

Vård och flykting- introduktion i samverkan

KARTLÄGGNING OCH
ANALYS AV ARBETET
I STOCKHOLMS LÄNS
LANDSTING OCH
STOCKHOLMS STAD
ÅR 2003

Sverige och inte minst Stockholms stad tar emot ett stort antal flyktingar och invandrare varje år. Genom sin bakgrund och kultur berikar de på många sätt vårt land. Det är nödvändigt såväl mänskligt som samhälleligt att de ges optimala förutsättningar för att etablera sig i det svenska samhället, vilket är det viktigaste målet för det kommunala introduktionsprogrammet.

Kommun och landsting är betydelsefulla offentliga företrädare för det samhälle där flyktingar och invandrare ska etablera sig. Det är därför viktigt att samverkan myndigheterna emellan präglas av gemensam syn på migrationsprocessens ibland omilda villkor och samhällets förväntningar på individen. Även ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det angeläget att kommun och landsting samverkar för att introduktionen ska bli så effektiv som möjligt. Det var dessa insikter som ledde till att VIS-projektet initierades för drygt ett år sedan. Det är vår gemensamma förhoppning och ambition att föreliggande rapport ska få fungera som ett startskott för ett fördjupat samarbete och en förändrad syn på kommunens och landstingets respektive ansvar för ett mångkulturellt samhälle.

November 2003

Eva Frunk-Lind
Beställaravdelning Stockholm
Stockholm läns landsting

Kersti Ruthström
Stockholms invandarmottagning
Stockholm Stad

Styrgruppens kommentarer och förslag

Det finns gott om forskningsresultat som visar att asylsökande och personer som fått uppehållstillstånd, har ett ökat sjukvårdsbehov. Detta gäller särskilt inom det psykiatriska området. Innan en asylsökande fått uppehållstillstånd i Sverige har denne ofta genomlevt

- en period i hemlandet före flykten som varit traumatisk och också inneburit att sjukvårdsbehov inte kunnat tillgodoses
- en period av flykt under stor stress då det också varit svårt att få vård för såväl psykiska som somatiska problem
- en asylperiod i Sverige där väntan på besked inneburit ytterligare anspänning
- vistelse på flyktingförläggning alternativt mer eller mindre tillfälliga boenden vilket ytterligare bidragit till att hälsotillståndet kan ha försämrats.

Dessa personer skall efter erhållet uppehållstillstånd ges möjligheter att snabbt etablera sig i vårt samhälle. För närvarande erbjuder Stockholms stad ett introduktionsprogram under de första 18 månaderna i staden. För att varje individ ska kunna tillgodogöra sig detta program på bästa sätt är det angeläget att eventuella hinder med hänsyn till hälsotillståndet hanteras på ett adekvat sätt.

Det är mot denna bakgrund VIS-projektet ska ses. Rapporten visar att det finns problem - framförallt men inte enbart - med psykisk ohälsa, som försvårar deltagande i introduktionsprogrammet. Detta är problem som kan lösas genom en bättre samverkan mellan staden och landstinget. Något förklarligt kan utvecklingsmöjligheterna för en förbättrad samverkan beskrivas i tre delar:

- *Förebyggande och egenvård*
Kommun och landsting kan genom samordning öka individens möjligheter att själv ta ansvar för sin hälsa
- *Lotsfunktion*
Genom närmare samverkan kan vårdbehov upptäckas tidigare och individen lotsas till rätt vårdnivå
- *Psykisk ohälsa*
Psykisk ohälsa är inte det samma som psykisk sjukdom. I många fall kan tydlighet och klara rutiner vara tillräckligt för att individen ska orka igenom migrationsprocessen. Det är därför viktigt att kommun och landsting har en gemensam syn på individens väg genom introduktionsprogrammet.

VIS-utredningen visar att samverkan mellan Stockholm stad och SLL är osystematisk och starkt personbunden. Även om det finns flera bra exempel på samverkan som gagnar individen, utgår de samverkansformer som finns idag mer från myndigheternas behov. I många fall begränsas samverkan till en enkelriktad informationskanal. Väldigt lite av samverkan idag har en väl fungerande introduktion för individen som mål. Nuvarande samarbetsformer med tydliga myndighetsgränser bör ersättas med en mer holistisk och dynamisk introduktion. En ledstjärna bör vara att individen ska uppfatta att berörda myndigheter har en gemensam målsättning med introduktionen för ögonen och ser processen som en helhet.

Dagens situation leder lätt till att respektive organisation kritiserar den andre för att inte uppfylla sitt uppdrag. Flyktingsekreterare frustreras över obehandlad psykisk ohälsa som hämmar och i vissa fall hindrar deltagande i introduktionen. Engagerad personal vid vårdcentraler och asylmottagningar inom SLL frustreras i sin tur över kommunens ringa möjligheter att ge individen social trygghet, t ex vad gäller boende, vilket kan medföra icke behandlingsbara tillstånd. Okunskap om varandras uppdrag och möjligheter kan leda till mindre effektiva introduktionsplaner och inadekvat vård, vilket i sin tur innebär att individens integration i samhället försenas ytterligare.

Många av dessa problem kan lösas genom en ökad förståelse och kunskap om varandras uppdrag och möjligheter. Vi tror dock inte att riktig förståelse kan uppnås på annat sätt än genom samarbete vid planerandet och genomförandet av introduktionsplanen för varje enskild individ. Denna förändring av samverkansnivå kan inte genomföras på ett enkelt sätt inom ramen för dagens organisationsstrukturer.

Det finns för närvarande en viss osäkerhet kring Stockholms stads framtida organisation av flyktingmottagandet. Samtidigt är organisationsförändring något av vardag inom den offentliga sektorn. Osäkerheten får därför inte störa utvecklandet av samarbetsmål. Vården kommer å andra sidan även i fortsättningen att präglas av en stark lokal anknytning inom primärvården. Rapporten visar att en högre grad av samverkan krävs i samband med introduktionen oavsett organisationsform.

Det krävs ett nära samarbete mellan vårdpersonal, flyktingsekreterare och individ i samtliga fall där endera parten har identifierat ett hälsorelaterat

problem i samband med introduktionen. För att samarbetet ska leda till individanpassade lösningar krävs ett flexibelt arbetssätt.

Trots att organisationernas uppdrag är olika, tycks vägen till respektive organisations mål vara densamma. För att kommunen ska nå målet med egenförsörjning och SLL målet att minska invandrares vårdnyttjande behövs ett smidigt och effektivt introduktionsarbete.

Styrgruppen för VIS-projektet vill, med rapporten som grund, lägga följande förslag:

Vården ska vara en aktiv del av introduktionsprogrammet liksom introduktionsprogrammet ska vara en aktiv del av vården. Detta innebär radikala förändringar av arbetssätt både för vårdpersonal och för flyktingsekreterare/övrig personal inom introduktionsprogrammet.

SLL:

Landstinget bör ta ansvar för att nå ut med kunskaper om egenvård till nyanlända invandrare. Vidare bör vården organiseras så att vårdbehov som uppstår under introduktionsprogrammet omedelbart identifieras och åtgärdas. Ett sätt att göra detta är att knyta sjuksköterska/sjukgymnast till introduktionsprogrammet. Denna funktion ska verka som lots/moderator i kontakterna mellan vård och introduktion. En sådan lots skulle också underlätta för SLL att delta i den individuella introduktionsplaneringen.

Förutom att öka förståelsen finns också ett behov av att öka den allmänna kunskapsnivån om migrationsprocess och flyktingmottagande i Sverige. Transkulturellt centrum bör ges ett tydligt uppdrag vad gäller utbildning i samarbete med SIM, riktad till primärvård, psykiatri samt personal inom introduktionsprogrammet.

Kommunen:

Kommunen bör utveckla introduktionsprogram som tar hänsyn till individuella behov och som på ett flexibelt sätt kan samverka med vårdplaner.

Gemensamt:

På samma sätt som lokala överenskommelser nu utarbetas för till exempel äldre och familjecentraler, borde överenskommelser om nyanlända flyktingar utarbetas. Det ekonomiska läget i kommun och landsting kommer knappast att förbättras. Därför måste introduktionen och i förlängningen

integrationen av nyanlända invandrare bli mer framgångsrik. Det är viktigt att landsting och kommun har ett perspektiv som sträcker sig utöver den egna årsbudgeten om samarbetet ska tas på allvar av de personer som arbetar med introduktion av nyanlända.

En "Lokal överenskommelse inom Stockholms stad för utveckling av introduktion för nyanlända" finns sedan ett par år, där staden samverkar med Arbetsförmedlingen och Migrationsverket. Fr o m 2004 är avsikten att även Stockholms läns landsting ska ingå i detta samarbete.

Ekonomisk analys:

Det är vanskligt att göra ekonomiska beräkningar baserade på abstrakta organisationsresonemang. Däremot kan resonemang föras baserade på erfarenheter från andra landsting. I Uppsala län har man funnit att ett nära samarbete mellan vårdcentral och introduktionsprogram drastiskt har minskat antal besök som denna kategori genererar. Huruvida det också har minskat antal akutbesök är inte visat, men vårdpersonalen är av den uppfattningen. Detta resultat kan i sig motivera vårdcentralerna i SLL att engagera sig, men antagligen krävs dessutom någon form av ekonomiskt incitament. På lång sikt kommer samarbetet sannolikt att vara samhällsekonomiskt riktigt, men det är mindre klart på vilket sätt det påverkar landstingets budget. Förhoppningen är att förändringen är kostnadsneutral.

Landstinget bör utveckla denna idé i projektform och genom uppföljning noggrant analysera de ekonomiska konsekvenserna.

För kommunens del är de ekonomiska konsekvenserna mer direkta. Ett mer flexibelt och anpassningsbart program är antagligen dyrare per individ. Samtidigt ger ett individanpassat introduktionsprogram med högre grad av måluppfyllelse minskade kostnader i form av försörjningsstöd.

Kommunen har därmed ett stort behov av att i projektform ta reda på om föreslagen samsarbetsform faktiskt leder till ett mer framgångsrikt introduktionsprogram.

Agneta Berner
Christian Foster
Thomas Jertfelt Gustafsson
Tord Jägerskog
Birgitta Lindelius

Förord

Rapporten är resultatet av den undersökning som genomfördes av undertecknade mars-november år 2003. Arbetet utfördes under ledning av en styrgrupp med följande sammansättning: Agneta Berner, enhetschef på avdelningen för invandarmottagning Stockholms stad, Tord Jägerskog, utredare på avdelningchefens stab invandarmottagningen Stockholms stad, Christian Foster samordnare för asylsjukvård och migrationshälsa, Stockholms läns landsting, Thomas Jertfelt-Gustafsson, utvecklingssekreterare Stockholms läns landsting samt Birgitta Lindelius, hälso- och sjukvårdsanalytiker Stockholms läns landsting.

Under de nio månader som arbetet pågått har två organisationsförändringar genomförts som även påverkat projektet. Stockholms läns landstings tjänstemannaorganisation omorganiserades våren 2003 vilket innebar en sammanslagning av sjukvårdsområden samt en minskning av personalstyrkan. Stockholms stads invandarmottagning genomförde en intern omorganisation i september 2003 och i samband med detta flyttades verksamheten till nya lokaler. Organisationsförändringarna medförde både positiva och negativa konsekvenser för projektets genomförande. Delvis innebar organisationsförändringarna att Stockholms läns landstings beställarorganisation och den geografiska indelningen blev tydligare rörande flyktingfrågor. Omorganisationerna tog dock mycket tid och kraft i anspråk av personalen inom såväl Stockholms invandarmottagning som Stockholms läns landsting. Det kan vara svårt att driva och engagera sig i ett projekt när det egna arbetet samtidigt omorganiseras.

Vi vill rikta ett stort tack till samtlig personal inom såväl Stockholms stads invandarmottagning som Stockholms läns landsting som trots detta beredvilligt och entusiastiskt deltagit i intervjuer och samtal samt delat med sig av sin erfarenhet och kunskap. Vi vill också rikta ett särskilt tack till de handläggare på Stockholms stads invandarmottagning som tagit sig tid att fylla i enkäter och avidentifiera akter. Varmt tack till deltagarna på introduktionsprogrammet som svarade på vår enkät.

Vi vill även rikta ett tack till de personer utanför Stockholms stads invandarmottagning och Stockholms läns landstings verksamheter som givit oss värdefull kunskap och synpunkter på vårt arbete utifrån sina verksamhetsfält och egen forskning. Vi vill särskilt tacka personalen på Sabbatsbergs bibliotek för snabb och professionell service under arbetets gång.

Slutligen ett stort tack till styrgruppsmedlemmarna som har givit oss stöd och viktig vägledning under arbetets gång.

Annika Öquist
Projektledare

Lena Mattsson
Projektmedarbetare

Sammanfattning

Bakgrund

Stockholms läns landsting (SLL) och Stockholms stads integrationsförvaltning har gemensamt drivit detta projekt. Projektet har till 50 % finansierats av Europeiska Flyktingfonden (ERF). Projektets arbetsnamn har varit Vård- och Introduktion i Samverkan (VIS-projektet) och har omfattat två personer, en socionom och en sjuksköterska, på heltid i nio månader.

Bakgrunden till projektet var att Stockholms stads invandarmottagning (SIM), som år 2000 tog emot ca 2200 flyktingar för introduktion, menade att många av flyktingarna hade sådan ohälsa att de inte kunde tillgodogöra sig introduktionen. Representanter från SIM och SLL var överens om att en närmare samverkan troligen skulle kunna förbättra hälsoläget för flyktingarna men de var osäkra på vilka samverkansformer som var mest lämpliga.

Utifrån detta initierades VIS-projektet vars *huvudmål* var att förutsättningarna för goda samarbetsformer mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting skulle förbättras till gagn för målgruppen dvs. flyktingar som deltog i introduktionen. *Syftet* med projektet var dels att göra en behovsbeskrivning samt en kartläggning av hur ovan nämnda samverkan mellan Stockholms stad och landstinget fungerade våren 2003. Dels att undersöka för- och nackdelar med och formerna för en ökad samverkan, exempelvis i form av en central flyktingmedicinsk mottagning.

Tillvägagångssätt

Projektet hade formen av en kartläggning och behovsbeskrivning och har innefattat intervjuer med olika vårdgivare, intervjuer med personal på SIM, intervjuer med handläggare på Migrations- och Integrationsverket etc. Två enkätstudier har genomförts, en med flyktingar som deltog i introduktionsprogrammet och en med handläggare på SIM. Utöver detta genomfördes en aktstudie på SIM samt en litteratur- och forskningsgenomgång. En svårighet i arbetet har varit att ringa in flyktinggruppen. Vårdgivarna hade ofta inte kännedom om ifall patienten gick på SIM eller ej och SLL förde ingen statistik över gruppen. Flyktinggruppen är inte heller en homogen grupp. Det fanns stora variationer inom gruppen och den förändras också över tid beroende på vilka flyktingar tas emot.

Resultat

Flyktingar har generellt sett en sämre hälsa vilket medför att vårdbehovet och vårdkonsumtionen i flyktinggruppen är högre än hos den infödda befolkningen. Den psykiska ohälsan överväger. Många gånger rör det sig om psykosomatisk ohälsa som är både svårbedömd och svårbehandlad. En fjärdedel av flyktingarna som deltar i SIMs introduktionsprogram har sådan ohälsa att de har svårigheter att tillgodogöra sig introduktionen. Orsakerna till flyktingarnas högre grad av ohälsa kan t.ex. vara: *Asyllagstiftningen*; som endast ger utrymme för akutvård och vård som inte kan anstå. *Migrationsprocessen*; det kan vara en svår process att lämna sitt land och landa i det nya. Flyktingen kan ha kommit ifrån sina anhöriga och lever i ständig oro över dem. *Bostadssituationen*; i Stockholm kan även barnfamiljer ha svårt att få en bostad och många flyttar runt mycket. *Arbetsmarknaden*; det är svårt för människor med utländsk bakgrund att få arbeten de är kvalificerade för. *Samhällets attityder*;

det är viktigt att känna sig välkommen och behövd. *Livsstil*; övervikt och rökning kan påverka hälsan negativt. Oavsett orsakerna till ohälsan är det SLLs ansvar att behandla och lindra patientens besvär. Många flyktingar hänvisas runt i vården eller mellan SIM och vården på grund av ohälsans diffusa karaktär. Det finns risk att flyktingens vårdbehov inte tillgodoses.

Gemensamt för de samverkansformer som finns år 2003 mellan SIM och SLL är att de utgår från organisationernas behov och har inte individens introduktion som gemensamt mål. Ett samarbete mellan SLL och SIM runt flyktingar med ohälsa kan gynna flyktingens möjlighet att fullfölja introduktionen samt på sikt integreras i det svenska samhället. Samarbetet kan med fördel ha ett holistiskt perspektiv där ett rehabiliterande förhållningssätt och ett beaktande av migrationsprocessens påfrestningar bör ingå.

Den koordinerande samverkan som år 2003 pågår mellan SIM och SLL är löst formaliserad och utan tydligt syfte och mål. Genom att koordinera samverkan på olika nivåer tydliggörs vem som har ansvar för vad. Detta möjliggör maximalt nyttjande av respektive kompetens vilket kan ge snabba vinster för SIM, SLL och den enskilde flyktingen.

Såväl personal inom SIM som personal inom SLL har bristande kunskaper varandras organisation. Samarbete om kompetenshöjning för berörd personal inom SIM och SLL kan höja kvalitén på vården, hälsokontrollen och introduktionen. Gemensamma utbildningar ger möjlighet för personalen att bygga nätverk mellan organisationerna.

Hälsokontrollen nyttjas av ca 40 % av de asylsökande och anknytningsärendena. Det finns år 2003 brister i koordinationen av hälsokontrollens erbjudande i Stockholms stad. Migrationsverket respektive SIMs handläggare informerar flyktingen om erbjudandet. För att höja nyttjandet bör erbjudandet av hälsokontroller koordineras så att det är någon med god kännedom om innehåll och syfte som håller i informationen. Hälsokontrollen är i nuläget en isolerad företeelse med liten relevans för kommande vård. Journalen följer inte flyktingen och efterfrågas inte i vården. Journalen bör följa individen i vårdkedjan för att hälsokontrollen ska få största möjliga relevans. Hälsokontrollen används inte som ett redskap på SIM för att bedöma individens förmåga att delta i introduktionen. Möjligheten att använda hälsokontrollen för bedömning och planering under introduktionen bör ses över.

Utredarna bedömer att en central flyktingmedicinsk mottagning i sig inte innebär en förbättring av villkoren för flyktingens hälsa och introduktion. En central flyktingmedicinsk mottagning förefaller dessutom i dagsläget inte ändamålsenlig med tanke på att Stockholms stad diskuterar möjligheten att lägga ut flyktingmottagandet på stadsdelarna. Det är inte själva organiseringen av vården eller flyktingmottagandet som är avgörande för flyktingens hälsa och integration, snarare hur de respektive verksamheterna kan samverka kring målgruppens introduktion på olika nivåer.

Troligen är befintliga resurser i form av personal och pengar tillräckliga för att finna nya samverkansformer mellan SIM och SLL. En förbättrad samverkan kan leda till en minskad vårdkonsumtion på sikt samt ge förbättringar för individen att tillgodogöra sig introduktionen på ett optimalt sätt. Möjligen kan det behövas vissa ekonomiska incitament initialt som starthjälp.

Förkortningar

BVC – Barnhälsovård

BUP – Barn- och Ungdomspsykiatri

EBO – Eget Boende, för asylsökande

HIV – Human Immunodeficiency Virus

HK – Hälsokontroll

HSN – Hälso- och sjukvårdsnämnden

KTC – Kris- och Traumacentrum, enheten för Tortyr- och Traumaskadade

MVC – Mödrahälsovård

MV – Migrationsverket

NSSO – Norra Stockholms sjukvårdsområde (upphört 030401)

PPD – Injektionsvätska som används vid tuberkulostestning

PTSD – Post Traumatic Stress Disorder (PostTraumatiskaStressStörningar)

PUT – Permanent uppehållstillstånd

RKC – Röda Korsets Center för torterade flyktingar

SFI – Svenska för invandrare

SIM – Stockholms stads invandarmottagning

SLL – Stockholms läns landsting

SSSO – Södra Stockholms sjukvårdsområde (upphört 030401)

SVSO – Sydvästra sjukvårdsområdet (upphört 030401)

TB - Tuberkulos

VC – Vårdcentral

WHO – Världs- hälsoorganisationen

TC – Transkulturellt Centrum

Begreppsförklaringar

Anknytningsärenden – Människor som får uppehållstillstånd då de har en nära relation till en människa som tidigare fått uppehållstillstånd i Sverige.

Asylsökande – Personer som själva rest till Sverige och sökt skydd. De förblir asylsökande tills deras ärende har avgjorts definitivt.

EBO – Som asylsökande har du rätt att bosätta dig var du vill i så kallat eget boende. En viss ersättning för hyra och mat utgår från Migrationsverket.

Flykting – Är i lagtext personer som varit asylsökande och sedan av flyktingskäl fått tillstånd att bosätta sig i Sverige. Men många får även uppehållstillstånd av andra skäl ex humanitära och vi gör i denna rapport ingen åtskillnad på varför man fått uppehållstillstånd, alla kallas för flyktingar. Vidare används begreppet flykting för alla som går på Stockholms Invandrarmottagning oavsett om de kommit som anknytning eller först varit asylsökande utom där det har särskild relevans att skilja dem åt.

Integrationsverket – Har ett övergripande ansvar för de personer som kommit till Sverige och fått uppehållstillstånd genom att söka tillse att integrationspolitiska mål och synsätt får genomslag på olika samhällsområden. Verket ska aktivt stimulera integrationsprocessen i samhället. Verket är på så sätt en ”motor” för förändringar snarare än den som praktiskt utför arbetet.

Introduktion – Varje kommun är ansvarig för introduktion av personer som fått uppehållstillstånd av flyktingskäl eller liknande samt de människor som kommer som anhöriga till dessa inom en viss tid. Introduktionen kan vara upp till två år och kan innehålla svenskundervisning, samhällsinformation, praktik etc. Kommunerna får ett statligt bidrag för de personer som omfattas av introduktionen. Man poängterar att det är individen själv som ansvarar för sin introduktion och att kommunens ansvar är att ge det stöd som behövs.

Invandrare- utlänningar som fått tillstånd att bosätta sig i Sverige av olika skäl. Det kan vara flyktingar, anknytningsärenden, adoptivbarn m fl. nordbor kan invandra till Sverige utan särskilt tillstånd.

Migrationsverket – Sveriges centrala utlänningsmyndighet som ansvarar för att fatta beslut om arbets- och uppehållstillstånd, asyl och medborgarskap. Migrationsverket ansvarar för hela migrationskedjan från gräns till medborgarskap eller återvandring.

Närsjukvård – Är idag ett samlingsbegrepp för vård som erbjuds patienten nära hemmet. I de flesta fall utgör primärvården basen för närsjukvården. Närsjukvården kan innefatta många olika slag av vårdmottagningar. Det gemensamma är att vården finns nära invånarna och att de kan vända sig dit i första hand.

Psykosomatisk – Somatiska dvs kroppsliga sjukdomar med bakomliggande psykiska orsaker.

PTSD – Post Traumatic Stress Disorder. Kan utvecklas hos människor som varit med om en eller flera händelser som karaktäriseras av död eller hot om död, allvarlig skada, våldtäkt eller sexuella övergrepp där individen känt fruktan, hjälplöshet eller skräck i samband med händelsen. Det finns ett antal symtom som återupplevelser, mardrömmar om händelsen, undvikande av platser eller tankar som förknippas med händelsen, irritabilitet,

koncentrationssvårigheter etc. Det finns vissa kriterier som måste uppfyllas för diagnosen ska ställas. PTSD förekommer framförallt hos flyktingar och människor som varit utsatta för eller bevittnat våldsbrott, krig eller katastrofer. Det finns forskning som tyder på att ca 20-30 % av flyktingarna är drabbade av PTSD.

KAPITEL 1 INLEDNING	3
1.1 Bakgrund.....	3
1.2 Uppdrag.....	3
1.3 Tillvägagångssätt	4
KAPITEL 2 VÅRDBEHOV – EN SAMMANSTÄLLNING	7
2.1 Inledning.....	7
2.2 Mål	7
2.3 Kulturella skillnader i hälso- och sjukdomsuppfattningar	9
2.4 Hälsoläget	10
2.5 Utbud och konsumtionsstatistik.....	14
2.6 Sammanfattande diskussion	17
2.7 Slutsatser	20
KAPITEL 3 HÄLSOKONTROLLER.....	21
3.1 Vad finns det för styrdokument?	21
3.2 Vad är syftet med hälsokontrollen?.....	22
3.3 Nuvarande organisation av hälsokontroller för asylsökande boende i Stockholms kommun.....	22
3.4 Asylsökandes nyttjande av hälsokontroller	25
3.5 Nuvarande organisation av hälsokontroller för anknytningsärenden i Stockholms kommun.....	25
3.6 Anknytningsärendens nyttjande av hälsokontroller.....	28
3.7 Sammanfattande diskussion	29
3.8 Slutsatser	32
KAPITEL 4 SAMVERKAN - NULÄGESBESKRIVNING	33
4.1 Inledning.....	33
4.2 Nuläget.....	34
4.3 Motsägelsefulla bilder	35
4.4 Sammanfattande diskussion	36
4.5 Slutsatser	37

KAPITEL 5 FORMER FÖR ÖKAD SAMVERKAN	38
5.1 Inledning.....	38
5.2 Samverkansformer	38
5.3 Flyktingmedicinsk mottagning.....	41
5.4 Slutsatser	43
KAPITEL 6 SAMMANFATTANDE SLUTSATSER.....	44
REFERENSLISTA	45
Litteratur.....	45
Övrigt material	47
Intervjuer	47
Övriga kontakter	49
BILAGA 1.....	51

Kapitel 1 Inledning

1.1 Bakgrund

Stockholms stad tar årligen emot 1700-2000 flyktingar inklusive anhöriga till dessa. Det är integrationsförvaltningen, Stockholms invandarmottagning (SIM) som ansvarar för introduktionen av flyktingarna i upp till 24 månader. Introduktionsprogrammet syftar till att ge individen förutsättningar för försörjning och ett självständigt liv i Sverige (se bilaga 1).

Stockholms läns landsting (SLL) erbjuder nyanlända asylsökande och flyktingar hälsokontroller. Asylsökande har under asyltiden rätt till akut vård, vård som inte kan anstå samt fullständig mödravård. I övrigt har flyktingar med uppehållstillstånd samt asylsökande barn samma rätt till sjukvård som övriga länsinvånare.

Många flyktingar har genomlevt svåra situationer och traumatiserande upplevelser innan ankomsten till Sverige och har behov av omfattande kontakter med hälso- och sjukvården eller psykiatrin. Många har sådan ohälsa att det försvårar introduktionen.

Stockholms stads integrationsförvaltning och Stockholms läns landsting bestämde sig sommaren 2002 för att genomföra detta projekt som benämndes Vård och Introduktion i Samverkan (VIS-projektet) och fick efter ansökan hälften av projektkostnaden finansierad av Europeiska Flyktingfonden (ERF). SIM och SLL bildade en styrgrupp för projektet med representanter från båda organisationerna.

1.2 Uppdrag

Två personer, en sjuksköterska och en socionom, anställdes på heltid i nio månader för att genomföra uppdraget med följande syfte och mål.

1.2.1 Målgrupp

Nymottagna flyktingar i Stockholms stad som förväntas genomgå stadens introduktionsprogram.

1.2.2 Huvudmål

Projektets huvudmål är att förutsättningarna för goda samarbetsformer mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting ska förbättras till gagn för målgruppen dvs. flyktingar som deltar i stadens introduktion.

1.2.3 Syfte

Projektets syfte är i stora drag att dels göra en behovsbeskrivning samt en kartläggning av hur ovan nämnda samverkan mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting fungerar idag. Dels att undersöka för- och nackdelar med och formerna för en ökad samverkan, exempelvis i form av en central flyktingmedicinsk mottagning.

1.2.4 Delmål

1. Att undersöka hur hälsokontrollerna nyttjas.
2. Kartlägga mer konkret hur samarbetet idag går till.
3. Att sammanställa vårdbehovet hos flyktinggruppen.
4. Att undersöka ekonomiska och administrativa förutsättningar för en ökad samverkan, exempelvis i form av en central flyktingmedicinsk mottagning.

5. Att analysera för- och nackdelar som kan föreligga med olika former av ökad samverkan för staden, SLL samt den enskilde flyktingen.

1.3 Tillvägagångssätt

Denna rapport är en kartläggning och en behovsbeskrivning där delmålen har krävt olika metoder som arbetssätt. Projektplanen har följts utan några större förändringar. För att besvara frågan om flyktinggruppens vårdbehov användes intervjuer med vårdgivare och SIMs personal, enkäter till flyktingsekreterare samt forskning och litteratur. För att besvara delmålet om den aktuella samverkan mellan SIM och SLL intervjuades olika kategorier av vårdgivare främst inom närsjukvården och personal på SIM. Hur hälsokontrollen nyttjas besvarades genom en enkätstudie till flyktingar på SIM, intervjuer och med hjälp av tidigare forskning och litteratur. Intervjuer har även använts för att få infallsvinklar på nya samverkansformer.

1.3.1 Intervjuer

Intervjuer har använts för att delvis besvara delmål 1, 3 och 5. Ett antal vårdgivare (se referenslista) som har sitt upptagningsområde inom Stockholms kommun intervjuades för att fånga deras uppfattningar rörande hälsan och vårdbehovet i målgruppen samt kartlägga deras eventuella samverkan med SIM. Vi valde att intervjua framför allt representanter från närsjukvården. Geografiskt har intervjuerna utförts i områden där andelen utrikes födda är större eller där SIM har många av sina deltagare boende. I något fall har vi valt en mottagning utifrån att det finns ett genomgångsboende för flyktingar i upptagningsområdet. De valda områdena är Spånga, Rinkeby, Husby, Skärholmen, Liljeholmen, Älvsjö, Rågsved och Fruängen. Olika personalkategorier deltog under intervjuerna t.ex. sjuksköterskor, barnmorskor, läkare, barnsjuksköterskor, kuratorer, distriktsköterskor, psykologer, enhetschefer, verksamhetschefer och i något fall har även annan administrativ personal deltagit. Intervjuer har även utförts med personer verksamma på flyktingspecialiserade verksamheter som Kris- och Traumacentrum (KTC) enheten för Tortyr- och Traumaskadade, Röda Korsets Center för torterade flyktingar (RKC) och Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen flyktingenheten (BUP- flyktingenhet).

Handläggare på SIM har intervjuats i grupp och enskilt. Intervjuer genomfördes även med enhetschefen och samordnaren på enheten för introduktion samt en utredare vid avdelningschefens stab.

En gruppintervju genomfördes på Migrationsverket med handläggare som representerade olika landgrupper.

Samtliga intervjuer har tematiserats utifrån delmålen.

Under arbetets gång har vi också talat med och träffat andra referenspersoner som givit oss en bild av flyktingarnas situation utifrån sin egen forskning eller verksamhetsfält. Alla kontakter finns redovisade i referenslistan.

1.3.2 Enkäter

Delmål 1 och 3 har delvis belysts genom två enkäter. Enkätstudie 1 (2003) rörande hälsokontrollerna genomfördes på SIM bland deltagarna på introduktionsprogrammet tvåveckors introduktion. Det var 47 personer som tidigare varit asylsökande och 11 personer vilka kommit som anknytningsärenden som svarade på enkäten. Enkäten genomfördes med hjälp av tolk och presenterades på overhead punkt för punkt varför det inte blev något svarsbortfall. Enkäten rörde frågor om man uppfattat erbjudandet om kostnadsfri

hälsokontroll, om man genomgått en hälsokontroll samt en värderingsfråga om man var nöjd med hälsokontrollen. I enkätstudie 2 (2003) rörande handläggarnas uppfattning om deltagarnas hälsa deltog 19 handläggare från SIM och anordnarna. Enkäten rörde vilka hälsoproblem handläggarna såg samt i vilken omfattning handläggarna bedömde att den ev. ohälsan påverkat flyktingarnas möjlighet till introduktion.

1.3.3 Aktstudier

För att lyfta fram flyktingens perspektiv och få en annan bild av vårdbehov och samverkanskontakter (delmål 2 och 3) genomfördes en aktstudie. Flyktingsekreterarna på SIM dokumenterar kortfattat i en personakt för varje flykting. I akten noteras bakgrund, familjeförhållande, utbildning etc. Flyktingens mål för introduktionen noteras samt företeelser som påverkar introduktionen som hälsa, sjukskrivningar, bostadsproblem etc. Anordnarnas akter var ej möjligt att ta del av varför vi för dessa deltagare valde att studera flyktingarnas individuella introduktionsplaner som fanns arkiverade på SIM. Introduktionsplaner är en förkortad version av akten, de viktigaste besluten och hindren för introduktionen noteras samt de mål individen sätter upp för sin introduktion. Dessa introduktionsplaner revideras löpande. Personakter och introduktionsplaner för samtliga individer (136 st) som avslutat introduktionsprogrammet under januari samt mars månad 2003 valdes ut. Materialet avidentifierades av personal på SIM innan utredarna fick tillgång till dem. Akterna lästes och tematiserades utifrån olika aspekter som hälsoproblem, vårdkontakter och hur hälsoproblemen påverkat introduktionen. Materialet från personakterna har redovisats på ett sådant sätt att en bred generaliserande bild av gruppen ges där individens specifika situation eller problem ej framgår. Inga generaliseringar görs utifrån etniska bakgrunder.

1.3.4 Litteraturstudier

Tidigare forskning och litteratur har använts för att delvis beskriva vårdbehovet i flyktinggruppen samt för att få en bild av hälsokontrollens syfte, nyttjande och relevans. Litteratursökningar har gjorts i databaserna Libris, PubMed och SweMed+ utifrån sökorden flykting, invandrare, migration, integration, hälsa, asylsökande, hälsokontroll, hälsoundersökning, hälsosamtal, samverkan etc. Publicerat material har sökts på olika organisationers och myndigheters hemsidor som Landstingsförbundet, SLL, Kommunförbundet, Migrationsverket, Integrationsverket, Riksskatteverket, Socialstyrelsen, Rixlex, Regeringskansliet, IOM, Röda Korset, Läkare utan gränser mm.

1.3.5 Rapportens avgränsningar

Då projektets målgrupp, flyktingar som är inskrivna på SIM, var relativt snäv var det svårt och nästan omöjligt att hitta litteratur som beskrev endast dem. Ett fåtal undersökningar hittades rörande denna grupp, men med skiftande fokus. Därför inkluderades även undersökningar som beskriver flyktingars hälsa och vårdbehov också efter några års uppehållstillstånd.

Det är svårt att veta hur flyktingarna som svarade på enkät 1 (2003) verkligen uppfattade frågorna. Med tolkens hjälp förklarades syftet och innehållet noggrant, och enkäten gick igenom tillsammans med deltagarna. Det går dock inte att utesluta att det var andra typer av sjukvårdsbesök som i svaren fick representera den specifika hälsokontrollen.

Ett annat problem var svårigheterna att finna statistik över hur många hälsokontroller som genomförts under år 2002. Migrationsverket kunde ej specificera sin statistik för Stockholm. Det fanns inte heller någon samlad statistik inom SLL för hälsokontroller genomförda med

boende inom Stockholms kommun. Integrationsverket hade inte heller möjligheten att med säkerhet se andelen ersatta hälsokontroller för Stockholms kommun.

Ett problem som finns närmare beskrivet i rapporten är att projektets målgrupp är mycket svår att identifiera i SLLs egna vårdregister. Det finns ingen möjlighet att särskilja de som nyligen har fått uppehållstillstånd från de övriga befolkningen. Många undersökningar redovisar personer födda utomlands eller födda utanför Norden men de säger ingenting om hur länge flyktingen haft uppehållstillstånd. Genom intervjuerna med vårdgivarna har det framgått att de sällan hade kännedom om huruvida deras patienter deltog i introduktionsprogrammet eller inte. Detta medförde att de ibland svarade på frågorna med hela patientgruppen för ögonen, oavsett om de var inskrivna på introduktionsprogrammet eller inte. Flyktinggruppen är inte heller en statistisk grupp utan förändras över tid på grund av händelser i omvärlden vilket medför att de resultat vi kommit fram till snabbt kan bli inaktuella.

Då Stockholms läns landsting är mycket stort var det svårt att, inom projektets tidsram, ge en heltäckande bild. Ett antal nedslag har fått representera de övriga vårdgivarna.

1.3.6 Rapportens disposition

Rapporten är indelad i ett antal kapitel där de olika delmålen besvaras. Delmålen besvaras dock inte i samma ordning som i projektplanen då en annan indelning föll sig naturligare under arbetets gång. I kapitel 2 svarar vi på vilket vårdbehov flyktinggruppen har. I kapitel 3 beskriver vi hur hälsokontrollerna nyttjas. I kapitel 4 beskrivs hur samverkan mellan SIM och SLL ser ut i nuläget. I kapitel 5 diskuteras både ekonomiska och administrativa förutsättningar för ökad samverkan, exempelvis i form av en central flyktingmedicinsk mottagning och för och nackdelar som kan föreligga med olika former av ökad samverkan för staden, SLL samt den enskilde flyktingen. Varje kapitel avslutas med en sammanfattande diskussion och slutsatser utifrån respektive delmål. I kapitel 6 avslutas rapporten med sammanfattande slutsatser.

Kapitel 2 Vårdbehov – en sammanställning

2.1 Inledning

Vårdbehov kan beskrivas som ett gap mellan ett aktuellt tillstånd hos individen och en norm som föreskriver något önskvärt eller ett mål. Detta gap är detsamma som behovet. Beroende på vem som uttrycker vårdbehovet kan det ha olika innebörd. Vårdbehov kan beskrivas genom vårdkonsumtion vilket betyder antal läkarbesök och vårdtillfällen. Det kan också vara det som vårdgivaren bedömer är individens behov utifrån hälsotillståndet eller individens upplevda vårdbehov utifrån hälsotillståndet.

För att kunna beskriva vårdbehovet i en särskild grupp måste man kunna identifiera gruppen. De personer som går på Stockholms invandarmottagning (SIM) har uppehållstillstånd och har fått sina personnummer och Stockholms läns landsting (SLL) har inte möjlighet att urskilja dessa individer som en grupp för vårdkonsumtionsstudier.

För att trots detta fånga vårdbehovet i målgruppen har en sammanställning av den forskning och litteratur som på olika sätt belyser det aktuella hälsotillståndet och vårdbehoven i flyktinggruppen genomförts. Det rör sig både om epidemiologisk data, självrapporterad hälsa och konsumtionsstatistik men omfattar ofta människor som invandrat till Sverige sedan flera år tillbaka. För att komplettera bilden har vårdgivarna och personalen på SIM intervjuats. Personalen på SIM har också besvarat enkät (nr 2) angående deltagande flyktingars hälsa. Flyktingarna på SIM synliggörs vidare genom studier av 136 st personakter.

2.2 Mål

Stockholms kommun och landsting arbetar med flyktinggruppen på olika sätt och strävar inte nödvändigtvis mot samma mål. Det är därför intressant att först belysa vilka mål respektive organisation har för arbetet med flyktingar. I nedanstående avsnitt beskrivs först SLLs mål och därefter SIMs och den enskildes livsmål kopplat till hälsan. Under rubriken sammanfattande diskussion (2.6) görs en summering och ett försök att svara på frågan om flyktinggruppens vårdbehov.

2.2.1 Stockholms läns landstings mål och uppdrag

Stockholms läns landstings beställarkontor har idag ingen särskild policy för invandrar och flyktinghälsa utan utgår från principen som överensstämmer med Hälso- och sjukvårdslagen § 2 som lyder: Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor. Ett annat mål för landstinget är att försöka utjämna skillnaderna i hälsa hos olika grupper.

Ett invandrar och flyktingpolitiskt handlingsprogram för hälso- och sjukvården i Stockholms län skrevs 1995. Programmet var tänkt att fungera som ett underlag i utvecklingsarbetet för invandrar- och flyktingpolitiska frågor inom hälso- och sjukvården.

Folkhälsoarbete var en punkt i detta program och målet var att:

- Skillnaderna i ohälsa mellan invandrare och svenskar skulle minska.
- Särskilda insatser skulle göras för att minska hälsorisker som har ett samband med migration och exil.
- Strategier för samarbete mellan sjukvårdsområdena och kommunerna skulle utvecklas i syfte att nå nya flyktingar inom folkhälsan. (Hälso och sjukvårdsnämnden, 1995)

Under åren 1998/ 1999 utvärderades handlingsprogrammet. Resultatet visade att programmet inte fungerat som ett särskilt starkt instrument för sjukvården. Det var få som kände till handlingsprogrammet och det fanns skilda uppfattningar om det verkligen behövdes. Programmet hade inte fått den spridning och det genomslag som man hade tänkt sig. Det fanns dock en god samstämmighet på chefsnivå om de framtida lösningarna och det konstaterades att invandrar- och flyktingfrågorna behövde högre prioritet inom sjukvården (Karlsson, 1999).

Ett beslut togs år 1999 att inte revidera integrationsprogrammet sjukvårdsstyrelserna fick istället uppdraget att från chefsnivå, utarbeta en beställarpolicy för integrationsfrågor. Då sjukvården var beställarstyrd sågs det som den mest naturliga lösningen men Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) hävdade också att detta förutsatte att det fanns både kompetens och intresse hos de beställaransvariga (Hälso- och sjukvårdsnämnden, 1999). SLL har from 1 Mars 2003 inrättat en tjänst på beställarkontoret där en person skall vara ansvarig för samordning av asyl- och flyktingsjukvården i länet.

Grunden i SLLs uppdrag är att alla människor är lika och ska ha rätt till god hälsa. De vuxna asylsökande omfattas inte av samma rätt till hälso- och sjukvård, de har endast rätt till akutvård och vård som inte kan anstå samt fullständig mödravård. Asylsökande barn har samma rätt till sjukvård som resten av befolkningen. När en asylsökande får uppehållstillstånd får hon rätt till all sjukvård.

2.2.2 Stockholms stads invandarmottagnings mål och uppdrag

I målen för år 2002 poängteras, bland flera andra viktiga mål, att SIM skall verka för att flyktingen uppnår en fysisk och psykisk hälsa. I de nu aktuella målen för 2003 är detta något nedtonat. Introduktionsprogrammet syfte är idag att ge flyktingen en introduktion som leder till att individen efter avslutat program uppnått förutsättningar för att kunna försörja sig genom eget arbete, ha ett ordnat boende samt aktivt kunna delta i det svenska samhällslivet, begreppet hälsa nämns inte direkt (Integrationsförvaltningen, 2003). Nytt verksamhetsprogram för 2004 som ej redovisas här skall tas okt år 2003.

De första två veckorna av introduktionen består av en inlussningsperiod. Förutom att få en allmän samhällsinformation syftar den första tiden till att kartlägga den sociala situationen. På så sätt kan man klarlägga behov av insatser och åtgärder samt undanröja hinder för en snabb och effektiv introduktion. Ett av de vanligaste hindren för att genomföra och slutföra introduktionen är hälsoproblem. SIM arbetar dock inte aktivt med hälsa eller sjukvård på invandarmottagningen utan förväntar sig att flyktingen genom den information de får själva kan handla och ta de kontakter de behöver för att uppnå en god hälsa.

2.2.3 Individens mål

Individen har naturligtvis olika förväntningar på sin hälsa och på den vård som finns att tillgå. Förväntningarna förändras sig över tid och varierar starkt mellan olika befolkningsgrupper. Skillnader beror dels på det hälsoutbud som funnits i hemlandet och dels på den egna synen på hälsa och sjukdom. Det kan också skilja i uppfattningen om värdet av det vårdutbud som finns. I en intervjuundersökning angående hälsouppfattningar gjord bland 16 män och kvinnor i åldern 20-60 år med en spridning från Asien, Afrika och Latinamerika visade resultatet att hälsa uppfattades som en helhet och säkerhet i form av ekonomisk och social trygghet och goda relationer samt aktivitet och positiva känslor som glädje och lycka (Hjelm, 1994).

I en annan intervjustudie genomförd bland introduktionsdeltagarna på SIM (Broström, 2002) framkommer att det man vill ha är bostad, arbete och en liknande kontakt med släkt och vänner som man hade innan migrationen. Angående hälsan så ville de som var sjuka känna att de hade sjukdomen under kontroll och om möjligt gärna må lite bättre.

WHO definierade 1948 hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Vid denna tidpunkt sågs hälsa i sig enbart som ett mål i livet. Efter hand har WHO:s definition utvecklats och förändrats. Den idag aktuella definitionen utgår ifrån att hälsan inte längre i sig är ett mål i livet utan istället en resurs och en viktig förutsättning för att nå mål i livet, det kan jämföras med andra resurser som utbildning, socialt nätverk, inkomst mm. En annan viktig aspekt av WHO:s definition är att hälsa är en mänsklig rättighet och att hälsa är oundgänglig för social och ekonomisk utveckling, något som även Världsbanken lyfter fram (Medin & Alexandersson, 2000).

2.3 Kulturella skillnader i hälso- och sjukdomsuppfattningar

Skilda kulturer har olika sätt att tolka sjukdom och smärta. Faktorer som historia, miljö, samhällsskick och religion har genom tiderna format olika uppfattningar. Människan har inte samma syn på kroppen och hur den fungerar. Samma sjukdom kan behandlas på skilda sätt i olika länder. Bara i Västeuropa kan det skilja sig åt mellan länderna. Engelsmännen är mer upptagna av sin matsmältning medan svensken har hjärtat som centralt organ. Tyskarna talar mer om blodomloppet medan fransmännen förlägger besvären till levern. En undersökning gjord bland grekiska invandrare med ryggvärk visade att värken betraktas som farlig eftersom den förmodligen kan leda till invaliditet. Därför är det viktigt att inte röra sig för mycket då det kan provocera fram smärta, trots smärtlindring fortsätter de att oroas och de känner sig mycket pessimistiska mot både sjukgymnaster och medicin. Turkiska invandrare rapporterar ofta smärta i ena halvan av kroppen. Trots kliniska fynd på ryggåkommor rapporterar de sällan dessa symtom till läkarna. Ryggsmärtan upplevdes som en del av livet och inget att oroas sig över. Den ”halva kroppens smärta” är däremot något mycket allvarligt. När de får sin smärtlindring är de inte oroliga längre. De har också en positiv syn på att Allah skulle ordna allting till det bästa (Ekblad, 1996).

Det finns två olika perspektiv att se på sjukdom utifrån; ett mikro- och ett makroperspektiv. Utifrån det västerländska mikroperspektivet kan man tänka att en människa är sjuk, är det en psykisk eller en kroppslig sjukdom? Vilket organ är sjukt? Vilken del av organet är sjukt? Det afrikanska makroperspektivet för resonemanget; en människa är sjuk. Vilka relationer med de levande är störda? Vilka relationer med förfädernas andar är störda? För en person från ett land med ett medicinskt makroperspektiv kan det kännas fel att få en diagnos, eller bli kallad till en hälsoundersökning när hon inte känner sig sjuk (a.a). I flera kulturer är det också mer accepterat att använda kroppen för att kommunicera ohälsa, speciellt vid psykiska och sociala problem. Om individen är obekant med sjukvårdssystemet kan det vara lätt att tro att det bara är kroppsliga besvär som behandlas i vården. I en del kulturer är det inte lika socialt accepterat att uttrycka psykisk ohälsa som att uttrycka somatiska symtom (Ekblad, 2002).

Utifrån de erfarenheter individen har med sig från sitt hemland har de olika förväntningar på läkarna och sjukvården i stort vilket kan skapa både besvikelse och missförstånd. Det ligger ett stort ansvar på sjukvården att dels informera hur och varför vissa undersökningar görs dels att lyssna och försöka förstå de olika uppfattningarna av sjukdom och hälsa. Det går inte att lära sig alla kulturers uppfattningar men det går att lära sig att bemöta en människa och förstå mer om henne och hennes förväntningar.

I intervjuer med vårdgivarna framkommer att en del patienter som migrerat till Sverige upplever symtom som större eller mer allvarliga än vad de verkligen är utifrån vårdgivarens bedömning. Förklaringen kan vara att patienten kommer från länder där vissa symtom kan få mycket allvarliga följder pga brist på adekvat behandling varför oron vid symtom blir högre. Andra förklaringar kan vara att patienten har en annan syn på sjukdom eller kanske bär med sig erfarenheten från asyltiden då det endast är de akuta tillstånden hos patienten som behandlas.

2.4 Hälsoläget

I detta stycke beskrivs hälsoläget utifrån verksamheternas uppfattningar, resultatet från aktstudien, enkätstudie 2 samt utifrån forskningsrapporter och andra undersökningar.

2.4.1 Övergripande

Människor som invandrat till Sverige har generellt sett en sämre självrapporterad hälsa än genomsnittsbefolkningen i Sverige. Vilket hälsostatus flyktingen har beror på flera faktorer som samverkar med varandra. Det kan bero på vilket område flyktingen kommer från i världen och förekomsten av olika sjukdomar där, samt vilken tillgång och kvalitet det varit på vårdutbudet i hemlandet. Det kan bero på flyktens art och vad som har hänt under flykttiden samt personens egna resurser och kroppsliga styrka/svaghet (Ekblad, 2002).

Det finns undersökningar som visar att de rådande attityderna i samhället mot flyktingar samt acceptansen hos värdlandet har stor inverkan på hälsan. Negativa attityder ger både fysiska och psykiska hälsoproblem (Hjelm, 1994).

2.4.2 Fysisk hälsa

Ett visst ackumulerat vårdbehov kan förväntas finnas med från asylperioden. Vissa operationer och behov av specialistvård bedöms ofta som vård som kan anstå och får vänta tills flyktingen ev. får uppehållstillstånd.

Vårdgivarna rapporterar om ohälsa i flyktinggruppen som består av värk från axlar, rygg, nacke, huvud och leder. Många gånger är det psykosomatiska symtom men symtomen kan också ha andra orsaker som förslitningsskador eller skador som uppstått under tortyr där också tandskador är relativt vanliga. En del smittsamma, så kallade samhällsfarliga sjukdomar, förekommer men ej övervägande. Andra sjukdomar som högt blodtryck och diabetes är också vanliga, en del har man med sig från hemlandet andra har man förvärvat under migrationsperioden.

Psykosomatiska symtom och värk är vanligt förekommande även hos personer som är födda i Sverige, utlandsfödda har dock en högre grad av dessa besvär (Statistiska centralbyrån 2002).

Statens folkhälsoinstitut (2002:29) lyfter fram olika indikatorer på ohälsa i form av självrapporterad hälsa, självmord, självmordsförsök, inläggningar på sjukhus i olika diagnoser samt insjuknade i hjärt-kärlsjukdomar och cancer. Dessa indikatorer visar på betydande skillnader mellan svenskfödda och invandrare men också mellan olika invandrargrupper mellan och kvinnor och män. Rapporten visar att flera stora invandrargrupper i Sverige har betydande överrisker för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar och kranskärlssjukdom. Det är anmärkningsvärt eftersom människor som flyttar från sitt hemland till en annan del av världen oftast är friskare än de som stannat kvar i hemlandet. Enligt folkhälsoinstitutet (a.a) är de påfrestningar som migrationen innebär en bidragande orsak till detta. Men också den låga status som den invandrade ofta hamnar i innebär en ökad risk för ohälsa, oavsett

utbildningsnivå från hemlandet. Andra faktorer som ökar risken för långvarig sjukdom är låg materiell standard, ohälsosam livsstil, bristande integration och hög arbetslöshet.

2.4.3 Psykisk hälsa

Från flera vårdgivare inom psykiatrin framkommer det att de asylsökandes problem ofta är ett resultat av den långa väntan på besked om uppehållstillstånd. Väntetiden tär och tar sig uttryck i psykosomatiska symtom. Den långa asylprocessen kan leda till att tidigare trauman blir kroniska. Den behandling som ges till asylsökande i den psykiatriska öppenvården är oftast mycket begränsad, mest består den i att ge hjälp med medicinering.

Många som varit aktuella på de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna under asyltiden fortsätter där efter att de fått uppehållstillstånd. Även efter att flyktingen fått uppehållstillstånd snabbt tack vare en nära relation till en flykting som tidigare fått uppehållstillstånd (sk. anknytning) menar vårdgivarna och personalen på SIM att det är de psykiska hälsoproblemen som överväger. Det är allt från lättare psykosomatiska besvär som värk i huvud axlar, leder, sömnbesvär, trötthetsbesvär till mer grava psykiatriska besvär. Problem inom familjen, tidigare övergrepp som aktualiseras i en pressad livssituation, krigsupplevelser, ekonomiproblem, problem med arbete, oro för anhöriga utomlands, svårigheter att etablera sig och misshandel är några orsaker till ohälsan som beskrivs av personalen. Ovanstående bekräftas av Statens folkhälsoinstitut (2002) som menar att utlandsfödda har en högre psykisk ohälsa jämfört med svenskfödda.

En särskilt sårbar grupp som nämns är de unga män som är ensamma i Sverige. Påfallande många av dem mår psykiskt dåligt och känner sig ensamma. En del söker sig, i brist på socialt nätverk, till närsjukvården för bagatellartade problem. De läser ej Svenska För Invandrare (SFI) och är mycket sjukskrivna. Fler yngre ensamma män dyker också upp bland de bostadslösa i staden.

Ett annat problem som vårdgivarna lyfter fram är att den svåra boendesituationen i Stockholm som kan påverka den psykiska hälsan negativt. En ansträngd bostadssituation kan förvärra ett redan befintligt psykiskt problem. Bostadssituationen kan också vara en bidragande orsak till att psykiska problem uppstår. Hög omflyttning försvårar behandlingen då människor hela tiden befinner sig i tillfälliga lösningar. Ständiga flyttar är påfrestande för familjen men även för samhället som får svårt att planera skola och barnomsorg när det plötsligt kan dyka upp okända barn i stadsdelen. På Röda Korsets center för torterade flyktingar upplever man att väldigt många flyktingar är i behov av intyg för att få bostad och att det har ökat det senaste året. Aktstudien på SIM visade att av 136 personer hade 11 % bostadsproblem som påverkade hälsan negativt vilket medförde att introduktionen försvårades avsevärt.

Människor som utsätts för extremt psykiskt trauma såsom tortyr, avrättningar, hot etc kan få posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Symtomen på PTSD är sömnsvärigheter, plågsamma minnesbilder, koncentrationssvärigheter, irritation, labilitet, förvirringssymtom, ångest, depression och missbruk av olika slag. Många flyktingar uppvisar ett eller några av dessa symtom utan att lida av PTSD. Forskare är inte helt ense men en siffra som nämns är att uppemot 25-30 % av flyktingarna har PTSD. Det är troligen avgörande vad som händer under de tre första åren för att en läkning ska komma till stånd. En viktig faktor är lugn och ro och en bostad för att överhuvudtaget kunna påbörja en läkningsprocess. Kritikerna av begreppet PTSD menar att det finns en risk att diagnosen stigmatiserar flyktingens normala reaktion på extrema händelser. De menar också att psykiatrisk behandling är främmande i många kulturer (Ekblad, 2002).

I en studie på SIM gjord av Hans Peter Sondergaard (2002) under åren 1997-2000 följdes nyanlända irakier var tredje månad med självskattningsformulär, blodprover och självrapportering av livshändelser. Hela studien genomfördes på 55 personer. Hos 37,2 % av deltagarna i studien diagnosticerades PTSD. Hälsan hos de nyanlända flyktingarna påverkades av oro för anhöriga utanför Sverige, negativa händelser under introduktionstiden samt boendeproblematik.

2.4.4 Kvinnors hälsa

Även kvinnor lyfts fram som en grupp som är i behov av mer stödinsatser. De bär oftast en tyngre börda för hushållet och barnen. Utlandsfödda kvinnor har i en undersökning ca 65 % högre sjuktal än svenska kvinnor. De har också 45 % högre förtidspensionering och den vanligaste orsaken till detta är muskel- och skelettsjukdomar samt psykisk ohälsa. Det framgår att invandrarkvinnor, liksom svenska kvinnor, oftare lider av psykiskt nedsatt välbefinnande än män (Akhavan, 1997).

Mödrahälsovården (MVC) uppfattar att kvinnorna generellt sett har en sämre hälsa än svenska kvinnor. Det är olika fysiska tillstånd samt hepatitis, anemier, syfilis, TB, effekter av könsstympning men också psykisk ohälsa. Många kvinnor äter antidepressiva mediciner. MVC menar att anmärkningsvärt många kvinnor med flyktingbakgrund blir sjukskrivna under graviditeten ända fram till förlossningen utan att egentligen vara sjuka. Kvinnorna vill slippa SFI:n, har ryggvärk och orkar ej ta sig dit. I ett område menade MVC att förlossningsdepressioner är tre ggr så vanligt hos kvinnor som invandrat än hos svenskfödda kvinnor. Kvinnor som kommer till Sverige tack vare giftermål med en man som är etablerad i Sverige sedan flera år lyfts fram som en särskild riskgrupp av MVC. Dessa kvinnor omfattas inte av introduktionen. Kvinnorna är ofta gravida när de kommer, eller blir det ganska snabbt, och får aldrig en chans att integreras i Sverige på grund av upprepade graviditeter.

I stort sett alla flickor i Somalia könsstympas. Ca 80 % av dessa stympas enligt WHO kategori III vilken är den mest omfattande typen av omskärelse. Detta innebär betydande hälsorisker för flickorna inte minst vid utförandet då blödning, smärta och chock samt svåra infektioner är vanligt. Ofta kan de långsiktiga konsekvenserna bli ärrbildningar, skadade urinrör med fistelgångar och stora svårigheter vid urinering. Smärtor, klåda och värk samt besvärliga menstruationer är vanligt. (Socialstyrelsen, 2002). (Kvinnlig könsstympning 2002). Sexuallivet påverkas negativt och även risken för komplikationer runt förlossningen. (Integrationsverket, 1999). Detta bekräftas av en vårdcentral med flera somaliska patienter som ser att många somaliska kvinnor har underlivsbesvär och urinvägsinfektioner.

2.4.5 Barns hälsa

Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna (BUP) menar att de asylsökande barnen far illa i asylprocessen. Deras föräldrar mår ibland så dåligt psykiskt att de inte förmår härbärgera barnets oro och ångest över vad de har varit med om och situationen de befinner sig i. Föräldrarna behöver behandling för sina egna trauman vilket lagstiftningen ej medger. Mår föräldrarna dåligt har barnen också en ansträngd situation. Ett riktigt behandlingsarbete går inte att sätta in förrän de har fått uppehållstillstånd. Då det är svårt att få uppehållstillstånd kan familjerna dras in i en negativ spiral där barnens psykiska ohälsa kan leda till att familjen får stanna. Om barnet mår bättre minskar möjligheterna till uppehållstillstånd och detta kan minska motivationen till ett tillfrisknande. Den svåra bostadssituationen i Stockholm är också ett hinder. Många flyttar runt även efter att de fått uppehållstillstånd vilket ger barnen en osäker tillvaro.

Flera studier visar att ca 10 % av flyktingbarnen efterfrågar barnpsykiatrisk hjälp eller har så alarmerande symtom att de anses behöva det. Den psykosociala oron kan medföra att familjerna uppvisar somatiska symtom. Barnens hälsotillstånd kan ibland överdrivas av föräldrarna. Detta kan vara kulturellt betingat men också hänga ihop med att man är otrygg i det nya landet. Även efter uppehållstillstånd visar barnen upp hela spektret av psykiska problem. De är såväl aggressiva som inåtvända. Många är traumatiserade och kissar på sig, har mardrömmar, flashbacks, ont i huvudet etc. Barnhälsovården (BVC) ser att små problem med gränssättning, sömn och mat tenderar att växa sig stora. Barnen är som termometrar när det gäller att känna av atmosfären runt omkring sig. Speciellt saknar mammorna sina egna mammor när de har/får barn. Barnen kan också ha egna otäckta upplevelser från flykten som det är svårt att berätta om eller bearbeta när föräldrarna mår dåligt och inte kan vara ett stöd för dem. För att stötta familjen behöver flera resurser vara involverade. Dagens och skola fyller en viktig funktion där barn i leken kan läka efter hand. Några vårdgivare lyfter fram att de ser att föräldrar har behov av stöd i vården av barnet. I början kan man som förälder också ha en okunskap om vilka sjukdomar som drabbar barn i kalla klimat såsom förkylningar av olika slag. Den första tiden kan därför föräldrarna söka sjukvård för relativt enkla och ofarliga sjukdomar, men efter en tid lär de sig hur de själva och med hjälp av receptfria läkemedel kan bota barnet utan läkarbesök. Att föräldrar är uppmärksamma på sina barns ohälsa och söker hjälp tidigt är positivt. Det är viktigt med snabba insatser eftersom sjuka barn försenar föräldrarnas introduktion.

2.4.6 Hälsostatus utifrån hälsokontrollen

Ca 40 % av asylsökande och anknytningsärenden genomgår en hälsokontroll (se vidare i kapitel 3). De mottagningar som genomför hälsoundersökningar har likartade bilder av hur hälsoläget i flyktinggruppen ser ut. I såväl asylsökandegruppen som i anknytningsgruppen är den fysiska hälsan förhållandevis god, upptäckten av smittsamma sjukdomar är relativt låg. För de asylsökande tär väntan på besked om uppehållstillstånd på den psykiska hälsan. För anknytningsärenden är uppehållstillståndet klart men mottagningarna ser ändå mycket av psykosomatiska besvär. Många flyktingar sover dåligt eller har ont i leder muskler, nackar, huvudvärk och knän. Många är oroliga och lever under stor osäkerhet, flyttar mycket och byter därför vårdcentraler vilket är olyckligt. Kvinnor anses vara en extra utsatt grupp som mår dåligt i största allmänhet och en del kan ha varit utsatta för våldtäkt. Den psykiska ohälsan tar sig även somatiska uttryck som t ex högt blodtryck, smärta och magkatarr.

Ekblad mfl (1996) redogör för en undersökning genomförd av Stjernfeldt & Sätterlund (1995) där hälsostatusen undersöks på knappt 2000 asylsökande på en flyktingförläggning i Flen. Det framkom att 21 % av flyktingarna upplever någon typ av aktuella besvär eller sjukdomar. Av dessa har ca 20 % orosrelaterade besvär som sömnsvårigheter, depression eller ångest. Det var bara 7 % av dessa som uppgav att de haft sådana besvär tidigare varför Stjernfeldt & Sätterlund tror att ökningen beror på att oron är situationsbetingad. Det vill säga, migrationen i sig innebär en sådan påfrestning att det utlöser psykiska besvär. En annan undersökning av Stjernfeldt & Sätterlund visar att endast en liten del av flyktingarna har tecken på sk samhällsfarliga sjukdomar.

Ekblad mfl (1996) redovisar också en utvärdering av genomförda hälsoundersökningar på fyra av Röda Korsets förläggningar under fyra år som visar att de psykosomatiska besvären totalt dominerar. De vanligaste somatiska problemen är hudsjukdomar (Ahlemark & Nordström, 1992).

2.4.7 Hälsa och integration

Enligt Riksrevisionsverket (2002) har uppemot en fjärdedel av de flyktingar som deltar på introduktionsprogrammet sådan ohälsa att de inte kan tillgodogöra sig introduktionen fullt ut. Psykiska besvär och graviditet hör till de vanligaste orsakerna till att man inte kan tillgodogöra sig introduktionen. I Integrationsverkets rapport (2003) framgår att det kan röra sig om uppemot 40 % som har såna hälsoproblem att de inte kan delta i introduktionen mer än högst på halvtid. Svenskundervisning avbröts helt av 25 % på grund av ohälsa.

Ovanstående uppgifter kan delvis bekräftas av resultatet av den aktstudie som gjorts av samtliga personer som hade avslutat introduktionsprogrammet på SIM i januari och mars månad 2003. Av 136 genomlästa personakter visar det sig att 48 % har någon form av omnämnt hälsoproblem, kvinnor 51 % och män 46 %. På frågeställningen om hälsoproblemen har påverkat introduktionen visar det sig att 32 % har hälsoproblem som påverkar introduktionen negativt i relativt hög grad eller hög grad. De hälsoproblem som oftast beskrivs är psykiska besvär som ångest, oro, magont, depression, sömnbesvär och ”mår dåligt” generellt. Värk från rygg, leder och huvudvärk beskrivs ofta. Svårare psykiska besvär som PTSD kopplat till tortyrupplevelser förekommer också. Längden på sjukskrivningarna varierar allt ifrån några dagar till sex månader men kortare ströfrånvaro är mer vanligt förekommande. Enligt SIMs egen statistik på sjukskrivning utplockad vid ett tillfälle i oktober var 30 personer av 894 vuxna sjukskrivna mer än en månad.

I enkätstudie 2 (2003) svarar 19 handläggare hos SIM och anordnarna på frågan hur många av deras deltagare som har svårt att tillgodogöra sig introduktionen p g a ohälsa. Handläggarnas bedömning är att av ca 800 deltagare har en fjärdedel svårt att tillgodogöra sig introduktionen. Mer än hälften av dessa personer lider av psykisk ohälsa av olika slag. Besvär från rörelseorganen t ex värk från rygg, leder och knän är vanligt samt andra typer av fysiska sjukdomar. En del vuxna hade problem med introduktionen p g a barnens ohälsa. De vanligaste besvären bland barnen är psykiska problem, mentala eller fysiska handikapp.

2.5 Utbud och konsumtionsstatistik

Nedan presenteras kort vilket särskilt vårdutbud SLL erbjuder flyktingarna i Stockholms stad, därefter lyfts några studier kring konsumtionsstatistik fram. Det är som tidigare nämnts inte möjligt att särskilja deltagarna hos SIM ur SLLs statistik för att ändå få en uppfattning om flyktinggruppens konsumtion av hälso- och sjukvård används här istället tidigare undersökningar av olika invandrargrupper. Detta material kompletteras resultat från aktstudien.

2.5.1 Vårdutbud

Efter erhållet uppehållstillstånd i Sverige gäller samma rätt till vård som för den övriga befolkningen. Detta innebär rätt till såväl förebyggande-, behandlande-, rehabiliterande vård samt, liksom tidigare, akutvård. Härutöver finns i Stockholm dessutom några mottagningar som är specialiserade på just den problematik som flyktingskap och migration kan innebära.

1. Röda Korsets Center för torterade flyktingar (RKC), en specialistmottagning för människor som utsatts för tortyr. Verksamheten omfattar diagnostisering och behandling av fysiska och psykiska tortyrskador samt kunskapsspridning och konsultationer till yrkesmänniskor som kommer i kontakt med torterade flyktingar. RKC är öppet för flyktingar med permanent uppehållstillstånd som torterats i hemlandet och nu bor i Stockholms län.
2. Kris- och Traumacentrum (KTC), enheten för Tortyr- och Traumaskadade. Specialistmottagning för patienter med flyktingbakgrund som behöver diagnosticering

och behandling. Patienterna har tillgång till kvalificerad medicinskt och psykologiskt omhändertagande.

3. Flyktingenheten BUP, en specialistmottagning inom Barn och Ungdomspsykiatri. Mottagningen arbetar behandlande med asylsökande barn, flyktingbarn med uppehållstillstånd och med gömda flyktingbarn som saknar tillstånd att uppehålla sig i Sverige.
4. Det finns även frivilligorganisationer som i varierande omfattning arbetar med stöd och behandling för flyktingar som utsatts för tortyr och trauman ex Rädda Barnen.

2.5.2 Asylsökandes vårdkonsumtion

I en promemoria författad av Stig Wintzer, Landstingsförbundet (2003) rörande sjukvård åt asylsökande, omfattning och kostnader år 2002, redovisas att asylsökande i genomsnitt har väsentligt större hälso- och sjukvårdskonsumtionen inom slutenvård än den inhemska befolkningen. Under år 2002 har särskilt utnyttjandet av psykiatrisk slutenvård avsevärt ökat. Även antalet besök i närsjukvård och öppen specialistvård kan vara något fler än för befolkningen i övrigt.

2.5.3 Flyktinggruppens vårdkonsumtion

Aktstudien på SIM visar att de vanligaste vårdkontaktarna är med husläkare, vårdcentraler och öppenspsykiatri. Även specialistmottagningar som RKC och KTC nämns relativt ofta. Det framkommer att många flyktingar vänder sig till privatläkare för specialistvård och ibland för att bli sjukskrivna.

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms län har följt fem grupper mellan åren 1997 – 1999 (2000) som kan tänkas vara särskilt utsatta. En av de grupperna var personer födda utanför Norden. Resultaten visar att gruppen födda utom Norden är yngre än befolkningen i genomsnitt och har högre arbetslöshet. De upplever sin hälsa som sämre än befolkningen i övrigt och har längre sjukskrivningsperioder. De har i högre utsträckning daglig värk respektive ångest, oro eller depression än den genomsnittliga befolkningen. Vårdkonsumtionen är ungefär lika stor men de utomnordiskt födda har i större utsträckning sökt sig till akutmottagningarna.

I en befolkningsstudie gjord i Huddinge sjukvårdsområde 1990 undersöktes konsumtionen av avgiftsbelagd öppen och slutenvård i relation till födelselandet. Här fann man att befolkningsgruppen som är född utanför Sverige konsumerar ca 50 % mer slutenvård på medicinklinik än svenskfödda i samma ålder. Samma grupp har också 75 % fler besök hos sjukgymnast och ca 50 % större andel av sina akuta öppenvårdsbesök på sjukhusens akutmottagningar. Finländarna och de utomeuropeiska invandrarna konsumerar 30-50 % fler tidsbeställda läkarbesök på vårdcentral per capita än svenskfödda. I rapporten framgår dock att invandrarna successivt ökar sin konsumtion av öppenvård under de första tio åren i Sverige (Hjern & Bremberg, 1997).

Resultaten från ovannämnda studie bekräftar till viss del de resultat som presenterades i en studie av ”Flyktingars vårdmönster i Kalmar län under perioden 1994-1997”. Där visade det sig att flyktingarna som nyligen fått uppehållstillstånd har en högre konsumtion av både distriktsläkare- och distriktssköterskebesök i förhållande till övriga befolkningen. Vårdkonsumtionen är betydligt högre än för den övriga befolkningen under det första året men det förändrade sig över tid och efter tre år stämmer den överens med befolkningen i övrigt. Besöksorsakerna är oftast diffusa såsom huvudvärk, bröstsmärtor och ångest. Avsaknad av nära släktingar för råd och egenvårdstips påverkar också. Sammantaget visar det

sig att mottagningsbesöken ligger 30 % högre för män än för befolkningen i övrigt och 50 % högre för kvinnor de första åren för att sedan plana ut (Björck, 1997).

2.5.4 Information

I en studie (Ackerhans, 2001) angående Internet och informationsspridning menar fyra invandrargrupper att det finns stora brister i den samhällsinformation som finns tillgänglig. Bristen på information ledde bland annat till en oförmåga att fatta hälsofrämjande beslut. Om kunskap saknas om sjukvårdsutbudet är det svårt att använda sig av det. Bristande information om egenvård kan likaså utgöra ett hinder för att förbättra sin hälsa.

Socialstyrelsen undersökning (2003) av tillgången till habilitering och rehabilitering för barn och ungdomar med funktionshinder visar att särskilt invandrarfamiljer inte får sina behov tillgodosedda. I denna undersökning framkommer brister i hur informationen ges till flyktingfamiljerna. Socialstyrelsen menar att det inte bara är att ge information utan också viktigt att försäkra sig om att informationen tas emot och förstås. De kulturella skillnaderna och olikheterna i ursprungslandets samhällsystem kan ha betydelse för hur informationen uppfattas. Undersökningen visar också att ungefär en fjärdedel av de som behöver tolk inte har tillgång till detta vid kontakten med landstingets personal. Ytterligare en femtedel svarade att de vanligen inte har tillgång till tolk.

I en studie utförd på uppdrag av HSN (2000) framkom att utomnordiskt föddas upplevelser av vården skiljer sig mycket åt från resten av befolkningens upplevelser. De utomnordiskt födda upplever att de inte får tid till läkarbesök inom rimlig tid. De känner sig också mindre nöjda med den behandling och de åtgärder läkaren vidtar vid besöken. De har en lägre tilltro till de olika vårdgivarna än befolkningen i övrigt och är mer missnöjda med vårdens tillgänglighet.

2.6 Sammanfattande diskussion

Nedan sammanfattas och förs ett resonemang kring flyktingarnas vårdbehov utifrån tidigare redovisade uppgifter. Som avslutning redovisas ett antal slutsatser.

2.6.1 Svåridentifierad grupp

Flyktinggruppen som deltar i SIMs introduktionsprogram kan inte särskiljas ur SLLs statistik och andra data. Det går inte att se om personen har bott i Sverige ett eller tio år. Det finns ingen officiell statistik att tillgå rörande de vanligaste hälsoproblemen vare sig för asylsökande eller flyktingar. Detta trots att det borde vara av betydelse vid exempelvis planering av verksamheter, resursfördelning och forskning. Hälsoläget och vårdbehovet i flyktinggruppen är därför svårt att med säkerhet definiera. SLL skulle troligen ha nytta av ett system där det går att följa de nykomna flyktingarna. I denna studie har forskning och undersökningar av gruppen flyktingar legat till grund, oavsett om flyktingarna bott längre tid i Sverige än introduktionstiden. Det skall dock påpekas att folkhälsoundersökningar många gånger görs med frågeformulär på svenska vilket kan påverka bortfall och resultat. För att i någon mån få en kompletterande bild av den aktuella gruppen har en aktstudie genomförts på SIM samt ”enkätundersökning 2” (2003) med handläggare på SIM. Vi har även intervjuat vårdgivare om deras uppfattningar angående hälsan i gruppen.

2.6.2 Hälsa, vårdbehov och integration

Hur hälsa och sjukdom uppfattas är kulturellt betingat. Den enskildes bakgrund, landets historia, samhällsskick etc har format olika synsätt. Generaliseringar av grupperns vårdbehov är alltid vanskliga men ibland nödvändiga. Människor med flyktingbakgrund, oavsett hur länge de bott i Sverige, har utifrån vad som framkommit i denna studie, generellt sett en högre grad av ohälsa än den infödda befolkningen. Ohälsa är vanligare bland nyinvandrade och det är en ohälsa som försvårar möjligheten att tillgodogöra sig ett introduktionsprogram. I denna kartläggning framkommer att ca 25 % av flyktingarna på SIM har sådan ohälsa att de ej kan tillgodogöra sig introduktionen fullt ut. Den nyinvandrade flyktinggruppen har därför troligen generellt sett ett större vårdbehov än befolkningen i övrigt.

Via SIM placeras i dagsläget de flesta flyktingar som har uppenbara hälsoproblem i alternativa introduktionsprogram hos någon av SIMs anordnare, där förhållningssättet är mer fokuserat på hälsobefrämjande aktiviteter. Förövrigt förutsätts flyktingen genom visst stöd själv klara av sina vårdkontakter. Flyktingarna har pga språkproblem och andra orsaker svårt att komma fram till vårdgivarna. Telefontider, olika tonvalssystem mm försvårar kontakten vilket medför att SIM dock får lägga åtskilliga resurser på att hjälpa flyktingen med praktiska frågor. Detta är resurser som skulle kunna användas till annat.

Orsakerna till den höga ohälsan kan bland annat vara:

- **Asyllagstiftningen.** Att leva i ovisshet när man samtidigt har svåra upplevelser bakom sig kan förvärra tidigare trauman. Många uppehållstillstånd ges av humanitära skäl pga. ohälsa vilket leder till ett system där svaghet, sjukdom och störning i praktiken premieras. Att vara tillräckligt sjuk är en faktor som kan förhindra en utvisning. Under asyltiden har vuxna endast rätt till akutvård och vård, vilket kan ge ett ackumulerat vårdbehov.
- **Migrationsprocessen.** Det kan vara påfrestande att av någon orsak se sig tvingad att lämna sitt hemland och sitt sociala nätverk. Flyktingen kan ha kommit ifrån sin familj och lever nu i ständig oro för dessa. Många har varit utsatta för olika former av tortyr

eller haft en lång och svår flyktväg. Flyktingen kan också ha eftersatt sjukvård från hemlandet.

- **Bostadssituationen.** Långt efter att man fått uppehållstillstånd kan det vara svårt att få en egen bostad. Många byter ofta bostad, det är inte ovanligt att en stor familj är inneboende i ett litet rum. Påfrestningarna blir enorma på både barn och vuxna. Den vanligaste anledningen till bostadsförtur är i regel hälsoskäl och då vanligen psykisk ohälsa. SIM har ytterst få genomgångsboenden och trycket är enormt varför det tar lång tid att komma ifråga för en bostad även om man hamnar på prioriteringslistan. Den ansträngda bostadssituationen medför att den psykiska pressen kan fortgå under lång tid
- **Arbetsmarknaden.** Höga språkkrav gäller på arbetsmarknaden. Det är dokumenterat hur svårt det är för människor med utländsk bakgrund att få jobb de är kvalificerade för. Arbetslösheten är avsevärt högre bland flyktingar än hos den infödda befolkningen. Att gå arbetslös innebär en ökad risk för ohälsa.
- **Samhällets attityder.** Att känna sig välkommen och behövd i det nya samhället påverkar hälsan. Att känna sig utsatt för kränkande och nedvärderande synsätt påverkar hälsan negativt.
- **Livsstil.** En orsak till sämre hälsa bland stora invandrargrupper är ohälsosam livsstil såsom rökning, inaktivitet och övervikt.

Intervjuerna, enkäterna och de flesta undersökningar lyfter fram flyktingarnas psykiska ohälsa. Det handlar om allt från psykosomatiska symtom som huvudvärk, magont och sömnsvårigheter till diagnoser på PTSD på grund av extrema upplevelser. Frustrationen och svårigheten för SIM, vårdgivarna och flyktingen är som störst med anledning av de psykosomatiska besvären. Det är den svårdefinierade ohälsan som gör att flyktingen hamnar i gråzonen mellan SIM och SLL. SIM uppfattar att flyktingen mår dåligt och ej kan tillgodogöra sig introduktionen samtidigt som vårdgivaren ej kan hitta något konkret fel på patienten. Resultatet blir att flyktingens ohälsa inte fångas upp vare sig i vården eller hos SIM. Introduktionen blir ofullständig och flyktingen har ej den plattform hon behöver för att kunna leva ett självständigt liv och bli självförsörjande.

Den vanligaste fysiska ohälsan som också ökar mest i gruppen är hjärt- och kärlsjukdomar. Värk i axlar, knän och rygg är också vanligt. Det förekommer smittsamma så kallade samhällsfarliga sjukdomar i flyktinggruppen men de är inte det dominerande hälsoproblemet. Sjukskrivningar förekommer under introduktionen men det är få som är långtidssjukskrivna.

2.6.3 Kvinnor och barn

Kvinnorna framstår som en grupp med större vårdbehov än männen. En stor grupp gravida invandrarkvinnor blir sjukskrivna under större delen av graviditeten. En annan riskgrupp för ohälsa är de kvinnor som kommer hit som anknytningskvinnor efter det att mannen avslutat sin introduktion. Idag står de utan rätt till introduktion, föder barn tidigt och får svårt att ta sig in i det nya samhället.

Asylsökande barn är en annan riskgrupp, de har, till skillnad från föräldrarna, rätt till sjukvård i samma utsträckning som permanent boende i Sverige men ofta är det föräldrarnas psykiska ohälsa och oro som är upphovet till barnens sjukdom. Barn gör allt för att "hjälpa" sina föräldrar och så länge som barnet är sjukt finns det hopp om att få uppehållstillstånd för familjen. Det faktum att asylprocessen kan bli lång och att föräldrarna inte får vård gör att många barn får illa. När människor varit i psykisk obalans och under stark oro och press under en längre tid kan det bli kroniskt och svårt att häva även om uppehållstillstånd beviljas. De

flesta uppgifter tyder på att barn och vuxna dras med psykisk ohälsa lång tid efter att de erhållit permanent uppehållstillstånd.

2.6.4 Konsumtionsstatistik

Det finns studier som visar att utomnordiska invandrare har högre besöksstatistik på akutmottagningar och färre besök i öppenvården än människor födda i Sverige. De utomnordiska flyktingarna har också fler vård dagar inom slutenvården. Det finns dock forskning som visar att besöksstatistiken planar ut och blir mer lik infödda svenskars efter några år. Den höga vårdkonsumtionen initialt kan fylla tomrummet efter en del av det sociala nätverk kan förlorats i och med flykten. När inte anhöriga kan rådfrågas kan sjukvården fylla de närståendes funktion.

På vilket sätt och när information ges om olika vårdutbud och rättigheter som gäller efter erhållet uppehållstillståndet är av avgörande betydelse. Att information förmedlas är inte samma sak som att den är uppfattad.

2.6.5 Måldiskussion

SIM och SLL arbetar med delvis samma målgrupp. Skillnaden ligger i att SIMs grupp är liten och klart och tydligt avgränsad medan SLL däremot har hela befolkningen, inklusive flyktingarna på SIM, inom sitt ansvarsområde. Inom SLL finns närmare ettusen husläkarteam som servar befolkningen. Ett husläkarteam kan sägas motsvara SIMs knappa två tusen deltagare. Flyktingar som går på introduktion i Stockholms stad är således en liten del av SLLs totala verksamhet men en grupp som i och med att de har uppehållstillstånd kommer att stanna i Sverige och därför ökar successivt. Om flyktinggruppens ohälsa initialt inte behandlas kommer befolkningen på sikt att bli mer vårdkrävande. SIM och SLL har dock i sina målformuleringar tagit ett kliv från varandra vad gäller beröringspunkter runt den aktuella målgruppen. SIM genom att de har tagit bort fysisk och psykisk hälsa som ett mål i introduktionen och SLL genom att de ej har ett riktat handlingsprogram gentemot flyktinggruppen. Idag skall SLL verka för en god hälsa och för att utjämna skillnader i hälsa hos olika grupper. I denna kartläggning har det framkommit att flyktingar generellt sett har sämre hälsa och högre vårdbehov än den infödda befolkningen. Utifrån detta kan man säga att SIM och SLL delvis ska arbeta mot samma mål. För individen är hälsa ett av flera livsmål. Hon önskar sig en bostad, ett kontaktnät och att bli självförsörjande samt att hälsan ska vara så bra som möjligt. Hälsan kan också ses som en förutsättning för att nå de andra målen i livet.

Svårigheten ligger i var SIM och SLL ska mötas, ohälsan som finns beskriven ovan har en mängd orsaker. Många gånger är det hela samhällssystemet med lagstiftningen runt de asylsökande, bostadssituationen, arbetsmarknadspolitiken och attityderna i samhället, som bidrar till ohälsan. Detta är faktorer som är svåra för såväl SIM som SLL att göra något åt. På samma sätt som för annan form av ohälsa som uppstår av mer eller mindre påverkbara faktorer har hälso- och sjukvården dock ett ansvar att om inte bota, försöka lindra och ge ett sådant behandling att tillstånden inte förvärras och blir kroniska. Hälso- och sjukvården kan även arbeta för att förebygga ohälsa där exempelvis normalisering och synliggörande av migrationsprocessen kan ha mycket goda förebyggande effekter. SIM har ett ansvar att utveckla ett introduktionsprogram som stämmer överens med flyktingens behov utifrån det samhälle vi har. Under introduktionstiden finns möjligheter att stärka flyktingens hälsa och välbefinnande. Felaktiga krav och missriktade insatser kan medföra att hälsan försämras.

2.7 Slutsatser

Nedan redogörs för de viktigaste slutsatserna kring flyktinggruppens hälsa och vårdbehov.

- Flyktingar har generellt sett en sämre hälsa än den infödda befolkningen. En fjärdedel av flyktingarna som deltar i SIMs introduktionsprogram har sådan ohälsa att möjligheten att tillgodogöra sig introduktionen försvåras.
- Den psykiska ohälsan överväger. En stor grupp flyktingar lider av psykosomatisk ohälsa som kan vara både svårbedömd och svårbehandlad.
- Vårdbehovet och vårdkonsumtionen är högre i flyktinggruppen än hos den infödda befolkningen. Många hänvisas runt i vården eller mellan SIM och vården på grund av ohälsans oklara karaktär. Det faktum att många flyktingar ofta byter bostad försvårar fullföljandet av behandlingar. Det finns risk att flyktingarnas vårdbehov inte tillgodoses.
- Orsaker till den högre graden av ohälsa är bl.a. asyllagstiftningen, migrationsprocessen, bostadssituationen, arbetsmarknaden, samhällets attityder samt flyktingens livsstil. Oavsett orsaken till ohälsa är det SLLs ansvar att behandla eller lindra patientens besvär.
- Kvinnor är en grupp med relativt sett högre risk att utveckla ohälsa.

Kapitel 3 Hälsokontroller

3.1 Vad finns det för styrdokument?

- I *överenskommelsen mellan Utrikesdepartementet och Landstingsförbundet (2002) om hälso- och sjukvård för asylsökande m.fl.* framgår bland annat att landstinget åtagande är att erbjuda hälsoundersökning/hälsosamtal åt asylsökande och flyktingar som har beviljats tidsbegränsat uppehållstillstånd, flyktingar med permanent uppehållstillstånd (PUT) utan kommunplacering samt för asylsökande i eget boende (EBO) upp till en månad efter PUT beviljats. Landstinget ska snarast erbjuda personerna hälsosamtal/hälsoundersökning efter att de har fått sitt boende i landstinget och registrerats av Migrationsverket. Staten åtar sig genom Migrationsverket ge landstinget sådana uppgifter om de personer som omfattas av denna överenskommelse att landstinget kan uppfylla sina åtaganden.
- *Författningen (SFS 1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. I § 35, förordning (1998:229)* framgår att Integrationsverket får ersätta kostnader för hälsoundersökning av utlänningar som har fått uppehållstillstånd då de är nära anhörig till en person som senast två år tidigare tagits emot i en kommun.
- *Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar, allmänna råd från socialstyrelsen (1995:4)*. Enligt dessa råd ska det individuella hälsosamtalet ge en uppfattning om den asylsökandes/flyktingens bakgrund. I bakgrunden skall geografiska frågor om ursprungsland, klimat etc tas upp. Individens sociala förhållanden, familjeförhållanden, utbildningsbakgrund och liknande skall också noteras. Frågor om ev missbruk och frågor som rör traumatiska händelser bör tas upp. Det ska vara möjligt att få information om vart man kan vända sig om man varit utsatt för tortyr, våldtäkt eller andra traumatiska händelser. Vidare ska kulturella frågor om etnisk och religiös grupptillhörighet och rent medicinska frågor ställas. Efter hälsosamtalet ska den ansvarige läkaren ta ställning till vilka provtagningar som är aktuella. Om individen har sådan bakgrund att det är mycket liten risk för smittsamma sjukdomar ska inte prover tas. Det är viktigt att provtagning görs efter en bedömning, inte på grund av t.ex. externa krav eller önskemål från skolan. Om en översiktlig screening är önskvärd rekommenderas urinprov och hemoglobinvärde. Där det finns skäl ur smittskyddssynpunkt tas i första hand prover för att finna följande sjukdomar: HIV, syfilis, chlamydia, gonorré, difteri, tarmbakterier och parasiter samt sjukdomar som smittskyddsläkaren rekommenderar utifrån den aktuella situationen.
- Stockholms läns landsting har upprättat vårdavtal med två mottagningar angående hälsoundersökningar, Sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby, Firma Inger Nelson och Firma Asylteamet i Södra Stockholm AB som har sin mottagning i Fittja. I avtalen framgår att hälsokontrollen skall omfatta samtal med sjuksköterska, relevant provtagning och återbesök hos sjuksköterska. Läkareundersökning inbokas efter behov. Sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby har avtal om att göra hälsokontroller på alla asylsökande och anknytningsärenden i norra Stockholms stad medan Asylteamet i södra Stockholm AB endast har de asylsökande i sitt uppdrag. I mottagningarnas avtal ingår även ansvaret för de asylsökandes sjukvård (vårdavtal, 2001 & 2003).

3.2 Vad är syftet med hälsokontrollen?

- Att uppmärksamma personer som är i behov av omedelbar vård eller vård som inte kan anstå. (Individinriktat)
- Att uppmärksamma behov av smittskyddsåtgärder. (Samhällsinriktat)
(Socialstyrelsen 1995:4)

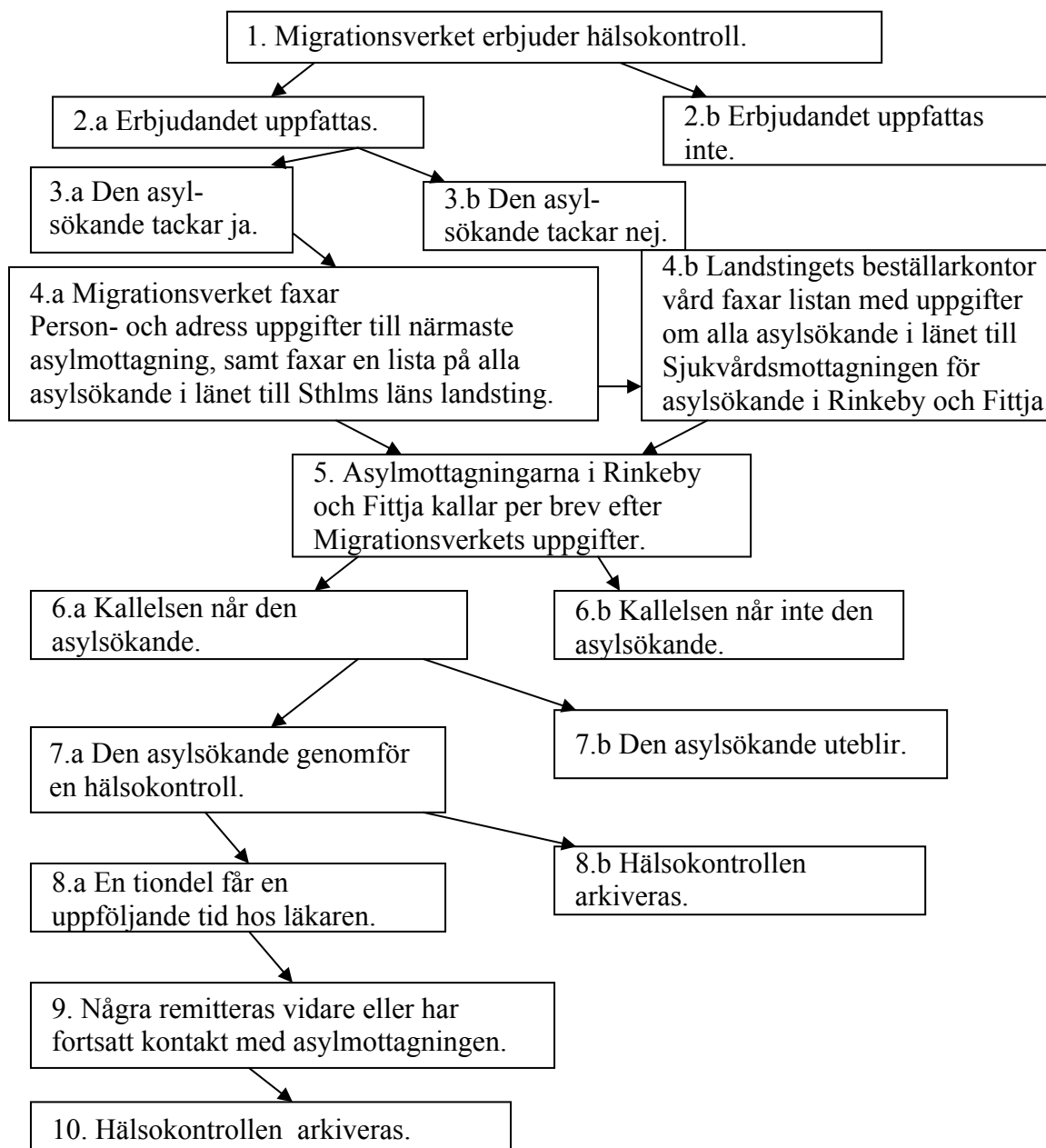
3.2.1 Individens motiv

Individens önskan med en hälsokontroll är troligen att få det totala hälsotillstånd uppmärksammat och kartlagt men kanske ändå viktigare att få tillgång till den vård man anser sig behöva. Att som asylsökande endast ha rätt till akutvård borde rimligen upplevas som svårt. För de som kommer som anknytningsärenden ser det annorlunda ut, de har samma rättigheter till sjukvård som alla andra. Hälsokontrollen kan också fylla andra funktioner. För individen kan den innebära en möjlighet att bli sedd av någon och få prata om sig själv och sin situation. Information om vart man vänder sig vid sjukdom kan också vara av betydelse för att man ska få kontroll över tillvaron och känna sig lugnare. Föräldrar har också en önskan att deras barn ska kontrolleras. Barnens hälsa går ofta före den egna hälsan och i den nuvarande svenska lagstiftningen har barnen i stort sett samma rätt till hälso- och sjukvård som övriga länsinvånare.

3.3 Nuvarande organisation av hälsokontroller för asylsökande boende i Stockholms kommun

Nedan beskrivs hur de asylsökande i eget boende (EBO) i Stockholms kommun erbjuds hälsoundersökning våren 2003 och hur kallelsen går till. Först åskådliggörs förloppet i bild 1 och därefter beskrivs steg för steg mer utförligt under rubrik 3.3.1.

Bild 1. Hälsokontroller för asylsökande i Sthlm kommun



3.3.1 Beskrivning av bild 1

1. Migrationsverket erbjuder i dagsläget alla asylsökande att få en kostnadsfri hälsokontroll. Erbjudandet ges i samband med annan information på mottagningsenheten.
2. I vissa fall uppfattas inte erbjudandet av den asylsökande. Det kan vara för mycket information vid ett och samma tillfälle. Enligt enkät på invandarmottagningen hade 34 av 47 tillfrågade asylsökande uppfattat att de fått ett erbjudande om kostnadsfri hälsokontroll. Handläggare på Migrationsverket har också uttryckt en osäkerhet om vad hälsokontroll innebär, många är nyanställda.
3. Hälsokontrollen är frivillig men Migrationsverket menar att de flesta tackar ja.
4. Migrationsverkets handläggare faxar adress- och personuppgifter på de som vill ha en hälsokontroll, till den asylmottagning personen tillhör. Migrationsverket skickar även en lista till Stockholms läns landsting med uppgifter om alla asylsökande som är bosatta i länet. Denna lista innehåller inga uppgifter om vem som vill ha eller har gjort en hälsokontroll. Landstingets beställarkontor vård skickar i sin tur listan vidare till sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby och Fittja.
5. Sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby och Asylteamet i södra Stockholm AB kallar personen med brev efter Migrationsverkets uppgifter.
6. Kallelsen når eller når inte den asylsökande. Många flyttar runt, bor inneboende etc och postadresser blir snabbt inaktuella. Sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby skickar ut en kallelse. Asylteamet i södra Stockholm AB skickar två kallelser.
7. De flesta flyktingar som kallats kommer och genomgår en hälsokontroll. Rinkeby mottagningen avsätter ca 30 min för en hälsokontroll med tolk. Fokus i samtalet ligger på den fysiska hälsan, hur man mår, eventuella symtom och tidigare sjukdomar. En fråga berör också psykiska besvär såsom sömn och mardrömmar. Asylmottagningen informerar också om hur hälso- och sjukvården är organiserad, vart de ska gå vid sjukdom och för vaccinationer. Detta görs mycket enkelt för att inte överdriva informationsmängden. Slutligen tas blodprov för att undersöka HIV, hepatit B, PPD (TB) samt cystor- och maskäggs samt ett blodtryck. Om något framkommer under samtalet tas även andra prover. Det första samtalet och provtagningen genomförs av distriktssköterska men ca 10-15 % får en tid för uppföljning hos läkaren då de har sådant vårdbehov som ej kan anstå. Journalerna från hälsokontrollen arkiveras på asylmottagningen. Asylteamet i södra Stockholm AB avsätter 45-60 min med tolk för kontrollen som i stort innehåller samma frågor och prover som Rinkebys.
8. Några remitteras vidare då de har behov som ej kan anstå eller så har de fortsatt kontakt med asylmottagningen. Det som följs upp är främst psykiska besvär, diabetiker, blodtryck och sårskador. Asylmottagningarna försöker ge flyktingen en dräglig tillvaro men skriver inte remiss till specialister primärt. Remisser som skrivs till öppensjukvården kommer i regel tillbaka efter en bedömning som säger att patienten ej är aktuell för behandling.
9. När personen är färdigbehandlad enligt de regler som gäller för asylsökande, det vill säga endast omedelbar vård eller vård som inte kan anstå, eller får uppehållstillstånd

arkiveras journalen från hälsokontrollen. Det förekommer så gott som aldrig att en annan vårdgivare rekviderar journaler från asylmottagningarna och journalerna följer inte heller med patienten.

3.4 Asylsökandes nyttjande av hälsokontroller

I en rapport från socialstyrelsen (2000) framgår att i Stockholms län hade 9 av 100 asylsökande genomfört hälsoundersökning. Socialstyrelsen har hämtat uppgifterna från SLL's patientdatabas och menar att så länge SLL inte kan presentera några andra siffror är det 9 % som gäller.

I enkätstudie 1 (2003) på invandarmottagningen angående hälsokontroller framkom att ca 40 % hade genomfört en hälsokontroll. Av de som genomfört en hälsokontroll var 90 % nöjda med undersökningen.

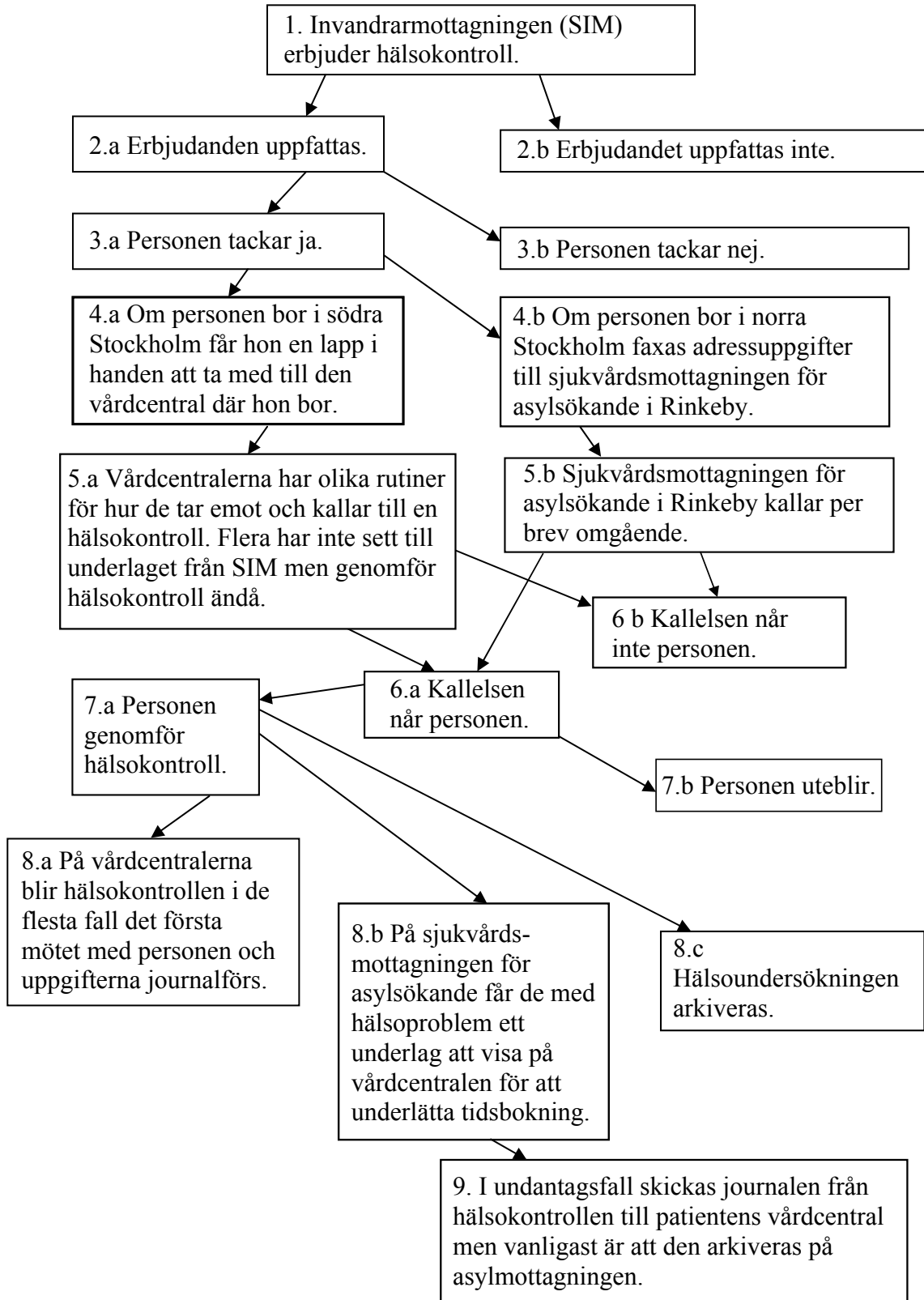
År 2002 bodde det 3699 st asylsökande i EBO i Stockholms kommun. Många av dessa hade kommit året eller åren innan och ska inte räknas in i statistiken för år 2002. De kan ha genomfört sin hälsokontroll ett tidigare år. Det är därför svårt att säga hur många hälsokontroller som mest kunde ha genomförts år 2002. Det vi vet är att sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby genomförde ca 1026 st hälsokontroller på asylsökande i Stockholms kommun. Hur många asylteamet i södra Stockholm AB genomförde i Stockholms kommun går inte att få fram siffror på då de inte för någon statistik utifrån vilken kommun den asylsökande bor i. Klart är dock att det genomfördes fler gratis hälsokontroller för asylsökande i Stockholms kommun år 2002 än vad som var fallet år 2000 då socialstyrelsen genomförde sin undersökning.

I en undersökning som Stig Wintzer på Landstingsförbundet (Wintzer 2003) genomfört framkommer att samtliga landsting i Sverige i genomsnitt genomfört hälsoundersökningar på 37 % av de asylsökande år 2002. Utifrån de uppgifter som framkommit i denna kartläggning kan vi anta att Stockholms läns landsting år 2002 utfört hälsokontroller på asylsökande i samma omfattning, det vill säga omkring 40 % av de asylsökande genomför en hälsokontroll i Stockholms kommun.

3.5 Nuvarande organisation av hälsokontroller för anknytningsärenden i Stockholms kommun

Nedan beskrivs hur anknytningsärenden i Stockholms kommun erbjuds hälsokontroller under våren 2003 och hur kallelsen går till. Först åskådliggörs förloppet i bild 2 och därefter beskrivs steg för steg mer utförligt under rubrik 3.5.1.

Bild 2. Hälsokontroller för anknjtningsärenden i Sthlms kommun



3.5.1 Beskrivning av bild 2

1. Handläggaren på SIM informerar alla som tagits emot som anknytningsområden till en kostnadsfri hälsokontroll. Detta sker vid första besöket tillsammans med annan information.
2. Ibland uppfattar inte personen att hon får detta erbjudande. Det kan vara för mycket information på en gång eller andra orsaker som gör att man inte uppfattar erbjudandet. Enligt enkät på invandarmottagningen hade sex av elva uppfattat att de fått ett erbjudande.
3. Enligt handläggarna på SIM tackar samtliga ja.
4. Om personen bor i södra Stockholm finns det inte en särskild mottagning som genomför hälsokontroller utan personen får enligt SIM ett underlag i handen att ta med sig till den vårdcentral dit hon hör. Bor personen i norra Stockholm faxas adress- och personuppgifter på personen till sjukvårdsmottagningen i Rinkeby.
5. I den invandratäta områdena i södra Stockholms kommun har fem vårdcentraler identifierats som genomför hälsokontroller i någon grad, det är Rågsveds-, Fruängens-, Skärholmens-, Vårby- samt Liljeholmens vårdcentral. Samtliga vårdcentraler hänvisar asylsökande till asylteamet i södra Stockholm och tar själva emot anknytningsärenden. Vårdcentralerna har skilda rutiner för hur de tar emot och kallar till en hälsokontroll. Tre av vårdcentralerna får uppgifterna direkt från invandarmottagningen där det framgår vilka som ska kallas till en hälsokontroll. De kallas då per brev. En vårdcentral har inte sett något underlag från Stockholms invandarmottagning men genomför en undersökning ändå som ett första besök för nyanlända vuxna med symtom. Till en av vårdcentralerna brukar flyktingen komma med ett papper som underlag från SIM. Två av vårdcentralerna har dessutom ett samarbete med barnhälsovården och skolhälsovården och genomför hälsokontroller på barn. För tre vårdcentraler fungerar ersättningssystemet de vet vad som gäller och har kontakt med Integrationsverket vid tveksamheter. För två av vårdcentralerna är det oklart hur ersättningen fungerar, en låter kostnaden gå in i den allmänna rullansen och en vårdcentral tar betalt av flyktingen. Sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby skickar inom två veckor en kallelse till flyktingen. Finns det barn i familjen kan det gå ändå fortare då de är prioriterade.
6. Om kallelsen gått ut per brev kan det hända att den inte når fram då många flyttar runt i tillfälliga boenden eller bor inneboende. Beroende på vårdcentralernas arbetsbelastning kallas patienterna en andra gång. Sjukvårdsmottagningen i Rinkeby har som mål att kalla två gånger men arbetsbelastningen gör att ofta blir det endast en kallelse som skickas.
7. Personen kommer och genomför en hälsokontroll eller uteblir. Generellt kommer barnfamiljer i högre grad än ensamstående. Rutinerna för kontrollerna är likartade på alla vårdcentraler. De börjar med ett samtal för att finna individer vars bakgrund och levnadsförhållanden kan innebära en risk för ohälsa eller smittsamma sjukdomar och vårdgivaren bestämmer sedan provtagningen efter detta. Det är olika vem som genomför hälsokontrollen, antingen läkare eller sjuksköterska. Sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby genomför hälsokontroller på anknytningsärenden på samma sätt som för asylsökande.

8. På vårdcentralen innebär hälsokontrollen den första kontakten med flyktingen och fungerar som en utgångspunkt för de fortsatta vårdkontaktarna. På sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby försöker de hjälpa patienter som behöver vård eller kontakt med läkare genom att skriva ett papper som personen kan ta med sig till vårdcentralen. På detta sätt underlättas tidsbokningen då personen sällan eller aldrig behärskar svenskan vid den här tidpunkten.
9. I undantagsfall vid stora hälsoproblem skickar sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby underlaget från hälsokontrollen till patientens vårdcentral men vanligast är att den arkiveras. Det förekommer så gott som aldrig att Rinkeby eller Fittja asylmottagningar får förfrågan från annan vårdgivare om uppgifter från hälsokontrollen.

3.6 Anknytningsärendens nyttjande av hälsokontroller

De anknytningsärenden som ska genomgå en hälsokontroll är oftast kvinnor och barn. Till sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby kommer 95 % av de kallade.

Sammanlagt har vårdcentralerna och sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby genomfört ca 550 hälsokontroller på anknytningsärenden under år 2002. Enligt SIMs statistik kom det 641 stycken anknytningsärenden till Stockholms kommun 2002. Utifrån dessa siffror har 86 % genomgått en hälsokontroll men det finns många felkällor. Enligt Integrationsverkets noteringar har knappt 200 stycken hälsokontroller för anknytningsärenden ersatts ekonomiskt det vill säga 36 % av de som omfattas av fri hälsokontroll.

Kända felkällor är två vårdcentraler som ej kände till möjligheten till ersättning från Integrationsverket. En annan felkälla är sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkebys samarbete med skolhälsovården där många barn inte är berättigade till en hälsokontroll och därför inte ersätts av Integrationsverket. I dagsläget ersätts ca hälften av de 300 hälsokontroller som sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby genomför på skolbarn.

I enkätstudie 1 (2003) på invandarmottagningen var endast 11 av 58 respondenter anknytningsärenden. Det låga antalet gör att det inte går att dra några slutsatser om denna grupp utifrån materialet.

3.6.1 Barn

I enkät 1 på invandarmottagningen har även 35 barn noterats. Av dessa 35 har 77 % erbjudits hälsokontroll och 96 % av dessa har genomfört detta eller har fått en tid inom de närmaste veckorna. Ca 66 % av föräldrarna till barnen som genomfört hälsokontroll är nöjd med kontrollen.

3.7 Sammanfattande diskussion

I följande avsnitt lyfts svagheter och styrkor fram i den nuvarande organisationen av hälsokontroller för asylsökande och anknytningsärenden.

3.7.1 Hälsokontrollens nyttjande och relevans

Kartläggningen har visat att betydligt fler, än vid Socialstyrelsens (2000) undersökning, genomgår en hälsokontroll. Troligen ligger nyttjandesiffran idag på knappt 40 % för asylsökanden. Vad gäller anknytningsfallen ligger nyttjandesiffran på ca 36 % men det finns felkällor. Troligen är det något fler anknytningar som genomför kontrollen. Trots en ökning av antalet genomförda hälsokontroller finns det stort utrymme för förbättringar i hanteringen, vilket ytterligare skulle kunna öka antalet genomförda hälsokontroller.

Närmare en femtedel av de asylsökande bedöms vid hälsokontrollen ha sådan ohälsa att de behöver en läkartid. De som kommit som anknytningar blir vid ohälsa hänvisade till vårdcentralen. Mörkertalet angående gruppens hälsa är stort då ca 60 % inte genomför en hälsokontroll, om de är friskare eller sjukare än de som kommer på kontroll vet vi inte. Hälsokontrollen kan fylla en viktig funktion då det ger en möjlighet för individen att bli sedd och lyssnad till. Den fysiska hälsan är relativt god men man ser en hög psykisk och psykosomatisk ohälsa (se vidare i kapitel 2 vårdbehov).

I enkätstudie 2 (2003) till handläggarna på SIM framkom att ca en fjärdedel av alla som går på introduktionen har sådana hälsoproblem att deras introduktion försvåras eller förhindras. Den dominerande ohälsan var av psykisk eller psykosomatisk karaktär. Det verkar inte som hälsokontrollerna fångar upp denna ohälsa. En eller ett par frågor ställs kring psykiska besvär men tonvikten ligger på somatiska besvär. Ibland avsätts inte mer än 30 min för hälsokontrollen vilket kan verka kort om ett möte ska komma till stånd där det känns bekvämt för flyktingen att prata om psykiska besvär. Det finns flera signaler på att psykisk ohälsa utvecklas över tid. Den första tiden i Sverige, när hälsokontrollen genomförs, har lite av nyhetens behag. Efter en tid när svårigheterna i det nya landet och separationerna från anhöriga blir tydligare utvecklas den psykiska ohälsan.

En brist i hanteringen är att om den asylsökande får uppehållstillstånd följer inte journalen från hälsokontrollen med patienten till nästa vårdgivare. Journalen efterfrågas inte. Detta trots att den asylsökande, när hon får PUT, rimligen borde ha en del ohälsa som inte åtgärdats då lagstiftningen endast medger omedelbar vård och vård som inte kan anstå samt preventivmedelsrådgivning, mödravård, vård vid abort samt vård och åtgärder enligt smittskyddslagen. Journalen följer inte heller de anknytningar som genomgår hälsokontroll på sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby. På de vanliga vårdcentralerna innebär hälsokontrollen ofta ett första besök med den vårdgivare som sedan ska fortsätta kontakten med patienten. Hälsokontrollen blir då en viktig länk i vårdkedjan Att hälsokontrollen inte följer patienten innebär också ett dubbelarbete för SIM. SIM gör en form av hälsobedömning av flyktingen för att avgöra om hon kan delta i introduktionen eller ska överflyttas till stadsdelen där hon bor. Denna bedömning görs utan att ta del av de uppgifter som framkommit i hälsokontrollen..

De psykiatriska vårdgivarna anser dock att hälsokontrollen kan vara betydelsefull då den kan fånga upp de somatiska sjukdomarna. Det finns annars en risk att de somatiska sjukdomarna hamnar i knäet på fel personer.

Det finns grupper som står utanför möjligheten till en fri hälsokontroll och det är de anknytningsgrupper som ansökt om uppehållstillstånd två år efter att den man är anknytning till fick sitt uppehållstillstånd. Även de som gifter sig med en person som haft uppehållstillstånd längre än två år står utanför denna möjlighet. De omfattas heller inte av integrationsprogrammet i Stockholms stad. Dessa individer kommer från samma områden som de asylsökande och anknytningsärendena, troligen har de samma grad av sjukdomar och vårdbehov. De kan också ha behov av en vägledning in i den svenska sjukvården som hälsokontrollen innebär. Smittspårning är av samhällsintresse och en av de viktigaste anledningarna till hälsokontrollen. En stor grupp omfattas inte av möjligheten till kostnadsfri hälsokontroll. Det är också en stor grupp som inte genomgår kontrollen men det har inte medfört några större incidenter av smittutbrott. Kanske är det på det individuella planet som hälsokontrollen fyller mest funktion. Människan kan få en chans att bli sedd och få prata om sina upplevelser. Gruppen som inte omfattas av fri hälsokontroll är en sårbar grupp. De behärskar inte svenskan och känner inte till det svenska samhället och har därför svårt att göra sin röst hörd varför avsaknad av debatt kring detta inte är konstigt.

3.7.2 Rutiner och organisation

Den direkta kontakt som Migrationsverket och asylmottagningarna har är ändamålsenlig. Det finns ingen anledning att kontakten ska gå genom landstingets beställarkontor vård. Det är bättre med få inblandade för att undvika tidsspillan. Det finns dock många ställen där en asylsökande kan "tappas bort" i den nuvarande organisationen. Det första är när Migrationsverket ger sin information om hälsokontrollen till asylsökande. De ger mycket information på en gång vilket kan vara svårt för den asylsökande att ta till sig. Handläggarna på Migrationsverket vet inte exakt hur en hälsokontroll går till och kan då bli otydliga i sitt erbjudande. En annan svaghet är de asylsökandes adresser som Migrationsverket meddelar asylmottagningarna. Redan efter två veckor kan en asylsökande ha flyttat från den uppgivna adressen. Att det inte är regel att den asylsökande får en andra kallelse är också en brist. Det kan finnas många orsaker till att flyktingen uteblir och bör därmed få en andra chans. Att flyktingen säger ja till Migrationsverket är dock inte så underligt, att vara asylsökande är att vara i underläge och svaren till handläggaren ges kanske utifrån det man tror att hon vill höra. När kallelsen kommer några veckor senare känns det inte viktigt att gå på kontrollen.

Avtalen med två asylmottagningar att genomföra hälsokontroller på samtliga asylsökande i Stockholms kommun är ändamålsenliga. Upparbetade rutiner med mottagningar, som skaffat sig specialistkompetens, borde minska risken för att människor faller mellan stolarna.

En svaghet i samverkan mellan Migrationsverket och Stockholms läns landsting rör ekonomin. I dagsläget händer det att Migrationsverket ej ersätter utförd hälsokontroll som de själva beställt därför att flyktingen redan genomgått en hälsokontroll tidigare vilket inte har noterats förrän långt efteråt.

Enligt Lindberg och Hjern (2000) förekommer det att asylsökande nekas skolgång innan en hälsokontroll utförts. Lindberg och Hjern menar att bristande kunskap om hälsokontrollens helt frivilliga karaktär ligger troligen bakom detta krav.

Även de som kommit som anknytningsärenden får informationen om hälsokontroller av personal utanför vården, i detta fall handläggare på SIM. SIMs personal har inte ett regelbundet utbyte och uppdatering från vårdgivarna angående innehåll och omfattning av hälsokontrollen. Informationen ges också till flyktingen i ett sammanhang där mycket annat tas upp vilket kan leda till förvirring för den nyanlände.

En svaghet i kedjan för anknytningsärenden är att SLL i södra Stockholm inte har utarbetat någon rutin rörande hälsokontroller med en eller flera vårdcentraler. Personen får en lapp i handen med hänvisning att gå till sin vårdcentral alternativt skickas information till en vårdcentral som sedan kallar. Denna rutin varierar dock mellan flyktingsekreterare på SIM och olika vårdcentraler. Det är ett osäkert system. Vårdcentraler har också skiftande kunskap om hur man genomför en hälsokontroll och vilka regler som gäller. Det finns även brister i vårdcentralernas kännedom om ersättning från Integrationsverket för genomförda hälsokontroller vilket kan påverka deras beredvillighet att göra dem. Bor personen i norra Stockholm finns det utarbetade rutiner med sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby som har ett avtal att genomföra alla hälsokontroller både på asylsökande och anknytningsärenden. Flyktingsekreterarna på SIM faxar information om de som tackat ja och asylmottagningen kallar individerna. En styrka är att mottagningen är specialiserad på hälsokontroller.

Såväl sjukvårdsmottagningen för asylsökande i Rinkeby som ett par av vårdcentralerna har ett samarbete med skolhälsovården angående hälsokontroller. Skolorna är angelägna om att barnen har genomgått en hälsokontroll innan de börjar i klassen men har bristande kunskap om reglerna för den fria hälsokontrollen. Risken är att skolorna tror att hälsokontrollen är obligatorisk trots att den är frivillig. I dagsläget remitteras barn som bott länge i Sverige eller som inte kommit som anknytning inom den föreskrivna tiden. Mottagningarna kontrollerar sällan om barnen har rätt till hälsokontrollen. Konsekvensen av detta, förutom en eventuell ”onödig” kontroll, är att landstinget ej blir ekonomiskt ersatta av Integrationsverket.

Socialstyrelsen (2000) menar att Stockholms läns landsting ska erbjuda samtliga asylsökande, anknytningsfall och kvotflyktingar ett inledande hälsosamtal och anslutande hälsoundersökning i nära anslutning till ankomsten till Sverige. Erbjudandet om hälsoundersökning ska vara så tydligt att innebörden går fram och de berörda myndigheterna måste få information om vilka som ska få en tid. De berörda mottagningarna ska ha en sådan arbetsbelastning att de har möjlighet att genomföra en hälsoundersökning inom rimlig tid. Hälsoundersökningar bör koncentreras till några mottagningar med särskild kompetens. Socialstyrelsen lyfter också upp vikten av att mottagningar får kunskap om ersättningsnivåer, regler etc. samt att det sker kontinuerlig uppföljning av de smittsamma sjukdomar som påträffas bland asylsökande, kvotflyktingar och anknytningsfall. Ett nytt förslag från Socialstyrelsen angående hälsokontrollernas utformning är ute på remiss hösten 2003.

3.8 Slutsatser

- Kartläggningen visar att ca 40 % av de asylsökande och ca 36 % av anknytningsärendena genomgår en hälsokontroll.
- Ett sätt att öka flyktingarnas nyttjande av hälsokontrollen kan vara att se över koordineringen av erbjudandet.
- Hälsokontrollen har idag låg relevans för bedömning och planeringen av introduktionen och låg relevans som länk i vårdkedjan för den enskilde flyktingen. Såväl SIM, SLL som den enskilde flyktingen kan gynnas av att hälsokontrollen används mer ändamålsenligt..
- Den psykiska ohälsan överväger i flyktinggruppen. Utifrån detta bör flyktingens psykisk hälsa vara ett viktigt inslag i hälsokontrollen.
- Oavsett vilka mottagningar som genomför hälsokontrollen bör personalen vara uppdaterad på hälsokontrollens innehåll, syfte och mål.

Kapitel 4 Samverkan - nulägesbeskrivning

4.1 Inledning

Såväl Stockholms stads invandarmottagning (SIM) som Stockholms läns landsting (SLL) har flera samverkanspartners inom och utanför den egna organisationen. Inom ramen för denna rapport redovisas endast den samverkan som pågår mellan SIM och SLL. I detta kapitel besvaras delmål 2, hur samarbetet mellan SIM och SLL ser ut i dagsläget.

4.1.1 Samverkansmodell

Begreppet samverkan används istället för begreppet samarbete. Samverkan är ett mer generellt begrepp som ger möjlighet att beskriva de olika nivåer där SIM och SLL möts och där samarbete kan vara en av flera samverkansnivåer. Nedanstående modell används i detta kapitel för att synliggöra den pågående samverkan mellan SIM och SLL. Modellen används också i kapitel 5 för att beskriva möjliga samverkansformer.

Samverkan kan placeras i följande nivåer:

Isolation: Myndigheterna/organisationerna känner till varandra, och att någon typ av arbete utförs av den andre.

Konsultation: Myndigheterna/organisationerna vänder sig till varandra för att få någon form av expertutlåtande i olika frågor.

Koordination: Myndigheterna/organisationerna samordnar sina insatser, så att de ej krockar/motverkar varandra, eller annat av enklare natur.

Samarbete: Myndigheterna/organisationerna gör upp gemensamma planer för hur arbetet med målgruppen skall genomföras.

Sammansmältning: Myndigheterna/organisationerna utformar gemensamma långsiktiga strategier för hur arbetet bör bedrivas. Man ställer upp gemensamma mål och tillför resurser i en gemensam budget. Det operativa ansvaret kan bli svårt att härleda till en enskild myndighet (Colbjörnsen & Sandell, 1997).

Nivåerna av samverkan har ingen inbördes kvalitativ värdering, det är målen och individens bästa som avgör vilken nivå som är lämplig. Flera samverkansnivåer kan förekomma samtidigt. För att en högre nivå av samverkan ska vara möjlig måste de lägre nivåerna uppfyllas. Sammansmältning är därför inte möjlig utan samarbete, koordination, konsultation och isolation men det finns inget som säger att sammansmältning är att föredra.

I följande avsnitt redovisas kort vilken samverkan SIM och SLL har haft eller har försökt bygga upp de senaste åren. Därefter lyfts den övergripande samverkan på olika nivåer som pågår idag. Med övergripande menas den nivå där man utbyter generell information, skapar överenskommelser för arbetssätt och liknande utan att beröra enskilda individer men i syfte att hitta former som förbättrar för individen i förlängningen. Därefter belyses de olika nivåerna av samverkan som idag bedrivs runt individer.

4.1.2 Bakgrund

SIM har under flera år haft en önskan om att SLL ska vara mer delaktiga i planeringen kring flyktingens introduktion. SIM har sökt kontakt med SLL på olika sätt och efterlyst en tätare kontakt för att få en ökad kunskap om varandras verksamheter. SLL var år 2002 uppdelad i olika geografiska sjukvårdsområden och SIM fick inte den respons av SLL som de önskade. Under en period hade SIM kontakt med Hälso- och sjukvårdsstaben överenskommelser som nåddes kom aldrig ut till primärvården. SIM hade inte utrymme att etablera en egen kontakt och samarbete med enskilda vårdcentraler varför man i februari år 2002 skickade ett brev till dåvarande sjukvårdsdirektörerna i SVSO, SSSO och NSSO. Brevets rubrik var ”Samarbete under flyktingarnas introduktionsperiod i Stockholms stad”. SIM lyfte i brevet bland annat fram behovet av samarbete, kontakter, utbyte av erfarenheter och information rörande gruppen av flyktingar mellan staden och landstinget i fråga om hälso- och sjukvård, barn och ungdomspsykiatri (BUP), vuxenpsykiatri och övriga gemensamma frågor. Vidare skrevs det att dåvarande situation var otillfredsställande. Flyktingarna fick inte den sjukvård de behövde. Flyktingarna hade en mängd hälsoproblem som måste åtgärdas snabbare för att introduktionen i samhället skulle fungera optimalt.

En representant från vart och ett av sjukvårdsområdena och två representanter från integrationsförvaltningen träffades med anledning av brevet och konstaterade att det fanns ett behov av samverkan på olika nivåer. Det fanns en stark känsla hos både kommunen och landstinget att bättre samverkan skulle förbättra hälsoläget för de flyktingar som togs emot i Stockholms stads flyktingmottagning. Dessa möten resulterade i en ansökan till Europeiska Flykting fonden (ERF) om medel för att starta projektet vård och introduktion i samverkan (VIS). ERF beviljade projektet ekonomiskt stöd till 50 %.

4.2 Nuläget

I följande avsnitt beskrivs den nivå av samverkan som våren år 2003 bedrivs mellan SIM och SLL. Först redogörs för den övergripande samverkan därefter vilken samverkan som bedrivs kring enskilda individer.

4.2.1 Övergripande samverkan

- På isolationsnivå är ansvaret för introduktion respektive hälso- och sjukvård förlagt på olika nämnder. Dessa nämnder har ett avgränsat ansvar och uppdrag vilket kan avlasta den andra nämnden. Nämnderna känner till varandras huvudsakliga uppdrag men har inte någon övergripande överenskommelse kring flyktingarna på introduktionsprogrammet.
- Samverkan på konsultationsnivå sker mellan Transkulturellt centrum (TC) och SIM. Personal från SIM deltar som föreläsare i utbildningsserier som TC planerar och anordnar för främst vårdpersonal. Vid dessa tillfällen informerar SIM om sin verksamhet och vad det är för lagar och regler som gäller för flyktingar.
- En indirekt koordinerande samverkan fungerar dels på chefsnivå mellan SIM och BUPs flyktingenhet. Cheferna diskuterar dagsläget i respektive verksamhet och utbyter erfarenheter och kunskaper om flyktingbarnens hälsa och nulägesituation. Det finns ett antal nätverk runt genomgångsbostäderna Gyllene Ratten, Elektravägen och Blackeberg av koordinerande karaktär. Samordnaren från SIM deltar i dessa nätverk. SLL representeras av BUP, vårdcentraler (VC), barnvårdscentraler (BVC) och ibland även av TC. I något nätverk ingår representanter från öppenspsykiatriska mottagningar för vuxna. Staden deltar ibland med representanter från stadsdelarna. Syftet med nätverksträffarna är uppdatera sig och öka förståelsen för och insikten om varandras

verksamheter. Vanligen träffas nätverken ett par gånger per termin. SIMs samordnare återkopplar relevant information från de andra deltagarna till personalen på SIM. Informationsutbytet är oftast enkelriktat, SIM informerar de övriga i nätverket.

- En sammansmältande samverkan mellan SLL och SIM är VIS-projektet. Projektet har gemensam ledning i form av en styrgrupp med representanter från båda organisationerna och har en gemensam projektbudget. Styrgruppen träffas kontinuerligt och för en dialog om projektet och framtida planering.

4.2.2 Individinriktad samverkan

- På isolationsnivå är flyktingsekreterarna på SIM väl medvetna om att SLL har ett ansvar för flyktingens hälso- och sjukvård. SIM vet inte alltid vart de ska hänvisa flyktingen men gör inte egna medicinska bedömningar. I någon mån vet vårdgivarna att andra aktörer ansvarar för det sociala och ekonomiska kring flyktingen. Få vårdgivarna känner till SIM men vet att det finns någon instans inom kommunen som har ett ansvar som de själva inte har. Personal i båda organisationerna är medvetna om att sekretessen hindrar dem att utbyta information om individens personliga förhållanden.
- Samverkan på konsultationsnivå sker huvudsakligen mellan SIM och de mottagningar som arbetar med traumatiserade flyktingar. SIM konsulterar mottagningarna om flyktingens prognos att delta i introduktionsprogrammet. Vid enstaka tillfällen har SIM kontakt med den psykiatriska öppenvården eller vårdcentralen angående flyktingens prognos. En av SIMs anordnare köper in konsulttjänster av en psykiatriker som kan träffa flyktingen och göra en psykiatrisk bedömning.
- Samverkan på koordinationsnivå sker då SIM faxar uppgifter till SLLs mottagningar om de anknytningsärenden som önskar en hälsokontroll. SIM kan vid behov aktualisera barn vid BUP. SIM tar kontakt med vårdgivaren för att planera det lämpligaste upplägget; när individen kan beräknas påbörja SFI och liknande. I något fall deltar flyktingen i ett trepartssamtal. Det är vanligt med kontakt mellan SIM och vårdgivare inom öppenpsykiatri.

4.3 Motsägelsefulla bilder

Flyktingsekreterarna på SIM upplever att de inte kan hjälpa flyktingen i hennes kontakt med vården då de saknar upparbetade kontakter. SIM har ont om tid och svårt att passa vårdgivarnas telefontider etc. Vårdgivarna har bristande kännedom om SIM och dess verksamhet och kan inte se varför de ska ta kontakt angående flyktingen.

Vårdgivarna och SIM har ofta skilda och motsägelsefulla bilder av flyktingens hälsa och kapacitet:

- Vårdgivarna anser att SIM kan ha för höga och orealistiska krav på en del flyktingar, de är egentligen för sjuka för att uppfylla SIMs krav att delta i introduktionsprogrammet.
- SIM anser att vårdgivarna ibland sjukskriver flyktingar felaktigt.
- Vårdgivarna anser att SIM ibland lastar över den psykosomatiska ohälsan på dem fast det egentligen inte är deras ansvar.
- SIM anser att vårdgivarna ibland inte tar flyktingens ohälsa på allvar utan att vårdgivarna skyller all ohälsa på flyktingens psykiska påfrestning.

4.4 Sammanfattande diskussion

Nedan diskuteras vad dagens samverkan kan betyda för organisationerna och individen, därefter följer ett antal slutsatser.

4.4.1 Nuläget

Övergripande samverkan kan, om den fungerar adekvat, vara ett hjälpmedel för att utveckla, stödja och reglera samverkan på individnivå men i dagsläget fyller inte den övergripande samverkan mellan SIM och SLL den funktionen. Våren år 2003 förekommer en övergripande samverkan på isolerande, konsultativ, koordinerande samt sammansmält nivå. Av isolerande karaktär är det de separata nämnderna och ansvarsområdena som utgör en tydlig avgränsning mellan SIM och SLL. De tydliga gränserna är både till gagn och hinder för flyktingen. Konsultativt förekommer samverkan i form av enkelriktad utbildningsverksamhet. SIM föreläser för vårdgivare genom TCs utbildningsserier. Genomslaget av utbildningssamarbetet kan diskuteras. Flera vårdgivare har låg kännedom om SIM och deras verksamhet trots att vårdgivarnas upptagningsområde är flyktingtätt och i något fall inkluderar ett genomgångsboende. Exempel på samverkan mellan SIM och vårdgivare av koordinerande, samordnande karaktär är informationsmöten på olika nivåer. Dessa utbyten är dock inte heltäckande och delvis med otydliga mål och syften. Det är också otydligt hur den kunskap som lyfts fram om respektive verksamhet implementeras i den egna organisationen. Exempel på sammansmältande samverkan av SIM och SLL är VIS-projektet. Genom att SIM och SLL enas kring ledning och budget kan ett projekt arbeta självständigt gentemot de respektive organisationerna i syfte att finna möjliga och adekvata samverkansformer på olika nivåer och som i förlängningen gynnar individen. Nästa steg kan vara att söka nya projektmedel för att implementera och pröva samverkansformer som sedan kan permanentas.

Samverkan på individnivå har idag främst karaktären av isolerande, konsultativ och koordinerande samverkan. De olika nivåerna av samverkan på individnivå har dock inte alltid individens introduktion som mål. Samverkan ger intryck av att styras av organisationernas behov av information och avlastning. På isolerande nivå är det tydligt för båda organisationerna vad som är utanför det egna ansvarsområdet även om det är oklart vems ansvar det egentligen är. Kännedom om den andra organisationen avlastar det egna ansvaret och kan hjälpa till att tydliggöra de egna arbetsuppgifterna. Kunskap om sekretesslagstiftningen medför att få ansatser att mötas kring individen tas. Sekretesslagstiftningen är ett skydd för individens integritet men kan också vara ett hinder för en adekvat introduktionsplaneringen. Konsultationer på individnivå sker efter behov och personkemin är delvis avgörande för kvalitén. Konsultationen fungerar bäst med de mottagningar som är specialiserade på traumatiserade flyktingar. Den koordinerande samverkan runt individen sker i form av fax, brev och liknande från SIM, där man överlämnar ansvaret för frågor utanför SIMs område till SLL, t. ex. hälsokontrollen. Det är en samordning av enkelriktad karaktär, SIM varken får eller ber om en återkoppling. Koordinationen är inte tydligt formaliserad varför den har delvis brister som skulle kunna åtgärdas på ett övergripande plan. Det finns också en samordnande samverkan av ad hoc karaktär. Man samtalar om introduktionsplaneringen när det uppstått problem, inte förebyggande. Det är inte någon längre tid som läggs på gemensam planering. Verksamheterna samordnar sig över telefon och utfallet av samtalet är personbundet.

SIMs flyktingsekreterare och vårdgivarna upplever att det är svårt att få kontakt med den andra organisationen. Det är svårt att få kontakt med samma person mer än en gång. Båda organisationerna menar att det är viktigt att få kontakt med samma person för att samverkan ska fungera. Organisationerna saknar samverkansstrukturer för stöd och vägledning, oavsett

om man känner varandra eller ej. Då strukturen saknas sker samverkan ofta på ett ytligt plan. SIMs personal kan uppleva att om de själva har sjukvårdskompetens underlättar det samverkan. Generellt ger den psykiatriska öppenvården intryck av att ha mer behov av kontakt och samarbete med SIM på individnivå än vad den somatiska öppenvården har. En förklaring är att den psykiska ohälsan överväger i flyktinggruppen.

4.5 Slutsatser

Nedan följer de viktigaste slutsatserna om den pågående samverkan mellan SIM och SLL.

- Gemensamt för de samverkansformer som finns idag är att de utgår från organisationernas behov och har inte individens introduktion och hälsa som utgångspunkt.
- Den konsultativa samverkan på övergripande nivå är enkelriktad, SIM föreläser för SLL med tveksamt genomslag hos vårdgivarna.
- Den koordinerande samverkan på övergripande nivå som idag bedrivs mellan SIM och SLL har ett otydligt syfte och mål. Den är av enkelriktad karaktär, huvudsakligen är det SIM som informerar och uppdaterar SLL.
- Konsultativ samverkan på individuell nivå sker sällan och är enkelriktad. Det är vårdgivaren som, vid förfrågan, ger information om flyktingens hälsa till flyktingsekreteraren. Under förutsättning att flyktingen samtycker.
- Koordinerande samverkan på individuell nivå är löst formaliserad och saknar struktur och organisation. Den bedrivs när flyktingen eller flyktingsekreteraren har ett stort behov av samordning med vårdgivaren. Samverkan är personbunden vilket är sårbart.

Kapitel 5 Former för ökad samverkan

5.1 Inledning

Stockholms läns landsting (SLL) och Stockholms stads invandarmottagning (SIM) har för närvarande en bristfällig samverkan kring flyktinggruppen. Detta gäller alla nivåer av samverkan både övergripande frågor och frågor som rör individer. Idag finns få överenskommelser och gemensamma riktlinjer mellan SIM och SLL om samverkan kring flyktinggruppen. Den övergripande samverkan som sker i form av nätverk är relativt löst sammansatt med ottydligt syfte och mål. Båda organisationerna verkar på många sätt parallellt med varandra utan att mötas och har delvis brister i kunskap och kännedom om varandra. SLL och SIM saknar också en gemensam syn på flyktinggruppens hälsa och vårdbehov, vad som är orsak, verkan och vems ansvar ev. ohälsa är.

Det är viktigt att definiera syfte och mål i all form av samverkan. För att en samverkansprocess ska starta behövs gemensamma metoder och förhållningssätt som kan leda fram till måloppfyllelse för såväl individen som organisationen. Samverkansarbete kräver tid. Det tar tid att mötas samt försöka skapa en gemensam bild och komma överens om den bästa samverkansformen. Det kan även kräva en omdisponering av resurser i form av personal och pengar. Att reglera samverkan på olika nivåer i avtal och överenskommelser kan vara en garant för att samverkan blir hållbar och ge verksamheterna möjlighet att arbeta med ett långsiktigt perspektiv.

I denna kartläggning och andra studier har det framkommit att ca 25 % av flyktingarna som deltar i introduktionen har en ohälsa som försvårar deras deltagande i introduktionsprogrammet. Gruppen med flyktingbakgrund har generellt sämre hälsa än infödda svenskar vilket är belagt i flera studier. SLL arbetar för en god hälsa hos befolkningen och för att utjämna skillnader i ohälsa hos olika grupper. SLL och SIM har således delvis en gemensam målgrupp och ett gemensamt mål varför incitament för samverkan finns. Samverkan mellan SIM och SLL ska bidra till att de båda organisationerna optimalt använder sin kompetens och sina resurser så att introduktion blir så bra som möjligt för individen.

5.2 Samverkansformer

I detta kapitel besvaras delmål 4 och 5. Genom att använda den samverkansmodell som beskrivs under rubrik 4.1.1 tydliggörs fördelar och nackdelar med olika samverkansformer för organisationerna och individen. Där det är möjligt synliggörs de administrativa och ekonomiska förutsättningarna.

5.2.1 Isolation

På isolationsnivå agerar organisationerna självständigt, men har kunskap om varandras uppdrag. T ex vet SIMs personal att de har ett ansvar för sociala och ekonomiska frågor och inte hälso- och sjukvård. På motsvarande sätt vet vårdgivarna att de har ett ansvar för hälso- och sjukvård och inte för sociala och ekonomiska frågor. Det finns en tydlig sekretesslagstiftning som reglerar informationsutbyte mellan SIM och SLL. Denna sekretess kan upplevas som ett hinder för samverkan. Man måste dock i alla steg beakta individens behov av sekretesskydd. Att organisationerna är åtskilda kan vara positivt för individen. Det ger individen möjlighet att t ex för vårdgivaren berätta om förhållanden som hon av någon anledning inte vill att flyktingsekreteraren ska känna till och vice versa. Ska man börja arbeta för att lösa sekretessen kring individen måste man vara oerhört noga så att det är på individens

villkor och till gagn för individen. Det kan dock vara till fördel för individen om SIM och SLL kan nyttja varandras kompetenser för att tillsammans med individen arbeta fram en optimal lösning

5.2.2 Konsultation

Konsultativ samverkan är ett sätt att få ta del av en annans verksamhets eller professions kunskaper för att bättre kunna utföra sina egna arbetsuppgifter till gagn för individen.

Ex där en utökad konsultativ samverkan kan fylla en funktion för flyktingens introduktion och hälsa:

- **Dubbelriktad konsultation.** Konsultation sker i dagsläget främst då personalen på SIM rådfrågar vårdgivarna angående flyktingens prognos och behandling. Vårdgivarna skulle kunna ha nytta av att konsultera personalen på SIM i samband med beslut rörande exempelvis sjukskrivningar. En dubbelriktad konsultation kan gynna flyktingens introduktion. Detta förutsätter naturligtvis att flyktingen har lämnat sitt medgivande till kontakten.
- **Information.** Informationen från SLL når inte ut till flyktinggruppen i tillräcklig utsträckning. Då landstinget är mån om att människor söker sig till rätt instans och vårdnivå är det viktigt att rätt information ges på ett adekvat sätt så att den också förstås. SIM kan anlita personal från SLL som konsulter i introduktionsprogrammet för att ge korrekt och uppdaterad information av hög kvalitet. Ju mer ändamålsenlig information som ges på ett lättförståeligt sätt desto bättre för SIM, SLL och flyktingen. Fördelen med att SLL håller i sin egen information på introduktionsprogrammet är att de kan fokusera på områden de anser som viktiga. För SIM avlastar det flyktingsekreterarna ansvaret att hålla informationen om SLL vilket för dem frigör resurser till annat arbete.

5.2.3 Koordination

Samverkan på koordinationsnivå medför en tydlighet om vem som gör vad i olika ärenden. En förutsättning för samverkan är att respektive organisation känner till den andres verksamhet och ansvarsområde. Det kan minimera dubbelarbete och möjliggöra för alla aktörer att arbeta mot sina mål. Tillgängliga resurser kan användas optimalt.

Ex där en koordinerande samverkan kan fylla en funktion för introduktionen och flyktingens hälsa:

- **Kontaktvägar.** Såväl SIM som SLL kan vinna på att initialt, tillsammans med flyktingen, göra en samordnad planeringen för introduktionen och eventuella hälsoinsatser. Dubbelarbete och splittring kan på detta sätt minimeras. Om allvarlig ohälsa föreligger kan kontinuerliga uppföljningar där SIM, SLL och flyktingen tillsammans går igenom nusetituationen och framtidsplaneringen gagna flyktingen. Detta arbetssätt kräver en omdisponering av resurser men kan vara besparande i förlängningen. Det kan, för den enskilde, vara svårt att ha möten med fler än en person. Individens delaktighet, liksom att hänsyn tas till individens hela behovsbild, är centralt för att inte professionerna ska ta över och styra den enskildes liv.
- **Organisationskunskap.** Vårdgivarna i närsjukvården och personalen på SIM behöver känna till varandras verksamheter för att få gemensamma referensramar kring flyktinggruppen och dess vårdbehov. Det är viktigt att kunskapen uppdateras kontinuerligt eftersom verksamheterna är i ständig förändring. Det är resurskrävande

att bygga upp ett gemensamt ändamålsenligt kunskapsnätverk. Det kan krävas att tjänster avsätts för att samordna hur man ska ses, vilka syften och mål mötena ska ha etc. För att kommunicera och utbyta information måste en struktur för detta implementeras i båda organisationerna så att samverkan inte står och faller med vissa personer. Om man avsätter den tid och de resurser som behövs kan detta betala sig i ett bättre mottagande av flyktingen. Kunskapsöverföring och information i för stora mängder och till fel personer kan dock försvåra arbetet snarare än hjälpa det. Personalen inom SIM och SLL har genomgått omorganisationer vilket kan medföra en viss trötthet för att ta in ny information.

- **Hälsokontrollens nyttjande.** När samhället erbjuder gratis hälsokontroller för att identifiera personer som är i behov av omedelbar vård eller har smittsamma sjukdomar är det viktigt att så många som möjligt använder sig av detta erbjudande. Koordination av erbjudandet och kallelsen är av stor betydelse. Ex av vem och på vilket sätt som flyktingen ska ges informationen om erbjudandet.

5.2.4 Samarbete

I ett samarbete behåller respektive verksamhet sin autonomi och kan ha delvis olika mål och syften med sin verksamhet. Det kräver en tydlighet om vad den gemensamma nämnaren är och vad de olika professionerna kan tillföra varandra. Tydligheten är viktig mellan samarbetspartners men också gentemot den enskilde för att undvika förvirring och splittring.

Ex där samarbete kan fylla en funktion för introduktionen och flyktingens hälsa:

- **Utbildning.** En gemensam utbildning för personal kan beröra frågor som migrationshälsa, terminologi, lagar, dokumentation och vårdbehov. Denna utbildning kan ge synergieffekter då personal från de olika verksamheterna möts och lär känna varandra och kan skapa nätverk. Det ger möjlighet till reflektion kring den gemensamma målgruppens hälsa men med de olika synsätt som SLL och SIM representerar. Landstingets Transkulturella Centrum har en uppbyggd utbildningsverksamhet för landstingets personal som kan utvecklas att omfatta även SIMs personal. Samarbete kräver dock att båda parter är involverade i att planera, genomföra och utvärdera utbildningarna. Samarbete gör utbildningarna mer behovsstyrda och adekvata. Utbildning är kostsam i tid och pengar. Fördelen är att kompetensen inom de olika personalgrupperna ökar, rätt beslut kan tas och i förlängningen medför det att samhällets resurser används mer effektivt. För individen betyder det ett mer professionellt och ändamålsenligt bemötande som kan leda till ett underlättande av integrationsprocessen.
- **Introduktionsprogram.** Arbetet kring flyktingar med hälsoproblem kan stärkas genom ett gränsöverskridande, mångprofessionellt arbete i team. Personal från SLL och SIM kan utarbeta ett introduktionsprogram där kunskap från båda organisationerna tas tillvara. Personal från en vårdcentral där man uppmärksammat ett särskilt hälsoproblem i flyktinggruppen kan tillsammans med personal från SIM arbeta fram ett program för att möta detta problem. Fördelen med ett faktiskt samarbete kring individens introduktionsprogram är att fler kompetenser tas tillvara och man har större möjlighet att ha ett helhetsperspektiv på individen. Det kan dock bli svårarbetat. Så som organisationerna är utformade idag finns inget utrymme för flexibilitet. En omfördelning av resurser både för SLL och SIM kan bli nödvändig. Ett samarbete kring ett introduktionsprogram med helhetssyn kan gagna alla aktörer såväl SIM, SLL som flyktingen. Ett förändrat arbetssätt kan dock komma att kräva en omdisponering

av befintlig personal vilket kan vara påfrestande för personalen. Det kan behövas någon form av ekonomiskt incitament initialt även om det med stor säkerhet kan sägas att samarbetet kommer att leda till en avlastning även för vårdgivarna.

5.2.5 Sammansmältning

En sammansmältning av verksamheter kan leda till att den nya verksamheten blir effektiv och kompetent. Det är viktigt att rätt kompetens sätts ihop och att man är överens om mål och syfte med verksamheten. Risken med sammansmältning är att det kan minska behovet av kontakt med andra aktörer, vilket i förlängningen kan isolera verksamheten. På lång sikt kan de kompetenser som från början kompletterade varandra och tillförde verksamheten nya kunskaper bli för lika och sluta komplettera varandra vilket kan minska sammansmältningens ursprungliga effekter. För flyktingen kan en sammansmältning av SLL och SIM motverka förståelsen för hur samhället är organiserat utanför flyktingmottagandet vilket motverkar introduktionens syfte. Sammansmältning kan också gynna flyktingen om hon får en bättre och mer heltäckande introduktion.

Exempel på sammansmältande samverkan som kan fylla en funktion för introduktionen och flyktingens hälsa:

- **Landstingspersonal på SIM.** Genom att landstingspersonal arbetar på SIM, under samma ledning som flyktingsekreterarna och mot samma mål sammansmälts delar av SIM och SLL. Landstingspersonalen kan ha ansvaret att hjälpa flyktingen i hennes kontakt med vården. Landstingspersonalen kan arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt dvs. förbättra flyktingens förutsättningar för full delaktighet i samhällslivet. Rehabiliterande och holistiskt förhållningssätt innefattar tidiga samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden såväl medicinska, psykologiska som sociala insatser. Insatser kan kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättning och intressen. Förebyggande förhållningssätt gentemot deltagarna i introduktionsprogrammet kan minska risken för att ohälsa uppstår efter en tid. Flyktingen blir sedd och bekräftad på ett och samma ställe vilket kan skapa en trygghet för individen och minska antalet vårdkontakter. För flyktingsekreterarna innebär en vårdkompetens i arbetsgruppen troligen en avlastning och en möjlighet att, tillsammans med individen, planera för en mer individuellt anpassad introduktion som tar hänsyn till flera aspekter. Vårdgivarna i det ordinarie vårdutbudet kan genom denna samverkan få ett minskat antal ”onödiga” besök och på så sätt göra vinster i form av tid och pengar.
- **Gemensam nämnd.** Lagen om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet (2003:192) ger utrymme för kommun och landsting att skapa en gemensam nämnd för att tillsammans fullgöra uppgifter på vård- och omsorgsområdet. Förutsättningen är att man kan enas om vilka behörigheter och befogenheter som nämnden skall ha samt mål och inriktning för verksamheten. Huvudmännen måste vara överens om prioriteringar, resursanvändning, ledning, samverkansformer, organisationsutveckling etc.

5.3 Flyktingmedicinsk mottagning

I projektplanen lyfts särskilt frågan om de administrativa och ekonomiska förutsättningarna för en central flyktingmedicinsk mottagning. I denna kartläggning framkommer åsikter både för och emot en sådan lösning från såväl vårdgivare som flyktingsekreterare. Det finns aspekter på allt från att det ger en ökad segregation till att det är absolut nödvändigt för att tillgodose flyktingarnas hälsa. Idag är den politiska viljan inom såväl Stockholms stad som

Stockholms läns landsting att allt flyktingmottagande ska vara så normaliserande som möjlig. Landstingets beställarkontor är tveksamma till att införa särlösningar för flyktingar. Beställarna menar att det ordinarie utbud av vård- och omsorg skall tillgodose flyktingarnas särskilda behov. Staden planerar att decentralisera flyktingmottagandet och låta det bli en del av stadsdelarnas verksamhet och åtagande. Trots detta ser SIM vinster med en central flyktingmedicinsk mottagning initialt för att snabbt identifiera flyktingar med ohälsa och vid behov lotsa vidare.

Om flyktingintroduktionen blir en stadsdelsangelägenhet med flera enheter ser inte utredarna vinsten av en central flyktingmedicinsk mottagning. Strävan att flyktingen ska bli mer förankrad i sitt närområde kan ge möjlighet att bygga upp en ändamålsenlig samverkan med närsjukvården. En central flyktingmedicinsk mottagning innebär i sig inte någon samverkan. Även om vården för flyktingar centraliseras kan SIM och SLL vara utan kontaktytor med missförstånd och dubbelarbete som följd. Det är inte själva organiseringen av vården eller flyktingmottagandet som är avgörande för flyktingens introduktion och hälsa utan hur väl de respektive verksamheterna samverkar kring målgruppen på olika nivåer.

5.4 Slutsatser

Nedan beskrivs kortfattat var utredarna bedömer att en samverkan mellan SIM och SLL skulle vara till mest gagn för den enskilde flyktingen och organisationerna.

- Flyktingar har generellt sett en sämre hälsa än den infödda befolkningen och den psykiska ohälsan överväger. Ett samarbete mellan SIM och SLL runt flyktingar med ohälsa kan gynna flyktingens möjlighet att fullfölja introduktionen samt på sikt integreras i det svenska samhället. Samarbetet kan med fördel ha ett holistiskt perspektiv där ett rehabiliterande förhållningssätt och ett beaktande av migrationsprocessens påfrestningar kan ingå.
- Koordinerande samverkan på olika nivåer tydliggör vem som har ansvar för vad samt möjliggör att respektive kompetens används maximalt vilket kan ge snabba vinster för SIM, SLL och den enskilde flyktingen.
- Samarbete runt en kompetenshöjning för berörd personal inom SIM och SLL kan höja kvalitén på både vård och introduktion. Gemensamma utbildningar kan ge möjlighet för personalen att bygga nätverk mellan organisationerna.
- Den konsultativa samverkan kan bli effektivare genom att utvecklas mot en mer dubbelriktad konsultation mellan SLL och SIM så att båda organisationernas kunskaper tas till vara för flyktingens bästa.
- Det är inte själva organiseringen av vården eller flyktingmottagandet som är avgörande för flyktingens hälsa och integration utan det avgörande är hur de respektive verksamheterna kan samverka kring målgruppen på olika nivåer.
- Troligen är befintliga resurser i form av personal och pengar tillräckliga för att finna nya samverkansformer mellan SIM och SLL. En förbättrad samverkan kan leda till en minskad vårdkonsumtion på sikt samt ge förbättringar för individen att tillgodogöra sig introduktionen på ett optimalt sätt. Möjligen kan det behövas vissa ekonomiska incitament initialt som starthjälp.

Kapitel 6 Sammanfattande slutsatser

Nedan lyfts rapportens viktigaste slutsatser fram.

- Flyktingar har generellt sett en sämre hälsa vilket gör att vårdbehovet och vårdkonsumtionen i flyktinggruppen är högre än hos den infödda befolkningen. Den psykiska ohälsan överväger, många gånger rör det sig om psykosomatisk ohälsa som är både svårbedömd och svårbehandlad. Kvinnor är en grupp med relativt sett högre risk att utveckla ohälsa. En fjärdedel av flyktingarna som deltar i SIMs introduktionsprogram har sådan ohälsa att möjligheten att tillgodogöra sig introduktionen försvåras. Oavsett orsaken till ohälsa är det SLLs ansvar att behandla eller lindra patientens besvär. Många hänvisas runt i vården eller mellan SIM och vården på grund av ohälsans oklara karaktär. Det finns risk att flyktingarnas vårdbehov inte tillgodoses.
- Ett samarbete mellan SIM och SLL runt flyktingar med ohälsa kan gynna flyktingens möjlighet att fullfölja introduktionen samt på sikt integreras i det svenska samhället. Samarbetet kan med fördel ha ett holistiskt perspektiv där ett rehabiliterande förhållningssätt och ett beaktande av migrationsprocessens påfrestningar kan ingå.
- Koordinerande samverkan på olika nivåer tydliggör vem som har ansvar för vad samt möjliggör att respektive kompetens används maximalt vilket kan ge snabba vinster för SIM, SLL och den enskilde flyktingen.
- Samarbete runt en kompetenshöjning för berörd personal inom SIM och SLL kan höja kvalitén på vård, hälsokontroll och introduktion. Gemensamma utbildningar ger möjlighet för personalen att bygga nätverk mellan organisationerna.
- Kartläggningen visar att ca 40 % av de asylsökande och anknytningsärendena genomgår en hälsokontroll. För att öka antal utförda hälsokontroller bör erbjudandet koordineras så att det är rätt instans som informerar flyktingen. Psykisk hälsa bör vara ett viktigt inslag i hälsokontrollen. Journalen bör följa individen i vårdkedjan för att hälsokontrollen ska få största möjliga relevans. Möjligheten att använda hälsokontrollen som ett redskap för bedömning och planering under introduktionen bör ses över.
- Det är inte själva organiseringen av vården eller flyktingmottagandet som är avgörande för flyktingens hälsa och integration utan det som avgör är hur de respektive verksamheterna kan samverka kring målgruppens introduktion på olika nivåer.
- Troligen är befintliga resurser i form av personal och pengar tillräckliga för att finna nya samverkansformer mellan SIM och SLL. En förbättrad samverkan kan leda till en minskad vårdkonsumtion på sikt samt ge förbättringar för individen att tillgodogöra sig introduktionen på ett optimalt sätt. Möjligen kan det behövas vissa ekonomiska incitament initialt som starthjälp.

Referenslista

Litteratur

- Ackerhans, K. (2001). *Om Internet som bärare av hälsofrämjande information riktad till olika språkgrupper*. F-serie 4, Folkhälsoinstitutet
- Ahlemark G. & Nordström E. (1992). *Röda korsets fyra flyktingförläggningar - ideologi och praktik*. Stockholm: Svenska Röda Korset
- Akhavan, S. (1997). Invandrarkvinnors hälsa. *Vård nr 4*, 64-71
- Björck, C. (1997). *Flyktingars vårdmönster; En studie av flyktingars vård i Kalmar län under perioden 940101-971030*. Landstinget i Kalmar län.
- Broström, E. (2002). *En kvalitativ intervjustudie om upplevelser av hälsa och hälsofrämjande faktorer hos introduktionsdeltagare i Stockholm*. Magisteruppsats 20 p, Karolinska sjukhuset.
- Colbjörnsen, M & Sundell, K (1997), *FoU-enheten för socialtjänst och skola*, (delvis omarbetad i Jertfeldt – Gustafsson, T *Med fokus på samordnaren*, fotokopia) fotokopia Stockholms stad, Stockholm.
- Ekblad S. Janson S. Svensson P-G. (1996). *Möten i vården; transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber utbildning.
- Ekblad, S. (2002). Migration och hälsofrämjande introduktion. I Theorell (red) *Psykosocialmiljö och stress* (s.199-258). Lund: Studentlitteratur.
- Hjelm K. (1994) *Hälso- och sjukdomsuppfattningar bland invandrare och flyktingar i Sverige*. Växjö: Vårdhögskolan.
- Hjern, A. & Bremberg S. (1997). *Vuxna invandrares vårdkonsumtion: En registerstudie av befolkningen i Huddinge sjukvårdsområde 1990*. ISSN 1402-3423, 1997:3 (CBU).
- Hjern, A & Bremberg, S. (1997). *Invandrabarns vårdkonsumtion, en registerstudie av befolkningen mellan 0-18 år i Stockholms län 1990*. ISSN 1402-3423, 1997:4 (CBU).
- Hälso och sjukvårdsnämnden. (1995). *Invandrar och flyktingpolitiskt handlingsprogram för hälso och sjukvården i Stockholms län*. Stockholms läns landsting.
- Hälso och sjukvårdsnämnden. (1999). Tjänsteutlåtande 1999-09-13, HSN 9602-0189. Stockholms läns landsting.
- Hälso och sjukvårdsnämnden. (2000). *Fem utsatta gruppers kontakter med sjukvården: En uppföljning under åren 1997-1999*. Stockholms läns landsting.
- Integrationsförvaltningen, Stockholm stad. *Verksamhetsplan och budget 2003*. Stockholm..
- Integrationsverket (1999) ”*Delaktighet för integration - att stimulera integrationsprocessen för somalisktalande i Sverige*. Norrköping.

Integrationsverket. (2003). *Rapport integration 2002*. Norrköping.

Karlsson I. (1999). *Bidrar handlingsprogram till handling? Centrum för hälso- och sjukvårdsutveckling: Uppföljning av Hälso och sjukvårdsnämndens invandrar- och flyktingpolitiska handlingsprogram från 1995*. Stockholm: Hälso och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting.

Lindberg, T & Hjern, A. (2000). *Medicinskt omhändertagande av asylsökande barn i hälso- och sjukvården*. Stockholm. Socialstyrelsen.

Medin J. & Alexandersson K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande- en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Riksrevisionsverket. 2002:15. *Att etablera sig I Sverige. En granskning av introduktionsverksamheten för flyktingar och deras anhöriga*. Stockholm

Samarasinghe, K. Arvidsson, B. (2002) It is a different war to fight here in Sweden- the impact of involuntary migration on the health of refugee families in transition. *Scand J Caring Sci. Nr: 16. s 292-301*.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag

SFS 1990:927. Förordning om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m.

SFS 1989:529. Utlänningslag

Shahnavaz, S & Ekblad, S. (2002). *Skolsköterskornas möte med asylsökande och andra nyanlända invandrar- och flyktingbarn*. Stressforskningsrapport nr 307 – 2002. Institutet för psykosocial medicin – IPM. Stockholm.

Socialstyrelsen. 1995:4. *Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar*. Allmänna råd från Socialstyrelsen. Stockholm

Socialstyrelsen. (2000). *Psykisk hälsa hos flykting- och invandrarbarn. En litteraturöversikt*. Stockholm.

Socialstyrelsen. (2000). *Innehåll i och omfattning av den vård i landstingen åtagit sig att ge till asylsökande mfl*. Stockholm.

Socialstyrelsen. (2002). *Kvinnlig könsstympling*. Stockholm.

Socialstyrelsen. (2003). *Tillgång till habilitering och rehabilitering för barn och ungdomar med funktionshinder: En kartläggning*. Stockholm.

Statens folkhälsoinstitut. 2002:29. *Födelselandets betydelse: En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige*. Stockholm.

Statistiska centralbyrån. (2002). *Integration till svensk välfärd? Om invandrares välfärd på 90-talet*. Statistiska centralbyrån, Arbetslivsinstitutet. Levnadsförhållanden, Rapport nr 96.

Stjernfeldt, M. & Sätterlund-Larsson, U. Hälsoundersökning av asylsökande.
Socialmedicinsk tidskrift 1995: 9: 371-374

Söndergaard, HP. (2002). *Post-traumatic stress disorder and life events among recently resettled refugees*. Karolinska Institutet, Stockholm.

Utrikesdepartementet & Landstingsförbundet. (2002) *Överenskommelse mellan Staten och Landstingsförbundet om hälso- och sjukvård för asylsökande mfl.* Stockholm.

Wintzer S. (2003). *Sjukvård åt asylsökande, omfattning och kostnader år 2002*. Stockholm: Landstingsförbundet PM 2003-05-06.

Vårdavtal (2003) mellan Asylteamet i Södra Stockholm AB och Stockholms läns landsting.

Vårdavtal (2001) mellan Stockholms läns landsting och Firma Inger Nelson.

Övrigt material

Enkätstudie 1: 47 asylsökande och 11 anknytningsärenden har svarat på frågor angående om de genomfört hälsoundersökning eller inte.

Enkätstudie 2: samtliga handläggare på Stockholms stads invandarmottagning samt externa anordnare angående deltagarnas hälsotillstånd

Studier av 136 personakter från SIM och de externa anordnarna, samtliga avslutade i januari och februari 2003.

Intervjuer

Verksamheter som blivit intervjuade i projektet antingen kortare över telefon eller vid längre personliga möten. I de flesta verksamheterna har vi intervjuat olika personalkategorier. Flera verksamheter har vi haft upprepade kontakter med.

Amnesty international

Asylteamet i södra Stockholm AB

Barnhabiliteringen Liljeholmen

BUP Flyktingenhet

BUP Järva

BUP Skärholmen

Elektravägen, genomgångsboende

Fruängens BVC

Fruängens vårdcentral

Gyllene Ratten, genomgångsboende
Hammarbybacken, planeringshem
Husby Familjecentral
Integrationsverket
Kris- och Traumacentrum, enheten för Tortyr- och Traumaskadade
Liljeholmens vårdcentral
Migrationsverket
Rinkeby vårdcentral
Rågsveds vårdcentral
Röda Korsets center för torterade flyktingar
Sjukvårdsmottagning för asylsökande i Rinkeby
Skärholmens MVC
Skärholmens familjecentral
Skärholmens vårdcentral
Smittskyddsinstitutet
Socialstyrelsen
Somaliska riksförbundet
Spånga- Tensta psykiatriska mottagning
S:t Görans psykiatriska akutmottagning
Stockholms invandarmottagning, inkl anordnarna
Transkulturellt centrum
Vårby vårdcentral
Älvsjö psykiatriska öppenvårdsmottagning

Övriga kontakter

Avser personer eller organisationer vi haft kontakt med för nya infallsvinklar eller diskussioner kring tankar och resultat, utan att det varit i form av en intervju.

Marcela Bravo, projektledare för ”Folkhälsoarbete som stärker integrationsprocessen – samband mellan migration, hälsa och integration.

Brandbergens vårdcentral

Solvig Ekblad, IPM

Hans Gustavsson, BKV, verksamhets- styrning och finans

Integrationsverket

Landstingsförbundet

Läkare utan gränser

Länsstyrelsen, alliansen

Fatima Nur, ledamot av landstingsfullmäktige och hälso- och sjukvårdsnämnden SLL

Wiwi Samuelsson och Birgitta Ornbrant, Statens offentliga utredning om flyktingmottagande och introduktion

Ulrica af Selen och Margarita Lopez- Holmberg projekt internationella hälsoinformatörer i Malmö.

Transkulturellt centrum

Annika Ågren, Sis Foster och Eva Sandegård, Cosmos och hälsospåret i Uppsala

Bilaga 1

Flyktingmottagande och introduktion i Stockholms stad

Flyktingmottagning

Mål och inriktning

Stadens övergripande mål är att introduktionen skall genomföras på ett sätt som leder till att flyktingarna efter avslutad introduktion har uppnått förutsättningar för att kunna försörja sig genom arbete eller utbildning, har ett ordnat boende samt aktivt kunna delta i det svenska samhällslivet.

Verksamhetsbeskrivning

Stockholms Invandarmottagning svarar för mottagandet och introduktionen av flyktingar i staden. Målet för introduktionen är att individen är självförsörjande genom arbete eller utbildning.

Invandarmottagningen har ändrat organisationen och påbörjat ett utvecklingsarbete i syfte att skapa en effektivare organisation som har förutsättningar att klara åtagandet att fler deltagare ska vara självförsörjande vid avslutad introduktion. Med förändringarna fördelas avdelningens resurser på ett sätt som gör det möjligt att utveckla kartläggningsinstrument, skapa fler yrkesinriktade introduktionsprogram och förbättra servicen till deltagarna.

Förändringarna ska leda till en ökad effektivitet och kvalitet i verksamheten, att fler individer uppnår självförsörjning under introduktionstiden vilket innebär minskade kostnader för introduktionsersättning.

För att underlätta integrationen i det svenska samhället erbjuds flyktingarna ett yrkesinriktat introduktionsprogram. För personer med arbetshinder på grund av sjukdom eller social situation erbjuds ett anpassat introduktionsprogram.

I samråd med flyktingen, arbetsförmedlingen och sfi upprättas en individuell introduktionsplan med utgångspunkt i flyktingens behov av olika arbetsinriktade insatser. Introduktionsplanen innehåller såväl kort- som långsiktiga mål och ska ge den enskilde individen förutsättningar till självförsörjning och en aktiv samhällsmedverkan. Rätten till ekonomiskt bistånd är knuten till introduktionsplanen.

Introduktionen ska tillvarata flyktingens egna resurser och stärka flyktingens motivation att ta ett eget ansvar för introduktionen och vägen in i det svenska samhället. Introduktionen genomförs i nära samarbete med arbetsförmedlingen, sfi, utbildningsanordnare, vuxenutbildning, stadsdelsförvaltningar och arbetsgivare. Introduktionen ska erbjuda den enskilde flyktingen aktiviteter på heltid.

Introduktionsperioden i staden är längst 18 månader men kan vara kortare om individen tidigare kommer ut i egenförsörjning. För flyktingar som får hit sina anhöriga under de första 18 månaderna kan introduktionsperioden förlängas till högst 24 månader. Det innebär att introduktion kan variera i tid för olika individer och att vissa anhöriga kan få ett mottagande som är längst 6 månader.

Vid behov av fortsatta insatser övergår ansvaret vid introduktionsperiodens slut till den stadsdelsnämnd där flyktingen har sitt boende.

Mottagningsenhet

Verksamhetsbeskrivning

- Nybesök/inskrivning/information
- Ekonomi/introduktionsersättning
- Genomgångsbostäder
- Flyttning till annan kommun
- Samarbetet med Stiftelsen för Kvalificerad yrkesutbildning
- Skola/Barnomsorg/Fritidsverksamhet
- Deltagarservice
- flyktingguider
- familjeåterförening
- planering/uppföljning utanför arbetslinje
- allmän service i samarbete med medborgarkontor, landsting

Planeringsenhet

Verksamhetsbeskrivning

- Information
- Kartläggning i samarbete med arbetsförmedlingen och Sfi
- Planering och samordning av insatser
- Introduktionsplan

Planeringsenheten erbjuder nyanlända flyktingar möjlighet att delta i en informationsgrupp under två veckor. Under informationsperioden medverkar bl.a. SFI-centrum, arbetsförmedlingen och Stockholms stads bostadsförmedling AB.

Informationsperioden syftar till att ge en bas för att kunna gå vidare i den följande kartläggningen och planeringen.

Denna inledande period innefattar: grundläggande information och samhällsorientering, språkstest och kartläggning av yrkes- och utbildningsbakgrund, bedömning av studiebehovet i svenska, studiemål och studietimmar, information av arbetsförmedlingen, diskussion om arbete och möjligheter att snabbt komma ut på arbetsmarknaden. Inskrivning och information hos Stockholms stads bostadsförmedling AB.

Enheten har till uppgift att tillsammans med deltagarna utforma en individuell introduktionsplan för introduktionsperioden. Detta ska ske i samverkan med SFI och Af, och syfta till att

individen snabbt kommer ut i egen försörjning. Deltagarens erfarenheter och kompetens ska tas tillvara.

Ett nära samarbete med övriga enheter på avdelningen är en förutsättning.

Rekryteringsenhet

Verksamhetsbeskrivning

I enlighet med ansvarsfördelningen efter omorganisationen på Stockholms Invandarmottagning kommer Rekryteringsenheten att arbeta med:

- rekryteringsprogram i samarbete med arbetsförmedlingen och arbetsgivare
- samarbete med stadsdelsförvaltningar kring stadsdelsförlagda program
- förberedande yrkessvenska
- samordning/samverkan intern och externt
- introduktionsplaner
- IVIK
- Uppföljning

För att öka självförsörjningsgraden bland nyanlända flyktingar genomför enheten en rad olika arbetsmarknadsinriktade aktiviteter i introduktionen. Den förberedande yrkessvenskan har utökats till fler grupper och språknivåer. Rekryteringsprogrammet vård och omsorg fortsätter under året med målsättningen att utöka omfattningen till 120 deltagare under 2004. Det direkta rekryteringsbehovet inom vård och omsorg har minskat, varför utbildningskraven på personalen därmed ökat. Den *vårdbiträdesutbildning*, som enheten vill koppla till programmet startas nu med stöd från kompetensfonden. Utbildningen kommer att omfatta alla deltagare som genomgår programmet under hösten 2003 samt hela 2004. Detta är en viktig utveckling av programmet, för kvaliteten inom vården och för deltagarnas yrkesstatus.

Utvecklingsområden

Följande områden är prioriterade:

- nya rekryteringsprogram internt och externt
- samverkan med arbetsförmedlingen kring praktikplatser
- samverkan med sfi och vuxenutbildning kring yrkesutbildning
- utveckling av stadsdelsförlagda program
- fortsatt utbyggnad och utveckling av FYS (förberedande yrkessvenska)

Utvecklingsarbetet bygger till stor del på ett närmare samarbete med arbetsförmedlingen, sfi, vuxenutbildningen samt offentliga och privata arbetsgivare i syfte att skapa program inriktade mot bristyrken och branscher där det finns rekryteringsbehov.

Rapporten är resultatet av ett samverkansprojekt mellan Stockholms stads integrationsförvaltning och Stockholms läns landsting. Syftet med projektet var att beskriva flyktinggruppens vårdbehov samt kartlägga samverkan mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting rörande nymottagna flyktingar i Stockholms stad som förväntades genomgå stadens introduktionsprogram. Syftet var också att undersöka för- och nackdelar med och formerna för en ökad samverkan. Projektet finansierades till 50 procent av Europeiska flyktingfonden.