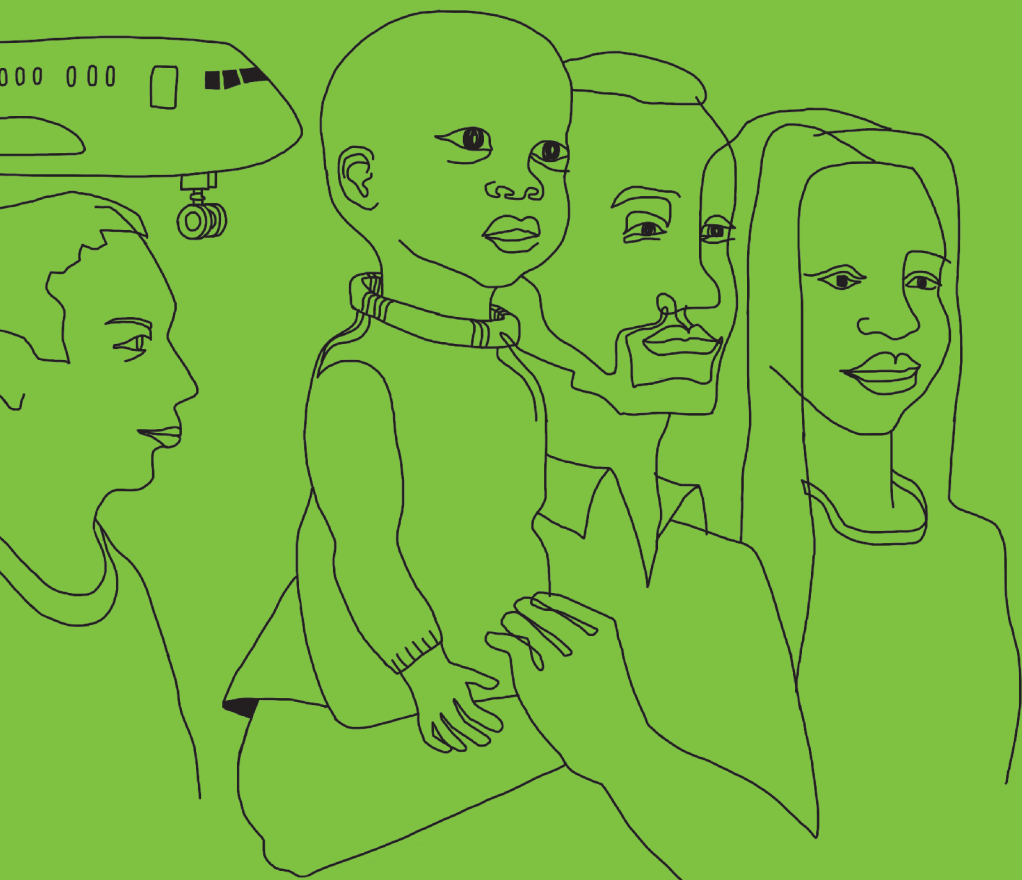




Migration, psykisk ohälsa och trauma

Ett studiehäfte för dig som möter
asylsökande och flyktingar i ditt arbete

Maria Sundvall
Sofie Bäärnhielm
Ann-Sofie Edlund
Abeba Ghebru
Anne Johansson Olsson



ISBN 978-91-980770-1-8
Grafisk form: Fidelity Stockholm
Illustrationer: Jan Edlund
Tryck: Danagårds Litho, mars 2018
Reviderad andra upplaga

INNEHÅLL

5	Inledning
6	Migration och flyktingskap
10	Ordförklaringar
20	Migration – öppning och kris
26	Ordförklaringar
32	Migration och hälsa
48	Kultur och hälsa
64	Trauma
84	Tankar om kulturmötet
96	Språk och tolkning
106	Nätverk och delaktighet
118	Vad är Transkulturellt centrum?

Inledning

Det här studiehäftet vänder sig till dig som arbetar i vård och omsorg och i ditt arbete möter asylsökande och flyktingar.

Vi vill ge information och kunskap om

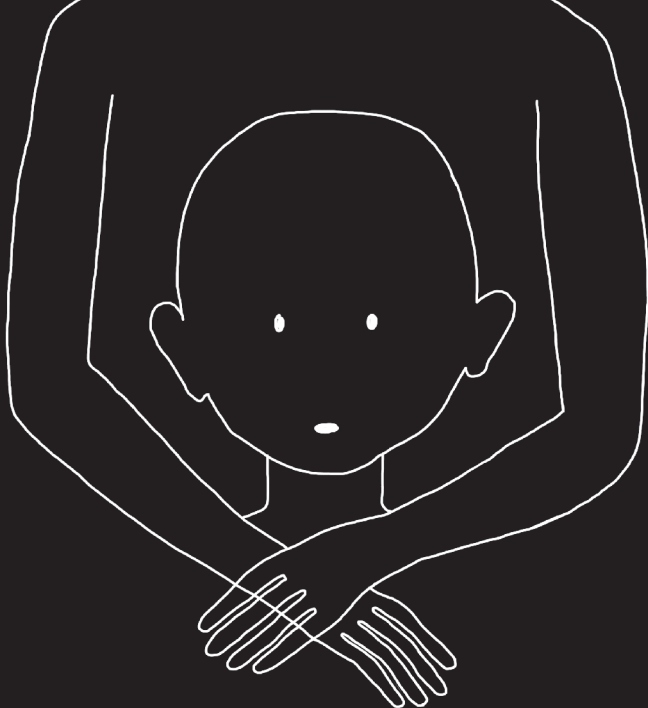
- hur det går till att komma till Sverige
- hur migrationen påverkar hälsan – såväl psykisk som somatisk hälsa och munhälsa
- hur trauma kan påverka hälsan
- hur sätt att beskriva och uttrycka sjukdom och lidande kan variera i olika kulturer
- och inte minst vill vi stimulera till samtal kring hur mötet i vården påverkas av att vi som möts har olika kulturell bakgrund och olika erfarenheter – och vad vi kan göra för att mötet ska bli så bra som möjligt.

Vi tror att häftet lämpar sig väl för gemensamma diskussioner, till exempel för en studiecirkel på en mottagning eller ett boende.

I de flesta avsnitten har vi lagt in fallbeskrivningar under rubriken *Att samtala om – Mötet med...* De är inte direkta beskrivningar av patienter eller klienter utan snarare kortfattade vinjetter av situationer. Vi hoppas att de leder till spännande samtal, där ni kan dela era erfarenheter med varandra.

I texten har vi lagt in siffror med källanvisningar. Du hittar referenserna och ytterligare lästips i slutet av varje avsnitt.

I denna nya upplaga har vi uppdaterat olika faktauppgifter och fördjupat texten kring olika teman, till exempel primärvårdens roll och barnperspektivet. I det arbetet har vi fått synpunkter och bidrag från arbetskamrater på Transkulturellt Centrum: Carin Klefbom, Frida Johansson Metso, Joakim Lindqvist, Karima Assel, Zara Bohlin, Haibe Hussein och Lena Bolander.



Migration och flyktingskap

»Rätten till hälsa och vård på lika villkor är en grundläggande mänsklig rättighet (artikel 25 i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna) och något som ska tillkomma alla människor. Att ge vård efter behov är en grundprincip inom den medicinska etiken som alla läkare i Sverige förbinder sig att följa. Trots detta är det i mångt och mycket en persons juridiska status som avgör vilken vård hen får i Sverige idag.«

Vård för alla – papperslösas rätt till vård (1)

Flyktingströmmar och ändrade asylregler

65,6 miljoner människor i världen befann sig sommaren 2017 ofrivilligt fördrivna från sina hem. Drygt 28 000 människor om dagen tvingas fly från sina hem.

Det finns fler flyktingar i världen än det gjort sedan andra världskriget.

Cirka 22,5 miljoner av dessa människor var registrerade som flyktingar, och mer än hälften av dem var barn.

Mer än hälften av alla världens flyktingar kom vid samma tidpunkt från tre länder: Sydsudan, Syrien och Afghanistan. De största mottagarländerna i världen var Turkiet, Pakistan, Libanon, Iran, Uganda och Etiopien, det vill säga grannländer till flyktingarnas ursprungsländer (2).

Under hösten 2015 kom drygt en miljon flyktingar till EU-länderna, och deras vandring genom Europa kunde följas på tv-skärmarna på bästa sändningstid. Sverige var ett av de länder som tog emot flest flyktingar. Totalt anlände 163 000 asylsökande till landet, varav 35 000 ensamkommande barn.

Många människor mobiliserades för att stödja flyktingarna, men på hösten 2015 ändrade alltför många regeringar sin politik. Gränserna till EU stängdes till, och på våren 2016 slöt EU ett avtal med Turkiet om att landet skulle hålla flyktingar utanför EU.

I Sverige infördes id-kontroller vid gränserna och i november 2015 enades en majoritet av partierna om att införa ett antal åtgärder för att minska antalet asylsökande. Den så kallade begränsningslagen som ska gälla från juli 2016 (med retroaktivitet från 24 november 2015) till juli 2019 innebär inskränkningar av möjligheten att få uppehållstillstånd, och av möjligheten till familjeåterförening (3).

Från asylsökande till uppehållstillstånd

När en person söker asyl i Sverige är det Migrationsverket som först bedömer ansökan. Beslutet kan sedan överklagas till Migrationsdomstolen, och i enstaka fall till Migrationsöverdomstolen. Den asylsökande har rätt till offentligt biträde, en jurist (4).

För att få asyl fordras som grundregel flyktingskäl, det vill säga att personen i sitt hemland skulle känna »välgrundad fruktan för förföljelse«. Det gäller även en person som är statslös och inte kan återvända till det land där hen hittills haft sin vistelseort.

Man kan även få uppehållstillstånd utifrån så kallad alternativ skyddsstatusförklaring, som handlar om att personen utan att vara utsatt för en personlig förföljelse riskerar död eller allvarlig skada vid återkomsten till hemlandet. Jämfört med andra EU-länder har Sverige tidigare beviljat alternativt skyddsstatus i en högre andel av fallen och konventionsflyktingstatus mer sällan. Andelen konventionsflyktingar har dock ökat. År 2017 fick 15 400 asylsökande status som konventionsflyktingar och 13 800 som alternativt skyddsbehövande (4).

Enligt begränsningslagen 2016 kan den som fått flyktingstatus få tre års tillfälligt uppehållstillstånd, men den som är alternativt skyddsbehövande enbart 13 månader. En alternativt skyddsbehövande kan bara få permanent uppehållstillstånd när tiden gått ut om hen kan försörja sig själv (4).

Andra skäl att få stanna

Övriga grupper som kan få uppehållstillstånd är

- Anhöriga till person som redan bor i Sverige. Som anhörig räknas make/maka/registrerad partner eller sambo samt barn under 18 år.
- Arbetstagare. Den sökande måste bifoga arbetserbjudande i ansökan om uppehållstillstånd och arbetstillstånd. Lönen måste vara minst 13 000 kronor i månaden före skatt. En grupp som har vuxit under senare år är de som får arbetstillstånd i Sverige och som kommer från länder utanför EU/EES och deras anhöriga.
- Gäststudenter på universitet eller högskola. Studenten ska betala för studieplatsen och visa att hen kan försörja sig under hela studietiden.

Tidigare fanns det i utlänningslagen möjligheten att få stanna på grund av »synnerligen ömmande omständigheter«, där hänsyn till hälsotillstånd, anpassning till Sverige och situation i hemlandet kunde tas.

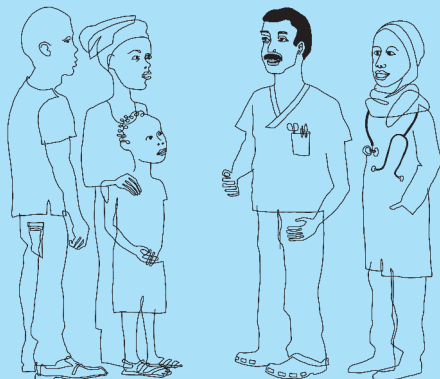
I vården, framförallt i psykiatri, träffar vi ibland patienter som i samband med sin asylansökan eller i samband med överklagande hänvisar till sin sjukdom och att de inte kan få vård i hemlandet. De har då åberopat »synnerligen ömmande omständigheter«. Läkare har ofta ombetts att skriva intyg om den asylsökandes hälsotillstånd. I praktiken har dock uppehållstillstånd beviljats oerhört sällan på den grunden. Enligt begränsningslagen kommer synnerligen ömmande skäl bara att beviljas om utvisning skulle strida mot »ett svenskt konventionsåtagande« (3).

ORDFÖRKLARINGAR

enligt Migrationsverkets ordlista och lagars definitioner

Asylsökande

En utländsk medborgare (ej från EU) som begärt skydd i Sverige men som inte fått sin ansökan slutligt prövad av Migrationsverket eller migrationsdomstol.



Flyktingskäl

Enligt utlänningslagen som bygger på FN:s flyktinkonvention "välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning eller på grund av kön, sexuell läggning eller annan tillhörighet till viss samhällsgrupp".

Flyktning

Utlänning som ansökt om asyl och fått uppehållstillstånd i Sverige av flyktingskäl (enligt Genève-konventionen/ internationell rätt). Flykt från krig, fattigdom och naturkatastrof ger inte automatisk status som flyktning.

Kvotflyktning

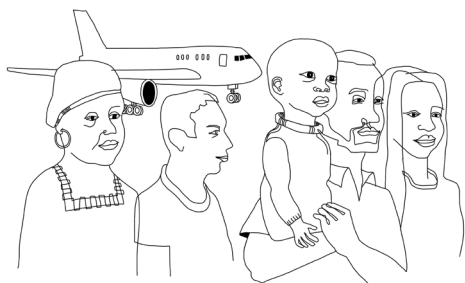
Utländsk medborgare som före resan till Sverige fått uppehållstillstånd (inom den kvot/antal regeringen satt upp). Det är UNHCR, FN:s flyktingorgan som bedömer vilka personer som behöver vidarebosättning och presenterar dem för ett möjligt mottagarland.

Tredjelandsmedborgare

Personer som inte är medborgare i något EU/EES-land eller i Schweiz. Kan ha uppehållstillstånd inom EU/EES.

Identitet

Finns ingen rättslig definition, enligt praxis är det namn, födelseid och medborgarskap. Styrks av pass eller id-handling utfärdad av myndighet i hemlandet.



Alternativt skyddsbehövande

En person som riskerar att straffas med döden eller utsättas för kroppsstraff, tortyr eller annan omänsklig eller förnedrande behandling eller som civilperson löper stor risk att skadas på grund av väpnad konflikt.

Medborgarskap

Ett rättsligt bindande förhållande mellan stat och individ. Uppstår genom automatik vid födelse eller efter ansökan/anmälan.

Papperslösa

Människor som uppehåller sig i ett annat land utan tillstånd. En växande grupp är EU-medborgare som blivit kvar i Sverige sedan deras anställning gått ut eller utan att hitta en anställning.

Snabba ändringar i asyllagstiftningen

Sedan regeringen i november 2015 tillkännagav att asyllagstiftningen skulle ändras och antalet asylsökande reduceras, har en rad regeländringar genomförts.

1 juni 2016 trädde en ny lag i kraft som innebär att vuxna asylsökande med utvisningsbeslut tvingas lämna boenden och blir av med dagbidrag.

20 juli 2016 började lagen om tillfälliga begränsningar att få uppehållstillstånd i Sverige att gälla. Lagen gäller till och med 19 juli 2019 om inte riksdagen beslutar något annat. De viktigaste förändringarna är att

- Antalet skäl som ger möjlighet att få uppehållstillstånd har minskat. Att ha flyktingskäl eller vara alternativt skyddsbehövande gäller fortfarande, men kategorin »övriga skyddsbehövande« som fanns tidigare används inte.
- Paragrafen om »synnerligen ömmande omständigheter« används i allmänhet inte.
- Tillfälliga uppehållstillstånd är regel.
- Möjligheterna till familjeåterförening är drastiskt begränsade (3).

Tillvaron före och efter uppehållstillstånd

Migrationsverket erbjuder anläggningsboende, ABO, till de asylsökande. Många asylsökande bor i eget boende, EBO. Då har man själv ordnat boende till exempel hos en släkting eller en bekant. I december 2017 bodde nästan 37 000 i ABO och 33 000 i EBO (4).

Den asylsökande kan arbeta under den tid asylutredningen pågår. Länsstyrelserna har idag genom »Tidiga insatser för asylsökande» ansvar för att i samarbete med kommuner, kommunalförbund och civilsamhälle *främja kunskaper i svenska, kunskaper om det svenska samhället och arbetsmarknaden eller hälsa* för asylsökande och personer med uppehållstillstånd som fortfarande bor kvar i Migrationsverkets anläggningar.

För den nyanlände som skrev in sig på Arbetsförmedlingen före 1 januari 2018 gäller lagen om nyanländas etablering från 2010. Arbetsförmedlingen genomför etableringssamtal med den nyanlände och utformar tillsammans med denne en etableringsplan. Etableringsersättningen betalas ut av Försäkringskassan.

I januari 2018 började nya regler för nyanländas etablering på arbetsmarknaden att gälla. Syftet var att programmet mer skulle motsvara det som gäller för övriga arbetssökande. Etableringen i arbets- och samhällsliv ska underlättas och påskyndas. Programmet gäller för åldrarna 20–64 år. Det görs en individuellt anpassad handlingsplan och den nyanlände har utbildningsplikt. Programmet kan även innehålla studier på heltid bland annat för att få grundläggande kunskaper för arbete eller fortsatta studier.

Liksom tidigare gäller insatsen under 24 månader som på heltid eller deltid kan ges under maximalt 36 månader.

Asylsökande barn och ungdomar

Som barn räknas personer under 18 år. De flesta asylsökande barn kommer tillsammans med sina föräldrar. Enligt utlänningslagen ska särskild hänsyn i asylutredningen tas till barnets bästa. Alla barn som kan och vill har rätt att tala och bli lyssnade på. Barns asylskäl ska prövas särskilt, de behöver ju inte vara desamma som föräldrarnas.

Ensamkommande barn och ungdomar kommer till Sverige utan föräldrar eller annan vårdnadshavare. De får en god man av kommunen och ett offentligt biträde som är med vid asylutredningen.

Kommunen ansvarar för boende, oftast i så kallade HVB-hem (hem för vård eller boende) eller – för de yngre barnen – i familjehem. Den som fyller 18 år och ännu inte fått besked om sin asylansökan får plats i ett av Migrationsverkets boenden för vuxna asylsökande. En konsekvens av detta har blivit att många asylsökande ungdomar fått flytta till andra delar av landet, från skola, kamrater och stödjande nätverk för övrigt. Svårigheten i övergången till vuxenliv ökar av att godmanskapet samtidigt upphör vid 18-årsdagen.

Den som fyller 18 år och har fått uppehållstillstånd hänvisas på många håll till så kallade stödboenden, med lägre personalbemannning än HVB-hemmen.

För asylsökande barn finns ingen skolplikt men de har rätt att gå i skola på lika villkor som kommunens övriga barn. Detta gäller från förskola till gymnasium. Har en ungdom börjat gymnasiet före 18 så ska hen ges möjlighet att fullfölja sin utbildning.

Papperslösa barn har laglig rätt till skolgång men omfattas ej av skolplikt.

Ensamkommande barn – en utsatt grupp

Antalet ensamkommande barn ökade kraftigt under 2015. Nya regler och ny praxis har påverkat deras villkor i Sverige på flera olika sätt:

Barn kan inte utvisas om det inte finns ett ordnat mottagande i hemlandet. Men enligt ny praxis får allt fler barn som är 17,5 år och inte bedöms ha skyddsskäl utvisningsbeslut och kan då utvisas när de fyller 18 år. De som är mellan 16 och 17,5 år gamla och bedöms ha skyddsskäl får tillfälliga uppehållstillstånd, och när tillstånden går ut prövas de igen, som vuxna. Många av de ensamkommande ungdomarna fyllde 17 år under 2017 och många fick även sin ålder uppskriven till 18 år efter en medicinsk åldersbedömning.

När det tidsbegränsade tillståndet går ut kan personen få permanent uppehållstillstånd om hen kan försörja sig själv. För personer under 25 år gäller att de dessutom måste ha fullföljt gymnasiestudier. Ensamkommande barn som fått uppehållstillstånd som alternativt skyddsbehövande kommer inte att kunna återförenas med sina familjer.

Åldersbestämningar har länge varit kontroversiella, eftersom många experter menat att de inte är vetenskapliga. Regeringen gav i september 2016 Rättsmedicinalverket i uppdrag att börja utföra åldersbestämningar med röntgen av knäled och visdomständer. I praktiken startade användningen av denna metod mars 2017 och är även den vetenskapligt ifrågasatt.

Hälsundersökning och rätten till vård

Vuxna asylsökande har rätt till akut vård och vård som inte kan vänta. De har också rätt till förlossningsvård, förebyggande barn- och mödravård samt vård enligt smittskyddslagen. Alla asylsökande får ett så kallat LMA-kort (Lagen om mottagande av asylsökande) och när de visar upp kortet betalar de 50 kronor vid besök hos läkare på vårdcentral och högst 50 kronor för receptbelagda mediciner.

Asylsökande barn och ungdomar upp till 18 år har rätt till samma hälso- och sjukvård och tandvård som barn bosatta i Sverige.

Alla asylsökande erbjuds ett hälsosamtal och en hälsoundersökning. Hälsoundersökningarna organiseras olika i olika landsting, men ansvaret ligger oftast på primärvården (5).

Socialstyrelsen har i en rapport kritiserat begreppet »vård som inte kan anstå« som en risk för patientsäkerheten. Myndigheten påpekade att det inte bara gäller akut vård, utan också vård och behandling där även en måttlig fördröjning kan få allvarliga följder, vård som kan motverka ett mer allvarligt sjukdomstillstånd eller vård för att undvika mer omfattande vård och behandling. Bara behandlande läkare eller annan ansvarig vårdpersonal som har kunskap om patientens individuella förutsättningar kan bedöma vilka åtgärder som krävs och när (6).

Papperslösa och gömda personer har sedan 2013 samma rätt till vård som asylsökande. Barn har samma rättigheter som andra barn i landet. Landstingen har också rätt att ge vård utöver minimikravet. Flera landsting har beslutat att ge asylsökande, gömda och papperslösa personer samma rätt till vård som andra personer bosatta i landstinget.

VISSTE DU ATT ...

... den så kallade Dublinkonventionen innebär att en asylsökande måste söka asyl i det EU-land dit hen först anlänt. Den asylsökande kan skickas tillbaka från Sverige till detta land. 1 december 2017 hade totalt 2 907 ärenden under året avvisats på grund av Dublinförordningen.

... EU-medborgare inte behöver söka uppehållstillstånd. De har så kallad uppehållsrätt om de till exempel är arbetstagare, egen företagare, studerar eller har tillräckliga medel för sin försörjning.

... drygt 4 800 kvotflyktingar fick uppehållstillstånd 2017. Enligt den migrationspolitiska överenskommelsen i riksdagen 2015 ska Sverige öka sitt mottagande av kvotflyktingar till 5 000 personer årligen.

... i december 2017 bodde nästan 37 000 asylsökande i anläggningsboenden, 33 000 i eget boende och nästan 10 000 i övriga boenden (gäller främst ensamkommande barn i olika boendeformer).

... debatten om medicinsk åldersbestämning tog fart hösten 2017, sedan det framkommit att experter i olika länder var oense om värdet av de metoder som användes. Socialstyrelsen fick 2015 ett uppdrag att kartlägga olika metoder för åldersbestämning och 2016 att göra en fördjupad studie av dessa metoder. Denna var planerad att redovisas våren 2018. Redan 2016 fick Rättsmedicinalverket i uppdrag att börja göra medicinska åldersbedömningar utifrån aktuell forskning och beprövad vetenskap. Kritiken ledde till att Migrationsverket hösten 2017 pausade undersökningarna av asylsökande flickor (7).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. »Vård för alla – papperslösas rätt till vård«. Citerat från webbplats för International federation of medical students' association i Sverige, IFMSA-Sweden, <https://www.ifmsa.se/scorp/var-d-for-alla/>
2. Siffrorna om flyktingströmmar kommer från webbplatsen för UNHCR, FN:s flyktingkommissariat, www.unhcr.org
3. Svensk författningssamling. Lag om tillfälliga begränsningar av möjligheten att få uppehållstillstånd i Sverige (2016:752). Finns på www.riksdagen.se.
4. Beskrivningar av regler och statistik i det här avsnittet hämtas från Migrationsverkets webbplats, www.migrationsverket.se
5. Socialstyrelsen. (2016). *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända*. Delrapport 2016. Stockholm: Socialstyrelsen.
6. Socialstyrelsen. (2014). *Vård för papperslösa: vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd*. Stockholm: Socialstyrelsen.
7. »Förtydligande vad gäller Socialstyrelsens arbete med medicinska åldersbedömningar«, se www.socialstyrelsen.se

Fler lästips:

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hälsoundersökning av asylsökande m. fl: SOSFS 2011:11

Socialstyrelsens webbsida för vägledning kring vård av asylsökande:
<http://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera>

Flyktinggruppernas riksråd. *Goda råd för dig som söker asyl i Sverige*.

Version 5.02. Januari 2018. Även på engelska, spanska, ryska, arabiska och farsi. Finns att ladda ned på www.farr.se

Webbplatser med aktuell information:

Migrationsverket, www.migrationsverket.se

UNHCR, www.unhcr.org

Regeringen, www.regeringen.se

Transkulturellt centrum,

www.transkulturelltcentrum.se

Frivilligorganisationer:

Flyktinggruppernas Riksråd, FARR, www.farr.se

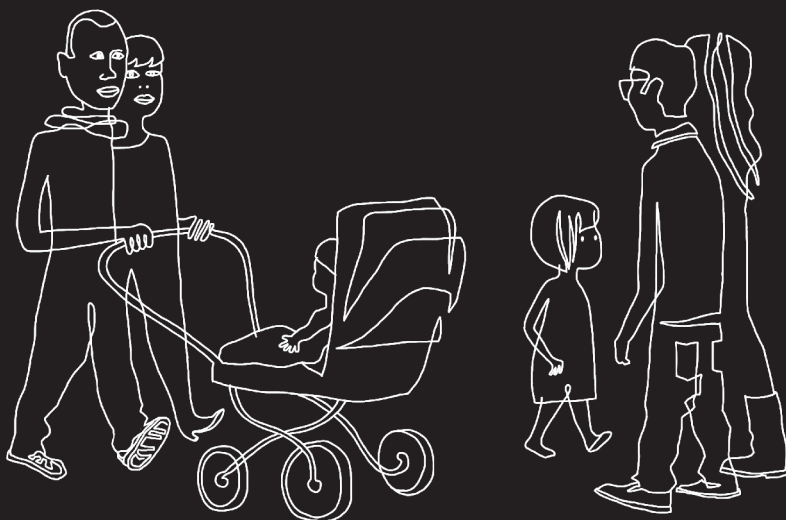
Refugees welcome, <https://refugees-welcome.se/>

Crossroads – råd och stöd för EU-medborgare,

<https://www.stadsmissionen.se/crossroads-rad-och-stod-eu-medborgare>

Läkare i världen, <http://lakareivarlden.se/>

Rätt till vård-initiativet, www.vardforpaperslosa.se



Migration – öppning och kris

»Tänk dig själv då att man går någonstans helt för sig själv, helt utlämnad, väldigt hjälplös på något sätt och man tänker hela tiden, dag som natt när man ska lägga sig 'vad kommer att ske, hur ser min framtid ut'. Man grubblar hela tiden, det är någonting som hela tiden är där i huvudet på en och gnager inom en. Och så tänker man den tanken 'tänk om, tänk om man får ett avslag och behöver återvända till Irak'. Alltså för oss betyder det, ett återvändande, det är att likställa med att man dödas. Det är döden.«

Citat från en intervju med en ensamkommande pojke i rapport från Barnombudsmannen, 2017 (1)

Migrationens faser

Migration betyder byte av hemort eller hemland. Man talar om migrationens olika faser:

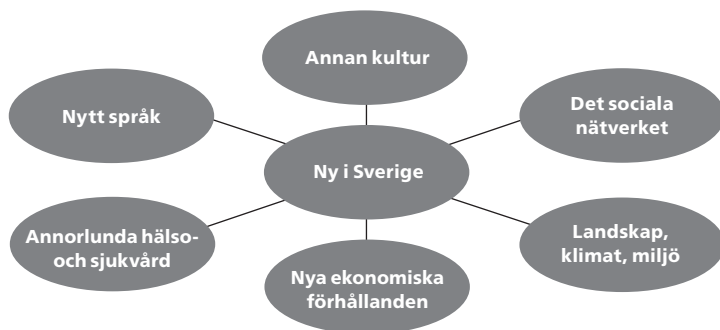
- premigration, tiden i hemlandet innan flytten/flykten.
- migrationsfasen, själva tiden då man tar sig från hemlandet till det nya landet.
- postmigration, tiden i det nya landet efter flytten/flykten.

Vi inser nog alla att förhållandena i premigration – till exempel krig och förföljelse – är viktiga för den migrant vi möter i Sverige.

Att vi under en rad år kunnat följa bilder från flyktingarnas väg har också gjort oss mer medvetna om migrationsfasens vedermödor. Även då den inte är så traumatiserande är det tid då man befinner sig »mitt emellan« – som ofta är lång, ibland flera år och som präglar migranten vi möter.

Däremot förbiser vi ofta att sociala och ekonomiska villkor i det nya landet utgör belastningar och bidrar till så kallad *migrationsstress*.

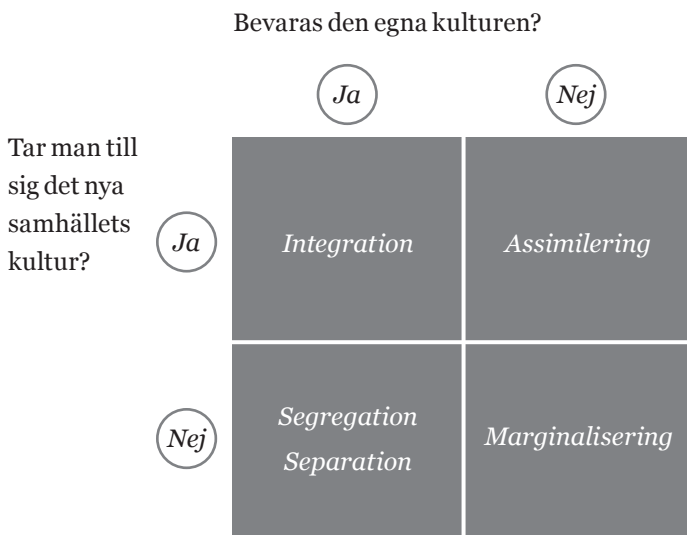
Bilden härnedan illustrerar en rad utmaningar som kan möta den som är ny i Sverige, antingen hen kommit som flykting eller som arbetskraftsinvandrare.



Källa: Haibe Hussein, hälsokommunikatör
vid Transkulturellt Centrum

Ackulturation

Begreppet *ackulturation* handlar om den förändring som sker när två kulturer möts och påverkar varandra. I praktiken används det ofta för att beskriva vilka positioner olika invandrargrupper hamnar i det nya landet: I vilken grad behåller man banden till den egna ursprungskulturen? Och i vilken grad tar man till sig värdlandets kultur? De fyra olika positioner som identifierats kallas *integration*, *assimilering*, *segregation* eller *separation* samt *marginalisering*. De illustreras av bilden på denna sida. Forskning tyder på att integration är den position som leder till bäst hälsa, medan marginalisering är förknippat med sämre hälsa (2). Det finns en risk att modellen alltför mycket ger sken av att invandraren frivilligt väljer. I ackulturationsprocessen påverkar också det mottagande samhällets ideologi, inte minst diskriminering som förhindrar integration (3).



Efter Berry & Kim, 1988(2)

Migration – en livskris

– Jag ville lovsjunga exilen och skriva att allt är möjligt. Att man, om man är öppen för det, kan börja om på nytt, sade den grekiskfödde författaren Theodor Kallifatides i en tidningsintervju (4). Utan tvekan finns det många människor som främst sett migrationen som en öppning och känt lättnad och framtidshopp när de stigit i land på främmande mark.

Men migrationen kan också ses som en livskris, en livssituation som inte kan hanteras med hjälp av tidigare erfarenheter och som leder till någon form av psykiskt lidande (5).

Hur migrationskrisen artar sig beror förstås på bakgrunden. Vad har man upplevt och varit utsatt för? Blev beslutet att migrera brådstörtat? Fick man fly ensam eller följde viktiga personer med? Visste man något om mottagarlandet? Oavsett bakgrund beskrivs dock migrationen som en extremt stressande livshändelse, såväl känslomässigt som fysiskt.

Bland de känslor som kan väckas är

- sorg över förluster av landet, nätverket, språket, ja själva identiteten;
- ilska över orättvisan som drabbat en och över diskriminering i det nya landet;
- rädsla som väcks av tankarna på den fara man varit utsatt för;
- skuld mot dem man lämnat kvar;
- hjälplöshet och vanmakt, över att inte längre ha kontroll över sitt liv;
- besvikelse och bitterhet över motgångar i det nya landet.

En stress för familjen

Familjen och det övriga privata nätverket är ett viktigt stöd för oss alla i krisperioder i livet. Samtidigt är migrationen en stress för familjens förmåga att fungera. Även här spelar bakgrunden till migrationen stor roll. Det är inte säkert att familjen levtt ett »normalt« familjeliv på många år. Någon av eller bägge föräldrarna kan ha suttit i fängelse. Föräldrar som torterats kan ha svårt att fungera i sin föräldraroll. Familjemedlemmarna kan ha skilts åt under årtal i samband med flykten.

En påfrestning i Sverige som brukar beskrivas är att föräldrar och barn befinner sig i otakt. Vid ankomsten är föräldrarna lättade medan barnen sörjer förlusten av den bekanta bakgrunden. Efter ett år har barnen lärt sig svenska och är på väg in i det svenska samhället, medan föräldrarna upplever migrationsrelaterad stress. De kan känna besvikelse över mötet med det svenska samhället. Vuxna människor som blir beroende av myndigheter kan regrediera och känna sig hjälplösa. Barnen får visa sina föräldrar till rätta i det nya landet.

Flyktningföräldrar känner ofta skuld gentemot sina barn, för att de inte lyckats skydda dem. Barnen å sin sida kan slitas mellan en lojalitet med föräldrarna, som varit utsatta för så mycket, och å andra sidan sin egen vilja att ta vara på det nya landets möjligheter (6).

Migranter idag har ofta täta kontakter med släktingar och bekanta i andra länder, det *transnationella nätverket*. Sådana relationer kan ge ökad trygghet och ökad självkänsla och ibland kompensera för bristerna i vardagslivet i Sverige (7).

Kristina – ett fall av nostalgisk fixering?

»Hon försökte ständigt på nytt förkväva denna längtan, denna trånad och saknad efter det som hon aldrig skulle få igen. Hon ville övervinna sin klenhet i sinnet och visa sig lika stark som Karl-Oskar. Hon hade sitt hem här för alltid, hon var tvungen att göra sig hemmastadd, att införliva sig med det främmande landet. Men här rådde inte hennes vilja. Någonting i hennes själv vägrade att lyda.«

Så skildrar Vilhelm Moberg i sitt utvandrarepos svårigheterna för torparhustrun Kristina från Duvemåla att anpassa sig till det nya landet Amerika, dit hon utvandrat med maken Karl Oskar (8).

Det hjälper inte att Karl Oskar planterar en astrakanapel och döper det nya hemmet till Duvemåla, som det gamla – hemkänslan vill ändå inte infinna sig. I drömmen varje natt återflyttar Kristina till hemlandet.

Och när hon försöker plantera rabattblommorna från hemlandet och det visar sig att hon med sina bristfälliga engelskkunskaper istället köpt gräsfröer blir det ännu ett tecken på att hon inget har där att göra.

ORDFÖRKLARINGAR

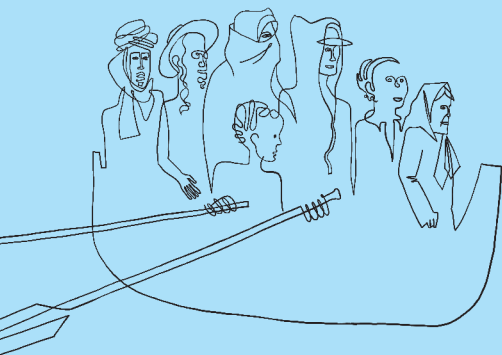
enligt Migrationsverkets ordlista och lagars definitioner

Permanent uppehållstillstånd PUT

En utländsk medborgare som beviljats PUT har tillstånd att bo och arbeta i Sverige på obegränsad tid (så länge man är bosatt i Sverige). Blir folkbokförd och får svenskt personnummer.

Tillfälligt uppehållstillstånd TUT

Tidsbegränsat uppehållstillstånd. Har tidigare använts vid internationella konflikter som bedömts som övergående. I begränsningslagen från 2016 huvudregeln vid beviljad asyl.

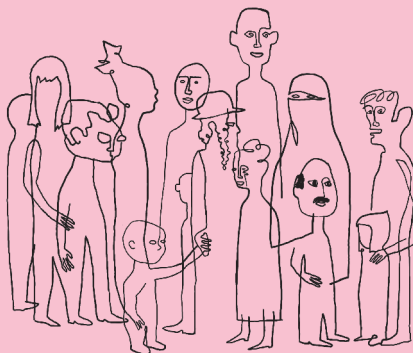


Permanent uppehållsrätt

Gäller medborgare i EU/EES-land samt familjemedlemmar som vistats lagligt i Sverige under 5 år. Går att ansöka om intyg på den permanenta uppehållsrätten.

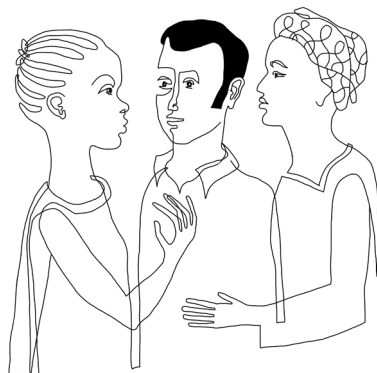
Ankomstkommun – ensamkommande barn

Den kommun där barnet först tar kontakt med en svensk myndighet. Kommunen ansvarar då i första hand för boende.



Anvisningskommun – ensamkommande barn

Den kommun Migrationsverket anvisar för att ta hand om barnet, den anvisade kommunen tar det långsiktiga ansvaret.



Avvisning

Beslut om att en person ska lämna Sverige. Kan beslutas av polis. Beslutet ska fattas inom tre månader. Avvisningsbeslutet får normalt inte verkställas förrän det vunnit laga kraft.

Förvar

En låst lokal där asylsökande och andra utlänningar hålls i väntan på avvisning/utvisning. I regel inte dömd för kriminell handling. Ingen rätt att arbeta.

Utvisning

Beslut om avlägsnande som en person kan få från och med tre månader (längre tid än tre månader) efter den dag hen ansökt om uppehållstillstånd. Domstol kan även döma till utvisning vid brott.

Avvisning med omedelbar verkställighet

Om det är uppenbart att en person saknar rätt till asyl eller uppehållstillstånd kan hen få beslut om avvisning som ska genomföras omedelbart. Personen får inte stanna i Sverige i väntan på eventuell överklagan (t ex utgången visum).

VISSTE DU ATT ...

... i en undersökning av nyanlända irakier i Malmö fann man stora skillnader i levnadsvillkor jämfört med befolkningen i riket. Betydligt fler saknade praktiskt och emotionellt stöd i vardagen och 80 procent hade ett lågt socialt deltagande (9).

... i en studie uppgav fler personer ur olika grupper av utlandsfödda att de hade mindre social kontakt än personer födda i Sverige. Bland de utrikesfödda var det färre än bland de svenskfödda som hade kontakt med anhöriga varje vecka (10).

... skilsmässofrekvensen hos nio olika grupper av personer födda utanför Sverige visade sig i en studie vara högre än bland personer födda i Sverige. Särskilt ofta skilde sig personer födda i Chile och Iran (11).

... i en studie mådde vietnamesiska flyktingungdomar som kommit till Norge som barn psykiskt bättre än inhemskt födda ungdomar. Bland viktiga faktorer som framkom i en uppföljningsstudie var stödet från det utvidgade släktnätverket och stödet att behålla det vietnamesiska språket och vietnamesiska värderingar – men också det faktum att de kunde tillgodogöra sig utbildningsmöjligheter i det norska samhället (12).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Barnombudsmannen. (2017). Nyanlända barns hälsa. Delrapport i Barnombudsmannens årstema 2017 – Barn på flykt.
2. Berry, J.W. & Kim, U. (1988). Acculturation and mental health. I J. Dasen, J.W. Berry & N. Sartorius (red.) *Health and cross-cultural psychology towards application*, s.207-235. London: Sage Publication.
3. Hung Huia, B.P., Chenb, S.X., Leungb, C.M. & Berry, J. (2015). Facilitating adaptation and intercultural contact: The role of integration and multi-cultural ideology in dominant and non-dominant groups. *International Journal of Intercultural Relations*, 45:70–84
4. »Theodor Kallifatides: Jag vill lovsjunga exilen i det nya landet«. *Dagens Nyheter* 25 augusti 2012.
5. Nationalencyklopedin, uppslagsordet »kris«.
6. Angel, B & Hjelm, A. (2004). *Att möta flyktingar*. (2. uppl.) S. 75 ff. Lund: Studentlitteratur.
7. Eastmond, M. & Åkesson, L. (2007). *Globala familjer. Transnationell migration och släktskap*. Möklinta: Gidlunds förlag.
8. Moberg, V. (1956). *Nybyggarna*, s. 65 ff. Stockholm: Bonnier.
9. Daryani, A., Löthberg, K., Feldman, I. & Westerling, R. Olika villkor – olika hälsa. Hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 2 2012.
10. Vogel, J. & Hjerm, M. (2002). *Integration till svensk välfärd? Om invandrarnas välfärd på 90-talet*. In Swedish. (Integration into Swedish welfare? Immigrants' welfare in the 1990s.). Örebro: Statistics Sweden.
11. Darvishpour, M. (2003). *Invandrarkvinnor som bryter mönstret. Hur maktförskjutningen inom iranska familjer i Sverige påverkar relationen*. Samhällsvetenskapliga fakulteten. Stockholm: Stockholms Universitet.
12. Tingvold, L., Middlethorpe, A.L., Allen, J. & Hauff, E. (2010). Parents and children only? Acculturation and the influence of extended family members among Vietnamese refugees. *International Journal of Intercultural Relations*, 36:260–270

Fler lästips:

Can, M. (2006). *Tätt intill dagarna*. Stockholm: Norstedt.

Hassen Khemiri, J. (2003). *Ett öga rött*. Stockholm: Norstedt.

Kallifatides, T. (2001). *Ett nytt land utanför mitt fönster*.

Stockholm: Bonnier.

Efendić, N. (2016). *Jag var precis som du*. Stockholm: Natur & Kultur.

Zardadi, A. (2017). *Ängeln och sparven. Texter av en ensam ungdom på flykt*. Göteborg: Catoblepas förlag.



Migration och hälsa

»Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom.«
WHO, 1948(1)

»Jag trodde att när jag fått mitt uppehållstillstånd skulle jag bli OK, men så är det inte. När du får ditt uppehållstillstånd, då börjar du oroa dig för att få jobb och någonstans att bo. Allt det här är psykiskt utmattande.«
Citat från intervju med manlig flykting i västra Stockholm
(2, vår översättning)

Hälsa – vad vet vi om skillnader?

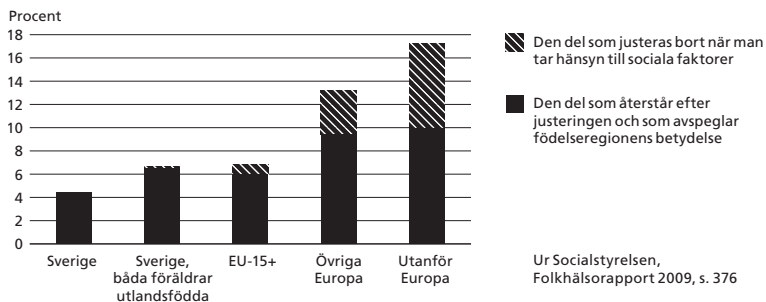
Vad är hälsa? Det kan tyckas som en enkel fråga. Nog vet vi väl om vi är friska eller sjuka? I själva verket finns det många olika definitioner. I inledningen till det här avsnittet har vi citerat WHO:s definition, som brukar kritiseras för att vara orealistisk. Men styrkan med beskrivningen är att vi förstår att hälsa är en subjektiv upplevelse. Ytterst är det min egen upplevelse som avgör min hälsa.

I det här avsnittet kommer vi att redogöra för statistik från stora register som Socialstyrelsen sammanställt. Det blir då med nödvändighet en statistisk sanning, som inte säger något om upplevelsen hos den person vi möter. Däremot kan vi få ett begrepp om vilka behov vi kan tänkas möta i vård och omsorg.

I stora intervjuundersökningar uppger gruppen utlandsfödda i Sverige sämre självskattad hälsa än svenskfödda. Bäst hälsa har invandrare från Norden och sämst har utomeuropeiska invandrare. Men om man drar bort den delen av ohälsan som beror på socio-ekonomiska faktorer, minskar skillnaderna. Det visas i diagrammet här på sidan. Det allra mesta – men inte allt – av skillnaderna i hälsa förklaras av att invandrarna är fattigare och har sämre sociala villkor (3).

Hälsa efter födelseland

Andel (procent) i respektive grupp som uppger dålig eller mycket dålig hälsa, efter födelseland/-region, åren 2000–2015.



Den friska invandraren?

Det finns skillnader i hälsa som beror på förhållanden i hemlandet. Utlandsfödda har oftare vissa infektionssjukdomar, som hepatit B och C, tuberkulos och HIV. Skillnader i livsstil påverkar sjukligheten. Utlandsfödda män röker oftare än svenskfödda, medan däremot alkoholkonsumtionen är lägre hos många grupper. Fetma är vanligare hos kvinnor födda utanför Norden medan män födda utanför Norden har lägre risk för övervikt än svenskfödda män. Flera studier visar att övervikt och andra riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar är vanligare i flera invandrargrupper (3).

Diabetes typ 2 är tre gånger så vanligt bland dem som är födda i utomeuropeiska länder jämfört med svenskfödda. En studie visade att turkiska invandrare i Sverige hade betydligt högre risk att drabbas av diabetes typ 2 än sina landsmän i Turkiet. De insjuknade i snitt tolv år tidigare än svenskfödda personer (4).

Psykosociala riskfaktorer som stress anses ha lika stor inverkan på risken att få hjärtinfarkt som rökning, högt blodtryck och fetma. Ett svagt socialt nätverk med litet känslomässigt stöd ökar också risken för hjärt- och kärlsjukdomar (3).

Arbetskraftsinvandrare kan troligen anses tillhöra den friskare delen av befolkningen i de länder de flyttar från. Detta kallas ibland för »the healthy migrant effect«. Men sannolikt varierar detta mellan olika grupper, beroende på allt från riskfaktorer i hemlandet till förhållanden i det nya landet (3).

Utrikesfödda har i genomsnitt lägre eller lika låg risk för tidig död som inrikes födda. Invandrare från framförallt andra nordiska länder avviker med lägre livslängd (5).

Skillnader i psykisk ohälsa

En litteraturstudie 2014 visade att utrikesfödda i flera fall hade högre risk för insjuknande i psykiska sjukdomar än svenskfödda, men det fanns även exempel på lägre risk. Subgrupper hade en ökad risk för insjuknande i depression och psykos. Det fanns liten kunskap om psykiska störningar som vanligen drabbar barn (som anorexia nervosa och ADHD) hos invandrare. Självmodsriskerna var högre än hos svenskfödda för vissa grupper, men lägre för andra (6).

Under de senaste årtiondena har det kommit många studier som visar ökad risk för psykos hos personer med invandrarbakgrund. I Sverige har studier visat en ökad risk för utlandsfödda och deras barn. På samma sätt som med kroppslig sjuklighet minskade dock skillnaden om man tog hänsyn till sociala och ekonomiska villkor (7).

Idag forskas det kring hur psykosociala faktorer kan påverka den psykiska hälsan i så hög grad att personer även kan utveckla allvarlig psykisk sjukdom. Diskriminering anses kunna öka risken för psykisk ohälsa, dels indirekt genom att den leder till sämre sociala villkor, och dels direkt genom att den skapar en kronisk stress som framkallar ohälsa (3).

Barnen till invandrare har generellt bättre hälsa än sina föräldrar med några undantag. Utlandsföddas barn har högre risk än sina föräldrar för psykos, självmord och för narkotikamissbruk.

Självmodsriskerna skiljer sig betydligt i olika delar av världen och den som migrerar tenderar att ta med sig hemlandets risk. Samtidigt finns det många studier från ett flertal länder visar att invandrare får en ökad risk för självmord och suicidalt beteende, som självmordsförsök (8).

Flyktingar och psykisk ohälsa

Det vanligaste i krigs- och katastrofsituationer är att människor reagerar med psykologiska och beteendemässiga reaktioner. Det kan röra sig om allt från ledsenhet, sorg, hjälplöshet, grubbel, trötthet, oförklarade kroppsliga symtom till aggressivitet och relations-svårigheter (9).

Flyktingar har också ökad risk att få besvär av psykiska störningar som depression och ångest samt reaktioner efter trauma som PTSD (posttraumatiskt stressyndrom). En studie visade att risken att insjukna i icke-affektiv psykos var 66 procent högre bland flyktingar i Sverige än bland icke-flyktingar från samma ursprungsländer, och nästan tre gånger högre än för inhemska personer (10).

I en studie av nyanlända från Syrien och asylsökande från Syrien, Eritrea och Somalia var den psykiska ohälsan hög. En tredjedel av de nyanlända från Syrien uppfyllde kriterierna för depression/ångest och cirka 30 procent för PTSD. För gruppen nyanlända från Syrien var psykisk ohälsa vanligt hos personer med svagt socialt stöd, betydande stress i det nya landet samt bland dem som utsatts för tortyr (11).

Asylsökande har i flera studier visat sig ha ökad risk för självmord och självmordsförsök (12, 13). Att ha utsatts för tortyr har visat sig ge ökad risk för självmordstankar (14).

Barn och ungdomar på flykt

Mer än hälften av de syriska flyktingarna år 2015 var barn. I en rapport betonades barnens och ungdomarnas utsatthet. Många hade bevittnat krigshandlingar, sett sina hem förstöras och separerats från familjemedlemmar. Många hade utsatts för fysiskt och sexuellt våld eller rekryterats av väpnade grupper. Ungefär hälften av barnen hade fått avbryta skolan. Våld i familjen hade ökat i tillvaron i flykt. Flickor blev ofta mer isolerade, eftersom familjerna inte tillät dem att röra sig fritt i den otrygga situationen. Antalet unga flickor som giftes bort ökade. Tonårspojkar utsattes för diskriminering, fysiskt våld och utnyttjades som barnarbetare (9).

Enligt rapporten ledde denna ökade stress till en hög nivå av psykosociala besvär hos barn och ungdomar, med uttryck som rädsla, sömnsvårigheter, ledsenhet, ilskeutbrott, talproblem eller mutism och kroppsliga symtom. En del barn fick uttala utagerande beteenden (9). Att ha varit utsatt för våld har visat sig vara en riskfaktor för flyktbarn överhuvudtaget, medan en stabil etablering och socialt stöd i mottagarlandet fungerar som ett skydd (15).

Sedan 2016 har det kommit en mängd rapporter i Sverige från personer som arbetar med ensamkommande barn och ungdomar om ökad psykisk ohälsa, självmordstankar och även genomförda självmord. Sammanfattande statistik saknas men när Socialstyrelsen genomförde en telefonundersökning med 51 kommuner, kände mer än hälften av kommunerna till allvarliga självmordshandlingar och självdestruktivt beteende hos de ensamkommande barnen och ungdomarna. Det framkom en tydlig koppling till asylprocessen, där barnen var rädda för att utvisas, oroliga för att bli uppskrivna i ålder och kände oro för anhöriga (16).

Kvinnor på flykt

Kvinnor som migrerat tycks utgöra en extra sårbar grupp. En svensk studie visade tre gånger förhöjd risk för självmordsförsök för unga kvinnor som invandrat från utomeuropeiska länder (17).

Flyktingkvinnor utsätts för en mängd stressorer före och efter flykten. I en rapport beskrevs ökning av sexuellt våld mot kvinnor i Syrien, såväl under stridigheterna i landet som i flykten, ökat våld i familjen, isolering och ekonomiska svårigheter. När männen försvunnit eller dödats fick kvinnorna en ny roll som familjeöverhuvud, vilket för många blev en ökad börda men för andra också en källa till ökad självkänsla. Kvinnor och ungdomar som utsatts för sexuellt våld har beskrivit hur de är rädda för och ibland möter avståndstagande och stigmatisering från familj och omgivning. Sammantaget leder detta till ökad risk för psykologiska problem som depression och ångest. Överlevare efter sexuella övergrepp beskriver ofta blandade känslor av orättvisa, skuld och självfördömande (9).

I en svensk studie av nyanlända från Syrien var psykisk ohälsa vanligare hos kvinnorna, särskilt hos medelålders kvinnor. 43 procent av kvinnorna beskrev symtom på depression/ångest, jämfört med 32 procent av männen. Högutbildade kvinnor angav oftare lågt välbefinnande än lågutbildade (11). I en rapport från Socialstyrelsen 2016 beskrevs deprimerade kvinnor med barn som befunnit sig länge i asylprocessen liksom kvinnor, män och barn som utsatts för sexuella övergrepp som grupper med särskilda vårdbehov (18).

Att samtala om

Mötet med Maryam, 26 år

Erik som är handläggare på socialtjänsten söks upp av Maryam som kom till Sverige januari 2011 och har genomgått etableringsplanen. Hon har inte kommit ut i arbete, eftersom hon inte har någon utbildning från sitt hemland. Nu har hon försörjningsstöd, läser SFI (svenska för invandrare) och praktiserar på en förskola. Erik vet att handledaren på förskolan tycker att hon fungerar bra där.

Vid dagens besök storgråter Maryam och berättar att hon hyrt en tvåa i andra hand av en landsman som varit bortrest, men att denne nu återvänt och vill att hon flyttar ut. Vart ska hon ta vägen? Hon har hört av andra att bostadsbristen är svår i Stockholm. Hon har till och med väddat till landsmannen om att få bo kvar även om det är otänkbart för en ensam kvinna att bo inneboende med en ensam man enligt traditionen i hemlandet.

Maryam säger att hon är desperat och har svårt att sova på nätterna. Hon känner sig trött, orkar inte gå på SFI, hon tycker att hon inte lär sig någonting. Hon bara sitter där och tänker på vart hon ska ta vägen. Hennes handledare på förskolan har sagt att hon inte behöver komma till förskolan då hon har sett att Maryam mår dåligt.

Maryam säger att det inte var det här hon hade tänkt sig när hon flydde från sitt hemland. Hon önskar att hon hade dött tillsammans med sin familj då rebellerna anföll hennes stad. Erik undrar hur Maryam ska klara situationen. Räcker det om han ordnar plats tillfälligt på vandrarhem eller behöver hon någon annan hjälp?

Munhälsa

Asylsökande och flyktingar bedöms ha större behov av tandvård än befolkningen som helhet. Riskfaktorer för ohälsa i allmänhet som rökning, sämre ekonomi och lägre utbildningsnivå är riskfaktorer för dålig munhälsa. Parodontit (»tandlossning«) sätts även i samband med kraftig stress (19).

En kartläggning visar att nyanlända har något färre kvarvarande tänder än befolkningen i stort. Det kan vara ett tecken på tidigare tandsjukdom, men också avspegla tidigare behandlingsutbud. Å andra sidan har de fler intakta tänder än befolkningen i stort. För asylsökande finns ingen samlad statistik, men många behandlare beskriver hög förekomst av karies hos asylsökande barn. De nyanlända söker också tandvård akut oftare, medan de inte i samma grad kommer till förebyggande behandling, som regelbundna tandundersökningar (18).

Asylsökande och »gömda« barn och ungdomar upp till 18 år har rätt till tandvård som svenskfödda barn. Efter 18 år har asylsökande rätt till akuttandvård och vård som inte kan anstå. Hela gruppen utlandsfödda tillhör de grupper som avstår från tandvård trots att de upplever behov. Den vanligaste orsaken är dålig ekonomi (19).

I en rapport om äldre invandrades munhälsa beskrev de intervjuade äldre hinder för att få tandvård i form av svag ekonomi, språksvårigheter och bristande tilltro till tandvården. De använde traditionella metoder från hemlandet och/eller tandborste för den dagliga tandvården. När man undersökte en grupp äldre invandrades tandstatus och jämförde med en svensk normalbefolkning fann man att fler var tandlösa, hade karies eller tandköttsinflammation samtidigt som de utförde munhygien mer sällan och utnyttjade tandvården i lägre grad (20).

Att samtala om

Mötet med Roya, 49 år

*Roya söker akut en sen kväll på jourcentralen och möter vikarie-
rande distriktsläkaren Halina. Roya som har persiska som
modersmål talar mycket knapphändig svenska. Sköterskorna har
sökt tolkförmedlingen men det går inte att få tag på tolk på per-
siska, ens via telefon, den här tiden på dygnet.*

*Roya pekar mitt på bröstkorgen och Halina tolkar det som att
hon har smärtor där. Med kroppsspråkets hjälp lyckas hon också få
fram att Roya känner att hjärtat bultar och att det är svårt att
andas.*

*Halina hittar inget onormalt i kroppsundersökningen frånsatt
en puls på 95. Hon kollar EKG som är normalt. Roya har ingen
feber och verkar inte allmänpåverkad.*

*Halina börjar fundera över om Royas besvär kan vara orsakade
av ångest och oro. Men hon undrar hur hon ska kunna få reda på
mer om det och om vad som kan ha utlöst besvären. Och finns det
något hon kan göra i kväll för att lugna Roya?*

Jämlik vård?

»Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen... Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.«

Så står det i hälso- och sjukvårdslagen från 1982 (21). Det är ingen överdrift att säga att vården inte når det målet när det gäller utlandsfödda.

Dödstalen i »åtgärdbar« dödlighet är enligt hälso- och sjukvårdsrapporten 2009 betydligt högre hos utlandsfödda och lågutbildade än hos svenskfödda och högutbildade. Med åtgärdbar dödlighet avses både dödlighet i sjukdomar som påverkas genom hälsopolitiska insatser (som sjukdom på grund av alkohol och tobak) och dödlighet som påverkas genom insatser i vården.

Personer födda utanför Norden nyttjar mer vård än de som är födda i Norden (fast äldre utlandsfödda använder vården mindre). Det kan tolkas som att de har större behov av vård. Att de ändå har mer åtgärdbar dödlighet kan tolkas som att de inte får rätt vård. Utlandsfödda vårdas oftare i sluten vård för åkommor som skulle ha kunnat behandlas i öppen vård, innan tillståndet blev akut (22).

Nyinvandrade irakier uppgav i en intervjuundersökning att de avstått från att söka vård. Väntetiderna sågs som för långa, och vården som ineffektiv. De flesta menade att vården i Irak är bättre – om man kan betala för sig (23).

VISSTE DU ATT ...

... självmordstalen för äldre migranter ökar i flera europeiska studier (24).

... 65 procent av äldre syriska flyktingar i Libanon hade i en studie tecken på psykiska besvär, vilket var tre gånger så många som hela gruppen av flyktingar (9).

... HBTQ-personer i Syrien har sedan tidigare varit utsatta och tvingats dölja sin läggning. Under inbördeskriget har riskerna för dessa personer ökat med kraftigt ökad stress som följd (9).

... i en enkätundersökning med nyanlända irakier i Malmö fann man att 36 procent av dem skattade nedsatt psykisk hälsa jämfört med 14 procent i befolkningen i riket. De skattade framförallt att de hade sämre hälsa när det gällde smärtbesvär och oro/nedstämdhet (26).

... studier visar att utlandsfödda patienter med hjärtsvikt får billigare och äldre läkemedel än svenskfödda (22).

... utlandsfödda patienter med hjärtinfarkt mer sällan får sådana läkemedel som idag rekommenderas efter hjärtinfarkt än svenskfödda (22).

... i en studie i Danmark försämrades asylsökandes tillstånd drastiskt efter tio månader utan aktiviteter på asylboende. De fick försämrad hälsa och svårigheter att utföra vardagsaktiviteter (26).

... i en finsk pilotstudie med intervjuer med asylsökande och andra invandrare, hade de asylsökande fler besvär från tänderna och var mer missnöjda med tandvårdens tillgänglighet och den behandling de fick. De hade också tandvårdsrädsla oftare än övriga (27).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Från WHO:s grundningsdokument, antogs vid en konferens 1946, trädde i kraft 1948. Texten finns på www.who.int
2. UNHCR. (2013). *A new beginning – Refugee Integration in Sweden*. It's about time. UNHCR Research Papers 2012/2013.
3. Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2009*, kapitel 13. Stockholm: Socialstyrelsen.
4. Hjörleifsdottir Steiner, K. (2013). *Diabetes among Turkish immigrants in Sweden. A study of prevalence and risk factors*. Avhandling. Stockholm: Karolinska institutet.
5. SOU 2017:47. Kommissionen för jämlik hälsa. (2017). *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa*. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Stockholm: Wolters Kluwer.
6. Gilliver, S., Sundquist, J., Li, X. & Sundquist, K. (2014). Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: a literature review. *European Journal of Public Health*, 24(Suppl. 1):72–79.
7. Hjern, A., Wicks, S. & Dalman, C. (2004). Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants – a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychological Medicine*, 34(6): 1025–1033.
8. Bursztein Lipsicas, C., Mäkinen, I.H., Apter, A., De Leo, D., Kerkhof, A. m.fl. (2012). Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47: 241–251.
9. Hassan, G, Kirmayer, LJ, Mekki-Berrada A., Quosh, C., el Chammay, R. m fl. (2015). *Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict*. Genève: UNHCR.
10. Hollander, A.C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J.B. & Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *British Medical Journal*, 352:i1030.

11. Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A. & Saboonchi, F. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1.
12. Goosen, S., Kunst, A.E., Stronks, K., van Oostrum, I.E., Uitenbroek, D.G. & Kerkhof, A.J. (2011). Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC Public Health*, 11:484.
13. Staehr, M. & Munk-Andersen, E. Selvmord og selvmordsadfærd blandt asylansøgere i Danmark i perioden 2001- 2003. En retrospektiv undersøgelse. *Ugeskrift Laeger*, 168(17):1650-1653.
14. Ekblad, S. & Shahnava, S. (2004). Trauma, postmigrationsstress och suicidala tankar hos asylsökande. *Suicidologi*, 9(1): 19-31.
15. Fazel, M., Reed, R.V., Panter-Brick, C. & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812):266-282.
16. Socialstyrelsen (2017). *Analys av situationen i socialtjänsten våren 2017. Fokus på ensamkommande flickor, yngre barn, nätverksplaceringar samt suicidrisk – delrapport 3*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från www.socialstyrelsen.se
17. Kosidou, K., Hellner-Gumpert, C., Fredlund, P., Dalman, C., Hallqvist, J., Isacson, G. & Magnusson, C. (2012). Immigration, transition into adult life and social adversity in relation to psychological distress and suicide attempts among young adults. *PLoS One*, 7(10):e46284
18. Socialstyrelsen. (2016). *Hälsa- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända*. Slutrapport oktober 2016. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från www.socialstyrelsen.se
19. Klefbom, C. (2010). *Behov av tandvård bland asylsökande och gömda (med fokus på barn) 2007/2008*. Stockholm: Transkulturellt centrum.
20. Olerud, E., Hagman Gustafsson, M.L. & Gabre, P. (2017). *Munhälsa hos äldre som invandrat till Sverige*. Uppsala: Kunskapscentrum för äldre-tandvård, Folk tandvården, Uppsala län.
21. Socialdepartementet. *Hälsa- och sjukvårdslag (1982:763)*. www.riksdagen.se

22. Socialstyrelsen. *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*.
www.socialstyrelsen.se
23. Tillman, A. & Westerling, R. Nyanlända irakiers syn på hälsa och den svenska hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 2 2012.
24. Kristiansen, M., Razum, O., Tezcan-Güntekin, H. & Krasnik, A. (2016). Aging and health among migrants in a European perspective. *Public Health Reviews*, 37:20.
25. Daryani, A., Löthberg, K., Feldman, I. & Westerling, R. Olika villkor – olika hälsa. Hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 2 2012.
26. »Livsviktig aktivitet.« *Arbetssterapeuten* 8/2015. Hämtad från <http://ebooks.exakta.se/arbetssterapeuten/2015/1508/#/1/>
27. Mattila, A., Ghaderi, P., Tervonen, L., Niskanen, L., Pesonen, P., Anttonen, V. & Laitala, M.L. (2016). Self-reported oral health and use of dental services among asylum seekers and immigrants in Finland – a pilot study. *European Journal of Public Health*, 26(6):1006-1010.

Fler litteraturtips:

- Shahnavaz, S. (2012). Tandvårdpsykologi. (1. uppl.) Kapitel 8:
»Transkulturell psykologi i tandvården«. Lund: Studentlitteratur.
- Klinge, B. (2010). *Munnen: tänder, kropp och själ*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Webbplatser med mer material:

www.uppdragpsyiskhalsa.se/asylsokande-och-nyanlanda Webbplats som Sveriges kommuner och landsting ansvarar för, syftar till att stärka insatser för psykisk hälsa. Titta särskilt på »Verkttygsbanken«. Där finns material som vänder sig till allt från myndigheter till de asylsökande själva. Information på olika språk. Informationsfilmer och filmade utbildningar.



Kultur och hälsa

»Kulturen är lika ständigt närvarande och transparent som vatten, förutom i mötet mellan olika kulturer, då världsbilden bryts och därmed återspeglas.«

Kirmayer & Minas, 2000 (1)

Vad är kultur?

Kultur är ett abstrakt begrepp som har getts många definitioner. Varje definition speglar sin tid, plats och rådande kunskapssyn. Gemensamt är att kultur handlar om att tolka omvärlden. Det handlar både om värderingar och om beteenden. Kulturen rör det som ger mening åt människors liv.

Kirmayer och Minas liknar kultur och kulturmöten med fiskens vatten, något som blir synligt när det bryts mot något annat. Denna syn på kultur betonar det ömsesidiga i kulturmötet. I mötet synliggörs det som annars ter sig självklart och oreflekterat.

Kulturen är som ett raster genom vilket den yttre och inre världen förstås. I det ingår att tolka såväl yttre intryck och upplevelser som inre sinnesintryck och reaktioner.

Kulturen är inte statisk. Den förändras hela tiden och påverkas av nya intryck, idéer och kunskapsutveckling.

Ingen människa i världen idag är påverkad av bara en kultur. Människor har tillgång till olika kulturellt färgade meningssystem.

Kulturen är inte homogen. Människor använder det kulturella rastret på ett individuellt sätt.

Vi får inte tillskriva en människa vissa värderingar och beteenden utifrån hens bakgrund.

Ofta talar vi som möter människor med olika kulturell bakgrund i våra yrken om »deras« kultur, ofta underförstått som något som är ett problem. Det gäller att inte glömma att även vi har en kultur, som vi vanligen inte är medvetna om. I mötet med det främmande kan vi lättare se vår egen kultur.

Kultur och familj

I alla samhällen finns det traditioner och gemensamma normer för familjebildning och för våra relationer till den närmaste omgivningen liksom till samhället.

Ibland talar man om individcentrerade respektive gruppcentrerade samhällen. I ett gruppcentrerat samhälle är familjen den grundläggande enheten. Själva identiteten ligger i att tillhöra en familj- eller släktgrupp. Som individ har du ansvar för och får stöd från hela gruppen. Ett centralt värde i livet är att det ska gå bra för din grupp och att föra familjen vidare. Det är viktigt att bevara familjens anseende utåt.

I ett individcentrerat samhälle handlar värderingarna mer om individens självförverkligande och personliga utveckling. I ett samhälle som Sverige, som anses som osedvanligt individualistiskt, är rättigheterna knutna till individen.

Det är viktigt att känna till sådana här skillnader. Annars blir det svårt att som yrkesperson förstå till exempel varför unga patienter inte vill flytta hemifrån, eller varför en persons psykiska problem kan få syskonen att bli rädda att de inte ska bli gifta.

Men det är också viktigt att inte generalisera. Familjemönster över hela världen är stadda i förändring. Många ifrågasätter också bilden av den självtillräckliga västerländska individen och ser den som en illusion.

I en del patriarkaliska samhällen som har en tydlig makthierarki med en styrande man i toppen och med strikta könsroller förekommer starka föreställningar om heder. De unga familjemedlemmarnas handlingsutrymme begränsas för att skydda familjens heder. Det leder ibland till så kallad hedersproblematik, med allt från hård kontroll till våld. I vård och omsorg är det viktigt att vara lyhörd för tecken på hedersproblem.

Att samtala om

Mötet med Peter, 16 år

Peter som precis har börjat på gymnasiet söker en dag upp skolkuratorn Birgitta. Peter berättar att han mår dåligt och inte vet vad han ska göra. Han känner sig pressad av sina föräldrar som börjat prata om att han ska gifta sig efter studenten.

– Att gifta sig när man är 19, det är inte klokt, säger Peter. Jag vill plugga data och skaffa jobb innan jag gifter mig.

Det framkommer att föräldrarna inte tycker att det är nödvändigt med högskoleutbildning. Peter kan alltid jobba som chef i familjeföretaget som de äger, och de säger till honom att han kommer att mogna när han gifter sig med en flicka som de redan har valt ut.

– Men jag vill bestämma själv vem jag gifter mig med, säger Peter. Annars vet jag inte vad jag tar mig till.

Birgitta känner sig orolig för Peters mående och berättar för honom att hon har en skyldighet att göra en anmälan till socialtjänsten. Peter är bekymrad över vad föräldrarna ska säga, men uttrycker också tacksamhet över att Birgitta tar tag i saken.

När Peter lämnat hennes mottagningsrum sitter Birgitta och funderar på vad som händer nu. Hur kan socialtjänsten och skolan stödja Peter? Och finns det något de kan göra för föräldrarna?

Kultur och psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa kan *uttrycka* sig olika i olika kulturer. Depression kan upplevas mer som energilöshet och värk än som negativa tankar och skuld. Att höra röster behöver inte vara uttryck för psykos utan kan vara en andlig upplevelse. Rituela beteenden behöver inte vara tvångssyndrom utan kan ha religiös bakgrund. Den som har social fobi blir besvärad av att andra uppmärksammar hen. I en del länder, till exempel Japan och Korea, finns det beskrivet att personer kan utveckla ångesttillstånd som snarare yttrar sig i tankar om att man själv besväras andra (2).

Psykisk sjukdom kan även *tolkas* på olika sätt – som kroppsliga problem eller som tecken på störda relationer. Det förekommer övernaturliga tolkningar, som onda ögat, påverkan av demoner eller djinner. Depressiva symtom tolkas som en del av livets upp- och nedgångar och en andlig utmaning, och inte som tecken på en sjukdom.

Synen på psykisk ohälsa och stigma, det vill säga hur stämplande det är att ha en sjukdom, varierar. Kanske är det som drabbar individens förmåga till självförverkligande mest stämplande i individcentrerade kulturer, medan psykiska problem som leder till isolering eller går ut över familjen leder till högre grad av stigma i gruppcentrerade kulturer.

I en del kulturer är det väldigt känsligt *att tala* med någon utanför familjen om psykiska problem. När man väl söker vård kan det vara mer acceptabelt att tala om emotionella problem med kroppsliga beskrivningar.

Tankarna om lämplig *behandling* växlar också. Det förekommer att personer söker religiösa ledare eller traditionella behandlare innan de kommer till den svenska sjukvården.

Att samtala om

Mötet med Demir, 20 år och hans familj

Underläkaren Carlos på den låsta psykiatriska vårdavdelningen håller i ett familjesamtal med Demir, hans äldre bror Fuat, modern Meryam, samt kontaktpersonen Eva och turkisktalande tolk. Demir kom in på avdelningen för tre veckor sedan, sedan han insjuknat i en akut psykos. Han har endast långsamt börjat må bättre.

Fadern är död sedan länge och Fuat som ser sig som familjens överhuvud har hela tiden önskat samtal med läkaren. Han har tyckt att det är helt onödigt att modern är med vid samtalen, särskilt med tanke på att hon är den enda som behöver tolk. Men Demir har berättat för Carlos att modern är den viktigaste personen i hans liv. Därför har personalen fortsatt att bjuda in henne till mötena, trots att hon suttit helt tyst vid varje samtal.

Vid dagens samtal är Fuat mycket irriterad över att Demir fortfarande hör röster. Carlos försöker förklara att det tar tid att återhämta sig från en psykos.

Efter en kvart säger Meryam något till tolken, som denne till synes tvekande översätter:

– Är ni säkra på att det inte är det onda ögat?

En besvärad tystnad lägger sig i rummet.

Carlos känner att han måste ta initiativet och säga något. Hur ska han besvara Meryams fråga? Hur kan samtalet utvecklas till något bra?

Varför är kultur viktigt i vård och omsorg?

Om vi tror att psykisk ohälsa upplevs och uttrycks på exakt samma sätt överallt, finns det risk för feldiagnos från vårdens sida.

Den psykiatriska diagnoshandboken DSM-5 tar redan i inledningen upp vikten av att göra en kulturell formulering, det vill säga att undersöka kulturella förhållanden och föreställningar för att kunna ställa en så korrekt diagnos som möjligt. Handboken går också igenom kulturella skillnader för var och en av diagnoserna. Till exempel betonar man att depression inte uttrycks likadant i alla kulturer. Man varnar också för risken för överdiagnostik av schizofreni (3).

På flera håll i världen – bland annat här i Sverige – har kliniker i psykiatri tagit fasta på DSM-5:s uppmaning att göra en kulturell formulering, och börjat använda den kulturformuleringsintervju (förkortad KFI) som finns i DSM-5. Intervjun innehåller 16 frågor om kultur kring områden som hur personen själv ser på sina besvär, vad man tänker kring orsak, vad man kan få för stöd och hjälp, stressfaktorer, självbild, hur man hanterat besvär och sökt hjälp samt förväntningar på vården (4). KFI är tänkt att användas i mötet med alla patienter, vi är alla kulturbärare (2).

Men förståelse av kultur är inte viktigt bara för diagnostik utan för att kunna förstå de språkliga svårigheterna, utforska patientens syn på sjukdom och förväntningar på behandling.

Om vi inte undersöker vilka föreställningar, farhågor och förväntningar den individ vi möter har, riskerar vi att alltid föreslå samma stereotypa åtgärder – och vi kommer att få ett sämre samarbete med vår patient/klient och behandlingen riskerar att misslyckas.

När djinner möter svensk psykiatri

»Psykiatri är starkt förknippad med stigma och människor vill inte gärna se på sig själva som galna och i behov av psykiatrisk vård. Den som är galen blir inte respekterad av andra och riskerar tappa kontakt med familjen och mista allt socialt stöd.

Många tror att psykisk ohälsa är orsakad av djinner och föredrar att söka hjälp hos en sheikh framför en psykiater. Begreppet sheikh har lite olika betydelser men kan handla om en religiös ledare som besitter läkande krafter eller en folklig läkeman. Sheikhen kan hjälpa till med djinnerna. En sheikh, kunnig i Islam, läser ur koranen som behandling. De kan också använda vatten med läkande kraft.«

Ur en intervju med Sadik Hajinur, läkare från Somalia som arbetat som hälsokommunikatör i Stockholm (5).

I samma artikel beskrivs djinner som en sorts andar som finns i koranens universum. Tron på djinner är mycket utbredd i många länder. De kan vara både onda och goda och när de straffar människor kan dessa drabbas av psykisk sjukdom. Sjukdomarna kan vara av olika slag, till exempel förlamningar och förvridna armar och ben. Ibland kan djinnerna påverka äktenskap och orsaka skilsmässa. Ifall djinnerna orsakar allvarlig sjukdom kan de behöva drivas ut (5).

Olika sjukdomsförklaringar – exemplet Somalia

I det somaliska samhället förekommer olika sjukdomsförklaringar till psykisk ohälsa. Det finns andliga förklaringar, att sjukdomen kan vara en prövning från Gud eller att ”bara Gud vet”. En del tolkar psykisk sjukdom som besatthet av djinner eller som uttryck för onda andar.

Men det förekommer också såväl biologiska som mer sociala förklaringar – att sjukdomen beror på khatmissbruk eller på stressande livshändelser. Man tänker då på inbördeskriget, exilen, separation från familjen och fattigdom. En mer emotionell förklaring är att överdrivna känslor kan leda till psykisk sjukdom. De känslor man oftast avser är avundsjuka eller svartsjuka relaterat till polygami.

Mot den bakgrunden förstås också ibland ett speciellt tillstånd kallat *zar* som finns beskrivet i Öst- och Nordafrika samt i delar av Mellanöstern, och som oftast drabbar gifta kvinnor. Personen beskrivs som besatt av en *zar*-ande. Tillståndet kan yttra sig dramatiskt med att kvinnan antingen drar sig undan och blir apatisk, eller skriker, skrattar, sjunger och gråter. Föreställningen är att hon kan återfå sin hälsa om hon lyckas lugna anden och återfå fredliga kontakter med den.

Besattheten av *zar*-andar kan bli ett sätt att uttrycka psykologiska svårigheter så att de blir acceptabla. Det blir också ett sätt att uttrycka känslor som annars vore socialt oacceptabla, till exempel en hustrus ilska mot sin make. Tillståndet kan leda till att familj och vänner mobiliseras för att stödja kvinnan i olika ritualer. En sådan ceremoni kan ge gruppen kvinnor möjlighet att tillbringa tid tillsammans i ett avslappat och informellt sammanhang (6).

Går det att använda skalor?

Det finns problem med att använda skalor och tester för utredning av personer med annan kulturell bakgrund. Psykologen Agnes Botond, som själv är erfaren klinisk psykolog och föreläsare kring neuropsykiatriska frågeställningar, har beskrivit några faktorer som kan leda till sämre resultat:

- Frågor som förutsätter ordförståelse.
- Olika kulturella associationer kring icke-verbala test, till exempel bilder.
- Om personen kommer från en kultur som ser kvalitet och djup i tänkande, snarare än snabbhet, som intelligenstecken.
- Samtidig kroppslig sjukdom.
- Kulturella skillnader i hur människor är benägna att svara på en fråga i en självskattningsskala, om man svarar nära mittpunkten eller väljer ett ytterlighetsalternativ.
- Låg skolutbildning eftersom utbildning både gynnar vissa kognitiva förmågor och leder till en del färdigheter som ofta testas.
- Frågor som rör samhällsområden som är verklighetsfrämmande för testpersonen.
- Låg motivation ifall personen känt sig tvingad att delta eller inte förstår varför en utredning görs (7).

Botond förespråkar att man anpassar testmetoder, ger mer instruktioner till personen och får denne att bli mer bekväm i testsituationen. »Mjukdata« i intervjun kan komplettera testets hårddata.

RUDAS (The Rowland Universal Dementia Assessment Scale) är ett multikulturellt kognitivt screeninginstrument för demenssjukdom, som anses vara minimalt påverkat av språk, kultur och utbildningsnivå. Sedan 2014 ordnar Kunskapscentrum för demenssjukdomar i Malmö utbildningar kring det (8).

Kultur och somatisk ohälsa

Kulturformuleringsintervjun har utvecklats för att förbättra psykiatrisk diagnostik. Men det finns i lika hög grad kulturella aspekter av somatisk ohälsa.

Sjukdomsförklaringar varierar och kan bidra till stigma samt påverka var personen söker hjälp. I västvärlden sägs det vara vanligare med sjukdomsförklaringar som lägger skulden hos personen själv och dennes livsstil. Sådana sjukdomar – som fetma, alkoholism, sexuellt överförda sjukdomar – är ofta stigmatiserade. Men även vanliga förkylningar kan förklaras med att personen »gjort något onormalt« som att utsätta sig för kyla eller drag (9).

Stigma anses vara högre för sjukdomar som är knutna till fattigdom och sociala problem, liksom för sjukdomar som anses obotliga. När tuberkulos var en vanlig sjukdom i Sverige, vilken förknippades med fattigdom, trångboddhet och alkoholism, var den stigmatiserad (10). Idag finns det fortfarande stigma kring tbc i flera länder där den är vanlig.

I ett västerländskt modernt sammanhang är det vanligt att beskriva kroppen som en maskin. »Du måste ladda batterierna«, är ett vanligt och förmodligen oskyldigt uttryck. Men maskinmodellen kan också leda till att patienter får orealistiska förväntningar på vad vården ska kunna »reparera« och att de tenderar att se lösningen som tillförsel av »bränsle« i form av kaffe, alkohol, vitaminer eller psykostimulantia som beställs via internet (9).

Sedan årtusenden är det vanligt i många kulturer med föreställningar om att hälsan beror av balansen mellan »varmt« och »kallt«, där det inte handlar om temperaturer utan mer symboliska egenskaper. Ett »hett« tillstånd behandlas med intag av »kalla« födoämnen (9).

Vårt smärtbeteende

Smärta uppstår när nerver utsätts för skadliga stimuli – en upplevelse som väl borde vara universell. Eller är det inte så? Det händer att svensk vårdpersonal uttrycker att patienter med annan kulturell bakgrund »överdriver« sin smärta.

Den brittiske antropologen och allmänläkaren Cecil Helman skriver om smärtans två komponenter, själva sinnesintrycket och reaktionen på sinnesintrycket. Det senare kallas *smärtbeteende* och Helman delar in det i den *privata smärtan* och den *offentliga*.

Om den privata smärtan vet vi bara det som personen meddelar oss. I en del kulturer anses det viktigt att hålla smärtan inom sig, och det kan leda till att vårdgivaren missar den.

Det offentliga smärtbeteendet beror enligt Helman av sociala, kulturella och psykologiska faktorer. En »normal« smärta leder till ett annat beteende än »avvikande«. Ett exempel är menssmärtor som kan ses som något normalt men också som en funktionsstörning. Förväntningar på smärta leder till olika smärtbeteende. Det kan till exempel gälla förlossningssmärtor.

Smärtbeteendet påverkas av hur smärtan tolkas. Är den en olycks-händelse, är den tecken på ett moraliskt felsteg, uttryck för ett gudomligt straff, eller är den resultatet av andras illvilja?

Likaså påverkas smärtbeteendet av tillgången på hjälp och bot.

Vilken form smärtbeteendet tar är i hög grad kulturellt bestämt – liksom det svar som ges på smärtbeteendet. Människor kommer att få mest uppmärksamhet och sympati ifall deras smärtbeteende stämmer med uppfattningen i deras eget samhälle eller samhälls-grupp om hur smärta ska uttryckas (9).

Somatisering

Med somatisering menas en psykisk störning med återkommande kroppsliga symtom, utan att det finns sjukliga förändringar i kroppsliga organ som kan förklara dessa.

Det finns föreställningar om att somatisering är vanligare bland patienter från en del icke-europeiska kulturer, framförallt från Asien och Afrika. Men allt fler forskare pekar på att somatisering förekommer överallt. Vanliga psykiatriska tillstånd som ångest och depression tar sig kroppsliga uttryck. Vilka dessa uttryck är kan däremot variera.

Det har beskrivits som en västerländsk tradition att ställa somatisering i motsats till psykologisering, att uttrycka lidande i psykologiska termer. Många kulturer skiljer inte på kropp och själ på detta sätt. Forskare har påpekat att kroppsliga symtom i ett globalt perspektiv är ett förväntat, vanligt och socialt accepterat sätt att uttrycka emotionella problem. Såväl somatisering som psykologisering kan med ett sådant synsätt ses som olika kommunikationsstilar, som varierar mellan kulturer. Den viktiga frågan blir då inte att avgöra om patienten »egentligen« har psykologiska besvär, utan att vara lyhörd för och utforska patientens somatiska språk (2).

Att samtala om

Mötet med Amina, 45 år

Amina är en kvinna från Somalia som nyligen kommit till Sverige tillsammans med tre tonårsbarn för att återförenas med sin make Muhammed, som bott här i tio år. Amina kommer till distriktsläkaren Emma på vårdcentralen med hänvisning från Arbetsförmedlingen, eftersom hon inte orkat börja i etableringsprogrammet. Det visar sig att hon mest sitter hemma i lägenheten och endast sällan kommer ut för att träffa släktingar i grannskapet.

Amina kommer från landsbygden i södra Somalia. En av hennes söner har dödats i inbördeskriget. Amina har aldrig gått i skolan och talar endast somaliska. Hon har haft ont i ryggen en längre tid, men har aldrig sökt sjukvård. Vid några tillfällen har hon fått örtmedicin av den traditionella behandlaren i byn.

När Emma frågar vad hon har för problem, svarar hon: "Jag har ont i levern." Emma blir förvånad men frågar vidare om Aminas besvär. Hon får svaret: "Jag har ont i hela kroppen."

Det går inte att få Amina att precisera. När Emma ställer uppföljande frågor, säger hon närmast buttert: "Det ska väl du veta som är läkare."

På Emmas fråga om varför hon inte gått ut hemifrån, svarar Amina endast:

–Jag måste vila.

Emma tycker inte att hon kommer någon vart, men undrar nu hur hon ska kunna förstå Amina bättre. Hur kan hon få reda på mer om Aminas symtom och vad de står för? Hur ska hon kunna intressera henne för den behandling hon eventuellt har att erbjuda?

VISSTE DU ATT ...

... vårdpersonalen är också mångkulturell. Bland de 15 vanligaste yrkena för utrikesfödda personer fanns år 2015 hemservicepersonal och kategorin övriga läkare (11).

... utrikesfödda utgjorde samma år 15 procent av de anställda på arbetsmarknaden. Den yrkesgrupp som hade störst andel utrikesfödda var pizzabagare (69 procent), följda av städare, övriga hemservicepersonal och doktorander (11).

... en studie bland personer från zulufolket i Sydafrika visade att ett av skälen att ta avstånd från de sjuka, var att de sågs som trollkarlar eller häxor eftersom de hade makten att orsaka sjukdom hos andra människor (9).

... i en studie i USA sade 72 procent av kvinnor med bröstcancer som intervjuats att andra människor behandlade dem annorlunda sedan de fått reda på diagnosen. 52 procent uppfattade att andra var rädda för dem eller undvek dem (9).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Kirmayer, L & Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: An international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(5): 438-446.
2. Bäärnhielm, S. (2014) *Transkulturell psykiatri*. Lettland: Natur & Kultur.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
4. Intervjun finns gratis tillgänglig på webbplatsen www.pilgrimpress.se
5. Bäärnhielm, S. När djinner möter svensk psykiatri. *Tidskriften för svensk psykiatri*, nr 1 2011, s.64-65.
6. Cavallera, V., Reggi, M., Abdi, S., Jinnah, Z., Kivelenge, J., m.fl. (2016). *Culture, context and mental health of Somali refugees: a primer for staff working in mental health and psychosocial support programmes*. Genève: UNHCR.
7. Botond, A. (2017). *Kulturell psykologi*. Lund: Studentlitteratur, s 257 ff.
8. Se webbplats <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/sak-kunnigrupper/kunskapscentrum-demenssjukdomar>
9. Helman, C.G. (2007). *Culture, health and illness*. Fifth ed. Boca Raton: Taylor & Francis Group.
10. Puranen, B. & Zetterholm, T. (1987). *Förälskad i livet: en bok om tuberkulosens historia*. Höganäs: Wiken.
11. Statistiska centralbyrån. Statistiska meddelanden. Yrkesregistret med yrkesstatistik 2015. Finns på www.scb.se

Fler litteraturtips:

- Svenska Psykiatriska föreningen. (2018). *Transkulturell psykiatri. Kliniska riktlinjer för diagnostik och behandling*. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen & Gothia förlag.
- Asaad, A. (2011). *Stjärnlösa nätter. En berättelse om kärlek, svek och rätten att välja sitt liv*. Stockholm: Nordstedt.
- Länsstyrelsen i Skåne, Länsstyrelsen Östergötland, Integrations- och jämställdhetsenheten. (2007). *Hedersrelaterat våld och förtryck: ett kunskapsunderlag för hälso- och sjukvården*. Linköping: Integrations- och Jämställdhetsenheten, Länsstyrelsen Östergötland [distributör].



Trauma

»Jag ser det som en jordbävning i själen.«

Fried, 2000 (1)

»...(S)amhällelig stabilitet (kan) vara den bästa psykoterapeuten
på befolkningsnivå.«

Silove, Steel & Psychol, 2006 (2)

Vad är trauma?

Ordet »trauma« kommer från ett grekiskt ord för »sår» och används inom medicinen för såväl kroppsliga som psykiska skador.

Det är välbekant sedan länge att människor kan drabbas av kvarstående skador efter psykisk chock. Under första världskriget utvecklades de första försöken att behandla soldater som återvände från skyttegravarna med så kallad granatchock. Efter andra världskriget visade studier av de överlevande från koncentrationslägren på omfattande hälsoproblem. Erfarenheterna från Vietnamkriget mellan 1965 och 1975 då tusentals amerikaner återvände hem till USA med bestående psykiska problem ledde till att kunskapen och behandlingsformerna började utvecklas. Vid samma tid växte sig också kvinnorörelsen stark, och effekterna av att ha utsatts för sexuella övergrepp började uppmärksammas.

Man skiljer på »trauma« och »potentiellt traumatiserande händelse«. Alla får inte samma »sår« av samma upplevelse. En potentiellt traumatiserande händelse i psykologisk mening definieras som en extrem händelse som uppfattas som att den kan leda till döden eller till allvarlig fysisk skada eller hot mot vår personliga integritet. Bland de trauman som kan drabba alla finns rån, misshandel, sexuella övergrepp, allvarliga olyckor och naturkatastrofer. Flyktingar kan ha med sig minnen av trauman från situationer av krig och förtryck, till exempel fängelsevistelser, tortyr, kidnappning, våldtäkter och att befinna sig i strid.

Vilka konsekvenser har trauma?

Ofta när myndigheter och vårdpersonal tänker kring effekterna av traumatiserande händelser, tänker man på risken att få så kallat posttraumatiskt stressyndrom. Men effekterna av trauma är bredare än så.

De australiensiska forskarna Silove och Steel har formulerat den så kallade ADAPT-modellen, *Adaptation and Development after Persecution and Trauma* («Anpassning och utveckling efter förföljelse och trauma», 2). De beskriver fem olika psykosociala områden som skadas av trauma:

- Förmågan att uppleva trygghet och säkerhet;
- Band och nätverk med andra personer, som familjen, släkten, folkgruppen, samhället;
- Behovet av rättvisa och skydd från övergrepp;
- Identitet och roller, t ex föräldrarollen, yrkesrollen, rollen som ledare i en social rörelse;
- Institutioner som ger existentiell mening och sammanhang, som traditioner, religion, andlig praktik, politiskt och samhälleligt engagemang.

Grunden för återhämtning efter trauma är att återuppbygga dessa skadade system och de institutioner som stöder dem, menar Silove och Steel. Att garantera säkerhet, återföreka familjer, hjälpa till med utbildning och arbete, skapa rättvisa, göra det möjligt att återuppta egna traditioner bidrar till läkning.

Vårdpersonal och myndigheter i Sverige tänker ofta att traumat tillhör det förgångna. Men det är viktigt att komma ihåg att flyktingar råkar ut för traumatiska upplevelser även i vårt land. Upplevelser av diskriminering, otrygghet och utanförstående kan återuppväcka minnen av traumat och försämra den psykiska hälsan.

Psykologiska reaktioner vanligast

De vanligaste reaktionerna på katastrofsituationer är allmänmänskliga psykologiska reaktioner, som inte behöver utvecklas till psykisk sjukdom.

Det kan handla om emotionella problem som ledsenhet, sorg, rädsla, frustration, ångest, ilska och förtvivlan. Kognitiva problem med hjälplöshet, oro, grubbel, leda, hopplöshet, kontrollförlust är också vanliga. Många får fysiska symtom som trötthet, sömnsvårigheter, aptitförlust eller oförklarade kroppsliga symtom. Sociala och beteendeproblem förekommer också. Personen kan dra sig undan, visa aggressivitet eller få svårigheter i relationer (3).

När nyanlända från Syrien och asylsökande från Syrien, Eritrea och Somalia i en studie fick frågor om psykisk hälsa var det en hög andel som hade lågt psykiskt välbefinnande, även om de inte angav kriterier för några psykiska diagnoser. De asylsökande hade lägre välbefinnande än gruppen med uppehållstillstånd (4).

Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD

Posttraumatiskt stressyndrom kallas de symtom som en person som upplevt, bevittnat eller på annat sätt konfronterats med en traumatisk händelse kan få. Att först reagera med intensiv rädsla, hopplöshet eller skräck är normalt. Likaså är det vanligt att få en akut stressreaktion med mardrömmar, överklighetskänslor och oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen. Det är först om besvären varar mer än en månad – eller om de börjar långt senare – som man kan misstänka diagnosen PTSD.

I PTSD-bilden ingår:

- Återupplevande av de traumatiska händelserna i form av påträngande minnesbilder (ibland även doft- och ljudminnen) som har en sådan kvalitet att personen uppfattar det som att den traumatiserande situationen från då händer här och nu. Traumamardrömmar – ofta samma mardröm som återkommer – innebär ett nattligt återupplevande som förhindrar vila.
- Allmänt ökat spänningstillstånd med vaksamhet för hot vilket medför sömnstörningar, irritabilitet och vredesutbrott, koncentrationssvårigheter och kroppslig smärta. Att drabbas av panikångest i anslutning till påträngande minnen och traumatrigger är vanligt.
- Undvikande av allt som kan påminna om traumat och starkt obehag inför situationer som påminner om den. Som ett resultat undviker och isolerar sig den traumatiserade personen från omgivningen.
- Negativa förändringar av tankeverksamhet och sinnesstämning, till exempel svårigheter att minnas någon del av händelsen, negativ självuppfattning, avsaknad av positiva känslor. Depressiva symtom och samsjuklighet med depression är vanligt (5).

Trauma i primärvården

Sjuksköterskan i primärvården är ofta den första som möter asylsökande, eftersom alla asylsökande erbjuds en kostnadsfri hälsoundersökning. En del av samtalet ska handla om hur patientens psykosociala situation och tidigare traumatiska upplevelser påverkar hälsan (6).

Hälsoundersökningen blir således en möjlighet att identifiera trauman. Trots tidsbrist och svårigheten att tala om trauman med en person man nyligen mött, ger det patienter en viktig öppning för att kanske för första gången få hjälp med ett svårt lidande. Att primärvården ofta kan erbjuda kontinuitet underlättar. Allt behöver inte avhandlas vid första besöket.

Asylsökande kan också söka vårdcentralen för alla slags kroppsliga och psykiska besvär. Många symtom kan föranleda misstanke om trauma. Det kan till exempel gälla smärttillstånd, sömnsvårigheter, oförklarade kroppsliga symtom som yrsel och öronsusningar, beteendestörningar hos barn eller nedsatt social funktion.

I ett kunskapsunderlag från Socialstyrelsen rekommenderar man personal i primärvården att utforska trauman på ett hänsynsfullt sätt. Man behöver inte fråga patienten direkt om den traumatiska händelsen utan kan börja med att fråga om möjliga symtom som sömnstörningar, mardrömmar, hjärtklappningar och svettningar. På så sätt kan en dialog om patientens tillstånd och möjliga orsaker till detta inledas (6).

Kunskapsunderlaget framhåller också vikten av tidig diagnostik av posttraumatiska besvär och att patienten motiveras för psykoterapeutisk behandling, för att undvika mer komplicerade tillstånd. Samtidigt varnar man för att alltför tidigt remittera patienten till psykiatri, utan ordentlig bedömning och motivering i primärvården. Risken anses då större att patienten uteblir eller snabbt avbryter behandlingen (6).

Psykosocialt stöd – grunden i pyramiden

I internationella riktlinjer framhålls idag att grunden i stöd och omhändertagande av människor som utsatts för svåra händelser är att erbjuda psykosocialt stöd. Det handlar om att tillgodose grundläggande behov och trygghet, om att stärka stödet från familjen och övriga nätverket och att skapa sammanhang.

– Psykosocialt stöd är ett sätt att främja personers psykiska och sociala förmåga att klara av vardagen – med andra ord att hjälpa dem till en så meningsfull och normal tillvaro som möjligt, säger Sara Hedrenius, krisstödsexpert vid Röda Korset i en intervju (7).

Psykosocialt stöd kan beskrivas som den breda basen i en pyramid av stöd som rekommenderas i internationella riktlinjer. Se figuren här på sidan. Stödet hjälper personer och grupper att hantera psykosociala problem och gå vidare. Det syftar också till att minska risken för att utveckla psykisk ohälsa.



Att samtala om

Mötet med Goran, 55 år

Goran kom till Sverige från Turkiet på 1980-talet. Han lärde sig svenska snabbt och började jobba.

Hans syster Latife som är sjuksköterska vet att han i perioder har stora sömnsvårigheter. Goran talar inte gärna om det, men hon har förstått att det är minnen från polisarresten i Turkiet som väcker honom. Vid något tillfälle har han antytt att han hör och känner skrik och slag som om det vore här och nu. Dagarna är bättre, men under de här perioderna drar han sig helt undan sociala kontakter.

Nu är Goran inne i en sömnlös period igen. När Latife frågar mer berättar han motvilligt att vid minsta stress fylls huvudet av dånade turkisk marschmusik. Det kommer också fram att sömnsvårigheterna den här gången började efter att Goran fått besked om att han är övertalig i affären där han arbetar sedan 20 år.

Latife försöker liksom många gånger förr övertala Goran att söka vård, men han säger än en gång nej. Hon diskuterar med sin make Yilmaz som kontaktar en bekant och lyckas ordna ett nytt arbete åt Goran med att köra budbil.

Några veckor senare kommer Goran hem till Latife och Yilmaz på middag. Han berättar då att sömnen nu börjat bli bättre och att han tagit en lång promenad samma dag. Latife funderar på vad som egentligen hjälper Goran, och hur hon ska kunna hjälpa honom framöver.

Behandling av PTSD

I det akuta skedet efter en traumatisk händelse bör man erbjuda psykologisk »första hjälpen« i form av information, tröst, känslomässigt och praktiskt stöd. Oftast kan den egna familjen och nätverket stå för det stödet, men ibland behövs vårdens insatser.

När det gäller diagnostiserad PTSD, delas behandlingen in i olika faser. Samtidigt betonas allt oftare en kontinuitet mellan psykosocialt stöd och traumabehandling och en växelverkan mellan olika faser (8). I första fasen behöver patienten stöd till yttre stabilitet (boende, skola, sömn, mat och känslomässigt stöd) såväl som till inre stabilitet (att lära sig avslappning, att känna igen egna reaktioner, att hantera ångest).

Den specifika traumabehandlingen ges oftast vid psykiatriska kliniker och vid specialmottagningar för traumatiserade personer. Bland de studier som har bäst vetenskaplig evidens finns traumafokuserad kognitiv beteendeterapi och andra exponeringsbaserade terapier. Det gemensamma för dem är att patienten tillsammans med terapeuten, konfronteras med olika sinnesintryck eller aktiverar minnen som har med traumat att göra. Till dessa hör också *Narrative exposure therapy*, där patienten både exponeras för traumatiska minnen och får konstruera en livsberättelse. Ytterligare en terapiform med vetenskapligt stöd är ögonrörelsebehandling, EMDR (9).

Läkemedel, framförallt så kallade SSRI-preparat med effekt mot depression och ångest, bör också övervägas ifall patienten har både PTSD och depression eller om patienten inte kan eller vill delta i psykologisk behandling (9).

Efter bearbetat trauma kommer ytterligare en fas av omorientering och återuppbyggnad, där personen behöver stöd att bearbeta sorgen och gå vidare i livet.

Depression och ångest efter trauma

Trauma leder oftare till sådana psykiska folksjukdomar som depressioner och ångesttillstånd än till PTSD (10).

Depression är ett tillstånd med ökad nedstämdhet och minskat intresse för flertalet aktiviteter. Andra vanliga symtom är minskad aptit, viktnedgång, sömnsvärigheter, handlingsförlamning, och koncentrationssvärigheter. Vid svårare depressioner kan personen ha starka skuldkänslor och självmordstankar.

Depression kan uttryckas både i psykologiska termer och som kroppsliga symtom. Internationella studier från WHO pekar på att det finns en gemensam kärna av besvär vid depression mellan olika kulturer. I den ingår ledsenhet och att sakna glädje men också oro, spänningar och brist på energi. Den patient som söker för trötthet, smärta och huvudvärk kan vara deprimerad (11).

I vardagsbeskrivningen av måendet kan man »ha ångest« för vad man ska ha på sig, eller för ett prov i skolan. När vi talar om ångest som en psykisk störning handlar det om mycket plågsam rädsla och starkt obehag som påverkar funktionsförmågan. Det finns olika ångesttillstånd, bland annat panikångest som kommer attackvis, social fobi med oresonlig rädsla för att ses och granskas av andra människor och generaliserad ångest, med ständig rädsla och oro. Till ångesttillstånden räknas också tvångssyndrom, då man besvärar av ofrivilliga tankar eller handlingar.

De kulturellt färgade uttrycken för ångest varierar. Ångest kan beskrivas som andnöd, hjärtbesvär och rädsla. Om patienten har en annan kultur än vårdgivaren och inte är förtrogen med psykologiska termer eller psykiatrisk vård, är det möjligt att hen bara uttrycker ångest i kroppsliga termer (11).

Att möta en traumatiserad person

Att möta en person som är traumatiserad kan innebära speciella utmaningar:

- Personen är ofta väldigt känslig för intryck och särskilt uppmärksam på händelser och kommentarer som kan uppfattas som kritiska eller hotfulla. Traumatiserade personer kan svänga snabbt i sitt mående vid ökad stress.
- Tilliten till andra är rubbad, och du kan som vårdgivare känna frustration över att bli misstrodd. Ibland kan det missuppfattas som förföljelsetankar, paranoida symtom.
- Psykiska funktionshinder växlar ofta beroende på situation och ibland från dag till dag. Svängningarna kan vara ännu mer uttalade när någon blivit traumatiserad. På ytan tycks personen normal men funktionen i vardagen pendlar kraftigt.
- De undvikande strategierna kan bli oerhört handikappande. Personen vill ha hjälp, men av rädsla backar hen hela tiden inför vårdens förslag.
- Personen har ofta svårt med koncentrationen vilket gör det svårt att få någon röd tråd i vardagen. Det blir svårt att bygga relationer och att lära sig nya strategier.
- Livsberättelsen är söndertrasad, ofullständig och ständigt närvarande. Personen vill kanske inte berätta om sitt liv, men gör det ändå – i situationer när personalen vill tala om annat.

Att bygga tillit

Att minska stressnivån är viktigt. Mediciner mot depression och ångest kan behövas, liksom hjälp med avslappning, fysisk aktivitet och att bryta isoleringen. Att få hjälp att tolka verkligheten i det nya landet är i sig stressminskande.

För att bygga upp tilliten stegvis behövs kontinuitet och uthållighet. Stressen minskas ju mer förutsägbart och tydligt mötet med vårdgivaren blir. Med tanke på minnesluckorna och svårigheterna att koncentrera sig och vara närvarande i mötet kan det vara till fördel att ha kortare men tätare samtal. Att skriva ned det som sagts under mötet och kolla hur personen uppfattat det kan vara ett hjälpmedel. Mobilpåminnelser och att fota av bilder och symboler som hjälper personer med koncentrationssvårigheter att minnas underlättar kontakten.

Det är inte farligt att personen talar om trauma! Givetvis bör man vara tydlig med vilken kompetens man har, och det är olämpligt att tvinga personen att berätta saker. Men ofta vill personen själv berätta något för den som hen fått förtroende för – och om vårdgivaren avvisar det kan det ge signalen att ingen orkar lyssna på berättelsen om traumat. Att lyssna och ta emot kan bli ingången till senare terapi.

Ofta tar det lång tid innan en person är redo att berätta om de trauman hen varit utsatt för. Det är också vanligt att traumatiserade personer berättar olika historier från gång till gång. Det kan i asylprocessen feltolkas som att personen inte är trovärdig, eftersom han ändrar sin berättelse, men beteendet är ett uttryck för minnes- och koncentrationssvårigheterna.

Att samtala om

Mötet med Hassan, 37 år

Pirkko som är boendestödjare i socialpsykiatri i Nytorp har fått kontakt med den irakiske flyktingen Hassan.

Hassan lärde sig svenska snabbt när han kom till Sverige för 7 år sedan, men försämrades senare psykiskt och fick diagnosen PTSD. Han har stora problem i vardagen med mat, hygien och sömn. I kontakter med myndigheterna hamnar han ständigt i konflikt.

Teamet har talat om att det är viktigt att Pirkko hjälper Hassan att upprätta strukturer. Men när Pirkko gjort hembesök har Hassan ofta inte varit hemma eller inte öppnat. Pirkko har förstått att han ibland legat och sovit eftersom han vänt på dygnet. Vid varje träff verkar han helt ha glömt vad som sades senast.

Vid dagens hembesök börjar Hassan med att upprört berätta att han blivit hotad med uppsägning.

– Jag har ju bara glömt att betala en enda hyra, säger han.

När Pirkko vill tala om vad de kan göra åt det, tycks Hassan snart tappa intresset. Han vill hellre tala om en actionfilm på TV kvällen innan och verkar då nästan glad och avslappnad. Pirkko försöker allt mer stressat byta samtalsämne. När fem minuter återstår säger hon desperat:

– Du verkar inte alls intresserad av att få hjälp. Varför vill du egentligen ha boendestöd?

– Därför att det är roligt att prata med dig, svarar Hassan.

Pirkko funderar: Hur ska hon förstå Hassans beteende? Och vad kan hon göra för att få lov att hjälpa honom med livssituationen?

Att möta barn med trauma

Traumatisering hos barn uttrycks ofta med andra symtom än hos vuxna. Om ett litet barn visar ökad separationsångest och går tillbaka i utvecklingen kan det vara ett symtom på PTSD. Lite äldre barn kan reagera med ökad irritation, oro, skol- och inlärnings-svårigheter, sömnsvårigheter och ilskeutbrott. Barn kan bli hyperaktiva eller passiva (12).

Den australienske psykologen Howard Bath har utvecklat en modell för traumamedveten omsorg, som används i arbetet med barn och ungdomar efter svåra händelser. Barn är känsliga för överväldigande och ihållande stress, vilket kan leda till överdriven vaksamhet och larmberedskap. Därför menar Bath att första pelaren i omsorgen måste vara att skapa trygghet. Den andra pelaren är att (åter)skapa positiva, tillitsfulla relationer mellan unga och viktiga vuxna. Slutligen består den tredje pelaren i att hjälpa barnet att utveckla copingstrategier för att hantera känslor och utmaningar (13).

Att få vardagen att fungera med mat, skolgång och sömn är grundläggande i omsorgen av nyanlända barn. För ensamkommande barn är det oftast personal i boende och skola samt gode män som kan ge det vardagliga stödet. I Stockholms läns landsting finns det kompetens i första linjens psykiatri för barn och ungdomar på ett antal vårdcentraler och barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Barnet kan behöva specialistbedömning och ibland behandling vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Några viktiga symtom som bör föranleda kontakt med BUP är om barnet är mycket passivt och till exempel inte går ur sängen, ifall hen skadar sig själv och har självmordstankar eller om hen får kraftiga ilskeutbrott som omgivningen inte kan hantera (14).

Att samtala om

Mötet med Tewelde, 17 år

Personalen på ett stödboende för ensamkommande ungdomar ringer BUP-mottagningen och berättar att Tewelde, en asylsökande pojke från Eritrea, riggat en snara i sitt rum. Han får en tid för samtal senare på dagen hos Per, som är underläkare och dagjour.

Per rådfrågar psykologen på mottagningen som suckar och säger att det är svårt att göra något vettigt terapeutiskt arbete så länge asylprocessen pågår.

Tewelde kommer till mottagningen med personal från boendet som berättar att Tewelde på sistone ofta stannat hemma från skolan och dragit sig undan på sitt rum. Han har klagat på huvudvärk och personalen har gett honom Panodil.

Samtalet förs med hjälp av tigrinjatalande telefontolk. Tewelde är fåordig i kontakten och ser trött och tagen ut. Han berättar att han sover dåligt och har mardrömmar samt klagar över huvudvärk. På Pers fråga berättar han att han kom till Sverige för sju månader sedan efter en resa via Sudan och Libyen. Han har sporadisk telefonkontakt med mamma och syskon som är kvar i Eritrea. Tewelde ser ingen framtid om han inte får stanna i Sverige. Efter en lång paus frågar han om asylprocessen, och vad Per tror om hans chanser att få stanna (det är det enda han förmedlar spontant).

Det visar sig att Tewelde nyligen blivit "åldersuppggraderad" av handläggaren på Migrationsverket. Beslutet är överklagat av juridiska ombudet. Eftersom LMA-kortet inte är uppdaterat och fortfarande säger 17 år, så valde boendet att söka BUP istället för vuxenpsykiatri.

Per funderar på hur han ska bedöma Teweldes mående och självmordsbenägenhet. Hur ska han och hans arbetskamrater göra för att stödja Tewelde mitt i asylprocessen?

Känsla av sammanhang, resiliens, coping

Alla personer som varit utsatta för trauman får inte psykiska problem. Många kan ha symtom av PTSD men ändå (oftast) vara välfungerande och till exempel kunna arbeta. Modern forskning ställer sig allt oftare frågan: vad hjälper människor att må bra, *trots* de upplevelser de bär med sig? Och det är ju en fråga som är oerhört väsentlig i vardagen för oss som möter människor med erfarenheter av trauma i vårt arbete.

Den israeliske sociologen Aaron Antonovsky har studerat faktorer som orsakar och upprätthåller hälsa – så kallade *salutogena* faktorer. Han konstruerade begreppet KASAM (känsla av sammanhang) som en beskrivning av de faktorer som gjorde att en del överlevande från koncentrationslägren kunde bevara en god psykisk hälsa. Att världen upplevs som meningsfull, begriplig och hanterbar är faktorer som stärker KASAM (15).

Ett annat begrepp som allt oftare används är *resiliens*. Det beskrivs som en förmåga eller egenskap som gör att individer, grupper och miljöer lyckas hantera svårigheter, kriser och katastrofer utan att nedslås av dem. Det nutida synsättet är att det beror av ett samspel mellan individens egenskaper (god självkänsla), egenskaper hos den närmaste omgivningen (goda relationer i familjen) och egenskaper i den vidare omvärlden (tillgång till föreningsliv, vänner och arbetskamrater) (16).

Med *coping* menas de förhållningssätt personer använder för att hantera stress. Man talar om att människor har olika coping-strategier. Sådana strategier kan vara mer inriktade på att hantera känslor eller på att lösa problem, de kan vara individuella eller kollektiva, undvikande eller uppgiftsfokuserade.

VISSTE DU ATT ...

... de flesta människor upplever minst en potentiellt traumatisk händelse under sin livstid. Andra människors avsiktliga handlingar leder oftare till PTSD än till exempel en naturkatastrof. Män upplever fler traumatiska händelser än kvinnor, men kvinnor utvecklar oftare PTSD (9).

... i en internationell studie fick 10 procent av flyktingar som studerades diagnosen PTSD, men siffrorna varierar kraftigt mellan olika studier (10).

... i ett projekt vid Röda Korsets Center för torterade flyktingar i Stockholm fick en socionom i uppdrag att kartlägga psykosociala behov och arbeta med psykosocialt stöd, i första hand genom nätverksarbete. Patienternas förmåga att tillgodogöra sig psykoterapibehandlingen vid centret ökade samtidigt som de fick hjälp med andra behov (11).

... PTSD-begreppet ibland har kritiserats för att alltför mycket bygga på de symtombilder och lidandespråk som uttryckts av västerländska patienter, som Vietnamveteranerna i USA. Västerländska behandlare har kritiserats för att exportera behandlingsmodeller till andra länder utan att ta hänsyn till kulturella normer och sociala sammanhang (17).

... syriska tonåringar i Jordanien beskrev 2014 att deras vanligaste coping-mekanism var att tala med föräldrar och vänner, men de använde också ofta "tillbakadragande". Andra metoder för coping var att tänka på de gamla goda tiderna i Syrien, att läsa Koranen, lyssna på musik, se på TV. Det fanns också de som beskrev rökning, att stjäla och slå andra som copingmetoder (3).

... bland äldre somaliska flyktingar i Finland spelade en stark religiositet en buffrande roll för att förhindra utveckling av PTSD-symtom hos personer utsatta för krigstrauman (18).

... i en studie av irakiska asylsökande i Nederländerna betydde lång asyltid mer för utvecklingen av PTSD-symtomen än mängden trauma (19).

... i en studie i USA uppgav flyktingar att en anledning att de inte berättat för sin distriktsläkare om sina trauman var att de överhuvudtaget saknade kunskap om att trauma påverkar hälsan. Men när de fick frågan sade de flesta att de ville tala om krig och trauma och lära sig mer (20).

... i en svensk intervjustudie med bosniska kvinnor som väntat många år med att söka hjälp efter traumatisering framkom flera hinder för hjälpsökande: att kvinnorna ville undvika att bli påmind om traumat, att de först ville skaffa sig fast mark under fötterna i det svenska samhället, att undvika stigmatisering och att de inte hade ett fungerande språk för att tala om våld och övergrepp med andra (21).

... i ett projekt där Läkare Utan Gränser intervjuade asylsökande i Skaraborg som genomgått hälsoundersökning var det bara 26 procent som uppgav att de fått någon fråga om sin psykiska hälsa (22).

... i samma projekt erbjöd Läkare Utan Gränser psykosocialt stöd i form av screening av psykisk ohälsa, individuella stödsamtal, hälsoinformation, hjälp med hänvisning till vård och psykosociala aktiviteter till asylsökande i Skaraborg. Mobila team på asylboendena och hembesök hos de asylsökande med eget boende ansågs bidra till förtroende för stödet (22).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Fried, H. (2000). *Ett tredje liv: från jordbävning i själen till meningsfull tillvaro*. Stockholm: Natur & Kultur.
2. Silove, D., Steel, Z. and Psychol, M. (2006). Understanding community psychosocial needs after disasters: Implications for mental health services. *Journal of Postgraduate Medicine*, 52(2): 121-5.
3. Hassan, G, Kirmayer, LJ, Mekki-Berrada A., Quosh, C., el Chammay, R. m fl. (2015). *Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict*. Genève: UNHCR
4. Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A. & Saboonchi, F. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1.
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
6. "Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter – ett kunskapsunderlag för primärvården". Laddas ned från www.socialstyrelsen.se
7. "Det viktigaste är inte vad man gör utan att man gör något", Röda Korsets tidning Henry 2/16.
8. Envall Ryman, E. (2017). *Hur nyanlända kan landa. Slutrapport för Landaprojektet om hur ett psykosocialt stöd för svårt traumatiserade flyktingar kan möjliggöra en väg in i samhället*. Stockholm: Röda Korsets Center för torterade flyktingar.
9. Svenska Psykiatriska föreningen. (2018). *Transkulturell psykiatri. Kliniska riktlinjer för diagnostik och behandling*. Stockholm: Svenska psykiatriska föreningen & Gothia förlag.
10. Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365(9467): 1309-14.
11. Bäärnhielm, S. (2014) *Transkulturell psykiatri*. Lettland: Natur & Kultur, s 199–216.

12. Sollentuna kommun. *Trauma i klassrummet. En handbok för personal i skolan*. Hämtat från www.sollentuna.se
13. "Mer om traumamedveten omsorg". Hämtat från www.raddabarnen.se
14. "När ska barn och unga som flytt till Sverige söka stöd från BUP?" Hämtat från www.bup.se
15. Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
16. Egidius, H. Natur & Kulturs Psykologilexikon.
Finns på www.psykologiguiden.se
17. Watters, E. (2010). *Crazy like us. The globalization of the American psyche*. New York: Free Press.
18. Mölsä, M., Kuitinen, S., Tiilikainen, M., Honkasalo, M.L. & Punamäki, R.L. (2017) Mental health among older refugees: the role of trauma, discrimination and religiousness. *Aging & Mental Health*, 21(8):829-837.
19. Laban, C.J., Gernaat, H.B., Komproe, I.H., van der Tweel, I., De Jong, J.T. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(12):825-32.
20. Shannon, P., O'Dougherty, M. & Mehta, E. (2012). Refugees' perspectives on barriers to communication about trauma histories in primary care. *Mental Health in Family Medicine*, 9:47-55.
21. Eastmond, M. (2017). Trauma och tystnad: Kvinnor, våld, krig och flyktingskap. Göteborg: Närhälsan Kris-och traumamottagning.
22. Läkare Utan Gränser. (2018). Ett liv i limbo. En överblick av Läkare Utan Gränsers psykosociala stöd till asylsökande i Skaraborg. Länk till rapporten <https://lakareutangranser.se/sites/default/files/media/rapport-ett-liv-i-limbo-msf.pdf>

Fler lästips:

- Ascher, H. & Hjern, A. (2013). Från apati till aktivitet. Teori och behandling av flyktningbarn med svår psykisk ohälsa. Lund: Studentlitteratur.
- Hedrenius, S. & Johansson, S. (2013). Krisstöd vid olyckor, katastrofer och svåra händelser: att stärka människors motståndskraft. Stockholm: Natur & Kultur.



Tankar om kulturmötet

»Om du är på semester utomlands och ni inte förstår varandra, så försöker ni från bägge håll skapa förståelse. Inte bara en av er. Det är inget problem att ni inte vet så mycket om varandras kultur, det viktiga är att visa varandra en vilja att förstå.«

Citat ur en intervju med en anhörig till en patient med psykos (vår översättning).

Hultsjö, Berterö & Hjelm, 2009, s.67(1)

Hur uppfattas mötet i vård och omsorg?

När distriktsläkaren Kristian Svenberg intervjuade somaliska personer om deras möten med den svenska sjukvården, beskrev de att de hade höga förväntningar på vården med dess höga standard, men att de inte kände sig tagna på allvar. De förväntade sig att läkaren ställer diagnos och föreslår behandling utan att ställa alltför många frågor. De uppfattade vården som avvisande. Läkaren trodde inte på deras besvär och de tyckte att de ständigt fick beskedet »det är ingenting«. De klagade ofta över bristfällig kroppsundersökning och kände sig sämre behandlade i vården för att de inte talade svenska felfritt. Ofta ledde detta till att de sökte vård utomlands (2).

I samma forskningsprojekt intervjuades blivande specialistläkare i allmänmedicin om sina erfarenheter av mötet med patienter från Somalia. De uppfattade också att patienterna hade höga förväntningar på vården och upplevde själva ett kulturellt avstånd till patienterna. Man kan tänka sig att patienternas förväntan på en mer auktoritär läkarroll kom i konflikt med vad de lärt sig under utbildningen om patientens rätt att vara med och fatta besluten. Några läkare beskrev också en osäkerhet om hur de skulle bete sig i mötet. Hur skulle de hälsa på patienten? Hur skulle de undersöka patienter av motsatt kön (2)?

Speciella utmaningar i mötet med nyanlända flyktingar

Att det inte bara är patienterna som har svårigheter att känna tillit bekräftas i Sally Hultsjös intervjuer med personal i somatisk och psykiatrisk akutvård som möter asylsökande flyktingar. Några beskrev att de uppfattar att de asylsökande söker vård först efter avslag på ansökan om uppehållstillstånd, och att de rekommenderats att söka psykiatrisk vård av tolkar och advokater (3).

Starka känslor kan väckas hos den som i sitt arbete möter personer som varit utsatta för svåra trauman. Som behandlare blir du lätt en väldigt viktig person för den nyanlände flyktingen och du kan få uppleva att du blir idealiserad, »den enda som förstår mig» – för att i en annan situation bli ifrågasatt som representant för det oförstående svenska samhället. Birgitta Angel och Anders Hjelm beskriver flyktingarbetarens kris i olika faser:

- Bristande tilltro till flyktingens berättelse, som ter sig ofattbar.
- Skräck, ångest, överidentifikation med personen.
- Överdriven välvilja, svårighet att sätta gränser.
- Man finner en balans i arbetet och kan se vad som går att uträtta (4).

Måste man vara kulturkompetent?

I Sally Hultsjös intervjuer med patienter i psykosöppenvården var det en del patienter som menade, att vårdpersonalen bör bestämma behandlingen. Men andra ville vara delaktiga. Patienterna hade också olika syn på psykisk sjukdom: en del menade att psykisk sjukdom är Guds vilja, medan andra anammade vårdpersonalens förklaringsmodeller (5).

Det här illustrerar fördelen men också risken med att ta hänsyn till kulturella faktorer i vårdmötet. Det är en tillgång att veta att det kan finnas kulturella variationer i synen på psykisk sjukdom och dess behandling. Men det är också viktigt att inte göra det till en ny stereotyp. Lika lite som jag kan utgå från att alla andra delar mina egna värderingar och föreställningar – lika lite kan jag tro att jag vet allt om deras föreställningsvärld utifrån deras kulturella bakgrund.

Av det skälet kan man vara kritisk till begreppet »kulturkompetens« som används brett i undervisning inom bland annat vårdyrken, främst i USA. Det leder lätt till att man objektifierar patienten, och ser kulturkompetens som en »färdighet« man kan lära sig lika väl som att ta ett blodprov eller lyssna på hjärtat (6).

Självklart är det viktigt att personalen i vård och omsorg avspeglar det mångkulturella samhälle vi verkar i och som patienter/klienter tillhör, och det är en stor tillgång i arbetsgruppen att det finns konkret kunskap om olika kulturer. Men det är samtidigt viktigt att ingen upplever ett onödigt avstånd till personer av annan kulturell bakgrund, och av den anledningen blir hämmad i sin yrkesutövning.

Att intressera sig för den andres perspektiv

Men vad är då alternativet? Hur kryssar man mellan att inte se personens kultur och därmed riskera missförstånd och att tillskriva hen en kulturellt präglad uppfattning? Ett vanligt förslag på förhållningssätt skulle kunna sammanfattas med orden: att intressera sig för den andres perspektiv.

I Hultsjös undersökning framkom att de utlandsfödda patienternas familjer inte önskade någon speciellt utformad behandling på grund av sin bakgrund. Däremot önskade de att vårdpersonalen skulle visa intresse och ta sig tillräckligt mycket tid för att utveckla en ömsesidig förståelse. Hon menar att vårdpersonalen tidigt i mötet med en patient bör fråga om vilken syn hen har på delaktighet, på olika behandlingar, vilka erfarenheter och förväntningar som finns och hur personen själv ser på sin sociala situation och dess inverkan (1).

De läkare Svenberg intervjuade beskrev att de valde olika strategier i mötet med somalierna, till exempel att inta en mer gammeldags auktoritär attityd eller att vara mer nyfiken på patientens bakgrund och person. Svenberg själv menar utifrån egen erfarenhet att det ofta går att nå fram till en bättre dialog och samförstånd. Det förutsätter att patient och läkare träffas upprepade gånger, så att tilliten kan byggas. Han betonar också betydelsen av att kompensera språkliga kommunikationssvårigheter med en noggrann kroppsundersökning och – inte minst – att visa respekt och vänlighet, till exempel genom att lära sig några ord på patientens hemspråk och några fakta om hemlandet (2).

Att samtala om **Mötet med Ahmed, 32 år**

Det är morgon och den öppna distriktssköterskemottagningen har precis börjat. Det är mörkt ute, slaskigt och så där absolut urtrist väder. Som ett brev på posten kommer förkylningar och influensor. De akuta läkartiderna är redan uppbokade.

Distriktssköterskan Lisa får reda på att nästa patient, Ahmed, redan varit framme i luckan och klagat över att han får vänta. Han har absolut inte velat ha tolk utan bara sagt att han måste få träffa en läkare.

Lisa frågar Ahmed mer om hans besvär, och han visar på pannan och tar sig åt örat och halsen.

– Feber! Ont!

Lisa tar tempen som bara är lätt förhöjd och tittar i svalget och öronen. Ahmed visar på sina fingrar att han haft besvär i två dagar.

– Du är förkyld, säger Lisa. Vila, drick mycket. Köp Alvedon på apoteket och näsdroppar så blir det bättre i örat. Blir du sämre och är sjuk mer än en vecka så kom tillbaka. Två dagar är en kort tid, du måste ha tålamod.

– NEJ! säger Ahmed högt. Jag sjuk! Vill se doktor och få antibiotic! Han går ut och smäller igen dörren.

– Jag invandrare, ingen doktor, ingen antibiotic, skriker han.

På andra sidan dörren står Lisa handfallen. Varför blev det så fel? Hur ska hon kunna förklara hur man tänker här om behandling och egenvård i detta land? Hur ska hon förstå varför Ahmed är så arg?

Ett hjälpmedel i dialogen

Den kulturformuleringsintervju som vi tidigare berättat om kan vara ett stöd just för att åstadkomma den dialog Svenberg beskriver. Intervjun syftar till att hjälpa vårdpersonalen att utforska patientens egen subjektiva värld och tar upp förslag till konkreta frågor om kultur inom följande områden:

- egen problembeskrivning
- förklaringar till individens sjukdom
- stress och möjligt stöd i individens sociala sammanhang
- identitet
- sjukdomshantering och tidigare hjälpsökande
- hinder för att få vård
- förväntningar på vården
- relationen mellan individen och yrkespersonen (7).

Vid behov finns tolv kompletterande intervjuer varav sex är ett stöd för fördjupade intervjuer om innehållet i KFI. De övriga intervjuerna avser patientgrupper med särskilda behov som barn och ungdomar, äldre, flyktingar och invandrare samt anhörigas och omvårdnadspersoners perspektiv.

Intervjun är inte bara ett hjälpmedel för att ställa diagnos. Att göra en kulturformulering – eller mer allmänt, att aktivt intressera sig för patientens livshistoria, identitet, föreställningar och vad som ger mening åt patientens liv – bidrar framförallt till en ökad förståelse och en bättre vårdrelation. Kulturformuleringsintervjuns syftar till att nå fram till patientens berättelse, med tanken att det är den som öppnar för förståelsen.

I den meningen är en kulturformulering precis lika användbar för alla yrkeskategorier i vården och även i mötet med svenskfödda patienter. Den kan inspirera även den som möter klienter till exempel i socialtjänsten eller på Arbetsförmedlingen.

Olika vägar att nå patientens berättelse

Strävanden att ställa patientberättelsen i centrum pågår inom olika delar av vården av patienter oavsett kulturell bakgrund, och erfarenheterna av dem kan berika varandra.

Inom primärvården talar man om *patientcentrerad vård*.

Patientcentrering innebär att vårdmötet – konsultationen – läggs upp så att patienten inte styrs mot vårdpersonalens (mer eller mindre medvetna) mål, utan att mötet utgår från patientens tankar, känslor och förväntningar. Man talar om vikten av att efterforska de »tre F« – farhågor, föreställningar och förhoppningar. Läkaren ska hålla tillbaka sina egna funderingar tills patienten fått formulera sitt perspektiv. Efter läkarens sammanfattning, undersökning och presentation av sina tankar ska mötet avslutas med en gemensam del, där patient och läkare tillsammans diskuterar sig fram till vad som bör göras (8).

Personcentrerad vård har blivit ett honnörsord på många håll i vården. Det pågår också ett systematiskt arbete med att utveckla begreppet både praktiskt och teoretiskt. Personcentrerad vård beskrivs som ett partnerskap mellan patienter/närstående och professionella inom vård, omsorg och rehabilitering. Ett noggrant lyssnande på patientens och ofta även närståendes berättelse lägger en grund för att skriva en gemensam hälsoplan. Dokumentationen av både berättelse och planen är en viktig del av förhållningssättet (9).

Narrativ medicin beskrivs som en klinisk metod för att öka såväl läkares som andra yrkesgruppers förmåga att förstå och möta patienters sjukdom, lidande och utsatthet. Genom att lära av litteratur, film, konst och filosofi kan vårdpersonal utveckla förmågan att lyssna på berättelsen och förbättra sitt bemötande av patienten (10).

Att samtala om

Mötet med Zara, 42 år

Psykologen Dorte träffar Zara, en marockansk kvinna, för ett första samtal på den psykiatriska öppenvårdsmottagningen. Av distriktsläkarens remiss framgår att han haft diagnostiska samtal med Zara med hjälp av arabisktalande tolk. Resultaten har varit motsägelsefulla och läkaren har provat två olika antidepressiva läkemedel utan att Zara förbättrats. Distriktsläkaren skriver också i remissen att han är osäker på om Zara tagit medicinen.

Vid dagens samtal säger Zara först att hon klarar sig utan tolk, men Dorte lyckas övertyga henne om att låta tolken stanna. Dorte bestämmer sig för att göra en intervju enligt kulturformuleringen. När hon ställer frågor om kulturell identitet framkommer det att Zara är berber från Marocko och har en berbisk dialekt som modersmål.

När Dorte frågar Zara vad hon själv tror att hon har för besvär visar det sig att hon inte har en aning.

– Men förklarade inte läkaren att han bedömer att du har en depression? frågar Dorte. Tolken översätter detta med en lång ramsa, och han och Zara börja diskutera inbördes. När Dorte lite irriterat frågar vad det handlar om, säger tolken att Zara inte förstår vad depression är, trots att han försökt förklara. Hon har aldrig hört talas om det.

På Dortes fråga om vad Zara önskar för hjälp och behandling för sina besvär rycker hon på axlarna:

– Det är skrivet för mig. Jag ska vara stark.

Dorte försöker nu sammanfatta samtalet för sig själv. Visst förstår hon Zaras problem något bättre. Kanske kan det finnas nya idéer om hur Zara ska kunna få hjälp att må bättre, tänker hon.

VISSTE DU ATT ...

... i en brittisk undersökning av diabetiker visade det sig att färgade patienter från Västindien, trots att de talade samma språk som läkaren, inte fick sina frågor om sjukdomen besvarade i samma utsträckning som vita, speciellt om dessa färgade personer var äldre (11).

... i en studie med spanskspråkiga patienter i Los Angeles i samtal med och utan tolk visade det sig att läkarna trodde att patienterna i tolksamtalen känt sig mindre förstådda och fått mindre hjälp än vad patienterna själva ansåg (11).

... i en studie av utrikesfödda patienter vid en psykosöppenvårdsmottagning ändrades patienternas diagnoser i 56,5 % av fallen, när frågor från en kulturformuleringsintervju användes (12).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Hultsjö, S., Berterö, C., & Hjelm, K. (2009). Foreign-born and Swedish-born families' perceptions of psychosis care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(1): 62-71.
2. Svenberg, K. Det »transkulturella sjukvårdsmötet« – erfarenheter bland somaliska flyktingar och läkare i Sverige. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 2 2012.
3. Hultsjö, S. & Hjelm, K. (2005). Immigrants in emergency care: Swedish health care staff's experiences. *International Nursing Review* 52, 276-285.
4. Angel, B & Hjelm, A. (2004). *Att möta flyktingar*. (2. uppl.) S. 135 ff. Lund: Studentlitteratur.
5. Hultsjö, S., Berterö, C. & Hjelm, K. Perceptions of psychiatric care among foreign- and Swedish-born people with psychotic disorders. *Journal of advanced nursing* 60(3): 279-288.
6. Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine* 3(10): e294.
7. Intervjun finns gratis tillgänglig på webbplatsen www.pilgrimpress.se
8. Ahlkvist, S. & Hedberg, C. *Patientcentrerad konsultation*. Hämtad från www.internetmedicin.se
9. Se webbplatsen för GPCC – Centrum för personcentrerad vård, www.gpcc.gu.se
10. Se webbplatsen för Svensk förening för narrativ medicin, narrativmedicin.se
11. Refererade i Ottosson, J. (red.) (1999). *Patient – läkarrelationen: läkekunst på vetenskaplig grund*. Stockholm: Natur & Kultur i samarbete med Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU).
12. Bäärnhielm, S., Åberg Wistedt, A. & Rosso, M.S. (2015). Revising psychiatric diagnostic categorisation of immigrant patients after using the Cultural Formulation in DSM-IV. *Transcultural psychiatry*, 52(3):287-310.

Fler lästips:

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A. m fl. (2011).

Person-centered care – ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10: 248–251

Fossum B. (red.) (2007). *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*.

Stockholm: Studentlitteratur.



Språk och tolkning

»Tolken berättade i intervjun att hon skulle kunna förklara ordet 'psykos' på följande sätt: 'Det här problemet påverkar din själ och man kan inte skilja på kropp och själ, det påverkar din själ här inne'.«

Sundvall, 2011(1).

Finns det ord för allt lidande?

Språkskillnaderna nämns ofta som den största barriären i vårdmötet med patienter av annan kulturell bakgrund. Att det finns tillgång på kompetenta tolkar är det allra viktigaste för att sänka den barriären.

Men det går inte alltid att översätta ord rakt av mellan språk. Ord och begrepp kan ha olika kulturella betydelser och olika känslomässig laddning (2).

Medicinska termer som ångest, depression och i viss mån psykos förekommer i det svenska vardagsspråket. Så var det inte för bara några årtionden sedan. De flesta använde säkert inte ordet »ångest« då. Snarare kunde man säga att »mamma har problem med nerverna«. Historikern Karin Johannisson har i flera böcker visat hur sjukdomsbegrepp förändrats över århundradena (3).

I andra länder där psykiatrin inte är utbyggd och där stigma gör att det är svårare att tala om känsliga sjukdomar är de medicinska begreppen mer okända.

»Min själ är trött«, kan vara ett sätt för en person från Syrien att uttrycka allmänt psykiskt lidande. Men det förekommer också uttryck knutna till kroppsliga förnimmelser, som smärta i bröstet, kramp i tarmar eller myror som kryper under huden. På samma sätt uttrycks ofta ångest eller rädsla hos syrier med bilder knutna till hjärtat. »Mitt hjärta faller ned« kan till exempel uttrycka en plötslig rädsla (4).

I det somaliska språket finns inte ordet »depression«. Det finns andra begrepp, till exempel »murug« som betyder nedstämd, »wali« som betyder galen och »buufis«, ett nytt begrepp som avspeglar exiltillvarons vånda och beskriver ett depressivt tillstånd med paranoida drag och isoleringstendens (5).

Att samtala om **Mötet med Maryam, 26 år**

På eftermiddagsmottagningen möter syster Marta en upprörd Maryam, som säger att hon snart inte har någonstans att bo och att »soc« skickat henne till vårdcentralen.

Marta hänger inte med riktigt. Hur fungerar det för flyktingar nu för tiden? Måste inte kommunen ordna en riktig bostad åt denna ensamma kvinna? Det verkar inte vara något för en distrikts-sköterska. Varför kom hon hit?

Maryam säger tveksamt något om att handläggaren tycker att hon är galen.

– Avfärdar handläggaren hennes sociala problem med att hon är galen och lägger över det hela på vården!? tänker Marta.

Maryam säger nu att familjen sitter i hennes hjärta och att det spränger som om det skulle kunna gå sönder. Hon talar om hur hjärtat »springer« och att hon inte kan sova. Mariam säger också något svårförståeligt om att anhöriga har dött i hemlandet och hon var inte med för att säga adjö. Nu vill de inte lämna henne i fred. De kommer på natten och anklagar henne för att ha lämnat dem.

– Är det allvarigare psykiska problem ändå? Marta önskar att det funnes en tolk att tillgå akut. Hon tar blodtrycket, det är normalt. Pulsen är givetvis snabb, men patienten är ju så upprörd.

Maryam verkar lite lugnare nu och ler nästan mot Marta:

– Hjärtat orkar inte. Kan inte doktorn ge mig någon medicin?

Marta känner sig förvirrad av dessa svängningar, men ändå lite mindre orolig. Hon funderar nu på hur hon ska kunna förstå bättre hur vårdcentralen ska kunna hjälpa Maryam vidare.

Kommunikation utan ord

Det brukar sägas att den allra största delen av vår kommunikation är icke-verbal. Det är en viktig tillgång, när vi inte kan lita på orden.

Samtidigt är det viktigt att veta att även icke-verbal kommunikation präglas av kulturella normer. I psykiatrin gör man ofta bedömningar som bygger på det som i journalen beskrivs som ”kontakt”. Är patienten undvikande, avskärmad eller frånvarande i sin egen värld, eller får behandlaren ett bra gensvar? Den skillnaden kan vara avgörande till exempel vid en bedömning av en persons självmordsbenägenhet eller psykosnärhet. Det är då viktigt att veta att det kan bli missförstånd över kulturgränser.

En tolk berättade en historia om en läkare som blivit frustrerad i mötet med en somalisk kvinna, som varken ville ta honom i handen eller titta honom i ögonen. Tack och lov hade tolken möjlighet att tala med läkaren efter besöket, och förklara att kvinnans beteende var ett tecken på att hon ville visa honom respekt.

Att använda tolk

I Sverige förekommer idag tolkning på närmare 200 olika språk och dialekter. Personer som inte behärskar svenska språket har rätt till kostnadsfri tolkservice i kontakten med myndigheter och offentlig service. Personer utan anknytning till Sverige får dock själva betala kostnader för tolk.

Innan man beställer tolk är det viktigt att ta reda på exakt vilket språk det gäller. Personer från samma land kan ha olika modersmål. Fråga om klienten har något önskemål om kön på tolken. Efterfråga auktoriserad tolk, och inom vården sjukvårdstolk, men sådana tolkar finns inte på alla språk.

Patienter säger ibland nej till tolk och vill att någon anhörig tolkar. Det kan vara känsligt att ha utomstående med i personliga samtal och många misstror tolkarnas tystnadsplikt. Stigma för psykisk sjukdom ökar rädslan.

Personalen bör noggrant förklara varför det inte är lämpligt att anhöriga tolkar. Viktiga budskap kan förvrängas, men det är också så att anhörigas egna behov i samtalet kommer på undantag ifall de också ska tolka. Barn ska inte användas som tolk. Det är att lägga en alltför stor börda på dem (6).

De läkare Svenberg intervjuade beskrev att de kände sig utanför i tolksamtalet. En enkel fråga kunde följas av en längre konversation mellan patienten och tolken (5). Ibland sägs det att tolken kostar pengar och att tolksamtalet tar längre tid. Tolken Eva Entrena som skrivit om hur man kommunicerar via tolk påpekar att det tar längre tid att kommunicera dåligt på svenska. Missförstånd och felbehandling kan bli ännu dyrare (6).

Hur går tolksamtalet till?

Tolken presenterar sig oftast själv för patienten och förklarar att hen har tystnadsplikt. Hen översätter ordagrant och utan att lägga in egna kommentarer eller värderingar. I översättningen använder hen jagform.

Så ser tolkningsidealet ut. Samtidigt förstår vi av föregående avsnitt att det inte är lätt för tolken att översätta ordagrant. Ofta måste hen använda omskrivningar för att förklara det behandlaren har sagt. Vårdgivaren kan då bli frustrerad, eftersom det låter som om tolken säger mycket mer på sitt eget språk. Men allt hänger inte på tolken. Tolk användaren har ansvar för sakfrågan och patienten för att tala i egen sak (6). Problemet med att medicinska uttryck ibland är oöversättbara löser man inte med »bättre tolkar« utan med att vårdgivaren noggrannare förklarar de uttryck hen använder. Det är klokt även med svensktalande patienter!

Tolken ska förhålla sig opartiskt och neutralt. Man bör erbjuda tolken ett särskilt väntrum, så att hen inte dras in i privata samtal med patienten. Tolken ska inte heller användas som kulturexpert. Däremot är det både nödvändigt och möjligt att förbereda tolken före samtalet, särskilt om det handlar om någon komplicerad utredning. Det kan också vara lämpligt att gå igenom samtalet med tolken efteråt, för att kontrollera att allt blivit rätt uppfattat. I så fall bör man informera patienten/klienten om varför man gör det.

Det blir allt vanligare med telefontolk, inte minst mot bakgrund av den stora tolkbristen. Patienter föredrar ibland telefontolk av sekretesskäl. Personalen kan känna sig obekvämt, men med övning är det inte svårare att använda telefontolk (7).

Att samtala om

Mötet med Sead, 53 år och tolken Stanojka

Stanojka har kastat sig på bussen för att hinna till nästa tolksamtal på psykosmottagningen i Rotlunda.

Väl framme är det lugnt. Sjuksköterskan Helmi som möter upp berättar att patienten Sead är sen, förresten alltid brukar vara sen och att det till och med är osäkert om han kommer att komma. Stanojka och Eva börjar småprata och upptäcker att de har gemensamma bekanta och kanske till och med har träffats förut. De sitter i väntrummet och skrattar och pratar när Sead faktiskt kommer.

De går in i ett angränsande rum och sätter på den röda lampan för att ingen ska störa. Stämningen är fortfarande lättsam mellan Stanojka och Helmi och de försöker få med Sead som inte verkar på så bra humör. De glömmer att informera om sekretessen. Sead är tyst och svarar enstavigt på Helmis frågor om hur han har haft det sedan senast de möttes. Helmi som vet att högtiden Bayram nyligen infallit frågar om Sead firat den. När han inte svarar, frågar hon Stanojka hur hon firat den. Stanojka beskriver detta. Sead frågar om han kan gå hem. Vad kan Helmi göra för att rädda samtalet?

VISSTE DU ATT ...

... det i några landsting finns hälsokommunikatörer. I Stockholms län är hälsokommunikation en del av Transkulturellt Centrums uppdrag. Hälsokommunikatörerna har vårdutbildning och egen migrationsbakgrund och har som uppdrag att informera nyanlända flyktingar och andra personer som invandrat och inte kommit in i samhället om bland annat hur vården fungerar men också om hälso- och livsstilsfrågor (8).

...linkworker, kulturtolk, cultural broker är internationella begrepp för personer som samarbetar med vården och andra myndigheter. Genom utbildning och egen erfarenhet har de kunskap både om patientens och behandlarens värld och kan översätta inte mellan olika språk, utan mellan olika kulturella meningssystem (2).

... det finns risker för empatitrötthet och så kallad sekundär traumatisering hos tolkar. Vid Röda Korsets Behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Göteborg har man sedan 2016 infört rutiner med ökad uppmärksamhet på tolkarnas situation (9).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Sundvall, M. (2011). "Familjen kan aldrig släppa taget" – erfarenheter från familjearbete i ett psykosteam i mångkulturell miljö. *Fokus på familjen* (3): 196-209.
2. Bäärnhielm, S. Möten i den mångkulturella vården. (2007). I Fossum, B. (red.) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. S. 287-307. Lund: Studentlitteratur.
3. Johannisson, K. (2009). *Melankoliska rum: om ångest, leda och sårbarhet i förfluten tid och nutid*. Stockholm: Bonnier.
4. Hassan, G, Kirmayer, LJ, Mekki-Berrada A., Quosh, C., el Chammay, R. m fl. (2015). *Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict*. Genève: UNHCR.
5. Svenberg, K. Det "transkulturella sjukvårdsmötet" – erfarenheter bland somaliska flyktingar och läkare i Sverige. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 2 2012.
6. Entrena, E. (2007). Att kommunicera med hjälp av tolk. I Fossum, B. (red.) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. S. 309-327. Lund: Studentlitteratur.
7. Socialstyrelsens broschyr »Att samtala genom tolk – en kort vägledning« (laddas ned från www.socialstyrelsen.se) innehåller samlad enkel information för vårdgivare.
8. Bäärnhielm, S., Hussein, H., Baker, U. & Allebeck, P. Hälsokommunikationer kan bidra till bättre hälsa hos utlandsfödda. *Läkartidningen*. 2013;110:CAZZ
9. Durehed, S. (2016). *Jag påverkas av det min mun säger*. Uppsats, Psykotraumatologi 15 hp. Uppsala universitet.

Fler lästips:

Kammarkollegiet. (2016). *Kammarkollegiets tolkföreskrifter*.

KAMFS2016:4. Hämtad från Kammarkollegiets webbplats

<http://www.kammarkollegiet.se>

Grabos, M. & Hagström, M. (2006). *Psykoterapi med tolk. Möjligheter – svårigheter*. Examensuppsats. Svenska institutet för kognitiv psykoterapi. Finns på www.slso.sll.se/tc under länken Litteratur.

Aktuell information:

Information för patienter i Stockholms läns landsting om språktolk

<http://www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Tolktjanst/>

Information för personal i Stockholms läns landsting om tolkanvändning

<http://www.vardgivarguiden.se/patientadministration/tolktjanster/>

Hälsokommunikatörerna i Stockholms län

<http://transkulturelltcentrum.se/halsokommunikation/>



Nätverk och delaktighet

»Ofta försöker modern kontrollera sonen eller dottern som är sjuk ... det är ett hinder för oss som har ett program för att stödja ett självständigt liv ...«

Citat från intervju med arbetsterapeut som möter patienter med bakgrund från Mellanöstern.

Pooremamali, Persson & Eklund, 2011 (1)

»Den hjälpande relationen mellan behandlare och patienter går från att handla om expert/patient till mentorskap, coaching eller partnerskap på en personlig upptäcktsresa. Behandlaren ska vara till hands, inte styra.«

Recovery Devons webbplats (2)

Att engagera familj och anhöriga

Det sociala nätverket betyder mycket för alla, även när det gäller hälsan. Isolering och ensamhet är riskfaktorer för psykisk ohälsa. När en person får allvarliga psykiska besvär blir familjen berörd, är delaktig och tar stort ansvar (3). Familjebehandling har visat sig förebygga återfall (4).

Så familjen är redan engagerad när någon behöver vård. Ändå finns det långa traditioner i Sverige av att bortse från, eller till och med utestänga, familjer från vården. Delvis har det att göra med att Sverige är ett individorienterat samhälle, där lagar och regler utgår från individens relation till samhället.

Det här är ofta svårbegripligt för personer från mer familjeorienterade kulturer, där familjen har ett ansvar som aldrig upphör. Familjen förväntas ta hand om den sjuke. Att ta emot boendestöd-jare eller flytta till gruppboende kan vara oacceptabelt. Och familjen som har ansvaret kan inte förstå den svenska sekretesslagstiftningen. Det kan uppfattas som respektlöst att vården informerar patienten direkt om sjukdomen och prognosen (5).

Men vården är i förändring. Kommunerna har skyldighet att ge stöd till personer som hjälper, vårdar eller stödjer en anhörig. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer ska anhöriga till personer med schizofreni erbjudas familjeutbildning (4). Kanske kan ett förändrat synsätt också förbättra mötet med familjer med annan kulturell bakgrund.

I en studie intervjuades arbetsterapeuter som mötte patienter med en bakgrund från Mellanöstern. Samtidigt som de ibland tyckte att familjen kontrollerade sina vuxna barn för mycket såg de familjen som ett positivt stöd. Och de talade om »att bygga kulturella broar« till patienterna bland annat genom att använda familjernas resurser mer (1).

Att samtala om **Mötet med Dureid, 30 år och hans mor Nadyat**

Anna-Lisa som är skötare på den psykiatriska slutenvårdsavdelningen är kontaktperson för Dureid, som kom in med vårdintyg för tre dagar sedan efter att ha hotat en granne med kniv. I första samtalet med avdelningsläkaren tedde han sig stundtals frånvarande och rastlös. Vid ett tillfälle talade han om »dinner«. Han blev arg när läkaren talade om att han hade en psykos. Mot Anna-Lisa har han hittills varit avvisande och endast frågat om praktiska saker.

Modern Nadyat har kommit till avdelningen varje förmiddag innan besökstiden börjat. Och hon har haft med sig mat till Dureid, trots att personalen förklarat att det inte är lämpligt.

Anna-Lisa försöker tala med Nadyat som emellertid inte förstår svenska alls. Så Anna-Lisa och kuratorn Sven bokar ett samtal med modern och arabisktalande tolk till följande dag.

Vid samtalet berättar Nadyat att familjen flydde från Irak för fem år sedan. Hon bor med Dureid, två yngre bröder och en äldre syster i en trerummare. Yngsta brodern som har kontakt med BUP är ofta orolig om kvällarna och nätterna.

Dureid har haft ett svängande humör en längre tid, och har ibland blivit aggressiv mot familjen. Det beror på svårigheter i livet men det är inget psykiskt fel på honom, säger Nadyat. Hon blir ganska upprörd när Sven tar upp frågan om maten. Dureid mår bättre om han får sin mammas mat.

Anna-Lisa tänker att det är viktigt att hon som kontaktperson får ett bra samarbete med både Dureid och Nadyat. Men hur ska hon gå tillväga?

Barn som anhöriga

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är vårdpersonalen skyldiga att se till barns behov av information, råd och stöd bland annat om föräldern har allvarig fysisk eller psykisk sjukdom. Målet är att barnet ska kunna bibehålla en god hälsa trots föräldrarnas svårigheter (6).

Hur kan vården stödja barnen till traumatiserade föräldrar? I en filmad intervju som ingår i en webbutbildning beskriver barn- och ungdomspsykiatern Cécile Rousseau från Kanada att familjer har olika sätt att kommunicera kring trauma (7). En del familjer tystar ned traumat och barnen får inget veta. Barnet som ser att föräldrarna är upprörda eller nedstämda, tror att det är hens fel. I andra familjer talar föräldrarna oavbrutet om traumat, och tror att barnen är för små att förstå. Barnen påminns ständigt om traumat och kan reagera med ilska eller gå in i en föräldraroll.

I Rousseaus arbete försöker hon att stödja föräldrarna att anpassa berättelsen. De kan tala med barnen så att de förstår, utifrån deras utvecklingsnivå. Föräldrarna kan berätta tillräckligt mycket om de svårigheter de varit med om men inte så mycket att barnen överväldigas.

– Det viktigaste är att se till hela familjen, eftersom vi vet att familjen är basen för återhämtning efter trauma, säger Rousseau i intervjun. Traumat kan tas upp som en del av det som påverkar familjens relationer. Den förälder som utsatts för tortyr kan få styrka när hen upplever att familjen är trygg, och att hen inte bara är en börda för familjen.

Att samtala om **Mötet med Hawwa, 40 år**

Gladys som är sjuksköterska på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning träffar patienten Hawwa som har haft kontakt med mottagningen i flera år på grund av återkommande depressioner. Det har också framkommit att Hawwa har svåra erfarenheter från kriget i Irak. Hawwa är skild och har en tioårig dotter, Nadia, som Gladys aldrig har träffat.

När Gladys erbjuder Hawwa att ta med Nadia på ett samtal blir hon mycket upprörd. Hennes dotter mår bra och är duktig i skolan, det är inget fel på henne. Om Nadia får veta är dessutom risken stor att släktingarna får reda på det. Det kommer att få negativa konsekvenser för både Nadia och Hawwa, säger hon.

– Vi talar inte om psykiska problem i vårt land, förklarar hon uppbragt. Och hon vill inte höra talas om frågan mer.

När Gladys och Hawwa talar mer om detta vid ett senare tillfälle kommer det emellertid fram att Nadia på sistone vid flera tillfällen blivit arg och inte gått att lugna. Hawwa gråter och säger att det inte känns som om hon och Nadia har samma fina förhållande som tidigare. Hon är rädd att Nadia är besviken på henne för att hon inte är med i så många aktiviteter med henne som andra mammor.

Gladys funderar nu på hur hon åter ska kunna väcka frågan om att erbjuda stöd till Nadia. Hur ska hon kunna övertyga Hawwa om att det kan gynna dem bägge? I vilken form kan det vara bäst att erbjuda stöd?

Delaktighet och återhämtning

I Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, står att »hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet« (6). En snarlik formulering finns i Socialtjänstlagen (8). HSL säger också att vård och behandling »så långt det är möjligt« ska utformas i samråd med patienten som ska få information om hälso-tillstånd, vård och behandling.

Så formellt är rätten till delaktighet klar. Men i praktiken finns det en lång tradition av förmyndarskap, kanske särskilt inom psykiatrin, där det ju finns möjlighet att tvångsvårda personer och där sjukdomstillståndet ibland gör det svårt för patienten att utöva sitt självbestämmande.

Inom psykiatrin finns idag ett nytt intresse för *recovery*, återhämtning. Det kan närmast kallas för en internationell rörelse bland personal och brukare som bygger på nygammal forskning om att det faktiskt är möjligt att återhämta sig även från allvarlig psykisk störning som psykos (9). I flera länder har rörelsen starkt stöd i officiella riktlinjer.

Men återhämtning förutsätter delaktighet. Ingen annan kan återhämta dig, det är en aktiv process du genomför som individ. Det handlar om att återerövra makten över ditt eget liv – makt i förhållande till symtomen; i förhållande till behandling och andra insatser; och i förhållande till omgivningens fördomar och stigmatiseringsförsök.

Det som personal kan göra för att stötta någon i dennes återhämtning är bland annat att ge hopp, att hjälpa personen med enkla materiella behov som pengar, mat och husrum och att samverka med personen kring dennes behov och behandling (9).

Kan migranten behöva återhämta sig?

Återhämtningsbegreppet kommer ur forskningen om allvarliga psykiska tillstånd, och har egentligen inget att göra med relativt friska migranternas behov. Men även i migrationskrisen kan personen förlora kontrollen över sitt liv och hamna i en situation av påtvingad hjälplöshet. Kanske kan personal som möter asylsökande och flyktingar just därför ha nytta av inte se sig själva som experterna utan som partner och coacher?

Ett närliggande begrepp till återhämtning är *empowerment*, att stärka personers egenmakt och hjälpa dem att ta kontroll över sina liv. Det har inte använts särskilt mycket i forskning kring integration. Karin Blight Johansson påpekar i en artikel att det fordras kollektiva, strukturella insatser för integration av flyktingar. Det finns en risk att empowermentbegreppet används så att allt ansvar läggs på den enskilde (10). Det finns dock exempel på att empowerment använts i introduktionen av nyanlända flyktingar (11).

Det kan finnas särskilda hinder för delaktighet för personer som migrerat. Patienten kan uppfattas som passiv och obenägen att ta en aktiv roll i vården. Vårdgivaren förväntas bestämma över behandlingen. Den som är psykiskt sjuk förväntas inte vara aktiv (1). Rätt använda skulle återhämtnings- och empowermentbegreppen kunna hjälpa oss att se att sådana iakttagelser kan förklaras av kulturella faktorer och av okunskap om det svenska vårdssystemet men också av den ojämlika maktrelationen i vårdmötet.

Att samtala om **Mötet med Mona, 42 år**

Katarina är arbetsförmedlare inom etableringsreformen i Västlunda och har lärt känna Mona, en irakisk kvinna som varit i Sverige i drygt två år. Mona bor med sin man och sina två barn som är tio och fjorton år gamla. Hennes äldsta dotter Hanaa är kvar i Irak.

Monas man är kemist och har lyckats få ett vikariat. Barnen går i skolan och lär sig svenska snabbt. Mona är utbildad gymnasie-lärare men hittills har det varit svårt att se hur hon skulle kunna använda den utbildningen i Sverige.

Till Katarina säger hon alltid att hon är trött, rädd för att gå ut och känner sig orolig. Sedan en tid tillbaks har hon nämnt att hon börjat läsa koranen oftare och tycker att det ger henne stöd i stunden, annars har hon tappat lusten till det mesta.

Katarina var nyligen på en utbildning där en föreläsare talade om empowerment. Under föreläsningen kom Katarina att tänka på Mona och att hon skulle vilja locka henne att bli mer aktiv och ta plats. När de möts har hon förberett för att de ska gå igenom målen i etableringsplanen igen.

Hon presenterar glatt detta för Mona. Men Mona muttrar inshallah och säger att Katarina måste hjälpa hennes dotter att komma till Sverige. Hanaa har just berättat på telefon att hon är gravid. När hon säger det, ser Mona glad ut för första gången sedan Katarina träffade henne.

Katarina säger att hon inte har den makten. Hur ska Katarina hjälpa Mona till egenmakt och återhämtning?

Samverkan mellan myndigheter

När man förr talade om nätverksmöten inom vård och socialtjänst menade man ofta att samla de professionella – utan patient eller klient. Det är ett framsteg att patienters och deras anhörigas delaktighet idag blivit mer självklar.

Men det hindrar inte att samverkan mellan myndigheter är viktigt. I en skrift om rehabilitering/habilitering listar Socialstyrelsen fyra tunga motiv för gränsöverskridande samverkan:

- Det etiska motivet – att brukaren avlastas bördan att själv hitta rätt i vårdapparaten och inte riskerar att falla mellan stolarna.
- Verksamhetsmotivet – att en enskild aktör inte ensam kan lösa brukarens problem.
- Effektivitetsmotivet – att brukaren kan få högre livskvalitet till lägre samhällskostnad.
- Kunskapsmotivet – samverkan ökar kunskapen hos var och en av de deltagande verksamheterna (12).

Det går att översätta dessa motiv till den nyanländes situation. Ingen enskild myndighet kan lösa alla migrantens problem. Den som är ny i systemet kan lätt tappa bort sig i myndighetsdjungeln. Det är lättare att komma vidare med praktik och arbete, ifall man samtidigt kan få stöd med hälsoproblem och med barnens situation i skolan. Och ifall personal från vård, kommun och Arbetsförmedling samverkar, fördjupar vi kunskapen om varandra och också vår egen specialistkunskap.

Det är viktigt att formulera mål för samverkan som är angelägna för den person det gäller. Om öppenvårdsmottagningen i psykiatri vill bjuda in socialtjänsten till samverkan kring en patient gäller det att tydligt kunna formulera vad som skulle kunna bli bättre om man samverkade. Skriften från Socialstyrelsen ger exempel på förutsättningar och hinder att tänka igenom för att kunna samverka (12).

VISSTE DU ATT ...

... ensamkommande har organiserat sig i egna föreningar, vilket kan ses som ett sätt att stärka empowerment (13).

... empowerment kan också stärkas om nyanlända själva engageras i projekt för att stödja andra nyanlända. Ett exempel är Svenska livräddningssällskapets treåriga satsning där nyanlända ska utbildas till simlärare för andra nyanlända (14).

... i Socialstyrelsens nationella riktlinjer sägs att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda personer med schizofreni en modell för delat beslutsfattande (shared decision making), ett specifikt arbetssätt som ger personen inflytande över beslutsfattandet kring upplägget och innehållet i den egna kontakten med verksamheten (4).

ATT LÄSA MER

För det här avsnittet har vi använt följande källor:

1. Pooremamali, P., Persson, D. & Eklund, M. (2011). Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2): 109–121.
2. www.recovery.co.uk Informationsbladet "Putting recovery at the heart of all we do".
3. Flyckt, L., Löthman, A., Jørgensen, L., Rylander, A. & Koernig, T. Burden of informal care given to patients with psychoses: A descriptive and methodological study. *International Journal of Social Psychiatry* November 17, 2011 e-publikation.
4. Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd: stöd för styrning och ledning*. Remissförslag. Stockholm: Socialstyrelsen. På www.socialstyrelsen.se
5. Sundvall, M. (2011). "Familjen kan aldrig släppa taget" – erfarenheter från familjearbete i ett psykosteam i mångkulturell miljö. Fokus på familjen (3): 196-209.
6. Svensk författningssamling. *Hälso- och sjukvårdslag* (1982:763). www.riksdagen.se
7. Ur webbutbildningen *Migration och familj*. Hämtat från webbplatsen Kunskapsguiden.se
8. Svensk författningssamling. *Socialtjänstlag* (2001:453). www.riksdagen.se
9. Topor, A. & Sundström, K. (2007). *Återhämtning – en introduktion: återhämtning. Vad är det? : Hur är den möjlig?* Årsta: FoU-enheten, Psykiatri Södra Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområde.
10. Johansson Blight, K. Empowerment i integration och introduktion – hur är det med makten? *Socialmedicinsk tidskrift*, nr 3 2006.
11. Guerrero, K. (2011). *Utvärdering av MIRA-projektet – utifrån ett myndighetsperspektiv*. Projektarbete. Huddinge: Södertörns högskola, Institutionen för samhällsvetenskaper.
12. Socialstyrelsen (2008). *Samverkan i rehabilitering: en vägledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

13. Se <http://ensamkommandesforbund.se/om-oss/>

14. Se <http://www.svenskalivraddningssallskapet.se>.

Fler lästips:

Andersson, G., Bülow, P., Denhov, A. & Topor, A. (2016). *Från patient till person. Om allvarliga psykiska problem – vardag, vård och stöd*. Lund: Studentlitteratur.

Topor, A. (2001). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Webbplatser:

www.youmo.se

Webbplats med texter och filmer på flera språk, vänder sig till ungdomar.

www.uppdragpsyiskhalsa.se/asylsokande-och-nyanlanda

Webbplats som Sveriges kommuner och landsting ansvarar för, syftar till att stärka insatser för psykisk hälsa. Titta särskilt på »Verktysbanken«. Där finns material som vänder sig till allt från myndigheter till de asylsökande själva. Information på olika språk. Informationsfilmer och filmade utbildningar.

www.barnombudsmannen.se

Webbplats för Barnombudsmannen. Innehåller bl a information som vänder sig direkt till barn och unga på flera språk.

Vad är Transkulturellt centrum?

Transkulturellt Centrum är ett kunskapscentrum inom Stockholms läns landsting. Här finns kompetenser inom transkulturell psykiatri, vård och tandvård för asylsökande och flyktingar. Dessutom erbjuder centret hälsokommunikation till nyanlända och andra personer med migrationsbakgrund.

Transkulturellt Centrum vänder sig till alla som arbetar inom Stockholms läns landsting eller inom upphandlade vårdverksamheter. Centret stödjer också en övergripande utveckling av länets hälso- och sjukvård för att möta en alltmer mångkulturell befolkning.

Det här erbjuder Transkulturellt Centrum

- Handledning och konsultation inom det psykiatriska vårdområdet
- Handledning och konsultation för personal inom hälso- och sjukvård och tandvård som möter asylsökande och nyanlända.
- Utbildningar samt kompetens- och metodutveckling inom transkulturell psykiatri, hälso- och sjukvård samt tandvård för asylsökande och nyanlända.
- Nätverk som vänder sig till personal inom olika yrkeskategorier och vårdgrenar.

Centrets hälsokommunikatörer har kompetens i kulturella aspekter av hälsofrågor. Deras uppdrag är att informera och vägleda invandrare och flyktingar, bland annat om hur man hittar rätt i vården, migration och hälsa. Det gör de på arabiska, tigrinja, dari och somali. På www.transkulturelltcentrum.se finns aktuella utbildningar, tillsammans med material kring centrets olika verksamheter – som intervjuer, artiklar, rapporter och filmer. Här finns

också länkar till andra organisationer med transkulturell anknytning och en förteckning av facklitteratur i centrets referensbibliotek.

Så här får du kontakt med Transkulturellt Centrum:

Telefon: 08-123 486 80

E-post: tc@sll.se

Postadress: Transkulturellt centrum,
Solnavägen 4, plan 10, 113 65 Stockholm

Det här studiehäftet vänder sig till dig som arbetar i vård och omsorg och i ditt arbete möter asylsökande och flyktingar. Vi vill ge information och kunskap om vad det innebär att byta land för personen och för den psykiska hälsan.

Vi vill också stimulera till samtal kring hur mötet i vård och omsorg påverkas av att vi som möts har olika kulturell bakgrund och olika erfarenheter – och vad vi kan göra för att mötet ska bli så bra som möjligt.

Vi tror att häftet lämpar sig väl för gemensamma diskussioner, till exempel för en studiecirkel på en mottagning eller ett boende. Vår förhoppning är att det leder till spännande samtal, där ni kan dela era erfarenheter med varandra. Studiehäftet publicerades första gången 2012, men utvidgades och uppdaterades 2018.