

# FÖRVÄNTNINGAR, ERFARENHETER OCH FÖRBÄTTRINGAR AV LANDSTINGET VÄSTMANLANDS FLYKTINGVERKSAMHET

- ETT PERSONALPERSPEKTIV

**CECILIA ANDRÉASSON**

Akademien för hälsa, vård och  
välfärd  
Folkhälsovetenskap  
Avancerad  
30hp  
Folkhälsoprogrammet  
OFH027

*Handledare: Per Tillgren*  
*Examinator: Maja Söderbäck/  
Per Tillgren*  
*Datum: 2013-08-13*

## **SAMMANFATTNING**

Hälso- och sjukvård utgör en viktig del i nyanlända flyktingars integration. För att förbättra möjligheterna att delta i kommunens introduktionsprogram samt tillgodogöra sig hälso- och sjukvårdens insatser genomförde Landstinget Västmanland projektet ”Samlad flyktingverksamhet för hälso- och sjukvård”. Genom projektet skapades Asyl- och Integrationshälsan, som utgör basen i landstingets flyktingsjukvård.

Syftet med studien var att beskriva personalens upplevelser under projekttiden utifrån förväntningar, erfarenheter och förbättringar.

Data insamlades genom individuella intervjuer utifrån en intervjuguide. Informanter valdes på Integrationsenheten i Västerås stad och vid Asyl- och Integrationshälsan i Landstingets Västmanland. Intervjuerna bandades och materialet analyserades genom innehållsanalys.

Resultatet visade att informanterna gjorde övervägande positiva erfarenheter av en samlad flyktingverksamhet och de flesta förväntningarna uppfylldes. Sammanfattningsvis har projektet bidragit till att fördjupa kunskapen kring målgruppen samt ökat förståelsen för flyktingsjukvårdens komplexitet.

Nyckelord: asylsökande, flykting, hälsofrämjande introduktion, migration, integration

## **ABSTRACT**

Health care is an important part in the introduction of the newly arrived refugees. To improve the ability to participate in municipal induction program and assimilate health care interventions the Västmanland County Council conducted the project "Collective refugee operations for health care." Through the project the Asylum and Integration Health was created, which form the base of the County Council's refugee health care.

The aim of the study was to describe the staff's experiences during the project based on expectations, experiences and improvements.

Data were collected through individual interviews based on an interview guide. Informants were selected from the Integration Unit in the city of Västerås and at the Asylum and Integration Health in Västmanland County Council. The interviews were taped and the material was analysed by content analysis.

The results showed that the informants had positive experiences of a single refugee operation and most expectations were met. In summary, the project has helped to deepen the knowledge about the target group and increased our understanding of refugee medical complexity.

Keywords: asylum seeker, refugee, health promotion, introduction, migration, integration

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING .....	1
2 BAKGRUND .....	2
2.1 Definitioner och begrepp .....	2
2.2 Styrdokument .....	3
2.2.1 Internationella styrdokument .....	3
2.2.2 Nationella styrdokument .....	3
2.2.3 Regional överenskommelse .....	4
2.2.4 Lokala styrdokument .....	4
2.3 Det internationella arbetet för mänskliga rättigheter .....	4
2.3.1 Hälsa – en mänsklig rättighet .....	5
2.4 Svensk flyktingpolitik .....	7
2.4.1 Ansvar och finansiering av flyktingmottagande .....	9
2.4.2 Hälsöfrämjande introduktion av flyktingar .....	9
2.5 Hälsa- och sjukvårdensorganisation .....	11
2.5.1 Landstingens organisation av flyktingmedicinsk verksamhet .....	12
2.6 Flyktingmedicinsk verksamhet i Landstinget Västmanland .....	12
2.6.1 Asyl- och Integrationshälsan – en samlad flyktingmottagning .....	14
2.7 Problemformulering .....	16
3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR .....	16
4 METOD OCH MATERIAL .....	17
4.1 Studiens design .....	17
4.2 Studieobjekt, urval och avgränsning .....	17
4.3 Intervjuguide .....	18
4.4 Insamling av data samt utskriftsförfarandet .....	18
4.5 Bearbetning och analys av materialet .....	19
4.6 Etiska överväganden .....	19
4.7 Kvalitetskriterier för kvalitativa studier .....	20
5 RESULTAT .....	20

5.1 Förväntningar .....	20
5.2 Erfarenheter .....	23
5.3 Förbättringar .....	26
6 DISKUSSION .....	29
6.1 Metoddiskussion.....	29
6.1.1 Rekrytering av informanter .....	29
6.1.2 Val av metod .....	30
6.1.3 Genomförandet av intervjuerna.....	30
6.1.4 Bearbetning och analys .....	31
6.1.5 Kvalitetsaspekter i studien .....	32
6.2 Resultatdiskussion.....	32
6.2.1 Förväntningar .....	32
6.2.2 Erfarenheter .....	33
6.2.3 Förbättringar.....	34
6.3 Framtida forskningsutmaningar .....	37
6.4 Etiska aspekter.....	38
7 SLUTSATSER.....	38
8 EFTERORD .....	38
REFERENSER.....	
Bilaga 1      Intervjuguide	
Bilaga 2      Modell för analysarbetet	

## 1 INLEDNING

Asylsjukvården i Landstinget Västmanland organiserades fram till 2007 i en särskild enhet, Asylhälsan. När asylsökande flyktingar fått uppehållstillstånd och blivit folkbokförda, fick de lämna denna enhet och lista sig på en allmän vårdcentral nära sitt boende. De nyanländas hälsoproblem och mötet med en ny kultur och ett nytt språk innebar svårigheter att tillgodogöra sig samhällets insatser samt hälso- och sjukvård.

Migrationsverket bedömde att flyktingströmmen till Sverige skulle avta mot slutet av 90-talet. Till följd av detta riskerade Asylhälsan att läggas ner, med hänvisning till höga kostnader för att organisera asylsjukvården i en speciell enhet. För att förhindra nedläggning skulle en förlängd kontakt med Asylhälsans samlade kompetens kunna erbjudas de flyktingar som nyligen fått uppehållstillstånd. Asylhälsans kompetens och erfarenhet att bemöta människor med problem skiljde sig från det vardagliga hälso- och sjukvårdsarbetet. Flyktingarna skulle härmed erbjudas en längre period på Asylhälsan och få sina hälso- och sjukvårdsbehov bättre tillgodosedda, vilket borde minska risken för ett fortsatt utanförskap på grund av ohälsa.

Landstinget Västmanland behövde förbättra hälso- och sjukvårdens insatser för flyktingarna. Erfarenheter visade att många nyanlända flyktingar haft alltför svårt att tillgodogöra sig kommunernas introduktion tillräckligt bra för att klara sig självständigt. Betydelsen av god hälsa för nyanlända var uppenbar hos såväl hälso- och sjukvården som dess samverkanspartner. Att redan under asyltiden lägga grunden till hälsofrämjande åtgärder uppfattades som en framgångsfaktor. En god hälsa och vård på lika villkor gäller även för asylsökande människor.

För att utreda om samordnad hälso- och sjukvård skulle kunna förbättra förutsättningarna för asylsökande samt för de som beviljats asyl, beslutade Landstingsstyrelsen 2006 att genomföra projektet ”Samlad flyktingverksamhet för hälso- och sjukvård”. Grundtanken var att samlad kunskap bidrar till en bättre hälso- och sjukvård för målgruppen. För att uppnå en hälsofrämjande introduktion bedömdes kunskaper i migration, flyktingskap, kulturell mångfald och ohälsans konsekvenser vara viktiga faktorer. Samlad och specifik kompetens i flyktingmedicinska frågor torde skapa ökad trygghet i den nya livssituationen.

Under ett antal år arbetade författaren i Landstinget Västmanland med frågor kring hälso- och sjukvård till asylsökande samt flyktingar som fått uppehållstillstånd. Projektet ”Samlad flyktingverksamhet för hälso- och sjukvård” genomfördes 2007 – 2010. Studien belyser erfarenheter från Asyl- och Integrationshälsans mottagning åren 2009 – 2010.

Arbetet med föreliggande uppsats har försenats, vilket föranlett författaren att göra ett avslutande tillägg i form av ett efterord, som beskriver den utveckling som Asyl- och Integrationshälsan genomgått efter projekttiden och sedan verksamheten permanentades.

## 2 BAKGRUND

I Landstingsplanen (2008) anges att alla västmanlänningar ska ha tillgång till en god och jämlik hälsa på lika villkor samt att sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser ska utvecklas. Målsättningen är att bibehålla alternativt förbättra hälsan för de människor som är nya i Sverige och Västmanland.

Landstinget Västmanland ville pröva konceptet att samla kunskap för en bättre vård genom att samordna behandling och arbetsformer. För att erhålla en hälso- och sjukvård som är grundad på patientsäkerhet och därmed uppnå bättre vård, behövde landstinget samla kunskapen för att arbeta på ett resursmässigt effektivt och smidigt sätt. Framgångsfaktorerna antogs vara hög kompetens i flyktingmedicinska frågor där personalen har en bred kompetens och möjlighet att ersätta varandra vid frånvaro samt kunskaper i att arbeta genom tolk.

För att kvalitetssäkra insatserna till asylsökande och personer med nya, permanenta uppehållstillstånd, beslutade Landstingsstyrelsen i september 2006 att bygga upp en vårdcentral, som introducerar till svensk hälso- och sjukvård. Verksamheten skulle bedrivas i projektform under tre år, d v s under kommunens introduktionsperiod. Ambitionsnivån för målgruppen skulle höjas med bättre kunskaper i flyktingmedicinska frågor. Att koncentrera hälso- och sjukvårdens resurser i en särskild verksamhet beräknades öka förutsättningarna för ett förbättrat omhändertagande, där kompetens och resurser används rationellt och kostnadseffektivt. Ohälsa och hälsorelaterad problematik utgör hinder för en bra introduktion, varför hälso- och sjukvård är en viktig del av integrationen.

En samlad flyktingverksamhet antogs skapa betydande samordningsvinster och ökade förutsättningar för Landstinget Västmanland att utveckla spetskompetens i flyktingmedicinska frågor. Med somatisk och psykiatrisk kompetens inom samma verksamhet skulle behandlingsarbetet förbättras. Förvärvade erfarenheter och utvecklade kunskaper i flyktingmedicinska frågor gör Asyl- och Integrationshälsan till en resurs för andra verksamheter i landstinget.

Landstingsstyrelsen (2009) beslutade att Asyl- och Integrationshälsan från och med första februari 2010 skulle övergå från projekt till ordinarie verksamhet.

### 2.1 Definitioner och begrepp

Författaren valde att beskriva definitioner och begrepp direkt i texten. Källan är Migrationsverkets hemsida <http://www.migrationsverket.se> (Hämtad 2013-06-04)

## 2.2 Styrdokument

Konventioner, lagar, förordningar samt regionala och lokala överenskommelser styr flyktingars rättigheter och möjligheter till bland annat vistelse och hälso- och sjukvård.

### 2.2.1 Internationella styrdokument

*FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna* (1948) innehållerrättigheter som finns i ett antal konventioner som är bindande för de anslutna staterna. Majoriteten av världens länder är anslutna och utgör därmed ett universellt ramverk för arbetet med de mänskliga rättigheterna.

*FN:s flyktingkonvention* eller Genèvekonventionen anger de rättigheter en stat garanterar den som söker asyl eller den som vistas i inom landets gränser som flykting.

*FN:s barnkonvention* definierar vilka rättigheter som bör gälla för alla barn upp till 18 år i hela världen oavsett samhälle, kultur eller religion i de länder som ratificerat den.

*Dublinförordningen* är den förordning som reglerar vilket land som ansvarar för asylärendet. Asylansökan kan bara prövas av ett av medlemsländerna.

*Schengenavtalet* har undertecknats av 13 av EU:s medlemsländer. Sverige är ett av de länder som undertecknat avtalet. Norge och Island, som saknar medlemskap i EU har istället tecknat ett samarbetsavtal. Syftet med avtalet är att underlätta fri rörlighet inom EU:s område.

### 2.2.2 Nationella styrdokument

*Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL) innehåller de grundläggande reglerna för all hälso- och sjukvård. Lagen anger mål för hälso- och sjukvården och krav på god vård (SFS 1982).

*Lagen om mottagande av asylsökande med flera* innehåller den asylsökandes rätt till sysselsättning och bistånd samt olika myndigheters ansvar (SFS 1994).

*Mål för folkhälsan*, Regeringens proposition (2002) uttrycker att det är angeläget att förbättra skillnaderna i hälsa mellan olika grupper i samhället. Folkhälsan ska särskilt förbättras för de grupper som är mest utsatta för ohälsa. Personer med utländsk bakgrund utgör en sådan grupp.

*Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige* (Integrationsverket 2004) är ett samarbetsdokument mellan olika myndigheter, institut och förbund, som beskriver de principer som ligger till grund för den nationella samsynen. Dokumentet redogör för



samhällets ansvar och insatser och särskilt viktiga utvecklingsområden (Integrationsverket 2004).

*Utlänningslagen* innehåller regler som gäller för utlänningars vistelse i Sverige, uppehållstillstånd och arbetstillstånd samt regler för avvisning och utvisning (SFS 2005).

### 2.2.3 Regional överenskommelse

*Överenskommelse om samarbete om flyktingintroduktionen i Västmanlands län 2008-2014* är ett dokument som beskriver samverkansarbetet mellan olika myndigheter i Västmanlands län. Målet är en förbättrad regional samverkan kring länets introduktionsarbete (Tilly & Brogaard 2008).

### 2.2.4 Lokala styrdokument

*Landstingsplanen* (2008) är det övergripande dokument som reglerar Landstinget Västmanlands arbete under kommande verksamhetsår och revideras varje år.

*Vårdval Västmanland* (2008) är länets närsjukvårdsprogram. Programmet beskriver närsjukvården och familjeläkarverksamheten (Närsjukvårdsprogram: Landstinget Västmanland)

*Kvalitetsmålen* (2008) utgörs av en specificering av kvalitetsmål kopplade till ekonomiska incitament. Kvalitetsmålen beslutas i Landstingsstyrelsen. (Kvalitetsmål: Landstinget Västmanland).

## 2.3 Det internationella arbetet för mänskliga rättigheter

Människor har alltid flytt krig, intern oro och förföljelse för att söka skydd i andra länder. En flykt från förtryck och nöd som ”oskyldiga offer i de stora människornas krig” (Summerfield 2002). Det internationella arbetet för mänskliga rättigheter utgår från FN:s allmänna förklaring från 1948.<sup>1</sup> De rättigheter som omfattas i förklaringen har vidareutvecklats och förts in i ett antal konventioner, som är bindande för de anslutna staterna. Exempel på sådana är konventionen mot rasdiskriminering, diskriminering av kvinnor, barnets rätt och konventionen mot tortyr. Tillsammans utgör de ett universellt ramverk för arbetet med de

---

<sup>1</sup><http://www.manskligarattigheter.gov.se> 2013-06-04

mänskliga rättigheterna. En majoritet av världens länder har anslutit sig till att följa konventionerna.

I FN:s flyktingkonvention<sup>2</sup> som har undertecknats av mer än 130 länder, finns inskrivet att förföljda personer är skyddade och att mottagarlandet förbinder sig att ge en fristad till personer som har flyktingskäl. Konventionen, även kallad Genève-konventionen eller 1951 års konvention om flyktingars rättsliga ställning är en internationell konvention. Den kom till för att ge skydd åt de som var flyktingar på grund av andra världskrigets händelser. Genom ett tilläggsprotokoll 1967 utvidgades den att gälla även flyktingar utanför Europa och tiden före 1951.

Konventionen reglerar staternas skyldigheter avseende flyktingar. Den definierar vilka personer som räknas som flyktingar och vilka som inte omfattas, t ex krigsförbrytare. Enligt konventionen är flyktingar personer som anser sig förföljda i sitt hemland på grund av ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning, kön eller sexuell läggning eller att personen tillhör en viss samhällsgrupp.

Konventionen om barnets rättigheter, barnkonventionen<sup>3</sup> antogs av FN:s generalförsamling 1989. Sverige ratificerade den 1990, som ett av de första länderna. Trots att det gått mer än tjugo år har Sverige ännu inte införlivat barnkonventionen i all tillämplig lagstiftning.

Barnkonventionen är en del av den internationella folkrätten och definierar vilka rättigheter som bör gälla för alla barn i hela världen oavsett samhälle, kultur eller religion. Den gäller för alla barn upp till 18 år i de länder som ratificerat den, d v s undertecknat och åtagit sig att följa den och innehåller 54 artiklar. Artiklarna 2, 3, 6 och 12 anger de fyra grundprinciperna, som säger att alla barn har samma rättigheter och lika värde, att barnets bästa alltid ska prioriteras, uttrycker varje barns rätt att överleva och utvecklas samt barnets rätt att uttrycka sin mening (Englundh 2008). Artikel 3 – barnets bästa utgör grundpelaren. Den anger att barnets bästa ska gälla i alla frågor som rör barnet, vilket avgörs i varje enskilt fall.

### 2.3.1 Hälsa – en mänsklig rättighet

Hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller skada (WHO 1946). Hälsa är en mänsklig rättighet, där socioekonomiska faktorer såsom mat, boende och hälsofrämjande miljöer, men också tillgång till hälso- och sjukvård ryms. FN:s rapportör Paul Hunt, har uppmanat Sverige att integrera rätten till hälsa och andra mänskliga rättigheter i alla svenska hälsostrategier (Hunt 2007).

---

<sup>2</sup><http://krsvok.fi/en/fns-flyktingkonvention> 2013-06-12

<sup>3</sup><http://unicef.se/barnkonventionen> (Hämtad 2013-06-14)

Psykiska hälsoindikatorer påverkas av flyktingskap. Efter bosättning i nya länder visade flyktingar med hög ålder, hög utbildningsnivå, kvinnligt kön samt förlust av status sämre psykisk hälsa (Porter & Haslam 2005). Flyktingars psykiska hälsa gynnas av snabb tillgång till samma rättigheter som bofasta. En bra flyktingpolitik innebär att ge vård utifrån behov och därmed skapa förutsättningar för långsiktig hälsa och välbefinnande (Ekblad & Söndergaard 2005).

En intervjustudie av 586 kambodjanska flyktingar mellan 35 och 75 år med uppehållstillstånd, undersökte den psykiska hälsan. Flyktingarna hade levt i Kambodja under Röda khmerregimen och hade vid studietiden varit bosatta i Kalifornien sedan 20 år. De intervjuade flyktingarna hade utsatts för extremt våld och de flesta hade varit nära att dö av svält. Nästan alla hade förlorat en familjemedlem eller nära vän på grund av mord. Mer än hälften led av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), hälften av depression medan endast en liten andel hade utvecklat ett alkoholmissbruk. Depression och posttraumatiskt stressyndrom förekom oftast samtidigt. Faktorer som hade särskilt samband med dessa diagnoser var hög ålder, dåliga språkkunskaper, arbetslöshet och fattigdom (Marshall et al 2005).

Även Söndergaard har påvisat att om flyktingen utsätts för stress efter ankomsten till det mottagande landet påverkas hälsan även på längre sikt (Söndergaard 2002). Goda förutsättningar för den asylsökande skapas genom att hjälp och stöd sätts in så tidigt som möjligt under asyl- och introduktionstiden. Detta gäller även om flyktingen återvänder till hemlandet (Integrationsverket 2004).

Betydelsen av upprättelse efter svåra upplevelser för den psykiska hälsan undersöktes i en studie av 1348 överlevande i Turkiet. Dessa hade upplevt trauman som strid, tortyr, belägring eller flyktingskap. Cirka 80 procent kände orättvisa på grund av utebliven upprättelse, som till exempel att krigsförbrytarna var ostraffade. De överlevande kände större rädsla, hade sämre kontroll över sina liv, mindre tilltro till människor samt en större gudstro än kontrollgruppen. Rädsla och bristande kontroll visade starkt samband med posttraumatiskt stressyndrom och depression. Det förväntade sambandet mellan posttraumatiskt stressyndrom och emotionella reaktioner på utebliven upprättelse kunde dock inte påvisas. Individens känsla av trygghet och kontroll över sitt liv verkar viktigast för lindring av posttraumatisk stress och depression (Basoglu et al 2005).

Hälsa 21 – hälsa för alla på 2000-talet fick sitt namn efter dokumentet WHO Region document: *Health 21 – Health for all in the 21<sup>st</sup> Century* (1999) och omfattar ett antal målområden för en förbättrad hälsoutveckling. Planen ger politisk vägledning för arbetet med att skapa social rättvisa och bättre hälsa. Den utgör också en etisk och vetenskaplig referensram för att värdera hälsokonsekvenser av politiska beslut och åtgärder. Befolkningens hälsa bör ligga till grund för utvecklingsåtgärder inom alla samhällsområden. Det som särskilt berörflyktingar är målen för en hälsosam start i livet, bättre psykisk hälsa, tillgång till familje- och samhällsorienterad primärvård och kunskap om hälsans bestämningsfaktorer.

WHO inledde det strategiska arbetet med att ta fram hälsofrämjande strategier för en förbättrad hälsa i världen med konferenser i olika världsdelar. Den första genomfördes i Ottawa 1986. I Ottawamantestet, The Ottawa Charter (WHO 1986) enades parterna om grundprinciperna för folkhälsoarbete samt lyfte fram fem aktionsområden: att bygga upp en hälsoinriktad samhällspolitik, att utveckla personliga färdigheter, att stärka insatser på lokal nivå, att skapa stödjande miljöer samt att omorientera hälso- och sjukvården mot hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Hälsofrämjande arbete definieras som den process som ökar människors möjlighet att skapakontroll över den egna hälsan och därmed förbättra den. En förutsättning för denna process är stödjande miljöer. Manifestet belyser utvecklingen av kunskap om hur folkhälsoinsatser bör planeras och genomföras för att vara verksamma.

Vår hälsa påverkas av bestämningsfaktorer såsom ålder, kön, arv, levnadsvanor och livsvillkor, hälsans bestämningsfaktorer. Levnadsvanor har ett starkt samband med livsvillkoren. Särskilt sårbara är personer med låg utbildning, dålig ekonomi, bristande inflytande på arbetsmarknaden och på den egna livssituationen (Pellmer & Wramner 2007).

Hälsofrämjande arbete utgår från ett antal grundläggande principer såsom empowerment, delaktighet, helhetssyn, jämlikhet, tvärsaktoriellt arbete och vidmakthållande (WHO 2001).

WHO's definition av begreppet empowerment, dvs egenmakt, är: "Inom hälsofrämjande är empowerment en process, genom vilket individer får större kontroll över de beslut och handlingar som påverkar deras hälsa." Att ha kontroll över den egna livssituationen är en viktig faktor för att förebygga ohälsa och främjar människors deltagande och inflytande.

När de grundläggande principerna ingår i det hälsofrämjande arbetet finns goda förutsättningar att förbättra människors sociala och miljömässiga levnadsvillkor. Principerna handlar om att utveckla hälsoprioriteringar i lokala, regionala, nationella och internationella policys och program. Hälsa och utveckling är centrala angelägenheter för de politiska systemen och upp-manar till att påverka de sociala, ekonomiska och miljörelaterade faktorer, som har betydelse för hälsan.

## **2.4 Svensk flyktingpolitik**

Den svenska flyktingpolitiken omfattar både flyktingmottagande i Sverige och internationellt arbete för att motverka och lösa de konflikter, som leder till att människor drivs på flykt. Sverige bidrar ekonomiskt till FN:s flyktingkommissariat (UNHCR) och andra organisationer, som hjälper flyktingar. UNHCR uppmanar andra länder att ta gemensamt ansvar för världens flyktingproblem, samarbetar med Europeiska unionen (EU) i flyktingfrågor samt hjälper de som frivilligt vill återvända till sitt hemland.

Sedan 1950 tar Sverige årligen emot flyktingar, så kallade kvotflyktingar, som behöver ett nytt hemland. Kvotflykting är en utländsk medborgare, som före resan till Sverige, fått uppehållstillstånd inom den flyktingkvot som regeringen fastställt. Antalet varierar årligen mellan 1700 och 1900. Uttagningen sker i samarbete med FN's flyktingorgan UNHCR. Flyktingarna kommer ofta direkt från ett flyktingläger. Under 2010 tog Sverige emot 1799 kvotflyktingar.<sup>4</sup>

Även en flykting, som inte är flykting enligt FN:s flyktingkonvention, kan få asyl i Sverige. Dessa personer kallas i lagen för skyddsbehövande, vilket innebär att de har lämnat sitt hemland av starka skäl, t ex för att de hotas av dödsstraff eller tortyr. De kan också söka asyl därför att det pågår en yttre eller inre väpnad konflikt i hemlandet. Även personer i synnerligen ömmande omständigheter, som t ex lider av en livshotande sjukdom där möjligheter till behandling saknas i hemlandet kan få stanna i Sverige. Omständigheterna ska vara knutna till individens hälsa och situationen i hemlandet. En samlad bedömning av sådana omständigheter kan leda till uppehållstillstånd. En asylsökande är en utländsk medborgare som kommit till Sverige och begärt skydd mot förföljelse och ännu inte fått sin ansökan prövad. Asyl innebär ett uppehållstillstånd som beviljas en utländsk medborgare som är flykting enligt utlänningslagen. Flykting är den som söker asyl och fått tillstånd att som flykting bosätta sig i Sverige.

Under lång tid har många flyktingar kommit till Sverige för att söka skydd. Migrationsverket är den myndighet som handlägger alla migrationsärenden. För den som söker asyl och beviljas uppehållstillstånd börjar processen i Migrationsverkets mottagningssystem. De flesta söker uppehållstillstånd av politiska skäl och den som får asyl beviljas permanent uppehållstillstånd. Flyktingen kan också beviljas ett tidsbegränsat uppehållstillstånd, på grund av att det exempelvis råder ett osäkert läge i hemlandet. Dublinförordningen, som gäller mellan EU-länderna, innebär att den som är flykting inte har rätt att välja asyl i ett annat land. Asyl ska sökas i det första land personen kommer till. Rådets förordning (EG) nr 343/2003 antogs den 18 mars 2003.<sup>5</sup> Förordningen innehåller kriterier och mekanismer för att avgöra vilken medlemsstat, som har ansvaret för att pröva en asylansökan, som en medborgare lämnat in i tredje land.

Vid fem tillfällen under ett år lämnar Migrationsverket information över verksamhet och ekonomi till regeringen. Under flera år minskade antalet asylsökande personer, för att under hösten 2010 öka igen. Ökningen utgjordes i huvudsak av minoriteter från Västra Balkan och de flesta kom från Serbien. Enligt prognosen för 2011 borde mellan 25 000 och 35 000 personer söka asyl i Sverige. Antalet ensamkommande barn beräknades till 2400.

Migrationsverket bedömde att antalet asylsökande från Afghanistan skulle öka, medan verket uppskattade att asylsökande från Somalia skulle minska. Antalet asylsökande från Irak

---

<sup>4</sup><http://www.migrationsverket.se/info/3346.html> 2010 09 15

<sup>5</sup><http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:050:0001:0010:SV:PDF> 2013-06-04

förväntades ligga kvar på en relativt låg nivå jämfört med tidigare. Sverige tar dock fortfarande emot fler asylsökande från Irak och Somalia än andra länder i Europa. Preliminära siffror från Migrationsverket visar att närmare 31 900 personer sökte asyl i Sverige under 2010. De flesta kom från Serbien, följt av Somalia, Afghanistan och Irak. Ungefär var tredje person beviljades asyl. Under 2009 ansökte drygt 24 000 personer om asyl i Sverige, vilket var något färre än 2008.<sup>6</sup>

#### 2.4.1 Ansvar och finansiering av flyktingmottagande

Regeringen tillsatte 2007 en utredning med uppdrag att lämna förslag om ansvar, utformning och finansiering av mottagandet av flyktingar och skyddsbehövande samt deras anhöriga. Översynen omfattade den första tiden efter beviljat uppehållstillstånd. Utredningen kom fram till att landstingens ansvar främst omfattar primärvård (SOU 2008). Landstinget ersätts för vissa sjukvårdskostnader, kostnader för hälsoundersökningar samt extraordinära kostnader för vårdinsatser till flyktingar (SFS 1996).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 1982) har landstinget ett övergripande ansvar för flyktingar och invandrare. Landstinget ska ge gömda barn samma hälso- och sjukvård samt tandvård som bosatta barn, medan vuxna flyktingar som lever gömda endast har rätt till akut vård. Skyldigheten att erbjuda asylsökande hälso- och sjukvård samt tandvård har skrivits in i en lag, som trädde i kraft den 1 juli 2008. Lagen om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. (SFS 2008) innebär en formalisering av de avtal som tidigare gällde mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Förutom hälso- och sjukvårdslagen utgör smittskyddslagen och tandvårdslagen den lagreglerade grunden.

#### 2.4.2 Hälsöfrämjande introduktion av flyktingar

Det övergripande målet med en hälsöfrämjande introduktion av flyktingar är en god integration i det svenska samhället. Introduktionen underlättas av vissa grundläggande förutsättningar, såsom exempelvis god hälsa. Enkla samband mellan etniskt ursprung och hälsa är svåra att finna. Skillnader i hälsa mellan grupper från olika ursprungsländer förklaras istället främst av olika livsvillkor i mottagarlandet Sverige. Levnadsvanor, klasstillhörighet, kön, utbildningsnivå och yrke är starkt relaterade till hälsa och påverkar individen i det nya hemlandet (Lindencrona, Ekblad & Johansson Blight 2006). Att befinna sig i ett meningsfullt sammanhang har stor betydelse för hälsan (Antonovsky 2005). I projektet Hälsöfrämjande introduktion framhålls Antonovskys forskning kring hur människans förmåga att hantera stora

---

<sup>6</sup>[http://www.migrationsverket.se/Verksamhets- och kostnadsprognos oktober 2010](http://www.migrationsverket.se/Verksamhets-och-kostnadsprognos-oktober-2010)

påfrestningar är beroende av förmågan till ”känsla av sammanhang”, KASAM (Antonovsky 2005, Lindencrona, Johansson Blight & Ekblad 2002).

En hälsofrämjande introduktion av flyktingar kan kopplas till flera av de målområden som presenteras i regeringens proposition (2007). Folkhälsopolitiken utgår från de områden som fokuserar på faktorer i samhället. Folkhälsan påverkas av livsvillkor, miljöer och levnadsvanor. De viktigaste faktorerna är delaktighet och inflytande, ekonomisk och social trygghet, hälsofrämjande hälso- och sjukvård och ett gott skydd mot smittspridning. Ansvaret för att uppnå detta är fördelat på olika nivåer och aktörer i samhället.

En människas hälsa är beroende av dåtid, nutid och framtid. Detta är av betydelse för integrationsprocessen (Lindencrona 2008). Hälsa är intimt förknippad med levnadsvillkoren, dvs att hälsa finns i människors vardagsmiljöer. Mest påfrestande för den psykiska hälsan under introduktionstiden i Sverige är oro för familjen, ensamhet, dålig ekonomi, förlust av roller och svårigheter att klara sig själv (Lindencrona, Ekblad & Hauff 2008). Att många flyktingar initialt lider av posttraumatisk stress är välkänt, men det är också viktigt att känna till att migrationen i sig innebär ytterligare påfrestningar. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är ett tillstånd som framkallas av svåra existentiella hot och/eller exponering för svåra traumatiska händelser. Symtomen försvårar förutsättningarna för anpassning. Därför är tidiga insatser till traumatiserade flyktingar en god investering för såväl individen som samhället (Ekblad 2000).

Landets länsstyrelser har i uppdrag att verka för en förbättrad regional samverkan kring introduktionsarbetet. Dokumentet Regionalt samarbete, Överenskommelse om samarbete om flyktingintroduktionen i Västmanland län 2008-2014 beskriver samverkansarbetet i länet. Överenskommelsen har undertecknats av Länsstyrelsen, Västmanlands Kommuner och Landsting (VKL), länets kommuner, Arbetsförmedlingen, Landstinget, Migrationsverket och Försäkringskassan (Tilly & Brogaard 2008).

Grundläggande kunskap om migration, flyktingskap och interkulturell kommunikation är viktig för personer verksamma inom hälso- och sjukvård, skola, socialtjänst mm. Det finns behov av kompetensutveckling i bemötande och behandling av människor med olika bakgrund. Det finns också behov av större kunskap om hälsans och ohälsans betydelse för introduktionen och integrationsprocessen. Flyktingar som får uppehållstillstånd erbjuds att delta i ett introduktionsprogram i den kommun där de är bosatta. Introduktionsprogrammet omfattar två år.

Introduktionen av nyanlända invandrare och flyktingar innebär många utmaningar. I en doktorsavhandling, ”Strategies for a health promoting introduction for newly-arrived refugees and other immigrants” är slutsatsen att dessa introduktionsprogram måste utvecklas och individanpassas för att kunna hjälpa flyktingar att kompensera för olika brister. Samarbetet mellan de som arbetar med introduktionen och flyktingen är av största vikt och underlättar en etablering i det svenska samhället. En hälsofrämjande introduktion lägger därför grunden till en lyckad integration (Lindencrona 2008).

I början av 2000-talet inledde dåvarande Integrationsverket ett arbete för att få flyktingarnas perspektiv på introduktionen för nyanlända. Arbetet resulterade i en frågeenkät, baserad på kvalitetsmodellen Nöjd-Kund-Index (NKI) (2001) som är en brukarorienterad undersökning. NKI bygger på frågor om hälsa, sjukvård, arbete, språkförståelse och bemötande.

Enkätundersökningen riktade sig till vuxna personer mellan 20 och 64 år, som avslutat sin introduktion för nyanlända. Enkäten presenterades på 13 språk och omfattade områden som arbetsliv, hälso- och sjukvård, svenska språket, bemötande och kunskap om samhället.

Enkätundersökningen genomfördes årligen fram till 2004. När riksdagen 2007 beslutade avveckla Integrationsverket övertogs ansvaret för flyktingmottagandet av Migrationsverket, som valde att inte fortsätta med denna form av utvärdering.

## **2.5 Hälsa- och sjukvårdens organisation**

Hälsa- och sjukvård är en betydelsefull del av den svenska välfärden. Under en livscykel har de flesta av oss kontakt med sjukvården. Dess styrning och organisation är därför angelägen och viktig. För att möta befolkningens behov samtidigt som samhällets resurser är begränsade har olika lösningar för styrning, ledning och organisering prövats över tid. En av utmaningarna är att tillgodose ökade behov, när människors hälsostatus och livskvalitet förändras. En annan är att behoven av vård påverkas av sociala strukturer, attityder och värderingar (Berlin & Kastberg 2011).

En teoretisk grund för hälsa- och sjukvårdens organisation kan ses som en matrisorganisation, som styrs utifrån uppdrag med fokus på patientprocesser. En process utgörs av en serie aktiviteter, som syftar till att uppnå ett bestämt mål till nytta för patienterna. En matrisorganisation gör det möjligt för organisationen att samtidigt fokusera på såväl patient som vårdinsats. Under patientens väg genom vården är målet att minimera faktorer som utgör hinder för att ställa rätt diagnos eller ordinera rätt behandling. En vägledande huvudprincip är effektiva vårdinsatser vid rätt tidpunkt och till rätt patient (Hatch 1997).

Ett utmärkande drag för hälsa- och sjukvårdsorganisationer är att de kan ses som kunskapsorganisationer. Humankapitalet och medarbetarnas kompetens utgör det centrala i en verksamhet som domineras av professionella yrkesgrupper. Några av de egenskaper som kännetecknar en profession, är auktoritet, etiska koder och gemensam kultur. Hälsa- och sjukvården styrs av politiker, administrativ ledning och den medicinska professionen, där specialisering utgör en grundläggande princip för organisationen. Organisering skapar inte alltid balans mellan behov och resurs, men kan bidra till att tillgängliga resurser används på ett mer kostnadseffektivt sätt. Skillnader i hälsa mellan befolkningsgrupper finns i såväl Sverige som andra länder och en förbättring av utsatta gruppers hälsosituation kräver riktade insatser från samhällets och sjukvårdens sida (Hallin & Siverbo 2003).



### 2.5.1 Landstingens organisation av flyktingmedicinsk verksamhet

Sveriges kommuner och landsting genomförde under våren 2012 en kvalitativ pilotstudie av landstingens och regionernas insatser avseende nyanlända. Sex regioner/landsting ingick i kartläggningen, som visade att landstingen generellt inte utvecklat någon speciell organisation för att möta nyanländas vårdbehov. Man har istället försökt anpassa befintliga verksamheter för att tillgodose behoven. Kartläggningen identifierade fem utvecklingsområden, nämligen hälsofrämjande insatser, information om hälso- och sjukvård, hälsoundersökningen, samordning samt vårdens tillgänglighet och kompetens. Det är en fördel om den personal som arbetar inom flyktingsjukvården behärskar ett brett kompetensområde och därigenom kan vara flexibla över kompetensgränserna (SKL 2012).

## 2.6 Flyktingmedicinsk verksamhet i Landstinget Västmanland

Landstinget Västmanland ingick inte i Sveriges kommuner och landstingskartläggning över landstingens organisation av flyktingmedicinsk verksamhet, men utmärker sig genom att organisera sin flyktingsjukvård i en gemensam enhet för asylsökande och personer med nya uppehållstillstånd (SKL 2012).

Till ytan är Västmanlands län ett av de mindre i landet. De drygt 250 000 innevånarna bor i tiokommuner. Landstinget Västmanlands högsta beslutande politiska nivå är Landstingsfullmäktige. Landstinget har fyra närsjukhus, för främst äldreomsorg och rehabilitering. Närsjukvården utgör grunden i landstingets hälso- och sjukvård. Det finns 35 familjeläkarmottagningar i länet. Den ekonomiska ersättningen följer landstingets ersättningsprinciper enligt Vårdval Västmanland. Familjeläkarmottagningarna kan vara landstingsdrivna eller privata med vårdavtal. Specialistvård och akutmottagningar finns i Västerås och Köping. Psykiatrisk vård för barn, ungdomar och vuxna ges på öppenvårdsmottagningar och på Centrallasarettet. Folktandvården Västmanland AB erbjuder allmän tandvård. Utöver detta finns mottagningar med specialisttandvård. Övergripande styrdokument är Landstingsplanen, som revideras årligen.

I ett projekt i Västerås om flyktingmottagandet i Västerås kommun, ”*Flyktingars hälsa och vårdkonsumtion i Västerås*” (1988), studerades flyktingars psykosociala hälsa vid mottagandet. En flykting är en utlänning som sökt asyl och fått tillstånd att som flykting bosätta sig i Sverige. Projektet syftade till att öka kunskapen om samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Projektet studerade också flyktingarnas hälsoupplevelse och vårdkonsumtion. Flyktingarna visade sig ha en sämre hälsoprofil än ett slumpmässigt befolkningsurval och vårdbehovet var större än hos genomsnittet. En samverkan mellan berörda myndigheter sågs som en förutsättning för god anpassning. Samtidigt ökade

möjligheterna att underlätta flyktingarnas anpassning genom utbyggnaden av primärvården och den sektoriserade allmänpsykiatriska vården.

*Det Goda Livet i Västmanland* (Edlund 2003) var ett annat landstingsdrivet projekt som riktade sig till breda befolkningsgrupper med möjlighet till information och samtal kring hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta projekt syftade till att använda studiecirkeln som metod, för att genom dialog och lärande öka förutsättningarna för en jämlik hälsa. Projektet innebar ökad kunskap i hälso- och sjukvårdsfrågor samt en större delaktighet. Resultaten var övervägande positiva, men ansågs inte vara direkt överförbara på gruppen flyktingar. Språksvårigheter samt problem att nå ut med skriftlig information till gruppen var ett stort hinder. Under projektetiden framträdde en komplex problembild kring de frågor som rör flyktingars möten med den svenska sjukvården. En insikt om att svårigheterna inte bara handlade om kulturella olikheter växte fram. Konflikter uppstod ofta genom flyktingars olika uppfattning om begrepp inom sjukvården. Sjukdomar, roller, behandling, bemötande och förväntningar var begrepp som hade olika innebörd för skilda grupper av människor.

För att nå fram till gruppen invandrare, behövdes förkunskaper om gruppens speciella förutsättningar. Med hjälp av Europeiska Flyktingfonden skapades projektet SALVEO. Flyktingar med uppehållstillstånd skulle kunna nyttja sjukvården på samma grunder som andra västmanlänningar. Genom att tillföra kunskaper i egenvård samt informera om hur man söker vård i Västmanland, skulle utnyttjandet av hälso- och sjukvård för målgruppen underlättas och effektiviseras. Metoden var att utbilda tolkar till sjukvårdsinformatörer. Dessa utbildades i hälso- och sjukvårdens organisation och kunde informera flyktingarna om sjukvårdssystemet på deras egna språk. Genom sjukvårdsinformatörerna skulle flyktingarnas möjligheter att hitta rätt i vårdssystemet öka. En utvärdering av projektet visade att modellen i sin enkelhet var genial, för att förbättra flyktingarnas kunskaper samt påverka attityder och beteenden (Edlund 2004).

Resultatet från brukarundersökningen Nöjd-Kund-Index NKI, som genomfördes 2003 av Integrationsverket visade att hälso- och sjukvården var ett av de områden som flyktingarna var minst nöjda med. Detta föranledde Integrationsenheten i Västerås stad att föreslå Landstinget Västmanland att inrätta ett flyktingmedicinskt centrum. Integrationsenheten ansvarar för mottagning och introduktion av nyanlända flyktingar, som fått uppehållstillstånd och folkbokfört sig. Integrationsenheten menade att ambitionsnivån på hälsoområdet måste höjas, hinder överbryggas och det förebyggande hälsoarbetet öka för att uppnå en hälsofrämjande introduktion. De förväntade effekterna var, att om landstingets kompetens i flyktingmedicinska frågor samlades i en gemensam verksamhet, skulle detta innebära bättre hälso- och sjukvård, färre sjukskrivningar, ökad förståelse och ett bättre bemötande. Detta skulle sammantaget innebära en effektivare och mer hälsofrämjande introduktion.

Integrationsenhetens förslag resulterade 2006 i en förstudie om landstingets flyktingverksamhet, *Samlad flyktingverksamhet*. Denna förstudie skulle tydliggöra förutsättningar för att skapa en samlad flyktingverksamhet inom hälso- och sjukvården i Västmanland. Kompetens och resurser skulle kunna nyttjas rationellt och kvalitetssäkert. En plan för organisation och verksamhet föreslogs. Utifrån förstudien beslutade Landstingsstyrelsen hösten 2006 att under

tre år driva ett projekt i en samlad verksamhet för asylsökande och nyanlända personer som beviljats uppehållstillstånd. Detta blev basen för landstingets flyktingsjukvård. Den skulle bygga på evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap, specifik kompetens för målgruppen samt präglas av ett familjeperspektiv. Psykiatrisk och psykosocial kompetens tillfördes som extra resurs vid denna mottagning.

## 2.6.1 Asyl- och Integrationshälsan – en samlad flyktingmottagning

Asylsökande i Västmanlands län registreras vid Asyl- och Integrationshälsan, som ansvarar för deras hälso- och sjukvård. De asylsökande som fått uppehållstillstånd erbjuds att fortsätta tillhöra mottagningen under introduktionstiden, d v s två år. Mottagningen arbetar enligt Vårdval Västmanland och ett Närsjukvårdsprogram med fastställda Kvalitetsmål. Psykosocial och begränsad psykiatrisk kompetens har tillförts, vilket innebär att den skiljer sig från övriga vårdcentraler i länet.

Asyl- och Integrationshälsan utgör basen för Landstinget Västmanlands sjukvård till flyktingar och organiseras inom Division Närsjukvård. Alla flyktingar är inte i behov av behandling, men alla har rätt till respektfullt bemötande, grundat på inlevelse och kunskap om flyktingars speciella problematik. Personalens kompetens i flyktingmedicinska frågor antas bidra till att skapa trygghet i flyktingarnas livssituation. Kunskap om migration, flyktingskap, kulturell mångfald och ohälsans konsekvenser för individen är komplexa frågor, vilka kräver insikt och särskild kunskap hos personalen. För många flyktingar ter sig det samhälle de kommit till främmande, svårbegripligt och komplext. Hälsorelaterade problem kan ha sin grund i flera samverkande faktorer och hindra en bra introduktion. En god hälsofrämjande introduktion kan öka känslan av sammanhang och förmågan till egenmakt, empowerment (Integrationsverket 2004, Tilly & Brogaard 2008).

Verksamheten har byggts upp under en projekttid av tre år. Beslut att permanenta verksamheten fattades hösten 2009, d v s före projekttidens slut. Mottagningen är länsövergripande och består av två delar, Asylhälsan och Integrationshälsan.

Att mottagningen har kompletterats med psykiatrisk kompetens med specifik kunskap i flyktingfrågor, förväntas minska risken att flyktingarna ska utveckla djupare, psykiatriska problem. Posttraumatiska stressyndrom (PTSD) och stress orsakad av själva migrationssituationen är enligt personalen vanligt förekommande, liksom sömnstörningar, orkeslöshet, värk, yrsel eller mag-tarmproblem. Symtomen kan ibland vara svåra att identifiera, eftersom de kan vara dolda bakom annan fysisk eller psykisk sjukdom. Andra tecken kan vara extrem ångest, spänning eller skuld- och skamkänslor. Personen kan också ha svårt att lita på andra människor och undviker sociala aktiviteter (Söndergaard 2002, Lindencrona, Ekblad & Hauff 2008, Ekblad 2000).

Målet för verksamheten vid Asyl- och Integrationshälsan är en frisk och trygg person eller familj med hälsa och livskvalitet. Mottagningen arbetar utifrån ett familjeperspektiv. Den ger

grundläggande föräldrastöd och stöd till ensamkommande barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Den psykosociala kompetensen arbetar med samtalsterapi och psykoterapi utifrån ett kulturellt perspektiv. Insatserna sker via tolk, enskilt eller med familjen. Mottagningen samarbetar med Smittskyddsmyndigheten, Migrationsverket, Skolhälsovården, Tolkförmedlingen, Frivilligorganisationer, sociala myndigheter, gode män, Integrationsenheten i Västerås samt kommunernas flyktingssamordnare.

Asylsökande erbjuds en hälsoundersökning inom två månader efter att mottagningen fått kännedom om personen. Hälsoundersökningen uppmärksammar dels personer som är i behov av omedelbar vård eller vård som inte kan anstå (individriktad) dels behovet av smittskyddsåtgärder (sambandsriktad).

Alla asylsökande och flyktingar erbjuds så snart som möjligt efter ankomsten till Sverige ett individuellt hälsosamtal. Detta avser att ge en uppfattning om flyktingens bakgrund, geografiskt, socialt, kulturellt och medicinskt. Frågor som familjeförhållanden, skolgång, utbildning och yrkeserfarenhet tas upp. Flyktingen får möjlighet att berätta om traumatiska händelser som t ex tortyr eller våldtäkt, samt beskriva sin etniska och religiösa grupptillhörighet. Medicinska frågor som vaccinationer, allergier och tidigare sjukdomar diskuteras.

Även personer med permanent uppehållstillstånd, anhöriginvandrade och kvotflyktingar erbjuds en hälsoundersökning. I samband med denna sker information om landstingets hälso- och sjukvård. För att leva upp till hälso- och sjukvårdslagens intentioner om vård på lika villkor, ska den som inte förstår svenska språket erbjudas en auktoriserad tolk. Detta är viktigt eftersom personen måste kunna lita på att den språkliga förmedlingen är helt korrekt vid både diagnostik och behandling. Särskilt känslomässigt svåra frågor kräver en språklig nyansering, vilket har betydelse för patientens rättssäkerhet.

Tolkar som anlitas av en myndighet, omfattas av sekretesslagen (2009) vilket tolken ska informera om när tolkuppdraget startar. Tolkens uppgift är att ordagrant översätta varje ord. I Västmanland har en särskild metod utvecklats, där tolkar utbildas i hälso- och sjukvårdens organisation. Tolkerna, tillika "sjukvårdsinformatörerna", informerar flyktingarna om gällande sjukvårdssystem. Tolkerna kan verka som en brobyggare mellan personal och patient genom bättre förståelse, kommunikation och samarbete (Lundh et al 2009).

Den ekonomiska ersättningen följer landstingets ersättningsprinciper för Vårdval Västmanland. Den består av en fast ersättning i form av en vårdpeng utifrån ett listningssystem samt en rörlig ersättning i form av en besöksersättning. Enligt Förordningen om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande (SFS 1996) utbetalar staten en schablonersättning, vilken grundar sig på antalet asylsökande vid varje kvartalsskifte.

Hälsoundersökningar ersätts av Migrationsverket. Särskilt kostnadskrävande vård för asylsökande kan ersättas av Migrationsverket. Detta gäller även kostnadskrävande vård av personer med permanent uppehållstillstånd, under förutsättning att sjukdomen var känd redan i hemlandet. Kunskap om vilka dessa personer är, förutsätter att man kan följa deras väg i vården. Detta förväntas öka med en samordnad flyktingverksamhet. Patientavgift för

öppenvårdsbesök tas ut enligt bestämmelser i Lagen om mottagande av asylsökande, LMA (SFS 1994). Ett giltigt LMA-kort ska uppvisas. Kortet är en tillfällig handling med foto, som visar att innehavaren är asylsökande i Sverige. Sjukhusvård är avgiftsfri för asylsökande. För personer med uppehållstillstånd gäller samma patientavgifter som för övriga länsbor.

## 2.7 Problemformulering

Ohälsa och hälsorelaterade problem utgör hinder för att flyktingar ska kunna tillgodogöra sig kommunens introduktionsprogram. En väl fungerande hälso- och sjukvård är därför en viktig del i integrationen och den flyktingmedicinska verksamheten måste organiseras för att möta flyktingarnas behov. Olika organisatoriska lösningar har prövats över tid och erfarenheten visar att behovet av samlad kompetens och kontinuitet i vården av flyktingar är särskilt stort.

I hälso- och sjukvården finns det stora möjligheter att arbeta såväl hälsofrämjande som sjukdomsförebyggande och därmed ge flyktingarna kontroll över sin hälsa. Det praktiska sjukvårdsarbetet underlättas av närheten till kollegor med avseende på verksamhetens komplexa frågor. Att samla tillgängliga resurser i en särskild mottagning kan vara ett sätt att öka flyktingarnas förutsättningar att uppnå en bättre hälsa. Det torde också innebära större effektivitet och bättre resursutnyttjande genom att vårdpersonalen ges förutsättningar att bedriva en riktad hälso- och sjukvård. Asyl- och Integrationshälsan i Landstinget Västmanland är exempel på en sådan organisatorisk lösning.

## 3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie var att utifrån personalens perspektiv beskriva projektet ”Samlad flyktingverksamhet för hälso- och sjukvård”.

Studien baserades på följande frågeställningar:

1. Förväntningar på projektet.
2. Erfarenheter under projektiden.
3. Förbättringar efter projektiden.

## 4 METOD OCH MATERIAL

### 4.1 Studiens design

Studien är en kvalitativ intervjustudie, vilket innebär att forskaren når kunskap genom samtal kring ett gemensamt ämne. Kvalitativ metod valdes för att förstå personalens förväntningar, erfarenheter och visioner kring värdet av en samlad kompetens av hälso- och sjukvård för flyktingar. I ett intervjusamtal lyssnar forskaren till människors berättelse, tar del av åsikter och synpunkter och utvecklar innebörden i dessa erfarenheter (Kvale 1997). Kunskapen om sådana egenskaper som erfarenheter, känslor, övertygelser och motiv påverkar forskarens föreställningar och teoretiska referensramar under den kvalitativa forskningsprocessen. Samtidigt motiveras forskaren genom praktisk erfarenhet eller personligt engagemang i ämnet (Malterud 1993).

### 4.2 Studieobjekt, urval och avgränsning

Studieobjekt var verksamheterna vid Asyl- och Integrationshälsan i Landstinget Västmanland och Integrationsenheten i Västerås Stad. Vid tiden för studien arbetade sammanlagt nio personer vid Asyl- och Integrationshälsan. Följande kompetenser fanns: verksamhetschef, mottagningssamordnare, allmänläkare, barnläkare (del av tjänst), psykiater (del av tjänst), distriktssjuksköterskor, barnmorskor, socionom (del av tjänst) samt administrativ personal. Insatser av ex vis sjukgymnast, arbetsterapeut och psykolog köptes utifrån.

Vid Integrationsenheten i Västerås Stad arbetade sammanlagt ett tiotal personer fördelat på konsulenter tillika samordnare, integrationssekreterare, integrationshandläggare med inriktning mot samhällsorientering, boende, språkutbildning samt administration.

Urvalskriteriet för att delta i studien var att personerna skulle ha arbetat vid respektive enhet såväl före, under som efter projektet Samlad flyktingverksamhet för hälso- och sjukvård.

Urvalet gjordes tillsammans med personalen utifrån faktorer som erfarenhet, intresse och möjligheter att delta. Totalt genomfördes åtta intervjuer, varav fem med personal från Asyl- och Integrationshälsan (verksamhetschef/barnmorska, sjuksköterskor, socionom) och tre vid Integrationsenheten (integrationssekreterare).

En gemensam faktor för informanterna, var att de tidigt och aktivt valt att utbilda sig med inriktning mot flyktingfrågor samt att arbeta med flyktingar på olika sätt. En av informanterna hade en grundutbildning med annan inriktning, men hade arbetat med flyktingfrågor under lång tid. Kompetensen hos personalen var genomgående såväl hög som bred. Personalen vid

såväl Integrationsenheten som Asyl- och Integrationshälsan hade valt att arbeta med flyktingar utifrån ett intresse för dessa människor.

### **4.3 Intervjuguide**

En semistrukturerad intervjuguide som omfattade frågor om informanternas bakgrund och deras förväntningar på samt erfarenheter av projektet utarbetades. Avslutningsvis efterfrågades visioner kring Asyl- och Integrationshälsans framtida arbete och verksamhet.

En pilotstudie av intervjuguiden gjordes med en av informanterna och då inga egentliga förändringar framkom användes även denna intervju i resultatet. En intervju med väl formulerade frågor och lyhört lyssnande kan ge kunskaper för att förbättra det undersökta fenomenet (Kvale 1997).

Frågorna utgick från informanternas kunskap om verksamheten och samarbetet mellan Integrationsenheten och Asyl- och Integrationshälsan och kompletterades under intervjuerna med uppföljande frågor. Bilaga 1.

### **4.4 Insamling av data samt utskriftsförfarandet**

Informanterna kontaktades via telefon. Studiens syfte och förutsättningarna för intervjun beskrevs och tider bokades. Tre intervjuer genomfördes på Integrationsenheten den 7 och 12 januari 2010 samt fem på Asyl- och Integrationshälsan den 28 december 2009 samt 8, 13 och 25 januari 2010. Intervjutiderna varierade mellan 32 och 53 minuter.

Före intervjun samtalade författaren kort med informanten främst för att skapa en avslappnad atmosfär. Informanten påmindes om studiens syfte samt att intervjusvaren skulle förstöras efter avslutat arbete. Informanten godkände att intervjun bandades varefter intervjun startade. Efter intervjuerna kunde författaren vid behov kontakta respektive informant för kompletterande frågor eller information. Så skedde endast i något enstaka fall.

De åtta inspelade intervjuerna transkriberades av författaren i separata textdokument. Utskrifterna om totalt 69 sidor, gjordes ordagrant utan redigering. Särskilda tonfall markerades med kursiverad stil. För att skydda deltagarnas integritet tilldelades informanterna beteckningarna I:1, I:2, I:3 o s v.

## 4.5 Bearbetning och analys av materialet

Intervjumaterialet bearbetades genom innehållsanalys, som är en metod för analys av skriftlig, verbal och visuell kommunikation (Cole 1988). Den används främst inom sociologi, psykologi och näringsliv (Neundorf 2002). Innehållsanalys som forskningsmetod är ett systematiskt och objektivt sätt att beskriva och kvantifiera fenomen (Krippendorff 1980, Downe-Wamboldt 1992, Sandelowski 1995). Kategorier skapas genom att föra samman utsagor med samma innebörd (Cavanagh 1997). Metoden har kritiserats för att vara alltför enkel och inte tillräckligt kvalitativ (Morgan 1993). Trots kritiken har metoden etablerats inom omvårdnadsforskningen (Harwood & Garry 2003). Sammanhang, urval och deltagarnas egenskaper samt datainsamling och arbetet med analysen måste tydligt beskrivas (Graneheim & Lundman 2004). Citat kan användas för att stärka trovärdigheten och upplysa läsaren om varifrån kategorierna härstammar (Patton 1990, Sandelowski 1993). Elo och Kyngäs beskriver metoden ur olika aspekter i en översiktlig uppsats där induktiv och deduktiv innehållsanalys baserad på teoretisk kunskap beskrivs. Författarna lyfter fram några exempel från studier där innehållsanalys använts (Elo & Kyngäs 2008).

Själva analysprocessen kan se ut på flera olika sätt, men följande beskrivning visar schematiskt hur analysen av intervjutexterna i studien har genomförts. Hela texten lästes igenom ett flertal gånger för att få en helhetskänsla. Meningar eller fraser som innehöll information som var relevant för frågeställningarna valdes ut. Övrig text togs med, så att sammanhanget kvarstod. De meningar eller fraser som valdes ut kallas meningsenheter. Dessa enheter kondenserades i syfte att korta ned texten, men bibehålla innehållet. De kondenserade meningsenheterna kodades och grupperades i underkategorier som återspeglade det centrala budskapet i intervjuerna. Kategorierna utgör det manifesta innehållet (Kvale 1997, Graneheim & Lundman 2004). Författaren valde att visa ett exempel på meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori och kategori från innehållsanalys av intervjuer utifrån en av studiens frågeställningar (erfarenhet) enligt Granskär & Höglund-Nielsen (2008). Bilaga 2.

## 4.6 Etiska överväganden

Etiska överväganden har gjorts utifrån Vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer: informationskravet, informerat samtycke, konfidentialitet och nyttjandekravet (2002). Vad gäller informations- och konfidentialitetskraven informerades informanterna om studiens syfte, om frivilligt deltagande och att materialet skulle behandlas konfidentiellt. Vid presentation av resultatet uppfylldes konfidentialitetskravet genom att citat valts ut så att informanterna inte kan identifieras. Informanterna informerades muntligen om studiens syfte och förutsättningar vid rekryteringen och intervjutillfället. Kravet på informerat samtycke uppfylldes genom att informanterna medverkade frivilligt i studien och kände till rätten att avbryta intervjun. I denna studie är det endast författaren som haft tillgång till



bandinspelningar och utskrifter. Nyttjandekravet infriades genom att informanterna informerades om att materialet endast skulle användas i denna uppsats och därefter förstöras. Information som framkommit genom intervjuerna kommer endast att användas för studiens ändamål.

#### **4.7 Kvalitetskriterier för kvalitativa studier**

Analysprocessen i kvalitativa studier utgår från att antal etablerade begrepp. De begrepp som används för att beskriva processen i föreliggande studie är meningsenhet, kondensering, kod, kategori och underkategori. Meningsenhet avser en meningsbärande del av texten, medan kondensering gör texten kortare. Kod utgör en beteckning som kortfattat beskriver dess innehåll. En kategori utgörs av flera koder med liknande innehåll och kan bestå av ett antal underkategorier. En noggrann beskrivning av analysarbetet krävs för att stärka studiens tillförlitlighet. *Tillförlitlighet* betyder att forskaren verifierar sina ställningstaganden under forskningsprocessen. Med *trovärdighet* avses hur användbart resultatet är. *Överförbarhet* handlar om huruvida resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer. I kvalitativa studier är forskaren delaktig genom samspelet under intervjun. Förutom att vara med och skapa texten är forskarens förförståelse en viktig del av tolkningsprocessen (Granskär & Höglund-Nielsen 2008).

### **5 RESULTAT**

Analysen av intervjumaterialet resulterade i kategorierna förväntningar, erfarenheter och förbättringar. Kategorierna skapades av ett antal meningsbärande enheter och var förankrade i studiens frågeställningar.

#### **5.1 Förväntningar**

Personalens förväntningar på att projektorganisationen skulle tydliggöra verksamhetens lokala förutsättningar samt leda fram till en effektivare vård och ett bättre bemötande av målgruppen var stor. Under frågeställningen förväntningar bildades fem underkategorier: information, samlad kompetens, psykosocial kompetens, utvecklat behandlingsarbete och samverkan.

## Information

Att nå ut med information om Asyl- och Integrationshälsans introduktion till hälso- och sjukvård, dvs vad mottagningen erbjuder uppfattades som en angelägen uppgift. Att utveckla arbetet med hälsoundersökningar så att resultaten användes i praktiken, hade länge varit en ambition. Mottagningens hälsoundersökningar användes sällan av de vårdcentraler, som övertog vården av flyktingar som fått uppehållstillstånd. En vårdgivare hade endast en gång på tre år efterfrågat resultatet av en hälsoundersökning från dåvarande Asylhälsan.

Citatet belyser personalens känsla kring arbetet med hälsoundersökningar.

*” ...en gång har en läkare frågat efter den här hälsoundersökningen...det kändes ganska meningslöst att vi satt här och tog en massa prover...det var som ingen nytta...och nu skulle vi verkligen kunna bemöta och göra något bra av det här... ”(I:1)*

Utifrån behovet av information om sökvägar inom vården, formulerade sig en annan informant så här;

*”... för dom vet ju inte hur verksamheten är uppbyggd här i Sverige...i Västmanland... dom har ju ingen aning... och informationen innehåller vart man ska vända sig i första hand... det här med primärvården... att man inte åker till stora akuten direkt, utan vänder sig till sin familjeläkarmottagning i första hand... ”(I:4)*

Citatet belyser hur sjukvårdspersonalen genom bättre information och upplysning skulle kunna finna ett sökmönster hos flyktingen som utnyttjar personalresurserna bättre.

## Samlad kompetens

Alla informanter förväntade sig att en samlad kompetens vid en vårdcentral för flyktingar skulle innebära en högre kompetens i flyktingmedicinska frågor och leda till en bättre hälso- och sjukvård för flyktingarna. En informant uttryckte sig så här;

*”...vi ser dom med olika ögon och vi ser olika behov... så det här samarbetet är jätteviktigt”(I:4)*

Samma informant uttryckte vidare;

*”...vi liksom jobbar efter samma policy... och kan ge samma stöd... men på olika sätt med våra professioner.”(I:4)*

### **Psykosocial kompetens**

Några informanter förväntade sig en förstärkt psykosocial kompetens vid Asyl- och Integrationshälsan samt tillgång till psykiatriker. Det skulle lindra flyktingarnas lidande t ex vid posttraumatiskt stressyndrom. Detta förväntades och uttrycktes av en informant som att:

*”...man kanske kan förebygga en kommande diagnos...jag menar...det är ju människor som har befunnit sig i kris...”(I:3)*

### **Utvecklat behandlingsarbete**

Både Integrationsenheten som Asyl- och Integrationsenheten förväntade sig kunna kartlägga flyktingarnas behov samt förbättra vård och behandling. Att vid en flyktingmedicinsk vårdcentral kunna identifiera och erbjuda tidiga insatser för t ex posttraumatiska stressyndrom förväntades hos de flesta informanterna liksom att få arbeta med gruppverksamhet för barn och föräldrar eller att få utveckla s k självhjälpgrupper. Värdet av att dela sina erfarenheter med andra uttryckte en informant så här, med avseende på barnen:

*”... för det är mycket som ändå är gemensamt för de här barnen... man har flytt från någonting...det har blivit en ingrepp i deras liv...” (I:8)*

Behovet av att dela erfarenheter ur ett föräldraperspektiv uttryckte samma informant så här:

*”... och likadant med föräldragrupper...vad kan hända om man känner att man inte är den förälder som man var tidigare...”(I:8)*

## **Samverkan**

Alla informanter förväntade att samverkan mellan enheterna skulle utvecklas och bli bättre. Samarbetet mellan enheterna utgick före projektet endast från de asylsökandes behov. Genom projektet kom samarbetet att omfatta även personer med uppehållstillstånd. En av informanterna formulerade sin förväntan på detta sätt:

*”... att man äntligen bara får EN familjeläkarenhet att prata med...och slippa springa runt som en skållad råtta och prata med varenda stafettare...”(I:2)*

## **5.2 Erfarenheter**

Erfarenheterna under projekttiden påvisade en gemensam uppfattning om att samlad kompetens kunde bygga upp en kunskapsbas, som medverkade till att tillgängliga resurser användes på ett mer effektivt sätt. Frågeställningen ”erfarenheter” kan beskrivas i fem underkategorier: samlad kompetens, psykosocial kompetens, tillgänglighet, kontinuitet och utvecklat behandlingsarbete. En gemensam faktor för informanterna, var att de tidigt och aktivt valt att utbilda sig med inriktning mot flyktingfrågor samt att arbeta med flyktingar. En informant hade en grundutbildning med annan inriktning, men hade arbetat med flyktingfrågor under lång tid. Personalen vid såväl Integrationsenheten som Asyl- och Integrationshälsan hade valt att arbeta med flyktingar utifrån ett aktivt intresse för dessa människor. Möten med olika kulturer och att få arbeta med människor med olika bakgrund uppfattades som berikande. Att lyssna till flyktingarnas egen historia innebar en kunskap om vad som händer i världen, att ha hela världen som arbetsfält.

### **Samlad kompetens**

Flera av informanterna vid Integrationsenheten framhöll att kontakten med Asyl- och Integrationshälsan var betydligt enklare när de hade en särskild vårdcentral att vända sig. Det kunde handla om olika frågeställningar inför en gemensam planering, som underlättades av kontakten med en samlad kompetens. Vetskapen om att det fanns en planering utifrån olika kompetenser för varje flykting, ingav trygghet i integrationsarbetet. En av informanterna vid Integrationsenheten uttryckte detta på följande sätt:

*”... dom har ju den specifika kunskapen som inte finns ute på de andra olika familjeläkarenheterna...” (I:5)*

Någon lyfte fram värdet av att ha en helhetssyn på individen:

*”... dels lär man sig om varandras kompetens, men också att ha en helhetssyn på patienten...”(I:8)*

Ytterligare någon uttryckte sina tankar om fördelarna med en samlad kompetens för flyktingarna.

*”... jag tänker att det måste ha blivit klart bättre för flyktingarna...det är min föreställning...”(I:5)*

### **Psykosocial kompetens**

De flesta informanterna uttryckte värdet av att tidigt ha tillgång till psykosocial kompetens. En av dem formulerade sig så här:

*”... om man jobbar med psykiska problem...då är det ju...det vet vi...kris och kaos...så ju tidigare man kommer in i behandlingen desto bättre...”(I:8)*

Det var dock endast några få, som hade praktisk erfarenhet av att under projektet ha känt behov av eller arbetat tillsammans med representanter för den psykosociala och psykiatriska kompetensen. En av informanterna uttryckte till och med tveksamhet till behovet av denna kompetens på primärvårdsnivå:

*”... jag känner viss tveksamhet till dessa insatser faktiskt...jag har inte sett något resultat...”(I:3)*

### **Tillgänglighet**

Det var en uttalad erfarenhet hos flera informanter att tillgängligheten med avseende på språksvårigheter och kultur, skulle kunna tillfredsställas på ett mer flexibelt sätt genom en särskild flyktingverksamhet. En drop-in-mottagning, främst avsedd för flyktingar med språksvårigheter i behov av akut vård tillkom under projektet. Erfarenheter under projektiden

visade att i förväg bokade tolkar till denna mottagning underlättade för såväl patienterna som personalen.

*”... då har vi alltså bokade tolkar på de olika språken...en arabisk och en somalisk tolk...och är det så att dom pratar något annat språk, får vi ju ringa och beställa telefontolk”(I:4)*

## **Kontinuitet**

Den samlade flyktingverksamheten vid Asyl- och Integrationshälsan möjliggjorde kontinuitet i behandlingsarbetet. Under projektet framkom att den personal, som under asyltiden hade identifierat flyktingens behov av vård, kunde fullfölja det planerade behandlingsarbetet, vilket ökade förutsättningarna för ett bra resultat.

Konsekvenserna av att befinna sig i väntan på besked om uppehållstillstånd beskrevs av en informant på följande sätt:

*”... om man inte vet om man får stanna...och lever i den pressen...och sen får man stanna och det börjar släppa...då kommer ju det här andra fram...och då måste man ju bearbeta det för att kunna gå vidare...”(I:4)*

## **Utvecklat behandlingsarbete**

En utbredd uppfattning bland informanterna var att Asyl- och Integrationshälsans sammansatta och breda kompetens ledde till ett helhetsperspektiv på flyktingarnas vårdbehov. Alla informanter bekräftade att flyktingarna fick en god vård utifrån tillgängliga resurser och ansåg att behandlingsarbetet hade utvecklats genom den nya organisationen. Någon informant såg dock en risk att vården var för inriktad på kroppen. Det uttrycktes:

*”... om jag nu ska komma in på det som jag tycker är lite problematiskt...så får soma (somatiska, förf anm) en väldig tyngd...”(I:8)*

Samma informant lyfte fram betydelsen av att arbeta i team för att behandlingsarbetet skulle breddas:

*”... jag tycker att man ska utveckla teamarbetet ännu mer...det är liksom bara i sin linda...soma är så fyllda av sitt uppdrag...så det tar överhanden väldigt mycket...”(I:8)*

Att arbeta utifrån ett familjeperspektiv med inriktning på barnen uppfattades som viktigt i ett utvecklat behandlingsarbete.

*”... vi får inte glömma barnen...det kanske inte är de som bär symtomen som egentligen har de stora problemen...så det är jätteviktigt att jobba med hela familjen och att man ser barnen...” (I:4)*

### **5.3 Förbättringar**

Sex underkategorier bildades under frågeställningen ”förbättringar”. Dessa var bemötande, gruppverksamhet, mobilt team, samverkan, kunskaps spridning samt lokaler och resurser.

#### **Bemötande**

Flera av informanterna hade erfarenhet av att flyktingar fått ett dåligt bemötande i samband med besök i hälso- och sjukvården. Att arbeta med bemötandefrågor uppfattades som nödvändigt. En av informanterna uttryckte betydelsen av ett gott bemötande på följande sätt:

*”... bemötandet har ju en stor roll även i hälsofrågor... får man inte ett bra bemötande så tar man inte till sig kunskapen...”(I:6)*

#### **Gruppverksamhet**

Att arbeta i grupp var en uttalad önskan när projektet startade. Informanterna bedömde dock att arbetet med att forma och utveckla olika gruppverksamheter kräver ett längre tidsperspektiv än vad projekttiden omfattat. En informant uttryckte:

*”...så det var ju min tanke...att man skulle kunna jobba med självhjälpsgrupper...men det har det inte blivit något av...”(I:8)*

## **Mobilt team**

Att den flyktingmedicinska verksamheten samlades centralt i Västerås påverkade tillgängligheten för flyktingar boende i övriga länet. Tankar på ett mobilt team växte fram under projektarbetet. Ett mobilt team skulle utgöra ett gott komplement till den centrala mottagningen. Många frågor kring hur ett sådant team ska vara uppbyggt och arbeta kvarstår dock. En informant formulerade betydelsen av lika vård för alla:

*”... det största värdet är att alla får likvärdig vård och information...och det är ju jätteviktigt...”(I:4)*

Ytterligare någon uppmärksammade den ekonomiska faktorn för flyktingen.

*”... och patienter...det är ju dyrt att resa...så det blir ju att vi fångar upp dom som bor längre ifrån...”(I:6)*

## **Samverkan**

Initialt var ambitionen hög att bygga upp en regelbunden samverkan mellan kommunens Integrationsenhet och landstingets Asyl- och Integrationshälsa. Många praktiska frågor kring uppbyggnaden av Asyl- och Integrationshälsan har tagit tid och kraft, varför samverkansarbetet fått stå tillbaka. Samtliga informanter uttryckte dock behovet av en utvecklad sam-verkan. Citaten bekräftar behovet och ambitionen. En informant formulerade så här;

*”...vi är ju en del i integrationen...dom möten som våra patienter får...är ju en del i deras...hur de går vidare sen...jag tror att det är otroligt viktigt det här med initialt.....vad dom möter...”(I:8)*

medan en annan uttryckte sig på detta sätt;



*”... och dom möten vi haft...dom har nog varit både bra och dåliga... jag tycker att det är viktigt att vi har gemensamma möten...men då ska det ju finnas ett program som man kan följa...”(I:7)*

Besvikelse över att ambitionerna inte infriats uttryckte samma informant som att:

*”... vi har haft många bra idéer när vi har träffats...men det är också mycket där som har runnit ut i sanden...”(I:7)*

### **Kunskapsspridning**

Några av informanterna uttryckte att Asyl- och Integrationshälsan skulle kunna vara en kunskapsbank och resurs för andra i vården. En informant uttryckte detta så:

*”... jag tror ju att vi kan vara en resurs för andra...att dom kan ringa oss om dom undrar över någonting...så att vi kan vara en kunskapsbank...” (I:6)*

### **Lokaler och resurser**

Projektet startade under besvärliga former. Lokalfrågan fick tidigt en central roll i projektet. Lokalerna behövde anpassas till den ändrade verksamhetsinriktningen. När personalen var fulltalig var lokalerna så trånga att det försvårade arbetet. Det fick konsekvenser för verksamhetsinriktningen, vilket en informant uttryckte genom att:

*”... nej, vi har inte utrymme för det...och jag tycker det är svårt att jobba utifrån ett familjeperspektiv när vi bara expanderar och liksom inte känner till allting längre...” (I:7)*

## 6 DISKUSSION

Avsnittet innehåller en övergripande beskrivning kring kvalitativ forskning, följt av en beskrivning av hur informanterna valdes, studiens genomförande, varför författaren valde kvalitativ innehållsanalys samt studiens resultat.

### 6.1 Metoddiskussion

Kvalitativa forskningsmetoder har under senare år blivit alltmer accepterade inom hälso- och sjukvårdsområdet. Det har medfört att de utsatts för noggrann kvalitetsgranskning. En kvalitativ studie karaktäriseras av en närhet till undersökningsproblemet med nära kontakt mellan forskare och informant. All forskning värderas mot bakgrund av den använda metodens kvalitet. Tolkning av resultaten ska vara förankrad i ett empiriskt underlag och vila på erfarenhetsmässiga fakta (Olsson & Sörensen 2011). Vid planeringsarbetet var det därför viktigt att överväga vilken informationsinsamling som var relevant för projektet.

Den kvalitativa forskningen har ett förutsättningslöst förhållningssätt, där forskaren strävar efter en helhetsförståelse. Att välja perspektiv innebär att välja på vilket sätt man vill se på det man ska studera. Forskarens kunskap om samt föreställning eller erfarenhet inom aktuellt forskningsområde, kallas förförståelse. Att forskaren klargör sin förförståelse samt deklarerar relevanta och personliga erfarenheter är ett kvalitetskrav. I den kvalitativa forskningen präglas kontakten mellan forskaren och informanten av närhet och sensitivitet. Forskaren söker en så fullständig bild som möjligt av informantens situation och genom språket tar de del av varandras inre världar. Värderingar och erfarenheter, d v s ett inifrånperspektiv, är en förutsättning för att forskaren ska kunna tolka den inhämtade informationen och sedan beskriva den (Olsson & Sörensen 2007). Forskaren blir ofta motiverad att använda kvalitativ analys utifrån praktisk erfarenhet eller personlig inblandning i det studerade fenomenet (Malterud 1993).

#### 6.1.1 Rekrytering av informanter

Informanterna utgjordes av personal vid Integrationsenheten i Västerås Stad och Asyl- och Integrationshälsan i Landstinget Västmanland. Informanterna valdes ut i samråd med personalen. I intervjuerna beskrev de sina förväntningar och erfarenheter av projektet samt identifierade behovet av förbättringar. Studieobjekt var Asyl- och Integrationshälsan i Landstinget Västmanland. Någon likvärdig verksamhet i landet finns inte och projektet kan

därför anses som unikt. För att delta i studien skulle personerna ha arbetat vid respektive enhet såväl före, under som efter projektet Samlad flyktingverksamhet.

### 6.1.2 Val av metod

Författarens avsikt med att använda kvalitativ metod var att karaktärisera Asyl- och Integrationshälsans verksamhet genom att söka kategorier som kunde beskriva fenomen och sammanhang. Huvudsyftet med att samla in informationen var att upptäcka olika relevanta kategorier. Kvalitativ metod innebär att systematisera kunskap om hur man går tillväga för att gestalta något. I svaren på intervjufrågorna fick författaren kunskap om informanternas upplevelser.

I kvalitativa studier gestaltas resultaten ofta något som innebär nya innebörder. Dessa innebörder utgör tillsammans med bland annat struktur grunden för studiens resultatets kvalitet. Med struktur avses här kravet på överskådlighet. Tolkningen av resultaten måste fånga in det fundamentala som finns i rådata. En annan faktor för att värdera resultatets kvalitet utifrån metodvalet, är huruvida det går att bedöma den kumulativa kunskapen, d v s om studien innehåller något teoretiskt.

Kvalitativ metod valdes för att få en djupare insikt i personalens uppfattning om värdet av en samlad kompetens i landstingets flyktingverksamhet. I ett tidigt skede av uppsatsen funderade författaren på att använda fokusgruppsintervjuer, för att få ett större material och därigenom mer information. Att valet slutligen föll på individuella intervjuer, berodde främst på att författaren bedömde att det var av större värde att ta del av individuella erfarenheter.

Forskaren blir i samspelet under intervjun delaktig och utgör därmed medskapare till texten. Detta innebär att resultatet inte kan anses oberoende av forskaren. Som projektledare för projektet, hade författaren en förförståelse, vilken kompletterades med erfarenhet inom området under projektets gång. Generellt är forskarens förförståelse en viktig del i tolkningsprocessen (Granskär & Höglund-Nielsen 2008). Författarens förförståelsen i denna studie bedöms ha påverkat resultatet positivt, främst vad gäller utformningen av relevanta intervjufrågor.

### 6.1.3 Genomförandet av intervjuerna

De åtta intervjuerna genomfördes under två månader från december 2009 till januari 2010. Intervjupersonerna kontaktades genom telefonsamtal, varvid författaren informerade om studiens syfte och förutsättningar. Det var en fördel att kontakta personerna via telefon. Författaren fick tillfälle att presentera sig och projektet och kunde samtidigt få en direkt återkoppling på personens intresse för att delta i en intervju. På detta sätt fanns tid att vinna.

Alla informanter var positiva till att bli tillfrågade och tackade ja till att bli intervjuade. Tider bokades in utan problem trots kort framförhållning. Intervjuerna genomfördes på

Integrationsenheten och Asyl- och Integrationshälsan. När alla åtta intervjuerna hade genomförts transkriberades de. Det hade varit en fördel om detta arbete hade gjorts direkt efter varje intervjutillfälle. Vissa utsagor och erfarenheter hade då kunnat användas på ett konstruktivt sätt i efterkommande intervjuer.

Frågorna i intervjuguiden var deduktiva, det vill säga förankrade i befintlig kunskap och hade hämtats från författarens erfarenheter under arbetet med förstudie och projektplan för projektet Samlad flyktingverksamhet för hälso- och sjukvård. Inspiration till frågorna hämtades också under arbetet med bakgrundsmaterialet och från diskussioner med personalen vid Asyl- och Integrationshälsan. De inledande frågorna berörde sambandet mellan hälsa och introduktion samt hur en samlad kompetens skulle kunna förbättra flyktingsjukvården. Detta gav tidigt en information om att Asyl- och Integrationshälsan innehöll en bärande idé, vilket innebar att flera av frågorna som berörde erfarenheter och framtidsvisioner redan var besvarade i inledningsfrågorna. Utifrån detta faktum kunde frågorna ha varit mer induktiva. Individuella intervjuer med väl formulerade frågor kombinerat med ett lyhört lyssnande ger goda förutsättningar för att erhålla kunskaper, som kan förbättra den studerade verksamheten.

#### 6.1.4 Bearbetning och analys

Huvudmomentet i analysen utgörs av att studiens syfte och uppställda frågeställningar besvaras. Analysarbetet inleddes därför med att författaren utgick från de tre frågeställningarna i syftet. Syftet med studien var att utifrån personalens upplevelser beskriva projektet Samlad flyktingverksamhet, med avseende på förväntningar, erfarenheter och förbättringar. En meningskondensering gjorde det möjligt att identifiera ett antal meningsbärande enheter, som kunde klassificeras i kategorier. Syftet med grupperingen var att minska antalet kategorier (Burnard 1991, Downe-Wambolt 1992). Att skapa kategorier är ett sätt att beskriva det undersökta fenomenet (Cavanagh 1997) vilket underlättar för forskaren att tolka vilka delar som ska ingå i respektive kategori (Dey 1993).

Författaren transkriberade de inspelade intervjuerna i separata textdokument. Utskrifterna gjordes ordagrant d v s utan redigering, för att inte förlora väsentlig information. Den enda justering som gjordes, var att särskilda tonfall markerades med kursiverad stil, för att lättare kunna minnas intervjusituationen.

### 6.1.5 Kvalitetsaspekter i studien

Studiens syfte var att ge en djupare kunskap inom det aktuella området. Genom sin förförståelse av Asyl- och Integrationshälsans verksamhet blev författaren medskapare i studiens forskningsprocess. För att ändå vara distanserad användes ett strukturerat frågeformulär. En fördel med att författaren var kunnig inom området var att arbetet med att formulera frågor till intervjuguiden underlättades. En nackdel skulle kunna vara att vissa frågor inte ställdes eller togs för givna, var känsliga eller riskerade att skapa konflikt. Fördelarna bedömdes dock överväga eventuella nackdelar. Överförbarheten i studien begränsas av den valda gruppen, d.v.s. informanterna. Resultatet torde dock kunna inspirera andra landsting vad gäller organisationen av flyktingssjukvård. Informanternas reflektioner och resonemang utifrån intervjufrågorna visar studiens trovärdighet och giltighet (Granskär & Höglund-Nielsen (2008). För att öka tillförlitligheten av studiens resultat, granskades den av psykiater, tillika legitimerad psykoterapeut, med kännedom om arbetet vid Asyl- och Integrationshälsan.

## 6.2 Resultatdiskussion

### 6.2.1 Förväntningar

Behovet av att göra Asyl- och Integrationshälsans verksamhet känd för såväl målgruppen som berörd personal, upplevdes före projektet som stort. Personalens förväntningar var höga på att projektet skulle kunna bidra till detta och därmed öka förståelsen för flyktingssjukvårdens komplexitet. Den bärande tanken i projektet utgjordes av att flyktingmedicinsk kompetens kunde samlas i en specifik och avgränsad verksamhet, riktad till en patientgrupp med särskilda behov. De underkategorier som i intervjumaterialet identifierades under kategorinförväntningar var information, samlad kompetens, psykosocial kompetens, utvecklat behandlingsarbete och samverkan.

Den samverkan som före projektet fanns mellan Integrationsenheten och Asyl- och Integrationshälsan förväntades utvecklas genom projektet. I och med att målgruppen för verksamheten utvidgades till att omfatta även personer med nya uppehållstillstånd fanns förhoppningar om att kontaktvägarna skulle underlättas. Att hålla kontakt med flera olika enheter uppfattades tidigare som tidskrävande och krångligt. En samlad verksamhet förväntades ge förutsättningar för ett smidigare arbetssätt.

Att informera personer från andra kulturer om hur man söker vård inom svensk hälso- och sjukvård är en kärnfråga. Flera informanter förväntade sig att projektet skulle skapa bättre förutsättningar för detta, särskilt med avseende på sjukvårdsinformatörernas specifika roll. Lundh med flera konstaterar också i en studie om att överbrygga språkliga och kulturella barriärer, att speciellt utbildade informatörer uppskattades av såväl klienterna och deras familjer som vårdpersonalen (Lundh et al 2009).

Vad gäller värdet av psykosocial och psykiatrisk kompetens på primärvårdsnivå, var förväntningarna mer diffusa. Detta bottnar sannolikt i en begränsad kunskap om värdet av tidiga insatser för att exempelvis förhindra att posttraumatiskt stressyndrom utvecklas. En annan förklaring kan vara att flera av informanterna inte uppfattade något uttalat behov av detta före eller under projektiden.

### 6.2.2 Erfarenheter

Mottagningens insatser riktades tidigare endast till asylsökande. I projektet prövades idén att utöka verksamheten så att även personer med nya uppehållstillstånd omfattas. Det är en framgångsfaktor att resultatet av de hälsoundersökningar som görs under asyltiden, kan följas upp vid samma mottagning och av redan känd personal. Tidigare användes inte resultatet av hälsoundersökningarna på ett tillfredsställande sätt, vilket upplevdes frustrerande.

Att samla landstingets flyktingmedicinska kompetens i en gemensam verksamhet för asylsökande och personer med nya uppehållstillstånd, ger vårdpersonalen bra förutsättningar att bedriva en riktad hälso- och sjukvård. Kompetensen hos personalen var genomgående såväl hög som bred, vilket gynnar en specifik verksamhet med begränsade resurser. Närheten till kollegor underlättar det praktiska sjukvårdsarbetet, med avseende på verksamhetens komplexa frågor. Detta ökar också förutsättningarna för en helhetssyn på patienten och innebär sannolikt större effektivitet och bättre resursutnyttjande.

Resultatet pekar på att informanternas erfarenheter av att arbeta tillsammans med den psykosociala och psykiatriska kompetensen var skiftande. Endast ett par av informanterna samarbetade med dessa personalkategorier under projektiden. En förklaring skulle kunna vara att informanterna vid Asyl- och Integrationshälsan parallellt med projektet hade genomgått en vidareutbildning i kognitivt förhållningssätt. I och med detta hade de fått basala kunskaper för att bemöta bland annat olika psykosociala och psykiatriska problem. Personalen vid mottagningen hade också handledning. Handledaren hade psykiatrisk kompetens samt utbildning i kognitiv beteendeterapi, vilket innebar att personalen fick kontinuerlig kompetensutveckling i psykosociala och psykiatriska frågeställningar.

Erfarenheten påvisade en oro för att den psykiska hälsan får stå tillbaka till förmån för den somatiska. En resursförstärkning med psykosocial och psykiatrisk kompetens torde dock kunna motverka detta. Kulturella skillnader uppmärksammades, vilket kunde innebära att patienten inte följde medicinering och behandlingsstrategier. Patienter kunde istället somatisera sin ångest genom att exempelvis få värk, magbesvär eller andra smärtor. I de fåtal

långtidsstudier som är genomförda pekar resultaten att det föreligger ett mönster, som visar att stress efter ankomsten till mottagarlandet har stor betydelse för hälsan på längre sikt (Söndergaard 2002). Det är givetvis viktigt att personalen vid Asyl- och Integrationshälsan har kunskaper om detta, vilket en samlad kompetens ger bättre förutsättningar för.

En ökad tillgänglighet till mottagningen skapades under projektiden i form av en drop-in-mottagning. Erfarenheterna under projektiden visade att denna mottagning underlättar omhändertagandet bland annat genom att flyktingarna inte behöver beställa tid i förväg. En framgångsfaktor var att tolkar på de mest frekventa språken bokades i förväg och fanns på plats under hela mottagningstiden. Om något språk saknades beställdes telefontolk. På en traditionell vårdcentral skulle detta upplevas som krångligt och besvärligt, alternativt inte tillgodoses.

Kontinuitet i behandlingsarbetet är av största vikt för att uppnå god kvalitet. Att samla den flyktingmedicinska kompetensen i en gemensam verksamhet har ökat dessa förutsättningar (SKL 2012). Detta sker främst genom att det vårdbehov som under asyltiden identifierats genom hälsoundersökning och hälsosamtal, kan följas upp under hela introduktionstiden. Att inte kunna följa flyktingarnas hälsoutveckling försämrar deras möjligheter att tillgodogöra sig vård och behandling på ett adekvat sätt. Erfarenheter under projektiden visade att kunskapen måste vara tillgänglig när behovet av psykosocial eller psykiatrisk kompetens uppstår.

### 6.2.3 Förbättringar

Ett helhetsperspektiv på flyktingarnas vårdbehov ökar förutsättningarna för ett gott omhändertagande. Att Asyl- och Integrationshälsans sammansatta och breda kompetens leder till detta var en uppfattning som delades av alla informanter. Behandlingsarbetet behöver dock utvecklas på flera områden, även om erfarenheterna visade att flyktingarna redan idag får en god vård utifrån de resurser som står till buds. Någon informant uttryckte att det finns risk för att den somatiska vården får alltför stort utrymme. Genom att tillföra psykosocial och psykiatrisk kompetens redan på primärvårdsnivå kan risken för detta minska.

Om flyktingarnas psykiska status identifieras tidigt, ökar förutsättningarna för att insätta åtgärder kan lindra onödigt lidande (Söndergaard 2002, Integrationsverket 2004).

Det framkom vid intervjuerna att teamarbetet vid Asyl- och Integrationshälsan behöver förbättras. Mottagningen arbetar också utifrån ett familjeperspektiv och barn som uppmärksammades genom att vara aktiva och utagerande var inte alltid var de barn som hade de största problemen. Barnen lider många gånger i det tysta och som exempel nämndes asylsökande barn som drabbas av uppgivenhetssymtom. Risken att utveckla kroniska traumareaktioner är stor. Samtidigt visar studier att även om tidigare traumatiska händelser har stor betydelse för den psykiska hälsan, så är mottagandet och förhållandet i ankomstlandet avgörande för hälsan långt framöver (Angel et al 2001, Montgomery 2008).

Socialstyrelsen avser att ge ut rekommendationer för hur landstingen och kommunerna ska kunna hjälpa och stödja dessa barn. I riktlinjerna ska landstingens ansvar tydliggöras med avseende på hälsoundersökningar, hälsosamtal och läkarintyg. Kravet på att läkarintyg ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och innehålla en utförlig beskrivning av barnets hälsotillstånd och eventuella behandlingsbehov kommer att skärpas. Detta är viktigt för att stödja barnets asylskäl men också för att förbättra omhändertagandet.

Utsatta grupper i samhället har andra och större behov än befolkningen i genomsnitt, menar Burström och Ekblad m fl (2009) i en debattartikel efter ett symposium, anordnat av Svensk socialmedicinsk förening. Exempelvis varierar det vårdsökande beteendet hos olika grupper, där sociala skillnader kan uppstå och förstärkas genom vårdprocessen. Enligt hälso- och sjukvårdslagens intensioner ska de med större behov prioriteras, vilket kräver en omfördelning av tillgängliga resurser. Symposiet väckte frågor om fördelning av resurser efter behov, vårdens värdegrund, personalens kompetens och etik. Symposiet menade att värdegrund, etik samt personalens kompetens utgör de väsentligaste faktorerna.

Ett optimalt bemötande i en verksamhet som har flyktingar i sin målgrupp kan förväntas. Detta gäller naturligtvis alla människor, men kanske särskilt barn, som måste bemötas med respekt och omsorg, kunskap och kärlek, för att kompensera för de brister de upplevt och bär med sig (Eide 2000). Behovet av kompetensutveckling i ämnet är därför av största vikt. För att ta till sig information och kunskap kring hälsa och sjukdom behöver flyktingen känna tillit i vårdsituationen, vilket förutsätter att gott bemötande. En förklaring till bristande bemötande kan vara språksvårigheter och kulturella hinder. Detta kan dock aldrig accepteras i en vårdsituation. Det är därför av betydelse att personalen ges möjlighet att reflektera kring bemötande och omhändertagande av patienter och anhöriga med annan bakgrund. Den enskildes behov måste förstås och respekteras för att undvika ett ”vi- och dom-tänkande”. Vårdpersonalen möter patienter med sjukdomar som kan upplevas, uttryckas och behandlas olika beroende på person och sammanhang. Symtom och uttryckssätt kan vara bundna till olika kulturella och medicinska traditioner med olika grad av social acceptans (Ekblad, Janson, Svensson 1996).

Det är vårdens ansvar att flyktingen förstår den information som ges, vilket kan handla om egenvård, medicinering, sökvägar eller regelverk. För att leva upp till hälso- och sjukvårdslagens intention om vård på lika villkor, ska landstinget erbjuda tolk till den som inte behärskar svenska språket. De sjukvårdsinformatörer som finns i Landstinget Västmanland sedan flera år, har tillkommit för att underlätta kommunikationen mellan vårdpersonal och flyktingar. Denna funktion skulle dock kunna nyttjas mer effektivt än vad som sker idag. Löthberg med flera frågar sig om hälsokommunikation på modersmål gör någon skillnad och beskriver verksamhetens etablering, utveckling och utvärdering. Denna pekar på att en sådan verksamhet skulle kunna göra skillnad. Sjukvårdsinformatörer eller hälsokommunikatörer kan ge nyanlända invandrare utbildning kring hälsofrämjande livsstil, egenvård och hur den svenska hälso- och sjukvården kan användas på ett adekvat sätt. Verksamheten bör organiseras utifrån grupperns behov för att påverka livsstilen så att livskvaliteten ökar och sjukvårdsbehovet minskar (Löthberg et al 2012).



Att dela sina upplevelser och erfarenheter med andra, har visat sig vara värdefullt i andra verksamheter inom hälso- och sjukvården. Gruppverksamhet som riktas till såväl barn som föräldrar bedömdes därför kunna bidra till ett utvecklat vårdinnehåll även för målgruppen. Något som kännetecknar en bra grupp är när förtroende skapas mellan gruppmedlemmarna. Förtroende är en faktor som har stor betydelse för gruppens atmosfär. Den utgör grunden för samarbete och påverkar interaktionen mellan gruppmedlemmarna. Tillsammans med andra kan flyktingen spegla sina erfarenheter och därmed utveckla sitt självförtroende och stärka sin identitet. I en gruppverksamhet kan individen utveckla empati och ansvarstagande, vilket är en del i flyktingarnas anpassning till det svenska samhället.

En särskild form av gruppverksamhet är så kallade självhjälpsgrupper. I sådana grupper möts människor runt gemensamma erfarenheter, problem och funderingar för att samtala och lyssna. Grupperna är deltagarstyrda och det finns varken expert, rådgivare, ledare eller terapeut med i gruppen. Positiva erfarenheter av sådana grupper finns inom flyktingverksamheter i andra landsting. Asyl- och Integrationshälsan föreslår del av dessa erfarenheter och utveckla liknande gruppverksamhet.

Asyl- och Integrationshälsans mottagning är geografiskt placerad i Västerås centrum. För att leva upp till landstingets vision om lika vård för alla, måste vårdutbudet för de flyktingar som bor utanför Västerås närområde tillgodoses på något sätt. Redan tidigt i projektet började tankar på ett mobilt team växa fram. Teamet ska utgöra ett komplement till den centrala mottagningen och uppbyggnad pågår. En tanke är att personalteamet ska formas utifrån aktuella behov. Exempelvis kan information, hälsoundersökningar och hälsosamtal genomföras vid ett tillfälle. En annan gång koncentrerar man sig på vaccinationer, kontroller av tidigare vaccinationer. Lokalmässigt nyttjas förslagsvis en familjeläkarmottagning på orten. I dagsläget är det inte aktuellt att det mobila teamet ska ge sjukvård till målgruppen. Sådana behov får tills vidare tillgodoses på närmaste familjeläkarmottagning.

Hälsovård och sjukdomsförebyggande arbete betraktas inte som sjukvård. Resor från länets olika delar till Asyl- och Integrationshälsan kan därför inte ersättas av landstinget. Att resa till den centrala mottagningen i Västerås bekostas av flyktingen själv, vilket innebär en viktig ekonomisk aspekt. Många familjer väljer trots detta att lista sig på den centrala mottagningen, för att få möta vårdpersonal med flyktingmedicinsk kompetens och ta del av den samlade kunskapen. Att lösa transportproblemen är därför en angelägen fråga.

Asyl- och Integrationshälsan skiljer sig från andra flyktingmottagningar i landet genom att erbjuda såväl asylsökande som personer med uppehållstillstånd hälso- och sjukvård i en gemensam verksamhet. Lokalerna för en flyktingmedicinsk verksamhet kräver speciella lösningar. Exempelvis är det viktigt med stora mottagningsrum, eftersom patienterna ofta har sina barn med sig. Ett annat krav är särskild ingång för patienter som kan bära på smitta. Under projekttiden anpassades lokalerna på bästa sätt utifrån rådande förutsättningar. Allteftersom verksamheten blir mer känd och fler flyktingar listar sig på mottagningen, behöver nya och bättre lokaler sökas i närområdet. Det är dock viktigt att verksamheten är centralt placerad för att vara tillgänglig med allmänna transportmedel. Avseende personalresurserna behöver verksamheten fortgå under längre tid för att man ska kunna

fastställa behovet. Var och en av Asyl- och Integrationshälsans personal har bred kompetens, vilket innebär att de kan ersätta varandra vid sjukfrånvaro, möten och utbildningar.

Hallin & Siverbo (2003) utvecklar i *Styrning och organisation inom hälso- och sjukvård* organisationens betydelse för att uppnå en god hälso- och sjukvård. Landstingen har enligt hälso- och sjukvårdslagen ett omfattande ansvar och får i stor utsträckning själva bestämma sin hälso- och sjukvårdsorganisation. Varje landsting ska erbjuda alla som är bosatta inom landstinget en god hälso- och sjukvård och planera den utifrån befolkningens behov.

Grundtanken med att erbjuda studiens målgrupp en samordnad hälso- och sjukvård i form av en samlad flyktingmedicinsk kompetens, var att öka förutsättningarna för ett bättre omhändertagande. Samtidigt skulle specifik kompetens och tillgängliga resurser kunna nyttjas rationellt, kostnadseffektivt och kvalitetssäkert.

Projektet har genomförts för att skapa en optimal organisation av landstingets flyktingsjukvård och därmed bättre förutsättningar för flyktingar i behov av hälso- och sjukvård. Att nå målgruppen med information om Asyl- och Integrationshälsans verksamhetsområde är en strategiskt viktig fråga. Flyktingar utgör ingen homogen grupp och de bär på olika erfarenheter av hälso- och sjukvård. Resultaten pekar på att introduktionens utformning påverkar hälsan likaväl som upplevelsen av hälsa påverkar introduktionen, vilket utgjorde en av frågorna i intervjuguiden. Om olika faktorer påverkar varandra är det viktigt att klarlägga på vilket sätt de kan påverka kausaliteten.

Den bärande tanken i projektet *Samlad flyktingverksamhet för hälso- och sjukvård*, var att koncentrera landstingets flyktingmedicinska kompetens i en gemensam enhet. Organisationens betydelse har tydliggjorts under projektet och genom Asyl- och Integrationshälsans samlade kompetens skapas goda förutsättningar för målgruppen.

Informanternas förväntningar på projektets möjligheter till erfarenhetsutbyte och inspiration för att utveckla hälsofrämjande metoder lyftes fram under projektiden. Erfarenheterna av projektet utgör värdefull kunskap, som kan öka medvetenhet och delaktighet hos introduktionens alla medaktörer. Förbättringar avseende främst bemötande, gruppverksamhet och kunskapsspridning lyftes fram som viktiga delar i Asyl- och Integrationsenhetens verksamhet.

### 6.3 Framtida forskningsutmaningar

Projektet medförde en fördjupad kunskap kring målgruppen och erfarenheterna torde kunna inspirera till utvecklingsarbete i andra landsting eller verksamheter. Studien ger också ett värdefullt underlag för fortsatt utveckling av Asyl- och Integrationshälsan. Vidare skulle studier där flyktingar intervjuas, exempelvis i fokusgrupper, kunna komplettera studieresultatet och sannolikt tillföra ny kunskap i Asyl- och Integrationshälsans fortsatta verksamhet.

## 6.4 Etiska aspekter

En forskningsintervju innebär utbyte av synpunkter och är ett samspel mellan två människor. Intervjuaren och den intervjuade påverkar varandra ömsesidigt, vilket kräver respekt. Intervjuaren måste vara medveten om dynamiken och ta hänsyn till den i intervjusituationen (Kvale 1997). Eftersom Asyl- och Integrationshälsan och Integrationsenheten var relativt små arbetsplatser förelåg en viss risk för att någon utsaga skulle kunna identifieras och kopplas till en viss person. Av denna anledning var det betydelsefullt att resultatet behandlades konfidentiellt. Det var dock inte uttalat att informanterna skulle ha tystnadsplikt, vilket man annars hade kunnat komma överens om. Resultatet har presenterats på ett sådant sätt att det så långt möjligt inte går att identifiera vem som sagt vad. Att delta i studien var frivilligt och det var viktigt med tydlig information om syfte och upplägg för att informanterna skulle känna till förutsättningarna. Det var viktigt att respektera frivilligheten, samtidigt som det var viktigt för studiens genomförande och resultat att deltagarantalet inte var för litet. Att författaren hade viss kunskap om såväl verksamheten som informanterna kan ha inneburit att någon av deltagarna upplevt svårigheter att säga nej till att delta i studien. Författaren var därför särskilt noga med att ingen skulle känna sig tvingad att delta.

## 7 SLUTSATSER

Under projektet gjorde informanterna övervägande positiva erfarenheter av att arbeta i en samlad flyktingverksamhet och de flesta förväntningarna uppfylldes. Där så inte var fallet såg de en tydlig utvecklingspotential. Att förbättra bemötandet, utveckla gruppverksamhet, sprida kunskap, skapa ett mobilt team och ytterligare öka samverkan med olika aktörer uppfattades som viktiga delar i det fortsatta utvecklingsarbetet. Sammanfattningsvis har projektet bidragit till bredare kunskaper avseende målgruppen samt ökat förståelsen för flyktingsjukvårdens komplexitet.

## 8 EFTERORD

Efter avslutat projekt och permanentad verksamhet har Asyl- och Integrationshälsan utvecklats till en sammanhållen vårdcentral, som utgör basen för Landstinget Västmanlands flyktingsjukvård. Värdegrunden bygger på begrepp som tid, tolerans, tålmod, trygghet, tolk, tilltro och tillgänglighet. Bemanningen har ökat och ansvarsområdena vidgats. Målgrupperna har utökats med gömda och papperslösa flyktingar, som sedan januari 2013 erbjuds samma subventionerade vård som västmanlänningar. En mobil verksamhet har utvecklats som omfattar länets samtliga kommuner. Härigenom säkras att vård till målgruppen erbjuds på lika villkor i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagens intentioner.

## REFERENSER

- Angel, B., Hjern, A., Ingleby, D. (2001). Effects of war and organized violence on children: a study of Bosnian refugees in Sweden. *Am J Orthopsychiatry*. 71(1):4-15.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*, Stockholm: Natur och Kultur.
- Basoglu, M., Livanou, M., Crnobaric, C., Franciskovic, T., Siljic, E., Duric, D., et al. (2005) Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia. Association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *The Journal of the American Medical Association*. 294(5):580-90.
- Berlin, J., Kastberg G. (2011). *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö: Liber AB.
- Burnard, P. (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today* (11):461-466.
- Burström, B; Ekblad, S; Irestig, R & Al-Adhami, M. (2009). Hur kan vi förbättra hälsan hos utsatta grupper? *Läkartidningen* nr 52, Vol 106, ss 3525-3526
- Cavanagh, S. (1997). Content analysis: concept, methods and applications. *Nurse Researchers* (4):5-16.
- Cole, F.L. (1988). Content analysis: process and application. *Clinical Nurse Specialist* (2)1: 53-57.
- Dey, I. (1993). *Qualitative Data Analysis. A User-Friendly Guide for Social Scientists*. Routledge, London.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: method, applications and issues. *Health Care of Women International*. (13):313-321.
- Edlund, H. (2003). Opublicerat manuskript. *Det goda livet i Västmanland. Enutvärdering av ett hälso- och dialogprojekt i Landstinget Västmanland*.
- Edlund, H. (2004). Opublicerat manuskript. *SALVEO – Ett projekt med syfte att finna metoder att nå fram till invandrargrupper i Västmanland med information om det svenska sjukvårdssystemet*.
- Eide, K. (2000). *Barn i vegelse. Om oppvekst og levekår for enslige minderårige flyktninger*. Porsgrunn: Høgskolan i Telemark, avdelning for helse- og sosialfag.
- Ekblad, S. (2000). *A survey of somatic, psychological and social needs of mass displaced refugees from the Kosova province while in Sweden*. Karolinska Institutet, The National Institute of Psychosocial Factors and Health. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Ekblad, S., Janson, S., Svensson, P-G. (1996). *Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber Utbildning,

Ekblad, S. & Söndergaard, HP. (2005). Flyktingpolitiken behöver reformeras. Snabb tillgång till samma rättigheter som bofasta gynnar flyktingars psykiska hälsa - även på lång sikt *Läkartidningen* nr 48, Vol 102, ss 3625-3626.

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. (62)1: 107-115.

Englundh, E. (2008). *Folkrätt för barn som pedagogiskt åtagande*. (Doctoral Dissertation). Stockholms universitet; Stockholm.

Graneheim, U-H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, (24): 105-112.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Hallin, B., Siverbo, S. (2003). *Styrning och organisering inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur

Harwood, T.G & Garry, T. (2003). An overview of content analysis. *The marketing Review* (3):479-498.

Hatch, M-J. (1997). *Organisationsteori – Moderna, symboliska och postmoderna perspektiv*. Studentlitteratur.

Hunt, P. (2007). Mission to Sweden. *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*: United Nations General Assembly, Human Rights Council. Report No. A/HRC/4/28/Add.2.

Integrationsenheten. Västerås stad. (2005). Skrivelse.

Integrationsverket. (2004). *Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige*. Norrköping: Integrationsverket.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Krippendorff, K. (1981). *Content Analysis: Introduction to its Methodology*. Sage Publications, Newbury Park.

Landstinget Västmanland. (2008). *Landstingsplan 2009-2011*. Västerås: Landstinget Västmanland.

Landstinget Västmanland. (2006) *Samlad flyktingverksamhet inom hälso- och sjukvården i Västmanland*. Förstudie. Landstinget Västmanland.

Landstinget Västmanland. (2009). *Beslut om att permanenta Asyl- och Integrationshälsan*. Ur Landstingsstyrelsens protokoll § 295 Dnr LTV 090994. Landstinget Västmanland.

Landstinget Västmanland (2008). *Vårdval Västmanland*. Närsjukvårdsprogram: Landstinget Västmanland.

Landstinget Västmanland (2008). *Kvalitetsmål*. Landstinget Västmanland.

Lindencrona, F. (2000). *Strategies for a Health Promoting Introduction for Newly-arrived Refugees and other Immigrants*. (Doctoral Dissertation). Stockholm: Karolinska Institutet.

Lindencrona, F, Johansson-Blight, K. & Ekblad, S. (2002). Teori och val av metod för att studera hälsofrämjande insatser ur ett transkulturellt perspektiv. *Nordisk Psykologi* 53(1)1-22

Lindencrona, F. Ekblad, S. and Hauff, E. (2008). Mental Health of Recently Resettled Refugees from the Middle East in Sweden: The Impact of Pre-Resettlement Trauma, Resettlement Stress and Capacity to Handle Stress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. (43)2:121-131.

Lindencrona, F. Ekblad, S. Johansson-Blight, K. (2006). *Integration och folkhälsa – en kunskapsöversikt*. Rapport Integration 2005. Bilaga. Norrköping: Integrationsverket.

Lundh, C. Fälth Lazic, M., Edlund, H., Sörensen, S. (2009). Opublicerad. *Att överbrygga språkliga och kulturella barriärer*.

Löthberg, K., Fryklund, B., Westerling, R. Darayani, A., Stafström, M. (2012). *Hälsokommunikation på modersmål – gör den någon skillnad? Etablering, utveckling och utvärdering*. Stockholm: Socialmedicinsk Tidskrift. Vol 89, ss 133-39.

Malterud, K. (1993). Shared understanding of the qualitative research process - Guidelines for the medical researcher. *Family Practice*. (10): 201-6.

Marshall, GN., Schell, TL., Elliot, MN., Megan Berthold, S., Chun, C-A. (2005). Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA* (294):571-579.

Montgomery, E. (2008). Long-term effects of organized violence on young Middle Eastern refugees' mental health. *Social Science & Medicine Journal*. (67)10:1596-603.

Morgan, D.L. (1993). Qualitative content analysis: a guide to paths not taken. *Qualitative Health Research*. (1): 112-121.

Neundorf, K. (2002) *The Content Analysis Guidebook*. Sage Publications Inc., Thousand Oaks, CA.

Integrationsverket. (2001). *Nöjd-kund-index: en brukarorienterad undersökning*. Norrköping. Hämtad den 2013-06-04 från <http://www.mkc.botkyrka.se/biblioteket/Publikationer/nki.pdf>

Olsson, H. och Sörensen S. (2007, 2011). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Reserach Methods*. Sage Publications, Newbury Park.
- Pellmer, K & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Andra upplagan. Stockholm: Liber.
- Porter, M. and Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacemnet Factors Assosiated with Mental Health of Refugees an Internally Displaced Persons: A Meta-Analysis. *JAMA*. (294)5:602-612.
- Regeringens proposition. (2008). *En förnyad folkhälsopolitik*. Stockholm: Socialdepartementet (Proposition 2007/08:110).
- Regeringens proposition. (2002). *Mål för folkhälsan*. Stockholm: Socialdepartementet (Proposition 2002/03:35).
- Sandelowski, M. (1993). Theory unmasked: the uses and guises of theory in quatitative research. *Research in Nursing & Health*. (16):213-218.
- Sandelowski, M. (1995). Qualitative analysis: what it is and how to begin? *Research in Nursing & Health* 18, 371-375.
- SFS 1982:763 *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1994:137 *Lag om mottagande av asylsökande m. fl.* Stockholm: Utrikesdepartementet.
- SFS 1996:1357 *Förordning om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande*. Stockholm: Utrikesdepartementet.
- SFS 2005:716 *Utlänningslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2008:344 *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS 2009:400 *Offentlighets- och sekretesslag*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) (2012). *Hälso- och sjukvårdens utvecklingsmöjligheter i arbetet med nyanlända invandrare*.
- SOU (Statens offentliga utredningar) (2008). *Egenansvar - med professionellt stöd*. Stockholm: Regeringskansliet. Socialdepartementet.
- Summerfield, D. (2002). Mental Health of Refugees and Asylum-Seekers. Commentary. *Advances in Psychiatric Treatment*. (8): 247-348.
- Söndergaard, H.P. (2002). Post-traumatic stress disorder and life events among recently resettled refudees. Department of Public Health Sciences, Doctoral Dissertation, Karolinska Institutet: Stockholm.

Tilly, K. & Brogaard, K. (2008). *Regionalt samarbete, Överenskommelse om samarbete om flyktingintroduktionen i Västmanland län 2008-2014*. Västerås: Länsstyrelsen i Västmanlands län.

Vetenskapsrådet (2002). *Riktlinjer för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

WHO (World Health Organization). (1946). *International Health Conference*. New York: WHO.

WHO (World Health Organization). (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Köpenhamn: WHO Europe.

WHO (World Health Organization). (1999). *Health 21- the health for all policy framework for WHO European Region*. Copenhagen: WHO.

WHO (World Health Organization). (2001). *Evaluation in health promotion. Principals and perspectives*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (No.92.)

Västerås kommun (1988). *Flyktingars hälsa och vårdkonsumtion: en studie inom det lokala flyktingmottagandet i Västerås*.



# Bilaga 1

## INTERVJUGUIDE

### Frågor till personer vid Asyl- och Integrationshälsan, Landstinget Västmanland och Integrationsenheten i Västerås Kommun

*Studiens syfte är att utifrån ett personalperspektiv beskriva Landstinget Västmanlands organisation för arbetet med flyktingmedicinska frågor. Intervjuer genomfördes med personal vid Integrationsenheten, Västerås kommun och Asyl- och Integrationshälsan, Landstinget Västmanland.*

#### *Före intervjun*

- informera om inspelning och fråga om tillåtelse
- informanten får avbryta när som helst samt välja att inte besvara valfria frågor
- informantens namn kommer inte att användas i uppsatsen, varför svaren inte kan kopplas till specifik informant
- inspelat material raderas efter transkribering

#### *Bakgrund* (utbildning, arbetsuppgifter)

- vad har du för utbildning?
- vad har du för yrkeserfarenhet?
- hur länge har du arbetat på Asyl- och Integrationsenheten?
- vad är din arbetsuppgift idag?
- har du haft samma arbetsuppgift under hela projektiden?
- hade du denna arbetsuppgift även före starten av projektet (2007-2010)?

## **Frågor om hur en samlad kompetens skulle kunna påverka vården för flyktingar**

### **Förväntningar**

- vilka förväntningar hade du på projektet före start?
- finns det något i flyktingsjukvården, som skulle kunna förändras genom projektet?
- hur tror du att projektet skulle kunna påverka innehållet i Asyl- och Integrationshälsans verksamhet?
- upplever du att tidigare organisation påverkade flyktingens fysiska och psykiska hälsa?
- hur tänker du att projektet skulle kunna få betydelse för flyktingars hälsa?

### **Erfarenheter**

- hur vill du beskriva samarbetet mellan Asyl-och Integrationshälsan och Integrationsenheten?
- kan du beskriva hur du uppfattar värdet av att landstingets flyktingverksamhet samlas i en vårdenhet?
- kan du beskriva hur en samlad kompetens påverkar vården av flyktingar?
- hur har ditt eget arbete påverkats under projektiden?
- vilka är dina erfarenheter av den psykosociala/psykiatriska kompetensen som tillförts Asyl- och Integrationshälsan genom projektet?
- hur ser du på värdet av att inrätta ett mobilt team?
- hur ser du på flyktingarnas möjligheter till rehabilitering? I primär- respektive specialistvård.

### **Förbättringar**

- har dina förväntningar på projektet infriats? På vilket sätt?
- något särskilt viktigt som du vill lyfta fram?
- har du några visioner kring Asyl- och Integrationshälsans framtida arbete?

### *Efter intervjun*

- är det någon fråga du vill gå tillbaka till?
- är det något du vill tillägga?

## Bilaga 2

Av tabellen framgår hur en kategori skapas av ett antal meningsbärande enheter.

**Tabell 1.** Modell för analysarbetet.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<p>...”det finns en specifik kunskap hos personalen som inte finns hos andra vårdgivare”</p> <p>”...man får en helhets syn på patienterna tack vare vår gemensamma kunskap och erfarenhet”</p>	<i>Kunskaps-överföring</i>	<i>Kunskap och erfarenhet</i>	<i>Samlad kompetens</i>	<i>Erfarenhet</i>
<p>..”om man jobbar med psykiska problem som våra patienter ofta får man en känsla av kris och kaos”..</p>	<i>Förståelse för den psykiska och sociala situation patienterna lever i.</i>	<i>Psykosocial situation</i>	<i>Psykosocial kompetens</i>	
<p>..”då har vi bokat tolkar på de olika språken arabiska och somaliska... övriga kan vi ringa och boka”..</p>	<i>Akuta tider för patienterna</i>	<i>Tillgänglighet</i>	<i>Tillgänglighet</i>	
<p>”...om man inte vet om man får stanna, ..lever under press” ”Måste få bearbeta det som hänt” ..... ..”man kan lita på personalen”.</p>	<i>Trygghet för patienten att träffa samma vårdpersonal vid varje vårdtillfälle</i>	<i>Trygghet</i>	<i>Kontinuitet</i>	
<p>..”teamarbetet bör utvecklas mer... det är liksom bara i sin linda...de som arbetar är mycket uppfyllda av det somatiska arbetet... men med den psykiatriska kompetens som finns har det blivit bättre balans”..</p>	<i>Helhetsperspektiv på flyktingarnas vårdbehov</i>	<i>Vårdbehov</i>	<i>Utvecklat behandlingsarbete</i>	

**Källa:** Granskär & Höglund-Nielsen (2008).