssituation trots svåra påfrestningar och att utveckla stödjande insatser, som anpassas efter vars och ens förutsättningar och behov. På det sättet kan också personer komma igång som annars riskerar att hamna i ett passivt bidragsberoende, utan chans till någon introduktion i egentlig mening.

För att kunna studera hur insatser (interventioner) på olika nivåer påverkar individens hälsa har projektgruppen (Lindencrona, Johansson-Blight och Ekblad) utarbetat en modell (Ref: Lindencrona, Johansson-Blight och Ekblad efter McLeroy et al. (1988), Ekblad & Silove (1998) och Silove (1999)).

Modellen utgår ifrån vissa teman som är centrala för hälsan: upplevelsen av anknytning, trygghet/säkerhet, identitet/roller, mänskliga rättigheter/rättvisa och existentiellt/menings-skapande sammanhang. Utifrån modellen ska de undersöka vad som är möj-

ligt att göra på olika nivåer för att stärka den nyanlända flyktingens hälsa. Nivåerna är uppdelade i fem, alltifrån individ, interpersonell, organisatorisk, community/närsamhälle till policynivå.

Kanske lämpar vissa insatser sig bättre på en nivå än en annan? På Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning i Stockholm har man exempelvis arbetat med hälsoinformation på gruppnivå som en naturlig del av introduktionen (*Samverkansmodell mellan flyktingmottagandet och psykiatrin*, Socionomen, 2000:6:54-56, Wennström, C., Klefsbeck, E-L, Ekblad, S.). Man nådde kanske inte alla, men många blev lugnade av att få ta del av personalens kunskap om bl.a. posttraumatiska stressreaktioner. De förstod att de inte blivit galna, utan att deras reaktioner var fullt normala på onormala händelser och undrade varför ingen berättat det tidigare. De som så önskade erbjöds individuell vårdkontakt. Hälso- och sjukvården var först rädd för att hälsoinformationen skulle innebära ännu fler patienter, men dessa farhågor besannades inte.

Sammanfattningsvis handlar projektet *Hälsofrämjande introduktion* om att utforska hur man intervenerar för individen med rätt insatser på rätt nivå för att på det mest effektiva sättet utforma en så hälsofrämjande introduktion som möjligt. Studien i kommunerna inleds hösten år 2002 och avslutas i form av två doktorsavhandlingar januari 2005.

Kommunernas förväntningar och erfarenheter

Flera kommuner som tackat ja till att medverka i projektet om hälsofrämjande introduktion menar att »det kom i rättan tid«. Vissa står inför en övergripande omorganisation – de hoppas få stöd med att bygga upp en mindre splittrad introduktionsverksamhet där alla berörda kring den nyanlända hittar former för att på ett naturligt sätt samverka från början. Några har redan inlett ett mer hälsobetonat arbete och vill ha vägledning och tillfälle att utbyta erfarenheter med andra. Överlag finns ett starkt behov hos personalen av fortbildning, inspiration och diskussion för att komma vidare.

Flera uttrycker också nödvändigheten av att utveckla nya lösningar för den grupp nyanlända som idag hamnar »mitemellan«, dvs. som inte är tillräckligt sjuk för att bli sjukskriven, men som ändå är omöjligt »att få igång«. En förhoppning är att projektet ska leda till bättre samverkan mellan kommunen och landstinget.

Här redovisas förväntningar och erfarenheter hos projektets kontaktpersoner i några av de medverkande kommunerna.

Lund, interventionskommun

Även om projektet inte kan hjälpa till med allt, så kom det i rättan tid! säger Marie Olsson på integrationsenheten i Lund.

Ett stort problem är att man fastnar med många nyanlända, bl.a. lågutbildade som inte är riktigt friska fysiskt eller psykiskt.

Vi har väldigt många som är halv- och heltidssjukskrivna. De är här ett litet tag och sen blir de sjukskrivna. Tidigare kunde vi hänvisa en del till en privat terapeut som kommunen bekostade. Men den möjligheten finns inte längre. Kommunalpolitikerna har sagt ifrån att det är inte socialtjänstens bord, utan hälso- och sjukvårdens ansvar. Men vi ser att

landstinget behöver betydligt mer resurser för att kunna täcka flyktingars behov av hälso- och sjukvård.

Hon betonar att alla, även hälso- och sjukvården, borde samarbeta kring individen i ett tidigt skede. Förhoppningen är att projektet på sikt ska leda fram till ett gemensamt ansvar och tydligt samarbete mellan kommunen och landstinget.

Nu är de som två kolosser, här finns inget stort samarbete när det gäller nya flyktingar.

De nyanlända är utspridda på ett stort antal vårdcentraler, vilket gör det svårt att bygga upp en fungerande kontakt. Hon ser fördelar med att istället skapa en vårdcentral där man samlar resurser och kompetens. Då skulle kanske även hälsosamtalen för asylsökande fungera bättre.

Vi får den information som Migrationsverket har, men det är inte så mycket. Jag vågar inte säga hur många av de nyanlända som tackat ja till hälsosamtal under tiden som asylsökande. Vi ser till att alla nyanlända med barn kommer till vårdcentraler. Men vi erbjuder inget nytt om de uppger att de redan haft ett sådant samtal. Det är ju en kostnadsfråga, fast ibland kan jag fundera på hur det egentligen fungerar och vilka regler som ska gälla, inte minst ur smittskyddssynpunkt.

Örebro, interventionskommun

Vi fotfolk som arbetar med introduktion vet hur viktigt det är att folk mår bra, men det är svårt i en organisation som är så splittrad som vår, säger Åsa Ekholm i Örebro.

Projektet kom vid en lämplig tidpunkt. En revisionsrapport hade just levererat stark kritik om hur flyktingmottagandet fungerade i kommunen och politikerna krävt en radikal omorganisation, när inbjudan anlände från projektet till en första inspirationsdag. Kontaktpersonen hoppas att personalen ska få stöd och inspiration i arbetet med att bygga upp den nya organisationen. Den innebär att introduktionsverksamheten, sfi och arbetsförmedling läggs under samma nämnd.

Hittills har alla hört till olika nämnder, förklarar hon. Flyktingsekreterarna har varit utspridda på nio kommundelar, utan något gemensamt mål. Det har inte funnits någon som haft mandat att driva frågan om utveckling av introduktionen.

Nu ser hon chansen att skapa en mer sammanhållen introduktion, tillsammans med alla berörda, och få med hälsofrågorna från början. Nya hälsofrämjande insatser måste utvecklas för den grupp nyanlända som idag hamnar »mittemellan«, dvs. som inte är tillräckligt sjuk för att bli sjukskriven, men som ändå är omöjlig »att få igång«.

Örebro tar emot många kvotflyktingar och andra med medicinska problem eller funktionshinder, bl.a. döva barn som under asyltiden gått på en skola för hörselskadade i kommunen.

Flyktingsekreterarna gör ett otroligt bra jobb. Så fort jag berättar att någon som är funktionshindrad ska komma tar de kontakt med arbets-terapeut, de jobbar jättenära LSS, vårdcentraler, dagcentraler, de fixar handikappanpassade lägenheter och gör hembesök med biståndshandläggare för att få hjälpmedel som rullstolar etc.

När det gäller funktionshindrade är målet att de efter avslutad introduktion ska ha tillgång till samhällets trygghetssystem på samma sätt som den övriga befolkningen.

Huvudspåret är hela tiden egen försörjning, men på vägen dit måste man också se på varje människa individuellt så att han eller hon verkligen blir delaktig. I officiella sammanhang nämns det nästan aldrig hur viktigt det är att man kanske måste ha familjen och huvudet på plats först, att det inte bara är att tuta och köra, även om det kan fungera för en del. Men vi kan inte ha framgång i arbetet med egenförsörjning, om vi inte har det med det andra, mer subtila, hur människan egentligen mår. Det är skönt att det kommer att stå uttalat i och med projektet.

Hon är mycket nöjd med det lokala samarbetet med hälso- och sjukvården.

På varje vårdcentral finns en »flyktingsköterska« som flyktingsekreterarna samarbetar med. Dessutom finns en sjuksköterska centralt som håller i alla journaler för nyanlända flyktingar som kommer från förläggning och ser till att de hamnar hos rätt vårdcentral. Hon håller sig även à jour med vad som händer och träffar »flyktingsköterskorna« på vårdcentralerna regelbundet.

Det är framförallt tack vare den sjuksköterskan som ett så gott samarbete vuxit fram. Hon har jobbat länge, med stort personligt engagemang, och känner till alla informella, lokala kanaler.

Trollhättan, interventionskommun

Trollhättan gick delvis med i projektet för att man där vill skapa en bättre och formaliserad samverkan med sjukvården, något som man fått i uppdrag av kommunledningen.

Vi behöver komma överens om när vem av oss ska göra något och vad vi ska följa upp gemensamt, förklarar Christer Poon på integrationsenheten. Har vi verkligen blandat in varann och tagit varann i anspråk när det behövs? Idag gör sjukvården saker som vi egentligen skulle göra och tvärtom.

Hittills har diskussionerna med landstinget inte lett till något konkret resultat. Även om projektet, åtminstone till att börja med, inte bygger på formell samverkan med sjukvården, har Trollhättan gått med. Eftersom man redan jobbar med hälsofrämjande idéer vill man ta chansen att tillsammans med andra diskutera hur insatserna kan utvecklas.

Det är också bra att få tillgång till den handledning och fortbildning, liksom det nätverksbyggande som projektet erbjuder.

Sedan 1994 har integrationsenheten en bosnisktalande psykolog anställd, Emina Johansson. Hon anställdes när den stora gruppen krigsdrabbade bosnier kom till Trollhättan och kommunen upptäckte att man inte hade någon färdig beredskap för så många människor i kris. Hennes arbete visade sig så värdefullt att hon stannade kvar. Hon märker av den höga belastningen inom sjukvården och får ofta ta sig an sådant som egentligen hör till landstingets ansvarsområde.

Hon presenterar sig för alla vuxna nyanlända. Hon finns till för dem som behöver stödsamtal eller psykoterapi, inte enbart nyanlända utan alla flyktingar och invandrare som är bosatta i Trollhättans kommun. Stödsamtalen hjälper många att få en överblick över sitt liv och vad de vill. Målet är att stärka deras självständighet, underlätta anpassning i det nya samhället och bearbeta svåra traumatiska upplevelser.

Det viktigaste för hälsan är att individen känner att hon är i centrum och själv deltar och utforskar.

När det gäller barnen gör psykologen hembesök hos alla nyanlända familjer ihop med handläggaren. De kartlägger barnens bakgrund och behov, utifrån ett skriftligt underlag som handlar om barnets upplevelse av att vara flykting: våld, separationer och förluster, anpassning i Sverige, kulturkonflikter, kommunikationer, situationen just nu, om barnet brukar tala om det som hänt, om det har kompisar, språkutvecklingen, hur barnet trivs i skolan, fritiden, framtidsperspektiv och föräldrarnas svårigheter. Vid behov görs en plan för särskilda insatser för barnen.

Vi går hem till barnen för att det blir en mer avspänd atmosfär. Barnen känner sig i centrum och trygga. Vi talar även med föräldrarna och frågar om det är något vi kan hjälpa till med. Ofta har de redan fått hjälp via skolan, men inte alltid för det är så långa väntetider idag både till BUP och andra specialister. Om det uppstår problem senare är det bra att vi har träffats, de kommer ihåg oss och vi dem.

I en studie av bosniska barn som kom för ca tio år sedan uppgav många att de bevittnat våld.

Det brukar jag påpeka när folk talar om ekonomiska flyktingar! Det barnen varit med om kan göra att det blir svårt med relationer eller andra problem i skolan. Många tror att allt ordnar sig bara barnen börjar skolan, de får ett bra bemötande där, svenskarna är snälla och allt verkar bra. Men många barn känner sig väldigt ensamma och föräldrarna är kanske så belastade att de inte orkar eller förmår se sina barns behov.

Hon märker mycket av oro i familjerna och ser hur föräldrarnas tillstånd påverkar barnen.

Om föräldrarna mår bra så mår oftast också barnen bra. Därför måste vi jobba med föräldrarna.

Föräldragrupper är en introduktionsinsats som finns i förebyggande syfte. Först deltog bara mammor, på senare tid har alltfler pappor dykt upp.

Gruppen fungerar ungefär som en studiecirkel. Ibland bjuder vi in en barnläkare eller skolsköterska eller så pratar deltagarna själva om vad de upplever och hur de ser på likheter och skillnader i föräldrarollen och synen på barn.

Förutom sfi och praktik, stödsamtal och föräldragrupper, finns ett rikt utbud, exempelvis ett kvinnligt nätverk, fritidsklubbar med olika inriktning för barn och vuxna, studiecirkel och informationsprogram kring det svenska samhället. För närvarande arbetar man med ett förslag på en ny introduktionsplan som individen själv ska äga och fylla på.

Vi gör jättemycket framförallt för att flyktingarna ska få jobb för de flesta mår bäst av att arbeta. När det gäller svenska och arbete utformar vi individuella planer för alla ihop med skolan och arbetsförmedlingen inom en månad efter ankomsten. Om personen ifråga inte klarar av att studera tar vi reda på varför och hjälper honom eller henne med orsaken.

På integrationsenheten är mer än hälften av de anställda födda utomlands och jobbar medvetet med ett empatiskt förhållningssätt.

Vi får inte glömma att det handlar om människor som tvingats fly. De upplever en sorgprocess som ingen kan ta ifrån dem, de måste igenom den. Vi kan inte bara skapa friska människor, de har rätt att sörja efter allt de varit med om.

Bara genom att lyssna till deras berättelser kan man som handläggare vara ett stöd på vägen.

Men alla aktiviteter runtomkring är viktiga. Många har inte en stor familj eller släkt som kan trösta där de kan känna sig trygga. Det blir långtråkigt att bara vara hemma. Har man inget att göra känner man sig lätt ovärdig, det blir svårt att lära sig svenska och man kan få kroppsliga problem också. Många sömnstörningar försvinner när man får jobb och måste vara aktiv.

Föreningslivet är en värdefull mötesplats. Psykologen Emina Johansson träffade exempelvis sin blivande man i rugbyklubben(!). Integrationsenheten ser sitt arbete som en del i den numera riksberömda Kronogårdsprocessen som startade i början av 1990-talet för att skapa en bättre boendemiljö, öka de boendes delaktighet i sin stadsdels utveckling och samordna de olika förvaltningarnas arbete (*Integrationsforum i Trollhättan. Ett lokalt nätverk i tiden*, Integrationsverket 2002 och *Exemplet Kronogården*, Kommentus, 1997).

Det är egentligen ett riktigt folkhälsoarbete som vi bedriver här. Det är kanske det som integration handlar om?!

Gävle, referenskommun

Projektet verkar mycket komplett och handlar både om de nyanlända flyktingarna, men också om oss i personalen. Det är vettigt för också vi blir ju påverkade av vårt jobb. Och vi ser hur stressade många flyktingar blir av våra krav.

Det säger Sandra Henriksson på invandrarcentrum i Gävle där man i flera år använt sig av självskattningsformuläret Hälsobladet för att kartlägga flyktingars upplevelser och psykiska hälsa.

Först provade vi Hälsobladet under ett år och det visade sig så värdefullt att vi fortsatte. Handläggare och tolkar har fått gemensam utbildning och handledning från IPM, Karolinska Institutet. De som visar sig ha problem slussas vidare till det vi kallar Samtt.

Samtt (Samverkan för torterade och traumatiserade flyktingar) har funnits i fem år. Det finansieras numera till ungefär hälften av kommunen och till hälften av landstinget. Här görs en fördjupad utredning och man erbjuder även begränsad behandling hos psykoterapeut.

Men vi kan inte ta över hela ansvaret för den här gruppen, säger Cherstin Hansson på Samtt. Det är landstinget som har ansvaret för hälsan. Vi på Samtt kan utreda och kartlägga flyktingars ohälsa och utbilda och handleda team inom sjukvården, men inte ta över allt behandlingsansvar. Det måste ligga kvar inom landstinget.

Samtt har hjälpt till att tydliggöra behovet av insatser för torterade och traumatiserade.

Jag tycker att kommunen kommit något längre när det gäller förståelsen för detta, säger Samtt-representanten. Inom kommunen har flyktingmottagandet funnits sedan år 1985 och därigenom har man samlat kunskap och erfarenhet. Men också landstinget har börjat förstå att det självklart har ett ansvar. Många gånger inom den vanliga vården har man sagt att det här med traumatiserade flyktingar är så svårt, att man inte kan jobba med den här gruppen, så man håller den ifrån sig, men det går inte i längden.

Samtt har utvecklat en särskild verksamhet – ArbetsSamtt. Där erbjuds patienter med PTSD en särskild svenskundervisning som sker i hemlik miljö.

Vi har inom ArbetsSamtt anställt en arbetsplatsintroduktör som är pedagog. Dennes uppgift består till stor del av pedagogiskt arbete. Introduktören går ut på praktikplatsen först för att lära sig arbetsuppgifterna och förmedlar dem sedan till flyktingen. Introduktören är också mycket med flyktingen ute på arbetsplatsen för att undanröja onödiga problem med exempelvis sociala relationer.

Cherstin Hansson konstaterar att reguljära introduktionsinsatser inte alltid är relevanta för de flyktingar som kommer till Samtt.

Det är en konflikt att man hela tiden jobbar mot arbetsmarknaden. Många klarar inte det på grund av sin dåliga psykiska hälsa, men det tar man inte riktigt i, utan skickar iväg dem med en mängd olika remisser som inte leder någonvart. För den traumatiserade flyktingen kan det innebära att han eller hon får misslyckas för många gånger.

Sandra Henriksson ser projektet Hälsofrämjande introduktion som en naturlig fortsättning på arbetet med Hälsobladet och Samtt.

Vi måste diskutera hälsa mer, liksom hur vi ska göra för att undvika att flyktingar faller ifrån. Det är viktigt att det inte går för lång tid utan att något händer. Om problem eller sjukdomar uppstår måste vi särskilja vad det gäller och göra något så att flyktingen inte fastnar och aldrig kommer igång med något. Då ökar passiviteten och ju längre tid som går, desto svårare blir det.

Hon tycker att man i Gävle kommit en bra bit på vägen.

Vi har utvecklat ett samarbete med alla berörda parter och kan erbjuda heltidssysselsättning åt alla som inte har sfi-nivå. Även om insatserna inte är uttalat hälsoinriktade, så ser vi goda resultat - ekonomiska långsiktiga vinster för samhället och individer som mår betydligt bättre.

Invandrarcentrum, socialtjänst, komvux, sfi och arbetsförmedling sitter i samma lokal och samverkar med varje individ. De kallar verksamheten »Chinook« – ett indianskt namn på en vind som blåser över Klippiga bergen och smälter snön. De försöker utveckla nya verksamheter så att det finns något för varje individ som denna klarar av och inte behöver uppleva som ett misslyckande. Ett lyckat exempel är lärlingsprojektet som EU gav bidrag till.

Det var en utbildning inriktad på restaurangbranschen för lågutbildade kvinnor. De hade varit här olika länge, en del något år, andra i tolv år, utan att uppnå sfi-nivå. Ingen hade någon yrkesutbildning. Det var en grupp som stod allra längst bort från arbetsmarknaden, som troligen skulle fått gå kvar på socialbidrag fram tills pensionsåldern. Efteråt blev nästan alla erbjudna jobb – det hade inte hänt utan specialinsatsen.

Sandra Henriksson är övertygad om att man kommit så här långt tack vare att de olika aktörerna »slagit ihop sina påsar« och samverkar. Men det är inget som sker över en natt:

Jag har jobbat med de här frågorna i mer än tio år, både inom socialtjänsten och på invandrarcentrum. Hela tiden har vi haft ett nära samarbete, gemensamma konferenser, träffar, möten och arbetsgrupper. Vi har även tillsammans kunnat diskutera enskilda individer för att på bakvägen få in dem på arbetsmarknaden. Nu kan vi använda oss av varandras kompetenser och kunskaper för att få en helhetsbild av och på bästa sätt kunna stödja individen ifråga. Det har varit en lång process som lett fram till dagens resultat, men det är oerhört effektivt när man lyckas!

Sammanfattning

Kända fakta om hälsa och invandrare pekar på hälsans centrala roll för en lyckad integration. Den nyanländes förmåga att tillgodogöra sig introduktionen beror till stor del på hur han eller hon mår. Under introduktionsperioden finns möjlighet att stärka flyktingens hälsa och välbefinnande, men missriktade insatser och krav kan göra att en redan dålig hälsa försämras.

Bland de som arbetar med introduktionen finns ett starkt behov av erfarenhetsutbyte, inspiration och fortbildning för att kunna utveckla mer hälsofrämjande metoder. De försök som pågår bör inventeras, dokumenteras och utvärderas. Dessa erfarenheter utgör tillsammans en värdefull kunskap som behöver lyftas fram och spridas för att öka medvetenheten och delaktigheten hos introduktionens samtliga medaktörer.

Dessutom krävs mer övergripande forskning om hälsa och migration. Ett angeläget steg i utvecklingsarbetet är Integrationsverkets samarbete med Karolinska institutet kring forskningsprojektet »Hälsofrämjande introduktion«.

Idag saknas hälso- och sjukvården som en naturlig medaktör i ett hälsofrämjande introduktionsarbete. En överenskommelse med Landstingsförbundet är en viktig förutsättning för att markera hälsans betydelse för integrationen. Likaså måste den statliga mottagningsverksamheten för asylsökande i högre grad länkas samman med kommunernas introduktion.