



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Psykisk ohälsa hos asylsökande och flyktingar i ett främmande land

En litteraturstudie

Författare: Theo Capelán Konnéus

Handledare: Marie Hübel

Kandidatuppsats

Våren 2016

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Psykisk ohälsa hos asylsökande och flyktingar i ett främmande land

En litteraturstudie

Författare: Theo Capelán Konnéus

Handledare: Marie Hübel

Kandidatuppsats

Hösten 2014

Abstrakt

Asylsökande och flyktingar anses vara särskilt utsatta för psykisk ohälsa då pre- och postmigratoriska faktorer tillsammans kan bidra till en kumulativ ohälsoproblematik. Upplevelser av våld, krig och tortyr i hemlandet kan leda till svåra psykiska besvär samtidigt som osäkerhet kring asylprocessen, utanförskap och kommunikationssvårigheter ytterligare försvårar tillvaron i det nya landet. Okunskap, stigmatisering och misstro leder därutöver till att denna grupp människor ofta väljer att inte söka hjälp från den psykiatriska sjukvården. Föreliggande litteraturstudie presenterar en överblick av fenomenet psykisk ohälsa bland asylsökande och flyktingar och bygger på såväl kvalitativ som kvantitativ data. Här presenteras bland annat deras egna uppfattningar av psykisk ohälsas etiologi och effekt, syn på möjliga barriärer till sjukvårdsintervention samt statistik på förekomst av symptom och tillstånd inom olika populationer. Transkulturell kompetens och förståelse kan öka svenska sjuksköterskors möjlighet att hjälpa dessa särskilt utsatta grupper.

Nyckelord

Flyktingar, Asylsökande, Ensamkommande, Asylprocess, Psykisk ohälsa, PTSD, Depression, Ångest, Stress, Transkulturell omvårdnad

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	1
Introduktion.....	2
Problemområde.....	2
Bakgrund.....	3
Perspektiv och utgångspunkter.....	3
Definitioner.....	4
Flyktingar och asylsökande.....	5
Traumatisk stress och PTSD.....	5
Stigmatisering vid psykisk sjukdom.....	6
Sjuksköterskans ansvar.....	6
Syfte.....	7
Metod.....	7
Urval.....	8
Datainsamling.....	9
Tabell 1 Sökschema CINAHL.....	9
Analys av data.....	9
Forskningsetiska avvägningar.....	10
Resultat.....	10
Vuxna.....	11
Förskjuten och frånkopplad.....	11
Osäker tillvaro under asylprocessen.....	13
Förekomst och former av psykisk ohälsa.....	14
Barn och ungdomar.....	16
Hindrat hjälpsökande.....	16
Ett stressfyllt liv.....	18
Diskussion.....	20
Diskussion av vald metod.....	20
Diskussion av framtaget resultat.....	22
Slutsats och kliniska implikationer.....	25
Referenser.....	27

Introduktion

Problemområde

Den omställning som tvångsmigration innebär för en människa innehåller många faktorer som kan påverka personens psykiska hälsa (Briggs, 2011). Förlust av familj och sociala nätverk, anpassning till en främmande kultur, att lära sig ett nytt språk och finna sysselsättning är viktiga aspekter av denna process. Den ackumulerade stressreaktion som dessa och andra faktorer kan medföra vid migration kan bland annat beskrivas som en kulturchock (ibid). Enligt Socialstyrelsen (2015a) är psykisk ohälsa mer vanligt förekommande hos flyktingar än den övriga befolkningen och förekomsten bland de som kommer till Sverige beräknas till 20-30%. Kommunikationsproblem, misstänksamhet och initiativlöshet kan som delsymptom i psykisk störning förhindra alla patienter från att få behandling och invandrapatienter är inget undantag. I synnerhet svårigheter kring kommunikationen anses utgöra ett ännu större problem för denna patientgrupp. Asylsökande flyktingar betraktas som en särskilt sårbar grupp då traumatiska erfarenheter i kombination med asylprocessens ovisshet kan innebära en stor påfrestning för den psykiska hälsan. Stigmatisering av personer med psykiska sjukdomar är vanligt förekommande i många kulturer och således en vanlig orsak till att nyanlända flyktingar undviker kontakt med svensk psykiatrisk vård (ibid). Forskning visar även att majoriteten av flyktingar som utbildas i svenska för invandrare besitter en bristfällig eller begränsad hälsolitteracitet vilket beskriver personens förmåga att förstå, bedöma och använda sig av hälsoinformation. Hälsolitteracitet anses bland annat vara en nyckelfaktor för god hälsa (Wångdahl, Lytsy, Mårtensson & Westerling, 2014).

År 2009 ansökte totalt 24 194 personer om asyl i Sverige och därefter har antalet asylsökande ökat för varje år som gått. År 2015 hade denna siffra ökat till 162 877 personer (Migrationsverket, 2015a). Enligt svensk lag (SFS 2008:344) är landsting skyldiga att erbjuda alla vuxna asylsökande "vård och tandvård som inte kan anstå". Vad som inte kan anstå ska bedömas utifrån den enskildes situation och avgörs då av den behandlande läkaren, tandläkaren eller annan ansvarig vårdpersonal. Utöver vård som inte kan anstå skall landstingen även erbjuda asylsökande mödravård, vård vid abort, preventivmedelsrådgivning, läkemedel som förskrivs i samband med denna vård samt en hälsoundersökning. Sedan juli

2013 gäller samma regler även för vuxna papperslösa och både asylsökande och papperslösa barn skall erbjudas vård i samma omfattning som barn som är folkbokförda i Sverige (Socialstyrelsen, 2015c).

Enligt International Council of Nurses etiska kod delar sjuksköterskan ansvar med samhället att initiera och främja insatser som tillgodoser allmänhetens, och i synnerhet sårbara befolkningsgruppers, hälsa och sociala behov (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014).

På grund av det stort ökade antalet asylsökande samt vårdens lagstadgade ansvar att bemöta deras akuta och andra vårdbehov finns anledning att undersöka vårdtagargruppens hälsa och ohälsa i relation till sjuksköterskans ansvarsområden. Föreliggande studie syftar till att ge en översikt av fenomenet psykisk ohälsa bland flyktingar och asylsökande som befinner sig i ett nytt land.

Bakgrund

Perspektiv och utgångspunkter

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning skall legitimerade sjuksköterskor i teori, praktik och forskning utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn (Socialstyrelsen, 2005). Transkulturell omvårdnadsteori utgår från att ämnesområdena omvårdnad och antropologi har ömsesidig nytta av att integreras och lära av varandra (Andrews & Boyle, 2003). Målet är att utveckla humanistisk omvårdnadsvetenskaplig kunskap som är dels kulturspecifik och dels universell samt att understryka att alla människor, så väl vårdgivare som vårdtagare bär med sig en kulturell bakgrund (Leininger, 1995).

Transkulturell omvårdnad innebär att sjuksköterskan har förmåga att planera, utveckla, implementera och utvärdera omvårdnad som tillhandahålls individer och grupper från olika kulturer. Transkulturell kompetens anses vara en nödvändig del av modern omvårdnad på grund av den ökade mångfalden inom globala populationer. Mångfald definieras inte nödvändigtvis av härkomst och etnicitet utan innefattar även sådant som nationalitet, religion, ålder, kön, utbildningsnivå, sexuell läggning och socioekonomiska variationer (ibid).

Antropologisk forskning använder sig traditionellt av en etnografisk metodologisk ansats för att sammanställa en holistisk bild av en kultur. Genom etnografisk metod beskrivs och/eller jämförs olika kulturer och samhällsformer. Med en etnografisk utgångspunkt tillhandahålls ett

ramverk för att undersöka meningar, mönster och upplevelser inom en eller flera olika kulturella grupper (Polit & Beck, 2006). Vid applicering på omvårdnadsforskning möjliggör den etnografiska utgångspunkten undersökning av olika kulturella gruppers syn på hälsa, hälsotillstånd samt möten med vården för att beskriva mönster och inom gruppen normativa beteenden (Polit & Beck, 2014).

Särskiljande mellan somatisk sjukdom och psykiska störningar är inte självklart inom alla kulturer och därutöver föreligger stora variationer i vad som anses ”normalt” och ”onormalt”, beroende på kontext och kulturellt perspektiv (Andrews & Boyle, 2003). Psykiska störningar tillåter sig oftast inte iakttagas och diagnostiseras med lika tydligt observerbara kliniska tecken som somatisk sjukdom. Kulturella perspektiv kan således påverka och forma sättet som psykiska störningar förklaras och betecknas. Synen på hur symptom kan härledas från olika störningar varierar också både inter- och intrakulturellt (ibid).

Definitioner

En *asylsökande* är i Sverige den som via Migrationsverket söker skydd men ännu inte fått sin ansökan avgjord (Migrationsverket, 2015c). Då Sverige skrivit under FN:s flyktingkonvention har man ålagt sig att pröva varje asylsökning individuellt. De som är flyktingar enligt flyktingkonventionen ska ges uppehållstillstånd. En *flykting* definieras enligt FN:s flyktingkonvention som ”en person som på grund av sin ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning, kön, sexuell läggning eller tillhörighet till viss samhällsgrupp har välgrundat skäl att vara rädd för förföljelse” (ibid).

Begreppet “*vård som inte kan anstå*” har sitt ursprung i regeringens proposition (1981/82:97) om hälso- och sjukvårdslag och syftar då till utomlänspatienters rätt till omedelbar vård som ges innan vårdansvaret kan lämnas vidare (Socialstyrelsen, 2014). Begreppet används i lag (2008:344) som anger asylsökandes rätt till vård men har i en rapport från Socialstyrelsen kritiserats då det inte anses förenligt med medicinsk yrkesetik och kan riskera patientsäkerheten. Bland annat beskrivs flera sjukdomstillstånd ha olika utvecklingsförlopp för olika patienter med samma diagnos vilket gör det problematiskt att fastställa vad som kan och inte kan anstå. Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att omformulera begreppet (Socialstyrelsen, 2015b).

Flyktingar och asylsökande

Till följd av bland annat krig, militärdiktaturer, svält, fattigdom och naturkatastrofer tvingas människor runt om världen lämna sina hem och hemländer för att uppsöka trygghet på annan plats (Angel & Hjern, 2004). Sverige började ta emot flyktingar från övriga Europa i större skala i samband med andra världskriget och dess efterverkningar. Därefter följde på 1970-talet ökad flyktinginvandring från bland annat Latinamerika och Afrika samt syrianer och assyrier från Turkiet (ibid). År 2015 kom de största grupperna av asylsökande flyktingar i Sverige från Syrien, Afghanistan, Eritrea och Irak (Migrationsverket, 2015b). Under 2014 beräknades det totala antalet människor på flykt runt om i världen till 59,5 miljoner, vilket inkluderar de som tvingats fly inom det egna landets gränser. 19,5 miljoner människor beräknades vara så kallade konventionsflyktingar, det vill säga de som i enlighet med FN:s flyktingkonvention flytt hemlandet på grund av förföljelse relaterad till religion, ras, politisk övertygelse eller samhällstillhörighet. Det totala antalet asylsökande i världen var samma år 1,66 miljoner (UNHCR, 2016).

Traumatisk stress och PTSD

Traumatiska upplevelser kan ge upphov till långvariga hälsoeffekter och en betydande andel av de som utsätts för psykiskt trauma och livshotande erfarenheter riskerar att utveckla psykisk ohälsa (Michel, 2010). Eftersom en och samma händelse kan uppfattas olika beroende på person är det passande att tala i termer av ”potentiellt traumatiserande händelser”.

Biopsykosociala förutsättningar, fysisk och emotionell närhet till en situations epicentrum samt ofrånkomlighet, tidigare erfarenheter och upprepade trauman är sådant som kan påverka individens risk för utveckling posttraumatisk psykisk ohälsa (ibid).

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) härstammar, likt en akut stressreaktion, från exponering för trauman eller stressorer av ytterst hotfull eller katastrofal karaktär (Ottosson, 2015).

PTSD skiljer sig från den akuta stressreaktionen i att det varar i minst en månads tid.

Tillståndet karaktäriseras av bland annat varaktigt negativa känslor och förväntningar på sig själv och/eller sin omgivning, förvrängd bild av det ursprungliga traumat och dess

konsekvenser, anhedoni samt ett ökat främlingskap för sin omvärld. Förhållanden som ökar risk för utvecklande av PTSD är bland annat kroppsskador, hotad integritet, dödshot, att bevittna fysiskt våld eller att undkomma döden. Att fly sitt hemland och söka sig till ett annat kan i sig självt vara nog orsak för utveckling av PTSD. Psykiska påfrestningar i form av svåra trauman och stressfulla erfarenheter anses även kunna bidra till utveckling av bland annat psykogen konfusion, psykosomatiska syndrom, dissociation, depression och ångesttillstånd (ibid).

Stigmatisering vid psykisk sjukdom

Sedan svensk psykiatrisk vård i större utsträckning flyttats mot öppnare vårdformer har även forskning kring samhällets attityder till psykiskt sjuka ökat (Brunt & Hansson, 2005). Begreppen stigma och stigmatisering beskrivs av Goffman (1963) som en stämpling av individer eller grupper som avviker enligt rådande samhällsnormer och föreställningar. De människor som inte anses kunna leva upp till gängse normer misstänkliggörs, ges en lägre social status och förskjuts från samhället i stort. Psykiskt sjuka anses tillsammans med exempelvis missbrukare eller personer från etniska minoriteter vara bland de grupper som utsätts för sociala stigma (ibid). Föreställningar kring psykisk sjukdom och ohälsa anses utvecklas tidigt i ett barns liv som en del i en kulturell socialisering (Brunt & Hansson, 2005). Människor upplever sig ofta besvärade av kontakt med personer med psykisk sjukdom och forskning på attityder visar att allmänheten upplever psykiskt sjuka som presumtivist farliga människor. Förväntningar likt dessa finns givetvis införstådda även hos de som själva drabbats av psykiska sjukdomar vilket riskerar att leda till att dessa människor passiviseras, agerar mindre tillitsfullt och till stor del undviker social kontakt (ibid).

Sjuksköterskans ansvar

Legitimerade sjuksköterskor ska enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning ha förmåga att tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskan ska vidare kunna uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som

möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder samt ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (ibid). Personcentrerad vård har på senaste tiden, både nationellt och internationellt, kommit att likställas med god omvårdnad (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Att arbeta personcentrerat innebär att patienten erbjuds bästa möjliga förutsättningar att göra evidensbaserade val i relation till den egna hälsan och att de val som görs respekteras utan moralisering. För sjuksköterskans förhållningssätt innebär den personcentrerade vården att personen prioriteras framför sjukdomen samt att dennes åsikter om behov väger lika tungt som de behov som identifierats av professionell personal. Personcentrerad vård förutsätter bland annat god kunskap om personens vanor, synsätt, behov och prioriteringar (ibid).

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva psykisk ohälsa bland flyktingar och asylsökande som anlänt i ett främmande land.

Metod

Genom att sammanställa resultat från tidigare forskning presenteras en översikt av fenomenet psykisk ohälsa bland flyktingar och asylsökande inklusive prevalens av relaterade symptom och störningar. Så väl kvantitativ som kvalitativ data har inkluderats för att ge ett brett perspektiv på de förhållanden som påverkar psykisk hälsa hos denna grupp människor. Litteraturstudier kan spela en viktig roll för sjuksköterskor i vidareutvecklandet av kliniskt arbete (Polit & Beck, 2006). Denna typ av studier lämpar sig för att insamla och sammanställa information inom ett visst område, för att utvärdera aktuell praxis samt för att föreslå och utveckla förhållningssätt och interventioner inom klinisk verksamhet (ibid).

Urval

Referensdatabasen CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) tillämpades för datainsamling. Inledningsvis eftersöktes även studier via MEDLINE (Medical Literature On-Line) då dessa två databaser är särskilt användbara i forskning för sjuksköterskor (Polit & Beck, 2014). Majoriteten av artiklar funna via de båda referensdatabaserna var dock dubletter och därför beslutades att enbart använda CINAHL till följd av dess huvudsakliga omvårdnadsinriktning. Kombinationen av sökord och major/minor headings för CINAHL valdes efter beaktande av sökmotorns möjligheter och begränsningar samt med hänsyn till studiens syfte. Söktermen ”mental health” användes för sökning i fritext i kombination med CINAHL major heading MM ”Refugees”. En inledande granskning av sökresultat från major heading Refugees visade att studier på asylsökande inkluderades. Kombinationen av orden mental health valdes framför mental illness då en provsökning visade att den förstnämnda sökordskombinationen gav ett betydligt större urval av tillgängliga artiklar. En preliminär granskning av abstrakt från sökning ”mental health” visade att även data kring psykisk ohälsa inkluderades i sökresultatet. Genom att använda termen mental health i fritext främjades artiklar som behandlar hur psykisk hälsa påverkas hos patientgruppen samtidigt som ord likt (mental) *illness*, *fatigue*, *disorders*, *stigma*, *patterns*, *health centers* et cetera inkluderades. Detta gjordes då CINAHL major and minor heading MH ”Mental Disorders” bedömdes för snäv för att innefatta olika aspekter av psykisk hälsa och ohälsa. Urvalet begränsades till internationellt publicerade, referentgranskade, vetenskapliga artiklar som fanns tillgängliga på engelska och i fulltext. Ytterligare begränsning av artikelurvalet gjordes till artiklar som publicerats efter år 2010 för att bevara fokus vid aktuell forskning. Abstrakt från samtliga sökträffar granskades då de fanns tillgängliga och därefter genomfördes ett första urval enligt vad vidtecknad författare ansåg relevant för studiens syfte. Artiklar utan abstrakt inkluderades ej i första urvalet. Vid ett andra urval lästes artiklar i fulltext och jämfördes mot granskningsmall (se datainsamling). Efter granskning och urval visade sig de flesta studier fokusera på antingen vuxna eller på barn och/eller ungdomar. Då föreliggande studie inte söker fokusera på enbart en åldersgrupp gjorde inget urskiljande av artiklar med specifik åldersdemografi.

Datainsamling

Granskning av kvantitativa och kvalitativa studier sker enligt modifierade granskningsmallar från Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Vid granskning av kvantitativa studier togs kriterierna ”randomiseringsförfarande beskrivet”, ”likvärdiga grupper vid start” samt ”analyserade i den grupp som de randomiserades till” bort då de inte ansågs applicerbara eller relevanta för föreliggande studies resultat. Inga randomiserade studier fanns med efter ett första urval. Kriteriet ”genereras teori?” togs bort vid granskning av kvalitativa studier då ingen teoribildning eftersöktes. Varje uppfyllt kriterium gav vid slutgranskning ett (1) poäng och därefter sattes en gräns vid 80% av totalpoängsumman för att en granskad studie skulle kunna inkluderas i föreliggande studies resultat.

Tabell 1 Sökschema CINAHL

Sökord	Limiters	Träffar	Granskade	Urval 1	Urval 2
#1 (MM ”Refugees”)	-	3243	0	0	0
#2 mental health	-	102,934	0	0	0
#3 mental illness	-	20,337	0	0	0
#4 (mental illness) AND #1	-	65	0	0	0
#5 (mental health) AND #1	-	580	0	0	0
#6 (mental health) AND #1	Full Text, Published	217	217	22	10

Date 20100101-
20161231

Analys av data

Artiklar som genomgått ett andra urval har analyserats med integrerad analys för att kunna presenteras överskådligt och sammanhängande. Integrerad analys sker i tre steg enligt Kristensson (2014). Det första steget innebar en genomläsning av de artiklar som valts ut som relevanta för syftet för att identifiera generella likheter och skillnader i resultat. Under det andra steget urskiljdes underteman som speglar resultaten i de artiklar som är relaterade till

varandra. Vid det tredje steget sammanställdes samtliga underteman till fem huvudteman vilket utgör formatet för hur de slutligen presenteras och redovisas.

Forskningsetiska avvägningar

Föreliggande studies etiska förhållningssätt utgår från ”Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden” enligt Northern Nurses' Federation (2003). De etiska riktlinjerna grundas i fyra huvudprinciper för omvårdnadsforskning: *principen om autonomi*, *principen om att göra gott*, *principen om att inte skada* samt *principen om rättvisa* och anger god etisk standard i forskning som omfattar människor (ibid). Enligt Forsberg & Wengström (2013) bör litteraturstudier eftersträva att enbart inkludera de artiklar som uppfyller rådande forskningsetiska kriterier och riktlinjer. Föreliggande studie har strävat efter att med ett objektivt förhållningssätt inkludera studier baserat på deras relevans för litteraturstudiens syfte. Artiklar som ej granskats av forskningsetisk kommitté eller på annat sätt redovisat för etiskt hänsynstagande har exkluderats.

Vid användning av termer som ”kulturell mångfald” och ”folkgrupper”, där faktorer som kultur, etnicitet och religion sorterar människor inom olika grupperingar är det viktigt att uppmärksamma den etnocentriska problematik som lätt uppstår (Andrews & Boyle, 2003). Med en utgångspunkt i vad som skiljer andra från mig/oss förstärks synen på det egna som normen, mot vilket allt annat mäts och jämförs, och det övriga som avvikande. Det är viktigt att använda sig av tydliga och avgränsande begrepp som inte föranleder diskrepans och att understryka att varje enskild människa bär med sig ett kulturellt arv (ibid).

Resultat

Då föreliggande studie syftar till att beskriva psykisk ohälsa bland asylsökande och flyktingar i alla åldrar kommer resultat för såväl vuxna som barn och ungdomar presenteras. Av de 10 artiklar som ligger till grund för resultatet behandlar 4 stycken enbart vuxna, 5 artiklar berör barn och/eller ungdomar och unga vuxna och 1 studie inkluderar samtliga åldersgrupper. Sammantaget framkom 5 stycken huvudteman som nedan presenteras i 2 separata delar, en

för vuxna och en för barn och ungdomar. Från de studier som i huvudsak berörde vuxna deltagare presenteras 3 huvudteman; *Förskjutet och frånkopplat*, *Osäker tillvaro under asylprocessen* och *Förekomst och former av psykisk ohälsa*. Därefter redogörs 2 huvudteman för barn och ungdomar; *Hindrat hjälpsökande* och *Ett stressfyllt liv*.

Vuxna

Förskjutet och frånkopplat

I flera studier framkom deltagarnas känsla av isolering som en inverkan på psykisk hälsa. Studiedeltagare beskrev exempelvis hur de i sitt flyktingskap förskjutits från ett tidigare sammanhang och betonade risken för att avskärmas från sociala nätverk. Problematik kring kommunikation, okunskap och stigmatisering ger även en bild av att respondenter upplevde sig frånkopplade från det nya samhället och dess institutioner (Bernardes, Wright, Edwards, Tomkins, Difo & Livingstone, 2011; Strijk, van Meijel & Gamel, 2011; Shannon, Wieling, Simmelink-McCleary & Becher, 2015).

Bernardes et al. (2011) undersökte med hjälp av kvantitativ och kvalitativ data asylsökandes psykiska hälsa vid ankomst till Storbritannien. I studien ingick 29 asylsökande deltagare med härkomst från 13 olika länder varav 26 stycken var män och 3 kvinnor. En stor andel av de medverkande rapporterade post-migratoriska svårigheter till följd av oro kring familjen i hemlandet (86%), att inte ha möjlighet att arbeta (83%) samt ackulturationsproblematik (76%). Många uppgav även kommunikationssvårigheter (69%), diskriminering (52%) och tillgång till sjukvård och sociala tjänster (52%) som påverkande faktorer.

Kommunikationsproblem och språkförbistringar ansågs utgöra ett hinder för tillgången till sjukvård och socialtjänst. Vissa deltagare förstod inte hur sjukvården organiserades i det nya samhället och bristen på tolkar samt misstro inför telefontolkar gjorde att de hade svårt att kommunicera sina problem till personal (ibid). Liknande post-migratoriska faktorer presenterades av Strijk et al. (2011) i en studie på omvårdnadsbehov hos vuxna traumatiserade flyktingar och asylsökande i Nederländerna. 20 män och 10 kvinnor från 20 olika länder medverkade vid mätning av behov i relation till psykisk ohälsa och därefter valde 8 personer att delta i uppföljande intervjuer. Majoriteten av deltagarna beskrev att känslor som sorg, dysterhet och ensamhet direkt kunde härledas till deras upplevelse av förskjutning

och tvångsflytt (displacement). Att lämna närstående, hemland, språk, kultur och sedvanor bakom sig beskrevs som en viktig aspekt av flyktingskapet som ingav en känsla av att inte vara någon längre. Flera respondenter berättade om tankar kring huruvida de gjort rätt val när de flydde samtidigt som rädslan för att återvända var överväldigande. Ensamhet utgjorde ett stort problem för deltagarna och i synnerhet yngre ensamstående ansåg att detta till stor del påverkade den egna identiteten. Att bli hörda och få sin besvärliga position erkänd var en återkommande önskan hos de medverkande. Rädsla kopplat till diskriminering och missförstånd på grund av språk och kultur angavs som en anledning till varför studiedeltagarna ej kunde knyta nya relationer. Negativa erfarenheter från det förflutna och i det nya landet gjorde att man tappat tilltron till andra människor. 90% av de medverkande beskrev sina behov relaterade till dagliga aktiviteter som ouppfyllda. Yngre deltagare hade problem med att finna sysselsättning, kände sig uttråkade och fann det svårt att planera sin dag. Många fann det svårt att använda sig av kollektivtrafik i det nya landet då de kände sig annorlunda och skrämdes av konduktörer i uniform. Kollektivtrafiken undveks eftersom den ansågs vara en miljö med åtskilliga utlösande faktorer som påminde om tidigare trauma (ibid).

Frånkoppling kunde även ses på grund av olika barriärer till att tala öppet om psykisk ohälsa, vilket skildras av Shannon et al. (2015). I en kvalitativ studie i USA deltog 111 vuxna flyktingar, 63 män och 48 kvinnor, från Burma, Bhutan, Somalia och Etiopien för att diskutera dessa hinder. Under samtal i fokusgrupper beskrevs bland annat tidigare förtryck, rädslor, skam och trauman som påverkande barriärer. Flyktingar som upplevt arresteringar, fängelse och tortyr till följd av politiskt förtryck i hemlandet fann det svårt att tala öppet om sina erfarenheter trots ökad trygghet i det nya landet. Somaliska kvinnor återgav att de inte visste hur de skulle kunna sätta ord till sådan känslomässig smärta (ibid).

Strijk et al. (2011) beskriver medverkandes rädsla för att uppfattas som galna som en påverkande barriär på grund av risk för stigmatisering. Psykiatri, psykiatrisk behandling och dess konnotationer beskrevs som tabu i många av de svarandes kulturer. Alla deltagare berättade här att man oroades för att betraktas som galen utav utomstående. Även Shannon et al. (2015) skildrade detta som en betydande barriär för öppen kommunikation kring psykisk ohälsa. Deltagare från Etiopien berättade att rädslan för stigmatisering hindrade dem från att vara ärliga mot sina läkare. Vid inläggning på sjukhus riskerade man nämligen att separeras från familjen. Yngre medverkande från Somalia beskrev hur rädslan för att uppfattas som galen härstammade från tanken på att isoleras från den egna gruppen. Bhutanesiska flyktingar berättade att de skiljer på symptom från biologisk och traumarelaterad psykisk ohälsa.

Den som upplevde symptom till följd av traumatiska händelser stigmatiserades inte lika svårt som övriga men likväl var även traumarelaterad psykisk ohälsa tabu att diskutera på grund risk för sociala konsekvenser. Andra barriärer som angavs till varför psykisk ohälsa inte kunde diskuteras öppet var bland annat likgiltighet från vården, känslan av att samtal inte hjälper, rädsla för spioner från hemlandet och bristande kunskaper kring psykisk ohälsa och samhällstjänster (ibid).

Samtliga deltagare i Bernardes et al.:s studie från 2011 framförde att möjligheten att få arbeta och bidra till samhället skulle påverka den psykiska hälsan i en positiv riktning.

De medverkande framhöll andra asylsökande som en viktig buffert för bättre hälsa. Trots att en annan asylsökande inte nödvändigtvis härstammade från samma land delade denne ändå samma rädslor och osäkerhet. Vissa föredrog att inte uppsöka stöd hos sina landsmän då samtal med personer med liknande historia som den egna kunde ge upphov till dåliga minnen och ökad ångest (ibid). Strijk et al. (2011) återgav att närvaro och tillgänglighet till andra människor med liknande motgångar som en själv kunde minska känslan av ensamhet.

Insikter kring att andra som delade en likartad bakgrund också traumatiserats av det som skett återgavs i intervjuer som en uppenbarelse som inspirerade kontaktsökande.

Osäker tillvaro under asylprocessen

Asylprocessen och dess omständigheter samt väntan på beslut om asylskydd kan utgöra en stressor och påverka den psykiska hälsan. Osäkerhet kring asylbeskedet och rädsla för deportering, temporära asylboenden samt ekonomiska svårigheter är några av de faktorer som togs upp som inverkan på den psykiska hälsan hos studiernas deltagare (Bernardes et al., 2011; Strijk et al., 2011).

Bernardes et al. (2011) skriver att asylsökande under intervju berättat att känslor av ångest ofta relaterade till osäkerheten kring utfallet av deras asylansökan. Deltagare berättade bland annat att det var en svår tid då de inte kunde sluta tänka på hur framtiden skulle te sig och vad migrationsministeriet skulle komma med för besked. Alla respondenter i studien berättade om negativa erfarenheter kring asylsystemet och långa handläggningstider. Att vara i beroendeställning till andra, i meningen att finna en fristad, samtidigt som man kämpade för självständighet beskrevs av alla deltagare som en central del av vad det är att vara

asylsökande (ibid). Strijk et al. (2011) återgav att deltagande asylsökare kände sig orättvist behandlade i det land de flytt till. Bestämmelser om att de skulle rapportera till myndigheter varje vecka beskrevs som ett olustigt och skräckinjagande moment som fick de medverkande att känna sig som brottslingar. Oftast insåg deltagarna att deras status som asylsökande försatt dem i en speciell position som de var tvungna att anpassa sig till men att de inte alltid lyckats med denna anpassning (ibid).

Att leva på asylboende beskrevs av Strijk et al. (2011) som ett stort problem för asylsökande. Medverkande berättade att de flytt hemlandet för att finna lugn och säkerhet men att asylcenter ej erbjöd detta. Istället upplevdes det av deltagarna som att man fängslades på boendet, att det levde för mycket människor för tätt inpå varandra och att det inte fanns något att göra varken på dagar eller kvällar. Asylboendet beskrevs även i Bernardes et al. (2011) som ett fängelse och de medverkande hade delade meningar kring hur det var att bo tillsammans med andra människor med samma nationalitet (se ”Förskjuten och frånkopplad” angående kontakt med landsmän).

Alla medverkande i Bernardes et al. (2011) beskrev att bristen på pengar och att inte ha möjlighet att arbeta under asylprocessen påverkade den psykiska hälsan.

Strijk et al. (2011) skrev att de flesta asylsökande upplevde att de hade för lite pengar. Deltagare beskrev försörjningsstödet som en gåva från den nederländska regeringen som de borde vara tacksamma för men sade att det trots detta inte räckte till dagliga kostnader.

Förekomst och former av psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa visar sig bland asylsökande och flyktingar i form av bland annat depression, ångest och PTSD (Strijk et al., 2011). Prevalensen av densamma är högre hos dessa grupper än befolkningen i stort (Lillee, Thambiran & Laugharne, 2015) med symptom som inkluderar bland annat stress, oro och sömnstörningar (Lindgren, Ekblad, Asplund, Irestig & Burström, 2012; Strijk et al., 2011; Bernardes et al., 2011).

Lillee et al. (2015) undersökte psykisk ohälsa och behov av remiss för utredning om PTSD hos flyktingar som nyligen ankommit till Australien. I studien där 154 kvinnor och 146 män från Afrika, Sydost- och Sydvästasien deltog, användes The Kessler Psychological Distress

Scale (K10) för att mäta nivåer psykisk ohälsa under den gångna månaden. Studien fann att medelresultatet för deltagarnas K10-poäng var betydligt högre än hos den övriga australiensiska befolkningen. Vid analys fann studien inget samband mellan total K10-poäng och faktorer som ålder, utbildning, civilstatus, antal barn eller tid spenderad i flyktingläger. Kvinnor fanns ha en något högre totalpoäng än män. Flyktingar från Sydvästasien (Afghanistan, Iran, Irak, Jordanien, Libanon och Pakistan) visade på betydligt högre proportioner av psykisk ohälsa enligt K10 än deltagare från Afrika och Sydostasien (ibid). Bernardes et al. (2011) använde sig av The Clinical Outcomes Routine Evaluation - Outcome Measure och fann att deltagande asylsökare hade ett medelvärde som angav måttlig till svår psykisk ohälsa. Tre deltagare uppgav vid intervju att de tidigare gjort självmordsförsök. Strijk et al. (2011) undersökte psykisk ohälsa och behov med The Camberwell Assessment of Need (CAN) och beskrev att alla deltagare hade problem vid CAN-domänet "psykisk ohälsa" (psychological distress). 86.7% av deltagarna beskrev sina behov som obemötta i hänsyn till den psykiska ohälsan. De vanligaste psykiska störningarna hos studiedeltagarna var depression (90%), ångeststörningar (86.7%) och PTSD (86.7%). Lindgren et al. (2012) utförde en retrospektiv analys av 555 journaler tillhörande asylsökande och andra immigranter i alla åldrar i Sverige. Av 555 journaler bestod 366 av asylsökande och 189 av anhöriginvandrare och kvotflyktingar med en medelålder på 29.5 år. Studien fann att 43% av de inkluderade journalerna beskrev minst ett symptom på psykisk ohälsa och bland de personer som berättat att de tidigare utsatts för hot eller våld visade 86% minst ett symptom på detsamma. Journalerna visade att 189 personer (34%) genomgått en läkarundersökning varefter 122 personer (64%) getts en somatisk diagnos. Av de 122 personer som diagnostiserats med somatisk ohälsa uppgav mer än hälften även symptom på psykisk ohälsa.

Bernardes et al. (2011) fann att 21 undersökta respondenter visade ett medelvärde på The PTSD Symptom Scale-Interview (PSS-I) som angav måttliga till svåra symptom av PTSD. 16 personer (76%) mötte diagnostiska kriterier för PTSD och i genomsnitt hade varje deltagare bevittnat eller upplevt 3 traumatiska händelser. De vanligast förekommande traumatiska händelserna var fysiskt övergrepp vid vuxen ålder (adult physical assault) med 64%, frihetsberövande 52% och tortyr 52% (ibid). Lindgren et al (2012) visade att symptom på psykisk ohälsa var mer vanligt förekommande bland de som uppgav att de tidigare utsatts för hot och/eller våld. Lille et al. (2015) använde sig i sin studie av PTSD treatment screener som visar huruvida en person bör remitteras vidare för utredning om PTSD. I studien syntes ingen korrelation mellan ålder, kön, utbildning eller tid spenderad i flyktingläger och totalpoäng på

PTSD treatment screener. Trolig PTSD var dock vanligare bland de personer som var gifta och som hade fler barn än övriga. Bland flyktingar från Sydostasien visade 8.9% av deltagare på att troligen lida av PTSD medan samma siffra för flyktingar från Afrika var 23.4% och från Sydvästasien 25.6% (ibid).

Av de symptom på psykisk ohälsa som angavs av Lindgren et al. (2012) var sömnstörningar det vanligaste följt av stress (general stress), oro, sorg och mardrömmar.

Strijk et al. (2011) beskrev i sin undersökning av traumatiserade flyktingar och asylsökande att flera deltagare led av psykotiska symptom. Vissa deltagare återgav syn-, lukt- och hörselhallucinationer som både relaterat och orelaterat till deras tidigare trauman.

Vid intervjuer berättade alla medverkande att de sov dåligt eller att sömnstörning tidigare varit ett problem. Mardrömmar var vanligt förekommande och sömnbristen gjorde att de svarande för det mesta kände sig trötta och slöa (ibid). Asylsökande i studien av Bernades et al. (2011) berättade i intervjuer om svårighet att sova, aptitförlust, trötthet, huvudvärk, bröstsmärtor och rusningar i kroppen (body rushes).

Barn och ungdomar

Hindrat hjälpsökande

Att söka hjälp för besvär kring den psykiska hälsan var inte en självklarhet bland unga flyktingar och asylsökande. Bland annat fanns en generell misstro gentemot vården, negativa föreställningar om psykisk ohälsas innebörd samt kulturella skillnader i synen på dess uppkomst och behandling (Majumder, O'Reilly, Karim & Vostanis, 2015; De Anstiss & Ziaian, 2010; Posselt, Procter, Galletly & de Crispigny, 2015).

I en studie från Storbritannien beskrev Majumder et al. (2015) 15 stycken ensamkommande ungdomars syn på psykisk ohälsa och psykiatrisk vård (mental health services).

Ungdomar i åldern 15-18, varav huvudparten var pojkar från Afghanistan, beskrev under semi-strukturerade intervjuer den negativa inställning man hade till mötet med psykiatrisk vård. En generell misstro gentemot sjukvården och dess personal var vanligt förekommande och förklarades delvis med en negativ uppfattning av psykiatrisk vård i hemlandet.

Sjukhus i Afghanistan återgavs bland annat som fängelser för ”galna människor” och god vård förutsatte att man kunde betala för den. Hemlandets sjukvård beskrevs i allmänhet som begränsad eller obefintlig (ibid). Misstro inför vården skildrades även av De Anstiss och Ziaian (2010) i en studie på flyktingungdomars användande av psykiatriska vårdtjänster i Australien. Studien som baserades på kvalitativa intervjuer med 44 pojkar och 41 flickor i åldrarna 13-17 presenterade en genomgående misstro inför och undvikande av en psykiatrisk vård som enligt respondenterna varken hade vilja eller möjlighet att hjälpa till.

Medverkande härstammade från Afghanistan, Bosnien, Iran, Irak, Liberia, Serbien och Sudan. Många deltagare uppgav initialt att de hellre skulle söka hjälp med psykosociala problem hos personal med samma kulturella bakgrund som den egna än hos en utomstående.

Problemet med personal från den egna kulturella bakgrunden var risken för att de potentiellt kände familjemedlemmar eller andra personer från samhällsgruppen privat. Att anförtro sig till en sådan person innebar således möjligheten, till och med sannolikheten, att ens personliga information skulle komma att delas med föräldrarna eller bland en bredare gemenskap.

Att kunna känna tillit gentemot personal ansågs i slutändan viktigare än personens etniska, kulturella eller religiösa bakgrund men detta ansågs ändå svåruppnått då uppfattningen var att man inte kunde lita på främlingar. En återkommande åsikt bland deltagare var att informella nätverk i form av jämnåriga vänner var betydligt viktigare och mer flitigt använda när det gällde hjälp med psykosociala problem. De flesta ungdomar angav varken föräldrar eller vårdgivare som potentiella stöd utan framhöll preferensen att i första hand söka sig till vänner. Att prata om känslor med jämnåriga medförde dock även vissa bekymmer då man riskerade att tappa ansiktet och även här fanns ett mått av misstro (ibid).

Inlagda ensamkommande flyktingar hade många gånger, trots att de vårdades inom psykiatrin, en ovilja att erkänna egen psykisk ohälsa och använde sig ofta av ett negativt och pejorativt språk för att beskriva psykiska besvär (Majumder et al., 2015). Många föredrog att söka fysiologiska förklaringar till sina problem och förnekade ”galenskap” då det förknippades med isolering och att avskiljas från samhället. De Antiss och Ziaian (2010) framställde ett liknande tankesätt då deltagarna återgav att psykisk ohälsa förknippades med stigmatisering och psykiskt sjuka beskrevs med termer som ”efterblivna”, ”konstiga”, ”galningar”, ”psykopater” med mera. Psykisk sjukdom ansågs skamligt och som något som bör döljas, bland annat på grund av risken för negativa sociala påföljder (ibid).

Denna föreställning delades också av unga flyktingar i åldern 12-25 i en studie från Australien av Posselt et al. (2015). Här uppgav deltagare vid intervjuer att ohälsa i form av depression

och ångest kunde likställas med ”galenskap”, vilket betraktades som mycket skamligt och ansågs öka risken för stigmatisering.

Utöver misstro och negativa föreställningar kunde hjälpsökandet även påverkas till följd av kulturella skillnader eller bristande kunskap. De Anstiss och Ziaian (2010) skrev att i huvudsak afrikanska ungdomar istället för psykopatologiska förklaringsmodeller ofta utpekade svartkonster, djävulen och övernaturliga fenomen som orsaker till psykisk sjukdom. Medicinmän, präster och kyrkälldste angavs även som potentiella tillgångar och källor till botemedel. Många deltagare saknade kunskap gällande vanliga psykiska sjukdomar och möjligheten till psykiatrisk vård. Ofta kände man ej till begrepp som ”psykisk hälsa” eller ”psykisk sjukdom”. En vanlig föreställning var även att psykisk sjukdom lätt gick att urskilja, alltid yttrade sig likartat och varade resten av livet utan hopp om tillfrisknande (ibid). I Posselt et al.:s (2015) studie var endast 5 medverkande (33.3%) sedan tidigare bekanta med termer som psykisk hälsa, psykisk sjukdom, depression eller ångest. Istället var det symptomen på nämnda tillstånd som förknippades med skam och stigmatisering.

Ett stressfyllt liv

Psykisk ohälsa kan uppstå bland flyktingbarn och ungdomar till följd av olika traumatiska stressorer upplevda i hemlandet och under deras flykt. En lika avgörande faktor är dock den postmigratoriska tillvaron där dagliga stressorer som bland annat ökande ansvarskänslor, upplevelser av diskriminering och bristande resurser spelar viktig roll för deras psykiska hälsa (Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2015; Vervliet, Lammertyn, Broekaert & Derluyn; Posselt et al., 2015).

Jensen et al. (2015) undersökte psykisk hälsa och stressande livserfarenheter bland ensamkommande barn och ungdomar i åldrarna 10-16 efter ankomst till Norge. I studien ingick 93 deltagare, varav 75 stycken (81%) var pojkar, som besvarade självskattningsformulär för att mäta bland annat stressande livshändelser och PTSD. Majoriteten av respondenter härstammade från Afghanistan (46%) medan resterande deltagare kom från 13 andra länder. Stressande livshändelser mättes med hjälp av The Stressful Life Events-skalan (SLE) som täcker tre huvudsakliga områden av stress; *separation från familj, fysiskt eller sexuellt våld samt krig eller väpnad konflikt*. Child Posttraumatic Stress Disorder

Symptom Scale (CPSS), som är specifikt framtagen för barn mellan 10-18 år användes även för att mäta symptom på PTSD enligt DSM-IV. Deltagarna rapporterade i snitt 5.5 stressande livshändelser per person där den vanligaste händelsen var ”någon du bryr dig om har dött” (68%) följt av ”bevittnat fysiskt våld” (63%) och ”krig eller väpnad militär konflikt” (62%). Minst vanligt enligt SLE-skalan var ”sexuellt övergrepp” som trots detta rapporterades bland 10% av gruppens deltagare. 50 av gruppens medverkande (54%) fick poäng på eller över gränsen för PTSD enligt CPSS. Då data saknades för 13 medverkande var det endast 30 personer (32%) som fick poäng under den kliniska avgränsningen. Samtliga kriterier för PTSD möttes av 34 deltagande (37%) vilket ansågs mycket högt och jämförbart med ett kliniskt urval av norska barn som remitterats till psykiatrisk vård. Barn från asiatiska länder rapporterade i snitt 1.1 stressande livshändelser mer än de från Afrika. Korrelation mellan antal SLE och ökade poäng på CPSS och skalor som mätte internalisering, externalisering, depression och ångest visades (ibid). Stressande livserfarenheter mättes även i en longitudinell studie från Belgien av Vervliet et al. (2013). Studien avsåg att mäta psykisk hälsa bland ensamkommande flyktingar mellan 14-18 år under deras första 18 månader i landet. En första mätning (T1) gjordes vid ankomst och därefter utfördes ytterligare mätningar vid 6 (T2) och 18 (T3) månader. Även i denna studie härstammade en majoritet av deltagarna från Afghanistan (46% vid T1) och vid första tillfället deltog 103 personer varav 87 stycken (84%) var pojkar. Stressande livserfarenheter mättes i denna studie enligt the Stressful Life Events questionnaire (SLE2). Vid T1 svarade 62 personer på SLE2 och de vanligaste erfarenheterna var ”upplevt att jag är i fara” (85%), ”upplevt en anhörigs död” (82%) och ”upplevt krig eller väpnad konflikt i hemlandet” (79%). Även här var ”sexuellt övergrepp” den minst rapporterade händelsen trots att den förekom bland 20% av respondenter (ibid). Traumatiserande stress i hemlandet och under flykten beskrevs även under intervjuer med deltagare i Majumder et al:s (2015) kvalitativa studie på ensamkommande flyktingar. Medverkande berättade om fientliga miljöer i hemlandet som kontrasterade livet i det nya landet. Flera återgav även ångest relaterat till att ha lämnat familjemedlemmar bakom sig och oro kring deras välbefinnande. De flesta medverkande beskrev ett flertal tidigare trauman som kunde ha påverkat deras psykiska hälsa (ibid). Många flyktingungdomar som under semi-strukturerade intervjuer beskrev premigratoriska trauman som svåra att hantera betonade dock postmigratoriska stressorer som den största anledningen till psykisk ohälsa och påföljande missbruk (Posselt et al., 2015).

Vervliet et al. (2014) visade genom sin longitudinella studie att vissa postmigratoriska stressorer hos ungdomar ökade under de första 18 månaderna i Belgien. Vid T1 uppgav 26% av deltagande att de inte fann någon tillfredsställelse under fritiden. Denna siffra var efter 18 månader (T3) uppe i 50%. Uppfattningen att andra hade fördomar om en själv eller ens hemland och kultur ökade från 17% vid T1 till 37% vid T3. Känslan av att behandlas annorlunda jämfört med andra steg från 11% vid första mätningen till 43% vid T3. Andra stressorer som exempelvis ”bristande mat/kläder”, ”bristande pengar”, ”känna sig osäker inför framtiden” och ”svårighet att erhålla dokumentation gällande uppehållstillstånd” var höga vid såväl T1 som T2 och T3. En sammanställning av 16 dagliga stressorer visade att medelantalet steg över tid samtidigt som vissa stressorer uppnådde en topp efter 6 månader (T2) för att sedan sjunka något vid T3 (ibid). Flyktingungdomar beskrev vid intervjuer att brist på utbildning, språkbarriärer och erfarenheter av rasism spelade en viktig roll i den postmigratoriska tillvaron (Posselt et al., 2015). Pojkar berättade att de förväntades försörja familjen samtidigt som de studerade och tog hand om sina syskon. Flickor antog en modersroll för sina syskon när föräldrar var frånvarande och förklarade att den egna psykiska ohälsan påverkade förmågan att sköta detta på ett lämpligt vis. Många beskrev även att de, på grund av att föräldrar saknade körkort och inte talade engelska, förväntades sköta en mängd uppgifter som hindrade dem från att utföra skolarbete eller socialisera med jämnåriga. Rasism, diskriminering och en upplevd negativ framställning av flyktingar i media uppgavs sänka självförtroendet och medföra psykiska problem (ibid).

Diskussion

Diskussion av vald metod

Litteraturstudier kan främja utvidgning av befintlig kunskap och minska risken för att tidigare gjorda lärdomar förbises (Höst, Regnell & Runesson, 2006). Valet att genomföra föreliggande studie genom att granska internationellt publicerade studier möjliggjorde en sammanställning av data hämtad från en mängd olika människor och grupper inom skilda sammanhang. Enligt Kristensson (2014) är kvalitativ forskning den huvudsakliga metoden inom humanistiska studier. Kvalitativ metod utgår från ett holistiskt perspektiv som framhåller att varje del bör ses utifrån sin helhet. Människans världsbild är individuell och varje person är

unik. Ansatsen är oftast induktiv och målet är att undersöka människors uppfattningar eller upplevelser av ett visst fenomen. Detta innebär även att kvalitativa slutsatser ej kan generaliseras på samma vis som kvantitativ forskning som i sin tur är den mest framträdande ansatsen inom naturvetenskapliga forskningsområden. Kvantitativ forskning syftar istället till att så objektivt som möjligt beskriva mätbara fenomen som exempelvis förekomster, likheter, skillnader eller orsaker (ibid). Inkludering av studier med både kvalitativ och kvantitativ ansats gjordes för att presentera en bred överblick av fenomenet psykisk ohälsa bland asylsökande och flyktingar. Föreliggande studie bygger dels på kvalitativa redogörelser för synpunkter och upplevelser kring fenomenet samt även statistik från en mängd instrument utformade för att mäta sådant som tidigare traumatiska upplevelser och nivåer av psykisk ohälsa.

Enligt Polit och Beck (2014) är CINAHL och MEDLINE två viktiga databaser inom omvårdnadsforskning. Databasinsamlingsprocessen ledde till att föreliggande studie baseras på data inhämtad via referensdatabasen CINAHL, vilket diskuteras närmre under studiens urval. Då målet ej var att generera teori eller framställa generaliserbar data utan att i breda drag beskriva fenomenet psykisk ohälsa bland flyktingar och asylsökande ansågs data från en referensdatabas tillräcklig. Tillkommande forskning på området kan eventuellt gynnas av att även inkludera studier från databaser som nämnda MEDLINE samt även PsycINFO som enligt Forsberg och Wengström (2013) täcker psykologisk forskning inom medicin, omvårdnad och närliggande områden.

Den slutgiltiga sökordskombinationen bestod av CINAHL major heading "Refugees", boolesk sökoperator AND och "mental health" i fritext. Denna kombination ansågs resultera i ett överskådligt underlag med relevant data för studiens syfte (se Urval). Flera preliminära sökningar genomfördes med ett större urval söktermer i olika referensdatabaser för att undersöka underlagets utbud och relevans. Ingen systematisk katalogisering av de preliminära genomsökningarna utfördes och processen finns således inte heller presenterad för granskning.

Inga studier publicerade innan år 2010 inkluderades i resultatet vilket innebär att viktig tidigare gjord kunskap riskerar att ha utelämnats. Valet att enbart inkludera den absolut senaste forskningen gjordes då flyktingströmmar, destinationer och asyllagar som i sammanhanget kan ses som betydande faktorer, står under ständig förändring.

Förfarandet kan därmed anses ha begränsat och även gynnat det slutgiltiga resultatet. Eftersom studien inte syftade till undersöka någon specifik åldersgrupp inkluderades studier med barn, ungdomar och vuxna. Då hälften av inkluderade studier täckte vuxna respondenter och den andra hälften behandlade barn/ungdomar gjordes valet att under analysfasen skilja resultatet i två olika delar. Detta innebär att skillnader och likheter mellan yngre och äldre deltagare kunde urskiljas men eftersom de relativt få studier som inkluderas i föreliggande resultat till stor del skiljer sig avseende metod bör jämförelser tillämpas med försiktighet. Populationer i de undersökta studierna bestod av en tydlig majoritet av manliga respondenter. Detta innebär att data gällande kvinnliga flyktingar och asylsökande till viss del saknas i det föreliggande resultatet. Den ojämna fördelningen mellan könen speglas dock invandring till Sverige då den stora majoriteten av asylsökande i Sverige år 2015 var män (Migrationsverket, 2015a).

Diskussion av framtaget resultat

Föreliggande studie visar att psykisk ohälsa bland flyktingar och asylsökande är ett mångbottnat fenomen med varierande uppkomstbetingelser som formas av såväl sociala som politiska och kulturella faktorer. Genom integrerad analys utvecklades fem huvudteman varav tre baserades på data från vuxna; *Förskjuten och frånkopplad, Osäker tillvaro under asylprocessen* och *Förekomst och former av psykisk ohälsa* samt två från barn och ungdomar; *Hindrat hjälpsökande* och *Ett stressfyllt liv*.

En vanligt förekommande upplevelse hos vuxna flyktingar och asylsökande var en känsla av förskjutning och frånkoppling från människor och nätverk både i hemlandet och det land där man sökt skydd (Bernardes et al., 2011; Strijk et al., 2011; Shannon et al., 2015).

Denna isolering ansågs leda till en mängd känslor och tillstånd som i västerländsk vårdtradition förknippas med psykisk ohälsa. Kommunikationssvårigheter, diskriminering och okunskap nämndes bland annat som orsaker till varför man upplevde frånkoppling och undvek hjälp från olika vårdinstitutioner (ibid). Att skarpa kulturella omställningar till följd av migration kan upplevas desorganiserande och påverka personlighetsutveckling och den egna uppfattningen om tillhörighet har tidigare diskuterats i socialantropologisk forskning (Mead, 1947). Den förskjutning och frånkoppling som beskrivs kan delvis förstås som en kulturell desorientering och en påverkad självuppfattning som tar sig uttryck i form av

upplevt utanförskap och ensamhet vilket får implikationer för den psykiska hälsan. Psykisk ohälsa visades i föreliggande studie i sin tur leda till ytterligare isolering vilket potentiellt skulle kunna resultera i en ond cirkel av utanförskap och ohälsa bland flyktingar och asylsökande. Känslor av fränkoppling framställdes även i studier utförda på barn och ungdomar (Majumder et al., 2015; De Anstiss et al., 2010; Posselt et al., 2014) trots att det här diskuterades företrädesvis i form av ett hinder till hjälpsökande. Hos ungdomar var misstron inför sjukvården en stor del i varför man fann det svårt att söka hjälp för sina problem (Majumder et al., 2015). Förståelse för vad som hindrar denna utsatta grupp människor att söka hjälp från vården samt hur misstro kan motarbetas bör eftersträvas av svenska sjuksköterskor. Forskning som undersöker vårdtagares upplevelser från en specifik svensk kontext är synnerligen begärlig. Tidigare forskning visar att sjuksköterskor verksamma inom svensk primärvård kan finna det svårt att främja psykosocial hälsa bland asylsökande och andra immigranter (Samarasinghe, Fridlund & Arvidsson, 2010). Språkbarriärer, tidskrävande möten med tolkar samt ett svenskt individualistiskt hälsoperspektiv i kontrast till många invandrades kollektivistiska syn anses bidra till att somatiska utredningar prioriteras framför psykisk hälsa (ibid). Leininger (1995) menar att transkulturell kompetens inom omvårdnad är en nödvändighet till följd av ökad global migration. Sjuksköterskor behöver förstå och tillämpa kulturellt medveten och kompetent vård vid möten med människor med en annan förståelse av hälsa och sjukdom än den egna. Förståelse för kulturella skillnader innebär att sjuksköterskan även är kapabel att använda sig av ändamålsenliga strategier i möte med specifika kulturer. Kulturella dimensioner har till stor del förbisetts inom västerländsk psykiatrisk omvårdnad och transkulturell omvårdnad eftersöker ökad förståelse för kulturella mönster, yttranden och inställningar till psykisk hälsa (ibid).

Psykisk ohälsa i form av bland annat PTSD, ångeststörningar och depression är vanligt förekommande bland vuxna flyktingar och asylsökande (Bernardes et al., 2011; Strijk et al., 2011; Lindgren et al., 2012; Lillee et al., 2015). Typer och frekvenser av tidigare trauman samt efterföljande psykisk ohälsa kan även skilja sig beroende på sådant som ursprung och kön (Lillee et al., 2015). Utsatthet för trauman i form av krig, tortyr eller liknande innebär dock inte att man alltid upplever problem senare i livet (Hjern, 1995). Utvecklingsförloppet för posttraumatiska besvär kan se väldigt olika ut och hos vissa uteblir besvären helt. Att automatiskt sjukdomsförklara någon med potentiellt traumatiserande bakgrund innebär onödig stigmatisering och större generaliseringar bör därför undvikas (ibid). Stress lyftes i studier på barn och ungdomar som en viktig faktor i utvecklandet av psykisk ohälsa (Jensen et

al., 2015; Vervliet et al., 2014; Posselt et al., 2015). Många uppgav ett stort antal stressande livserfarenheter i hemlandet och mätningar visade på hög prevalens av posttraumatiska besvär (Jensen et al., 2015). Ungdomar betonade dock postmigratoriska stressorer likt språkbarriärer och överväldigande ansvarskänslor som minst lika viktiga faktorer för deras psykiska hälsa (Posselt et al., 2015).

Stigmatisering och negativa attityder kring psykisk ohälsa diskuterades bland både vuxna (Strijk et al., 2011; Shannon et al., 2015) och barn/ungdomar (Majumder et al., 2015; De Anstiss & Ziaian, 2010; Posselt et al., 2015). Vuxna respondenter beskrev bland annat psykisk ohälsa, psykiatrisk vård och dess tillhörigheter som tabu vilket förhindrade öppen kommunikation och hjälpsökande på grund av rädsla för exkludering från den egna gruppen (Strijk et al., 2011). Denna åsikt speglades även hos ungdomar som hade en problematisk syn på mötet med vårdgivare då man inte gärna pratade med personal från den egna kulturen eftersom de potentiellt kände ens familjemedlemmar. Samtidigt hade man dessutom svårt för att känna tillit gentemot personer från en annan kultur (De Anstiss & Ziaian, 2010). Förståelse för potentiella tabun, stigma och sociala konsekvenser av psykisk ohälsa hos personer från andra kulturer kommer framöver bli en ökad del svenska sjuksköterskors arbete. Enligt Leininger (1995) är kulturell utbildning och förberedelse av personal inom psykiatri viktig för att ett holistisk perspektiv ska kunna bevaras i vården. Ett unikulturellt perspektiv på psykiatrisk vård, som utgår från att alla patienter är lika varandra med samma önsningar och behov, är sedan länge förlegat. Att tillhandahålla kulturspecifik vård som tar hänsyn till olika värderingar, övertygelser och vanor kräver dock arbete från sjuksköterskor i form av reflektion, forskning och utbildning (ibid). Sedan den svenska psykiatrireformen, som bland annat syftade till att flytta mycket behandling mot öppenvården, upplever sjuksköterskor redan en ansträngd och överväldigande arbetssituation (Kristiansen, Hellzén & Asplund, 2010). Ekonomiska nedskärningar, personalbrist och få resurser gör att svenska sjuksköterskor finner det svårt att realisera målsättningar för rehabilitering då arbetsbördan ständigt ökar för personal inom den psykiatriska vården. Sjuksköterskor upplever bland annat att de fått en allt i allo-roll i stöttande av daglig livsföring hos patienter inom öppenvården som är mycket tidskrävande (ibid). Att i en sådan allomfattande roll stötta patienter och samtidigt förstå unika perspektiv på psykisk ohälsa och nyanser av kulturell desorientering, stigmatisering och misstro blir en utmaning för sjuksköterskor när man i sitt arbete outhärligt ska bevara det personcentrerade perspektivet. Tidigare forskning bland svenska sjuksköterskestudenter visar att många finner det svårt att etablera god kommunikation i möte

med patienter från andra kulturer än den egna (Jirwe, Gerrish & Emami, 2010).

Språkförbistringar leder bland annat till att man blir tvungen att förlita sig på kroppsspråk och annan icke-verbal kommunikation i tvärkulturella vårdmöten. En bristande kommunikation kan leda till försämrad omvårdnad och sjuksköterskestudenter menar att ökad kulturell kunskap leder till ökad förståelse och kommunikation i tvärkulturella möten (ibid).

Patienter med psykiska besvär som nyligen anlant till Sverige kommer sannolikt att vara hänvisade till att förlita sig på sjuksköterskors kompetens i betydande omfattning. För att missförstånd till följd av bristande kommunikation och kulturell förståelse inte ska öka arbetsbördan ytterligare och därutöver förbise vårdtagares egna perspektiv och önskemål kan transkulturell utbildning för svenska sjuksköterskor ses som en nödvändighet.

Flera studier framhöll att asylprocessen och asyllagar kan ha en betydande inverkan på psykisk hälsa hos vuxna asylsökande (Strijk et al., 2011; Lindgren et al., 2012; Lillee et al., 2015). Den upplevda problematiken bestod till stor del av osäkerhet kring besked om uppehållstillstånd och en känsla av orättvis behandling. Att inte ha möjlighet att arbeta och försörja sig under denna tid var ytterligare en viktig aspekt som medförde ekonomiska svårigheter och minskad självständighet (ibid). Asylprocessen diskuterades ej lika omfattande i studier på barn och ungdomar vilket kan bero på att respondenter i dessa studier ofta redan hade beviljats uppehållstillstånd. Man kan dock begrunda huruvida juridiska processer möjligtvis uppfattas annorlunda bland flyktingar i unga åldrar. Specifika psykosociala effekter av lagar som reglerar asylprövning och asylsökandes tillvaro bör dock förstås utifrån sin särskilda kontext då lagar och kontakt med myndigheter kan skilja sig väsentligt från ett land till ett annat.

Slutsats och kliniska implikationer

Då målet var att beskriva psykisk ohälsa bland flyktingar och asylsökande utan specifika frågeställningar eller förutbestämda inriktningar speglar föreliggande resultat en bred översikt av fenomenets helhet. Det framtagna resultatet sammanställer flyktingar och asylsökandes självförstådda förklaringsmodeller för psykisk ohälsas etiologi och verkan, erfarenheter av vårdkontakt och statistik från instrument för mätning av symptom och sjukdom. Resultatet innefattar även upplevda barriärer till hjälpsökande från psykiatrisk sjukvård. Genom att systematiskt granska upplevelser av psykisk ohälsa och dess riskfaktorer ökar möjligheten för

implementering av riktade insatser och utbildning av personal. Föreliggande studie presenterar faktorer som potentiellt kan vara viktiga för flyktingar eller asylsökande och ökar därmed förståelse inför mötet med patienter ur dessa grupper. Psykisk ohälsa bland flyktingar och asylsökande består i ett stort antal inverkanse faktorer som frångår enstaka och självklara åtgärder. Erfarenheter från krig och flykt leder tillsammans med ackulturationsproblematik som kommunikationsbrister och utanförskap till en kumulativ psykosocial hälsoeffekt vilket även styrks i utredningar av Socialstyrelsen (2015a). Transkulturell kompetens bör främjas bland verksamma sjuksköterskor i Sverige som ett led i att öka förståelse och kunskap från vårdens sida. En stor arbetsbörda hos sjuksköterskor inom psykiatri samt komplexiteten i psykisk ohälsa bland flyktingar och asylsökande talar för att framtida sjuksköterskor redan under utbildning bör tillhandahållas transkulturell kompetens i förberedande och understödande syfte.

Referenser

- Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (2003). *Transcultural Concepts in Nursing Care* (4 uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Angel, B., & Hjern, A. (2004). *Att möta flyktingar* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- * Bernardes, D., Wright, J., Edwards, C., Tomkins, H., Difo, D., & Livingstone, A. G. (2011). Asylum Seekers' Perspectives on their Mental Health and Views on Health and Social Services: Contributions for Service Provision Using a Mixed-Methods Approach. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 6(4), 3-19.
- Briggs, L. (2011). Demoralization and Psychological Distress in Refugees: From Research to Practice. *Social Work in Mental Health*, 9(5), 336-345. doi:10.1080/15332985.2011.569444.
- Brunt, D., & Hansson, L. (Red.) (2005). *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- * De Anstiss, H., & Ziaian, T. (2010). Mental health help-seeking and refugee adolescents: Qualitative findings from a mixed-methods investigation. *Australian Psychologist*, 45(1), 29-37.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Goffman, E. (1963). *Stigma; notes on the management of spoiled identity* (6 uppl.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hjern, A. (Red.) (1995). *Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar*. Lund: Studentlitteratur.
- * Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L., & Wilhelmsen, N. H. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(1), 106-116. doi:10.1177/1359104513499356.
- Jirwe, M., Gerrish, K., & Emami, A. (2010). Student nurses' experiences of communication in cross-cultural care encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 436-444.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap* (1 uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing – Concepts, Theories, Research & Practices* (2 uppl.). New York: McGraw-Hill.
- * Lillee, A., Thambiran, A., & Laugharne, J. (2015). Evaluating the mental health of recently arrived refugee adults in Western Australia. *Journal of Public Mental Health*, 14(2), 56-68.
- * Lindgren, J., Ekblad, S., Asplund, M., Irestig, R., & Burström, B. (2012). Mental ill health among asylum seekers and other immigrants in Sweden. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 8(4), 167-179.

* Majumder, P., O'Reilly, M., Karim, K., & Vostanis, P. (2015). 'This doctor, I not trust him, I'm not safe': The perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(2), 129-136.

Mead, M. (1947). The implications of culture change for personality development. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 17(4), 633-646.

Michel, P-O. (Red.), Johanesson, K. B., Lundin, T., Nilsson, D., & Otto, U. (2010). *Psykotraumatologi* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Migrationsverket. (2015a). *Statistik*. Hämtad 2015-10-13, från Migrationsverket, <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik.html>

Migrationsverket. (2015b). *Asylsökande 2015 och 2014*. Hämtad 2015-10-27, från Migrationsverket, <http://www.migrationsverket.se/Om-Migrationsverket/Statistik/Asylsokande---de-storsta-landerna.html>

Migrationsverket. (2015c). *Asylregler*. Hämtad 2015-10-13, från Migrationsverket, <http://www.migrationsverket.se/Privatpersoner/Skydd-och-asyl-i-Sverige/Asylregler.html>

Northern Nurses' Federation (NNF). (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*. Oslo: Northern Nurses' Federation.

Ottosson, J. (2015). *Psykatri* (8 uppl.). Stockholm: Liber.

Polit, F. D., & Beck, T. C. (2006). *Essentials of Nursing Research - Methods, Appraisal, and Utilization* (6 uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, F. D., & Beck, T. C. (2014). *Essentials of Nursing Research - Appraising Evidence for Nursing Practice* (8 uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

* Posselt, M., Procter, N., Galletly, C., & de Crespigny, C. (2015). Aetiology of Coexisting Mental Health and Alcohol and Other Drug Disorders: Perspectives of Refugee Youth and Service Providers. *Australian Psychologist*, 50(2), 130-140.

Prop. 1981/82:97. *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.* Tillgänglig: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Forslag/Propositioner-och-skrivelser/om-halso--och-sjukvardslag-m_G50397/?text=true

Samarasinghe, K., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migran families' health. *International Nursing Review*, 57(2), 224-231.

SFS 2008:344. *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* Stockholm: Justitiedepartementet.

* Shannon, P. J., Wieling, E., Simmelink-McCleary, J., & Becher, E. (2015). Beyond Stigma: Barriers to Discussing Mental Health in Refugee Populations. *Journal of Loss and Trauma*, 20(3), 281-296.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014). *Vård för papperslösa - vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2015a). *Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2015b). "Vård som inte kan anstå". Hämtad 2015-10-15, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera/halso-ochsjukvardoch tandvard/vilkenvardskaerbjudas/vardsomintekanansta>

Socialstyrelsen. (2015c). *Vilken vård ska ett landsting erbjuda asylsökande och papperslösa*. Hämtad 2015-10-13, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera/halso-ochsjukvardoch tandvard/vilkenvardskaerbjudas>

* Strijk, P. J. M., van Meijel, B., & Gamel, C. J. (2011). Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(1), 48-55. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00270.x

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

UNHCR. (2016). Facts and Figures about Refugees. Hämtad 2016-04-12, från UNHCR, <http://www.unhcr.org/uk/about-us/key-facts-and-figures.html>

* Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(5), 337-346. doi:10.1007/s00787-013-0463-1.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad Omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (2 uppl.). Lund: Studenlitteratur.

Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2014). Health literacy among refugees in Sweden - a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14(1030). doi:10.1186/1471-2458-14-1030.

* Markerade artiklar ingår i föreliggande studies resultat.