

Hälsofrämjande introduktion

- en teoretisk genomgång med praktiska implikationer

Karin Johansson Blight och Fredrik Lindencrona

- Flyktingars livssituation och dess påverkan på hälsa, ohälsa och sjukdom bör ses i ett helhetsperspektiv, som inkluderar person, händelse och det sammanhang som flyktingen befinner sig i.
- Mottagarlandet har ett ansvar i att förhindra hälsoförsämring, social isolering och marginalisering av flyktingar.
- Händelseupplevelser, reaktion på och återhämtande efter psykiskt trauma varierar för olika personer och ställer krav på ett flexibelt introduktionssystem som inleds så snart som personer anländer till Sverige.
- Utformningen av introduktionsprogrammet kan påverka introduktionsdeltagarens hälsa. Därför skall förutsättningar ges att använda introduktionen som en hälsofrämjande arena.
- "Målforum" utprövas som en hälsofrämjande arbetsmetod inom introduktionen.

Karin Johansson Blight är leg. sjuksköterska, MSc & Diploma Public Health. Hon är doktorand och forskningsassistent i projektet "Hälsofrämjande introduktion", Sektionen för psykiatri, Neurotec-institutionen, Karolinska institutet. Karin.Johansson.Blight@neurotec.ki.se

Fredrik Lindencrona är leg. psykolog. Han är doktorand och forskningsassistent i projektet "Hälsofrämjande introduktion", Sektionen för psykiatri, Neurotec-institutionen, Karolinska institutet. fredrik.lindencrona@neurotec.ki.se

Inledning

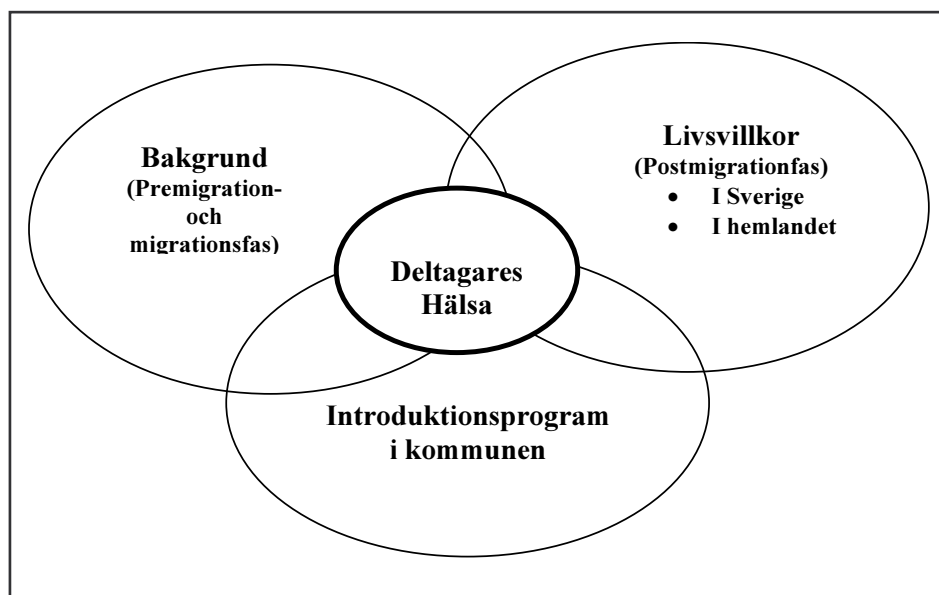
I Sverige har vi under olika skeden av vår historia haft en invandring av personer med olika bakgrund. Det senaste tjugo åren har dock medvetenheten om Sverige som ett mångkulturellt samhälle ökat bland befolkning och makthavare. Under samma tid har invandringen till Sverige skiftat karaktär från arbetskraftsinvandring till flykting- och anhöriginvandring¹. Sedan mitten av 1980-

talet, och i ökande grad under 1990-talet har diskussionerna om integrationen i det svenska samhället blivit mer och mer intensiv.

Under de senaste åren har hälsotillståndet hos personer med utländsk bakgrund lyfts fram i den svenska debatten, särskilt med hänvisning till den generella debatten om hälsa och social ojämlikhet. Det flesta forskare är överens om att hälsotillståndet hos denna grupp generellt är sämre än för personer som är uppvuxna i Sverige (1). En

nyligen publicerad artikel av Silove & Ekblad (2) visar att den psykiska ohälsan bland flyktingar i stor utsträckning kan förklaras med hjälp av två olika faktorer: *post-migrationsstress* och *traumatiska erfarenheter innan migrationen*. Forskningen kring hälsa och ohälsa presenterar tre olika angreppssätt för att förbättra hälsa: 1) prevention av sjukdom, funktionsnedsättning och hinder, 2) behandling av sjukdom samt 3) främjande av hälsa. De är alla viktiga och bör ses som komplement till varandra, men för att tydliggöra insatser inom de olika fälten måste de hållas isär (3).

I projektet "Hälsofrämjande introduktion"² har ett hälsofrämjande perspektiv valts. Projektets syfte är att utveckla en modell för en introduktion som stärker och utvecklar varje nyanländs livskvalitet, autonomi och fullvärdiga deltagande i samhällets olika sektorer. Denna artikel kommer att presentera de möjliga påverkansvägarna för psykisk hälsa och ohälsa bland flyktingar. Varje del av figur 1. presenteras och vi för mot bakgrund av detta en diskussion om hur de redovisade teoretiska resonemangen kan omsättas i praktiska arbetsmetoder.



Figur 1. Interaktion mellan introduktionsdeltagarens bakgrund, livsvillkor och introduktion i kommunen (33).

Livssituationens påverkan på hälsa, ohälsa och sjukdom

Flyktinginvandring skiljer sig från annan typ av invandring i det att personen i allmänhet tvingats lämna sitt land och många har varit med om svåra traumatiska³ händelser. I projektet "Hälsofrämjande introduktion" använder vi Harveys (4) modell för att förstå hur hälsoeffekterna av de levnadsomständigheter som flyktingar bär med sig, samt återhämtning efter trauma, varierar. Harvey menar att en reaktion på trauma och återhämtande är beroende av 1) *person* - här ingår t.ex. ålder, kön, utbildning, personlighet, personens ursprungliga stressnivå innan den traumatiska händelsen. Under denna kategori faller även frågan om hur relationen mellan den som fallit offer för den traumatiska händelsen och den person som orsakat den, såg ut (om det fanns någon) innan händelsen, 2) *händelse* - inbegriper en eller flera händelser, frekvensen, svårighetsgraden samt hur länge personen blev utsatt och om personen var själv eller blev utsatt tillsammans med andra, 3) *omgivande miljö* - här menas bl. a. i vilket ekologiskt sammanhang som händelsen utspelade sig (t.ex. i skolan eller på arbetet) samt hur den miljö som återhämtning sker i ser ut (t.ex. attityder till och förståelse för det som hänt hos familj, vänner, och andra individer/grupper av betydelse för personen).

Händelser och omgivande miljö i premi-gration- och migrationsfas

Händelser och omgivande miljö i premi-grationsfasen utgörs bland annat av orsakerna till varför människor tvingas fly. Enligt UNHCR⁴ (5) är idag de största anledningarna till att människor tvingas fly väpnad konflikt, politiskt förtryck och grova överträdelse av mänskliga rättigheter. UNHCR menar att det

som skiljer 1990-talet från tidigare årtionden är att konflikterna till följd av bland annat supermakternas inblandning involverat hela samhällen i våld, tillgången till lätthanterlig och sofistikerad vapenarsenal samt illegal handel och samarbeten med internationella kriminella organisationer som gör konflikter svårlösta. Civila populationer utsätts medvetet och både män, kvinnor och barn riskerar att bli systematiskt våldtagna, massmördade eller tvingade till att bli soldater och i många krig används också påtagliga bevis på grymhet så som systematisk amputering (ibid.). Användning av tortyr av olika former är vanligt förekommande och av de flyktingar som lever i Sverige uppskattades 1997 att ca 25% hade varit utsatta för tortyr (6).

Den omgivande miljön ändras i och med att personen migrerar och nästa fas, *migrationsfasen* kan också innebära erfarenheter av påfrestande och traumatiska händelser. UNHCR (5) menar att en bidragande orsak till en osäker väg till säkerhet är de nya restriktiva regler i västvärlden, introducerade bland annat för att bekämpa illegal immigration. Dessa begränsar asylsökandes möjligheter att få tillgång till asylutredning och säkerhet och har bland annat fått till följd att en del människor erfarit mycket farliga och kostsamma vägar för att nå möjligheten att söka asyl (t.ex. genom att gömma sig på fartyg, i lastbilar el dyl.).

Livsvillkor i postmigrationsfasen

Den tredje fasen i migrationsprocessen kan betecknas som *postmigrationsfasen*. Denna fas påbörjas vid ankomsten till det nya landet och följer personen under integrationsprocessen.

Händelser och den omgivande miljön kallar vi här "livsvillkor" och det inbegriper faktorer i Sverige men även händelser i hemlandet eller händelser som t.ex. påverkar

anhöriga i annat land. Alla dessa faktorer har påvisats ha stor betydelse för flyktingar (7). De faktorer i Sverige som generellt påverkar hälsan hos invandrare (oavsett migrationsorsak) är t.ex. det svenska samhällets olikhet, diskriminering, främlingsfientlighet och rasism, utbildning som inte godkänns, arbetslöshet, social utslagning, fattigdom och bostadssegregation (1). En särskilt utsatt grupp är personer som söker asyl. Utöver ovanstående faktorer utsätts denna grupp för andra marginaliserade faktorer såsom inskränkt rätt till hälso- och sjukvård (gäller vuxna) och en oviss tid i väntan på ett avgörande beslut. I relation till figur 1 (ovan) visar forskning stöd för ett helhetsperspektiv på flyktingens livsvillkor i mottagarlandet. Med detta menas att flyktingens livsvillkor i mottagarlandet inkluderar både situationen i det nya landet och den samtida situationen i hemlandet (uttryckt i t.ex. oro för nära anhörig som är kvar i hemlandet) och dessa har båda stor betydelse för flyktingens hälsa. Det som skiljer situationerna åt är att livssituationen i Sverige är något som i högre grad är påverkbart.

En mer detaljerad översikt av livssituationen i Sverige utifrån Harveys (4) modell (person, händelser och omgivande miljö) visar bl.a. på en mängd olika marginaliseringsproblem som misstänkts bottna i olika diskriminerande strukturer. Inom tolv år beräknas mer än var fjärde person i arbetsför ålder (18 - 64 år) ha utländsk bakgrund (8). Trots detta är "den etniskt svenska tjänstemannen utan funktionshinder i rätt ålder norm i arbetslivet" (9). Situationen för gruppen utlandsfödda har, under åren 1993-2000, försämrats i jämförelse med infödda svenskar (10, se även Vogels och Hjerms artikel i detta temanummer). Författarna till rapporten "Integration till svensk välfärd"? (ibid.) framhåller att "de stora skillnaderna

mellan särskilt flyktingar och arbetskraftinvandrare pekar mot mekanismer som leder till en diskriminering av de mest sårbara invandrarna, som kommer från andra världsdelar, andra kulturer, andra religioner, har annorlunda utseende och som i allmänhet har svåra umbäranden bakom sig" (11). De pekar på att beräkningarna inkluderat kontroll för kön, ålder, familjesituation och utbildningsnivå, och observationerna visar att flyktinginvandrarna inte egentligen har sämre förutsättningar (i dessa avseenden) än svenskfödda eller invandrare från rika länder utan välfärdsskillnaderna beror istället på andra faktorer. Det är med andra ord hög tid att förändra den generella synen på hur samhället är sammansatt samt aktivt arbeta för att förändra de normer som styr. De skillnader mellan invandrare och svenskfödda som identifieras i rapporten visas kvarstå eller minskas mindre än väntat över tid (d.v.s. även efter 10 års vistelse i Sverige). Invandrare och specifikt flykting/asylinvandrare jämfört med infödda svenskar har sämre deltagande och förankring på arbetsmarknaden, de har sämre fysisk och psykosocial arbetsmiljö, de är i tre gånger så hög utsträckning fattiga (fattigdomsgränsen är socialbidragsnormen) om de levt i Sverige i mindre än 10 år, de har sämre levnadsstandard och färre sociala relationer (något som dock ökar med vistelsetid i Sverige).

Hälsa och variationer i händelseupplevelser, reaktion och återhämtande

Gunilla Kivling Bodén har i sin doktorsavhandling gjort en litteraturoversikt och bl.a. identifierat arbetslöshet, låg socioekonomisk status, ensamhet, bristande socialt stöd och stress under akkulturationsprocessen som riskfaktorer för psykisk ohälsa i postmigrations miljö (12). Studier har också funnit belägg för samband mellan mortalitet/

morbiditet och marginaliseringsindikatorer. En forskningsöversikt poängterar att samband har påvisats bl.a. mellan självmord och låg social integration och självmord och låg socioekonomisk status/låg inkomst (13). Samma översikt tyder på att psykiatriska diagnoser som PTSD och depression hänger samman med t.ex. svagt socialt stöd eller svagt socialt nätverk (ibid.). Vad gäller hälsoeffekterna verkar dock tid ha en positiv inverkan (med undantag av väntan på beslut under asylprocessen som med största sannolikhet har en negativ effekt på hälsa). Hälsan, som är sämre hos flykting/asylinvandrare i Sverige (även efter korrigering för effekter av biologiskt åldrande och socioekonomisk ställning), ser ut att förbättras över tid (10). Internationell forskning ger också stöd för tidens positiva effekt. Silove & Ekblad har, i sin litteraturgenomgång kring de få prospektiva studier som gjorts med 10 år som uppföljning, identifierat att tid visat sig ha en positiv effekt på återhämtande från trauma (2). Positiva insatser torde därför tillsammans med tidens effekt ge goda förutsättningar för förbättrad hälsa.

I relation till hälsoeffekter och reaktion på traumahändelser som Harveys (4) modell uttrycker, är det, förutom tidens påverkan på hälsa, viktigt att framhålla att upplevelsen och hanteringen av levnadsomständigheter skiljer sig mellan människor och behöver ses i ett sammanhang. Det är viktigt att komma ihåg att "alla flyktingar är inte traumatiserade. Många klarar en återhämtning, s.k. självläkning" (14). Vad gäller traumatisering varierar incidens och prevalens av PTSD i den internationella litteraturen med högre prevalens i psykiatriska patientgrupper och lägre i epidemiologiska populationer (15). Konsekvenserna av en traumatisk upplevelse varierar således beroende på en mängd olika faktorer. Det finns stöd för att samtliga faser

(se figur 1) premigration, migration och postmigration innebär livsvillkor/händelser och miljöer som påverkar flyktingens hälsa. Många inom flyktingforskningen pekar på behovet av att inte ensidigt fokusera på de sjukdomsaspekter som erfarenheter av detta slag kan orsaka hos människor. Muecke (16) menar att om detta görs i för stor utsträckning kan en stereotyp norm utvecklas där att vara flykting innebär det samma som att vara sjuk och lidande. "Den svaga flyktingen" är inte en sann bild då en flykting i sig inte är en svag person utan snarare en person som utsatts för en mängd olika extrema situationer och därför kan vara i kris. Hälsofrämjande och preventiva insatser bör därmed kunna hantera variationen av hälsoeffekter, reaktion och återhämtande efter trauma och i största mån stödja individens resurser.

Introduktionens betydelse för hälsa hos deltagarna

Introduktionen av flyktingar och andra invandrare är en verksamhet som finansieras av staten, men genomförs av kommunerna. I alla kommuner, där kommunen har slutit avtal med staten om mottagande av flyktingar, skall varje nyanländ flykting som folkbokförts i kommunen erbjudas introduktion. Introduktionen som syftar till att underlätta starten i Sverige, inkluderar ofta Sfi (svenska för invandare), insatser för kontakt med samhälls-, förenings- och arbetsliv samt kompletterande utbildning för nyanlända flyktingar. Utöver åtaganden som föreligger inom introduktionen har myndigheterna "samma skyldigheter gentemot personer med utländsk bakgrund som gentemot den övriga befolkningen". För vuxna skall introduktionen vara fokuserad på att ge stöd åt individen för ett snabbt inträde i arbetsmarknad och för barn handlar det om att ge

barnet likvärdiga möjligheter att nå skolans mål (i förskole- och skolverksamhet) som övriga barn i samhället (17).

De senaste åren har olika forskare samt utvärderingar från bl.a. Integrationsverket pekat på allvarliga brister i introduktionens kvalitet. Särskilt stora problem har iakttagits när det gäller verksamhetens anpassning till den heterogena grupp som deltar i introduktionen (18), individens delaktighet i sin egen introduktion (ibid.), bristande samverkan (19, 20) samt inbördes konflikter och oklara roller (21). Får denna bristande delaktighet och begränsade individanpassning av introduktionen konsekvenser för de nyanlända flyktingarnas hälsa?

Folkhälsokommittén, som i sin beskrivning kring integration och folkhälsa utgår från ett hälsofrämjande perspektiv, lyfter fram "tillträdet till arbetsmarknaden" samt "delaktighet" som de viktigaste interventionerna för en förbättrad hälsa för nyanlända (22). Praktikfältet "hälsofrämjande" räknar konferensen i Ottawa 1986 som en av sina startpunkter. Konferensen, som anordnades av WHO, definierade hälsofrämjande på följande vis:

Med "hälsofrämjande" menas den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över och att förbättra sin hälsa. För att uppnå ett tillstånd av fullständig fysisk, psykisk och socialt välbefinnande måste en individ eller en grupp ha möjlighet att identifiera och förverkliga förhoppningar, att tillfredsställa behov och att förändra eller hantera sin omgivning. Hälsa är ett positivt begrepp som lyfter fram sociala och personliga resurser som väl som fysiska förmågor (23).

Introduktionens utformning kan tänkas påverka deltagarnas hälsa, indirekt och direkt.

Den direkta och omedelbara vägen gäller hur den interaktiva processen mellan deltagaren och detta system utformas. Den indirekta vägen gäller dess effekter d.v.s. dess framgång i att erbjuda insatser som kan ge deltagarna förutsättningar att bibehålla, utveckla och/eller anpassa sina resurser för att därigenom lättare komma in i det svenska samhället. De två vägarna presenteras, för tydlighets skull var och en för sig, men denna uppdelning är egentligen en förenkling av den komplicerade interaktionen mellan dessa två ömsesidigt beroende kvalitéer.

Den direkta vägen: friktion eller harmoni i den interaktiva processen mellan deltagare och system

Den direkta vägen bygger på antagandet att bristande individanpassning, delaktighet och mindre än optimalt bemötande av introduktionsdeltagarna kan ha direkt återverkan på deltagarnas hälsa. Betydelsen av relationen mellan person och omgivning för hälsa har belysts i många olika teoretiska begrepp t.ex. "ecological fit" (24), "krav-kontroll" (25), "agency-restriction" (26) och "interaction between the personal and transitory conditions" (27).

Två aspekter av introduktionen kan antas vara av särskild betydelse för denna interaktiva process: *relationen mellan deltagaren och de professionella som arbetar med honom/henne samt graden av organisatorisk flexibilitet.*

Relationen mellan deltagaren och den professionelle

Det som till syvende och sist avgör hur delaktig deltagaren tillåts och förmår att bli inom introduktionen är hur stor påverkan denne får på hur introduktionen läggs upp och planeras. Många olika faktorer påverkar förutsättningarna för detta såsom handläg-

garnas kompetens och arbetssituation, diversifieringen i olika programriktningar inom introduktionen och olika förutsättningar hos deltagaren.

I det positiva scenariot upprättar de bägge parterna en dialog som ger deltagaren möjlighet att identifiera och förverkliga sina förhoppningar, tillfredsställa sina behov och få använda sina kompetenser i den nya miljön. Det är exempel på egenkontroll som gör att de krav som ställs på deltagaren upplevs som motiverande och rimliga och därför kan hanteras optimalt (25). Om deltagaren får bekräftelse på dessa förhoppningar och får möjlighet att använda sina kompetenser ökar förutsättningarna för att han/hon skall känna sig motiverad och nöjd med sin situation (28). I det negativa scenariot ges inte sådana möjligheter utan istället ställs över- eller irrelevanta krav med låg påverkan för deltagaren (29). En sådan process kan beskrivas i termer av "agency-restriction" (26) d.v.s. hur en annars aktivt handlande person som försöker ta ansvar för sina handlingar genom kontakten med introduktionen begränsas i sina möjligheter att få handla i enlighet med vad man finner lämpligt för att uppnå sina mål. En sådan situation har påtagliga negativa effekter på den nyanlända flyktingens psykiska hälsa (29).

Organisatorisk flexibilitet genom gemensam analys och samlade resurser

Introduktionen involverar flera insatser som är beroende av varandra. Därför är det angeläget att professionella i flera organisationer kan lägga samman sina analyser med varandras och inte minst med deltagarens bild för att det positiva scenariot skall etableras. Gemensamt arbete mellan de olika organisationerna kan förväntas ge flera möjliga kombinationer av insatser och dessutom skapa förutsättningar för att flera

programriktningar upprättas. Vi kallar den gemensamma analysen samt tillgången på goda insatser för organisatorisk flexibilitet.

Den indirekta vägen: tillgången till goda insatser som ger förutsättningar för att etablera sig i Sverige

Den mer indirekta teoretiska kopplingen mellan introduktionens bristande kvalitet och deltagarnas hälsa kan tänkas handla om introduktionens repertoar av goda insatser som resulterar i att personen kan uppnå introduktionens målsättning. En repertoar av goda insatser kräver ett helhetstänkande där olika väsentliga inslag kombineras efter deltagarens specifika resurser och behov. Det förutsätter organisatorisk flexibilitet och en god process för erkännande och bekräftelse av deltagarens resurser. Om insatserna inte håller tillräcklig kvalitet kommer deltagarnas förutsättningar för att bli självförsörjande och delaktiga i samhället att begränsas. Det anknyter väl till Vogel & Hjelms (10) analys av invandares förutsättningar i Sverige. De menar att "orsakerna till den dåliga välfärdskarriären måste istället ligga dels i själva invandringssituationen, dels i mottagandet och i det svenska samhällets anpassning till dessa invandrades förutsättningar för en framgångsrik välfärdskarriär i Sverige" (11). En sådan situation riskerar att permanenta de nyanländas utsatthet i samhället vilket enligt de senaste årens forskning inom det sociepidemiologiska fältet kan antas ha allvarliga hälsoeffekter (30).

Diskussion och slutsatser

Vår genomgång av olika påverkansfaktorer på hälsa hos flyktingar som nyligen anlänt till Sverige leder oss till ett antal slutsatser om hur en hälsofrämjande introduktion bör utformas.

Vi måste börja med att påpeka att i denna artikel har fokus varit på vuxnas situation. Ett naturligt nästa steg vore att bredda perspektiven på hälsa bland nyanlända flyktingar genom att också närmare studera påverkansfaktorer på hälsa hos barn/ungdomar och äldre. Den särskilda situationen för personer som söker asyl har inte specifikt belysts. Vi utgår ifrån att de faktorer som nämnts drabbar dessa personer, ofta i än större skala än för andra, samt att ytterligare faktorer såsom ovisshet i ärendet och att vården till vuxna är inskränkt till akut vård eller vård som inte kan anstå bidrar till en särskilt svår situation. Sammanfattningsvis kan sägas att forskningen pekar på att premigrationsfaktorer och postmigrationsfaktorer är viktiga riskfaktorer för psykisk ohälsa (7, 29, 31). Det handlar om multipla behov som inte endast kan tillfredsställas med medicinsk behandling. Reaktion på och återhämtande från traumahändelser och dess effekt på hälsa varierar beroende på person, händelse och omgivande miljö och det finns stöd för att alltför höga krav på individen i mottagarlandet kan försämra psykisk hälsa (29). Den första slutsatsen blir därmed att det bör finnas ett flexibelt introduktionssystem som inleds vid ankomst till Sverige, där deltagare betraktas som resursstarka personer som har en tidigare historia som både innehåller positiva och negativa erfarenheter.

En andra slutsats är att deltagarna ofta befinner sig i en utsatt situation på grund av den kris som migrationen kan innebära. För att stödja deltagarna på bästa sätt att kunna hantera den livssituation som de befinner sig i är det angeläget att deltagare ges de optimala möjligheterna att upptäcka och få bekräftelse på sin potential i det nya samhället. Utöver de insatser som kan göras för att utveckla introduktionen till en hälsofrämjande introduktion är det angeläget att lyfta

diskussionen kring vilka andra samhälleliga aktörer som måste engagera sig i att komma till rätta med samhälleliga brister såsom bristande tillgång på bostäder, utbildning och diskriminering i arbetsliv och andra sammanhang.

Praktiska implikationer: Målforum

Vi är angelägna om att försöka omsätta vårt teoretiska resonemang i praktiska arbetsmetoder. En sådan metod kallar vi "målforum"⁵. Metoden testas under 2002-2004, inom ramen för forskningsprojektet "Hälsofrämjande Introduktion", i fyra svenska kommuner. Målforum innebär att den nyanlända flyktingen inledningsvis träffar sina handledare/lärare o.s.v. i de involverade organisationerna enskilt och när de samtalen har genomförts träffas flyktingen och alla de involverade tillsammans för att genomföra planeringen av introduktionen. Denna första kartläggnings- och planeringsfasen skall maximalt ta två månader. De professionella som är aktuella för flyktingen vid tidpunkten för nästa, uppföljande målforum som inträffar fyra-sex månader senare kallas till förnyad planering.

Utgångspunkten för målforum är att såväl hälsa som framgång under introduktionen förutsätter att varje flykting ges möjlighet att ta ett ansvar för och vara delaktig i planeringen av sin introduktion. För att det skall kunna ske måste tre villkor vara uppfyllda, 1) dialogen mellan flykting och professionell medarbetare i introduktionen måste vara utformad så att den stärker flyktingens möjligheter att få komma till tals och att påverka innehållet i introduktionen utifrån sin tidigare livshistoria och sina behov och önskningsar om sitt liv i Sverige, 2) flera professionella som har tillgång till olika typer av kunskaper och insatser för flyktingen deltar i den gemensamma planeringen för

att hitta individualiserade strategier för varje flykting, och 3) introduktionsprocessen för varje deltagare tydliggörs så att överenskomsten om viktiga mål och delmål under processen blir förankrade hos deltagaren och alla inblandade aktörer.

En förutsättning för att målforum skall bli ett forum för en hållbar dialog om väsentliga områden i deltagarens situation är att en reflekterande praktik utvecklas (32). För att underlätta för de professionella att skapa ett forum där deltagarens egenkontroll stärks krävs möjligheter till kontinuerlig gemensam reflektion mellan de professionella om maktdimensioner, yrkeskompetens och kulturella förväntningar kring den professionella rollen. En sådan reflektion skulle också kunna tydliggöra vad som behöver utvecklas inom och utanför introduktionen.

Vissa hälsopåverkande faktorer i den nyanlände flyktingens livsmiljö, såsom bristande tillgång på bostäder, externa omorganisationer, tillgången till hälso- och sjukvård för asylsökande eller arbetsmarknadsläget i kommunen är av sådan karaktär att det inte direkt kan påverkas genom den nuvarande introduktionens uppläggning. Dessa brister, som påverkar introduktionens förutsättningar, kan antas leda till svårigheter för de professionella som kan riskera att hamna i ett problematiskt läge mellan deltagarna som önskar få sina behov tillgodosedda och de brister som finns och som de professionella inte omedelbart kan bemöta. Här är det angeläget att de professionella ser som sin uppgift att själva eller i samarbete med deltagarna systematiskt samla information om den utsatthet som många deltagare lever under för att på så sätt kunna framföra de brister som föreligger för beslutsfattare på olika nivåer, kommunalt och nationellt.

Referenser:

1. Sundquist, J., Johansson, L.M. (2002) Invandringen i Sverige. Födelselandets betydelse: En rapport om hälsan hos olika invandrargrupper i Sverige. Statens Folkhälsoinstitut: Sandvikens Tryckeri, 2002:29.
2. Silove, D., Ekblad, S. (2002) Editorial: How well do refugees adapt after resettlement in Western countries? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106: 401- 402.
3. Herrman, H. (2001) The need for mental health promotion. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6):709-15.
4. Harvey, M. (1996) An Ecological View of Psychological Trauma and Trauma Recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1): 3-23.
5. UNHCR (2001) *The State of The World's Refugees 2000*. Oxford University Press.
6. Malmström, C., Ramos-Ruggiero, L., Söndergaard, H. P. (1997) *Med livet i behåll: om tortyr, överlevnad och återuppriktelse*. Göteborg: Ofta Grafiska AB.
7. Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P., Mohan, P. (1999). Pathways from War Trauma to Posttraumatic Stress Symptoms Among Tamil Asylum Seekers, Refugees, and Immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3): 421-35.
8. Näringsdepartementet (2000) *Alla lika olika - mångfald i arbetet*. Regeringskansliet, Ds 2000:69.
9. Näringsdepartementet (2000) *Alla lika olika - mångfald i arbetet*. Regeringskansliet, Ds 2000:69. Sidan 21.
10. Vogel, J., Hjerm, M. (2002) *Integration till svensk välfärd? Om invandrarens välfärd på 90-talet*. Statistiska Centralbyrån och Arbetslivsinstitutet. Levnadsförhållanden. Örebro: SCB Tryck, Rapport nr 26.
11. Vogel, J., Hjerm, M. (2002) Integra-

tion till svensk välfärd? Om invandrarens välfärd på 90-talet. Statistiska Centralbyrån och Arbetslivsinstitutet. Levnadsförhållanden. Örebro: SCB Tryck, Rapport nr 26. Sidan 158.

12. Kivling Bodén, G. (2002) Post-traumatic reactions and life situation in exile: A study of refugees from the former Yugoslavia during psychiatric treatment and at three-year follow-up. Doctoral dissertation from the Department of Psychology, Umeå University, Sweden.

13. Ekblad, S., Wasserman, D. (red.) (2002) Tidig upptäckt och preventiv behandling av asylsökande i riskzonen för självmord. Stockholm: Institutet för psykosocial medicin, Stressforskningsrapport, nr 304-2002.

14. Ekblad, S. (2002) Migration och hälsofrämjande integration. I: T. Theorell (red) Psykosocial miljö och stress. Lund: Studentlitteratur. Sidan 229.

15. Silove, D. (1999) The Psychosocial Effects of Torture, Mass Human Rights Violations, and Refugee Trauma - Toward an Integrated Conceptual Framework. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4): 200-7.

16. Muecke, M. (1992) New paradigms for refugee health problems. *Social Science & Medicine*, 35(4):515-23.

17. Arbetsmarknadsstyrelsen, Integrationsverket, Migrationsverket, Skolverket, Svenska Kommunförbundet (2001) Överenskommelse om utveckling av introduktionen för Flyktingar och andra invandrare.

18. Integrationsverket (2000) Kommunernas introduktion för nyanlända invandrare. Norrköping: Integrationsverket, Rapport 2000:5.

19. Lindencrona, F., Ekblad, S., Charry, J. (2001) Kartläggning av levnadsomständigheter, behandlingskontakter och sam-

verkansinsatser för nybesökspatienter på Fittja psykiatriska öppenvårdsmottagning 1998 - 1999. Stockholm, Institutet för psykosocial medicin, Avd för stressforskning, Karolinska institutet, WHO:s psykosociala center, Stressforskningsrapport nummer 296.

20. Kadhim, A.M. (2000) Svenskt kommunalt flyktingmottagande. Politik och implementering. Doctoral Dissertation in Sociology at the Faculty of Social Sciences. Umeå Universitet.

21. Similä, M. (1992) Det lokala flyktingmottagandet. Konflikter och roller. Stockholm: CEIFO.

22. SOU (1999) Hälsa på lika villkor - andra steget mot nationella folkhälsomål. Delbetänkande av Nationella folkhälsokommittén. Stockholm: Socialdepartementet. SOU 1999:137. Sidan 557.

23. WHO: Ottawa Charter 1st International Conference on Health Promotion (Ottawa, Canada, November 1986). WHO: Genève. Sidan 1

24. Antonovsky, A. (1991) Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur.

25. Karasek, R. Theorell, T. (1990) Healthy work stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.

26. Fryer, D. (1998) Editor's Preface. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 8, 75-88.

27. Moos, R.H. (2002) The mystery of human context and coping: an unraveling of clues. *American Journal of Community Psychology*, 30(1):67-88.

28. Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1):68-78.

29. Söndergaard, H. P., Ekblad, S., Theo-

rell, T. (2001) Self-reported Life Event Patterns and Their Relation to Health among Recently Resettled Iraqi and Kurdish Refugees in Sweden. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189: 838-845.

30. Marmont, M., Wilkinson, R. (eds.) (1999) *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.

31. Hondius, A.J., van Willigen, L.H, Kleijn, W.C, van der Ploeg H.M. (2000) Health problems among Latin-American and middle-eastern refugees in The Netherlands: relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4):619-34.

32. Schön, D.A. (1995) *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Aldershot Arena.

33. Lindencrona, F., Ekblad, S. National Swedish introduction programmes for refugees - A programme with a potential for health promotion. (Manuskript).

34. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association. Sidan 424.

och definieras i linje med definitionen av trauma i DSM-IV. Att vara utsatt för trauma innebär exponering för en traumatisk stressor antingen personligen, upplevd av annan närstående person eller såsom vittne till sådan händelse. Händelsen inbegriper faktisk eller hot om död, allvarlig skada eller annat hot mot den fysiska integriteten (34).

4 United Nations High Commissioner for Refugees, FNs flyktingkommisariat

5 Målforum är en vidareutveckling av en arbetsmetod som testats i vårdsammanhang av Bengt Arnetz, professor i socialmedicin i Uppsala och hans kollegor.

Noter

1 I denna artikel används begreppet ”flykting” för att beteckna personer som tvingats fly från sitt hemland, det inkluderar personer som är på flykt, asylsökande samt personer som fått permanent uppehållstillstånd av flyktingskäl, humanitära skäl eller är anhörig till någon som har fått sådant uppehållstillstånd.

2 Forskningsprojektet ”Hälsofrämjande introduktion” är ett 4-årigt samarbetsprojekt (2001-2004) mellan Karolinska Institutet och Integrationsverket.

3 Med trauma menas här psykiskt trauma