

# Insatser för personer med psykisk ohälsa inom etableringen i Uppsala län - nyanländas hälsa och etablering

Annika Åhs, Achraf Daryani

Annika Åhs, Forskare PhD, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap,  
Uppsala universitet. E-post: annika.ahs@pubcare.uu.se.

Achraf Daryani, Forskare PhD, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap,  
Uppsala universitet. E-post: achraf.daryani@pubcare.uu.se.

Artikeln beskriver erfarenheter från ett samverkansprojekt för flyktingar i Uppsala län. Arbetsförmedling, Uppsala kommun och Röda korsets behandlingscenter samarbetade kring insatser där syftet var att öka förutsättningar för hälsa och etablering hos migranter. Deltagarna i projektet besvarade enkäter och medverkade i intervjuer. Resultaten visar att det fanns en motivation att arbeta, men en tvekan inför möjligheten att klara det. Subjektivt välmående och symptom på depression var signifikant lägre efter insatser i projektet. PTSD-symptom var lägre, men skilde sig inte signifikant mellan mätningar. Ingen förändring syntes för somatiska symptom. Hälsan upplevdes i helhet som förbättrad, men psykisk och fysisk ohälsa var ett hinder för arbete, likaså svaga språkkunskaper, problem att använda tidigare arbetslivserfarenheter och att tyngas av anhörigas svårigheter i hemlandet.

The article describes experiences from a collaborative project for newcomer's migrants in Uppsala County. The employment office, Uppsala municipality and the Red Cross Treatment Center collaborated to improve establishment of migrants. Participants answered questionnaires and participated in interviews. They were motivated to work, but were doubtful about their ability to do so. Subjective well-being and symptoms of depression were significantly lower following efforts in the project. PTSD symptoms were lower, but did not differ significantly between measurements. No change was found for somatic symptoms. Health was perceived to have improved, although mental and physical disability was thought of as an obstacle to work, as well as weak language skills, problems using work experience and being burdened by family difficulties.

## Inledning

Det är ingen nyhet att det osäkra världsläget har gjort att många människor är på flykt i världen. Omkring 65,6 miljoner människor beräknas fly från sina hem (1) och det har varit en kraftig flyktingström till Sverige. Under 2014 ansökte omkring 80 000 människor om asyl i Sverige och under 2015 fördubblades den siffran till 160 000 (2). Färre människor kommer nu till Sverige för att söka asyl, men en stor del av befolkningen har en utländsk bakgrund. Insatser för att etablera nyanlända människor blir viktiga.

Utrikes födda, speciellt nyanlända har i mindre utsträckning än inrikes födda svenskar ett förvärvsarbete och det gäller oavsett utbildningsbakgrund (3). Det är få flyktingar som börjar arbeta direkt utan de flesta deltar i studier. Andelen som förvärvsarbetar ökar med tiden, men även efter tio år i landet är andelen som arbetar lägre bland immigranter än bland inrikes födda. Enligt Statistiska Centralbyrån förvärvsarbetar omkring 60 procent av kvinnorna som invandrat som flykting- eller anhöriginvandrare efter tio år. Bland männen förvärvsarbetar något mer än 60 procent av flyktingarna och omkring 70 procent av anhöriginvandrarerna (4). Många faktorer kan öka risken för utanförskap. Humankapitalet kan minska genom migrationen och tidigare utbildningar eller yrkeserfarenheter kan ha blivit mindre värda och man kan sakna den utbildning som behövs (5). Många har färre personliga kontakter som skulle kunna öka möjligheten att få ett arbete

och det kan vara en orättvis behandling i kontakt med arbetsmarknaden, men även ohälsa som gör det svårt att få ett arbete (ibid). Enligt proposition 2009/10:60 är ohälsa en av de vanligaste orsaker till att nyanlända avbryter sina etableringsinsatser.

Hälsa och hälsovanor är ofta sämre hos många invandrargrupper, än hos majoritetsbefolkningen (6-8). Mellan 20-30 procent av asylsökande flyktingar som anländer till Sverige uppskattas av Socialstyrelsen lida av psykisk sjukdom (6). Separationer, materiella förluster, tortyr och våld verkar negativt på hälsan och kvinnor kan vara speciellt utsatta (6, 9). Frekvensen av posttraumatiskt stressyndrom eller PTSD kan vara tio gånger vanligare hos personer med flyktingbakgrund jämfört med i den inhemska befolkningen (10). I en svensk studie från 2016 som använt tvärsnittsdata som samlats in med enkäter och register visade man att den psykiska ohälsan är stor bland nyanlända från Syrien och bland asylsökande från Eritrea, Somalia och Syrien (7). Symptom på depression, ångest, post-traumatisk stress samt lågt välbefinnande var vanligt förekommande (ibid).

## Utmaningar i etableringen

I Uppsala län har man noterat personer som har svårt att följa sin etableringsplan på grund av psykisk ohälsa eller psykisk och fysisk ohälsa i kombination. Det kan ta sig uttryck i hög frånvaro och dåligt mående i form av sömn- och koncentrationssvårigheter, huvudvärk, oro och stress m.m. (3, 11). Med det som bakgrund startades

ett projekt ”*Integrerad behandling för personer med psykisk ohälsa inom etableringen i Uppsala län (Inspira)*”. Insatserna i projektet gjordes i samarbete mellan Arbetsförmedlingen, Uppsala kommun och Röda Korset behandlingscenter (11). Syftet var att ge nyanlända förutsättningar att klara av aktiviteter inom etableringen, bl.a. genom att förebygga och minska ohälsa. Projektets målgrupp var migranter/flyktingar från 18 år och uppåt som haft en pågående etableringsplan hos Arbetsförmedlingen, men som bedöms ha svårt att fullfölja denna p.g.a. ohälsa (psykisk ohälsa - eller psykisk och fysisk ohälsa i kombination och som kunde relateras till erfarenheter från krig, tortyr och flykt). Den här artikeln beskriver erfarenheter som deltagarna i projektet delat med sig av.

Invandrare mellan 18-64 år, som har fått uppehållstillstånd har rätt till etableringsinsatser (lag 2010:197). En individuell etableringsplan består av sysselsättning (upp till 40 timmar per vecka) under högst två år och innefattar aktiviteter såsom svenskundervisning, samhällsorientering, samt arbetsförberedande aktiviteter. Projekt Inspiras aktiviteter var en del av etableringsplanen som gav en ersättning i form av etableringsersättning. Samverkan fanns mellan fler aktörer såsom Röda Korsets medarbetare, arbetsförmedlare, Sfi-lärare och socialsekreterare. Deltagarna erbjöds arbetslivsinriktade aktiviteter, såsom individuella samtal och gruppträffar med samordnare för Uppsala kommun och med representanter från Arbetsförmedlingen. Fokus var att ge vägledning mot framtida arbete el-

ler studier i Sverige och information om den svenska arbetsmarknaden. Svenska för invandrare (Sfi) och arbetspraktik var andra arbetslivsinriktade aktiviteter. Insatserna omfattade också behandling hos psykolog och sjukgymnast, liksom hälsofrämjande aktiviteter, såsom yoga, vattengymnastik och träning på Friskis och Svet-tis. När projektet utvärderades visade det sig att en majoritet hade deltagit i insatserna (exempelvis att 80 % hade varit med i en introduktionsgrupp med Röda korset, 90 % fått behandling hos psykolog och 75 % hos en sjukgymnast). Flertalet medverkade i olika former av träning (t.ex. 95 % i yoga och 75 % i Friskis och svettis). I medeltal medverkade deltagarna i nästan sju månader i projektet.

Projektet utvärderades i två omgångar med enkäter och intervjuer (12, 13). Samtliga deltagare (22 personer som då deltog) besvarade en enkät 2016, dels i början av projektet och vid en uppföljning efter nio månader. Sedan samlades data in 2017 med hjälp av semistrukturerade intervjuer (tio personer intervjuades). I enkäten ställdes bl.a. frågor om bakgrundsvariabler, somatiska besvär (14) och långvarig sjukdom (15) frågor om subjektivt välmående (16) och symptom på depression och ångest (17) posttraumatisk stress (18) liksom om acceptans av känslor (19) och hälsorelaterad livskvalitet (20). T-test och test med chi-två användes för att testa variationer i andelen rapporterade svar via enkäten i början och vid uppföljningen. Intervjuerna genomfördes när insatserna pågick och deltagarna svarade på frågor om hur aktiviteter-

na påverkat hälsa och möjligheter att närma sig arbetslivet. Data från intervjuerna transkriberades via inspelat material och med hjälp av innehållsanalys analyserades texten. Huvudfokus var det manifesta innehållet, där det som uttrycktes i texten grupperades i kategorier som avsåg avspegla informanternas upplevelser (21). Samtliga svar från både enkät och intervjuer avidentifierades och informerat samtycke krävdes för medverkan. Etisk kommitté godkände studien.

### Sociala förhållanden

En majoritet hade kommit till Sverige under år 2014 eller 2015. I genomsnitt hade deltagarna varit i Sverige 2,3 år och medelåldern var 43 år. Majoriteten var kvinnor (73 mot 27 %). Hälften angav att de hade någon form av grundskoleutbildning. Gymnasieutbildning och akademisk utbildning noterades hos något färre (18 mot 27 %). Som svar på frågan om vad man hade gjort den mesta delen av tiden i sitt hemland svarade 32 % att man arbetat. Majoriteten var gift eller hade en partner (77 %) och flertalet hade barn (82 %).

Någon tydlig förändring i sysselsättning syntes inte bland deltagarna i projektet, men fler personer hade ekonomisk ersättning via försörjningsstöd vid uppföljningen (36 % hade försörjningsstöd i början av projektet och 77 % vid uppföljningen).

### Upplevelser av arbetspraktik och insatser

Arbetspraktik beskrevs av deltagarna vara någonting bra i grunden, men det

fanns en besvikelse över att det arbete man provat inte lett till ett fast arbete. Att känna sig utnyttjad som gratis arbetskraft utan att ges möjlighet till fortsatt anställning beskrevs som en effekt av arbetspraktik.

*”Praktik ska ju vara, inte för att bli av med en arbetslös, det ska ju vara för att man ska få insikt och om man vill byta yrke eller komma in på den svenska arbetsmarknaden, men det ska ju helst vara inom ditt område. För det här verkar ibland som att det är ett utnyttjande av oss. För det är ju gratis arbetskraft.”*

Man upplevde ändå att det var positivt att man lärt sig mer om arbetsmarknaden och fått öva på konkreta färdigheter, såsom att skriva CV, läsa platsannonser eller förstå vad de olika aktörerna inom etableringen gör.

*”I början var det svårt, men jag frågade mer och mer, nu jag förstår... det är lättare att förstå varför jag ska träffa Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan... hur ska jag söka jobb, läsa platsannonser...”*

Att få möjlighet att lära känna andra deltagare och att träffa andra i samma situation var viktigt, liksom att skapa dagsrutiner och att vara en del av ett sammanhang.

*”... jag träffar andra som har problem med sin hälsa...pratar mycket med en kompis (klass kompis) om mina problem. Han berättar om sina också...”*

*”.. det är bra att träffa andra, nya människor för att man inte kan leva ensam”*

Motivationen att arbeta var hög och en drivkraft var att komma bort från ett upplevt utanförskap och en ekonomisk utsatthet.

*”Min dröm är att få ett jobb för att mina barn får saker de önskar. Jag vill göra roliga grejer med mina barn, men jag kan inte, ekonomin tillåter inte... det gör mig så ledsen”*

*”Jag känner skuld och skam över att jag inte kan försörja min familj som en man” ... ”Det spelar ingen roll om det är som taxiförare, bussförare, vilket jobb som helst...”*

### Hälsa och livskvalitet

Förekomst av värk, yrsel, smärtor i hjärttrakten eller dålig mage rapporterades i hög utsträckning bland deltagarna i enkäten. En majoritet angav att de hade fysiska symptom, men ingen signifikant skillnad i symptom

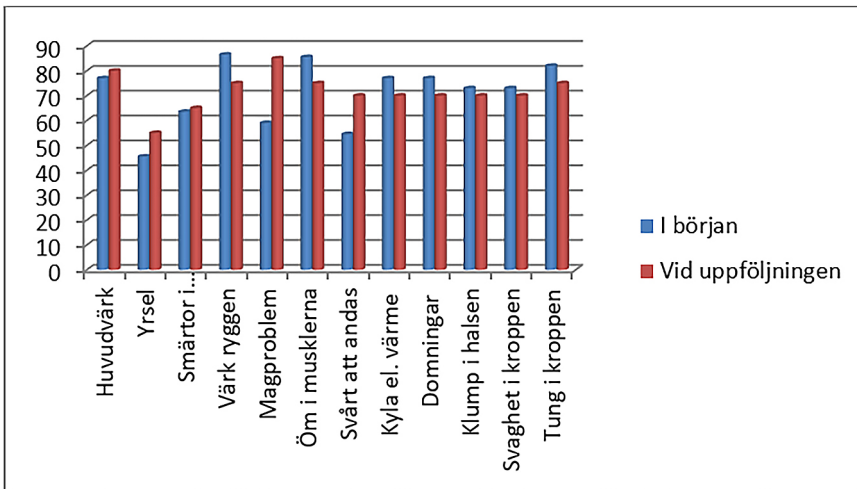
upptäcktes i början av projektet och vid uppföljningen (Figur 1). Många hade en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, både i början (78 %) och i slutet av projektet (75 %).

I intervjuerna beskrevs somatiska symptom såsom värk i muskler och huvud och psykiska symptom, såsom nedstämdhet, koncentrationssvårigheter, sömnstörningar och glömska.

*”Jag har svårt att fokusera mig på någonting. Jag glömmmer mina nycklar, tappar bort plånboken, glömmmer mina påsar på bussen. Jag har ju PTSD. Det påverkar mig jättemycket...”*

Symptomen upplevdes ha blivit bättre efter insatserna i projektet och samtalsterapi hos psykolog eller psykoterapeut framhölls av deltagarna som viktigt.

*”De hjälper mig med psykolog och svenskundervisning. Jag har smärtor i*



Figur 1. Andel personer med olika somatiska symptom, som svarat att de haft ”måttliga till väldigt mycket” besvär i början av projektet och efter ca nio månader.

*keroppen... jag är spänd. ... går på Röda Korset... Jag får hjälp av sjukgymnas-ten... Gör Chi gång för att slappna av, jag pratar med... Hon är bra Psykolog. Mår mycket bättre nu än tidigare”*

När det gäller svaren i enkäten så visade det sig att hälsan enligt vissa skalor var bättre vid uppföljningen jämfört med i början av projektet, medan det inte syntes någon skillnad för andra skalor. Deltagarna hade ett bättre *subjektivt välmående* vid uppföljningen än i början av projektet. Subjektivt välmående enligt WHO's välbefinnande index (WHO-5) kan uppnå ett värde av 100 (maximalt välbefinnande) och inkluderar frågor såsom ”Jag har känt mig glad och på gott humör” och ”Jag har känt mig lugn och avslappnad” (16). Resultaten indikerar att deltagarna generellt skattar sin hälsa lågt, men att skattningen i medeltal var högre vid uppföljningen, d.v.s. hälsan var bättre. I medeltal skattades hälsan som 25.4 vid första tillfället och som 41.4 vid det andra ( $p=0.04$ ). Frågorna har använts i generella populationer i Europa med ett medelvärde på 70 (16).

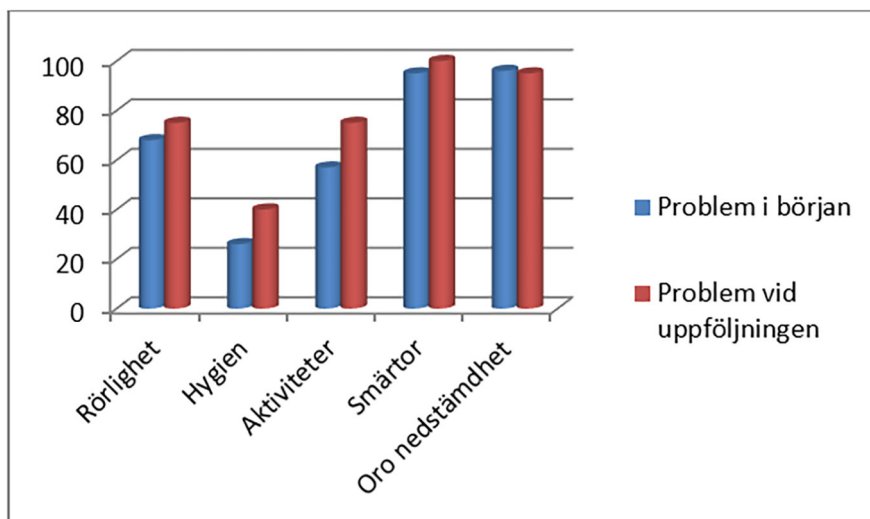
Symptom på *depression och ångest*, enligt HSCL-25 (17) var lägre vid uppföljningen av projektet. För hela skalan var medelvärdet 2.8 i början och 2.4 vid uppföljning ( $p=0.05$ ), vilket alltså visar på något färre symptom. Vid analys av delskalorna syntes en förbättring för symptom på depression men inte signifikant för ångest (delskala depression 2.8 och 2.4,  $p=0.04$ ; delskalan för ångest 2.8 och 2.5, n.s.). Skattningen visade att deltagarna hade värden som indikerar depression- och eller ångestdiagnos ( $\geq 1,75$ ) även om

instrumentet inte är diagnostiskt (ibid) men att symptomen blev något bättre. Förändringen i symptom var inte stor och den kliniska betydelsen av en sådan förändring är svår att bedöma.

Enligt PTSD symptom checklista (PCL-S, poängen varierar mellan 17 och 85) (18) var medelvärdet för symptomen högt, men var lägre vid uppföljningen (59.2 mot 53.2). Medelvärdet för symptom på posttraumatisk stress skilde sig dock inte signifikant åt mellan mätningarna. Resultaten kan jämföras med dem från en svensk studie av Arnberg et al. (22) där man fann att bland tsunamiöverlevare hade de med PTSD ett medelvärde på skalan på 56.3 och de utan PTSD ett på 26.7 (ibid).

Värt att notera är också att den skattningsskala som mätte acceptans av känslor (AAQ-II) (19) visade en tendens till att vara något bättre vid uppföljningen än i början av projektet (medelvärde 32.0 mot 26.4,  $p=0.053$ ). Poängen kan hamna mellan 0-42 och där höga poäng avser svårigheter att acceptera känslor som t.ex. rör smärtsamma erfarenheter.

Majoriteten av deltagarna upplevde svårigheter i att klara av de huvudsakliga dagliga aktiviteterna (Figur 2). Det fanns ingen signifikant skillnad i hur man skattade hälsan i början av projektet och vid uppföljningen, men gruppen i helhet hamnade under normvärden för den svenska befolkningen. VAS-skalan (0-100) har visat sig vara olika för olika åldersgrupper, där medelvärdet varierar mellan avrundat 77-84 för personer mellan 18-79 år (23). Deltagarna i projektet hade ett medelvärde på nästan 48 och 46 vid de olika mättillfällena.



Figur 2. Andel som rapporterade "vissa till svåra problem" enligt EQ-5D, i början av projektet och vid uppföljningen.

### Att hantera hinder

Ohälsa beskrevs som ett fortsatt hinder i livet generellt och som ett hinder för arbete specifikt, även om den till viss del hade förbättrats.

*"Jag vill, men jag känner inte mig tillräckligt friskt (redo) att göra det. Jag försöker ... men allt är relaterat till min hälsa"*

*"Mitt mål med projektet är att må bättre innan jag kan koncentrera mig på ett arbete. Jag vill gärna sluta ta medicin mot mina smärtor. Psykologen hjälper mig otroligt mycket. I framtiden vill jag få ett jobb som jag kan klara av"*

Att lära sig mer svenska beskrivs som viktig för att kunna arbeta, eller delta i etableringsinsatser.

*"kan inte så mycket svenska... har inte gått till skolan i mitt hemland... Jag be-*

*höver utbildning i svenska för att göra mig förstådd på en praktikplats"*

Tydligt är att det fanns en oro för hur situationen i hemlandet kommer att utvecklas och informanterna beskriver hur de ständigt grubblar över sina upplevelser från hemlandet och flykten. Många har separerats från sina anhöriga och har varit med om krigsupplevelser som var psykiskt påfrestande att berätta om under intervjun, exempelvis att deras familj eller bekanta blivit dödade eller torterade.

*"När man har förlorat allt, ingen kan hjälpa en. Jag hade allt i hemlandet, min familj, pengar, hus, bil och ... Det tog lång tid innan vi återförenades. Vem kan ge tillbaka allt som jag har förlorat? ... kanske de får mig att känna mig mer avslappnat, men mer kan de inte göra."*

Det berättades om oron för familjemedlemmar som finns kvar i hemlandet.

*”Jag saknar alltid min familj efter ett samtal. De berättar om vad som är dåligt, hur alla mår och om det senaste som hänt i konflikten.... Efter varje samtal tänker jag på vad dem sa....Jag har svårt att koncentrera mig på studier och är mycket stressad”*

### Diskussion

Deltagarna i projektet uttrycker en motivation att etablera sig på arbetsmarknaden, med drivkraften att komma bort från ett utanförskap och en ekonomisk utsatthet som grund. De beskriver hur insatserna i projektet ger en chans till att få träffa andra och att diskutera erfarenheter och att det ger möjlighet till att hitta rutiner i vardagen. Arbetspraktik gav möjlighet att öva färdigheter, men man kände sig också utnyttjad då praktikplatsen inte gav ett fast arbete. Trots en motivation att arbeta upplevde många att de att de har en lång väg kvar att gå för att komma ut på arbetsmarknaden. Fysiska och psykiska funktionsnedsättningar lyftes fram som hinder för anställningsbarhet, vilket kan kopplas till forskning som pekar på att personer med olika typer av funktionsnedsättningar möter svårigheter i sina försök att ta sig in på arbetsmarknaden (24).

Långvarig sjukdom, somatiska symptom, ett lågt subjektivt välbefinnande, hög skattning av symptom på depression och ångest liksom erfarenheter av trauma och post-traumatisk stress

var tydlig i gruppen. Resultaten är i linje med tidigare forskning som visar på dålig mental och fysisk hälsa hos immigranter (6, 7, 10). Resultaten kan ge en fingervisning kring hur insatser som dessa fungerar, även om man får komma ihåg att få personer deltog i enkätundersökningen och att det kan vara svårt att påvisa signifikanta resultat. För en del av de instrument som användes syntes inga signifikanta skillnader i skattningar i början av projektet och vid uppföljningen, medan för andra syntes en förbättring. Ingen signifikant förändring kunde ses mellan grupperna för hälsorelaterad livskvalitet och somatiska symptom. Subjektivt välmående var däremot signifikant bättre vid uppföljningen och symptom på depression minskade, även om det var i en liten utsträckning. Symptom på PTSD minskade men skilde sig inte signifikant mellan mätningarna. Depression är ett vanligt ohälsoproblem i befolkningen i helhet och är starkt relaterat till produktionsbortfall i form av frånvaro från arbetslivet (25). Hos nyanlända personer med erfarenheter av flykt kan depressionen utlösas eller påverkas av långvarig stress och förluster. Kulturen kan ha en skyddande roll, men också bli en stressfaktor som ökar depressionsrisken, t.ex. genom svårigheter i anpassningsprocessen som kan ha att göra med konflikter mellan den tidigare- och nya kulturen (6). Likaså kan PTSD leda till minskad arbetsförmåga och till en generell social funktionsnedsättning med psykiskt lidande som påverkar individen familjen och omgivningen (ibid).

I utvärderingen kunde en tendens



ses gällande acceptans av känslor som var bättre vid uppföljningen än i början av projektet. Det kan vara ett tecken på att insatserna påbörjat en förändring hos deltagarna, en förändring som kan vara en del av att bättre kunna hantera symptom på ångest och stressrelaterade symptom, såsom PTSD. En högre grad av undvikande av känslor, eller sämre psykisk flexibilitet har associerats med fler depressions- och ångestsymtom, mer stress och sämre generellt psykiskt välmående. Låg acceptans har relaterats till fler sjukdagar, eller frånvaro i arbete för personer som har ett arbete (26). Att arbeta med acceptans bland personer med ett dåligt mående borde alltså kunna förbättra den psykiska hälsan och möjligen förmågan att delta i arbete. Kanske är det ett första steg till förbättring innan själva symptom-bilden vid posttraumatisk stress kan ändras.

Att deltagarna berättar om en tvekan inför sin egen förmåga att klara av ett riktigt uttrycker att situationen är komplex och att det är en lång process mellan insatser och etablering i arbetslivet. Förutom ohälsa hade deltagare andra problem som bidrar till att de är långt ifrån arbetsmarknaden. Svaga språkkunskaper, som man själv upplevde det, eller anhörigas svårigheter i hemlandet beskrevs som hinder för att klara av en etablering på arbetsmarknaden. Självklart är det problematiskt att man tvekar inför förmågan att kunna arbeta. Sammantaget finns ändå tecken på att insatserna påbörjat en förändring hos deltagarna. Projektets insatser kan ha stärkt deltagarnas psykiska hälsa och då möjligen indirekt deras arbetsförmåga.

En slutsats är att det är viktigt att fortsätta att arbeta med psykisk och fysisk ohälsa hos målgruppen, då ohälsan är stor. Att förbättra hälsan kan vara ett steg i processen att öka förutsättning- ar för målgruppen att klara etablering- en. Det är viktigt att rusta nyanlända personer för arbete eller studier som i förlängningen kan öka deras möjlig- het att integreras i samhället. Längre hälsofrämjande och arbetslivsinrik- tade insatser och insatser i form av utbildning inklusive språkträning till nyanlända kan ses som lämpliga då de symptom som deltagarna har vanligt- vis tar tid att behandla. Insatser för att främja hälsa kan både minska mänsk- liga lidande och bidra till positiva samhällsekonomiska konsekvenser.

## Referenser

1. UNHCR. Global Trends-Forced displacement in 2016.
2. Migrationsverket. Inkomna ansökningar om asyl. 2016.
3. Regionförbundet UL. En sammanställning av nyanländas utanförskap från arbetsmarknaden. 2014.
4. Statistiska centralbyrå. Statistiknyhet. 2014;315.
5. Segendorf ÅO, Teljosuo T. Sysselsättning för invandrare: En ESO-Rapport om arbetsmarknadsintegration. Fritzes Stockholm. 2011.
6. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: ett kunskapsunderlag för primärvården. 2015.
7. Tinghög P, Arwidson C, Sigvardsdotter E, Malm A, Saboonchi F. Nyanlända och asylsökande i Sverige: En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Röda Korset-Röda Korset Högskola. 2016.
8. Daryani A, Löthberg K, Feldman I, Westerling R.

- Olika villkor-olika hälsa: Hälsan bland irakier folkbokförda i Malmö 2005-2007. *Socialmedicinsk tidskrift* vol. 89, nr 2/2012.
9. Ekblad S, Lindgren J, Asplund M, Burström B. Existentiell osäkerhet ökar sårbarheten för psykisk ohälsa- analys av hälsosamtal bland vuxna asylsökande och kvalitativa intervjuer med flyktingar. *Socialmedicinsk tidskrift*. Vol. 89, Nr. 2 2012.
  10. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* (London, England). 2005;365(9467):1309-14.
  11. Arbetsförmedlingen i Uppsala län. Projektplan/överenskommelse om samverkansprojekt. Integrerad behandling för personer med psykisk ohälsa inom etableringen i uppsala län. 2015.
  12. Åhs A. Projektet Inspira- Integrerad behandling för personer med psykisk ohälsa inom etableringen i Uppsala län. Utvärderingsrapport. 2016.
  13. Daryani A, Åhs A. Projektet Inspira- En kvalitativ studie om integrerade insatser för personer med psykisk ohälsa inom etableringen i Uppsala. 2018.
  14. Fridell M, Cesarec Z, Johansson M, Malling Thorsen S. SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. 2002. Västerвик: National Board of Institutional Care (SiS).
  15. Folkhälsomyndigheten. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. Hälsa på lika villkor. Reviderad 2016.
  16. Topp CW, Ostergaard SD, Sondergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2015;84(3):167-76.
  17. Winokur A, Winokur DF, Rickels K, Cox DS. Symptoms of emotional distress in a family planning service: stability over a four-week period. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1984;144:395-9.
  18. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour research and therapy*. 1996;34(8):669-73.
  19. Lundgren TP T. Acceptance and action questionnaire, AAQ-II (Manuskript under förberedelse, tillgängligt från Tobias Lundgren) Uppsala universitet: Institutionen för psykologi 2009.
  20. Group E-D. <http://www.euroqol.org/>. 1990.
  21. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
  22. Arnberg FK, Michel P-O, Johannesson KB. Properties of Swedish posttraumatic stress measures after a disaster. *Journal of anxiety disorders*. 2014;28(4):402-9.
  23. EuroQoal Group. Edited by Williams A, Szende A. Measuring Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D. EuroQol Group. 2004.
  24. Achterberg TJ, Wind H, de Boer AG, Frings-Dresen MH. Factors that promote or hinder young disabled people in work participation: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*. 2009;19(2):129-41.
  25. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av depressionssjukdomar: en systematisk litteraturöversikt. Stockholm: SBU. Volym 3, 2004.
  26. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*. 2011 Dec;42(4):676-88.