

Stress, sammanhang, återhämtning

Samverkan i mottagandet av nyanlända flyktingar mellan Arbetsmarknadsförvaltningen i Botkyrka kommun, Fittja vårdcentral och Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning

Solvig Ekblad

Eva-Lena Klefbeck

Christina Wennström

Anna-Liisa Pietikäinen

Artikeln redovisar positiva resultat från en samverkan mellan Arbetsmarknadsförvaltningen i Botkyrka kommun, Fittja vårdcentral och Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning avseende hälsoinformation till nyanlända flyktingar med permanent uppehållstillstånd under introduktionsperioden. Syftet med dessa informationsträffar har varit att förmedla kunskaper om hur man kan reagera på traumatisk stress, se sammanhang och hur möjliggöra återhämtning. Denna samverkan utgår från de ramar som finns i flyktningmottagandet i kommunen (Introduktionsplanen) samt Stockholms läns landstings invandrar- och flyktningpolitiska handlingsprogram (4).

Författare är Solvig Ekblad, enhetschef, Enheten för invandramiljö och hälsa IPM, Stockholm, Eva-Lena Klefbeck, konsulent, Arbetsmarknadsförvaltningen, Botkyrka kommun, Christina Wennström, kurator, enheten för flyktningtrauma, Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning, Sydvästra sjukvårdsområdet (SVSO) och Anna-Liisa Pietikäinen, distriktssköterska, Fittja vårdcentral.

Bakgrund

I propositionen om samordnat flyktningmottagande 1989/90:105 (1) föreslogs att "de flyktningmottagande myndigheterna bör för varje flyktning, så snart som möjligt, upprätta en individuell plan för hans eller hennes introduktion". Ansvar för planen ligger hos primärkommunen som också är mottagare av statlig ersättning för flyktningmottagandet. I propositionen anges främst planen som ett instrument i förhållande till svenskundervisning (SFI-undervisning) och arbetsmarknad. Det närmaste den kommer hälso- och sjukvård är eventuellt behov av rehabilitering.

Det saknas en allmänt vedertagen definition på vem som är invandrare och hur länge man är invandrare.

Statens invandrarverk (SIV) har sedan den 1 juli 1994 ett samordningsansvar för statistiken om invandrare och asylsökande. Inom ramen för detta ansvar har SIV kartlagt hur andra myndigheter definierar invandrare i statistiken. Medborgarskap och födelseland är de vanligaste kriterierna. Den vidaste statistiska definitionen inkluderar alla som är födda i ett annat land (nordiska och utomnordiska) eller barn till dem som har fått uppehållstillstånd och blivit folkbokförda i länet. För att bli kyrkobokförd i Sverige skall man ha i avsikt att stanna i minst ett år. Med en snäv definition är utlandsfödda utländska medborgare invandrare (2). *För ytterligare definitioner se rutan.*

Definitioner (3)

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

Flyktingar. Personer som varit asylsökande och sedan av flyktingskäl fått tillstånd att bosätta sig i Sverige.

Övriga skyddsbehövande. Personer som fått tillstånd att bosätta sig i Sverige därför att de i hemlandet riskerar dödsstraff, tortyr eller förföljelse p.g.a. kön eller homosexualitet. Personer som lämnat sitt land p.g.a. krig, inbördeskrig eller miljökatastrof kan också få uppehållstillstånd i Sverige som sk skyddsbehövande.

Kvotflyktingar. Personer som befinner sig utanför Sverige och får komma hit på den särskilda flyktningkvot som regeringen fastställer varje år. Kvoten är till för de personer som befinner sig i en särskilt svår situation, ofta i flyktningläger. De får hjälp att resa till Sverige.

Invandrare. Utlänningar som fått tillstånd att bosätta sig i Sverige av olika skäl. De kan vara flyktingar, nära anhöriga, personer som kommit hit för att arbeta, adoptivbarn, m fl. Nordbor kan invandra till Sverige utan särskilda tillstånd.

I Invandrar- och flyktingpolitiska handlingsprogrammet för Hälso- och sjukvården i Stockholms län (4) talas bl a om regionalt och lokalt samarbete, där sjukvården regelmässigt skall vara med i det regionala och lokala samarbetet tillsammans med invandrarverket och kommunernas flyktingsamordnare. "Syftet skall vara ett gott samordnat flyktningmottagande där sjukvårdens kompetens tas tillvara på ett välplanerat sätt. Varje sjukvårdsområde skall ha regelbundet samarbete med kommunens/kommunernas flyktingsamordnare i syfte att få underlag för planering av flyktningmottagandet inom sjukvårdsområdet och samordna sjukvårdens insatser med övriga insatser både i introduktionsplanerna för den enskilda flykten och i mottagandet i allmänhet" (sid 79).

Det invandrarpolitiska programmet säger vidare att folkhälsoarbetets mål är att "skillnader i ohälsa mellan invandrare och svenskar skall minska, särskilda insatser skall göras för att minska hälsorisker som har ett samband med migration och exil samt strategier för samarbete mellan sjukvårdsområdena och kommunerna skall utvecklas i syfte att nå nya flyktingar inom folkhälsoarbetet" (sid 14).

Trots att vi idag har relativt få asylsökande är det viktigt att utforma en samordnad strategi för framtida flyktningmottagandet dels i länet, dels i hela riket. En av de största utmaningarna inom hälsoområdet blir bl a mot denna bakgrund att förbättra hälsans villkor för de grupper som löper störst risk att drabbas av ohälsa (se *definition av hälsa i ruta 2*). Arbetet bör därvid utgå från samma synsätt som idag präglar stora delar av välfärdspolitiken och arbetet för mänskliga rättigheter utgör en central och integrerad del i generella insatser/program samt specifika insatser att skapa förutsättningar att leva ett hälsosamt liv.

Ett led i detta arbete är att få till stånd ett väl fungerande professionellt nätverk mellan ansvariga myndigheter (landsting och kommuner) och utveckla *lokala modeller* med *utvärdering* utifrån en basarbetsplan med tillägg av frågor kring behov och hälsa, och bli bättre på *individuella insatser* och hjälp-till självhjälpsinsatser. Primärvården är en viktig aktör. Arbetet med introduktionsplaner måste präglas av en helhetssyn där nätverket av samhällsinsatser arbetar i nära kontakt med varandra. Det är angeläget att landstinget tillför de medicinska kunskaperna i det kommunala flyktningmottagandet. Plågsamma och kostsamma somatiska utredningar som tar lång tid borde kunna motverkas genom ett mera integrerat samarbete på ett tidigare stadium. Dessa svår-

Hälsa

Ruta 2

Vi utgår från WHO (=World Health Organization) som är FN:s organ för hälsofrågor och som har definierat hälsa som ett tillstånd som förutsätter både fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. WHO talar om hälsorisker efter följande slag av organiserat våld: krig, terroraktioner, gisslantagan, landsflykt och tortyr. Frisk är man alltså enligt WHO, när man inte av ohälsa hindras att leva ett socialt och ekonomiskt produktivt liv (5). Vi ser dessutom vikten av ett handlingsinriktat och holistiskt hälsobegrepp (6). Det handlingsinriktade hälsobegreppet utgår från att människan är ett handlande subjekt. Holismen består i att samtidigt ta hänsyn till personen, hennes eller hans mål och omständigheterna i vilka hon handlar. Hjort (7) ser hälsa som att man har ett överskott i förhållande till vardagens krav. Detta innebär att se livet som utmaning och möjlighet. Antonovskys modell (8) bygger på känsla av sammanhang (KASAM) bestående av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Modellen utgår ifrån människan som helhet och strävar efter bred kunskap om hennes resurser. Utöver KASAM viktigt för hälsan är copingförmågan vars två huvudfunktioner är förmågan att reglera känslan av stress och förmåga att ändra de omständigheter som orsakar stress. Känslan av egen kontroll och känslan av förutsägbarhet i tillvaron är centrala begrepp.

righeter kan troligen minskas genom att somatiska, psykiatriska och psykologiska aspekter läggs in i en modell för samverkan i flyktningmottagandet. En sådan samverkan modell för tidig prevention har utvecklats i Botkyrka kommun.

En modell för samverkan

På arbetsmarknadsförvaltningen (tidigare invandrarförvaltningen) i Botkyrka kommun, ett geografiskt begränsat område med stor andel invandrare finns starka intressen av samverkan med primärvården och psykiatrin för att möjliggöra återhämtning för den nyanlända flykten. År 1994 hade personalen vid Invandrarförvaltningen sett behovet av generella förebyggande insatser och tagit med hälsoaspekter i introduktionen genom att anställa en handläggare (Eva-Lena Klefbeck) med uppdrag att tillgodose behovet av att traumatiska livserfarenheter hos flyktingar uppmärksammades. Hon skulle vara en intern resurs vid invandrarförvaltningen men också söka former för samarbete med andra vårdgivare. Två parallella aktiviteter samordnades. Samtidigt diskuterades denna fråga i invandrarprojektet vid Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning om hur samarbete kunde ske i ett förebyggande arbete (primär prevention) utifrån en helhetssyn där flera lokala aktörer är viktiga i mottagandet av nyanlända flyktingar i kom-

munen (9-11). Att belysa stress, sammanhang och återhämtning i form av informationsmöten under introduktionsplanen startades i detta samarbete mellan kommun, primärvård och psykiatri.

Under perioden (november 1994 - december 1996) har 11 hälsoinformationsträffar ägt rum med vuxna nyanlända flyktingar i kommunen. Antalet mötesdeltagare har varierat mellan 15 och 26 vuxna plus tolkar. Antalet språkgrupper har varierat mellan 5 och 10 och där bosniska, spanska och arabiska har varit de vanligaste språkgrupperna. Dessa informationsträffar har återupptagits i början 1998 efter det att invandrarprojektets verksamhet på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning permanentades den 1 oktober 1997 i ett kompetenscentrum; enheten för flyktingtrauma som del av Allmänpsykiatriska kliniken, sydvästra sjukvårdsområdet (Huddinge sjukhus) med placering vid Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning.

Syftet med dessa informationsmöten var från starten att på ett pedagogiskt, informativt och respektfullt sätt - sätta in individens livssituation i ett sammanhang, se sambandet mellan trauma och upplevd psykisk hälsa och att informationen som kan "tas emot" är ångest-reducerande

- bli varse och se sina egna möjligheter och resurser och bli "aktörer" i sina liv, (dvs så gott som möjligt få uppleva egen kontroll och kunna förutse sin egen tillvaro), och minimera att eventuella panikåtgärder sker i form av akutbesök på sjukhus

- känna igen sig i gruppen och att inte känna sig som den enda drabbade

-få vägledning var man kan söka för sina besvär/svårigheter i kommunen

Det är viktigt att se såväl kedjan av insatser som när i tiden dessa skall sättas in till den nyanlända flyktingen, t ex få en uppfattning om behov av hälso- och sjukvård före start av SFI-undervisning, och olika arbetsmarknadsåtgärder, så att känslan av ytterligare misslyckanden hos flyktingen undviks. Aktuell forskning visar att flyktingskap och traumatiska erfarenheter är förknippat med hälsorisker. Posttraumatiskt stress-syndrom (PTSD, se rutan intill) är ett stort problem för många flyktingar och praktisk erfarenhet pekar på att dessa symtom utgör ett svårt handikapp under anpassningsprocessen, t ex kan nämnas att förvirringstillstånd och irritabilitet kan öka risken för mer aggressiva beteenden. Depression är ofta en annan samtidigt förekommande diagnos (co-morbiditet) eller psykosliknande tillstånd, vilket kan leda till svårigheter i den diag-

nostiska bedömningen eller att en underdiagnos görs. Till exempel utgör dessa symtom ett gravt hinder för språkinläring och förmågan att tillgodogöra sig ny information i samband med integrationsperioden inklusive sfi och praktik på arbetsplatser, etc. Dessa besvär kan vidare ge upphov till exempelvis svårigheter i föräldrafunktionen med återverkningar i nästa generation, nedsatt arbetsförmåga, bidragsberoende, och marginalisering. Många misslyckas att överhuvudtaget komma in på den svenska arbetsmarknaden och blir därför utlåsta och beroende av de sociala myndigheterna.

Kriterier på posttraumatiskt stress-syndrom enligt DSM-IV (12)

I den senaste versionen av diagnosmanualen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, APA, 1994) krävs att individen förutom att uppvisa karakteristiska reaktioner under traumat, har svårt att fungera socialt till följd av symtomen. Kriterierna är följande:

A. Individen har upplevt en traumatisk händelse som innefattar en reaktion av intensiv fruktan, hjälplöshet eller skräck.

B. Traumahändelsen återupplevs ständigt i återkommande och påträngande minnesbilder av händelsen; inkluderar bilder, tankar, mardrömmar eller perceptioner. Personen kan även få en stark känsla av att händelsen återupprepas, eller uppträda som om händelsen återupprepas.

C. Bestående undvikande av alla stimuli som påminner om traumat och/eller en avtrubning av allmänna reaktionsförmågan.

D. Bestående tecken på överspändhet (arousal) såsom visar sig i ökad vakenhet eller irritabilitet liksom minnes- och koncentrationstörningar.

E. Symtomen måste ha varat i åtminstone en månad (varaktighetskriterium).

F. Störningen orsakar kliniskt signifikanta obehag eller försämrad funktion socialt, yrkesmässigt, inom familjen eller inom andra viktiga områden.

Sist inplanerade

Kontakten med arbetsmarknadsförvaltningen under introduktionsplanen startar med ett kartläggningssamtal för den nyanlända flyktingen med permanent uppehållstillstånd (PUT) eller tillfälligt uppehållstillstånd (TUT) i Botkyrka kommun. Nyanlända familjer kallas till en socialmedicinsk intervju med handläggaren på arbetsmarknadsförvaltningen, kurator eller barnpsykolog på PBU, samt barnläkare från barnläkarmottagningen. Familjens situationen och behov går igenom och det enskilda barnet uppmärksammas (i linje med Barnkonventionen).

Av praktiska skäl blev dessa informationsmöten det sista i raden av fem möten i Introduktionsplanen i kom-

munen och den sist inplanerade. De fyra övriga mötena innehöll följande tema: 1. information/folkbokföring, försäkringskassan, ID-kort, arbetsförmedlingen, information och registrering, 2. ekonomi, 3. tillståndsförfrågor, 4. konsumentfrågor, Botkyrka byggen. Alla vuxna nyanlända flyktingar och anknytningsärenden har mellan november 1994 och december 1996 kallats till denna hälsoinformationsträff. Handläggare på Arbetsmarknadsförvaltningen har först kallat per brev (svenska) alla nyanlända flyktingar /invandrare (anknytningsfall och andra).

Innehållet i träffarna

Dessa hälsoinformationsträffar startade med att personal på arbetsmarknadsförvaltningen i Botkyrka kommun (Eva-Lena Klefbeck eller Yasemin Basogül) höll i ramarna kring mötet, välkomnade deltagarna och där syftet med dessa träffar presenterades, samt introducerade oss övriga (medförfattare) som skulle informera. Inledningsvis nämndes även om sekretess under informationsmötet. Varje deltagare presenterade sig genom namn, vilket deras hemland var och hur länge deras vistelse i Sverige hade varit. Totalt pågick informationsträffen under en och en halv timme och med en kort paus. Efter varje möte träffades artikelförfattarna för att ge varandra en återkoppling om hur informationen upplevts nå åhörarna.

Vi har prövat med uppföljningsträffar där var och en av de nyanlända flyktingarna som deltagit i den första träffen ombetts att fundera vad som var bra/mindre bra i vår information, för att vi skulle få en chans till återkoppling på träffarna och möjligheten att förbättra innehållet efter behov. Vi undrade förstas var "landade" vår information i var och en. Var den användbar på något sätt? Vi hade behovet att höra detta direkt från de nyanlända flyktingarna och i nära anslutning tidsmässigt till informationsmötet. Andra ramfrågor handlade t ex om hur tolkarna placerades i rummet för att alla skulle kunna få sin översättning så tydlig som möjlig, och oklarheten om att få tillstånd att gå ifrån SFI-undervisningen för dessa träffar.

Se samband

Distriktssköterskan Anna-Liisa Pietkäinen, Fittja vårdcentral informerade först om: vårdcentralerna i upptagningsområdet dvs i norra Botkyrka, vilka som söker en vårdcentral, vilka symtom man vanligtvis oroar sig för och söker hjälp för, samt om vårdcentralernas öppettider. En adresslista för vårdcentralerna, MVC och

Frågorna varierade från tillfälle till tillfälle och kunde röra såväl kroppsliga sjukdomar och symtom som psykosociala och existentiella frågor

BVC delades ut i slutet av informationen. De frågor som brukade komma från åhörarna efter denna presentation var följande.

Exempel på frågor från åhörare till distriktssköterskan

-Hur gör man om man behöver läkarhjälp men inte har några pengar?

-När kan man söka en akutmottagning?

-Hur söker man specialistvård (kom ofta från flyktingar som bott i länder där man besökte specialistvård i primärvården)?

-Hur söker man tandvården?

Frågorna varierade från gruppstillfälle till gruppstillfälle och kunde röra såväl kroppsliga sjukdomar och symtom som psykosociala och existentiella frågor. Informationsträffarna visade emellertid att många kom i sitt enskilda ärende till distriktssköterskan efter informationsmötet. Det visade sig efter några informationsträffar att de som sökte vårdcentralen tog i regel med de adresslappar som delats ut under dessa informationsträffar.

Många av frågorna rörde existentiella och oförutsägbara situationer såsom en oro över oviss väntan på sina anhöriga, ekonomin och bostadsförhållanden. De hänvisades i förekommande fall till att ta upp dessa frågor med sina handläggare vid arbetsmarknadsförvaltningen.

Kurator Christina Wennström presenterade Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning och delade ut information om mottagningen. Hon fokuserade på vilka reaktioner/symtom och upplevelser som kan uppstå efter extrema påfrestningar och psykisk traumatisering tidigare i livet och att sårbarheten är individuell. Exempel på extrema påfrestningar som förorsakas av mänskligt våld är trakasserier, misshandel, fysisk och psykisk tortyr, våldtäkt, och krigsskador. Trauman lämnar den drabbade individen med en reaktion av intensiv fruktan, hjälplöshet eller skräck. När en individ utsätts för en farosituation och som vållats avsiktligt av någon rubbas grundtilliten till andra människor och individen kan utveckla en offeridentitet med långsiktiga psykiska skadeverkningar. En individ som konfronteras med en oväntad och överhängande farosituation förlorar kontrollen, därför att invanda reaktionssätt och bemästringsstrategier (coping) inte längre fungerar. Frågor om

livets mening, om odödligheten och andra existensiella frågor aktualiseras när individen utsätts för extrema traumatiska påfrestningar. När vi drabbas av en katastrof har vi normalt skydd av vår omgivning, av familjen och vännerna, arbete/sysselsättning och upplever tillvaron förutsägbart och meningsfull. Sådana stödjande strukturer har flyktingar sällan haft tillgång till i samband med händelsen som föranlett flykten. Själva flykten, att tvingas lämna allt, är nog för att utlösa en personlig kris. Med rätt omhändertagande av flyktingen är det i regel en övergående psykisk störning.

Wennström markerade hur viktigt det är att identifiera de förståeliga reaktioner som uppträder efter olika typer av extrema påfrestningar och åtskilja dem från sjukliga stressreaktioner. Det är en myt att traumatiserade människor oftast inte vill ha hjälp, eftersom det som ska bearbetas är så smärtsamt. Människor reagerar på en rad olika sätt på traumatiska upplevelser. En del reagerar omedelbart, för andra kan det dröja flera år. Att inte reagera, skulle i detta sammanhang kunna ses som mer normalt. Människan reagerar på olika påfrestningar först efter att ha tolkat vad dessa betyder för honom eller henne. Några vanliga normala reaktioner (13) som Wennström tog upp var känslomässiga (ex känslor av hopplöshet, överlevnadsskuld, nedstämdhet, vrede), intellektuella (minnesluckor, koncentrationssvårigheter, självmordstankar), beteendemässiga (ex missbruk av alkohol, droger och medicin, oförmåga att utföra saker man kunnat tidigare, undvikande beteende, överaktivitet vid plötsliga ljus- och ljudstimuli), psykofysiologiska (ex ökad muskulär spänning, smärter, mardrömmar, ändrade sömnvanor infektionskänslighet), relationsmässiga (ex bristande tillit, tvivel på relationer) och andliga (ex andligt tvivel, ifrågasättande av gamla värderingar, känslan av att världen har ändrats, att allt har blivit kaos).

Andra hälften av presentationen handlade om normalisering, dvs individens möjlighet att få en känsla av egen kontroll över sin nya tillvaro, att kunna öka förutsägbarheten av sin vardagssituation och att återhämta sig i det nya landet. Samtidigt med detta behövs ofta den egna identiteten stärkas. Vidare togs det upp

Det är en myt att traumatiserade människor oftast inte vill ha hjälp eftersom det som bearbetas är så smärtsamt

om vikten av egen aktivitet, hjälp-till-självhjälp, acceptans av egna känslor och som inte skall jämföras med andras, att ha tålamod med sig själv och att utvecklingen av känslolivet och återställandet av sitt normal-tillstånd kan ta lång tid. Följande kommentarer som kom från åhörare kunde röra sig om följande.

Exempel på kommentarer från åhörare till kuratorn
Åhörarna kunde kommentera att de kände igen dessa presenterade tillstånd och reaktioner/symtom. Det var en bekräftelse på att det som hänt var sant, även här i Sverige och av infödda svenskar. De fick en bekräftelse på att detta var normala reaktioner och många visade en lättnad i att förstå att man inte höll på bli galen. Många hade emellertid önskat få ta del av denna hälsoinformation i samband med ankomsten till Sverige (åhörarnas antal vistelseår i Sverige skiftade stort). Vid flera möten fanns unga män som inledningsvis visade en tuff attityd, men nästan utan undantag var de mycket mottagliga för vad de fick höra och blev märkbart berörda.

Efter några informationsmöten blev artikelförfattarna medvetna om vikten av att även ta upp om flyktingbarns reaktioner, förmedla framtidshopp och vikten av att barnen så snart som möjligt får en känsla av struktur i vardagen. Den förste artikelförfattaren som är leg psykolog (Solvig Ekblad) har ansvarat för denna information om barns behov, om kriser som drabbar flyktingbarn och deras föräldrar, faktorer som skyddar ett barn mot de skadliga effekterna av trauma, förlust och förändringar, samt hur barn och föräldrar och andra vuxna ofta kommer i otakt med sina känslor och reaktioner och därmed lätt blir missförstådda av varandra. Barnets föreställning om sin odödlighet skakas i grunden av traumat och det krävs en återuppbyggnad av tilliten. Det är en myt att barn glömmar dessa trauman. Trauman kan ofta försena eller blockera barnets sorgearbete. Barn kan reagera på olika sätt: blir nedstämda, aggressiva, regredierar i sitt beteende, har mardrömmar, blir allvarsamma eller reagerar inte alls, blir stumma. Genom att börja tala med barn erbjuder man dem en ventil. I detta sammanhang togs det även upp om vikten att undvika att använda barn som tolk. Det förekommer då och då att personal eller patienter ber barn till den som söker vård att tolka. Barnet blir familjens språkrör. Härigenom kan man undergräva föräldrarnas auktoritet gentemot barnet, vilket kan leda till ökade konflikter inom familjen. Det finns tillika en stor risk för missförstånd, då barnet inte har erfarenhet nog att förstå vuxnas pro-

blem och ofta saknar tillräckliga kunskaper om medicinska, psykologiska och sociala problem (2). Det går att hjälpa flyktningbarn som utsatts för organiserat våld att få kontroll över sina krigsminnen, men detta måste ske samtidigt med att man skapar struktur i flyktningbarnens vardag. En sådan internationell modell har översatts till svenska under namnet STROF-modellen (14). S står för struktur, T = tala med barnet, R=ritualer, O=organiserade aktiviteter, och F=föräldrasamverkan. Exempel på kommentarer från åhörarna kunde vara följande.

Exempel på kommentarer från åhörare till psykologen
De vuxna nyanlända flyktningarna bejakade många gånger informationen och de uppfattade till stor del att barns reaktioner är "normala reaktioner" att tackla sitt nya liv och de svårigheter som finns runtom och i familjen. Budskapet gick fram om varför föräldrar bör undvika att använda sitt barn som tolk i samband med möten till myndigheter, samt insåg de vikten av barnens behov av lek, stimulans och utveckling. Barnen behöver föräldrarnas stöd och det är viktigt att få externa stödpersoner på ett tidigt stadium om inte familjen är i stånd att stödja varandra.

Slutsatser

* Det är klart relevant med samarbete mellan kommun, primärvård och psykiatri för att belysa traumatisk stress, se sambandet mellan trauma och upplevd psykisk hälsa och återhämtning i form av informationsmöten under introduktionsplanen för nyanlända flyktingar.

* Det är möjligt att bygga upp en krismedvetenhet om trauma, sammanhang och återhämtning hos den enskilde flykten genom en informationsträff, och ju tidigare detta sker efter ankomsten desto bättre.

* Flyktingar (barn som vuxna) är inte en generell grupp utan alla är unika med sitt bagage av risk- och buffertfaktorer. Därför karakteriserades varje informationsträff av en flexibilitet i förmedlandet av informationen eftersom åhörarnas bakgrund varierade från gång till gång. Att mötas i dialogen var centralt.

* Tillströmningen av patienter har av denna erfarenhet inte ökat till psykiatriska öppenvårdsmottagningen efter dessa träffar, snarare förebyggt behovet att söka.

* Informationsträffarna har bidragit till följande antaganden och som behöver studeras vidare:

-Symtomen kan tyda på något annat än det som i förstnämnda verkar mest uppebart och därför är det centralt att se betydelsen av normalisering av traumatisk stress, samman-

hang och återhämtning tidigt i introduktionsplanen. Hur skall myndigheterna kunna undvika "administrera folk" och ställa lagom krav och möjliggöra känslan av kontroll över sin tillvaro så snabbt som möjligt efter ankomsten?

-Screeninginstrument för att tidigt upptäcka riskpersoner för psykisk ohälsa som har samband med migration och exil behöver utvecklas och utvärderas samt i förekommande fall påföljas av individuell upplagd behandling före introduktionsplanen startar med svenskundervisning etc. Viktigt är att de basala behoven t ex bostad och ekonomi är ordnade innan man kan känna efter hur man mår emotionellt, "ta till sig" påminnelsen om trauma?

- Det är viktigt att olika alternativa behandlingsmetoder, såväl kortsiktiga som långsiktiga, prövas och utvärderas i kontrollerade studier. Redan idag pågår detta, där behandlingsresultaten varit lovande hittills.

REFERENSER

1. Regeringens proposition om samordnat flyktningmottagande och nytt system för ersättning till kommunerna, m.m. 1989/90:105.
2. Ekblad S, Janson S, Svensson P-G: Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Liber Utbildning, 1996.
3. Statens invandrarverk. Invandrarverket informerar om..... Vem får stanna? Augusti 1997.
4. Stockholms läns landsting. Invandrar- och flyktningpolitiskt handlingsprogram för Hälso- och sjukvården i Stockholms län, dec, 1995.
5. World Health Organization. Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all. Köpenhamn: WHO, 1985.
6. Eriksson C: Samverkan för folkhälsa i ett lokalt och globalt perspektiv. Socialmedicinsk tidskrift 1996;5:237-242.
7. Hjort P: Om helsebegrepet og det forebyggende helsearbeid. I: A. Bjørndal (red) Folkehelsen i Norden. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1993.
8. Antonovsky A: Health, Stress and Coping, San Francisco, 1979.
9. Ekblad S: Diagnostik och behandling av patienter med invandrarbakgrund. En ettårsuppföljning på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Stressforskningsrapport 1996 nr 262.
10. Ekblad S, Eklundh T, Wennström C, Al-Falahe N, Känsälä R, Westin M: Posttraumatiskt stressyndrom bland patienter med invandrarbakgrund. Stressforskningsrapport 1997 nr 272.
11. Ekblad S m fl: Diagnostik och behandling av patienter med invandrarbakgrund. Metodutveckling under det fjärde projektåret, manus, 1998.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV (4 uppl). Washington, DC, 1995.
13. Sarovic I (red): Krigstrauma och återhämtning (broschyr). Svensk översättning av A. Kullander och L. Parknäs, American Federation of State, Country of Municipal Employees, AFL-CIO, 1993.
14. Gustafsson LH, Lindkvist A, Böhm B: Barn i krig. Stockholm: Verbum Gothic, 1987.